

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
DOUTORADO EM HISTÓRIA

HELIEL GOMES DE CARVALHO

**A MEDICINA MISSIONÁRIA PIONEIRA E O PAPEL DA *UNIÃO EVANGÉLICA
SUL-AMERICANA* (UESA) EM GOIÁS, NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX**

GOIÂNIA

2021

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

Heliel Gomes de Carvalho

3. Título do trabalho

A medicina missionária pioneira e o papel da União Evangélica Sul-Americana (UESA) em Goiás, na primeira metade do século XX

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;



Documento assinado eletronicamente por **Sônia Maria De Magalhães, Professora do Magistério Superior**, em 30/06/2021, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **HELIEL GOMES DE CARVALHO, Discente**, em 30/06/2021, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2175932** e o código CRC **EFBD7FBD**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

HELIEL GOMES DE CARVALHO

A MEDICINA MISSIONÁRIA PIONEIRA E O PAPEL DA *UNIÃO EVANGÉLICA SUL-AMERICANA* (UESA) EM GOIÁS, NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de História, da Universidade Federal de Goiás, como requisito à obtenção do título de Doutor em História.

Área de Concentração: Culturas, Fronteiras e Identidades.

Linha de Pesquisa: Fronteiras, Interculturalidades e Ensino da História.

Orientador: Profa. Dra. Sônia Maria de Magalhães

GOIÂNIA

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

CARVALHO, Heliel Gomes de
A Medicina Missionária Pioneira e o Papel da União Evangélica Sul-Americana (UESA) em Goiás, na Primeira metade do Século XX [manuscrito] / Heliel Gomes de CARVALHO. - 2021.
CCXCVIII, 298 f.: il.

Orientador: Profa. Sônia Maria de Magalhães.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História (FH), Programa de Pós-Graduação em História, Goiânia, 2021.
Bibliografia.
Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Medicina Missionária Pioneira. 2. Ethos. 3. Protestantismo. 4. União Evangélica Sul-Americana. 5. Anápolis. I. Magalhães, Sônia Maria de, orient. II. Título.

ATA DE DEFESA DE TESE

Ata Nº **038/2021** da sessão de Defesa de Tese de **Heliel Gomes de Carvalho** que confere o título de Doutor(a) em **História**, na área de concentração em **Culturas, Fronteiras e Identidades**. Ao/s **vinte e três dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e um**, a partir da(s) **14h**, via **videoconferência**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Tese intitulada “**A medicina missionária pioneira e o papel da União Evangélica Sul-Americana (UESA) em Goiás, na primeira metade do século XX**”. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) **Sônia Maria de Magalhães (PPGH/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Leicy Francisca da Silva (UEG)**, membro titular externo; Professor(a) Doutor(a) **Zilda Maria Menezes Lima (UECE)**, membro titular externo; Professor(a) Doutor(a) **Jiani Fernando Langaro (PPGH/UFG)**, membro titular interno; Professor(a) Doutor(a) **Sandro Dutra e Silva (UEG)**, membro titular externo.

Durante a argüição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do **trabalho**. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Tese tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) **Sônia Maria de Magalhães**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **vinte e três dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e um**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Jiani Fernando Langaro, Coordenador de Pós-graduação**, em 30/06/2021, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sônia Maria De Magalhães, Professora do Magistério Superior**, em 30/06/2021, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_a_cesso_externo=0, informando o código verificador **2154129** e o código CRC **5E2E9C90**.

Universidade Federal de Goiás
Faculdade de História
Programa de Pós-Graduação em História

Heliel Gomes de Carvalho

A MEDICINA MISSIONÁRIA PIONEIRA E O PAPEL DA *UNIÃO EVANGÉLICA SUL-AMERICANA* (UESA) EM GOIÁS, NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX.

Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do título de Doutor. No dia _____ de _____ de 2021, às _____ horas, a Banca Examinadora passou a julgamento, em sessão secreta, tendo o candidato sido _____.

Profa. Dra. Sônia Maria de Magalhães (FH/UFG)

Presidente

Prof. Dr. Jiani Fernando Langaro (UFG)

Membro

Profa. Dra. Leicy Francisca da Silva (UEG)

Membro

Prof. Dr. Sandro Dutra e Silva (UEG/UniEvangelica)

Membro

Profa. Dra. Zilda Maria Menezes Lima (UECE)

Membro

Profa. Dra. Giovana Galvão Tavares (UniEvangelica)

Suplente

Prof. Dra. Tamara Rangel Vieira (Fiocruz)

Suplente

DEDICATÓRIA

Para meu pai, Abrahão Correia de Carvalho (in memoriam) e minha mãe, Clarisminda Gomes de Carvalho exemplo de vida para seus filhos.

Para minha esposa Fernanda Bernardo de Carvalho e nossos filhos Isaías Costa, Joyce Ashley e Anthony Bernardo pelo privilégio de sermos família.

A Jesus Cristo autor, consumidor e razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é o reflexo de uma alma sã. Consciente de que ninguém vive e nem realiza algo sem a parceria de outros pessoas, eu tenho muito a agradecer. Eu sou um homem feliz, pois tenho uma esposa, família, amigos e uma vocação. Sou grato pelo prazer de partilhar a vida com a amada esposa Fernanda Bernardo. Juntos temos experimentado a alegria e os desafios do crescimento de nossos filhos Isaías, Joyce e Anthony.

Agradeço ao meu pai Abrahão Correa de Carvalho, (in memoriam) e a minha mãe, Clarisminda Gomes de Carvalho, que por sinal, hoje, 23 de junho de 2021 completa setenta e oito anos e meu pai, faz exatamente dez anos que voltou ao seu verdadeiro lar. Aos meus irmãos Saulo e cunhada Tereza, Sônia, Homero, Eliany, Sandra e cunhado Marcos e minhas lindas sobrinhas Susanna e Marianny e ao irmão Jesse. Não tenho palavras para agradecer o carinho, afeto e convicção que tenho de saber que estamos juntos na caminhada da existência. Eu os amo. De igual forma, sou grato a meu sogro Antônio Carlos Bernardo e Joversi Correia Viana Bernardo que tem sido um bem precioso em nossas vidas. Como é bom ter vocês por perto.

Lembro-me ainda do Dr. Ernei de Oliveira Pina pela visão ampla, pelo exemplo de vida, apoio e percepção da importância da preservação e resgate da história. Em nome de quem agradeço ao conselho de Administração da AEE: Cicílio Alves de Moraes; Ivan Gonçalves da Rocha; Geraldo Henrique Ferreira Espíndola; Francisco Barbosa de Alencar; Augusto César Rocha Ventura e Djalma Maciel de Lima. Ao reitor Carlos Hassel Mendes da Silva sempre solícito e disposto a contribuir. Ao amigo pró-reitor Sandro Dutra que literalmente me incentivou aos estudos acadêmicos e tem sido parceiro de orientação, artigos, livros e caminhada de fé. Da mesma forma a pró-reitora Cristiane Bernardes. Ao amigo irmão, Rocindes Correa, homem sonhador e toda sua equipe. Aos diretores de curso e unidade na pessoa do Prof. Brunno Silva, aos professores na pessoa do Dr. Afonso Henrique, Giovana Galvão Tavares e Fábio Rodrigues, aos técnicos administrativos e colaboradores na pessoa do professor Lúcio Borgean e Larissa Melo.

Em referência ao meu departamento de trabalho, como minha família estendida, àqueles que atuaram e os que ainda atuam na capelania, Vaniulda, Heber, Alexandre Antunes, Andreyw,

Janice, Nelci, Cleber, Ana Sara, Diego, Edson, Pedro, Eudimar, Guedes, Guilherme Herculano e Antônio. Aos membros da Igreja Presbiteriana Orvalho do Hermon, minha família, na pessoa do Rev. Marlúcio Caetano Borges e Francisco Fortes Neto e dos parceiros de caminhada Lucivan Paulino, Diego Freire e Luiz Carlos Ordonez. E aos colegas de presbitério de Anápolis na pessoa do amigo William de Lima.

As orientações definidoras que recebi na qualificação por parte da Dra. Leicy Francisca da Silva (UEG), Dr. Sandro Dutra e Silva (UniEvangélica), Heloisa Selma Fernandes Capel (UFG) e especialmente da Dra. Sônia Maria de Magalhães (UFG), orientadora deste trabalho, por me direcionar sempre, pelas dicas de leitura e paciência. Agradeço aos entrevistados que possibilitaram um conhecimento dos meandros da história pesquisada: Dr. Ernei de Oliveira Pina e Aila Baird Fanstone Pina, Henrique e William Fanstone, Dr. Joe Wilding, Nida e Sylvia Gordon Woodall. Aqueles que fizeram a leitura e correção deste trabalho: Eclenir da Silva, Leonardo Rodrigues e Hélia Pietrobon. As pessoas que me apoiaram através dos arquivos de Sylvia Woodall Gordon, e das bibliotecas e arquivos do Hospital Evangélico Goiâno, Escola de Enfermagem Florence Nightingale, UniEvangélica, CEDOCH/AAE, o qual tivemos o privilégio de criar, Universidade Federal de Goiás, Universidade de Belo Horizonte, Universidade de Edimburgo e da Igreja Presbiteriana Central de Anápolis.

Gratidão a Deus por aqueles que de fato deixaram um legado. No dia 25 de janeiro de 2017, enquanto saía do Hospital Evangélico Goiano para fazer os documentos do meu filho Anthony que havia acabado de nascer, lembro-me de ter uma forte emoção. Ocorreu-me o seguinte. Há quase um século, mais precisamente, a 95 anos, em 1922 um jovem médico, com 32 anos e sua esposa chegaram no Rio de Janeiro desejando trabalhar em Goiás. Apesar da pouca idade tinha uma formação invejável, doutorado em medicina e cirurgia na Universidade de Londres, uma bagagem de vida extraordinária, pois havia servido na Primeira Guerra Mundial, estudado e trabalhado com os maiores médicos cientistas da época, além de servir como professor. Não obstante, James Fanstone escolheu como missão de vida servir no sertão de Goiás onde faltava praticamente tudo o que ele poderia ter se permanecesse onde se formou. E na cidade de Anápolis iniciou um trabalho com repercussão indescritível e minha família, a semelhança de milhares de pessoas estão colhendo os frutos de sua missão, mesmo trinta anos depois dele ter retornado ao seu verdadeiro lar. Sou grato aos médicos missionários do presente e do passado que aliviaram as dores e sofrimentos do corpo e da alma de tantas pessoas.

Faltaria espaço para expressar minha gratidão a tanta gente que faz parte de nossa história, assim deixo meu reconhecimento a você que não foi mencionado na pessoa dos amigos de sempre, Jesus Aparecido dos Santos, Ricardo Borges e Manoel de Souza Dourado Neto.

RESUMO

A Medicina Missionária Pioneira e o Papel da União Evangélica Sul-Americana (UESA) em Goiás, na Primeira metade do Século XX é resultado de um acurado trabalho de pesquisa que buscou elucidar questões balizadoras sobre a relevância da Medicina Missionária Pioneira e seu impacto em Goiás no período em apreço. Assim, o trabalho que o leitor tem em mãos, consta de um percurso teórico e metodológico que percorre o processo da história da medicina em Goiás desde os seus primórdios até meados do século XX. Diferente de alguns estudos do campo da história da saúde e das doenças focados nas capitais e cidades litorâneas, ou ainda nos estudos a partir do sertão, este trabalho concentra-se nos valores que compõem um ethos específico fundamentados na sociologia weberiana compreensiva e na história. A partir dessa vertente teórica foi possível construir uma tipologia própria, contando com a experiência de agentes de saúde envolvidos na medicina científica e motivados pela fé cristã protestante a partir da União Evangélica Sul-Americana. Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, percorremos alguns caminhos. Em primeiro lugar, investigamos a vida de médicos missionários do século XIX em diferentes regiões do mundo, marcadas pela ausência de cuidados na área da saúde e educação, dentre outros quesitos imprescindíveis para o desenvolvimento social das comunidades locais. A pergunta-chave nesse contexto é: como e quais foram os personagens centrais na formação do ethos da medicina missionária pioneira? Defendemos a premissa de que suas ações foram fundamentadas na espiritualidade e como esta impulsionou um agir em regiões consideradas inóspitas. Em segundo lugar, pesquisaremos a situação sanitária de Goiás desde sua origem até a chegada dos membros da UESA, em 1911, atentando para o estabelecimento de hospitais, leprosários, espaços de saúde e permanência dos médicos licenciados. Defendemos o argumento de que a precária e complexa situação da saúde pública em Goiás foi o ambiente ideal para a atuação dos agentes de saúde com o ethos da medicina missionária pioneira. Procuraremos mostrar como a Escócia foi o centro irradiador da medicina científica, a função da Conferência Missionária Mundial em Edimburgo em 1910, seus posicionamentos sobre a medicina aplicada às missões e sua visão sobre a América Latina. A pesquisa evidencia, também, que a cidade de Anápolis, Goiás, foi uma espécie de centro irradiador da Medicina Missionária Pioneira no Brasil. Os agentes de saúde e instituições por eles criadas possibilitaram a cidade tornar-se a referência na medicina científica, com multiplicação de ações em Goiás, especialmente a partir da década de 1920 até 1943 período essencial nessa investigação embasada na pesquisa realizada no Centro de Estudos do Cristianismo Mundial, da Universidade de Edimburgo.

Palavras-chave: Medicina Missionária Pioneira. Ethos. Protestantismo. União Evangélica Sul-Americana. Anápolis.

ABSTRACT

Pioneer Missionary Medicine and the Role of the Evangelical Union of South American (UESA) in Goiás, in the first half of the 20th century is the result of an accurate research work that sought to elucidate relevant questions about the relevance of Pioneer Missionary Medicine and its impact in Goiás in the period under review. Thus, the work that the reader has at hand, consists of a theoretical and methodological path that runs through the process of the history of medicine in Goiás from its beginnings to the mid-twentieth century. Unlike some studies in the field of health and disease history focused on capitals and coastal cities, or even studies from the hinterland, this work focuses on the values that make up a specific ethos based on comprehensive Weberian sociology and history. From this theoretical perspective, it was possible to build its own typology, relying on the experience of health agents involved in scientific medicine and motivated by the Protestant Christian faith from the Evangelical Union of South American (UESA). Throughout the development of the research, we followed some paths. First, we investigated the lives of 19th century medical missionaries in different regions of the world, marked by the lack of care in the area of health and education, among other essential aspects for the social development of local communities. The key question in this context is: how and what were the central characters in shaping the ethos of pioneer missionary medicine? We defend the premise that their actions were based on spirituality and how it has stimulated action in regions considered inhospitable. Second, we will investigate the health situation in Goiás from its origin until the arrival of UESA members in 1911, looking at the establishment of hospitals, leprosariums, health facilities and the permanence of licensed doctors. We defend the argument that the precarious and complex situation of public health in Goiás was the ideal environment for the performance of health agents with the ethos of pioneer missionary medicine. We will try to show how Scotland was the radiating center of scientific medicine, the role of the World Missionary Conference in Edinburgh in 1910, its positions on medicine applied to missions and its view on Latin America. The research also shows that the city of Anápolis, Goiás, was a kind of radiating center for Pioneer Missionary Medicine in Brazil. Health agents and institutions created by them made it possible for the city to become a reference in scientific medicine, with a multiplication of actions in Goiás, especially starting from 1920's to 1943, an essential period in this investigation, based on extensive research carried out at the Center for the Study of World Christianity, from the University of Edinburgh.

Keywords: Pioneer Missionary Medicine. Ethos. Protestantism. Evangelical Union of South American. Anápolis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tipo: Médico Missionário Pioneiro e Médico Racionalista Individualista.....	57
Quadro 2: Frequência das enfermidades registradas no RHMVL (1750-1824)	98
Quadro 3: Doenças em Goiás (por D’Alincourt, Saint-Hilaire, Pohl, Gardner, Castelnau e Weddell)	102
Quadro 4: Profissionais de saúde na diretoria geral do serviço sanitário em 1932	157
Quadro 5: Doenças tropicais analisadas na escola de medicina tropical em Londres.....	169
Quadro 6: Médicos atuando no HEG e EEFN	182
Quadro 7: Enfermeiras atuando no HEG e na EEFN.....	183
Quadro 8: Estatística atendimento do HEG de 1940 a 1954	190
Quadro 9: Enfermeiras formadas na EEFN, no período estudado entre 1911 e 1943.....	197
Quadro 10: Asilos-colônias do Brasil, por data de inauguração (1924-1943)	236
Quadro 11: Diretoras da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (1937-1969)	249
Quadro 12: Alunas concluintes do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (1937-1961)	250
Quadro 13: Escolas de Enfermeiras no Brasil (1920-1940)	252

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1: Planta do Hospital Evangélico Goiano	177
Imagem 2: Eifício de adobe – Casa de Saúde	178
Imagem 3: Mesa de Cirurgia	178
Imagem 4: Pacientes internados no HEG (1929)	185
Imagem 5: Relatório da UESA (1933)	187
Imagem 6: Julia, primeira enfermeira formada em Anápolis (1930)	188
Imagem 7: Equipe do HEG em 1933	189
Imagem 8: Equipe do HEG e EEFN em 1939	190
Imagem 9: A ação da UESA a partir de Anápolis	191
Imagem 10: Panorâmica da cidade de Anápolis	199
Imagem 11: Prêdio do HEG e EEFN	199
Imagem 12: Família atendida na Clínica do Dr. Fanstone, em Anápolis.....	214
Imagem 13: Colônia de leprosos em Anápolis (1932)	215
Imagem 14: Organizações anti-leprosas em Goiás	217
Imagem 15: Mapa – Ilha do Bananal	218
Imagens 16 a 22: Leprosário, atividades do dispensário e cotidianas. Macaúbas: Ilha do Bananal.....	228
Imagem 23: Posto Médico e Grupo de Internos do Leprosário Helena Bernard – Catalão.....	233
Imagem 24: Mapa da localização de Ceres/GO.....	238
Imagem 25: Mapa da localização de Rio Verde/GO.....	242
Imagem 26: Primeira e segunda casa alugada para Clínica.	244
Imagem 27: Estudo estatístico do trabalho médico em Rio Verde, 1936.....	246

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABCFM	American Board of Commissioners For Foreign Missions
AMML	Associação Médica Missionária de Londres
CANG	Colônia Agrícola Nacional de Goiás
CIM	China Inland Mission
CMME	Conferência Missionária Mundial de Edimburgo
CMS	Church Missionary Society
CSWC	Centre for the Study of World Christianity
EECS	Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul
EEFN	Escola de Enfermagem Florence Nightingale
EMMS	Edinburgh Medical Missionary Society
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
HFBMS	Help For Brazil Missionary Society
HCSPA	Hospital de Caridade São Pedro de Alcantara
HEG	Hospital Evangélico Goiano
HPDG	Hospital Presbiteriano Dr. Gordon
MMSC	Medical Missionary Society in China
MMP	Médico Missionário Pioneiro
MRI	Médico Racional Individualista
NHS	National Health System
OMF	Overseas Missionary Fellowship
RBMU	Regions Beyond Missionary Union
RHMVB	Real Hospital Militar de Vila Boa
RAMC	Royal Army Medical Corps
SAEM	South American Evangelical Mission
SESP	Special Public Health Service
SMM	Sociedades Médicas Missionárias
UESA	União Evangelica Sul-Americana

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO, 18

Médicos Missionários na historiografia, 22

Conceitos e categorias, 26

Delimitações, metodologias e fontes, 28

Estrutura, 35

CAPÍTULO I – O ETHOS DO MÉDICO MISSIONÁRIO PIONEIRO: O NASCIMENTO DE UM TIPO, 37

- 1.1. Os Dissidentes Protestantes, Valores que formam um ethos, 41
 - 1.1.1. A tipologia weberiana e a medicina missionária pioneira, 48
- 1.2. O nascimento do Tipo: O médico missionário pioneiro, 52
 - 1.2.1. A tipologia do Médico Missionário Pioneiro e Médico Racionalista Individualista, 53
 - 1.2.2. Apontamentos sobre o Médico Missionário Pioneiro e Médico Racionalista Individualista, 57
- 1.3. Descrição e discussão dos resultados, 59
 - 1.3.1. O médico missionário pioneiro John Scudder, 51
 - 1.3.2. O médico missionário pioneiro Peter Parker, 65
 - 1.3.3. O médico missionário pioneiro Peter Handyside, 68
 - 1.3.4. O médico missionário pioneiro David Livingstone, 71
 - 1.3.5. O médico missionário pioneiro Robert Kalley, 73
 - 1.3.6. O médico missionário pioneiro James Hudson Taylor, 78
 - 1.3.7. O médico missionário pioneiro George Edward Post, 80
 - 1.3.8. A médica missionária pioneira Clara A. Swain, 81
- 1.4. Considerações Gerais, 85

CAPÍTULO II – GOIÁS: SAÚDE PÚBLICA, DA EMANCIPAÇÃO AO INÍCIO DA UNIÃO EVANGÉLICA SUL-AMERICANA (1748-1911), 87

- 2.1 Saúde e doença em perspectiva (1748-1825), 90
 - 2.1.1 As doenças mais comuns na região (1748-1825), 94
- 2.2 Saúde e doença em perspectiva (1825-1911), 99
 - 2.2.1 As doenças mais comuns na região, 101
 - 2.2.2 Instituições e espaços de saúde, 112
 - 2.2.3 Os médicos na região e o abandono da profissão, 120
 - 2.2.4 O saber-poder dos médicos, 128
 - 2.2.5 Os manuais médicos, 131
- 2.3 Considerações Gerais, 133

CAPÍTULO III – DE EDIMBURGO A ANÁPOLIS: NÚCLEOS IRRADIADORES DAS AÇÕES DO MÉDICO MISSIONÁRIO PIONEIRO (1911-1943), 138

- 3.1 Edimburgo como núcleo irradiador do Médico Missionário Pioneiro e da União Evangélica Sul-Americana, 139
 - 3.1.1 Edimburgo: A Conferência Missionária Mundial, 1910, 140
 - 3.1.2 A Conferência Missionária Mundial e o ethos da medicina missionária, 142
 - 3.1.3 A Conferência Missionária Mundial de Edimburgo e a União Evangélica Sul-Americana, 148
 - 3.1.4 Goiás do início da União Evangélica Sul-Americana à chegada dos Médicos Missionários Pioneiros (1920), 152
- 3.2 Anápolis como núcleo irradiador das ações da Medicina Missionária Pioneira, 160
 - 3.2.1. Anápolis e a chegada dos Médicos Missionários Pioneiros, 161
 - 3.2.2 Anápolis e o desenvolvimento da saúde a partir do Médico Missionário Pioneiro, 175
 - 3.2.3 Instituições, espaços de saúde e o Médico Missionário Pioneiro, 180
 - 3.2.3.1 EEFN – A multiplicação de profissionais da saúde, 198
 - 3.2.3.2 Outras ações de promoção da saúde em Anápolis, 191
- 3.3. Considerações gerais, 201

CAPÍTULO IV – DE ANÁPOLIS PARA O BRASIL - O IMPACTO DA MEDICINA MISSIONÁRIA, 203

- 4.1 A Medicina missionária no sertão: pioneirismo e filantropia, 204
- 4.2 A Medicina missionária no interior de Goiás, 209
 - 4.2.1 O tratamento da lepra, 212
- 4.3 A Medicina Missionária na Ilha do Bananal, 218
- 4.4 A Medicina Missionária em Catalão, 229
- 4.5 A Medicina Missionária em Ceres, 237
- 4.6 A Medicina Missionária em Rio Verde, 241
 - 4.6.1 A Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul em Rio Verde, 247
- 4.7 A Medicina Missionária em Goiânia, 253
- 4.8 A Medicina Missionária em outras regiões do Brasil, 254
- 4.9 Considerações Gerais, 256

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 259

FONTES E REFERÊNCIAS, 272

INTRODUÇÃO

As coisas mais interessantes e valiosas a respeito de um homem são os seus ideais e suas crenças superiores (William James, 1896).

Esta pesquisa aborda o tema *A Medicina Missionária Pioneira e o Papel da União Evangélica Sul-Americana (UESA) em Goiás, na Primeira metade do Século XX*. A temática foi motivada enquanto eu realizava a pesquisa de dissertação de mestrado intitulada *James Fanstone: protestantismo, medicina como vocação e legado social na fronteira Goiás na primeira metade do século XX*, 2015, no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, no Centro Universitário de Anápolis. Nesse estudo, ficou patente as ações similares em diferentes agentes de saúde que atuaram em consonância com a visão e princípios do Dr. James Fanstone. Especialmente pela ampla formação na medicina científica e por atuarem em regiões consideradas inóspitas.

No doutorado, pretendemos analisar os agentes de saúde, filiados a União Evangélica Sul-Americana, UESA, que atuaram em Goiás na primeira metade do século XX² e tem como objeto de estudo as ações da Medicina Missionária Pioneira, através da UESA, em Goiás. Para compreender a formação científica desses profissionais, as instituições por eles criadas, a formação de novos profissionais na área, a permanência desses no ofício e a sua relevância, é necessário elaborar uma visão panorâmica da saúde pública na região. Análise que se dará abrangendo desde o nascimento da Província de Goiás, em 1748, ao início da UESA, em 1911.

As práticas e saberes médicos em Goiás, dos séculos XVI ao XIX, em consonância com a conjuntura da América Latina, se deram através de uma saúde pública da emergência, da adversidade e sem continuidade. Marcos Cueto acentuou ainda mais três elementos envolvendo a história da saúde no continente. Primeiro, a saúde pública nasceu como um remendo para emergências. Não foi uma saúde planejada a médio e longo prazo, denominado como cultura

² À época, diversas perspectivas se abriram para futuros estudos. Foram encontradas centenas de cartas escritas pelo Dr. James Fanstone (1890-1987), médico na Primeira Guerra Mundial. Havia também artigos e entrevistas na Times Magazine e na BBC Londres, condecorações e discursos sobre a vida e obra do médico missionário e o legado das instituições das quais ele foi fundador ou cofundador (CARVALHO, 2015).

de sobrevivência. Seu alvo era controlar epidemias; Segundo, um grupo de sanitaristas tentava uma saúde mais popular, mais coletiva, como por exemplo, com Sérgio Arouca. Essa visão se deu em outros países também, denominada saúde na adversidade e por fim por fim, a medicina híbrida ou a cultura de sobrevivência não conseguiu ter um projeto de longo prazo. Por isso, a descontinuidade é um fator recorrente na história da saúde da América Latina. Não finalizar os projetos acaba não sendo um defeito, mas, parece às vezes como uma vocação (COSTA, 2017).

Os cuidados na área aconteceram por meio de uma somatória de saberes indígenas, africanos e europeus. Adjetivada como medicina mestiça, popular ou híbrida, dentre outros (ALMEIDA, 2010; CASCUDO, 1993; CUETO e PALMER, 2016). Houve confronto entre médicos e cirurgiões vindos das universidades europeias e os práticos representados por religiosos, curandeiros e parteiras.³ Os médicos tinham uma atividade mais intelectual, tratavam das moléstias internas, sendo mais valorizados, os cirurgiões tinham um caráter mais prático, cuidava das enfermidades externas, com menor remuneração. Essa distinção que permaneceu até 1848 (VIOTTI, 2017; ROSEN, 1994).⁴ Todavia, estes profissionais eram poucos procurados pela população mais pobre. O alto custo da consulta era inacessível à maioria da população. A medicina acadêmica da época não oferecia aos pacientes soluções mais satisfatórias do que os conhecimentos medicinais práticos.

A atividade dos empíricos era distinta daquela dos médicos; estes utilizavam termos técnico-científicos de difícil compreensão pelos doentes e seus familiares, o que os afastava do processo de diagnóstico e cura dos males; os empíricos participavam da vivência diária dos habitantes, compartilhavam o mesmo código cultural e a mesma linguagem, o que facilitava o processo terapêutico (MAGALHÃES, 2011, p. 1098).

Quanto à medicina hospitalar, seu início no território se deu no princípio do século XVIII, com o Real Hospital Militar de Vila Boa (RHMVB). Por meio de um regime ordenado, os doentes eram reunidos para experimentação, cadáveres eram utilizados para realizar autópsias e cirurgiões e médicos faziam observações de cabeceira. O Real RHMVB teve início com Lourenço Antonio da Neiva e seu genro, Bartholomeu Lourenço da Silva. Damasceno

³ Curandeiro é definido como “aquele que cura com vegetais, com substâncias animais, mas principalmente associando esses elementos com magia” (ALMEIDA, 2010, p. 34).

⁴ Percebe-se a hierarquia nas profissões científicas ligadas a saúde pelo tempo de formação de cada profissional. “O curso médico durava seis anos, o de farmacêutico e o de cirurgião, três, e o curso de parto demandava de um a dois anos. Há referências a vários cirurgiões que completavam seus estudos para se tornarem médicos, o mesmo acontecendo em relação aos farmacêuticos. Já o contrário (de médico para farmacêutico ou cirurgião) não ocorria” (FIGUEIREDO, 1999, apud MAGALHÃES, 2011, p. 1102).

Neto (2019) considera o início do RHMVB, por volta de 1779, contudo, para Age (2014) o início do mesmo se deu em 1746 (RIBEIRO, 2012; DAMASCENA NETO, 2019).⁵

A atuação da Igreja Católica, no cuidado com a saúde da população, se deu na capitania, em primeiro lugar, com a Irmandade de São Miguel e Almas, no século XVIII. Conforme Freitas (2015), em Vila Boa, “a assistência aos doentes e aos necessitados era dispensada por confrarias e irmandades religiosas [...] essas desenvolviam atividades assistenciais e de ajuda mútua, além de propiciarem auxílio financeiro para funerais e casamentos” (FREITAS, 2015, p. 127). Nesse sentido, “a assistência à saúde e aos sepultamentos dos enfermos pobres e desamparados na capitania de Goiás nos Setecentos e nos Oitocentos foi efetivada pela Irmandade de São Miguel e Almas sem ter um hospital alicerçado para este fim” (DAMASCENO NETO, 2019, p. 52). No decorrer do século XVIII, a assistência as Tropas militares pagas, como a Companhia dos Dragões e a Companhia de Pedestres, se deu, por pelo menos três diferentes formas: “a assistência à saúde exercida por médicos partidistas; a arrematação da assistência e curativos dos soldados e o tratamento realizado no RHMVB a partir do seu funcionamento, no ano de 1770” (DAMASCENO NETO, 2019, p. 55).

Em outras partes da América Portuguesa, as Misericórdias, que nasceram em 1498, em Portugal, cumpriram essa função tendo dimensão penitencial fraternal e pública. Suas instituições de saúde eram, “em suma, menos onerosas do ponto de vista financeiro (seus custos foram marcadamente pagos pelos setores mais abastados de cada localidade), e extremamente privilegiadas do ponto de vista simbólico (FRANCO, 2014, p. 8; DAMASCENO NETO, 2019, p. 49).

As Misericórdias realizaram um notável trabalho no Brasil, contudo em Goiás a instituição foi instalada somente após a transferência da capital estadual, da cidade de Goiás para Goiânia, em 1933.⁶ No século XIX, o militar Cunha Mattos, antevia que tão piedosa instituição não se instalaria em “terra tão miserável como Goiás” (MAGALHÃES, 2005, p. 162). Sem as ações beneficentes das misericórdias, em 1825, inaugurou-se o Hospital de Caridade São Pedro de Alcantara (HCSPA), instituição leiga, com apoio do governo Imperial e doações da comunidade, objetivando acolher por caridade os pobres e necessitados, bem como

⁵ Os poucos recursos na capitania não se limitavam a área da saúde, a educação formal só ocorreu a partir da década de 1780. A escola régia funcionou de 1788 a 1825. As quatro escolas iniciais da educação primária criadas por D. Maria I em 1790 se estabeleceram em Santa Luzia, Meia Ponte, Desemboque e em 1793 em Vila Boa (ABREU, 2006).

⁶ Das décadas de 1540 a 1560 foram iniciadas Casas de Misericórdia em Olinda, Santos, Espírito Santo, Bahia, São Paulo e Ilhéus. Apesar da expansão de suas ações no país, a partir do século XVIII, as regiões de Minas Gerais, Goiás ou Mato Grosso não foram beneficiadas.

atender os doentes. Com a inauguração do HCSPA, o Hospital Militar encerrou suas atividades na província. Mesmo com a implantação do hospital de caridade, a figura do médico era quase desconhecida para a população local (MAGALHÃES, 2004; 2011; Memórias Goianas, 1986).

Do início do povoamento do território até 1920, cerca de 40 médicos atuaram na região. Alguns desempenharam outras funções, sobretudo como políticos, advogados ou fazendeiros, professores. Viver somente com os rendimentos oriundos do ofício médico era praticamente impossível. Até o ano de 1924, quando os agentes de saúde da UESA optaram por atuar em Goiás, o estado contava com apenas um hospital em funcionamento, o HCSPA, e alguns espaços de saúde, como cemitério, um leprosário e algumas farmácias (FREITAS, 1999; GALVÃO; OLIVEIRA, 2017).

Quanto à delimitação da pesquisa, o recorte temporal tem como referência os anos de 1911 a 1943. Em 1911 teve início a União Evangélica Sul-Americana, UESA, e em 1943 aconteceu o encerramento parcial ou total dos três leprosários criados por essa instituição, em Anápolis, na Ilha do Bananal e em Catalão, conhecidas como “ABC da Filantropia”. Os pacientes foram transferidos para a Colônia Santa Marta em Goiânia, inaugurada em 1943 (SILVA, 2013). Ademais, as outras instituições iniciadas pelos médicos missionários pioneiros (MMP),⁷ estavam consolidadas e formando profissionais de saúde, bem como multiplicando suas ações e instituições em Goiás (FANSTONE, 2017; CARVALHO, 2015; DIAS, 2020).

Nesse sentido, o escopo da pesquisa foi redimensionado para pensar a Medicina Missionária Pioneira em Goiás na primeira metade do século XX. Particularmente por saber que o médico missionário brasileiro Dr. James Fanstone (1890-1987), nascido em Pernambuco, filho de missionários da Inglaterra e Escócia era associado a UESA, cursou sua graduação, mestrado e doutorado na Universidade de Londres, em medicina tropical e higiene. Desde dez anos de idade ele desejou ser médico missionário no Brasil, para onde retornou em 1922, validando seu diploma na Universidade de Minas Gerais. A partir de 1924, até sua morte, atuou em Anápolis. O trabalho filantrópico com leproso em Goiás na década de 1920 e 1930 foi desenvolvido por agentes de saúde da UESA. Anápolis foi o centro irradiador da atuação da medicina missionária pioneira e que a partir desta, multiplicaram-se as ações, instituições e profissionais da área no Centro-Oeste do Brasil.

Portanto, este trabalho tem como objetivo analisar o surgimento do ethos da Medicina Missionária Pioneira a partir da Escócia; avaliar seu impacto, através de agentes de saúde, em

⁷ Nesta pesquisa utiliza-se a sigla MMP para *Médico Missionário Pioneiro* e não para Medicina Missionária Pioneira.

diversas regiões do mundo, abstraindo suas características principais; desvelar o contexto político, social e sanitário, no quesito doenças, seus tratamentos, casas de saúde e médicos na região, desde o início da capitania de Goiás até a chegada da UESA; entender como a Conferência Missionária Mundial em Edimburgo (1910) tratou o tema da medicina missionária, deu vazão ao nascimento da UESA e esta, por meio dos agentes de saúde, fez de Anápolis o centro irradiador da Medicina Missionária Pioneira que se consolidou em algumas cidades de Goiás, desde o início da UESA, em 1911, até a fundação da Colônia Santa Marta, em Goiânia, em 1943.⁸

Pretende-se, também, apresentar a riqueza e potencialidades da documentação que compõe a coleção especial do Centro para o Estudo do Cristianismo no Mundo, da Universidade de Edimburgo, Escócia;⁹ Mostrar como esse rico acervo foi densamente explorado nesta pesquisa, bem como evidenciar como se dá o trabalho de médicos missionários autossustentáveis, aqueles que não dependem de ofertas de igrejas para se manterem, pois eles trabalham para ter seu próprio sustento e participam de organizações com caráter filantrópico. Apontar os trabalhos realizados com a abertura de hospitais, leprosários, centros de treinamentos e escolas; Descrever sobre a rede de profissionais da saúde atuando de forma interdisciplinar e internacional, desvendando sua ação multiplicadora, bem como a constituição de uma rede de agentes de saúde oriundos de várias nações, que atuaram em diversas cidades do Centro-Oeste do Brasil e mesmo do país.

Médicos Missionários na historiografia

Há uma rica bibliografia sobre a atuação de médicos missionários ao redor do mundo (DWIGHT, 1904; HARDIMAN, 2006; AITKEN; FULLER; JOHNSON, 1984; BEAL-PRESTON, 2000). Contudo, há poucos estudos historiográficos abordando essa documentação, com ênfase na medicina. Os estudos no campo da história da saúde e das doenças foram fomentados por intelectuais dos “Annales”. A proposta destes opôs-se à abordagem tradicional de fazer história, a partir da crítica ao método positivista que vigorava no século XIX. Essa

⁸ Conforme acentua, Birn (2006), os lugares identificados como centros e periferias não devem ser considerados estáticos, a-históricos, pois tratam de uma relação dinâmica. Foi o que ocorreu com Anápolis, que no meio da periferia se tornou centro, o mesmo se deu, mais tarde com a região hoje conhecida como a Capital estadual, Goiânia e mesmo Goiás revela-se como um caso onde periferia se tornou centro.

⁹ A documentação pesquisada encontra-se no *Centre for the Study of World Christianity, University of Edinburgh*. Disponível em: <<https://archiveshub.jisc.ac.uk/data/gb3189-cswc51/cswc51/7>>. Acesso em dez. 2020.

escola teórica promoveu uma autêntica revolução, quando passou a valorizar outras fontes (fotografias, ferramentas, diários, depoimentos orais, entre outras). Graças a esse grupo de pesquisadores, as temáticas alimentação, saúde, doenças, comportamento biológicos foram integrados à agenda dos historiadores.

De acordo com Burke a nova abordagem possui as seguintes características: a) interessa-se por toda atividade humana, uma vez que tudo tem uma história; b) tem sua base filosófica na ideia de que a realidade é social ou culturalmente construída; c) ocupa-se com a análise das estruturas, em vez de meramente narrar os acontecimentos; d) parte, em sua abordagem da história, da vivência de pessoas comuns; e) amplia o conceito de fonte, pois considera um maior número de vestígios (não apenas os oficiais); f) tem seu foco tanto nos movimentos coletivos quanto nas ações individuais (BURKE, 1991, p. 83).

Estudiosos como Emmanuel Le Roy Ladurie trataram da história do clima e, em seguida, da história da saúde e das doenças. Já Fernand Braudel promoveu a pesquisa interdisciplinar, estimulando estudiosos de diferentes áreas a examinarem a história social da medicina e “da doença alvitradas na revista *Annales*” (NASCIMENTO; MAGALHÃES, 2015, p. 1).¹⁰ Essa historiografia ganhou espaço na academia, incorporando os estudos históricos sobre a saúde e a doença “como um campo com identidade própria e definida”, impulsionando uma crescente e instigante produção acadêmica e editorial em todos os lugares (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 12).

Na agenda da história social e cultural Latino-Americana e do Caribe, o tema da enfermidade foi introduzido, questionando a história tradicional escrita por médicos notáveis, divulgadores de descobertas e ideias. Houve uma compreensão da história da saúde e das doenças para além da medicina tropical, abordando também “os agravos, as doenças e os problemas médico-sanitários associados aos processos de urbanização, industrialização e modernização” (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 12).

¹⁰ Desde a década de 1960 e 1970, há uma projeção da Nova História com os trabalhos de Jacques Revel, Jean-Pierre Peter, Jacques Le Goff, Philippe Ariès, Jean Delumeau e Jean-Charles Sournia (FLECK; ANZAI, 2013). Para aprofundar o assunto ver: J. R. (Org.). *Médicins, médecine et société en France aux XVIII et XIX siècles*. *Annales. Economies, sociétés, civilisations*, n. 5, septembre-octobre, p. 849-1055, 1977; REVEL, Jacques e PETER, Jean-Pierre. *O corpo: o homem doente e sua história*. In LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre Nora (org). *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988; LE GOFF, Jacques (org). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.; ARIÈS, Philippe. *O homem perante a morte I*. Portugal: Editora Europa América, 1988; DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente 1300-1800. Uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009; SOURNIA, Jean-Charles. *História da medicina*. Instituto Piaget, sd.

Na atualidade, o campo da saúde e das doenças podem ser alocados em três estilos narrativos. A primeira, uma história biomédica que trabalha a interface entre história natural e sua dimensão social.¹¹ Um segundo estilo relaciona a história da saúde pública voltada ao poder, ao estado, às instituições, aos profissionais da área e aos dados que revelam as taxas de morbidade e mortalidade a partir das intervenções sanitárias devido “à chamada transição epidemiológica”. Além do mais, esta atitude “está particularmente atenta às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas” (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 14). Por fim, há uma história sociocultural mais recente analisando a medicina “como um terreno incerto” pautando a dimensão biomédica, tanto “pela subjetividade humana como pelos fatos objetivos”. Diversos fatores como as relações entre medicina, poder, conhecimento, as representações sociais da doença, o higienismo e a higiene, as influências externas e os intercâmbios no desenvolvimento médico-sanitário, as ideologias, dentre outros, são analisados pelo influxo da antropologia e dos estudos culturais. Nossa abordagem encontra-se alocada neste terceiro enfoque, ainda que não exclusivamente (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 14).

Nesse sentido, através da hermenêutica dos escritos de Foucault,¹² estudiosos da América Latina, e em particular do Brasil, compreenderam a medicina como recursos “normalizadores constitutivos da modernidade” e os discursos como “esforços de racionalização” objetivando o controle de indivíduos e seus corpos (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 16). Por outro lado, tanto no Brasil como na América Latina o argumento foucaultiano acerca da análise histórica da medicina, saúde e doença recebe severas críticas “em especial sua estrutura teleológica, sua pouca densidade no uso das fontes e na pesquisa histórica, a reificação de conceitos e mesmo seu maniqueísmo analítico” (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 16). Fato é que as obras de Foucault trouxeram um olhar crítico direcionado ao médico, à medicina e a suas instituições. De toda forma, a doença não deve ser interpretada somente como entidade biológica, mas como uma combinação deste fator com os sentidos sociais a ela atribuídos. Assim, “diferentes grupos a cada época, dão significação e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença” (NASCIMENTO, 2005, p. 29; FLECK; ANZAI, 2013).

¹¹ O saber médico é considerado a partir das transformações, ambigüidades, irregularidades, pontos fortes e fracassos no labor científico, especificamente no conhecimento biomédico. Analisa as redes “individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas, a construção do lugar dos cientistas, médicos e da medicina nas sociedades modernas e as possibilidades de se fazer ciência distante dos centros mais dinâmicos” (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 13).

¹² As obras de Foucault traduzidas rapidamente para o português e largamente divulgadas são: FOUCAULT, M. Vigiar e Punir. Rio de Janeiro: Vozes, 1977; FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978 e FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

A vista desse contexto, pesquisadores como Magalhães (2004), Freitas (1999), Vieira (2012, 2009) e Silva (2013), entre outros, pontuam que a produção histórica no âmbito da saúde e das doenças ainda é tímida em Goiás, mesmo com a crescente produção de pesquisas nos últimos anos. Para Vieira (2009) pouquíssimos trabalhos pesquisam a “história da Medicina e da saúde” refletindo sobre “os médicos atuantes no interior do Brasil”, em especial, na primeira metade do século XX. E a história da medicina missionária protestante na região, ainda está por ser feita. Mesmo em países com matriz protestante ou por eles colonizados, a relação do impacto das políticas sociais voltadas à medicina com viés missionário tem sido pouco analisada. Em concordância, Rennick escreveu: “a influência do trabalho médico promovido pelas missões tem sido largamente negligenciada” (RENNICK, 2003, p. 2).¹³

No Brasil, os poucos estudos na área tratam da atuação médica missionária no interior da Bahia (NASCIMENTO, 2005; SANTOS, 2016); há pesquisas com ênfase na lepra em Goiás (SILVA, 2013), e, especificamente em Anápolis, a pesquisa referente ao Dr. James Fanstone e as instituições por ele criadas (CARVALHO, 2015). Ademais, no meio acadêmico brasileiro, até onde se conhece, inexistente, pesquisa sobre a UESA.¹⁴ No contexto de cura do corpo e salvação da alma, existe um amplo estudo a ser realizado não só em Goiás e no Brasil, mas em outros países, visto que a “medicina missionária também foi negligenciada nas emergentes histórias da medicina colonial e as contribuições para este novo trabalho se baseiam principalmente em fontes missionárias” (MCKAY, 2007, p. 547-551). Além do mais, os relatos das pessoas comuns são “ignorados em fontes históricas”, inclusive os registros da perspectiva

¹³ O que pode ser visto na biografia abaixo. “J. McCracken, Politics and Christianity in Malawi 1875-1940 (Blantyre, 2000); A. Ross, Blantyre Mission and the Making of Modern Malawi (Blantyre, 1996); J. McCracken, ‘Scottish Medical Missionaries in Central Africa’, *Scottish Society of the History of Medicine*, 17,2 (1973), p. 188-191. Para outros trabalhos ver M. Hokkanen, ‘Doctors of Body, Soul and Society. Scottish Medical Missionaries of the Livingstonia Mission in Nyasaland, 1875-1914’ (2000); A. Rennick, ‘Mission Nurses in Nyasaland, 1890-1916’, in J. McCracken, T. Lovering and F. Chalamanda (eds.), *Twentieth Century Malawi: Perspectives on History and Culture* (Stirling, 2001). Para detalhes da UMCA Mission to para as Terras Altas do Shire na década de 1860 e da White Fathers Mission no Vale do Alto Shire ver, L. White, *Magomero. Portrait of an African Village* (Cambridge, 1987); I. Linden, *Catholics, Peasants and Chewa Resistance in Nyasaland, 1889-1939* (London, 1974)”. Woodberry (2012) estudou a relação do desenvolvimento democrático e as missões. Ele pontuou: “de fato, a maioria das pesquisas sobre democracia e outras mudanças macro-históricas não deu a virada cultural que revolucionou os estudos de movimentos sociais e outros micro-processos (Slater 2009). Muitas teorias sobre democracia enfatizam os interesses materiais de diferentes classes sociais e ignoram ou minimizam o papel dos interesses culturais e religiosos (por exemplo, Acemoglu e Robinson 2005; Boix 2003; Reuschmeyer, Stephens e Stephens 1992)” (WOODBERRY, 2012, p. 224-274).

¹⁴ Assim, investigações que pautam pelo rigor científico possibilitam historiar a relevância de instituições e pessoas com esse ethos específico, especialmente ligados a medicina. Ainda na virada do século passado pesquisadores reclamavam da mesma questão na América do Norte. “Há uma quantidade crescente de bolsas de estudo relacionadas à teologia da missão em geral, mas uma escassez de literatura relacionada à missão médica. Mesmo a Cúpula das Missões Médicas de 1999 não considerou esta questão” (2002). “The Theology of Medical Mission” Rendle Short Lecture 2002. This lecture was given at the CMF National Conference, 26th - 28th April 2002.

feminina (MCKAY, 2007, p. 549; WOODBERRY, 2004). McKay escreveu: “ao lado dos registros do estado colonial, existe outro vasto arquivo que há muito tem sido negligenciado por estudiosos de todos os tipos, apesar de representar e preservar um projeto de coleta de conhecimento em uma escala igualmente vasta. Refiro-me aos arquivos de missionários cristãos que seguiram, ou em muitos casos precederam, a penetração imperial europeia no mundo não ocidental” (MCKAY, 2007, p. 547-551).¹⁵

Conceitos e categorias

Alguns conceitos e categorias perpassam o trabalho, sendo que o principal deles é o da *Medicina Missionária Pioneira* que possibilita uma categorização tipológica. Acompanhamos a trajetória de oito médicos missionários do século XIX, com atuação em diferentes regiões do mundo e frequentemente citados na literatura. Utiliza-se o conceito weberiano da Ação Social com Respeito aos Valores realizando seu enquadramento tipológico. Diferentemente dos MMP, percebe-se que grande parte dos médicos que atuaram em Goiás agiram com uma Ação Social com respeito aos fins, ou seja, aos objetivos, ao invés de direcionado por valores (WEBER, 2001; QUINTANERO, 2012).

Outro conceito que norteia a pesquisa relaciona-se ao ethos, advindo dos protestantes dissidentes.¹⁶ Os missionários dissidentes, não pertenciam a igrejas subordinadas ao estado, e muitas vezes até opunham-se as suas imposições. Eles enfatizavam a conversão pessoal e o senso de responsabilidade cívica. Esse movimento gerou um ethos próprio, que atribui um significado espiritual ao trabalho cotidiano e teve um intenso envolvimento com a medicina (HILL, 1987; HARDIMAN, 2006).

Diferentemente do que se chama evangélico atualmente, o que não será discutido aqui, o protestantismo dissidente pautava numa racionalidade que modelava a moral do trabalho, a responsabilidade cívica, a educação, o trabalho como vocação e uma vivência moral dentre

¹⁵ Woodberry escreveu importante tese sobre a “associação positiva entre as missões protestantes e a democracia” (WOODBERRY, 2004: p. iv), onde alguns dados serão apresentados no capítulo 4.

¹⁶ Os dissidentes ou não conformistas, iniciaram igrejas, especialmente no Reino Unido, que se opuseram a interferência do estado sobre suas comunidades. Eles pautavam pela separação entre Estado e Igreja, rejeitavam a burocracia e buscavam uma fé mais viva. Entre eles estavam os presbiterianos, batistas, congregacionais, petistas com suas igrejas independentes das igrejas como a Anglicana, na Inglaterra, a Luterana na Alemanha e a Presbiteriana na Escócia. Além desses, havia os pietistas na Alemanha, os Quackers e puritanos no Reino Unido, os Morávios na Bavária, e o Metodismo na Inglaterra (BIRKEN, 1995; HILL, 1987).

outros fatores conforme pontuado pelos teóricos (WEBER, 2000; KELLER, 2014). Portanto, quando no tema aparece União Evangélica Sul-Americana, por evangélico entende-se o protestantismo conforme vivenciado no início do século XX.

Em relação a saúde, os protestantes dissidentes inovaram ao iniciar sociedades missionárias com atuação exclusiva de agentes de saúde, como foi o caso da *Edinburgh Medical Missionary Society*, EMMS, de 1841, a primeira da Europa. Essas sociedades se multiplicaram no continente estendendo-se a outras regiões, especialmente na Ásia e na África, lugares considerados não cristianizados. Quando em 1910 aconteceu a Conferência Missionária Mundial de Edimburgo (CMME), o ethos da medicina Missionária Pioneira já estava definido. Os médicos que atuavam em Goiás estavam em processo de formação, recebendo os princípios e valores desse ethos.

Foi nesse contexto que a União Evangélica Sul-Americana, UESA, nasceu. Se por um lado ela recebeu parte da informação e visão da CMME, por outro, reagiu negativamente à proposta de que a América Latina era uma região cristianizada, portanto, não precisava de missionários. Líderes de três missões que atuavam no Brasil, Argentina e Peru discordaram da decisão e formaram a UESA. Mesmo não sendo uma sociedade atuando exclusivamente com agentes de saúde, ela estabeleceu em seus *Princípios e práticas* as especificidades sobre *Médicos e Enfermeiras*, tratando da necessidade de qualificação e certificação dos agentes de saúde, assim como da relação deste trabalho com o evangelismo. Além disso, escreveu sobre a disponibilidade de servir as pessoas sem recursos financeiros, as taxas a serem cobradas daqueles que podiam pagar o tratamento, das exigências do trabalho e das normas para as ausências dos médicos, do tratamento gratuito dos demais missionários, além da relação da mulher com a missão médica (CSWC51/1/3, 1931, p. 5, 6).

Dentro do conceito do Ethos dos MMPs há muitas vertentes a serem pensadas. Dentre elas, a ação pautada por valores, o caráter relacional, a formação generalista, a atuação social pioneira, o trabalho como vocação, a visão de estadista, o caráter reformista frente as demandas sociais, as ações interdisciplinares, a autoconsciência de seu papel, a resiliência frente aos diversos enfrentamentos e a necessidade de formar profissionais locais (HARDIMAN, 2006; DWIGHT, 1904). Algumas dessas categorias foram mais marcantes na vida dos agentes de saúde em missões, diferentemente de muitos médicos que atuavam em Goiás e que, por diversos motivos, não permaneciam em suas profissões (MORAES, 2012).

Para efeito de análise, em contraposição aos MMP criamos o tipo denominado Médico Racional Individualista (MRI). Suas ações eram pautadas pelos seus fins, conforme será

analisado no primeiro capítulo. Portanto, a chave interpretativa visa mostrar como o ethos do MMP os impulsiona a atuar em regiões pouco atrativas aos demais médicos. A questão não é analisar todos os médicos que atuaram em Goiás, todavia a hipótese é que essa região se tornou um espaço próprio para receber os MMP sendo suas ações positivas para a sociedade, com instituições criadas, formação de pessoal na área da saúde e contribuição para a institucionalização da medicina científica.

Delimitações, metodologias e fontes

Para estudar os MMPs do século XIX utiliza-se da vasta bibliografia relacionada a missões protestantes do mesmo século (DWIGHT, 1904; HARDIMAN, 2006; ANDERSON, 1998; ARNALD, 1989; BEAL-PRESTON, 2000; BROWNE, 1974; CRANE, 1998; DODD, 1964; DOWKONTT, 1894; TESTA, 1963). No exame dessa documentação, investiga-se estrategicamente os biografados para criar conceitos e categorias e estabelecer uma tipologia própria do MMP.

Num primeiro momento, seleciona-se os médicos missionários citados como paradigma no contexto missionário. Em seguida, busca separar sete médicos que atuaram em diferentes países, inclusive, um deles no Brasil, além de uma médica. A escolha intencional, pretende mostrar um certo padrão no ethos desses agentes de saúde independentemente do local de nascimento, de atuação ou da época. A análise visa extrair características comuns aos MMP, como: seu caráter relacional, formação generalista, o pioneirismo na ação, percepção do trabalho como vocação, entre outras. A pressuposição é que a partir dos MMP citados, das instituições por eles criadas e do impacto que tiveram, um ethos foi estabelecido influenciando positivamente os missionários que atuaram através da UESA em Goiás. Com essa pesquisa, almeja-se criar uma tipológica que evidencia o ethos desses agentes de saúde.

A pesquisa pretende ainda entender como a maior Conferência Missionária Mundial do protestantismo, ocorrida em Edimburgo (1910), marcou o movimento médico missionário. Apesar das preleções centrais da conferência não tratarem da medicina ligada às missões, houve debates, palestras e produção de relatórios versando sobre o papel dos médicos, das enfermeiras e da importância desses no processo de evangelização e transformação social. Por outro lado, concluiu-se que a América Latina não tinha necessidade de missionários por ser uma região cristianizada (WMC, 1910a).

A UESA, nasceu como reação à proposta da Conferência em Edimburgo e intensificou seu trabalho na América Latina, seja absorvendo os missionários de outras missões, seja enviando novos missionários com formação em medicina. Processo que ocorreu a partir de 1911, e mais especificamente depois de 1920, quando profissionais da saúde, com formação científica atuaram majoritariamente em Anápolis.¹⁷

Os médicos e enfermeiras ligados à UESA trabalhavam por meio do tripé estratégico: saúde, educação e evangelização, notadamente por intermédio de hospital, escola e igreja. Estratégia comum nos diferentes ramos do protestantismo (NASCIMENTO, 2005). O alvo da UESA abrangia a América Latina, contudo, em Goiás, a instituição teve destaque com a criação, manutenção e multiplicação de instituições de saúde e educação. As circunstâncias do envio desses profissionais foram: a) a decisão da conferência em Edimburgo (1910), que considerou a América Latina cristianizada, portanto, sem necessidade de envio de missionários; b) a reação de líderes de três missões que atuavam na Argentina, Peru e Brasil e que entenderam a decisão da Conferência como equivocada e, por isso, se uniram para formar a UESA; c) a experiência de mais de um século das missões protestantes a partir da Europa e América do Norte; e d) o ethos da Medicina Missionária Pioneira e científica com quase um século de atuação, especialmente na Ásia e na África (DWIGHT, 1904; HARDIMAN, 2006).

Diante do exposto, aspiramos problematizar e explorar a fonte documental na sua integridade, como Bloch advertiu os historiadores: “o essencial é enxergar que os documentos e os testemunhos só falam quando sabemos interrogá-los” (BLOCH, 2001, p. 27). O problema central da pesquisa é entender qual o ethos da Medicina Missionária Pioneira que direcionou profissionais de medicina e enfermagem a atuar em regiões inóspitas. Portanto, pretende-se analisar como se deu esse processo em Goiás, por meio da UESA.

Nessa perspectiva, a pesquisa perpassa a compreensão da espiritualidade. Pressupõe-se que a crença desses promotores da saúde não era um apêndice a existência, mas algo que moldou um ethos, como valor central, que fundamenta e direciona a vida. Algo intrínseco ao gênero humano, mas nem sempre valorizado (WEBER, 2001). Conforme expressou Ayres, na

¹⁷ Um esclarecimento se faz necessário neste ponto. A UESA nasceu dois anos antes da Fundação Rockefeller (1913), originária dos Estados Unidos, com atuação no Brasil a partir de 1916. A Fundação tinha como missão o desenvolvimento da saúde pública, do ensino, da pesquisa e da filantropia. Normalmente se pergunta se houve patrocínio por parte da Fundação Rockefeller aos missionários ou ações da UESA. Em toda literatura pesquisada não há nem uma única referência a ligação, patrocínio ou qualquer relação da UESA com a Fundação Rockefeller. Para certificar ainda mais do fato, enviei e-mail a Roy Dumphreys, um dos líderes da EUSA, atualmente denominada, Latin Link, em 15 de janeiro de 2018, indagando sobre a possível parceria e no mesmo dia recebi a seguinte resposta: “Caro Heliel. Eu nunca tenho lido, ou ouvido, nada em relação a ligações com a Fundação Rockefeller dos missionários da UESA Brasil”.

obra *Uma história da Saúde Pública*, de Rosen. Somos convidados a integrar a comunidade sanitária “atemporal”, aprendendo as necessidades contingenciais, “porque determinadas por realidades e práticas delimitadas no tempo e no espaço”, e transcendentais, “porque dotadas da capacidade de transpor esses limites, ao deles emergirem na forma de *valores do Gênero Humano*” (ROSEN, 1994, p. 19). No mesmo sentido, este trabalho visa trazer à tona os valores do gênero humano e suas consequências no cuidado com pessoas carentes desse olhar e ação, especialmente no que tange à saúde.

A fundamentação teórico-metodológica se dá a partir da história da medicina que envolve a Europa, entretanto acentuando a história saúde e das doenças no Brasil, e mais especificamente em Goiás, a partir do viés filantrópico. Conforme pontuou Canguilhem, “a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital [...]. O patológico implica pathos, um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento e vida contrariada” (CANGUILHEM, 2006, p. 145). Por outro lado, de acordo com Goldim a saúde “era entendida como ausência de doença, tendo o médico como agente. O centro das atenções era a patologia em si; o controle da sua evolução e o retorno ao estado de não doença eram os objetivos de todas as atividades” (GOLDIM, 2002, p. 1). Conceito superado, visto que, “saúde não é só ausência de doença, mas o completo bem-estar” (BRIZ, 2012, p. 1660).

Para Le Goff, o interesse da história da saúde e das doenças se dá pela correlação “profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações”, não se limitando aos avanços tecnológicos e científicos (LE GOFF, 1985, p. 8). Processo que demanda apresentar fontes importantes, com certo ineditismo, visto que “não há história sem documentos” (LE GOFF, 2003, p. 531). Desta forma, tendo a documentação como alicerce, faz-se necessário analisar a relação entre instituições protestantes e a formação de redes internacionais para o desenvolvimento da saúde no Brasil. Portanto, o trabalho sustenta-se na vasta pesquisa documental. Aloja-se no contexto da Nova História que privilegia os novos objetos, fundamentalmente no campo da História Cultural.

No período contemplado nesta pesquisa o Centro-Oeste brasileiro, no início do século XX, era considerado sertão, região de fronteira, local a ser povoado, fato que culminou pouco mais tarde no projeto “Marcha para o Oeste”. Programa do Governo de Getúlio Vargas que devido aos horrores da Segunda Grande Guerra Mundial adotou uma política de colonização do interior do país. O objetivo central era ocupar o espaço oeste do país, pouco povoado, por

meio do início de Colônias Agrícolas. A Colônia Agrícola Nacional de Goiás – CANG,¹⁸ foi oficializada em 19 de fevereiro de 1941, tendo como administrador, o engenheiro agrônomo Bernardo Sayão (REVISTA DA ACICER, 2000; MACCREERY, 2006; MORAES, 2012; DUTRA E SILVA, 2017). A partir da descrição dos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva (1912), ambos do Instituto Oswaldo Cruz, a região foi categorizada como “vastos espaços pouco habitados”, ligada às “ideias de abandono, exclusão e doença” (VIEIRA, 2007, p. 25). Lugar com poucos médicos, menosprezado pelos políticos brasileiros que residiam nas capitais e cidades litorâneas do Brasil (MAGALHÃES, 2014; CAMPOS, 1996).

Os MMP, atuavam de preferência em lugares tidos como inóspitos. Em seus relatos memorialistas, eles enfatizavam a localização do Hospital Evangélico Goiano, como fronteira, há 1.000 milhas dos grandes centros brasileiros (FANSTONE, 2017). A ilha do Bananal era ainda mais distante dos grandes centros, sendo o acesso à região mais difícil (WILDING, 2020). Locais caracterizados como a conexão entre os processos de migração, colonização e ocupação territorial. Os mesmos eram autoconscientes de seu pioneirismo. Dr. Fanstone, escreveu sobre o pioneirismo de seu pai Rev. James Fanstone (1851-1937), e o seu intento de ser pioneiro conforme registrou “desde a infância este tinha sido meu ideal, algum dia me tornar um médico-missionário no Brasil. Meu pai era um missionário pioneiro no norte do Brasil, onde eu nasci há 82 anos” (FANSTONE, 2017, p. 43). E depois, “se de fato Deus nos permitir difundir o Evangelho [...] necessário hospital e o centro cirúrgico, e em nós havia genes pioneiros que Deus nos deu para esse propósito. A Ele seja toda a glória!” (FANSTONE, 2017, p. 42). Assim, termos como fronteira, sertão, pioneirismo, interculturalidade, Medicina Missionária Pioneira, medicina científica e vocação são intercambiáveis e trazem consigo um significado simbólico para os missionários, entre os quais se encontram James Fanstone, Gerald Golden, Rettie Wilding e Helena Bernard e, antes deles, Charles Glass, Archibald Macintyre e Archibald Tipple, entre outros (CARVALHO, 2015).

Na época, a população da região era carente de cuidados, especialmente no que tange à medicina científica. Além dos registros de Rettie Wilding e Helena Bernard, James Fanstone escreveu que, ao invés de um médico para cada mil habitantes, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, pode-se contar nos dedos os profissionais qualificados nessa região. Os pacientes atendidos em Anápolis eram provenientes de um raio de distância de 1.280 quilômetros.

¹⁸ Na década de 1940, o governo Federal criou a primeira de uma série de oito colônias, denominada Colônia Agrícola Nacional de Goiás. Esta foi uma das primeiras experiências de reforma agrária no país como parte das políticas expansionistas do governo conhecida como “marcha para o oeste”. A CANG veio a emancipar-se com o nome de Ceres, em 1953. Para maiores informações (CASTILHO, 2012, p. 117-139).

Fanstone inventou o termo *cooked cases* para descrever os muitos casos de pacientes que chegavam ao hospital em Anápolis muito depois do tempo útil para o tratamento ou cirurgia (FANSTONE, 2017).

O incremento populacional no Centro-Oeste e a razão dos missionários escolherem a região eram favorecidos por três importantes processos históricos, a saber: a possível transferência da Capital Federal para o Planalto Central em 1960; a construção de Goiânia, a nova Capital do Estado (1933); a chegada da ferrovia a Anápolis em 1935 e a criação do projeto de ocupação na Colônia Agrícola Nacional de Goiás – CANG em 1941, que favoreceram a ocupação agrícola da região florestada, a qual precisava ser derrubada para esse fim e que poderia ser escoada por meio da Estrada de Ferro Goiás, mas que enfrentava os desafios dos males do sertão como a morfeia, bócio, pneumonia, boubá, beribéri, hidropisia, “doenças do aparelho digestivo, escorbuto, entre outros” (MAGALHÃES E NAZARENO, 2013, p. 493; CAMPOS, 1985; DUTRA E SILVA, 2017).

Esta pesquisa valoriza o caráter regional dentro da análise mais ampla da história da medicina, procurando recuperar os traços mais próximos do cotidiano e fortalecer os laços identitários (ALBUQUERQUE, 2008). Há um diálogo ousado no fazer da História, operando longe das instâncias de medo, dialogando com outras formas de escrita, outras fontes, realizando todo esforço para construir a historiografia (FREITAS, 2012). Embasada na sociologia compreensiva de Max Weber (2001, 2006) e no conceito de capital simbólico de Bourdieu (1998; 2007), a análise histórica visa tipificar os fenômenos sociais do ethos do MMP com sua ascense intramundana e das instituições por eles iniciadas, o que oferece elementos para a comparação com outros médicos do interior. Portanto, este trabalho se fundamenta na discussão teórico-metodológica weberiana da denominada Medicina Missionária Pioneira, característica das nações protestantes onde a ação missionária era realizada, não pelo clero, mas sobretudo por profissionais da saúde formados nas escolas de medicina tropical do Reino Unido (DWIGHT, 1904; HARDIMAN, 2006; WEBER, 2000, 2001, 2006).

No processo de institucionalização da medicina científica em Goiás, houve um encontro intercultural intenso e variado, com anglo-saxões, norte-americanos e brasileiros vindos de diversas partes do país e também a interrelação dos agentes da saúde com os sertanejos e indígenas, em especial com os índios Karajás (WILDING, 1979; MACINTYRE, 2000). Dezenas de médicos e enfermeiras atuaram no sertão, seja por um curto período ou mesmo por toda a vida. Nas cidades que compunham o “ABC da Filantropia”, além dos missionários citados encontravam-se: Baird Fanstone, Ruth Virgo e Mary Hamilton atuando no combate das

doenças tropicais, realizando cirurgias, extraindo dentes, combatendo epidemias, dentre outras ações que beneficiariam pessoas no distante e isolado sertão brasileiro (CARVALHO, 2015; SILVA, 2013).

Para efeito de entendimento das necessidades na área da saúde em Goiás, mesmo na década de 1950, o médico Wilson Mendonça, da Associação Médica de Goiás, reclamava do desprezo dos agentes de saúde dos grandes centros do país com a região (VIEIRA, 2007). O sertão brasileiro ainda necessitava de profissionais com conhecimento científico, com estrutura capaz de suprir parte das demandas da população, com senso de vocação, espírito pioneiro e um ethos bem definido, o qual denominamos “Medicina Missionária Pioneira”.

Nas primeiras décadas do século XX, Anápolis era um ponto de junção para mulas e mais tarde de trens, até mesmo por estar localizada entre as futuras capitais do Estado e da Federação, Goiânia e Brasília. Fanstone serviu como interlocutor para muitos médicos, artistas, comerciantes, missionários e políticos que contavam com o apoio logístico da cidade. Nesse contexto, pessoas ligadas ao médico missionário foram pioneiras e difusoras da medicina científica em Ceres, Goiânia, Brasília, Rio Verde, na Ilha do Bananal, entre outras (CARVALHO, 2015). A originalidade dessa pesquisa se justifica, primeiro, por trazer elementos ainda não estudados especificamente no âmbito da história da saúde e das doenças no Centro-Oeste Brasileiro a partir do ethos protestante; segundo, pelo impacto social deixado por seus agentes, especialmente as instituições criadas e multiplicadas por eles, o que carece de investigação e publicação, pois “não narrar alguém ou algo é um mecanismo eficaz de instituí-los, metaforicamente, como ‘mortos’” (KOFES, 2001, p. 12).

As fontes arroladas que sustentam esta investigação são plurais e fazem parte da coleção especial do Centro para o Estudo do Cristianismo no Mundo, da Universidade de Edimburgo, Escócia.¹⁹ O arquivo contém extensas séries de periódicos, livros, fotos, filmes, panfletos, relatórios, dentre outras produções da missão dos séculos XIX e XX. O material utilizado refere-se às missões que formaram a UESA, contemplando sua visão, missão, princípios e valores. Há atas das reuniões da missão no Brasil, correspondências dos missionários, diários de campo, dentre outros. Além desses, foram utilizados os livros com relatos memoriais do Dr. James Fanstone, principal personagem da MMP em Goiás e da Dra Rettie Wilding (FANSTONE, 2017; WILDING, 2020).

¹⁹ Os documentos da UESA foram coletados na Universidade de Edimburgo pelo pesquisador, em janeiro de 2019, no Centro para o estudo do Cristianismo Mundial - Centre for the Study of World Christianity. Disponível em: <<https://archiveshub.jisc.ac.uk/data/gb3189-cswc51/cswc51/7>>. Acesso em 2 jan 2018.

A pesquisa exigiu bastante do pesquisador. A documentação é volumosa, em inglês, parte dela manuscrita, portanto, de difícil leitura e entendimento. Como agravante houve pouco tempo para colher e analisar o material na biblioteca de Edimburgo.²⁰ Assim, foi necessário fotografar o material com certa rapidez visando trazer o máximo possível de documentos para análise. Conseqüentemente, foi preciso fazer a transcrição e depois tradução do material.

O exaustivo trabalho de investigação foi compensador, sobretudo na elucidação dos motivos que impulsionaram os missionários à ação. Numa linguagem weberiana, suas ações não eram frutos da coação das normas e leis, mas escolhas motivadas por valores, princípios e estratégias, advindas de múltiplas possibilidades. Desta forma, compete ao historiador compreender esses valores e perceber como os mesmos desaguam em ações. E mais, como a espiritualidade age modelando essas ações (WEBER, 2001).

Para entender a ação da medicina missionária para além da cidade de Anápolis, considerada seu Centro Irradiador, foram utilizados, além da documentação de Edimburgo, a coleção pessoal de Sylvia Gordon Woodall, filha do pioneiro na medicina missionária, Donald Gordon, em Rio Verde - Goiás e Henrique Fanstone, filho do médico pioneiro Dr. James Fanstone, os arquivos da Escola de Enfermagem Florence Nightingale e do Centro de Documentação Histórica da Associação Educativa Evangélica, CEDOCH/AEE, além de Jornais, cartas, revistas, teses, monografias, periódicos e entrevistas de familiares e partícipes dessa história. Por meio da documentação pretende-se mostrar como as ações da Medicina Missionária tinham características similares em diferentes lugares e pode ser aplicada em Goiás.

Por fim, percebe-se que a visão dos missionários em relação aos sertanejos e indígenas oscilava entre a crítica ao modo como viviam, mas por vezes, exaltavam a forma como eles tratavam as pessoas, especialmente os missionários. Certamente há diversos pontos de vistas a serem analisados sobre o assunto, como a questão do colonialismo, o proselitismo religioso, o

²⁰ Este pesquisador e sua esposa Fernanda Bernardo de Carvalho viajaram para a Escócia objetivando pesquisar documentação referente a União Evangélica Sul-Americana, na Universidade de Edimburgo. O período para pesquisa se deu entre os dias 21 a 24 de janeiro de 2019, no Centre for the Study of World Christianity. O apoio de Fernanda foi fundamental ao fotografar a documentação necessária, de outra forma não teria conseguido obter os documentos necessários para a pesquisa. A Associação Educativa Evangelica (AEE), instituição anteriormente vinculada a UESA que tendo interesse também nessa história, custeou a viagem do pesquisador e este custeou a viagem de sua esposa para que no pequeno período em Edimburgo, pudessem coletar o maior número de documentos. Gratidão a liderança da AEE, na pessoa do Dr. Ernei de Oliveira Pina, presidente na época da viagem a Universidade de Edimburgo.

desenvolvimento tecnológico da medicina, entre outros, contudo, nosso enfoque foi o MMP e seu impacto no Goiás a partir de Anápolis.²¹

Estrutura

A tese está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo, *O Ethos do Médico Missionário Pioneiro: o nascimento de um tipo*, analisa o nascimento da Medicina Missionária Pioneira com influência da Escócia e como essa gerou o ethos do MMP que se espalhou para o Reino Unido, Ásia e África. Descreve as características comuns dos médicos missionários mais citados na literatura, no decorrer do século XIX até o nascimento da UESA em 1911. Em seguida, estrutura os valores emanados do ethos permeado pela espiritualidade a partir de seus campos de atuação. Dentre eles, analisa-se a trajetória de vida do Dr. John Scudder, que atuou no Sri Lanka e na Índia; Peter D. Handyside, na Escócia; Peter Parker, na China; David Livingstone, na África; Robert Keid Kalley, em Portugal e no Brasil; James Hudson Taylor, na China; George E. Post, na Síria e Clara A. Swain, na Índia. Tendo abstraído as características comuns e centrais do MMP, especialmente a partir da transformação gerada onde eles atuaram e sabendo da influência que tiveram nos agentes que atuaram em Goiás, pretende-se entender por que os médicos e enfermeiras pesquisados escolheram a região como espaço de atuação.

O segundo capítulo, intitulado *Goiás: Saúde Pública, da emancipação ao início da União Evangélica Sul-Americana (1748-1911)*, procura estabelecer um panorama da situação da saúde e das doenças em Goiás, desde sua emancipação (1748) até a chegada da UESA (1911), almejando caracterizar o espaço escolhido a partir da visão regional; identificar quais as instituições de promoção de saúde e os agentes de saúde; apresentar quais as principais doenças e as formas de tratamento, além de mostrar a visão dos viajantes e pesquisadores sobre a região. Procura entender a trajetória dos médicos e suas permanências ou não na medicina como função prioritária. Evidencia a visão simbólica da região como espaço da decadência. Analisa as tentativas de remodelagem da visão do Centro-Oeste brasileiro por intermédio do

²¹ De Prosélito: do grego *prosélytos* 'aquele que se aproxima. Refere-se ao "pagão" que abraçava religião diferente da sua, ou novo convertido a uma religião, seita ou um partido. Na sua essência o proselitismo é o nome dado à busca ativa de uma religião por novos fiéis. Em sua origem grega, o termo designava a adesão de pagãos ao judaísmo, mas esse sentido foi perdido há muito tempo. Hoje o termo "proselitismo" é utilizado com conotação negativa, para descrever a suposta agressividade de uma religião (concorrente) em converter novos seguidores. O termo é geralmente utilizado, pela religião atacada, na perspectiva de acusação do "outro" (SANTOS, 2016, p. 15).

relatório da Comissão Cruls que teve como incumbência do governo do Presidente Floriano Peixoto, em 1892, demarcar o local, no Planalto Central, para a transferência da Capital Federal. Cruls descreveu o interior de Goiás como uma terra salubre, um verdadeiro paraíso. No início do século XX, Arthur Neiva e Belizário Penna, opuseram radicalmente ao relatório de Cruls. Apresentaram o sertão de Goiás como local das inúmeras enfermidades que impossibilitava aos sertanejos o trabalho e a vida, um verdadeiro inferno de mazelas (PENNA; NEIVA, 1999). No final do capítulo, mostra como o Centro-Oeste do Brasil era o espaço propício para a atuação dos agentes de saúde da UESA. Esses tornaram-se também pioneiros onde grande parte dos médicos brasileiros desconsiderava a possibilidade de atuar.

O terceiro capítulo, denominado *De Edimburgo a Anápolis: Núcleos Irradiadores das Ações do Médico Missionário Pioneiro (1911-1943)*, analisa como a Escócia teve papel fundamental na formação do ethos do MMP, fazendo de Edimburgo seu centro irradiador. Conforme escreveu Duff, o desenvolvimento e importância da escócia na formação “de médicos missionários protestantes no século XIX é uma área de pesquisa que tem sido negligenciada por muito tempo: este é um grande desserviço para a inovação e desenvolvimento [...]” (DUFF, 2010, p. 4). Avalia os vetores principais que geraram a UESA, o seu propósito, visão, missão e os pioneiros na região, com destaque para a atuação na medicina tropical. Esses missionários e outros por eles influenciados ajudaram na institucionalização da medicina científica ao criar hospitais, leprosários e escolas de formação de profissionais da saúde, em Goiás.

O quarto capítulo, intitulado *De Anápolis para o Brasil - O impacto da medicina missionária*, examina os documentos relacionados à atividade médica pioneira no campo da história da saúde e das doenças por meio das instituições por eles criadas. Fato que se deu em diversas cidades de Goiás, com influência em outras regiões do Brasil. Além disso, elucida “os processos e os compromissos sociais como condição instituinte, de regulação e de manutenção normativa, analisando os comportamentos, representações e projetos dos sujeitos na relação com a realidade material e sociocultural do contexto” (MAGALHÃES, 2004, p. 58).

CAPÍTULO 1

O ETHOS DO MÉDICO MISSIONÁRIO PIONEIRO: O NASCIMENTO DE UM TIPO

O estudo da história da saúde e das doenças teve maior desenvolvimento em diversas partes do Brasil do que em Goiás e praticamente inexistente a relação entre medicina ligada às missões protestantes (SILVA, 2013, p. 16). Ao perceber essa lacuna e o impacto da mesma, no Centro-Oeste Brasileiro, decidimos entender esse processo. E à medida que se estudava a trajetória de vida do Dr. James Fanstone (CARVALHO, 2015) e sua atuação em Goiás, ficava mais claro a necessidade de aprofundamento e discernimento em alguns quesitos essenciais, como: Qual a origem da ideia da medicina ligada às missões, no protestantismo? Como esse ethos foi formado? Quais foram as sociedades missionárias que a impulsionaram? Qual o sentido e os motivos que levaram os médicos missionários a atuarem em regiões consideradas inóspitas, a exemplo de Goiás, nas quatro primeiras décadas de 1900?

A partir dos problemas elencados, objetivamos entender o processo histórico relacionado ao ethos protestante em sua relação com a uma medicina de fronteira,²² baseada na orientação da ação social dos médicos nos campos missionários, geralmente em regiões fronteiriças. Para tanto, consideramos a assertivas de Max Weber sobre a história e a sociologia. No parecer desse sociólogo alemão, a “sociologia e a História, ciências empíricas da ação, compreendem a ação ao interpretarem o seu sentido. O sociólogo compreende com grau máximo de evidência as conexões de sentido racionais” (QUINTANEIRO, 2002, p. 113). Weber, por sua vez, afirma que, a “história estuda as conexões singulares” entre as “as ações que sofrem a influência de irracionalidades ou as que são orientadas por valores”, por outro lado (QUINTANEIRO, 2002, p. 113). Nesse sentido em, *As doenças tem história*, Le Goff, escreveu: “A doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma ideia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais” (LE GOFF, 1985, p. 7).

²² A medicina de fronteira diz respeito à atuação de médicos e profissionais de saúde em regiões de fronteira ou sertão, onde há falta de infraestrutura e de condições de trabalho (CFM, 2016).

Este primeiro capítulo visa a apresentar o surgimento e formação do ethos da Medicina Missionária Pioneira (MMP), a partir da sociologia compreensiva weberiana (2001) e da análise histórica de alguns médicos. Primeiro, analisando o ethos da MMP, segundo procurando estabelecer uma tipologia própria do MMP em contraposição ao Médico Racionalista Individualista (MRI). Desta forma, visamos descobrir as características centrais desse profissional da saúde e ao mesmo tempo averiguar quais médicos se adequam a essa categoria, na região e período em apreço.

Assim, apresentaremos o cenário onde o MMP foi formado e suas características principais descritas numa tipologia específica a eles. Em seguida, pretende-se descrever exemplos de médicos citados repetidamente na literatura missionária. Entende-se que esses médicos missionários deram os princípios básicos para a formação da tipologia que apresentaremos. E por fim, pretende-se descrever e discutir os resultados a partir dos exemplos citados.

Os médicos que deram as bases do MMP tiveram sua atuação no século XIX sendo inspiração para os profissionais de saúde que estudaremos e atuaram no Centro-Oeste Brasileiro na primeira metade do século XX. O século XIX foi marcante em avanços na medicina científica sobretudo no Reino Unido.²³ A Grã-Bretanha foi pioneira nas regulamentações na área da saúde. A migração de famílias da zona rural para as cidades e as epidemias do momento, de alguma forma, levaram a reformas sanitárias (ROSEN, 1994). Edwin Chadwich (1800-

²³ No século XIX, as descobertas médicas foram abundantes “na Grã-Bretanha, mais de setenta hospitais especiais foram fundados entre 1800 e 1860 [...] Entre os medicamentos isolados, inventados ou descobertos entre 1800 e 1840 estavam morfina, quinina, atropina, digitalina, codeína e iodo” (Bruce Haley, *The Healthy Body and Victorian Culture* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987), n.p., cited at <http://www.victorianweb.org/science/health/health12.html>). Várias descobertas possibilitaram um grande desenvolvimento da ciência médica, especialmente, a partir da segunda metade do século. Toda sorte de descoberta e desenvolvimento foi apropriado pela medicina missionária. Alguns dos personagens, descobertas e pioneirismo mais importantes são citados aqui: Humphry Davi (1778-1829) isolou pela primeira vez: o potássio, o sódio, o cálcio, o bário e o magnésio, dentre outras descobertas e noticiou a extração das propriedades anestésicas do óxido nitroso (1800); Friedrich Serturmer (1783-1841) foi pioneiro da química do Alcalóide e descobridor da morfina (1804); James Marion Sims (1813-1883) é considerado o pai da moderna ginecologia; Rene Laennec (1781-1826) foi o inventor do estetoscópio (1816); Joseph L. Lister (1827-1912) é considerado pai da moderna cirurgia; James Blundel (1790-1878) realizou a primeira transfusão de sangue bem sucedida (1818); Crawford Long (1815-1878) realizou a primeira cirurgia usando eter como anestésico (1842); John Hughes Bennett (1812-1875) descreveu a leucemia como desordem no sangue (1845); Florence Nightingale (1820-1910) foi pioneira no tratamento de feridos de guerra e ficou conhecida como a mãe da enfermagem moderna (1860); Elizabeth Blackwell (1821-1910) foi a primeira mulher a diplomar-se como médica (1849); Rudolf Carl Virchow (1821-1902) teorizou sobre a patologia celular pondo fim na medicina humoral (1858); Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910) descobriram a teoria dos germes da doença (1870) e Pasteur desenvolve as vacinas: contra o Antraz (1881) e anti-rábica (1882); Nesse período foi aplicada a primeira vacina para cólera (1879); Dr. Daniel Hack Tuke (1827-1895) médico inglês, expert em doenças mentais, com diversas publicações na área; Gerhard H. A. Hansen (1841-1912), norueguês, identificou a bactéria *Mycobacterium leprae* (1873); Emil Von Behring (1854-1917), desenvolveu vacinas contra o tétano e a difteria (1890); Wilhelm Conrad Rontgen aplicou o uso médico do Raio X (1895), dentre outros (RUTKOW, 1992).

1890), reformista social inglês, atuou para implementar a Lei dos Pobres de 1834, visando melhora das condições sanitárias e da saúde pública. A mortalidade infantil no período de 1831 a 1839, era dez vezes superior na cidade em relação a zona rural. As condições de vida urbana na Inglaterra industrial eram péssimas para a saúde. Faltava saneamento, havia epidemias de febre tifoide e cólera e as pessoas necessitadas dos serviços de saúde recorriam a qualquer profissional que oferecesse solução. Entre 1853 e 1864, em Londres, somente a epidemia de cólera matou mais de 10.000 vidas, com 23.000 mortes na Grã-Bretanha. De acordo com estudiosos foi a pandemia que mais matou no século XIX (FRERICHERS, London Epidemiological Society, S/D; KANIKADAN; MARQUES, 2013).

Nesse contexto, muitos aventureiros, sem conhecimento técnico da área, estavam dispostos a medicar os doentes, o que agravava a situação. Contudo, o grande paradoxo é que a reforma sanitária não se deu por causa dos médicos, nem necessariamente da preocupação com o bem estar do pobre, mas de diferentes forças no interior da economia e da sociedade. Desta forma, a partir de 1850, cresceu a compreensão “de que endemias e epidemias, causadas por esgotamento imperfeito ou alimento estragado, eram um problema da comunidade inteira. Crescia, também a consciência de que os custos das doenças representavam uma forma de desperdício” (ROSEN, 1994, p. 172; KANIKADAN; MARQUES, 2013).

O desenvolvimento da visão e formação do médico missionário se deu nesse contexto paralelamente à expansão do protestantismo na Europa e à criação das primeiras Sociedades Médicas Missionárias (SMM). Até a primeira metade do século XIX havia médicos atuando em missões, contudo nem o conceito, nem mesmo a nomenclatura, *médico missionário*, estavam estabelecidos, e não havia agências ou organizações trabalhando exclusivamente com estes. Com a estruturação das SMM a partir da década de 1830, através de missionários atuando na China e na década de 1840 na Europa, houve uma nova percepção do papel, importância e propósito dos médicos missionários (HARDIMAN, 2006; DWIGHT, 1904).

Agências e associações médicas foram multiplicadas na Europa, depois na América do Norte e em outros continentes, voltadas especialmente para a medicina e seguindo os mesmos princípios das SMM. As ações das sociedades ganharam visibilidade em diversas áreas com seus encontros, centros de formação e produção literária através das revistas, boletins e livros (HARDIMAN, 2006).

A criação da primeira SMM em Edimburgo se deu em 1841, a segunda no mundo, somada ao desenvolvimento da visão da saúde pública, houve uma crescente estruturação do preparo dos profissionais da saúde, especialmente o médico. Agregado a esses fatores o

protestantismo recebeu como herança a valorização do papel do leigo na sociedade, a noção do trabalho como vocação, o incentivo a filantropia, que será abordado no capítulo 4, e o desenvolvimento da medicina científica ocidental oferecendo subsídios para o crescente papel do médico missionário no mundo (HARDIMAN, 2006; ROSEN, 1994; KELLER, 2014).

Esses fatores combinados contribuíram para definir a atuação do médico, do missionário e o desenvolvimento do ethos do médico missionário. Primeiro, com os missionários pioneiros atuando como médicos. A partir de 1819, John Scudder, médico missionário americano, atuou no Sri Lanka e na Índia iniciando um processo de visibilidade maior de algo que vinha acontecendo de maneira inseminal, desde o século XVII. Assim o médico missionário seria conhecido local e internacionalmente. A trajetória de vida desses personagens veio à tona através de congressos, palestras em igrejas, publicação das agências missionárias, biografias e livros. Seu valor foi reconhecido no trabalho missionário e ofereceu a base e o impulso para o engajamento de novos agentes de saúde ligados à missão (HARDIMAN, 2006; WILLIAMS, 1982; DWIGHT, 1904).

Segundo, em 1858, desenvolveu-se o *Medical Act* na Grã-Bretanha²⁴ e a regulamentação da situação do médico, o que gerou implicações nas missões. Antes desse período, pessoas sem a mínima qualificação poderiam arvorar para si a atuação médica, o que incluía os missionários. Houve então a distinção das funções e a necessidade de dupla formação, em teologia e em medicina, para quem desejasse servir nessa instância. Terceiro, na década de 1860, com o crescente envolvimento das mulheres nas missões médicas, houve uma importante relação no papel das mulheres na medicina. Finalmente na década de 1870, o médico em missões foi reconhecido, com igual status, privilégio e o mesmo poder de ação. Até aquele momento, o médico, em grande medida, era visto como um auxiliar em missões, contudo, agora ele poderia exercer os mesmos papéis do missionário, na saúde e na evangelização (HARDIMAN, 2006; WILLIAMS, 1982; DWIGHT, 1904).

Estes fatores ajudaram a moldar um ethos próprio nos médicos envolvidos em missões protestantes. Somado a esses fatores, ondas de avivamento²⁵ acabaram por impulsionar uma

²⁴ O *Medical Act* ou Ato Médico de 1858 foi a lei criada no Reino Unido para regulamentar as Qualificações de Profissionais em Medicina e Cirurgia, além de criar o *General Medical Council* para regulamentar os médicos no Reino Unido (MEDICAL..., ca. 1860).

²⁵ Coleman registrou que Avivamento é “o retorno de algo à sua verdadeira natureza e propósito” (1996, p. 18). Já o médico e teólogo Dr. Martin Lloyd-Jones escreveu: Avivamento “é uma experiência na vida da Igreja quando o Espírito Santo realiza uma obra incomum. Ele a realiza, primeiramente, entre os membros da Igreja: é um reviver dos crentes. Não se pode reviver algo que nunca teve vida; assim, por definição, o avivamento é primeiramente uma vivificação, um revigoramento, um despertar de membros de igreja que se acham letárgicos, dormentes, quase moribundos” (1993, p. 15, 16).

pro atividade em favor dos desfavorecidos da sociedade na Grã-Bretanha, na América do Norte e nas colônias britânicas, dentre outros. Contudo, o caminho percorrido não aconteceu sem grandes barreiras. Ainda na década de 1840 o médico missionário era visto como alguém dispensável (HARDIMAN, 2006). No início da década de 1850, haviam 13 médicos missionários europeus no mundo e estudar medicina não correspondia a um bom propósito às missões. Gradualmente foi aceito que o agente da medicina poderia ser um mensageiro da fé tão bem como ordenado à missão. Esse fato se deu, dentre outros, a partir do desenvolvimento da *Edinburgh Medical Missionary Society* (EMMS) iniciada em 1841 (DWIGHT, 1904, p. 445).

O crescimento da medicina científica e da consciência missionária somada às necessidades tanto nos países europeus, como nos demais continentes ampliam a oferta da medicina e a atuação missionária. O grupo com maior atuação nesse seguimento e motivador da medicina missionária pioneira foi o denominado dissidente (DWIGHT, 1904; WILLIAMS, 1982).

1.1 Os Dissidentes Protestantes, valores que formam um ethos

Os dissidentes foram um grupo de pessoas, especialmente no Reino Unido, que trabalhava paralelo ou dissociado das igrejas estatais. Eles tanto desejavam a separação entre Estado e Igreja como rejeitavam a burocracia nas duas esferas. Buscavam uma fé mais pura e viva, além disso, eram pressionados pela igreja oficial, por não aderirem às imposições do estado (BIRKEN, 1995; HILL, 1987). Esse grupo, em sua maioria formada pelas comunidades independentes se organizava como pietistas na Alemanha; os Morávios na Bavária; os Quackers com George Fox e os Puritanos Calvinistas no Reino Unido e países baixos; o movimento Metodista com John Wesley na Inglaterra, dentre outros. Todo esse movimento encontrou uma expressão natural nos movimentos da Reforma, tendo pontos comuns como a exigência da conversão pessoal e o senso de responsabilidade cívica (HILL, 1987).

Além destes, um dos grupos mais influentes, ainda ligados à Igreja Anglicana, foi o *Clapham Sect*, que se uniram em torno da fé protestante visando a trabalhar reformas sociais marcadamente entre 1780 e 1840. Para o historiador Britânico Stephen Tomkins, o Clapham era “uma rede de amigos e famílias na Inglaterra, com William Wilberforce como seu centro de gravidade, fortemente vinculados por seus valores morais e espirituais, por sua missão religiosa e ativismo social, por seu amor um pelo outro e pelo casamento” (TOMKINS, 2010,

p. 12). Além de Wilberforce, participavam do movimento Henry Thornton e Henry Venn o idealizador do grupo. O grupo iniciou sociedades missionárias e religiosas, como a Sociedade Anti-Escravidão, a Sociedade da Abolição, a Sociedade da Proclamação, a Sociedade da Escola Dominical, a Sociedade Superação e a Sociedade da Pequena Dívida. Através de seus trabalhos conseguiram a supressão do tráfico de escravos (1807) e a emancipação dos mesmos em todo Império Britânico através do *Slavery Abolition Act* (1833), com impacto em diversos países. Ainda antes em 1787, parte da Sociedade Clapham foi responsável pela fundação de Serra Leoa, como refúgio para afro-americanos libertados pelos britânicos durante a Revolução Norte Americana (TOMKINS, 2010; LATOURETE, 1939; HILL, 1987).

Na Escócia, os dissidentes geraram a *Disruption* (1843), o desligamento de milhares de membros da Igreja oficial da Escócia que aderiram a novel *Free Church of Scotland*. Grande parte do trabalho missionário, realizados por leigos, foi transferido para a nova igreja. Nesse contexto, nasceu a primeira sociedade médica missionária do mundo em 1838 na China e, três anos depois, iniciou outra sociedade médico missionária na Escócia (WINTER; HOWTHORNE, 1987; HILL, 1987; NEILL, 1997).

A medicina tornava-se cada vez mais um meio importante de serviço oferecido à sociedade. Desde a Reforma Protestante as igrejas “começaram lentamente a enviar médicos e outros para servirem como missionários médicos em lugares como a Índia e várias partes da África, por exemplo” (EICHMAN, 2001, p. 6). Nesse sentido esbarramos no quesito colonização e missões. É certo que houve missionários que atuaram apoiando a colonização e seus desmandos, contudo entre os dissidentes, mesmo fazendo parte das nações colonizadoras, eles percebiam e agiam contra as perversões desse sistema, por isso, torna-se difícil falar de cooperação entre a liderança das missões e o governo britânico. Torna-se muito “mais discutível, e não pode ser comprovada a partir da documentação existente” a aliança entre colonização e missão médica. E mais “o argumento de que os próprios missionários médicos tiveram muito pouco interesse pela política colonial é válido e comprovável” (DUFF, 2010, p. 136; WOODBERRY, 2004). Quando havia aproximação com a ação política, “os missionários médicos eram mais comumente encontrados do lado dos colonizados do que do colonizador” (DUFF, 2010, p. 136). Casos como Elmslie na Cashemira, Livingstone na África, dentre outros comprovam a tese levantada (DUFF, 2010).

A ação dos médicos missionários era fruto de um ethos que estava sendo forjado, pois “nenhum ser humano que aja de modo responsável pode furtrar-se à ponderação do fim e das consequências da ação [...] ele sopesa e escolhe entre os valores envolvidos, conforme sua

consciência e concepção de mundo” (WEBER, 2006, p. 15-16). Nesse sentido é preciso aprofundar no significado de ethos na história para compreender o que estava acontecendo com os missionários, especialmente aqueles que atuavam com a medicina.

A palavra ethos remonta aos antigos gregos Homero e Hesíodo, dentre outros. Naquele contexto Ethos significava morada. Para Hesíodo a palavra “assume o sentido de ‘maneira de ser habitual, de costume ou caráter’” (VERGNIÉRES, 1999, p. 15). Aristóteles entendeu como *habitus*. Alfred Kroeber aplicou o termo às Ciências Sociais destacando a ambivalência do mesmo através do equilíbrio entre estrutura e agência. Assim, o ethos significa “antes de qualquer coisa, disposição”, e tem a ver com “sistema de ideias e valores que domina a cultura e, que, portanto, tende a controlar o tipo de comportamento de seus membros” (KROEBER, 1963, p. 101). Vale ressaltar que na Antiguidade Clássica e na Medieval, o Ethos foi reduzido à matéria da ética e estava entrelaçado à metafísica na busca por “noções metafísicas primeiras: o ser, o verdadeiro, o bom” (VAZ, 1997, p. 75).

Já nos séculos XIX e XX, as reflexões nesse campo deixam de ser de “cunho idealista e positivista, para se voltarem à cultura” transformando seu estado (WEBER, 2006, p. 27). As grandes guerras mundiais e o desenvolvimento da ciência transformaram o ethos até então baseado na racionalidade. Naquele contexto, “todos os aspectos da vida e da cultura foram por ela [a guerra] atingidos, sociedade, política, costumes, crenças, saber e mentalidade viram-se penetrados e desarticulados por ideias e eventos que pareciam pôr definitivamente em questão” se era possível as tradições milenares sobreviverem (VAZ, 1997, p. 53). Previa-se que a crise da civilização “não será uma crise do ter, mas uma crise do ser” (VAZ, 1997, p. 54). O que ocorreu foi a perda da metafísica, a proposição analítica do racionalismo. A “dissolução da ‘inteligência espiritual’ [noûs ou mens] que coroava o exercício da atividade racional com a theoria do ser e com a ascensão intelectual ao Absoluto” (CATÃO, 1997, p. 98).

O resultado foi que a sociedade caiu em racionalismos fragmentados, particulares, menores. A perda desses fundamentos fez “o ser humano dar mais valor ao que tem do que ao que é, à conquista e ao domínio desse mundo pelo dinheiro, pelas armas, pela ciência e pela tecnologia do que à assimilação pessoal e à vivência comunitária dos valores”. Vivências estas pautadas na consciência individual, espiritual e comunitária “que dão sentido à vida humana, como a verdade e o bem, a justiça e o amor” (CATÃO, 1997, p. 98; VAZ, 1997). Assim, a função da tipologia é capturar as nuances subjetivas do ethos que se manifestam objetivamente, muitas vezes contrariando a cultura baseada no ter, no racionalismo, no individualismo e no ganho pessoal.

Vale ressaltar, entretanto que em todas as sociedades existem subgrupos que mantêm e aprofundam certos ethos e procuram preservar os valores que enfatizam a vida, buscam o bem comum para praticar a justiça, embasados no ideal da sociedade equânime. Entende-se que uma parcela do protestantismo, mais especificamente os dissidentes ou *dissenters* procuraram evidenciar esse ethos, como vimos, o que daria base à formação específica da tipologia do MMP moldado por uma *Ação racional com respeito a valores*, ou seja, suas reflexões e o sentido do seu agir são motivados por princípios e valores independente dos fins que se alcancem ao vivenciá-los. Tema que será aprofundado a seguir (WEBER, 2001).

Nesse sentido, o ethos protestante calvinista, por exemplo, atribui como característica fundamental da existência “um significado religioso ao trabalho secular cotidiano”, por isso, encarou o trabalho como vocação, como um chamado divino para servir o semelhante e hoje podemos procurar a definição de significado que se dá aos objetos e feitos (WEBER, 2000, p. 52; KELLER, 2014).²⁶ Tratando da qualificação do médico missionário na China, Lockhart escreveu: “Portanto, devo recomendar em todos os casos que o médico-missionário seja leigo e enviado em pé de igualdade com o missionário ordenado” (LOCKHART, 1841, p. 119). Um pressuposto que relaciona a metafísica ao transcendente e a comunidade. Portanto, nesse caso, não há uma dicotomia entre o “material e espiritual”, pois eles estão “intermitentemente ligados, não vendo nenhuma dissociação de nenhum desses elementos em sua vida” (FEITOSA, 2002, p. 67, 68). Assim, para os dissidentes, promover reuniões para estudar a bíblia, trabalhar com um sentido vocacional promovendo melhorias no ambiente onde se encontra e viver em perspectiva comunitária não são ações excludentes, mas complementares, não são fragmentadoras da vida, mas sim, integradoras (FEITOSA, 2002; WEBER, 2000; KELLER, 2014).

Esse ethos foi atingindo diversas facetas da vida, assim, os protestantes dissidentes desde o século XVII incentivaram seus filhos e membros do grupo a estudar medicina.²⁷ Eles

²⁶ No período medieval grande parte do Cristianismo desenvolveu a ideia de que sacerdotes são a elite da igreja, o clero. Lutero escreveu: “De posse da primogenitura e de todas as suas honras e dignidade, Cristo divide-a com todos os cristãos para que por meio da fé todos possam ser também reis e sacerdotes com Cristo, tal como diz o apóstolo Pedro em 1 Pedro 2.9 [...] Somos sacerdotes; isto é muito mais que ser reis, porque o sacerdócio nos torna dignos de aparecer diante de Deus e rogar pelos outros.

Tu perguntas: ‘Que diferença haveria entre os sacerdotes e os leigos na cristandade, se todos são sacerdotes?’ A resposta é: as palavras ‘sacerdote’, ‘cura’, ‘religioso’ e outras semelhantes foram injustamente retiradas do meio do povo comum, passando a ser usadas por um pequeno número de pessoas denominadas agora ‘clero’. A Escritura Sagrada distingue apenas entre os doutos e os consagrados, chamando-os de ministros, servos e administradores, que devem pregar aos outros a Cristo, a fé e a liberdade cristã. Já que, embora sejamos todos igualmente sacerdotes, nem todos podem servir, administrar e pregar (LUTERO, 1520).

²⁷ De acordo com Gomes, o alvorecer da liberdade científica começa a preceder a liberdade econômica e política, o século XVII foi conhecido como o século do Método. “Na clínica houve o renascimento do único método capaz

fugiam das questões burocráticas tanto políticas quanto religiosas procurando um ofício que pudesse ajudar efetivamente os excluídos sociais. Portanto, uma tradição foi sendo construída por esse grupo em torno do cuidado com a saúde. Por exemplo, o Dr. Herman Boerhaave (1668-1738), filho de pastor holandês, deixou a teologia pela medicina sendo influenciado por Sydenham. Thomas Sydenham (1624 – 1689), médico inglês, amigo de John Locke e Robert Boyle escreveu livros sobre: como curar febres (1666); Epidemias e as doenças Venéreas (1680). Ainda, sobre o tratamento da Varíola, Histeria, Artrite e Hidropsia, dentre outras. Boerhaave influenciou Von Haller e Linnaeus, pais da fisiologia moderna e da história natural. Van Swieten e Haen mudaram a perspectiva e abordagem da Escola de Medicina de Viena estabelecendo o padrão da nova Medicina Ocidental. Os primeiros grupos de médicos protestantes eram mais radicais e desejavam o cuidado da saúde fosse um bem comum a todas as pessoas (BIRKEN, 1995; HILL, 1987).

Como a carreira clerical estava desgastada, por questões burocráticas, políticas e morais, a medicina passou a ser vista como um bem positivo em si. Com o crescimento da cultura inglesa de classe média e da medicina, a preocupação com a saúde e a felicidade pessoal permanecia, mas também, a partir de um espírito mais secular, as pessoas procuravam orientação nos médicos sobre as regras razoáveis para viver de forma saudável. Na Inglaterra, a vitalidade intelectual da medicina cresceu por causa dos médicos, muitos da *Royal College of Physicians*, membros ativos da *Royal Society* que contribuíram com a Nova Ciência. Uma nova estatura moral na medicina desafiava o ministério pastoral, não apenas como uma carreira prática, mas elencada com motivações mais elevadas de serviço e amor ao próximo. Nesse contexto, o Rev. Joseph Eaton, deixou sua congregação não-conformista em Macclesfield (1696), a fim de praticar apenas a medicina (HILL, 1987; BIRKEN, 1995).

A título de exemplo, Birken escreveu sobre os trabalhos de Erwin Ackerknecht identificando os dissidentes atuando na área da saúde no século XVIII. Os médicos graduados na academia Warrington, ligada a este grupo, foram: Dr. Thomas Percival (1740-1804), Dr. Caleb Hillier Perry (1755-1822), Dr. John Aikin (1747-1822) e Dr. John Bostock (1773-1846). Outros médicos entre os dissidentes foram: Dr. John Hope (1725-1786) fundador da Royal Society de Edimburgo; Dr. William Withering (1741-1799) botânico inglês, químico, médico

de arrancá-la das concepções metafísicas, e é àquele que se atém à observação direta junto ao leito do doente, sim, o método hipocrático, na verdade, experimental” e mais “o século XVII, começa, com a orientação experimental, a idade científica para a medicina, que penetra cada vez mais no segredo da vida e subordina a si pensamento filosófico”, contudo, “um grande inconveniente, como o de afastar o médico da cabeceira do doente. Além disso, a floração constante de teorias, às vezes absurdas, que se sucediam e se combatiam, desviavam a atenção da prática clínica para as especulações filosóficas” (GOMES, 1953, p. 88, 93).

e primeiro investigador sistemático da bioatividade dos digitálicos e Dr. Richard Fowler (1765-1863), além dos proeminentes Quakers, incluindo: Dr. John Ritty (1698-1775); Dr. John Fothergill (1712-1780); Dr. Thomas Dimsdale (1712-1800); Dr. John Coakley Lettsom (1744-1815) médico, filantropo e abolicionista inglês e fundador da Sociedade Médica de Londres que existe até hoje; Dr. Thomas Young (1773-1829) um polímata britânico que fez contribuições notáveis aos campos da visão, luz, mecânica sólida, energia, fisiologia, linguagem, harmonia musical e egiptologia; Dr. Thomas Hancock (1783-1849); o Dr. Gilbert Thompson (1728-1803) e o Dr. Richard Brocklesby (1722-1797) de parentesco Quaker; o médico presbiteriano, Dr. Thomas Cogan (1736-1818); e o Dr. John Bostock (1740-1774) (BIRKEN, 1995).

Pode-se destacar entre dezenas deles, o Dr. Joseph Lister (1827-1912), considerado o pai da cirurgia moderna e Thomas Hodgkin (1798-1866) médico britânico, pioneiro em medicina preventiva, considerado um dos patologistas mais importantes de seu tempo. Hodgkin relatou a doença de Hodgkin, uma forma de linfoma e doença do sangue em 1832. O auge da influência dissidente “foi alcançado no fim do século XIX e no século XX” (BIRKEN, 1995, p. 198; HILL, 1987).

A universidade de Edimburgo e as faculdades dos dissidentes, no pós-guerras Napoleônicas, tornam-se modelo de formação médica, com sua ênfase em missões. Empresários ligados aos dissidentes patrocinavam estudantes. Ação que influenciou a criação da Universidade de Londres. Havia um choque entre estes e os médicos graduados em Oxford ou Cambridge, associados à elite. A Universidade de Londres nasceu em parte com apoio dos dissidentes, visto que “eles foram proibidos de matricular em Oxford ou se graduar em Cambridge”, tendo a influência da questão religiosa. “Oxford e Cambridge eram universidades caras e superlotadas, a qualidade da educação médica era inferior à oferecida em Edimburgo e poucos deles eram graduados em medicina”. Além do mais, “as antigas universidades ainda acaalentavam o ideal do médico do século XVIII [...]. Os radicais os viam como mal adaptados ‘para fazer homens aptos para o mundo real ou para os negócios reais da vida’”. O resultado era “que a Universidade de Londres nunca pretendia imitar as universidades anglicanas” (DESMOND, 1989, p. 24, 35).

Periódicos foram criados pelos dissidentes a partir de 1820, com padrões nacionais. Os médicos evangélicos “que estavam ansiosos por melhorar a saúde e a moral dos pobres, os quais, de acordo com eles, haviam sido insensivelmente negligenciados pelos médicos mais antigos do establishment” (HARDIMAN, 2006, p. 23). As missões criadas ou patrocinadas

pelos dissidentes investigavam as classes trabalhadoras e procuravam educá-las em uma vida saudável. Em Edimburgo nascem os dispensários, entre os pobres, desde 1776, com custos moderados, como um protótipo desse tipo de trabalho. Com a atuação dos médicos dissidentes; as faculdades abertas por eles; a crítica à elite médica e os dispensários como modelo baseados na filantropia, o trabalho médico missionário no exterior foi impulsionado, tendo Edimburgo como centro irradiador.

A união dos fatores relacionados acima levou a atuação de missionários ligados a medicina na Ásia, África e América. O missionário com formação em medicina, via de regra, cuidava da saúde dos missionários europeus, dos convertidos nativos. A missão sempre “tinha um sistema geral de ajuda aos pobres. Por causa da noção cristã fundamental de caridade, o médico missionário entrou em contato com a classe mais baixa da sociedade”, como por exemplo, na Índia, junto a “Tranquebariana, a casta Pariahhad” (JENSEN, 2005, p. 493). Para Ziegenbalg, a missão tem a ver com “serviço para a alma tão bem como para o corpo”. Uma missão importante no contexto da religião e sociedade funcionando com castas, onde não se tolera conversões, mesmo que de vontade própria. Outro apoio foi providenciado, empréstimos sem juros e fundos de socorro, além do suporte para as pessoas alcançarem a auto-suficiência econômica (JENSEN, 2005).²⁸

Dentro desse contexto todo o *ethos* dos médicos missionários foi sendo estabelecido como resultado desses elementos históricos. Quando a União Evangélica Sul-Americana, UESA, nasceu em 1911, o conjunto de transformações na missão, visão e princípios do médico missionário já estavam sedimentados. As diferentes missões se espalharam para todos os continentes no século XX, dentre os quais, a América Latina. A UESA enviou os agentes de saúde para atuarem no sertão de Goiás, um dos lugares que recebeu esses pioneiros com formação plena ou parcial em medicina, como analisaremos, nos próximos capítulos (FANSTONE, 2017; MACINTYRE, 2000; GLASS, 2018; WILDING, 1979). Agora faz-se necessária a análise metodológica do *ethos* desse grupo, especialmente os missionários que atuaram na questão da saúde e doença.

²⁸ No período, Thomas Southwood Smith (1788-1861) um dos líderes que levou a aprovação da Public Health Act (1848) era médico do hospital. Dentre os amigos do London Foot Hospital estavam o filantropo William Wilberforce, Florence Nightingale e Charles Dickens. No hospital Edward Jenners descobriu, testou e conduziu a aceitação médica da vacinação contra a varíola. William Jenner estabeleceu a diferença entre o Tifo e a Febre tifoide (BOX, et al., 1937).

1.1.1 A tipologia weberiana e a medicina missionária pioneira

Visando uma base teórica metodológica para análise do *ethos* do MMP utilizaremos a sociologia compreensiva weberiana. O Sociólogo Max Weber procurou compreender os fenômenos sociais, em sua “objetividade”, o que implica na ação humana carregada de sentido, expresso por meio de seus valores e ideais, vivenciados através dos motivos que os fazem viver e se dispor a atuar socialmente. E como o fenômeno social manifesto nas relações sociais tem realidade quase infinita, o pesquisador, que não é livre de valores, princípios e crenças, precisa escolher uma metodologia visando a interpretação do fenômeno estudado, que lhe permita a objetividade científica do objeto de análise, tanto quanto possível. Tanto a análise dos dados quanto a seleção dos mesmos, partem desse princípio analítico (QUINTANEIRO, 2002).

Como o nascimento da sociologia se deu no século XIX sob a égide do positivismo no estudo das Ciências da Natureza, se negava a complexidade da realidade por uma visão totalizante da ciência. As ciências humanas se sustentavam no caráter subjetivo das ações humanas formando um saber intersubjetivo, descritivo e compreensivo em oposição ao saber explicativo. O positivismo foi questionado pelo uso de suas leis sociais rígidas das quais acabavam impondo normas analíticas sobre a realidade. Ainda que o fenômeno a ser estudado tenha um caráter objetivo, ele é sujeito a valores e sentidos, o que a visão positivista rejeita (NASCIMENTO; AIRES, 2013, p. 24-34).

Para Max Weber, não existe a separação da ciência da natureza, da ciência da cultura, entre o método generalizante e o individualizante. Na realidade, as ciências sociais operam articulando dois métodos, pois toda ciência humana carece de interpretação racional, na tentativa de compreender sua causalidade, tendo como efeitos as relações entre os fenômenos. Para Bodstein (1992), na análise de Freund (1970) tanto a explicação pelas leis gerais quanto a compreensão do significado são legítimas, no entanto, a busca do princípio explicativo geral não pode deixar de lado o nível analítico, “onde o que se busca é a especificidade do fenômeno e sua singularidade como realização da vontade humana” (BODSTEIN, 1992, p. 143).

Assim a sociologia weberiana é fundamentada no indivíduo a fim de ser compreensivo e socialmente generalizante para ser explicativo. Freund comenta que para Weber, “contentar-se com estudar a evolução de uma instituição unicamente no aspecto exterior, independente do que ela vem a ser pela ação do homem, é fugir a um aspecto capital da vida social.” Pois “uma relação social se explica igualmente pelas intenções que nela põe o ser humano, os interesses que nela encontra e o sentido diferente que ele lhe atribui no curso do tempo” (FREUND, 1970

apud BODSTEIN, 1992, p. 143). Desta forma, através do método individualizante, “o cientista social seleciona os dados da realidade que deseja pesquisar, destacando a singularidade e os traços que definem seu objeto” (SELL, 2012, p. 142). Quanto ao método generalizante, “um conceito ideal é normalmente uma simplificação e generalização da realidade” (QUINTANEIRO, 2002, p. 113). Assim, busca-se o princípio da causalidade para “estabelecer relações entre os fenômenos, evidenciando que determinados eventos podem ser explicados a partir de determinadas causas que geram este mesmo fenômeno (causa eficiente)” (SELL, 2012, p. 142).

Nesse caso, o pesquisador assume as consequências e contradições da investigação escolhida e como a direciona. Os apontamentos encontrados como fruto da pesquisa, sugerem várias explicações partindo da análise da ação social. Ao mesmo tempo, o objetivo do estudo é que a estrutura sociológica através dos métodos explicativo e compreensivo seja a condutora da análise, não o caminho da ação. As categorias não podem limitar a ação humana como prática dos sujeitos coletivos. A história não pode ser substituída pela metodologia, nem “os atores sociais pela noção de estrutura social”, pelo contrário, ator e sistema precisam ser vistos numa inter-relação, conforme aponta o sociólogo Touraine (1987).

No parecer de Costa, “um dos grandes méritos weberianos é reconhecer a premissa metodológica de não dar à análise sociológica uma condição de doutrina, nem tampouco uma visão determinista da realidade” (COSTA, 2011, p. 175). A qualidade de um acontecimento e a sua importância cultural é tomada pelo interessado no conhecimento e precisa de um viés hermenêutico para compreendê-lo. Essa metodologia possibilita ainda a análise de indivíduos e organizações. Pois, ainda que a ação social comece no indivíduo, o conceito é ampliado a esferas maiores, em instituições como empresa, sociedades e o Estado, lugares onde as ações se dão (MORAES; FILHO; DIAS 2003). Assim, “as relações de causalidade, por ele construídas na forma de hipóteses, estabelecerão um esquema lógico-explicativo cuja objetividade é garantida pelo rigor e obediência aos cânones do pensamento científico.” Com isto, “o ponto essencial a ser salientado é que o próprio cientista é quem atribui aos aspectos do real e da história que examina uma ordem através da qual procura estabelecer uma relação causal entre certos fenômenos” (QUINTANEIRO, 2002, p. 109).

Deste modo, para “explicar um acontecimento concreto, o cientista agrupa uma certa constelação de fatores que lhe permitam dar sentido a esta realidade particular” (QUINTANEIRO, 2002, p. 111). Seguindo o raciocínio, “tais construções [...] permitem-nos ver se, em traços particulares ou em seu caráter total, os fenômenos se aproximam de uma de

nossas construções, determinar o grau de aproximação do fenômeno histórico e o tipo construído teoricamente”. Com isso, “a construção é simplesmente um recurso técnico que facilita uma disposição e terminologia mais lúcidas” (QUINTANEIRO, 2002, p. 113).

Ainda na escolha dos agentes sociais e instituições a serem estudados, faz-se necessário o recorte que ressalte os traços essenciais de determinada causalidade buscando compreender o dado sociocultural “formado de componentes historicamente agrupados, nem sempre qualificáveis, a cujo passado se remonta para explicar o presente, partindo então deste para avaliar as perspectivas futuras” (QUINTANEIRO, 2002, p. 112). Como a ação social pode ter causas diversas, sejam elas religiosas, psicológicas, culturais, históricas, dentre outras, faz-se necessário um pressuposto que ajude na escolha do método para analisar o fenômeno. Na perspectiva Weberiana um caminho que explica o geral a partir do particular. “Assim, a partir da análise da ação social, passando pela interação entre os indivíduos (relações sociais) e sua estabilização normativa (ordem legítima), chega-se até as organizações, instituições e estruturas sociais” (SELL, 2012, p. 134). A sociologia weberiana procura explicar a ação com sentido através dos Tipos ou modelos explicativos.

Essa relação entre a análise sociológica e a interpretação histórica foi objeto de investigação no Brasil há décadas, como em *Raízes do Brasil* (1936) de Sérgio Buarque de Holanda cuja influência metodológica weberiana é grande apesar de poucas referências (SOUZA, 2007). Holanda foi pioneiro no uso da tipologia no Brasil e trabalha as raízes da nação a partir da dualidade trabalhador e o aventureiro. Em sua análise “o aventureiro ibérico não saberia compreender, e ainda menos partilhar, o comportamento social e o comportamento econômico do trabalhador, figura característica do mundo sociopolítico do norte europeu” (LEENHARDT, 2005, p. 96). Conceito que ajuda na análise que faremos do MMP europeu que chega em Goiás, diferentemente do MRI com suas heranças e tradições culturais.

Holanda trabalhou ainda com pares, “trabalho e aventura; método e capricho; rural e urbano; burocracia e caudilhismo; norma impessoal e impulso afetivo” (CÂNDIDO, 1996, p. 13). Além de Holanda, Florestan Fernandes, os sociólogos Gilberto Freyre, Juarez Rubens Brandão Lopes e Maura Isaura Pereira de Queiroz utilizaram amplamente dos conceitos weberianos visando a tratar as questões de classes no Brasil (LEENHARDT, 2005; DIAS, 1974). Especificamente no campo da saúde, Mariano (2017), Bodstein (1992) e Chaves (2016), dentre outros, utilizam o conceito weberiano como abordagem epistemológica.

Neste trabalho veremos a “ação social” fundamentada no sentido e nos valores de caráter subjetivo, que se manifesta objetivamente nas ações refletidas em grupos e instituições

onde o sentido é compartilhado e tende a perpetuação. O tipo a ser usado é, portanto, “uma construção intelectual destinada à medição e à caracterização sistemática das relações individuais, isto é, significativos pela sua especificidade” (WEBER, 2001, p. 144). Pois o que “dá valor a uma construção teórica é a concordância entre a adequação de sentido que propõe e a prova dos fatos, caso contrário, ela se torna inútil, seja do ponto de vista explicativo ou do conhecimento da ação real” (QUINTANEIRO, 2002, p. 102). Desta forma, a “finalidade da formação de conceitos de tipo ideal consiste sempre em tomar rigorosamente consciência não do que é genérico, mas, muito pelo contrário, do que é específico a fenômenos culturais” (QUINTANEIRO, 2002, p. 145).

De acordo com Weber (2001) há quatro tipos puros ou ideias, de ação. Ação Racional com respeito aos fins; Ação Racional com relação a valores; Ação Afetiva e a Ação Tradicional. Na “Ação Racional com Respeito aos Fins”, a expectativa quanto ao comportamento de objetos ou pessoas é utilizado “como ‘condições’ ou ‘meios’ para alcançar fins próprios, ponderados e perseguidos racionalmente, como sucesso” (WEBER, 2000, p. 15). Nesse tipo, os meios mais adequados são usados para se chegar a um fim, independente dos valores e princípios para obter o resultado; Na Ação Racional com Respeito a Valores a “crença consciente no valor” conduz “a determinado comportamento como tal, independente do resultado” (WEBER, 2000, p. 15). Diferente do primeiro caso, esta é definida por um valor. O fim pode ser determinado por um valor de conteúdo religioso, ético, moral, estético ou político. Os valores inspiram a conduta e a ação que só fazem sentido a partir dos mesmos que racionalmente guiaram-na; Já a Ação Afetiva ou Emocional é guiada “por afetos ou estados emocionais atuais” como orgulho, medo, desespero, inveja, vingança, ódio, entusiasmo, dentre outras. Portanto, não é uma ação racional, mas emocional; Por fim, há a Ação Tradicional realizada devido ao “costume arraigado” (WEBER, 2000, p. 15). Independente da racionalidade ou das emoções, o que dirige o agente é o costume, os hábitos, as crenças passadas de geração em geração não tendo uma análise crítica das ações e da razão para praticá-los (WEBER, 2000).

A análise busca mostrar como o ethos do MMP foi moldado por uma *Ação racional com respeito a valores*, visto que o sentido da conduta e de suas ações foi dirigido por princípios independente dos resultados a serem alcançados. Analisaremos também o antítipo, que seria a ausência dos princípios desse ethos específico ou o oposto a ele. Assim, é possível afirmar ainda que muitos médicos e missionários ligados à saúde tiveram uma ação específica, deixaram seus nomes na história devido ao impacto que causaram, entretanto em muitos sentidos não foram

movidos pela ação Racional com Respeito a Valores, podendo ter agido a partir da Ação Racional com respeito aos fins, Ação Afetiva, ou ainda a Ação tradicional (WEBER, 2001).

Até porque, enquanto grande parte dos MMP estudados aqui tem suas raízes em países Anglo-saxões protestantes, nossa matriz cultural tem muitos aspectos advindo do colonizador português que, para Holanda (2004) e Vainfas em Visão do Paraíso, não levou em conta o projeto de construir uma civilização, mas foi “tragado pelos interesses imediatos de uma colonização predatória e pouco ligada a motivações propriamente civilizacionais” (VAINFAS, 2002, p. 42). Desta forma, acrescenta Holanda, existe, “a repulsa firme a todas as modalidades de racionalização e, por conseguinte, de despersonalização, tem sido, até aos nossos dias, um dos traços constantes dos povos de raízes ibéricas” (HOLANDA, 2004, p. 51). De acordo com Souza, essa cultura gera o homem cordial descrito por Holanda, “ponto por ponto, o inverso perfeito do protestante ascético como é descrito por Max Weber” (SOUZA, 1999, p. 79-80).

Essas diferenças podem ser percebidas no decorrer das análises a serem feitas de forma mais objetiva possível no processo de compreensão do agir do médico missionário pioneiro em comparação aos demais médicos que atuaram em Goiás, no período delimitado (1911-1943). A partir do quadro comparativo, pretendemos compreender os médicos missionários mais citados especialmente na literatura do século XIX, percebendo como suas vidas e as instituições criadas por eles foram formando um ethos próprio, forjando as sucessivas gerações de médicos missionários inclusive os que atuariam no sertão do Brasil.

Por fim, enquanto Weber procura trabalhar o tipo analisando três aspectos dos mesmos, neste trabalho à semelhança de Sergio Buarque de Holanda procuramos identificar o tipo a partir do binômio Médico Missionário Pioneiro e o Médico Racionalista Individualista. Para este trabalho, foram criadas dez categorias de análises a partir dos Médicos Missionários Pioneiros, que serão explicadas num primeiro momento e depois analisadas.

1.2 O nascimento do Tipo: O Médico Missionário Pioneiro

Conforme relatado acima, o ethos do médico missionário protestante foi reforçado e alguns pontos centrais acentuados. Desta forma, será analisado o desenvolvimento do Tipo e em seguida como os mesmos foram extraídos a partir dos médicos missionários pioneiros. Para efeito de análise numa perspectiva weberiana utilizaremos o Ethos do MMP em contraposição ao MRI. Enquanto o primeiro trabalha a partir dos valores o segundo a partir dos fins.

1.2.1 A tipologia do Médico Missionário Pioneiro e do Médico Racionalista Individualista.

Inicialmente, na essência do trabalho, o Médico Missionário Pioneiro, MMP, atua a partir de valores e seu foco é relacional, enquanto o Médico Racionalista Individualista, MRI, trabalha a partir dos fins e seu foco é mais legal, no sentido de cumprir o que está estabelecido. Uma das razões do sucesso do MMP é seu intento de vivenciar e comunicar valores às pessoas com as quais relacionam, por isso, eles tiveram que primar por relações saudáveis. Toda ação e instituição criada por eles, visava o foco primário no atendimento e melhoria de vida das pessoas, especialmente porque atuavam em locais de maiores carências. Assim, o foco no relacionamento era plano primário de suas ações. Como o MRI atuava a partir de outros referenciais e em outras circunstâncias, nem sempre, os relacionamentos eram a primazia em suas ações, mas o cumprimento legal de suas atividades.

Quanto à formação o MMP de maneira geral era Generalista enquanto o MRI era Especialista. Os MMP normalmente possuíam boa formação familiar, somada a alta capacitação médica científica, inclusive com mestrado e doutorado. Soma-se a isso a formação teológica, moral e espiritual, além do preparo transcultural. Seu conhecimento e vivência eram examinados com rigor em escolas e comitês missionários, além de terem de revalidar seus diplomas em medicina nos países onde atuariam, tudo isso, a fim de obter aprovação para servirem em locais remotos. Devido à capacitação e exemplo de vida, eles tornaram-se *Fellows* das sociedades médica, cirúrgica ou científica, despontando em diversos aspectos. Já o MRI tinha boa formação, contudo, como não tinha preparo em diversas áreas, inclusive formação transcultural e teológica, normalmente sua formação se limitava à medicina, ainda que pudesse ser profunda;

Quanto à atuação social em lugares inóspitos, o MMP age como Pioneiro, portanto proativo, enquanto o MRI era Conservador e reativo. O MMP escolhia o campo de ação a partir das necessidades da região onde atuariam, não para suprir suas necessidades. A atuação em lugares com ausência de bens básicos para suprimentos no comércio, saúde, educação, transportes e lazer, quando esta realidade era confrontada a sua ampla formação e experiência vivencial, onde certo avanço científico tinha acontecido, gerava a pro-atividade e a promoção de parte destes bens, além do pioneirismo na criação de instituições para suprir tais demandas. Sua atuação com respeito aos valores era a resposta às carências locais, pois nessas regiões “as instituições não missionárias tiveram dificuldade em recrutar um suprimento regular de professores [e médicos] ocidentais dedicados e qualificados” para expandir o ensino dos

assuntos ocidentais (WOODBERRY, 2004, p. 46). Além do mais, a demanda local somada à visão da necessidade do livre exame das Escrituras Sagradas, a ideia do exercício da mordomia em todas as áreas da vida impelia-os a implantar instituições e serviços inovadores na área da saúde, educação, literatura, espiritualidade, transformação social, na formação dos locais, no cuidado com as crianças, na introdução de técnicas cirúrgicas, medicamentos e vacinas que exigiam conhecimento, pioneirismo e uma relação de entendimento com os locais (MACKENZIE, 1993; SWANSON, 1982; STORM, 1938; LEE, 2013). O MRI não tendo consigo o ideal de atuar em regiões inóspitas acabava por trabalhar em regiões com maiores recursos e instituições estabelecidas. E se em última análise fosse desafiado, ponderaria se seus ganhos pessoais e monetários seriam recompensados a altura de seus esforços. Portanto não há pioneirismo e sua atuação é uma reação ao compromisso institucional que está posto, podendo por vezes fazer alguma inovação, mas pouca ação inédita onde atuou.

Quanto ao trabalho, o MMP se enxerga como um Vocacionado enquanto o MRI se vê como um Profissional. O MMP percebe um traço sagrado na sua tarefa “intramundana”, a qual “faz do trabalho diário e metódico um dever religioso, a melhor forma de cumprir, ‘no meio do mundo’, a vontade de Deus” (WEBER, 2000, p. 278). O MRI, necessariamente, não tem essa preocupação. Ele se percebe como um profissional, que exerce sua tarefa a partir de sua qualificação, mas não enxerga necessariamente alguma conexão entre seu trabalho e a espiritualidade, e pouca ligação com seu papel na transformação social, pois de forma diminuta e dicotômica se interessa pelo fim de suas ações, o cumprimento da tarefa e a remuneração. Algumas iniciativas essenciais na medicina missionária tiveram suas origens não na decisão política, nem mesmo profissional, mas “em um chamado vocacional e um ato de obediência” (GEORGEA, 2014, p. 27). Um dos resgates feitos pelo protestantismo foi ver a vocação como algo para todas as pessoas e não somente aqueles com atuação na esfera da igreja. Esses médicos se perceberam como chamados ou vocacionados por Deus para uma tarefa específica, a partir da leitura da Bíblia, de livros, cartas ou de vivência em lugares carentes;

Quanto à relação com líderes locais, governos municipal, estadual e federal e líderes internacionais, o MMP desenvolve uma ação de Estadista enquanto o MRI atua como um Individualista. O MMP tem a capacidade de negociar e fazer parcerias, de atuar tratando com as lideranças locais visto que precisam de fazer contatos para implantar instituições, angariar meios para estabelecerem-nas e documentos para credenciarem-nas. Eles dominavam a língua materna e do local de atuação, por isso, eram recrutados no diálogo entre os diferentes governantes, além disso, eles tinham necessidade de fazer parcerias entre seus países de origem

e os governos locais, por isso, precisavam ter esse trânsito político (NALINI, 2010; HOSKINS, 1912). Já o MRI não tinha essa preocupação, até porque ele atua visando a conservar o que existe, ou, no máximo, ampliar, quase nunca criando alguma estrutura ainda inexistente no local. Assim, não necessita tantas relações em termos políticos decisórias;

Quanto às demandas na educação, imprensa e temas caros à democracia, como a luta contra a escravidão, liberdade civil, cuidado com órfãos, drogativos e excluídos sociais, assim o MMP atuou como Reformista social enquanto o MRI se via como indiferente às necessidades sociais. A cosmovisão que permeou o ethos orientou as ações e reflexões a agir para além das questões descritas acima, nas questões de higiene, direito das mulheres, valor das crianças, na implementação de orfanatos, dentre outros (LUTZ, 2008; FANSTONE, 2017; TESTA, 1963; HARDIMAN, 2006; WOODBERRY, 2004). O MRI não tinha essa preocupação, isso por não atuar em lugares inóspitos, por ter atuação individual e por vezes, envolver-se em programas sociais, mas como alguém que não se vê preparado ou com vocação para aquela situação, assim ele é indiferente às necessidades existentes;

Quanto à amplitude de suas ações, o MMP por atuar em diversas áreas, conforme descritas acima, tem uma atuação interdisciplinar e multitarefas com alta capacidade produtiva, enquanto o MRI tem uma atuação disciplinar. A demanda dos lugares onde o MMP atuava exigia uma ação multi e interdisciplinar visando a suprir as necessidades básicas do local. A formação com rigor intelectual, moral e espiritual, somada aos princípios e valores que direcionam a dirimir as necessidades locais, levavam-nos a produzir de forma extraordinária (DWIGHT, 1904; COWIN, 1922). Já o MRI atuava na sua área ou alguma outra, mas não é tão amplo em seu espectro como o MMP;

Quanto à consciência das necessidades, das ações e do seu próprio ineditismo, o MMP era autoconsciente, enquanto o MRI era inconsciente. A necessidade de documentar suas ações, prestar relatórios às agências e igrejas que os enviavam e a manutenção do diário fortaleciam a autoconsciência do seu papel, seus motivos e o ineditismo nas ações e instituições implantadas. Assim preservavam arquivos, enviavam relatórios, escreviam livros, procuravam entender o povo e a situação onde atuavam, pesquisavam as necessidades locais, proviam de toda sorte de documentação, além de registrarem em diário suas atividades e motivos como fonte de autoexame e autorevelação (ZACCARELLI; GODOY, 2010, p. 551). O Protestantismo, por exemplo, desempenhou papel importante na popularização dos diários. “Entre os puritanos do norte europeu, enfatizou-se a utilidade de se fazer um registro cotidiano das próprias atividades e de reflexões como um caminho para a vida santa com base no autoexame e na autorrevelação”.

Além do mais, “o diário podia ser usado para confessar os pecados, fazer uma contabilidade moral e encorajar o indivíduo a se observar e se disciplinar” (ZACCARELLI; GODOY, 2010, p. 550-563). O MRI não tem essa preocupação. Normalmente trabalhará em sua própria cultura, tendo sentimento que já conhece o povo e as necessidades às quais foi contratado para exercê-las. Assim, tornava-se inconsciente, no sentido de não aprofundar no conhecimento do local de atuação e no registro a ser feito, não tendo necessariamente de prestar contas e produzir conhecimento sobre sua área;

Quanto aos enfrentamentos diversos nos campos de ação, devido ao seu preparo e motivos, o MMP necessitava ser Resiliente enquanto o MRI é Suscetível à situação. A resiliência do MMP era forjada devido às poucas condições e recursos nos locais de atuação, a distância do país de origem, por vezes, a rejeição dos familiares, as perdas de seus filhos e cônjuge, a perseguição por parte dos locais ou da liderança das comunidades e até dos colonizadores, dentre outras. Sabe-se que os MMP cometiam erros, falta de discernimento cultural, dentre outros, mas a despeito disso, as pressões vivenciadas exigiam alteridade, resiliência e compaixão. Normalmente, missionários britânicos em colônias não britânicas sofriam perseguição e ausência de recursos, contudo eram mais livres para criticar os erros dos colonizadores, por serem autossustentáveis e não dependerem do governo, tendo liberdade de ação. O MMP e suas instituições atendiam aos menos favorecidos gratuitamente e devido a vários fatores como diferenças culturais, a responsabilidade dos mesmos aumentavam (WOODBERRY, 2004; TESTA, 1963; FANSTONE, 2017). Os MRIs, quando tinham alguma ação em lugares onde poderiam sofrer algum tipo de pressão, normalmente eram suscetíveis, assim, com situação favorável eles permaneciam, se não, eles abandonavam o projeto.

Quanto à sustentabilidade e legado, o MMP se via como Mordomo enquanto o MRI como Empregado. O conceito teológico e histórico da mordomia se refere àquele que cuida para o outro, como um administrador pago para cuidar de uma empresa. No caso do médico missionário, ele tinha a auto percepção que estava atuando por vocação para cumprir um propósito divino, por isso, ele agia como mordomo de tudo o que tinha e do que lhe vinha a suas mãos. O fato de atuar em regiões inóspitas com toda sorte de carências, somada aos poucos recursos recebidos das sociedades filantrópicas que os mantinham, levava o MMP a criar ações e instituições sustentáveis. Assim, a tradução de material, o preparo de nativos, o registro do conhecimento adquirido, as invenções para ampliar e agilizar as ações, dentre outros geravam sustentabilidade. O legado era construído, pesquisas eram realizadas e seus nomes foram registrados nos livros, prédios, praças e ruas onde atuaram e até mesmo em outras regiões. O

MRI não possuía o pioneirismo e necessariamente não se atinava em formar pessoas para auxiliá-lo, pois vivia em regiões onde havia instituições para isso, desta forma, acabava sendo um empregado, cumprindo com o profissionalismo que lhe competia. No quadro 1, há um resumo dos tipos explanados.

Quadro 1: Tipo: Médico Missionário Pioneiro e Médico Racional Individualista

TIPOLOGIA – AÇÃO SOCIAL DA MEDICINA			
No	QUANTO AO	MMP (Valor)	MRI (Fins)
1.	VALOR/CARATER	Relacional	Legal
2.	FORMAÇÃO	Generalista	Especialista
3.	ATUAÇÃO SOCIAL	Pioneiro/proativo	Conservador/reactivo
4.	TRABALHO	Vocacionado	Profissional
5.	RELAÇÕES	Estadista	Individualista
6.	DEMANDA SOCIAL	Reformista	Indiferente/Repetidor
7.	AÇÕES	Interdisciplinar	Disciplinar
8.	CONSCIÊNCIA	Autoconsciente	Inconsciente
9.	ENFRENTAMENTOS	Resiliente	Suscetível
10.	SUSTENTABILIDADE	Mordomo	Empregado

Fonte: Elaborado pelo autor

A tipologia weberiana deu a epistemologia para a criação de um padrão hermenêutico de análise do que estava posto sobre o médico missionário pioneiro, mas não estava estruturado. Desta forma, no estudo das ações dos médicos será possível analisar seu ethos, especialmente em contextos de fronteira, como foi o caso de Goiás na primeira metade do século XX. Antes porém, faz-se necessário fazer alguns apontamentos analisando a relação entre o MMP e o MRI.

1.2.2 Apontamentos sobre o MMP e o MRI

A partir do quadro analítico acima, alguns apontamentos são necessários para o entendimento do tipo. Primeiro, a tipologia apresentada não esgota as características do MMP e do MRI. Estes podem apresentar outras características que não foram listadas aqui, assim como muitos deles certamente não possuem todas elas, contudo o que o diferencia do MRI são seus motivos e atuação para além do viés profissional. Desta forma, no quesito ações, por exemplo, o MMP atua em pelo menos duas ou mais diferentes áreas, ainda que não tenha uma

formação tão generalista; Segundo, com esta caracterização não se propõe que o MRI não possua as características do MMP e vice-versa. Contudo, no essencial eles diferem de forma substancial; Terceiro, não apresentamos os pontos negativos nos tipos, apenas identificamos suas atuações. Por exemplo, para o conceito atual de cuidado com a família, muitos dos MMP não se encaixariam. David Livingstone e outros pioneiros ficavam anos longe de casa, enquanto realizavam o seu trabalho missionário, sendo por vezes, dado como morto. Outros pioneiros enviavam seus filhos aos países de origem para estudarem e serem cuidados permanecendo anos sem encontrá-los. Era comum aos pioneiros colocar suas famílias em perigo devido ao trabalho em regiões inóspitas, além da perseguição religiosa, ideológica ou política que enfrentavam.

Em quarto lugar, via de regra, um MMP não tem cem por cento das características listadas no tipo, mas todos eles possuem características essenciais do referido ethos. Por exemplo, ainda que seja comum o MMP atuar em regiões distantes e inóspitas, contudo acontece de um MMP não atuar nessas condições. Entretanto, mesmo permanecendo em sua própria região ele é proativo, atua na periferia da cidade criando instituições inovadoras para o cuidado com as pessoas e formando de profissionais em missão. Outra exceção é que quase todos os MMP atuaram sendo membros de sociedades missionárias, no entanto, Robert Kalley, médico missionário em Portugal e no Brasil, não era filiado a nenhuma agência enquanto no Brasil.

Ainda que o MMP não possuísse todo o tipo listado acima, algumas características comuns são: 1) quanto ao seu valor, ele prima pelos relacionamentos; 2) em relação a atuação social ele é pioneiro e proativo; 3) quanto à visão do trabalho, ele se vê como vocacionado; 4) quanto às demandas sociais, ele é reformista; 5) suas ações são interdisciplinares; 6) ele é autoconsciente de sua atuação; 7) quanto aos enfrentamentos, ele é resiliente e compassivo e 8) quanto à sustentabilidade do seu trabalho, ele se vê como mordomo e atua em parcerias visando a cumprir os propósitos da permanência, mesmo quando ele não estiver mais no local (HALSEY, 1919). MacGillivray escreveu: “Auxiliares médicos - Tem-se dado atenção ao preparo de auxiliares nativos na obra médica e à elaboração de um curso de estudos para tais auxiliares” (1907, p. 179). Ainda sobre hospital e médicos ele escreveu sobre o papel importante deste na formação de novos médicos. “Um número considerável de homens e algumas mulheres foram assim habilitados para servir a seu próprio povo na linha da prática médica inteligente. Alguns desses homens provaram ser os membros mais ativos e inteligentes da Igreja”

(MACGILLIVRAY, 1907, p. 377). Desta forma, um MMP pode apresentar, por exemplo, somente seis ou oito das dez características referentes a seu tipo.

Uma quinta questão importante. Na análise, não se faz juízo de valor tomando uma característica como melhor que a outra, e mesmo na comparação do MMP com o MRI. Por fim, os médicos missionários são de matriz protestante dissidente, assim, não analisaremos MMP de outras matrizes religiosas, visto que, o foco desta pesquisa é analisar os médicos missionários da UESA, instituição que atuou em Goiás, na primeira metade do século XX. Ainda, não será analisado neste capítulo o MRI, pois o mesmo será visto nos próximos capítulos quando forem apresentados em distinção ao MMP. O objetivo aqui é reforçar a tipologia do ethos do MMP. Desta forma, descreve-se os resultados da tipologia aplicados aos médicos missionários que moldaram o ethos descrito.

1.3 Descrição e discussão dos resultados

A descrição e discussão dos resultados se dará a partir dos médicos mais citados na literatura missionária. O objetivo é perceber como a tipologia proposta nasceu da trajetória de vida dos médicos missionários que se tornaram referenciais para os demais missionários, como por exemplo, os que atuaram no Centro-Oeste Brasileiro. Os personagens analisados impulsionaram os cuidados com a saúde, trabalharam com educação, transformações social, dentre outros, tendo a fé como base de vida e propagação na Europa, Ásia, África e América.

No parecer de Mott, a biografia dos médicos missionários inspira seus seguidores nos pontos essenciais de suas vidas e não falha em instruir os estudantes. Seus escritos são uma fonte abundante de informação e a autoridade do biografado é derivada de sua ética médica. O legado dos pioneiros se dá pela distinção na área da saúde de maneira geral. Pelo reconhecimento de seus talentos distintos, que os abalizaram nas diferentes facetas da ação médica, ou devido a sua estima pública. Além do mais computa-se “aqueles traços morais e intelectuais, que são, em certa medida, inseparáveis de uma grande reputação” (MOTT, 1829, p. 8).

Na documentação sobre medicina missionária muitos nomes são citados como pioneiros e tornaram-se modelos. Dentre as dezenas de nomes, alguns foram selecionados por serem mais representativos, por atuarem em regiões inóspitas e distintas, por encararem o trabalho como vocação, dentre outros, sendo eles: John Scudder que atuou no Sri Lanka e Índia; Peter Parker na China; Peter D. Handyside na Escócia; David Livingstone na África; Robert

Keid Kalley em Portugal e no Brasil; James Hudson Taylor, na China; George E. Post na Síria e Clara A. Swain na Índia (SHRADY, 1886; DWIGHT, 1904; MARQUES, 2006; CARVALHO, 2015).²⁹

Para analisar da vida dos missionários, tanto neste, como nos próximos capítulos, considera-se a análise biográfica. De acordo com Schmidt, para o historiador profissional, mais importante do que falar tudo, ou revelar detalhes antes desconhecidos do biografado, é preciso “compreender o sentido histórico da vida que se estuda. Na história, o que guia os passos da investigação e estabelece o que deve ou não ser narrado são problemas de pesquisa com relevância histórica, que podem ser respondidos pelos métodos dessa disciplina” (SCHMIDT, 2014, p. 125). A questão não é descrever todas as características dos personagens, mas “acompanhar um percurso singular” e assim, “sugerir respostas a questões que também interessam a seus colegas de profissão” e a pesquisa (SCHMIDT, 2014, p. 125). Não é a busca da coerência linear, mas “aprender facetas variadas de suas existências, transitando do social ao individual, do inconsciente ao consciente, do público ao privado, do familiar ao político, do pessoal ao profissional, e assim por diante”, no contexto onde essa história ganha sentido (SCHMIDT, 2000, p. 63).

Figueiroa (2007) e Ginzburg (1989) trabalham a relação indivíduo sociedade, o que coaduna com a sociologia weberiana onde a cultura é um conceito de valor (CARVALHO, 2015).³⁰ Dessa forma, objetiva-se apresentar uma breve biografia dos MMP juntamente com dados relevantes de suas famílias, alguns colegas de missão, quando necessário, e atuação deles visando a formar o escopo para confrontar com a tipologia estabelecida. E por fim, os MMP serão citados em ordem cronológica e não em função da sua relevância ou reputação no contexto missionário.

²⁹ Nas biografias, relatórios, documentos das sociedades médicas, palestras e livros, os nomes listados acima são citados frequentemente pelo pioneirismo na atuação medicina missionária do que outros médicos missionários (DWIGHT, 1904; AMB, 1920; FANSTONE, 2017; ANDERSON, 1998; ARNALD, 1989; BAKER, 1904; BEAL-PRESTON, 2000; BROWNE, 1974; CRANE, 1998; DODD, 1964; DOWKONTT, 1894; TESTA, 1963).

³⁰ Weber interpreta a instituição, ou “personalidades coletivas”, as formações sociais como cooperativas, sociedades anônimas, o estado (WEBER, 1984, p. 22) nada mais são do que os desenvolvimentos e entrelaçamentos de ações específicas de pessoas individuais, sujeitas de uma ação orientada pelo seu sentido. Assim, as instituições são o desenvolvimento, da ação social desses indivíduos que se acordam por interesses motivados racionalmente (com base em fins ou valores)” (WEBER, 1984, p. 110-111).

1.3.1 O Médico Missionário Pioneiro John Scudder

O primeiro MMP a embasar o estudo é o norte americano John Scudder (1793-1885). Scudder tem herança dissidente puritana inglesa sendo o maior exemplo de uma geração de médicos missionários atuando em determinada região. Em 1819, ele deixou seu país para atuar no Ceilão, atual Sri Lanka e depois na Índia. Sua graduação em teologia se deu em *Princeton*, em 1811 e no *New York College of Physicians and Surgeons*, em 1813, em medicina. Depois de atuar como médico, bem sucedido, em Nova Iorque leu um panfleto sobre a responsabilidade dos cristãos frente ao mundo, então decidiu dedicar sua vida no Sri Lanka. Seu pai Joseph Scudder não aceitou sua decisão e o deserdou (AMBALAVANAR, 2017, p. 2). Antes do Dr. Scudder, o inglês Dr. John Thomas foi o pioneiro na medicina na Índia, trabalhando com William Carey. Contudo o trabalho de Thomas foi parcial e pontual (WMC, 1910a).

John entrou para o comitê da missão médica da *American Board of Commissioners For Foreign Missions*, ABCFM, e em seguida, embarcou para a Ásia com sua esposa Harriet, a filha Maria e os missionários Winslow, Spaulding e Woodward desejoso de encontrar William Carey.³¹ Chegando ao destino, sua filhinha morreu de disenteria. O casal foi para o Sri Lanka e no distrito de Jaffna fundou o *Western Medical Mission*, em 1819, a primeira casa de saúde da região, onde foi diretor e serviu por 19 anos atuando com a medicina, educação, ação social e evangelismo.³² Dois outros filhos nasceram e morreram e dos treze filhos, três morreram na infância e um na juventude. Apesar das adversidades os Scudder's continuaram seus trabalhos e chegaram a cuidar, em sua casa, de quarenta crianças, a maioria órfão (AMBALAVANAR, 2017, p. 3). Scudder fundou uma escola para meninos e outra para meninas. Ao todo, com outros missionários fundou 25 escolas em Jaffa, além de faculdades e igrejas e tratou com

³¹ Carey é conhecido como o Pai das Missões Modernas. Com seus companheiros de trabalho “em 1800 eles compraram e ampliaram uma casa e terrenos para serem usados como uma igreja [...] A missão de Serampore se tornou um modelo e um estímulo para todos outros, e em conexão com ele, a primeira missão médica foi estabelecida por um convertido hindu ao cristianismo, Krishna Chundrapal, que foi batizado em 1800” (WMC, 1910a, p. 115). Havia ainda, “uma florescente missão médica sob o comando do Dr. W. Carey. O campo é muito promissor e está sendo trabalhado com habilidade e energia. Cerca de trinta localidades no distrito estão ocupadas, e são necessários agentes adequados para que os trabalhos sejam amplamente aumentados” (STORROW, 1884, p. 201).

³² O primeiro grupo de missionários chegou em 1816, Rev. Warren e o Rev. Richards. Eles tinham um conhecimento básico de medicina, portanto trouxeram alguns remédios com eles visando cuidar dos missionários, mas também para ajudar o povo de Jaffna. O trabalho médico missionário de Warren em Tellipalai (1816-1817) foi descrito da seguinte forma: “Nossa atenção foi chamada aos doentes ao nosso redor. Muitos correram para nossas portas em busca de assistência médica, assim que foram informados de que tínhamos meios de ajudá-los. Temos motivos para esperar que Deus abençoe nossa atenção a eles, tanto para o bem espiritual quanto para o temporal. Isso nos oferece a oportunidade de recomendar o grande médico a muitos de diferentes partes do distrito que provavelmente não deveríamos ver [...]” (MILLS, 2005, p. 6).

sucesso de cólera, febre amarela, dentre outras doenças (WATERBURY, 1870; AMBALAVANAR, 2017).

Em 1836 Scudder foi transferido para Madras onde iniciou trabalhos semelhantes ao do Sri Lanka. Com personalidade forte, pensador vigoroso, capaz e objetivo, ele teve ainda “grande decisão de caráter, foi capaz de grande resistência e suportou extrema dor sem vacilar. Ele era severo e terno, decidido em seus pontos de vista, mas liberal em relação aos outros” (COWIN, 1922, p. 205). Dos nove filhos, duas filhas ajudaram na obra missionária e sete tornaram-se médicos missionários. A experiência do pioneiro impactou seus filhos, netos e bisnetos, além de outras gerações através dos seus escritos, palestras e instituições criadas por ele. Como exemplo, seu trabalho e de seus descendentes somaram mais de “1.100 anos combinados de serviço médico missionário por 42 membros de 4 gerações dos Scudders na Índia” (*A Tradition of Service*; DWIGHT, 1904; WATERBURY, 1870).

A vida do casal Scudder confirma a tipologia do MMP praticamente em todos os aspectos. É perceptível em sua vida e família seu caráter relacional. Scudder tinha contato direto com as pessoas, seja no atendimento médico, ao iniciar dezenas de escolas para os mesmos ou recebendo dezenas de crianças em sua própria casa, além do trabalho com a igreja. Sua formação Generalista, na teologia, medicina, espiritualidade, além do conhecimento ligado às missões, somada às carências locais deram base para a atuação social pioneira e proativa tanto no Sri Lanka quanto na Índia, em Madras e Madurai. Scudder e seus filhos criaram dezenas de escolas, a primeira casa de saúde da região e o orfanato na sua própria casa.

O trabalho foi visto como uma vocação tanto em sua vida como de seus filhos e netos, no intento de cumprir a “vontade de Deus” (WEBER, 2000). As relações com o governo local eram intensas para a criação e validação de suas instituições. Devido a seu caráter e qualificação, um hospital do governo na região de Madras foi transferido aos cuidados da família Scudder. As demandas sociais exigiram reformas junto às crianças, inclusive com meninos e meninas podendo estudar e no trato com a saúde da população. Suas ações eram Interdisciplinares, seja na medicina, educação básica e superior, ação social com orfanato, cuidados com pobres, início de uma imprensa com o colega Wislow, na tradução de textos, dentre outros (CORWIN, 1902, p. 718).

A consciência dos feitos levou-nos a deixar registros sobre a atuação da família. Ainda hoje, existe um site sobre a atuação da família Scudder na Índia.³³ Em relação aos

³³ Para mais informações, ver: <https://scudder.org/about/history/>.

enfrentamentos percebe-se as grandes perdas da família Scudder, primeiro deixando uma vida “estável” em Nova York, depois com seu pai deserdando-o por decidir ser missionário. No início da vida familiar e missionária o casal perdeu três filhos na infância e um na juventude, dentre outras tantas perdas, sem contudo, desviar de seus propósitos. Quanto à sustentabilidade do trabalho, a permanência e multiplicação das instituições e a continuidade dos médicos missionários, percebe-se na própria família que dos nove filhos, sete se tornaram médicos missionários e duas missionárias, como se vê abaixo.

Henry Martyn Scudder (1822-1895) foi enviado, em 1844, a Madurai e depois a Madras (1846), onde, além da medicina, iniciou escolas e igrejas.³⁴ Henry iniciou a *Arcot Mission*, AM, em 1850 e, no ano seguinte o *Wallajapet Dispensary* que foi transferido para Ranipet - instituição cuidada pelos Scudders por mais de cem anos. Henry escreveu vários livros, atuou ainda no Japão ajudando seus filhos e filhas (DWIGHT, 1904; WATERBURY, 1870).³⁵ William Waterbury Scudder (1823-1895), o segundo filho, atuou na Arcot Mission por 22 anos. Joseph Scudder (1826-1860), o terceiro filho, atuou na Arcot Mission por sete anos. Ezekiel Carman Scudder (1828-1876),³⁶ serviu na Arcot Mission, por 21 anos. O sexto filho, Jared Waterbury Scudder (1830-1910), atuou na mesma missão por 55 anos (COWIN, 1922; SHAVIT, 1990).³⁷ Silas Downer Scudder (1835-1877), o sétimo filho, atuou na *Arcot Mission*, iniciou um dispensário e o único hospital na região, em 1866, com apoio do Reino Unido e de nativos. Pelo sucesso do *Ranipet Hospital*, denominado *Scudder Memorial Hospital*, o governador de Madras fechou o hospital civil e “entregou os edifícios, móveis e estoque em suas mãos, juntamente com a metade do dinheiro permitido para o dispensário” (RANIPET..., 2010). Silas chegou a atender mulheres Hindus, algo difícil para a cultura local.

Dr. John Scudder II (1835-1900), o oitavo filho, com a esposa Sophia Weld atuou em Chittur e Arni (1861-1865) e na Arcot Mission (1865-1876). Depois de passar um tempo na

³⁴ Antes de Henry Martyr Scudder ir a Índia, O Rev. Otis Robinson Bachelier (1817-1901), norte americano, doutor em medicina, tornou-se médico missionário pela Free Baptist Mission Society e foi para Balasor, na Índia em 1839, onde ficou até 1851. Voltou a sua terra natal e em 1863 foi para Midnapur, Índia onde trabalhou até a aposentadoria (1893). Iniciou um dispensário e uma imprensa (DWIGHT, 1904, p. 60).

³⁵ Disponível em: <<http://www.cmcedu100.org/the-scudder-family-and-idas-call/>>. Acesso em 10 jan. 2019.

³⁶ Ezekiel Carman Scudder Júnior (1856-1919), filho de Ezequiel nasceu na Índia, graduou nos estados Unidos e serviu como missionário na Índia e nos Estados Unidos. Frank Seymour Scudder (1862-) outro filho nasceu na Índia e foi missionário no Japão (1897-1907).

³⁷ Em 1856 a Free Church of Scotland e a EMMS enviou Dr. Paterson, médico missionário a Madras. “Ele enviou doze nativos educados de todas as missões para serem médicos missionários em seus próprios distritos, enquanto ele e sua esposa ganharam uma entrada nas famílias nativas, das quais todos, exceto o médico, foram excluídos. Sua longa e bem sucedida carreira terminou em 1871” (WMCa, 1910, p. 226).

América em 1877, atuou em Arni por três anos, Tindivanum por sete anos e em Vellore por três anos. Seus filhos também se tornaram missionários.

A terceira geração dos Scudder iniciou a maternidade no *Ranipet Hospital* em 1875, e vários deles, médicos missionários, atuaram na Índia, no Iraque e no Japão. Em 1903, Lewis iniciou o *Kaveripak Dispensary*, na Índia. Uma mulher foi feita diretora do hospital e, em 1909, o médico indiano Dr. Gnanamoni tornou-se líder do *Ranipet Hospital* (SHAVIT, 1990; JEFFREY, 1951; SCUDDER, 1858;³⁸ THE HINDU, 2004). Ida Sophia Scudder (1870-1960), neta do pioneiro e filha do Dr. John Scudder II, viu as dificuldades enfrentadas pelos pais e a permanência deles na Índia o que a deixou ressentida, seus pais cuidavam de centenas de crianças. Ida chegou em Vellore dia primeiro de janeiro de 1900 e dois anos depois fundou o *Mary Taber Schell Hospital em Vellore*, com 40 leitos para receber os pacientes, sendo este o início da faculdade que fundaria. Com o crescimento do Hospital Schell e a necessidade de pessoal especializado iniciou uma graduação em Enfermagem em 1905. Com o passar dos anos “Ida percebeu que precisava iniciar uma faculdade de medicina para mulheres indianas. Foi uma idéia audaciosa para uma médica, quarenta leitos e nenhuma sala de aula” (GEORGEA, 2014, p. 30). Em 1918, Ida Scudder inaugurou o *Christian Medical College* em Vellore e tornou-se “uma espécie de lenda entre as primeiras missionárias médicas” (DODD, 1964, p. 15), assim dedicou-se a combater a cólera, a lepra e especialmente questões ligadas às mulheres, recebendo apoio de mais de 40 missões. Em dois anos o *Christian Medical College* atendeu mais de 5000 pessoas. Centenas de mulheres foram formadas no decorrer dos anos. Em 1952 Ida ganhou o *Elizabeth Blackwell Citation* do *New York Infirmary* como uma das cinco mulheres médicas mais influentes e morreu na Índia em 1960 (TIME MAGAZINE, 1953; SCUDDER, 1958).³⁹ O resumo é que John Scudder foi uma figura marcante “que forneceu inspiração e visão para

³⁸ O filho de Walter Scudder foi John Scudder IV (1889-1971) que trabalhou no Christian Medical College, CMC, onde criou o banco de sangue e especializou em transfusão de sangue. Os Scudder’s “trabalharam como evangelistas, médicos itinerantes, fundando igrejas, escolas, seminários, orfanatos e dispensários”, além de hospitais e faculdades (GEORGEA, 2014, p. 27).

³⁹ A quarta geração dos Scudders iniciou com Lewis R. Scudder e seus três filhos médicos missionários. Ida Belle Scudder (1900-1995), atuou na Missão, era médica especialista em radioterapia e radiologia no CMC e na escola em Vellore onde implementou estas especialidades. Um prêmio foi instituído em seu nome versando sobre o cuidado do paciente. Marilyn Scudder (1939-2005) liderou o departamento de oftalmologia no Hospital na Tanzânia por 35 anos. Com recursos da Christian Blind Mission International da Alemanha sua equipe atuou em 30 missões e hospitais governamentais da Tanzânia, através de carros e aviões (SCUDDER, 1958). Já o Dr. Galen Fisher Scudder (1891-1967), nasceu na Índia e graduou em Princeton, no Cornell University Medical School e no London School of Tropical Medicine. Serviu como superintendente do Ranipet Hospital pela RCA, de 1919 a 1954. Como os trabalhos caminhavam por si mesmos, depois de 100 anos de serviços ao povo indiano, a Arcot Mission chegou ao fim (SHAVIT, 1990). Para mais informações sobre a família Scudder: Scudder Family, North Arcot Mission, Reformed Protestant Dutch Church of America, Papers, 1847-1889, BMS 596, BMS 596/1. Andover-Harvard Theological Library, Harvard Divinity School. Disponível em: <https://id.lib.harvard.edu/ead/c/div00596c00002/catalog>. Acesso em: Jan. 2019.

outros seguirem por onde ele havia pisado” (AMBALAVANAR, 2017, p. 4; SHAVIT, 1990; SCUDDER, 1958).⁴⁰

1.3.2 O Médico Missionário Pioneiro Peter Parker

O trabalho pioneiro na China se deu com Peter Parker (1804-1888), o primeiro médico missionário americano, de tempo integral, no país. Parker descende de uma família ortodoxa congregacional, recebeu seu Bacharel em Artes, o doutorado em medicina na *Yale University* em 1834 onde completou seus estudos teológicos. No início de 1830, Elijah Coleman Bridgman, missionário no país informou às missões americanas que a medicina ocidental era mais efetiva na remoção de cataratas. A *American Board of Commissioners for Foreign Missions* enviou Parker à China (1834). No ano seguinte, ele iniciou um hospital oftalmológico em Cantão, o primeiro na área que viria a ser a atual *Sun Yat-Sem Memorial Hospital* e *Sun Yat-Sem University*, SYSU (LOCKHART, 1861).

Além de Parker, outros médicos missionários atuaram na China, no mesmo período e antes dele, dentre os quais destacamos: Os Drs. Colledge, Lockhart, Kerr, Hobson e o Dr. Morrison (ARNALD (Ed), 1989).⁴¹ Parker foi encorajado por alguns dos médicos citados, além de contar com o sucesso de um dispensário em Cingapura, erguido para beneficiar chineses. Como cirurgião ele se especializou em doenças dos olhos, incluindo cataratas e tumores. Introduziu a anestesia ocidental, o uso do éter sulfúrico, as técnicas de amputação e reconstrução cirúrgica. Muitos destes procedimentos foram pioneiros no país. Parker foi “um dos principais profissionais leigos e missionários da medicina ocidental em concorrência com os sistemas locais até a Era moderna” (MCKAY, 2007, p. 547-551). Logo a liderança do hospital se viu forçada a atender pacientes com outras doenças (DODD, 1964; XU, 2011; ANDERSON, 1998; BOSMIA, 2014).

No primeiro ano, mais de dois mil pacientes foram atendidos. Parker compartilhava o evangelho com os pacientes de maneira muito simples. A diretoria da missão orientou a usar

⁴⁰ Samuel H. Green (1822-1884) americano médico missionário atuou no Sri Lanka pela ABCFM (1847). Doente retornou a casa em 1873, entretanto deu sequência no preparo de trabalhos médicos na língua Tamil. Entre três e quatro mil páginas foram preparadas em diversos volumes e utilizados como livro texto na Índia. Seu nome é familiar na ilha, onde trabalhou e veio a falecer em Worcester, em 28 de maio de 1884 (DWIGHT, 1904, p. 278).

⁴¹ “Em 1807, Robert Morrison foi enviado pela London Missionary Society, sua visão era aprender o idioma e traduzir a Bíblia. Antes de começar, ele fez um estudo considerável da medicina, e visitou frequentemente o Hospital São Bartolomeu, com o objetivo de obter experiência médica que lhe seria útil em seu trabalho. Naquela época, os chineses eram proibidos, sob pena de morte, de ensinar sua língua a um estrangeiro, mas ele conseguiu encontrar professores, suas táticas com a atenção chinesa, permitiu que seus cabelos e unhas ficassem longos, usasse um rabo de cavalo e adotou o traje chinês” (WMCa, 1910, p. 82).

serviços médicos e educacionais se fossem úteis ao evangelho. Houve tensão entre o médico e a liderança da missão. O médico instruiu jovens chineses na arte da medicina e cirurgia, muito antes do estabelecimento de faculdades médicas no país com a *Shanghai Medical College* de 1927. Com seu colega e sucessor John Glasgow Kerr iniciou, em 1859, o *Hospital Boji* e um dispensário em Foshan, no ano seguinte.

Através do trabalho do Dr. Kerr e sobre sua supervisão cerca de 700.000 pacientes foram tratados e aproximadamente 48.000 operações foram realizadas; e, ademais dessa prática ativa, “ele publicou trinta e dois livros sobre cirurgia e medicina. O escritor destas palavras concluiu, depois de visitar os campos missionários estrangeiros em 1895 e 1896, que nenhuma instituição na China estava realizando melhor trabalho do que o hospital em Canton”. Nesse sentido “foi em grande parte pela influência de um médico que a Índia foi aberta ao comércio inglês” (DWIGHT, 1904, p. 446). Com seus sucessores, Parker venceu a resistência aos métodos ocidentais e conquistou o respeito e apoio de reformadores influentes da Era Qing como: Kang Youwei, Liang Qichao e Zheng Guanying (DODD, 1964; CHANG, 1993; GILMAN; PECK; COLBY, 1905; PARKER; LOCKHART, 1841; LOCKHART, 1861).

Os relatórios apontam que Parker de alguma forma ajudou, além das operações “muitas centenas de milhares foram abençoadas indiretamente por ele”. O Dr. Parker disse: “Eu não hesito em expressá-la como minha solene convicção de que, até agora, nenhum meio de colocar as pessoas sob o som do Evangelho e sob a influência de outros meios da graça pode se comparar com as facilidades oferecidas por operações médico-missionárias”. Em seu hospital “durante o ano de 1898, mais de 26.000 pacientes foram atendidos e mais de 1.000 operações foram realizadas” (DWIGHT, 1904, p. 446).

O pioneirismo e legado do Dr. Peter Parker foi criar a *Medical Missionary Society in China*, MMSC, a primeira sociedade missionária no mundo, visando ao trabalho exclusivo na área da saúde. O primeiro encontro da sociedade se deu em Cantão, em novembro de 1838 com Mr. Bridgman, Messrs. Blenkin e Morrison, dentre outros, sendo Parker eleito vice-presidente e Richardson Colledge presidente (PARKER; LOCKHART, 1841, p. 3). A MMSC deu suporte a várias instituições criadas pelos missionários. A sociedade existia para “incentivar a prática da medicina entre os chineses; possibilitar a eles alguns dos benefícios que a ciência, a investigação do paciente e a persistente luz da descoberta nos conferiram” (LOCKHART, 1861, p. 134).

A trajetória de vida de Parker confirma boa parte da tipologia do MMP. Seu caráter relacional se revela nos inúmeros atendimentos médicos e eclesiásticos, parcerias com outros

médicos e visitas à Europa, aos Estados Unidos e na formação dos nacionais. Sua formação em medicina e teologia, além das demais formações missiológicas fez dele um Generalista. Devido as carências locais Parker teve uma atuação social pioneira e proativa na região com a criação de hospitais e dispensários, a introdução de cirurgias, anestesia, uso do éter e formação de agentes de saúde, dentre outras. Contudo, seu mais importante feito foi criar a *Medical Missionary Society in China*. Através desse trabalho o Dr. Sun Yat-Sem, tornou-se o pioneiro do país a executar uma revolução democrática no hospital fundado por Parker, agora denominado Yat-Sem. O hospital cresceu por cerca de 180 anos, tornou-se local de ensino referência na China, com serviços médicos, educação, pesquisa e cuidados com a saúde (DODD, 1964; XU, 2011; ANDERSON, 1998).

Por causa do senso de vocação de Parker e seus colegas, eles fizeram exigências aos médicos missionários que seriam formados pela MMSC. Os médicos missionários “para o patrocínio da Sociedade devem fornecer certificados satisfatórios de sua educação médica, aprovados pela sociedade que os envia, com depoimentos de algum órgão religioso quanto à sua piedade, prudência e correto caráter moral e religioso” (PARKER; LOCKHART, 1841, p. 65). Parker manteve relações diplomáticas estadista com os líderes da era Qing ao atuar como principal interprete do tratado de Wanghia (1844), foi ainda secretário e interprete da embaixada americana na China e, ao retornar à América, foi regente da *Smithsonian Institution*, estabelecimento educacional e de pesquisa ligada a um complexo de Museus; fez parte do Conselho Americano e foi delegado da Aliança Evangélica na Rússia. As demandas sociais, especialmente na questão da saúde e educação, exigiram esforços e reformas que atingiram a sociedade. Houve ações Interdisciplinares, entre a medicina, a educação, a ação social no atendimento aos mais necessitados, formação na saúde, dentre outros.

A consciência do ineditismo somada à necessidade de organização e legalização da sociedade levou-os a registrar as ações da MMSC, onde ficaram expressos os valores, propósitos, ações, pessoal envolvido e impacto. Na Assembleia Geral em Cantão foi decidido: “Que o objetivo desta Sociedade seja incentivar os senhores da profissão médica a praticarem gratuitamente entre os chineses, fornecendo a ajuda habitual de hospitais, remédios e atendentes” (PARKER; LOCKHART, 1841, p. 64). Além disso, a instituição deveria ter: uma Biblioteca - *The library of the MMSC* e um museu de anatomia natural e mórbida e pinturas de doenças extraordinárias - *The Anatomical Museum of the MMSC* (PARKER; LOCKHART, 1841, p. 65).

Em relação aos enfrentamentos, percebe-se discordâncias entre Parker e a sociedade missionária que o enviou devido às diferentes visões sobre o trabalho e o evangelismo. Ademais com os conflitos entre China e Inglaterra, em 1840, Parker teve que fechar o hospital e sair do país. Passado um período em sua terra natal, Parker retornou a China e em 1855 e o processo se deu por mais duas vezes. Houve resistência quanto à medicina científica no país, contudo essas intempéries não o demoveram da missão, provando sua resiliência. Quanto à permanência, gestão e multiplicação do trabalho, Parker formou vários estudantes chineses na cirurgia e medicina. Muitas das instituições por ele iniciadas ainda estão em funcionamento e a Sociedade Médica missionária da qual foi pioneiro multiplicou-se por praticamente todos os continentes (PARKER; LOCKHART, 1841).⁴²

1.3.3 O Médico Missionário Pioneiro Peter Handyside

Outro MMP foi Peter David Handyside (1808-1881) natural de Edimburgo, foi tutelado por James Syme e estudou cirurgia e anatomia na *University of Edinburgh* onde obteve seu doutorado e foi professor, a partir de 1833. Depois pós graduou em Paris e em Heidelberg. Ganhou a *Harveian Society Medal* sendo secretário da instituição e Presidente da *Royal Medical Society* eleito *Fellow* da *Royal College of Surgeons* e da *Royal Society* de Edimburgo, além de cirurgião da *Royal Infirmary* (WATERSTON; SHEARER, 2006).

Quando Peter Parker visitou Edimburgo em 1841, conversou com o Dr. John Abercrombie e Handyside sobre seu trabalho na China. Os médicos e alguns colegas fundaram a *Edinburgh Medical Missionary Society* (EMMS), a primeira do gênero na Europa sendo Handyside o principal líder. “Seus primeiros secretários foram o Dr. John Coldstream e o Sr. Benjamin Bell, F.R.C.S.E. Em 1822, o Sr. Douglas de Cavers, em seu livro *Sugestão em Missões*, revelou as vantagens das missões médicas” (SMITH, 1897, p. 184) A EMMS, organização não governamental e não denominacional, objetivou fornecer assistência médica às pessoas necessitadas da Escócia e países de várias partes do mundo. Oferecer educação clínica aos missionários, formação de médicos e enfermeiros (as) locais onde atuar, além de patrocinar a construção de dispensários e hospitais. Sua missão educacional expandiu-se da

⁴² A Sun Yat-Sem Memorial Hospital e Sun Yat-Sem University, continuam em funcionamento. <https://aospine.aofoundation.org/education/fellowship/spine-centers-asia-pacific/sun-yat-sen-memorial-hospital>. E em Yale há um departamento onde os documentos referentes a Peter Parker são arquivados: <http://whitney.med.yale.edu/greenstone/collect/pppapers/>

formação de médicos missionários em Edimburgo para a formação de enfermeiros e médicos locais nos países onde trabalham.

Abercrombie, também escocês, graduou na *University of Edinburgh* e doutorou em medicina. Além de médico, como filósofo publicou vários artigos no *Edinburgh Medical and Surgical Journal* de 1816, base de seu extensivo trabalho registrado no: *Pathological and Practical Researches on Diseases of the Brain and Spinal Cord* de 1821, além de outros trabalhos. O médico foi eleito *Fellow* da *Royal College of Surgeons* e *Fellow Royal Society de Edimburgo*, sendo vice-presidente desta última (1835-1844). Por seus trabalhos médicos e filantrópicos, recebeu muitas distinções sendo o primeiro presidente da EMMS (WATERSTON; SHEARER, 2006).

Em 1853, Handyside fundou o *Main Point Mission Dispensary*, na periferia pobre de Edimburgo onde alunos de medicina faziam estágio, especialmente os que intentavam ser missionários. Com a multiplicação de instituições a partir do Reino Unido, mais missionários médicos foram necessários e mais de 400 deles foram formados e enviados a mais de 49 países. Na trajetória de vida do Dr. Peter Handyside, percebe-se alguém que não atuou fora de seu país e não foi denominado como missionário, contudo teve em si o caráter do MMP. Ele percebeu a necessidade das pessoas nos bairros carentes e, ao mesmo tempo, a necessidade de local para preparo de médicos e agentes de saúde a serem enviados como missionários. As necessidades deram lugar a sua ação pioneira e proativa com a criação do dispensário *Main Point*, primeira casa de missão médica do Reino Unido (DWIGHT, 1904; WATERSTON; SHEARER, 2006; DUFF, 2010).

Seu caráter relacional ficou evidente em sua atuação. Sua formação não foi tão generalista, entretanto pós-graduou em cirurgia e anatomia. Sua ação interdisciplinar foi marcante, como médico, professor, criador do dispensário, no cuidado das pessoas carentes, com a escola de formação de médicos missionários, como líder da EMMS e de várias instituições médicas científicas.

As relações diplomáticas de Handyside foram menores contudo, foram mantidas nas sociedades científicas e nos intercâmbios para formação e envio de missionários a outros países. As demandas sociais exigiram esforços e reformas de sua parte. O edifício erguido por ele comportava 150 pacientes em 1878, dobrando o número de atendidos em 1903. Além do trabalho médico havia aulas, musicalização, confecção de roupas, biblioteca, palestras, dentre outras. Mais de 400 estudantes de medicina foram preparados para atuar em mais de 49 países (WATERSTON; SHEARER, 2006).

Sua consciência da importância, da organização e da multiplicação da medicina missionária através da EMMS, levou-os a registrar seus objetivos: “circular informações sobre o assunto [medicina missionária], se esforçar para originar e ajudar as instituições afins que podem ser formadas para realizar o mesmo trabalho” e ainda, “prestar assistência nas estações missionárias a tantos agentes profissionais quanto os fundos colocados à sua disposição admitirem” (DWIGHT, 1904, p. 219).

Em relação aos enfrentamentos e sua resiliência, até onde pesquisado, não temos relatos mais contundentes desse tópico. Quanto à permanência, sustentabilidade e multiplicação do trabalho, além da EMMS Internacional, em funcionamento até a presente data,⁴³ o *Main Point dispensary* cresceu dando base de apoio à comunidade carente e a formação de médicos missionários. A instituição foi denominada *Cowgate Medical Mission Dispensary* de 1858 e *Edinburgh Medical Missionary Society Training Institution* de 1861, onde as pessoas desejosas de servir como médicos missionários tinham na instituição sua rotina de formação diária. Mais tarde em homenagem ao Dr. David Livingstone, a sociedade ganhou novo impulso médico missionário e foi denominada *Livingstone Memorial Medical Training Institute* (DWIGHT, 1904).

Nos anos seguintes à fundação da EMMS, artigos foram publicados sobre a medicina missionária (HOKKANEN, 2007). As ações da EMMS foram multiplicadas com dispensários, hospitais e outras instituições filantrópicas, majoritariamente liderada por leigos. “Os dispensários da Missão Médica também foram abertos em Glasgow, Aberdeen, Liverpool, Londres etc., e são reconhecidos como auxiliares poderosos para o trabalho em casa” (DWIGHT, 1904, p. 219). Ações foram realizadas em Nazaré, Damasco, Síria e em Agra, na Índia, no Japão e em Paris. A *New York Medical Missionary Society* foi a segunda sociedade dessa natureza criada na América do Norte iniciada em 1881, pelo Dr. George Dowkontt, influenciada pela EMMS.⁴⁴ Desde o início da instituição, aproximadamente 150 estudantes de medicina foram ajudados por ela e atuaram, através de outras sociedades, na Síria, Pérsia, Índia, Ceilão, Birmânia, China e Vanuatu, dentre outras (DWIGHT, 1904; HARDIMAN, 2006).

⁴³ Conforme pode se ver no site: <https://www.emms.org/seb>.

⁴⁴ O início das atividades, em 1881, se deu pelos seguintes argumentos. Havia quatro mil médicos graduados anualmente na América. O que significava 585 pessoas por médico no país. No mundo não cristão a média era de um médico missionário para quase dez milhões de pessoas. Contudo, para que os jovens fossem médicos missionários teriam de ter o evangelho com o coração e desejar divulgá-lo com o espírito de abnegação que caracterizou o Grande Médico do corpo e da alma, o Senhor Jesus Cristo. Médicos missionários são citados como referência: Scudder, Parker, Livingstone e Post respectivamente na Índia, China, África e Síria. Homens que preferiram viver mais para dar, do que para obter. Com isso não se nega o bom trabalho realizado pelos médicos cristãos em casa, o trabalho raramente reconhecido pelo seu valor total, como o presidente da associação médica, o Dr. Alfred C. Post e outros (SHRADY, 1886).

1.3.4 O Médico Missionário Pioneiro David Livingstone

O médico missionário escocês David Livingstone (1813-1873) atuava na África enquanto a EMMS era criada (1841). Sua ação atraiu a atenção de muitos devido as suas atividades na saúde, missões, combate ao tráfico de escravos e cartografia. A formação em medicina se deu em Glasgow onde estudou grego, medicina e teologia, sendo considerado o mais importante dos missionários que visitou a África no século XIX. Ainda jovem leu o livro: *appeal to the Churches of Britain and America on Behalf of China* de Charles Gutzlaff (1803-1851) decidindo ser médico missionário na China. Contudo, a *London Missionary Society* o enviou à África devido à Guerra do Ópio ou Guerra Anglo-Chinesa (1839-1842). Em 1840, Livingstone chegou à África Austral (LUTZ, 2008; TOMKINS, 2013; HOKKANEN, 2007).

Seu objetivo era apresentar o cristianismo, servir às pessoas com suas habilidades médicas e combater o tráfico de escravos, proibido pelo império Britânico desde 1833, contudo, a prática permanecia em algumas nações europeias. O médico viajou por uma vasta área do continente e enfrentou a malária, úlcera nos pés, pneumonia, febre de carrapatos, sanguessugas, tratou pessoas doentes e conduziu expedições. Como resultado da primeira viagem, escreveu o livro *Missionary Travels and Researches in South Africa* em 1857, que se tornou um *best-seller* (BAYLY, 2015).

Em 1858, David foi homenageado e integrado ao comitê geral da EMMS como membro correspondente, palestrou sobre suas experiências alavancando o nome da instituição. A EMMS registrou o dia como “uma ocasião notável em nossa história – trazendo diante de nós um verdadeiro missionário médico”. E ainda: “Nós continuamos nos passos de Livingstone” declarou os líderes da sociedade, assim, terão lugar entre nós “aqueles que como ele, procuraram trazer melhorias na saúde, juntamente com a compaixão cristã, para algumas das comunidades mais pobres do mundo” (MEDICAL..., 2020). Livingstone morreu em 1873 como um exemplo de pioneirismo elencando a medicina como um dos mais proveitosos meios para a missão sendo reconhecido na África, Europa e nos Estados Unidos.

As características elencadas no ethos do MMP são em grande parte vistas na vida de Livingstone. Seu caráter relacional se percebe pela forma como cuidou dos doentes africanos e foi amado por eles a ponto de, quando morreu, seus auxiliares enterrarem seu coração e vísceras na África, permitindo que somente o restante de seu cadáver fosse levado à Inglaterra (SHEPPERSON, 2021). Sua formação Generalista se limitou à medicina e teologia, mas sua

atuação interdisciplinar se deu na medicina curando centenas de doentes, na luta pelo fim do tráfico de escravos praticado por portugueses e árabes, na abertura de rota para o comércio, na comunicação do cristianismo, como escritor e palestrante e na descrição de rios, lagos, a estrutura social, geográfica, os animais e as plantas do continente africano. O missionário escocês foi considerado um explorador africano multifacetado, dessa forma, “ele parecia contribuir sem esforço não apenas para a geografia, mas também para a etnografia, zoologia, botânica e medicina na África” (HOKKANEN, 2013, p. 1).

Sua atuação social foi proativa e pioneira como médico missionário para o interior da África. Seu trabalho foi encarado como uma vocação, por esta razão a EMMS registrou em sua visita, “um verdadeiro homem levantado pela providência um grande propósito” (MEDICAL..., 2020). Em dado momento, Livingstone escreveu a seu pai sobre o que motivou seu trabalho: “Deus tinha só um Filho, que se tornou missionário e médico. Eu sou uma fraca, uma pobre imitação dEle, ou estou tentando sê-lo” (BORCHERT, 1985, p. 211). Ele manteve relações de estadista ao tratar com líderes africanos e atuar por um período na *Royal Geographical Society* para o governo britânico visando encontrar a nascente do Rio Nilo.

Livingstone foi consciente de suas ações e do impacto das mesmas, por isso, ministrava palestras, escreveu livros, dos quais pelo menos um se tornou *best-seller* e tornou-se membro de organizações como a EMMS.⁴⁵ E quanto à resiliência, ao enfrentamento da malária, úlcera, pneumonia, febre de carrapatos, sanguessugas, tribos que o confundiam com traficante de escravos, o abandono por seus guias que o deixaram sem alimento e remédios revelam sua persistência. Quando chegou à Tanzânia, viveu um tempo numa tribo e morreu de malária e desinteira em 1873. A sustentabilidade de seu trabalho se deu no impacto que sua vida trouxe a centenas de pessoas em diversos países. Hokkanen, em seu artigo “explora os papéis e atividades dos médicos escoceses do final do século XIX na África, concentrando-se em quatro médicos que, de uma forma ou de outra, podem ser vistos como seguidores de Livingstone: John Kirk, Robert Laws, Jane Waterston e Neil Macvicar” (2013, p. 2). O período seguinte a sua morte viu “a era de ouro do entusiasmo missionário escocês” (BAYLY, 2015; ROSS, 1972).

⁴⁵ Para maiores informações sobre o Dr. David Livingstone: <https://www.livingstoneonline.org/> site.

1.3.5 O Médico Missionário Pioneiro Robert Kalley

O pioneirismo médico missionário em Portugal (1843) e no Brasil (1855) se deu com o escocês Robert Reid Kalley (1809-1888). Ocuparemos um pouco mais de espaço para descrever sua trajetória de vida, primeiro, por ter ele trabalhado no Brasil. Segundo, por ser a maior influência para a criação da União Evangélica Sul-Americana, (UESA). Terceiro, por ser a referência para os agentes de saúde que atuaram no Centro-Oeste do Brasil, dentre outros lugares da América Latina e por fim, por ser inspiração para o Dr. James Fanstone, médico missionário principal de nossa pesquisa (FANSTONE, 2017).

Os pais de Robert Kalley e duas irmãs integravam a *Church of Scotland*. Com poucos meses de vida ele ficou órfão de pai e aos seis anos de idade da mãe, sendo cuidado pelo padrasto. Sua vida pode ser dividida em cinco períodos. O primeiro trata da sua formação (1809-1838). Kalley estudou na *Arts Course* da *Glasgow University* visando a ser ministro da *Church of Scotland*. Tornou-se gnóstico e matriculou no *Pharmaceutical Laboratory* da *Glasgow Royal Infirmary* concluindo em 1827. Depois qualificou em Farmácia e Cirurgia na *Glasgow Faculty*, onde em 1828 concluiu o doutorado em medicina. No ano seguinte, serviu como médico de bordo fazendo duas viagens entre Glasgow, Bombaim e o Extremo Oriente (FORSYTH, 1988. p. 18; MARQUES, 2006; CARDOSO, 2001).

Em 1832, o médico iniciou seu consultório em Kilmarnock sendo descrito como “um médico rico por herança paterna, próspero por competência, com experiências de viagem, pesquisador científico e generoso” o que se evidencia “pelo fato de ter aberto espaço em sua clínica para atender gratuitamente a população mais pobre e menos favorecida” (MARQUES, 2006, p. 47). Através do testemunho de um senhor pobre e uma mulher cristã que estava morrendo de câncer retornou a sua fé. À época, Robert Morrison, pioneiro na China apelava por médicos missionários. Kalley se candidatou, contudo, sua igreja não o enviou, em 1838 Kalley casou com Margareth Crawford que tinha a saúde frágil, por isso, foi impedido agora pela *London Missionary Society* de ir à China (TESTA, 1963; OLIVEIRA, 2006; FORSYTH, 1988; CARDOSO, 2001).

O segundo período de atuação foi na colônia portuguesa na Ilha da Madeira (1838-1846) onde fora para cuidar da saúde da esposa pensando ainda em atuar na China. Na ilha percebeu “problemas que o rodeavam: a pobreza, a promiscuidade, o alcoolismo, o analfabetismo e a superstição” (OLIVEIRA, 2006, p. 107). Kalley se apresentou às autoridades portuguesas, validou seu diploma em Lisboa (1839) e iniciou um hospital com 12 leitos,

serviços de clínica e farmácia atendendo aos mais pobres gratuitamente. O Padre Fernando Augusto da Silva escreveu no Ilucidário Madeirense: “[...] No começo ele limitou suas atividades à medicina gratuita, e dessa forma se tornou notável por sua caridade para com os pobres e pela fundação de escolas gratuitas” (FORSYTH, 1988, p. 42,43). E o próprio Kalley escreve sobre os primeiros dias na Madeira: “A ajuda médica gratuita induziu o homem a nos visitar e a experimentar os benefícios que eles valorizavam. Isso os levou a me considerar um amigo. Ao conversar com eles sobre as doenças de seus corpos e os remédios que deviam empregar, eles precisavam de pouco esforço para voltar sua atenção para a doença da alma, do médico, do remédio e dos resultados: e assim escutavam com menos preconceito do que teriam feito em outras circunstâncias” (FORSYTH, 1988, p. 46).

Cerca de 50 pacientes eram atendidos diariamente e o médico comunicava sua fé além de realizar campanha contra o alcoolismo e iniciar escolas domésticas diurnas para crianças e noturnas para adultos. Em pouco tempo havia 17 escolas e mais de 800 alunos, sendo o médico elogiado nas atas da Câmara Municipal da Cidade de Funchal em 25 de maio de 1841. O Dr. Kalley era nomeado como “o bom doutor inglês” e o seu trabalho era caracterizado como “esforço filantrópico em favor dos pobres, doentes e analfabetos” (TESTA, 1963, p. 34). Estima-se que de 1839 a 1845 mais de 2500 alunos frequentaram suas escolas (TESTA, 1963; FORSYTH, 1988; OLIVEIRA, 2006).

Em seus encontros, Kalley reunia entre mil e cinco mil pessoas. Por diversos motivos a perseguição começou. Primeiro dos médicos em 1841, depois dos comerciantes, pois seus alunos estavam criteriosos na relação comercial e por fim, a perseguição religiosa. Em 1843 Kalley, foi preso por seis meses e alguns dos seus seguidores foram espancados e expulsos da Ilha (TESTA, 1963). Nova perseguição se deu em 1846. Ele fugiu vestido de mulher e fingindo-se de doente quando incendiaram a “casa, mobília, material cirúrgico e provisões, valiosa biblioteca e insubstituíveis manuscritos”, tudo “destruído naquele holocausto”. Viu ainda “outra nuvem de fumo que se levantava de todas as Bíblias e publicações evangélicas [...] na Praça da República. O hospital foi saqueado e grandemente danificado” (TESTA, 1963, p. 89,90). Cerca de dois mil madeirenses se exilaram no Caribe, nas ilhas de Trinidad e Tobago (TESTA, 1963; FORSYTH, 1988; PORTO FILHO, 1987).

O terceiro momento se deu na Europa, Oriente Médio e passagem pelos Estados Unidos (1846-1855). O pioneiro retornou à Escócia, em seguida iniciou um período de ministério peripatético, na Irlanda, depois na Ilha de Malta (1848-1850), onde além da “atividade missionária, foi médico e professor. E, os dois anos que se seguiram - de 1850 a

1852 - passou-os na Palestina, entre os Judeus, aproveitando-os também para aprofundar os seus conhecimentos geográficos e históricos da Terra Santa” (OLIVEIRA, 2006, p. 110). Na região carregava grande quantidade de remédios atendendo em diferentes lugares, assim conhecia as pessoas, servia aos doentes e se informava sobre a região e seu povo. Um conhecimento anterior do árabe o ajudou (KALLEY, 1860, p. 124, In: EVERY-CLAYTON, 2002). Sua esposa Margareth morreu em Beirut (1852), mais tarde, Kalley casou com a inglesa musicista Sarah Wilson (1825-1907). No ano seguinte foi a Boston solicitar refúgio aos madeirenses, para onde muitos migraram. Entre 1853 e 1854, o casal passou um tempo em Illinois e em Trinidad e Tobago, com os amigos, em seguida retornou a Londres (OLIVEIRA, 2006; TESTA, 1963; EVERY-CLAYTON, 2002).

O quarto momento se deu no Brasil (1855-1876). Enquanto nos Estados Unidos Kalley leu sobre o Brasil e decidiu atuar no país como médico missionário. Então desembarcou no Rio de Janeiro em 10 de maio de 1855, sendo considerado o primeiro missionário de missão protestante no país. No mesmo ano iniciou a Escola Dominical, em Petrópolis, e uma classe para homens negros “rompendo com uma estrutura preconceituosa e socialmente aceita, para receber homens de cor em sua casa” (SILVA, 2016, p. 74). Ele ainda “prestou assistência médica durante a epidemia de cólera em 1855, no Rio” (EVERY-CLAYTON, 2002, p. 125). Kalley e a esposa iniciou a Igreja Evangélica Fluminense, em 1858, organizou a primeira coleção de músicas evangélicas, chamada Salmos e Hinos, das quais muitas compostas pelo casal.⁴⁶ Devido ao mal estar com lideranças católicas, Kalley chegou a receber uma ordem de despejo, contundo cumprindo os quesitos da licença para clinicar na faculdade do Rio de Janeiro em 1859, somado a visita do Imperador D. Pedro II em sua casa, em 1860, o que se deu várias vezes, as perseguições diminuíram. Kalley ainda trabalhou na abertura jurídico-política da liberdade religiosa no país. Entre dezembro de 1868 e junho de 1871, ele visitou a Europa e a Palestina. Em 1874 o casal adotou o menino João Gomes da Rocha, que veio a ser médico e missionário também (FORSYTH, 1988; OLIVEIRA, 2006; TESTA, 1963; CURTHOYS, 2019; SANTOS e LIMA, 2012).

O quinto momento, na Europa (1876-1888). O casal Kalley retornou ao Reino Unido em julho de 1876, depois de 21 anos atuando na plantação de igrejas, ensino, trabalho médico,

⁴⁶ A trajetória de vida do Dr. Kalley é parecida com a de outro médico missionário pioneiro no Brasil, o americano Dr. George William Butler (1853-1919) que atuou no interior pernambucano, iniciando escolas, igrejas e um hospital (SANTOS e LIMA, 2012; VERAS, 2018).

filantrópico, distribuição de bíblias, multiplicação de colportores⁴⁷ e influencia social e política no Brasil. No *Harley College* Kalley falou sobre o Brasil. O jovem James Fanstone aceitou o desafio e chegou ao País, em 1879, atuando em Recife. Seu filho, homônimo, nasceu em 1890 e com três meses seus pais retornam a Portugal e depois Inglaterra. O Dr. James Fanstone, personagem que será estudado no terceiro capítulo, atuou como médico missionário em Goiás. Kalley escreveu cartas as comunidades por ele iniciadas e atuou com a Sociedade da Reforma Escocesa, a Sociedade Bíblica da Escócia. Ele foi ainda “membro correspondente da EMMS durante toda sua história até 1877, no seu retorno do Brasil, quando tornou-se o diretor. Raramente ele estava ausente de nossas reuniões do Comitê e ninguém se interessava mais pelo trabalho da Sociedade do que nosso amigo” assim, “a memória do Dr. Kalley será longa e carinhosamente estimada, como um dos primeiros pioneiros das Missões Médicas e como porta-estandartes valentes e fiéis”. Kalley “priorizou ajuda médica, bem como zelo missionário” (FORTY-FIFTH..., 1889, p. 13-14). O médico escocês morreu em 1888 e o médico missionário pioneiro Hudson Taylor pregou em seu funeral. Em 1892, sua esposa Sarah Kalley, o Rev. James Fanstone, dentre outros fundaram a *Help For Brazil Mission*, uma das missões que comporiam a UESA, em 1913, como será destacado no próximo capítulo (TAYLOR, 1890; CARVALHO, 2015; MATOS, 2003, p. 9-28).

Não obstante sua atuação e seu pioneirismo na Ilha da Madeira e no Brasil, Kalley ficou desconhecido por algum tempo. Conforme Forsyth: i) ele não atuou na Índia e China considerada terra pagã no século XVIII e XIX; ii) ele foi um missionário independente, ou seja, não foi enviado por qualquer igreja ou missão. Assim não teve publicidade; iii) Kalley era um homem humilde. Muito conhecido dos amigos, mas desconhecido das pessoas fora de seu círculo de amizades (FORSYTH, 1988, p. 12-14).

Kalley tinha como valor os relacionamentos, por onde passou fez amigos e influenciou pessoas. Quando retornou ao seu país seu prazer era receber pessoas em sua casa. Sua formação foi generalista em farmácia, doutorado em medicina e cirurgia, além de estudar teologia e, dentre outras, ficou um tempo na palestina para ampliar seu conhecimento histórico e geográfico da terra santa. Validou seu diploma de medicina em Portugal e no Brasil. Dos MMP Kalley teve vários locais e ações pioneiras: “o primeiro médico missionário da Sociedade [missionária de Londres]” (TESTA, 1963, p. 5; OLIVEIRA, 2006); na medicina missionária e

⁴⁷ Colportor era o vendedor ambulantes de Bíblias e literatura evangélica. Normalmente eram missionários vinculados a alguma missão ou as Sociedades Bíblicas Britânica e Americana e por vezes, alguns nativos, como registrou Fanstone: “alguns destes convertidos que mais tarde se tornaram colportores pioneiros no Brasil” (FANSTONE, 2017, p. 37).

educação em Portugal e no Brasil, além do trabalho na Palestina. Iniciou um hospital e farmácia na Ilha da Madeira onde implantou a primeira igreja protestante. Quanto à vocação, em suas próprias palavras registrou: mais do que ter satisfação em saber que existe um Deus, “e que este livro [a Bíblia] é de Deus, então senti que todo cristão é chamado para entrar naquele campo de serviço no qual pode usar para a glória de Deus os talentos com que cada um foi dotado pelo próprio Deus”. E concluiu “quanto a mim, tenho que pensar seriamente em como, como médico cristão, posso servir melhor ao Filho de Deus” (FORSYTH, 1988, p. 20).

Quanto às relações de estadista, Kalley teve bons relacionamentos com liderança em Portugal, que foram dificultadas mais tarde. Ele foi aos Estados Unidos buscar refúgio para os madeirenses que estavam com dificuldades nas Ilhas de Trinidad e Tobago. Em diálogos com D. Pedro I tratou de questões referentes à liberdade religiosa e na liderança de instituições internacionais quando retornou a sua terra natal. Seu caráter reformista foi visto no cuidado com doentes, na educação, na Ilha da Madeira, na Síria, no Brasil, inclusive ensinando pessoas negras, no período da escravidão. Ele teve ações interdisciplinares como médico, teólogo, compositor musical, “pesquisador científico”, traduziu livros, preparou colportores e atendeu brasileiros durante a epidemia de cólera de 1855. Ele mesmo ensinou crianças, adultos e escravos a ler e escrever. Percebe-se a consciência que ele tinha das demandas ao seu redor como analfabetismo, alcoolismo e pobreza na Madeira, a dor dos refugiados em Trinidad e Tobago, o analfabetismo e epidemia no Brasil e por isso, registrou parte de suas ações.

A resiliência foi vista na Madeira, a partir das inúmeras perseguições de médicos, comerciantes, religiosos e depois da própria população, a ponto de dois mil madeirenses ter de fugir da Ilha. Kalley e alguns madeirenses foram presos. Ele viu seus bens sendo queimados e para não ser morto fugiu. Kalley enfrentou dificuldades em suas ações no Oriente Médio onde sua esposa morreu. Depois no Brasil, onde quase foi despejado de sua moradia, foi atacado em jornais, onde também defendia seus posicionamentos. Quanto à sustentabilidade Kalley preparou professores na Madeira para ensinar quem sabia menos e mais tarde desafiou missionários a atuar no Brasil. Quando retornou ao Reino Unido continuou apoiando as pessoas e comunidades através de cartas. Kalley foi membro correspondente da EMMS, instituição que preparava médicos missionários, da qual veio ser diretor.

1.3.6 O Médico Missionário Pioneiro James Hudson Taylor

Outro reconhecido médico missionário foi o inglês James Hudson Taylor (1832-1905). Filho de farmacêutico, aos 17 anos ele teve uma experiência com Deus sentindo-se chamado a atuar na China. Ele leu várias vezes o livro *China: Its state and Prospects* (1838) de Walter Henry Medhurst, estudou o mandarim, grego, hebraico e o latim. Mudou-se para o vilarejo pobre em Kingston Upon Hull onde cuidou dos pobres, em 1851, preparando-se para atuar na Ásia e graduando depois no *The Royal London Hospital* (TAYLOR, 2012).

Em 1853, antes de se formar viajou para a China onde percorreu o país como missionário oferecendo tratamento médico, contudo teve muita rejeição. Depois dessa primeira e frustrada experiência missionária, tornou-se sensível à cultura sendo um dos pioneiros a usar as vestimentas do país. Cinco anos mais tarde, casou com a missionária Maria Jane Dyer, professora numa escola para meninas e tempos depois eles assumiram as operações no *Ningbo Hospital* liderado pelo Dr. William Parker. Em 1860, por problemas de saúde os Taylors retornam à Inglaterra (REESE, 1999).

Em 1862, Taylor terminou seus estudos em obstetrícia no *Royal College of Surgeons* da Inglaterra, com a esposa escreveu o livro: *China's Spiritual Need and Claims* (1865) obra que gerou simpatia pela China e muitos voluntários para o trabalho. Taylor iniciou a sociedade *China Inland Mission, CIM*, em Brighton, que veio a ser a *Overseas Missionary Fellowship, OMF*, como missão interdenominacional, internacional, multiprofissional, além de aceitar mulheres solteiras, algo incomum à época. Um ano depois com 24 missionários e seus parceiros abriu a primeira missão em Hangzhou, Fenghua e Shaoxing, seguida por dezenas de outras instituições nos anos seguintes (TAYLOR, 2012; REESE, 1999).

Em 1870, sua esposa morreu de cólera. Taylor casou com Jennie Faulding e influenciou Henry G Guinness a iniciar o *Harley College*, em 1873, e até 1915, formou e enviou mais de mil missionários para vários continentes inclusive para a América Latina. O Harley College é considerado a semente da UESA. Publicou o informativo *China's Million*, em 1875, na década seguinte levou à China o *Cambridge Seven*⁴⁸ e, dois anos mais tarde, Taylor viajou para o país com cem missionários. Depois de visitar a América do Norte em 1888, retornou à

⁴⁸ O “Cambridge Seven” foi o grupo de alunos de Cambridge: Charles Thomas Studd, Montague Beauchamp, W. William Cassels, Dixon E. Hoste, Stanley P. Smith, Arthur T. Podhill-Turner e Cecil H. Polhill-Turner se dedicam a China pela OMF. Estes ingleses foram influenciados pelo médico missionário, Dr. Robert Harold Ainsworth Schofield (1851-1883). O grupo visitou o campus universitários na Inglaterra e Escócia causando impacto nos estudantes pelo testemunho e dedicação dos mesmos a causa missionária. Eles chegaram a Xangai em 1885.

China e nos próximos 15 anos viajou pela Europa, América e Oceania falando sobre seu trabalho (TAYLOR, 1890; CARVALHO, 2015; REESE, 1999).

Um braço da OMF foi instalado nos Estados Unidos e em sua última viagem à China foi acompanhado pelo filho também médico Howard e sua esposa. Jennie faleceu em 1904 e Taylor em junho de 1905, em Hunan, depois de atuar 51 anos na China onde enviou cerca de 800 missionários que iniciaram 125 escolas. O trabalho médico foi direcionado especialmente para recuperação dos viciados no ópio. Um dos hospitais da *Church Missionary Society* em Hangchow teve “instalações e enfermarias separadas para homens e mulheres, leprosos e fumantes de ópio, com uma escola para os filhos não contaminados dos leprosos, um sanatório a céu aberto, lar de incuráveis e um lar de convalescença.” Além do hospital em Ningpo, Taichow e Shaoshing, “vários estudantes de medicina chineses receberam uma formação completa nos hospitais da Missão, e alguns são cirurgiões e médicos eficientes” (MACGILLIVRAY, 1907, p. 27). Além de outras atividades na saúde e transformação social (BROOMHALL, 1929; TAYLOR, 2012).

Em relação à tipologia é possível perceber o caráter relacional intenso de Hudson Taylor. Sua formação se deu basicamente na medicina e no aprendizado de quatro línguas. Sua atuação Pioneira se deu na aceitação de diferentes profissionais para missões e as mulheres solteiras. Seu trabalho foi visto como uma vocação, algo enfático para Taylor desde os 17 anos de idade. Suas relações foram de estadista, nas viagens e parcerias feitas na Europa, China, Oceania e Estados Unidos onde teve um braço da OMF.

A demanda social se deu por um caráter reformista, pois desde a juventude mudou-se para um bairro carente na Inglaterra, a fim de assistir ao médico Richard Hardey e servir pessoas carentes de diversos recursos, sem obter recursos externos, como base para o trabalho na China. Serviu nas prisões na Inglaterra. Em sua organização aceitou mulheres solteiras e diferentes profissionais sem formação teológica, algo incomum para a época. Iniciou dezenas de missões na China, o que incluía cuidado com a saúde – leprosos, viciados no ópio, sanatórios – educação, inclusive na medicina e evangelismo. A OMF se posicionou contra o comércio do Ópio. Foram iniciadas 125 escolas, mais de 300 estações de trabalho com 500 colaboradores em 18 províncias (TAYLOR, 2012; REESE, 1999).

Suas ações foram interdisciplinares, na saúde, educação, escrita e parcerias, criou a OMF International. Taylor era autoconsciente do que estava fazendo e de onde queria chegar, por isso, atuou com publicações, conscientização, multiplicação de agências e envio de centenas de missionários a China. Suas lutas foram enfrentadas com resiliência. Sua primeira viagem,

devido a problemas de navegação duraram cinco meses, chegou no país no tumulto de uma guerra civil, e frequentemente foi mal recebido pela população, foi quando se adaptou à cultura através de vestimentas e corte do cabelo. Anos depois voltou a terra natal por problemas de saúde. O casal perdeu o primeiro filho, tendo depois outros filhos e com 12 anos de casado a esposa faleceu. Quanto a sustentabilidade Taylor se via como um mordomo que deveria dar permanência ao seu trabalho, o que fez, enviando centenas de missionários a China. A OMF Internacional e alguns hospitais por ele iniciados continua em funcionamento.⁴⁹

1.3.7 O Médico Missionário Pioneiro George Edwar Post

Pensando ainda na Ásia, o pioneirismo na Síria se deu com o norte americano George Edward Post (1838-1909). Seu pai Alfred Charles Post (1806-1886) foi um incentivador do trabalho missionário. Seu tio Wright Post e pai exerceram forte influência em sua vida, sendo professores e diretor em escolas de medicina e pioneiros na cirurgia – especialmente na ligação de artérias vitais e na oftalmológica - e fornecendo-lhe um ethos próprio. É possível perceber em Wright Post o ethos que dirigia sua vida e seu caráter moral de ordem elevada. “Tal acreditamos que era inquestionavelmente o fato - e que seus princípios morais eram fundados, não nas meras especulações de conveniência mundana, mas na base essencial de toda convicção moral e religiosa sadia.” Post “era um membro da Igreja Episcopal e, em meio aos compromissos de uma profissão turbulenta, ele era rigoroso em sua participação na adoração pública;” desta forma, revelando “o peso de seu exemplo em apoio ao importante dever do exercício social e religioso, enquanto em seu relacionamento geral com o mundo, ele exibia os frutos do cristianismo prático” (MOTT, 1829, p. 24; NASSAR, 2014).

O filho George Edward Post seguiu os passos do pai, em Nova Iorque cursou o bacharelado, mestrado e finalizou o doutorado, em 1860, em medicina. No ano seguinte obteve o diploma de teologia no *Union Theological Seminary Presbyterian*, casou com Sarah Read e teve seis filhos. Ele foi enviado à Síria, na cidade de Tripoli, em 1863. Em 1868 ajudou a iniciar a *American University of Beirut*⁵⁰ tornando-se, mais tarde, o pioneiro na anestesia no mundo Árabe. Fez do colégio um local de aliados dirimindo os problemas do bombardeio italiano em 1912, associando com a *Beirut Chapter of American Red Cross*. Em 1896 recebeu dois honorários degree Doctor of Laws, da *University of Aberdeen* e *New York University* sendo

⁴⁹ Para maiores informações ver: <https://omf.org/?lang=pt-br>.

⁵⁰ Instituição em funcionamento ainda hoje. <https://www.aub.edu.lb/>.

homenageado pelo governo da Alemanha, Turquia e Ducal House da Saxônia. Em 1905, ajudou a estabelecer uma escola de enfermagem junto a Universidade, pioneira no Oriente Médio. Devido ao trabalho dos Drs. Van Dyck⁵¹ e Post “o departamento médico do colégio forneceu médicos para todas as seções de língua árabe da Ásia Ocidental e do Norte da África” (DWIGHT, 1904, p. 600; MOTT, 1829; NASSAR, 2014; BRAND, 2017).

Percebe-se as características MMP na trajetória de Post, na amplitude de seus relacionamentos, no atendimento como médico, professor e na criação das instituições além do aspecto eclesiástico. Sua formação foi generalista com ênfase em teologia e doutorado em medicina e direito. Seu pioneirismo se deu ajudando no início da Universidade em Beirut, como anestesista no mundo Árabe e ao fundar a primeira escola de enfermagem do Oriente Médio. Sua atuação como de todos MMP é encarada como vocação e quanto às relações políticas se deu como um estadista, associando a Cruz Vermelha, sendo homenageado pelo governo alemão, Turco e da Saxônia. Quanto às demandas sociais, Post fez do Colégio um local de refúgio para os bombardeiros italianos na região; suas ações foram interdisciplinares, ele atuou na medicina, teologia, arquitetura tendo um favoritismo pela botânica, além de ensinar sobre o tratamento com catarata, foi pesquisador pioneiro e editou jornais como: o *Medical News* e *The Physician*, e publicou 18 artigos em Árabe, dentre eles: Arabic Dictionary of the Holy Bible, Classification and Study of Principles of Plant Physiology e Function and Rules How to Succeed (NASSAR, 2014). Quanto aos enfrentamentos, ele foi resiliente devido às carências do local e especialmente da crise gerada na guerra com a Itália. Quanto à sustentabilidade do seu trabalho, sua visão de mordomo, que administra bem os recursos, o levou a criar instituições de educação e medicina que multiplicaram os profissionais da área no Oriente Médio.

1.3.8 A Médica Missionária Pioneira Clara A. Swain

A pioneira como médica missionária foi a nova-iorquina Clara A. Swain (1834-1910). Caçula de dez irmãos, em 1855 ela tornou-se professora em Carlile, onde cuidava dos doentes

⁵¹ Dodge, Dyck e Thomson são médicos missionários que antecederam Post na região, contudo, este é citado na literatura como o pioneiro. O norte americano Cornelius Van Alen Van Dyck (1818-1895) doutorado em medicina na Jefferson Medical College (1839). No ano seguinte foi ao Líbano pela ABCFM como médico missionário e atuou em Beirut, Abeih, Sidon e Monte Tabor. E antes dele, o Dr. Asa Dodge, médico missionário na Síria (1833-1855). Dyck e William Maclure Thomson (1806-1894) foram transferidos para Sidon em 1843 visando praticar a medicina missionária. Dyck retornou aos Estados Unidos onde ensinou hebraico e estudou oftalmologia. Novamente voltou a região, foi professor de patologia e medicina na American University of Beirut. Editou o jornal seminal al-Nashran, escreveu sobre química, medicina prática, diagnóstico e astronomia, além de atuar no hospital São George na cidade. Em 1890 os Sírios celebraram seus 50 anos de atividade de Dyck no país e ele morreu em Beirut em 1893 (PENROSE, 1941; DWIGHT, 1904).

na localidade, como consequência percebeu nesse trabalho sua vocação. Swain iniciou a formação na *Castile Sanatorium* tutelada pela Dr. Caedelia A. Greene e depois graduou, em 1869, na *Woman's Medical College of Pennsylvania*. Naquele ano, teve início a *Woman's Foreign Missionary Society of the Methodist Episcopal Church*, em Boston, que enviou Clara à Índia. “Essa sociedade enviou para a Índia, China, Coréia e Japão a primeira médica missionária já recebida nesses países” (HOWE; GRAVES, 1904, p. 97). Clara e Isabella Thoburn chegaram à Índia no início de 1870, a primeira “mulher totalmente credenciada como médica” e ali iniciaram “a primeira classe de medicina para mulheres em Naini Tal” (NALINI, 2010, p. 148). Swain havia recebido uma carta de D. W. Thomas diretora do orfanato de meninas da *Methodist Mission* que cuidava de mulheres vivendo nas zenanas.⁵² Na primeira manhã no local, encontrou mulheres e meninas nativas esperando a Doutora Miss Sahiba e com a ajuda de uma missionária, entendeu as palavras de boas-vindas e ouviu suas necessidades. “Como eu não tinha remédios comigo, eu consegui da Sra. Thomas, alguns medicamentos simples para suas doenças” (GRAVES, 2007).

Clara aproveitou as meninas educadas pela Sra. Thomas e iniciou o preparo dos locais em anatomia, fisiologia e matéria médica para ajudá-la. Ele gastava de duas a três horas diárias ensinando as meninas e no término dos primeiros anos “dezessete estudantes de medicina clinicamente formadas sob sua supervisão” foram examinadas por dois cirurgiões civis e um médico americano e aprovadas. E já “havia tratado no mínimo 1.300 pacientes. Nos próximos quatro anos, ela ajudou a estabelecer o primeiro hospital para mulheres e crianças na Índia” (DWIGHT, 1904, p. 446; GRAVES, 2007; NALINI, 2010, p. 148; HOSKINS, 1912).

Em 1873, com permissão e ajuda de Nawab de Rampur, governante local, um dispensário foi iniciado e por tratar com sucesso a esposa de um governante local, Clara recebeu a oferta para ser a médica pessoal de Rani de Khetri e das mulheres dos líderes locais, consequentemente a missão médica ganhou terras e imóveis, além de prestígio e patrocínios.

⁵² Clara Swain teve maior visibilidade como médica missionária, entretanto antes dela a médica missionária para a Índia Janet Colquhoun Smith descreve o que viu nas Zenanas: “As mulheres da Grã-Bretanha assustariam se vissem o que vimos. Uma mulher de nascimento gentil manteve-se à parte com seu bebê recém-nascido por um mês inteiro, em uma pequena câmara, com apenas uma grade para uma janela, e colocada em um chão úmido - uma pequena fogueira em um canto e nenhuma chaminé! [...] Uma doutora, que estava sozinha em sua missão, achava quase impossível assistir às mulheres nativas quando tinham seus filhos devido às práticas repulsivas que prevaleciam. Um filho nasceu em uma Zenana a que eu tinha acesso, e como era primogênito, supunha-se que a pobre mãe teria a maior honra, contudo ela tinha apenas quatorze anos de idade. Mas ela foi mantida separada no pequeno quarto úmido, deitada no chão, e ela e seu bebê eram vistas unicamente através da grade. E seu marido não ousa tocá-la, nem seu filho; qualquer um que tocasse neles imediatamente se tornaria impuro [...]. Precisamos que as pessoas deste país se assombrem com a importunação daqueles que sabem dessas coisas [...]” (SMITH, 1897, p. 187).

Com a missionária britânica Edith Brown fundou o *Ludhiana Medical College for Women* no norte da Índia, em 1890, conhecido como *Clara Swain Hospital*, o primeiro hospital para mulheres da Ásia. Em menos de oito meses, 1.600 pacientes foram tratados. Clara tratou mulheres das castas superiores que viviam nas *Zenanas*, palavra que “refere-se a apartamentos em que mulheres eram isoladas (como encontrada na Índia e Irã)” (NALINI, 2010, p. 150), e preparou outras meninas na medicina e atendeu em diversas cidades (NALINI, 2010; HOSKINS, 1912).

Swain dedicou 27 anos de trabalhos em Bareilly. Mais tarde ela retornou à Índia para inaugurar instituições metodistas (1906 e 1908). Como mulher solteira ela ocupa lugar distinto entre as esposas de missionárias por viver próxima as suas alunas, ao invés de morar com os missionários em seus locais restritos. Ela cumulou a figura de mentora e matriarca, administradora e estadistas tratando com os patriarcados da região e também entre eles e os norte-americanos, além de transitar entre as altas castas e as pessoas desprezadas pela sociedade. Como escritora de periódicos, num contexto transcultural, sendo cristã e solteira, talvez, tivesse mais liberdade de atuação do que em sua terra natal. Clara atendeu cerca de 6.000 pessoas e prescreveu cerca de 11.840 receitas no hospital e dispensário. Ela visitava casas chegando a andar 10 quilômetros por dia, para tal fim. A médica missionária pioneira morreu em 25 de dezembro de 1910 (NALINI, 2010).

Como reformadora social trabalhou contra o infanticídio feminino e a elevação da idade de casamento para 12 anos, ela escreveu textos e prescrições, em árabe, hindu e persa para que os homens cuidassem de suas mulheres. Por sua influência, foi discutida a questão dos papéis de gênero na sociedade moderna e um novo momento médico foi iniciado na região. De acordo com Prevost “o cristianismo foi marginalizado em estudos de gênero e império, e no qual o gênero não foi usado para explicar os contornos desiguais entre a religião e o colonialismo” (PREVOST, 2009, p. 765). Clara incentivou a criação do *Countess of Dufferin Fund*, em 1885, e *Lady Dufferin's* ajudou a levantar fundos para preparar mulheres na área da educação e saúde em toda a Índia. Um dos resultados desse fundo foi a *Lady Hardinge Medical College for Women* em Deli. Mulheres indianas se graduaram em medicina nos Estados Unidos (HOSKINS, 1912; HOSKINS, 1912).

As características do MMP são nítidas na vida de Clara Swain. Seus relacionamentos foram diferenciados, inclusive entre as missionárias, por viver entre as indianas. Tratou de crianças nos orfanatos e das classes altas. Foi considerada matriarca, mentora, “administradora e estadistas”. Quanto a formação, Clara não pode ser considerada uma generalista; Em relação

a atuação social ela foi diferenciada desde sua formação. Clara foi pioneira: como médica da missão metodista feminina; a atuar na Ásia como médica credenciada; ao iniciar a primeira classe de medicina para mulheres, na região; ao iniciar o primeiro hospital para mulheres e crianças no país, denominado depois *Clara Swain Hospital*; ao iniciar o dispensário; com apoio do rei criou uma escola para meninas; com Edith Brown fundou a faculdade de medicina.

Clara encarava o trabalho como vocação, desde a juventude ao dar aulas e cuidar de doentes. O que foi reforçado quando recebeu a carta convite para atuar na Índia. Clara atendeu em diversas cidades e andava quilômetros a pé para servir as pessoas. No quesito relações políticas ela agiu como uma estadista. Ela tratou com eficácia a esposa de um governante local o que abriu portas para estabelecer um dispensário e um lugar entre as esposas dos líderes da região. “O respeito do rei pela habilidade médica de Clara o persuadiu a permitir que ela abrisse uma escola para meninas dentro de seu território” (NALINI, 2010, p. 149; SWAIN, 1885).

Quanto às demandas sociais ele foi reformista, não somente por cuidar de doentes, mas por formar centenas de pessoas multiplicando a força de trabalho. Nos primeiros anos mais de 1300 pessoas já haviam sido tratadas de doenças mais simples. Combateu o infanticídio feminino, a pouca idade para casamento das meninas, escreveu textos ligados a reforma da sociedade em pelo menos três idiomas, trouxe à tona questões relacionadas ao gênero, mesmo na Europa e o papel da médica missionária. Trabalhou para criar fundos visando a formar mulheres nas áreas da saúde e educação.

Suas ações foram interdisciplinares, pois para Nalini, “suas realizações foram muito significativas como educadora missionária, como médica, escritora, atuação na zenana, reformadora social, evangelista, precursora do grande avanço do movimento médico e criadora de tendências” (NALINI, 2010, p. 149). Ela foi autoconsciente de sua atuação sabendo de seu papel e da importância de suas relações e instituições na transformação de uma realidade social das mulheres na Índia;

Quanto aos enfrentamentos, ela foi resiliente e compassiva, pois o excesso de trabalho entre atendimento, formação e outras demandas gerou “o cansaço físico e mental [que] levou-a aos Estados Unidos em 1876, três anos depois ela retornou a Índia” (NALINI, 2010, p. 147). Anos depois teve a saúde abalada, tendo de retornar a terra natal. Swain dedicou 27 anos na Índia. E quanto à sustentabilidade do seu trabalho, ela se via como mordomo e formou centenas de mulheres nas artes médicas; fez parcerias e criou meios de cumprir os propósitos da permanência. Mulheres vieram de regiões distantes como a Birmânia para serem tratadas. Seu

legado foi inspirador e as próximas gerações levaram a frente seus projetos do dispensário, hospital, faculdade e fundos.⁵³

Desta forma, a análise sobre os pioneiros como Scudder, Handyside, Parker, Livingstone, Kalley, Taylor, Post e Swain, dentre outros, necessitam maior investigação, especialmente no quesito medicina missionária. Nesta pesquisa as descrições históricas de suas vidas procuraram identificar o ethos comum a eles, aquela visão de mundo, que os guiavam, direcionavam suas práticas e influenciaram centenas de missionários que vieram depois deles (NALINI, 2010; HOSKINS, 1912; GRAVES, 2007).

1.4 Considerações Gerais

Por intermédio da análise embasada na tipologia weberiana percebe-se um ethos percorrendo o caminho hermenêutico da ação médico missionária pioneira. Especialmente depois do advento do protestantismo com sua ênfase na educação, na visão e atuação do leigo, no trabalho encarado como vocação e no serviço ao próximo para a glória de Deus. Nesse sentido, o grupo denominado dissidentes atuaram visando utilizar a medicina como um meio de viver intensamente a espiritualidade no encontro com aquele que sofre.

Essa vivência gerou um ethos próprio que culminou nos valores próprios no final do século XIX. Fruto das diversas mudanças na sociedade, na medicina científica e nas relações com o mundo. Alguns desses médicos missionários tornaram-se referência para os demais por serem repetidamente citados na literatura.

Quanto à análise tipológica destes missionários alguns pontos ficaram claros. i) Todos os missionários analisados, exceto Peter Handyside membro da Igreja da Escócia, pertenceram ao grupo dos protestantes dissidentes. John Scudder, Peter Parker, George Post e Clara Swain são norte-americanos advindos de famílias de dissidentes; David Livingstone começou na Igreja da Escócia, mas logo tornou-se membro de uma igreja cristã independente; Robert Keid Kalley foi criado na Igreja da Escócia, mas logo que se deu a *Disruption*, em 1838, tornou-se membro da Igreja Livre da Escócia e no Brasil não quis criar uma denominação e James Hudson Taylor era de família metodista.

Os traços comuns do ethos vivenciado por estes médicos foi a intensa vida relacional. O conceito de vocação como profissão. Nesse quesito Weber escreveu que as religiosidades de

⁵³ Para maiores informações sobre Swain: <http://www.cshbareilly.com/index.html>.

salvação no oriente e ocidente trabalham com perspectivas opostas. A primeira desemboca na contemplação e a segunda no ascetismo. Na contemplação do sagrado há uma fuga do mundo e o sujeito é o receptáculo do divino procurando unir-se aos deuses. O asceta intramundano procura entrar na sociedade, submeter seus impulsos naturais de forma racional a reordenar a sociedade de forma ética e religiosa, onde o mundo torna sua missão e o crente um reformador social (WEBER, 1984, p. 429). Assim, atuar sobre as esferas seculares e submeter seus impulsos constitui-se na vocação que se deve cumprir racionalmente. O puritano, ramo dos dissidentes, “rotinizou racionalmente todo o trabalho neste mundo, como sendo um serviço a vontade de Deus e uma comprovação do seu estado de graça” (WEBER, 1979, p. 381).

De acordo com suas características, cada ética religiosa penetra diferentemente na ordem social (por exemplo, nas relações familiares, com o vizinho, os pobres e os mais débeis), na punição do infrator, na ordem jurídica e na econômica (como no caso da usura), no mundo da ação política, na esfera sexual (inclusive a atitude a respeito da mulher) e na da arte. Ao produzirem um desencantamento do mundo e bloquearem a possibilidade de salvação por meio da fuga contemplativa, as seitas protestantes ocidentais - que trilharam a via do ascetismo secular e romperam a dupla ética que distinguia monges e laicos - fomentaram uma racionalização metódica da conduta... que teve intensos reflexos na esfera econômica! Na tentativa de combater as interpretações economicistas ou psicologizantes das religiões e de sua evolução, Weber abordou “os motivos que determinaram as diferentes formas de racionalização ética da conduta da vida per se e procurou explicações internas à própria esfera religiosa (QUINTANEIRO, 2002, p. 137).

O missionário é o personagem que procura encarnar esse ethos por excelência e racionalmente se prepara, planeja e se desloca de seu local de conforto para cumprir sua vocação frente ao mundo. Os MMPs eram pessoas que na sua área de atuação, apesar de terem grandes oportunidades em suas terras de origem, devido as suas formações, habilidades e possibilidades, partiram para regiões carentes de cuidados na área da saúde, educação e evangelização (DUTRA E SILVA; CARVALHO; SILVA, 2015). Desta forma, depois de fazer a descrição dos resultados qualitativo e quantitativo dos MMP comparando-o a análise tipológica do Ethos do médico missionário, o interesse no próximo capítulo será ter um panorama da saúde, doenças, instituições de cuidado e educacionais da saúde em Goiás, no contexto do Brasil.

CAPÍTULO 2

GOIÁS: SAÚDE PÚBLICA, DA EMANCIPAÇÃO AO INÍCIO DA UNIÃO EVANGÉLICA SUL-AMERICANA (1748-1911)

No capítulo anterior foi construída a base teórico metodológica para a análise dos agentes de saúde da União Evangélica Sul-Americana, UESA, que atuaram em Goiás na primeira metade do século XX. Por meio da sociologia weberiana foi discutido e elaborada a tipologia do Médico Missionário Pioneiro (MMP). As características apresentadas se deram a partir da análise histórica de pelo menos oito médicos missionários com atuação no século XIX. A especificidade do ethos, revelou características como pioneirismo, proatividade, interdisciplinaridade, atuação em regiões inóspitas e o perfil do reformador social.

A distinção entre o MMP e os demais médicos foi gerada dentro de um contexto próprio e experimentada nos diversos continentes através das missões com ênfase nas questões sanitárias. Evidentemente, por atuarem em regiões com diversas carências, suas ações extrapolaram o campo da medicina levando-os a se envolverem com educação, reformas sociais, literatura e a criação de instituições, o que possibilitava a transformação de aspectos da realidade onde se encontravam. Toda essa vivência era registrada, publicada e comunicada em congressos, simpósios, encontros e igrejas, seja através da literatura, de relatos de vida, dentre outras.

Quando os agentes de saúde que atuaram em Goiás estavam no processo de formação pessoal e profissional as características do ethos do MMP estavam estabelecidas e sendo fomentadas através de diversos meios. Goiás na primeira metade do século XX era reconhecido como sertão, local pouco povoado onde faltavam profissionais da saúde, da educação, dentre outros. O ambiente ideal para os MMPs que intencionalmente escolhiam atuar em locais com essas características, ainda que tivessem maiores e melhores oportunidades onde viviam devido a sua formação e suas habilidades. Desta forma, o interior do Brasil Central foi o encontro das necessidades e as possibilidades trazidas pelos profissionais da saúde filiados a UESA.

Nesse sentido, no presente capítulo objetivamos analisar a situação da saúde pública em Goiás até a chegada dos agentes de saúde da UESA, no quesito: hospitais, farmácias, leprosários, instituições para formação de profissional na área da saúde e órgãos de saúde do

governo; Quantas e quais instituições funcionaram na região? Qual sua função e como eram mantidas? Quanto as doenças: quais eram as principais, como eram tratadas e como foram vistas por parte dos viajantes estrangeiros e nacionais, pelos agentes de saúde e profissionais do governo e em relação aos agentes de saúde: Discernir a permanência ou não dos médicos na sua área de atuação, desde a emancipação da capitania de Goiás, em 1748, até o ano de 1911, quando a UESA foi organizada.

A medida que descrevemos a situação sanitária em Goiás, quanto mais próximo chegarmos do período delimitado pela pesquisa (1911-1943), mais densa se tornará a análise e o conjunto de informações. Seja pelo desenvolvimento das ações médicas na região; pela intensificação das ações do governo na saúde pública ou pelo acesso a uma maior quantidade de documentos. Antes porém, faz-se necessário analisar aspectos da história da saúde e das doenças na região.

De acordo com Albuquerque Júnior, “o trabalho do historiador regional deveria começar pela caracterização do espaço escolhido, embora não se discuta, justamente, o critério de escolha deste espaço”. A história regional ou local aborda os “indivíduos nos círculos humanos a que pertencem, ou em que querem inserir-se, nos quais se apoiam para subsistir, para se realizar, para cumprir os seus desejos ou se sentirem felizes” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2008, p. 3). É o estudo da atitude do homem diante das realidades que o cercam, sua relação com o espaço que o rodeia, a “experiência cotidiana e imediata dos homens”. Lugar pensado existencialmente, dos vínculos afetivos, da produção das memórias e tradições, o fator diferenciador de outras regiões e nações. Portanto, o lugar familiar advindo das operações rotineiras, da família, do local onde se dá o nascimento ou a morte, onde se tem o jeito próprio de falar, cantar, divertir e crer. Este “seria o primeiro contato com o cenário onde tudo vai se passar” (MATTOSO, 1988, p. 171; ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2008).⁵⁴

⁵⁴ O historiador que também trabalho os aspectos regionais “deveria ficar atento para o que seriam os conteúdos culturais que dariam singularidade a este espaço, último ingrediente a ser levado em conta na hora de se escrever a história da região” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2008, p. 5). A partir dos pressupostos dos Annales, de Febvre e Bloch, acentuadas na obra de Braudel incluir o espaço ou a geografia como elemento da análise histórica sem necessariamente estabelecer ligações claras entre os elementos analisados, com visão estrutural do regional, privilegiando a sincronia em detrimento da diacronia e no lugar do acontecimento o tempo de longa duração. Pautando mais nas “permanências e continuidades, mais do que as rupturas e descontinuidades, uma historicidade lenta e fria em contraposição ao tempo veloz e quente do mundo contemporâneo” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2008, p. 6). A escrita da história regional ou local é, neste sentido, um trabalho de resignificação, de atualização do sentido que a região possa ter, é um trabalho de invenção ou re-invenção do regional ou do local. O historiador recria o passado, não o apresenta tal como ele foi, mesmo aproximadamente ou de modo probabilístico. A leitura do passado se dá no presente e, portanto, modificado pelo seu horizonte de expectativa, pelo seu contexto de significação, de leitura (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2008, p. 8).

Ainda compõem a historiografia, os dados da natureza na região “tomados como elementos a-históricos que condicionariam a ocupação humana, a relação do homem com a terra, relação fundante da historicidade dos espaços” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2008, p. 4). Espaços estes, no caso de Goiás, distante dos centros de poder, com escassez de profissionais e instituições ligadas a saúde, com falta de tecnologia e de um conhecimento científico mais acurado das doenças. Quanto aos nomes dados a região onde Goiás se encontra, antes da Independência do Brasil (1822), o termo utilizado era capitania. Da independência a Proclamação da República (1822-1889), utilizou-se o termo Província. Depois da República utilizou-se o termo Estado. Chaul escreveu: “[...] teoricamente, o terreno em que se situava Goiás pertencia à Capitania de São Paulo, sendo considerado, inicialmente, um território de Minas Gerais inserido na Capitania de São Paulo. Vinte anos depois de sua descoberta, a Corte portuguesa tornou-se Goiás independente de São Paulo, elevando-a à categoria de Capitania. O título de Capitania de Goiás permaneceu até a Independência, quando Goiás se tornou Província” (CHAUL, 1997, p. 22).

Apesar desses desafios, o sertão foi escolhido por alguns agentes de saúde com ethos diferenciado, as dificuldades regionais superadas e o desenvolvimento da medicina científica processou com o passar do tempo. E a importância deste estudo decorre, visto que a historiografia relacionada a saúde e as doenças no país tem dedicado pouco esforço no estudo do sertão, como cenário do historiador, especialmente no que tange a medicina. Quanto a análise da saúde pública, percebe-se que no interior do país os desafios eram maiores do que nos grandes centros e cidades litorâneas (MAGALHÃES, 2004; VIEIRA, 2009; 2015; SILVA, 2014).

A reconstrução da história da saúde e das doenças, na região, antes da Independência da Capitania em 1748, e mesmo antes da inauguração do Hospital São Pedro de Alcântara em 1826, é uma “tarefa difícil” (KARASCH, 1999). Além do mais, é impossível ter um panorama do desenvolvimento do assunto, sem compreender o imaginário criado sobre o interior do país, especialmente em torno do conceito sertão. De acordo com Janaína Amado (1995), desde os primeiros séculos da colonização do Brasil, os portugueses criaram o dualismo Litoral/Sertão que perdurou com poucas variações, até o século XIX. Enquanto as áreas litorâneas eram colonizadas, o interior era entendido como o local de baixa densidade demográfica, com vasto espaço, longínquo e isolado (VIEIRA, 2015; MAGALHÃES, 2004; MCCREERY, 2006).

Como bem salienta Lima (1999), devido às mudanças de significado por que passa a categoria ‘sertão’ ao longo do tempo, devemos compreendê-la menos como um espaço geograficamente demarcado do que como um ‘espaço simbólico’, cujo único ponto em comum

com os demais sentidos que lhe são atribuídos seria a ideia de distância em relação ao poder público. No Brasil, de modo geral, a historiografia percebeu os lugares afastados do litoral mais por uma perspectiva negativa, do que pela concepção positiva e romântica. O interior foi interpretado como local inóspito, da decadência, da pobreza, do atraso, do abandono e da doença, até pelo menos metade do século XX, ainda que, por vezes, houvesse uma visão mais positiva, no sentido de que o sertão e sua cultura refletia o Brasil como ele é (MAGALHÃES, 2014; DUTRA E SILVA, CARVALHO E SILVA, 2015). De acordo com Vieira essa visão “aparece em variados tipos de fontes relacionadas a Goiás até pelo menos meados do século XX” (VIEIRA, 2015, p. 484).

Na percepção de Guimarães Rosa “o sertão é compreendido de modo mais simbólico do que geográfico, e, portanto, sem uma caracterização espacial precisa”. O que existe é uma “multiplicidade de lugares identificados como sertão ao longo da história do Brasil” (VIEIRA, 2012, p. 27).⁵⁵ Em diferentes momentos, as visões sobre o país referiam-se ao clima, raça, vegetação e a saúde dos sertanejos, contudo, em 1916 o médico Miguel Pereira expressou: "o Brasil é ainda um imenso hospital" (KROPF, 2009). A partir da história regional será realizado um panorama de Goiás, dos anos de 1748 a 1911, com foco na saúde e na doença e nas instituições relacionadas a elas.

Desta forma, será analisada as instituições e espaços de saúde; os órgãos governamentais; as doenças mais comuns na região; os médicos e a permanência ou não dos mesmos na profissão e o uso dos manuais médicos pela população. A análise será feita em duas etapas: primeiro, de 1748 a 1825, ocasião da instalação do Hospital de Caridade São Pedro de Alcantara e da chegada dos primeiros médicos que tiveram uma permanência maior na região e em segundo lugar, de 1825 a 1911, data do início da UESA.

2.1 Saúde e doença em perspectiva (1748-1825)

Do “descobrimento” do país até o final do século XVII, os cuidados com a saúde da população se davam pelas práticas de cura indígenas e africanas, como o xamanismo e com os jesuítas com suas boticas, procurando atender brancos e indígenas. As múltiplas práticas de diagnóstico e de cura advindas do universo latino americano, africano e europeu tinham fundamento hipocrático-galênica, da química iluminista e da espiritualidade sendo realidades no Brasil dos séculos XVI ao XIX. Essa mistura de saberes era denominada “medicina mestiça”

⁵⁵ Para uma discussão mais profunda sobre o conceito sertão ou fronteira, ver (MCCREERY, 2006; DUTRA E SILVA, 2017).

(ALMEIDA, 2010), “medicina popular” (CASCUDO, 1993) ou “medicina híbrida” (CUETO; PALMER, 2016).

Ocorreu o que o historiador Carlo Ginzburg (1987) descreveu como circularidade cultural. A análise dos diferentes discursos entre a cultura dominante e a subalterna revelou que jamais uma cultura se sobreporia à outra. Especialmente no sentido de uma possível assimilação direta da cultura dominante pela cultura popular. Desta forma, mesmo na medicina portuguesa da época é difícil traçar um limite entre o seu setor cultivado e o seu saber popular - entre a magia, superstição, a feitiçaria e a religiosidade, de um lado, e a medicina científica de outro”. As facetas aparentemente opostas, “constitui um amálgama inseparável na obra dos mestres portugueses, principalmente dos séculos XVII e XVIII” (NAVA, 1948, p. 5, apud WISSEMBACH, 2002, p. 131). Os colonizadores trouxeram elementos para o cuidado com a saúde, mas juntamente com eles vieram também as doenças como a varíola que “penetrou no novo mundo pouco depois da descoberta da América” (ROSEN, 1994, p. 86). Em relação as epidemias, a resposta oferecida era o isolamento (AGE, 2014).

Quanto ao “nascimento” de Goiás, no século XVIII, Moraes, apresentou um panorama no livro *A decadência do ouro e o desânimo do homem*,

Goiás nasceu sob o brilho do ouro, da cata, a bateia, da busca do filão; da tristeza do negro acorrentado, de ritma as melodias, nu da cintura para cima, pés mergulhados na água fria, coluna arcada, pouca comida, da tosse à tuberculose, aos trinta anos sem vida; do índio, outrora o dono da terra, agora preado, uns submissos outros guerreiros violentos, da liberdade nas matas a aprendiz de ofícios; e os senhores brancos, absolutos, destemidos, que, inflamados pela fantasia do outro, oprimiam, matavam, legislavam em causa própria e enriqueciam a si e a metrópole (MORAES, 2012, p. 20).

De acordo com Ribeiro (2012) a medicina hospitalar, na região, teve início no século XVIII, com os hospitais militares. Estas instituições possuíam “uma organização severa e regime ordenado. Reuniam um número significativo de doentes disponíveis para experimentação. Cirurgiões e médicos aptos para levar a cabo observações de cabeceira [...] e muitos cadáveres para realizar autópsias” (DAMASCENA NETO, 2019, p. 19). Em Goiás foi implantado o Real Hospital Militar em Vila Boa, RHMVB, com Lourenço Antonio da Neiva e seu genro, o bandeirante Bartholomeu Lourenço da Silva. Os dois cirurgiões mais importantes do hospital, “aprenderam o ofício de cirurgião na própria instituição hospitalar da capitania de Goiás” (DAMASCENA NETO, 2019, p. 19).⁵⁶

⁵⁶ Em 1749 o arraial tornou-se Vila Boa de Goiás. A população era considerada grande, havia vida comercial intensa por ocasião do nascimento da cidade, em 1819. No final da década de 1820 e início de 1830, através de

Quanto ao encontro dos diferentes saberes médicos Viotti, na obra: *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)*, escreveu sobre uma explícita oposição entre os médicos advindos das universidades europeias e os práticos não diplomados como curandeiros, religiosos e parteiras que atuavam no país. Havia ainda diferenciação entre o médico e o cirurgião. Enquanto os médicos tinham uma atividade mais intelectual, sendo mais valorizados, o cirurgião tinha um caráter mais prático, com menor remuneração (VIOTTI, 2017; ROSEN, 1994). Para Azeredo, o médico, “se encarrega do tratamento de moléstias internas; o cirurgião credenciado, por sua vez, cuida das enfermidades externas” (AZEREDO, 1844, p. 28, apud MAGALHÃES, 2004). Essa distinção teve fim em 1848, podendo o cirurgião exercer qualquer área da medicina. Percebe-se a hierarquia nas profissões científicas ligadas a saúde pelo tempo de formação de cada profissional. “O curso médico durava seis anos, o de farmacêutico e o de cirurgião, três, e o curso de parto demandava de um a dois anos. Há referências a vários cirurgiões que completavam seus estudos para se tornarem médicos, o mesmo acontecendo em relação aos farmacêuticos. Já o contrário (de médico para farmacêutico ou cirurgião) não ocorria” (FIGUEIREDO, 1999, apud MAGALHÃES, 2011, p. 1102).

Quanto aos médicos, estes eram caros, pouco acessíveis e o seus tratamentos tinham resultados questionáveis. Além do mais, os cirurgiões focavam o doente e não a doença, através de uma medicina casuística. Eles tratavam de caso a caso, prescreviam as “mesinhas” com seus compostos, de fácil acesso nas hortas ou campos ao redor, diferentemente da indicação dos médicos, que receitavam plantas europeias caras e de difícil acesso (VIOTTI, 2017; MAGALHÃES, 2005). Já em relação aos barbeiros,⁵⁷ curandeiros, práticos e parteiras ocorria a mistura dos saberes tradicionais africanos e indígenas somado a observação de técnicas médico-cirúrgicas europeias. O resultado dessas tradições científica e prática/mística geravam um certo conflito, contudo a medicina popular era procurada devido a acessibilidade e custo. A propaganda se dava a partir dos casos que davam certo.

Mesmo no Reino Unido, local de formação do ethos do MMP, nos primeiros cinquenta ou sessenta anos do século XIX os cuidados do médico com interesse missionário eram raramente procurados, e se acontecesse, era para cuidar dos missionários em áreas de risco a saúde. Em 1840, o Dr. John Ilott foi enviado ao oeste da África pela *Church Missionary Society*

leis, o cenário da saúde na capital melhorou, com ações tais como: organização do espaço urbano, arborização, canalização de águas, proibição de circulação de animais como porco, cabras, que se abrigavam ao lado das casas, intolerância quanto a portadores de moléstias como: morféticos e alienados e a construção de matadouro e cemitério. Tudo isso visando a salubridade do local, dentre outras ações (MAGALHÃES, 2005).

⁵⁷ O barbeiro, de acordo com os dicionários do século XIX era definido como o “homem que faz as barbas e as raspa, corta ou aparar. Há barbeiros de lanceta, ou sangradores. Outros antes consertavam as espadas, limpando-as, aliás alfacemes” (MORAES SILVA, 1922).

(CMS), da Igreja Anglicana, contudo foi lhe dito “que ele não era, estritamente falando, um missionário” (WILKINSON, 1991, p. 6). Em 1842, a CMS, “informou um cirurgião que eles o empregariam com base no entendimento de que a medicina ‘deveria ser apenas uma ocupação ocasional’” (HARDIMAN, 2006, p. 10). Dados de 1849 apontam somente 40 médicos missionários no mundo: 26 da América, 12 do Reino Unido, 1 da França e 1 da Turquia ou Arabia (DWIGHT, 1904, p. 445; BROWN, 1997). Em 1852, calculou-se que havia apenas treze missionários médicos europeus, e no período de 1851 a 1870, a CMS, uma das dezenas de agências missionárias existentes, recrutou sete médicos de um total de trezentos e sete novos missionários. James Henderson (1829-1865), “um médico formado em Edimburgo, não encontrou nenhuma abertura como missionário médico em 1858” (WILLIAMS, 1982, p. 271).

Quanto a formação médica no período, alguns brasileiros conseguiam estudar em Portugal, na França e na Escócia, mas poucos retornavam, deixando a atuação com práticos e cirurgiões (VIOTTI, 2017; CUETO; PALMER, 2016). Essa postura, revela um certo ethos desses médicos, pautado na comodidade e rentabilidade, não a partir das prementes necessidades de seus países de origem. Diferença clara em relação aos MMP, que tendo formação nas importantes instituições médicas da Europa ou América do Norte, escolhiam lugares como o sertão brasileiro para atuar (CARVALHO, 2015).

No Brasil “a improvisação de agrupamentos erigidos ao sabor das aventuras exploratórias foram fatores que exigiram ainda mais a flexibilização das regras da medicina metropolitana” (WISSENBACH, 2002, p. 110). A ciência médica experimentou transformações em questões como a higiene, redefinições quanto ao governo dos vivos e o estudo de fatores alimentares e raciais tentando explicar as doenças. A tecnologia ocupou lugar sobre os corpos e as políticas sanitárias mostraram sua conveniência. Tudo era reavaliado, a medicina miasmática,⁵⁸ o desequilíbrio entre o corpo e o meio ambiente e as questões ligadas a civilização, higiene e dieta alimentar como base para as doenças. Mesmo no final do século XIX, ficou claro o paradigma médico no Relatório da Comissão Cruls, onde a influência miasmática é relacionada a águas estagnadas e proliferação de enfermidades (CRULS, 2003; CHAUL, 1997). Cruls revela essa visão aos escrever: “Naquele porto, foram atacadas durante a referida epidemia, de preferência as pessoas que, aproveitando os poços abundantes de peixes na retirada das águas, iam neles pescar e se expunham sob os raios solares ardentes a contrair

⁵⁸ Teoria desenvolvida por Thomas Sydenham e Giovanni Lancisi, no século XVII, partiu da premissa que os miasmas, conjunto de odores fétidos advindos da putrefação de matéria orgânica, seja dos solos ou lençóis freáticos, geram doenças. Fruto da teoria, houve esforço dos responsáveis pela saúde pública na implementação de sistemas de esgotos, recolhimento de lixo, drenagem de pântanos, enterro de cadáveres, limpeza de casas e ruas, construção de cemitérios e meios de purificar o ar, dentre outros.

facilmente a doença, as que imprudentemente se banhavam nas águas estagnadas e lodosas do rio transbordado, etc (...)” (CRULS, 2003, p. 270).

Nesse ambiente, as doenças passaram de causas de um desequilíbrio geral para causas localizadas e específicas. Na Colônia, após a segunda metade dos anos 1700, começou-se a preocupar com higienização dos ambientes para prevenir doenças, além dos cuidados com a alimentação e uma conotação menos moralista em relação as epidemias – normalmente atribuídas a comportamento vicioso, se intercambiavam (VIOTTI, 2017).

No que tange aos sofredores das enfermidades mentais, a historiografia não identifica um espaço específico para seu cuidado no século XVIII. Contudo Maria Augusta de Sant’Anna Moraes, faz alusão ao Hospício de Jerusalém, um enigma a ser resolvido (MORAES, 2012, p. 64). Uma possibilidade a partir de Trindade (1946) é que o Hospício de Jerusalém pode referir-se “ao convento dos padres franciscanos esmoleres da Terra Santa, estabelecido desde 1731, na cidade de Meia Ponte/Pirenópolis, que era ‘impropriamente chamado de ‘hospício’” (TRINDADE, 30 de abr., 1946, p. 4, apud SILVA, 2021).

Quanto ao tratamento das moléstica, no “receituário de Gomes Ferreira, abundante em ossos, gorduras, pedaços e animais inteiros, valendo-se nesta matéria de quase toda a fauna disponível, aproximava-se dos produtos utilizados na cura praticada por nossos índios,” da mesma forma, “pródigos em buscar no reino animal, remédios como a ‘saliva e a urina; a banha do jacaré contra a dentada de cobra; a carne torrada e pulverizada do sapo preto para aliviar as mulheres no parto;” além disso se usava, “o esmogma, como antídoto para veneno de cobra; e conchas, dentes de onça, unhas de tamanduá como amuletos preservativos” (WISSEMBACH, 2002, p. 134).

Na opinião de Godinho, no século XVIII, quando adoecer era quase morrer, “não havia médicos, apenas curandeiros e receitas caseiras de plantas para buscar a cura. Muito provavelmente não havia médicos também no final de junho de 1722” (GODINHO, 2004, p. 16). Para Wissembach é “impossível dimensionar a proporção entre físicos e cirurgias existentes no Brasil nos séculos XVII e XVIII. As indicações sobre a falta de atendimento médico foram inúmeras, tanto provenientes de zonas de povoamento mais denso, quanto vindas de áreas distantes do litoral” (WISSEMBACH, 2002, p. 111).

2.1.1 As doenças mais comuns na região (1748-1825)

O processo migratório e as doenças tem forte correlação. Em Goiás a imigração ocorreu oriunda da Bahia, Maranhão, Pará, Minas Gerais, São Paulo e do exterior. Ainda no final do

século XVIII Goiás era uma das capitanias mais ricas do Brasil em termos gerais, e por isso, muito procurada (TEIXEIRA NETO, 2013, p. 19).⁵⁹ Esses invasores traziam consigo as doenças e ao mesmo tempo eram vítimas, dentre outras, da malária e da doença de chagas. Até o século XX Goiás foi visto como “fronteira das fronteiras” tendo como defesa as doenças, como expressou Raymundo Mattos, “as moléstias defendem as fronteiras” (KARASCH, 1999, p. 21; MCCREERY, 2006).⁶⁰

A malária matou muitos goianos nessa época na Cidade de Goiás, na Ilha do Bananal e nas proximidades dos rios Araguaia e Paranaíba. Entre os anos 1720 e 1820, a capitania foi descrita como “saudável e insalubre”. O binômio aparentemente contraditório se dá devido a parte norte da capitania ser mais insalubre ou pestilenta do que o sul, considerada salubre. Na capitania as doenças que assolavam a população eram “a malária, o bócio e a lepra”. À época, os cirurgiões, boticários e curandeiros, tratavam os doentes utilizando-se “de auto-inoculação e a quinina” (KARASCH, 1999, p. 19). Karasch procurou demonstrar a influência da mineração nas doenças quer entre os escravos africanos trabalhando nas minas, ou no confinamento dos indígenas em aldeias cristãs, onde “muitos acabavam morrendo de varíola, sarampo ou malária” devido a disseminação das doenças (KARASCH, 1999, p. 19).⁶¹

A malária, a varíola e a lepra eram motivo de preocupação. Contudo, a epidemia de varíola, até onde se sabe, teve pouca expressão em Goiás se comparada a outras regiões do Brasil. Há referência a três surtos na capitania e ou província. Em 1771, de 1809 a 1820, e, entre

⁵⁹ Consonante ao tema, Moraes escreveu, “nesse início de mineração, sem muito esforço, mais de cem arrobas foram tiradas, muitas delas as escondidas, não quitadas, sonegadas ao Rei” (MORAES, 2012, p. 20).

Em relação ao território goiano, o que conhecemos como Goiás atualmente, é pouco parecido com sua dimensão antes da divisão das províncias. “[...] Goiás nasceu 2/3 maior do que é hoje”, ao longo dos anos partes de suas terras foram cedidas aos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais. O território que somava quase 1.000.000 de quilômetros quadrados, hoje somam aproximadamente 340.000 quilômetros quadrados (TEIXEIRA NETO, 2013, p. 19).

⁶⁰ McCreery, pontuou no seu livro *Frontier Goiás – 1822-1889*, no século XIX, a região foi identificada como zona de fronteira, regiões sertanejas, “fronteira da fronteira”, o último lugar onde se podia ir ou um “queijo suíço” que faz fronteira com várias províncias. Enquanto na América do Norte o termo mais usado é fronteira, no Brasil o termo melhor utilizado é sertão. Goiás, no século XIX foi talvez uma das províncias mais pobres e distantes do centro de influência da coroa com histórico de dominação, violência, pobreza e o isolamento. Conforme o pesquisador, “para entender a trajetória histórica de Goiás no século XIX, é necessário, primeiro, compreender a sua posição como uma fronteira, lembrar, é claro, que todas as fronteiras são construções ideológicas, e todas elas necessariamente são experiências diferentes, dependendo de quem você é e de onde você está” (MCCREERY, 2006, p. 13,14).

⁶¹ As doenças por ela listadas deviam-se, em geral, às transformações ambientais, às más condições de trabalho e às más condições de vida, às quais grupos sociais mais susceptíveis às crises sazonais, como os escravos, eram submetidos (KARASCH, 1999). O sarampo e as doenças venéreas trazidas pelos europeus matavam indígenas, a elefantíase e a malária eram recorrentes entre os escravos. Havia ainda o raquitismo, sífilis, hepatite, sarampo, caxumba, além destas, doenças da zona rural como sarna, verminose, bócios, bicho-de-pé, leishmaniose, doenças de Chagas e a hidropisia eram recorrentes fazendo muitas vítimas. “Provavelmente os leprosos moravam com os familiares, pois ninguém parecia acreditar na transmissão da enfermidade. Não se estranhava nem o bócio e um aumento da tireoide” (GODINHO, 2004, p. 18). Apesar da ausência de registros, estima-se que existiam doentes de hepatite, disenteria, reumatismo, fogo selvagem e outros.

1872 a 1873 (KARASCH, 1999, p. 26). Quanto a varíola e a vacina, Dom José de Assis Mascarenhas em seu Relatório (1839) escreveu: “...He fatalidade, que havendo um meio tão eficaz, e maravilhoso para evitar este contágio, nós estejamos em tal atraso [...] que tendo já vindo por vezes o puz vaccinico, se tenha deixado destruir sem delle se fazer uso algum [...] Eu não me atrevo a exigir de vós uma Lei a este respeito, mas vos rogo mui incessantemente appliqueis toda a vossa influencia, e todos os vossos esforços para acreditar a Vaccina, e até o vosso exemplo, fazendo vaccinar as pessoas da vossa família [...] o Augusto Avô do nosso Adorado Monarcha fez vaccinar seus Augustos Filhos [...]” (1839, p. 13, apud MEMÓRIAS GOIANAS, 3. 1986, p. 147-8).

De acordo com Magalhães e Karasch a baixa incidência da mesma possivelmente se deu devido a três fatores: A variolização - A infecção artificial de pessoas saudáveis com a varíola; os métodos de vacinação praticados na capitania e, por fim, devido à baixa densidade populacional e sua característica rural. Desta forma, “o vírus não tinha novos hospedeiros para infectar” (KARASCH, 1999, p. 52). Apesar disso, “por vezes surgia alguma ocorrência como na distante Aldeia Cocal Grande, onde centenas de índios morreram desfigurados em decorrência de uma epidemia de bexigas” (MAGALHÃES, 2005, p. 469). Quanto a vacinação, no início do XIX, cerca de “620 pessoas foram vacinadas em alguns dos mais remotos arraiais” (KARASCH, 1999, p. 52).

No Planalto Central as terras eram saudáveis e mais salubres enquanto nas comarcas do norte, ao longo das margens dos rios, as doenças protegiam as fronteiras. Como havia uma única instituição de saúde na província, quem tinha malária ou qualquer outra doença normalmente ficava a mercê ou se tratava com “ervas medicinais, variolização, amuletos e rituais religiosos”, pouco se procurava pelos médicos práticos portugueses e seus remédios, situados nas poucas cidades existentes, ou nos quartéis (KARASCH, 1999, p. 54).

A ausência de instituições de saúde em Goiás, instituídas pela igreja, se deu, porque “a irmandade de São Miguel e Almas de Vila Boa não tinha o propósito de constituição de um hospital, nem as Misericórdias tinham esse intuito inicialmente em Portugal.” Nesse sentido, “a Irmandade de São Miguel e Almas assistiu à saúde da população, na capitania de Goiás, no século XVIII, justamente pela ausência de hospitais para esses fins” (DAMASCENA NETO, 2019, p. 49). No final do século XVIII e início do século XIX Goiás contava com o hospital RHMVB e a botica do mesmo. De acordo com Godinho (2004), “os raizeiros e curandeiros chegavam aos montes todos os dias [...] os curandeiros faziam de tudo, inclusive operações, usando canivetes e facas sem as mínimas condições de higiene. [...] indicavam remédios exóticos, como excremento de barata para recém-nascidos com cólica” (GODINHO, 2004, p.

17). A sangria era comum, vômitos e purgantes eram largamente utilizados, especialmente no norte de Goiás. Independente do local, quem estivesse doente e necessitasse “se tratar ou morria em casa ou se instalava na igreja mais próxima para que algum religioso desse de um lado a assistência básica e de outro a extrema-unção” (GODINHO, 2004, p. 17, 18). Pohl “considera que em relação à assistência médica, os habitantes eram dignos de lástima e viviam quase inteiramente sem medicamentos, sendo os doentes abandonados ao seu próprio destino” (POHL, 1951, p. 298 apud REZENDE, 2017, p. 22).

Quanto aos medicamentos, o conhecimento das plantas medicinais por parte dos indígenas e seus poderes de cura eram amplamente utilizados. Os medicamentos comuns, no século XVIII, eram óleo de louro: feito por “destilação a vapor das folhas frescas do louro e utilizado como antissépticos, antibióticos, antiespasmódicos, antinevrálgicos, analgésicos, adstringentes, inseticidas, sedativo, sudorífico e tónicos.” Eram empregados ainda o “emplasto e cicuta/cicuta com mercúrio: aplicado estendido em pano, era utilizado para abrandar a dureza dos cancrios; nos humores cirrosos, nas escrófulas e úlceras sífilicas; magnésia e sal amoníaco”, este, conforme Moraes “utilizado geralmente para problemas digestivos e mercúrio muriato corrosivo para a cura da gonorreia e cancro venéreo, o que era a doença mais comum na capitania e entre os militares” (MORAES, 2017, p. 43). Quando os recursos materiais falhavam recorria-se ao espiritual. Assim, pessoas leigas, procuravam proporcionar a cura por meio de bênçãos, seja da espiritualidade indígena, africana ou mestiça, utilizando-se das ervas, rezas e chás para solucionar problemas do cotidiano. Conforme escreveu Araújo,

Rezas, benzeduras e cumprimento de promessas [...] Era a junção da pajelança indígena, dos cultos afros, do catolicismo lusitano e das experiências que surgiam no cotidiano – como a tentativa de eliminar o infortúnio ou de dar sentido às situações inexplicáveis de acordo com o instrumental religioso que os habitantes desse lugar dispunham – que se manifestava nesse catolicismo interiorano, diferenciado do catolicismo das regiões litorâneas, mais próximas do olhar controlador do clero (ARAÚJO, 2008, p. 110).

O quadro geral da saúde e doenças no sertão de Goiás advinham da exploração do ouro, da imigração europeia e de outros estados, do indígena, do escravo, da falta das instituições ligadas a saúde e da ausência de uma medicina científica. No início do século XIX a capitania experimentará pequenos avanços em relação ao cuidado com a saúde dos Goianos, especialmente os que viviam na capital.

Para uma visão panorâmica das doenças em Goiás, segue tabela com a frequência de enfermidades no RHMVL dos anos 1750 a 1824.

Quadro 2: Frequência das enfermidades registradas no RHMVL (1750-1824)

DOENÇAS VENÉRIAS	FREQUENCIA	%
Gallico	49	8,78
Sarna Galico	33	5,91
Cancro Venereo	25	4,48
Gonorrea	47	8,42
Bouba	42	7,52
Cavallo	40	7,16
Boubão	45	8,06
Gastrointestinais		
Diarréia	32	5,73
Opilação	10	1,79
Obstrução	09	1,61
Molestia de Engasgamento	06	1,07
Infecto-contagiosa		
Bexiga	12	2,15
Sarampo	18	3,22
Febres		
Febre Catarral	15	2,68
Febre	18	3,22
Febre perniciososa	07	1,25
Canpanites	06	1,07
Doenças de Pele		
Pillouris	11	1,97
Carbunculo	09	1,61
Erisipela	08	1,43
Parestesia		
Furmigamento	06	1,07
Tumores		
Cancro	05	0,89
Ausência de sal Marinho		
Bôcio	25	4,48
Insuficiência de vitamina C		
Escarbuto	15	2,68
Chagas		
Chagas de arma de fogo	14	2,50
Chagas	09	1,61
Fístula	11	1,97
Outros		
Efervescencia do sangue	12	2,15
Pontada na cabeça e braço	06	1,07
Vertigem	08	1,43
Hernia	05	0,89

Fonte: transcrito de: AGE, 2014, p. 174, 175.

Uma parcela pequena da população goiana tinha acesso ao RHMVL e em seu quadro 50% das enfermidades, no período, estavam relacionadas as doenças venéreas. Dentre elas

destacam-se a boubá, também denominada *pustulas gálicas*, caracterizada como “mal torpe & açoute da luxúria. Chama-se assim por começar de ordinário por tumor de virilha, bubo” (BLUTEAU, 1712-1728, p. 170). A doença Cavallo ficou assim conhecida devido as “chagas do membro viril ou genital, a que vulgarmente chamam cavalo” (FURTADO, 2002, p. 212, 597). A sífilis, conhecida como morbo gálico teve o maior número de casos. Em consonância Age escreveu: “o mal venéreo, propagou-se em todas as camadas sociais” (AGE, 2014, p. 175). A doença apareceu de forma súbita e epidêmica na Europa do século XV. O avanço rápido da mesma se deu com a colonização, sendo trazidas por europeus e africanos contaminados, além dos brasileiros das cidades costeiras. Estes acabavam por disseminá-las entre a população, dentre as quais a sífilis tinha proeminência (MIRANDA, 2011).

2.2 Saúde e doença em perspectiva (1825-1911)

Nas primeiras décadas do século XIX as faculdades de medicina eram cobiçadas pela elite brasileira, por ser uma das carreiras mais promissoras, ainda que não fosse a primeira opção dos descendentes de famílias abastadas. Estes priorizavam o direito, em seguida a engenharia ou a carreira militar (COELHO, 1999). O acesso a postos de trabalho dependia essencialmente da interação com o imperador e o poder central (SALLES, 1999). As correspondências de Chernoviz apontam que por sua condição material, “a maior parte dos médicos ‘não se elevava acima da multidão’, muitos deles se envolvendo em outras atividades para garantir o seu sustento” (MAGALHÃES, 2011, p. 1104). D. João VI institucionalizou a medicina criando as escolas de Cirurgia de Salvador de 1808 e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro do ano seguinte. Os primeiros médicos formados no Brasil procuraram fortalecer sua classe iniciando a Sociedade de Medicina da Corte de 1829, que veio a ser a Academia Imperial de Medicina em 1835. Coelho (1999), reporta como os advogados, engenheiros e médicos buscaram empoderar-se distinguindo de rábulas, mestres-de-obras e curandeiros. Os médicos, especialmente, lutavam visando legitimar a profissão como científica além de buscar influenciar a política.

De acordo com Silva, enquanto na Europa dos séculos XII e XIII a medicina, *stricto sensu*, aparece progressivamente, e os profissionais formados “assumem papel decisivo no diagnóstico de doenças”, no Brasil, no século XIX, “a medicina buscava identificar-se ao poder político e se fortalecia como instituição, legitimando seu poder de intervenção social e sua popularidade [...]” (SILVA, 2013, p. 40; COELHO, 1999). Esses profissionais, por meio das instituições que representavam possuíam “os elementos competentes para indicar ao poder

político as maneiras pelas quais deveria intervir para aumento de sua população e para a melhoria de sua saúde” (SILVA, 2013, p. 40). Procedimento que ocorria em Goiás com Vicente Foggia e Mauricio Fraivre, e no Brasil, do final dos oitocentos, com alguns médicos pesquisadores como Oswaldo Cruz, Vital Brazil, Carlos Chagas, dentre outros, que tiveram visibilidade e o reconhecimento da nação (MAGALHÃES, 2011; VIEIRA, 2007).⁶²

Desta forma, o número de médicos licenciados e a influencia social dos mesmos cresceu, contudo o interior do país continuou carecendo de cuidados mais estruturados com a saúde. Com a Independência do Brasil, um projeto de governo foi desenvolvido e permaneceu até o período republicano, visando incorporar as regiões mais afastadas do litoral. A integração do país poderia garantir a unidade nacional e legitimar o Estado com a exploração dos espaços desintegrados do território numa ação direcionada de “cima para baixo” em uma sociedade hierarquizada e escravagista. Enquanto o sertão e o sertanejo eram valorizados, a mistura de raça era tida como obstáculo ao desenvolvimento e “a figura do negro era ocultada nestas interpretações, mesmo que uma das questões em pauta neste período fosse a escravidão e sua substituição ou não por mão-de-obra assalariada imigrante” (VIEIRA, 2007, p. 23; VIOTTI, 2017).⁶³

No século XIX, a perspectiva em relação ao sertão teve poucas modificações. Os latifundiários, no início do século, ocuparam o território Goiano enquanto a povoação urbana foi retardada. Com a crise econômica os problemas de saúde pública que já eram grandes foram intensificados. A medicina como um todo, em âmbito mundial experimentava transformações que chegariam à região, mas com pouco alcance da população. A visão médica neo-hipocrática, da época, acrescentou-se temas como:

a higiene, os fatores alimentares e raciais na explicação das doenças; as redefinições da perspectiva do governo dos vivos, em que a medicina mostra a conveniência da aplicação de políticas sanitárias e uma nova concepção de poder cuja tecnologia empreende-se sobre os corpos. No quadro de pensamento da medicina miasmática, consideravam-se o desequilíbrio do corpo com o meio ambiente, a dieta alimentar e elementos relacionados à higiene e à civilização como pressupostos para as doenças (SILVA, 2013, p. 69).

⁶² Oswaldo Cruz foi pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil. Vital Brazil foi o descobridor do soro que combate o veneno de cobras e Carlos Chagas descobriu a doença de chagas.

⁶³ Antunes escreveu sobre o relato do Dr. Luiz Vicente De-Simoni, secretário da Academia Imperial de Medicina, em 1867. Apresentou vasta bibliografia internacional, predominantemente francesa onde advertia sobre o casamento entre parentes, mas transparece outros dados referentes a raça, distanciamento de Goiás dos centros de decisão e doenças: “No Brasil, o quadro contristador seria oferecido por Goiás, província que não se beneficia do influxo de imigrantes, por estar cercada por centenas de léguas do sertão. Sem renovar o sangue pela diversidade, as doenças campeavam as soltas e a insalubridade era geral: aneurismas, lepra, tísica, pneumonia, febres paludosas, bócio, raquitismo, sífilis etc” (ANTUNES, 1999, p. 197)

A relação entre a saúde e pesquisas, inclusive em outras regiões do mundo, começaram a crescer no período, o que traria benefícios a saúde pública, inclusive no interior de Goiás.

2.2.1 As doenças mais comuns na região

Dos anos 1825 a 1911, houve uma intensificação de pesquisadores visitando Goiás. Dentre eles se encontravam exploradores europeus ou brasileiros com diversos intentos, desde conhecer as riquezas minerais ou vegetais até a propaganda religiosa ou para delimitar a área visando a mudança da capital federal. Os relatórios produzidos por eles ofereceram uma visão sobre o estado da saúde na região, ainda que referenciada em suas visões de mundo. A primeira viagem organizada por Portugal e considerada como uma missão científica visando conhecer profundamente as riquezas do Brasil se deu com Alexandre Rodrigues Ferreira, entre 1783 e 1793 (REZENDE, 2017)

No século XIX, várias regiões do país tiveram preferência dos viajantes sobre Goiás, e entre os viajantes que visitaram o país somente oito deles chegaram à província. São eles: os franceses Auguste de Saint-Hilaire e Francis de Laporte Castela; os ingleses George Gardner, William John Burchell e Hugh Algernon Weddell; o austríaco Johann Emmanuel Pohl e os alemães Johann Baptist von Spix e Karl Friedrich von Martius (REZENDE, 2017).

No relatório de 1835 foi abordado as doenças como o “escorbuto, a elephantiazes, a morfea, e as mais moléstias contagiosas” (MEMÓRIAS GOIANAS 3, 1986, p. 26). Quanto a percepção dos médicos atuando na região, “o correio Oficial de 11 e outubro e 1837 arrola as diferentes moléstias dos enfermos assistidos por Foggia”. São elas: sarna galica, hepatite crônica, catarro, bulhões venéreos, reumatismo sífilítico, herpes furúnculos, chagas escorbúticas, indigestão, febre ephimera, hérnia escrotal inveterada (Correio Oficial de Goiás, ano 1837, Edição 38). Em 1840, nas proximidades da Cidade de Goiás existiam 30 leprosos, 28 deles vindos de outras províncias (GODINHO, 2004, p. 26).

Nos relatórios dos médicos estrangeiros, o Centro-Oeste foi visto como espaço de decadência, atraso, pobreza e preguiça. Dos viajantes citados acima, os mais revisitados, especialmente em relação ao cenário nosológico são Johann Emmanuel Pohl, George Gardner e Hugh Algernon Weddell (VIEIRA, 2012; REZENDE, 2017; LIMA, 1999). A seguir temos o

quadro das principais doenças apresentadas pelos viajantes nas respectivas cidades de Goiás, a partir da junção dos trabalhos de Magalhães (2005) e Rezende (2017).⁶⁴

Quadro 3: Doenças em Goiás (por D’Alincourt, Saint-Hilaire, Pohl, Gardner, Castelnau e Weddell)

VIAJANTES	REGIÃO	DOENÇAS
Luiz D’Alincourt (1818)	Cidade de Goiás	Bócio
August e Saint-Hilaire (1819)	Jaraguá	Hidropisia e morfeia
	Cidade de Goiás Aldeia de São José	Hidropisia do peito e bócio Doenças venéreas e sarampo
Johann Emmanuel Pohl (1817-1822)	Jaraguá	Bócio/papeira
	Água Quente	Febre pútrida
	Vila Boa Cidade de Goiás	Bócio/papeira Apoplexias Nervosas Hidropisia Gota Ataques catarrais com inflamação Elefantíase Desinteria Sífilis Bexigas/varíola
	Goiás	Febre pútrida
	Aldeia de São José de Mossâmedes	Bócio Bexigas/Varíola/Bócio
	Pilar	Febre Putrida
	Traíras	Febres Geofagia Sífilis Hidropisia Indisposições Estomacais
	São Felix	Febres Endêmicas
	Arraial de Muquém	Febre Putrida
	Vila de São José da Palma	Febres Malignas
	Aldeia do Cocal Grande	Sífilis Oftalmia Bexigas/Varíola
	Aldeia Carretão (arredores) Arraial de Morro dos Chapéus	Úlceras cancerosas Febres endêmicas
	Arraial Cavalcante	Febres Pútridas e Intermitentes

⁶⁴ Quanto as cidades em Goiás do século XIX, McCreery escreveu: “Goiás exibiu um surpreendente número de cidades, que originou da mineração [...]. Não foram mais que assentamentos em Goiás do século XIX, mais propriamente pequenas aldeias (Arraiais) do que cidades. Essas permanecem praticamente vazias durante a maior parte do ano, enchendo-se apenas quando as pessoas da zona rural vão para as festas de padroeiros, eleições, júri” (MCCREERY, 2006, p. 9).

Quadro 3: Doenças em Goiás (por D’Alincourt, Saint-Hilaire, Pohl, Gardner, Castelnau e Weddell)

VIAJANTES	REGIÃO	DOENÇAS
George Gardner (1836-1841)	Natividade	Bócio/Papeira Febres Intermitentes e Malignas Oftalmia Sífilis
	Vila dos Arraias	Bócio/Papeira Paralisia Oftalmia Resfriados Doenças Inflamatórias Febres intermitentes Reumatismo Dispepsia
	Arraial de Trairás	Febres terças e intermitentes
	Arraial da Conceição	Bócio/Papeira
Francis Castelnau (1843)	Catalão Palmital Boa Vista	Sarcocele Bócio Afecções do aparelho respiratório, elefantíase do escroto, oftalmia, bócio, pênfigo e clorose.
	Amaro Leite Pilar Conceição	Bócio Febres Febres
Hugh Wedell (1844)	Catalão	Sarcocele/Elefantíase do escroto
	Palmital	Bócio
	Boa Vista	Sarcocele/Elefantíase do escroto Pênfigo
	Amaro Leite	Bócio/Papeira

Fonte: Transcrito de REZENDE, 2017, p. 92, 93, apud GARDNER, 1975; D’ALINCOURT, 1975; POHL, 1951; CASTELNAU, 2000; SAINT-HILAIRE, 1975.

Os relatórios situam-se entre os anos 1817 a 1844 e apresentam as doenças mais presentes em Goiás. Na segunda metade do século, até onde se sabe, não temos relatos tratando do cenário nosológico da região. De acordo com Magalhães (2005) em 1860 muitos funcionários da Secretaria Provincial do governo estavam adoentados a ponto de prejudicar os registros administrativos. Em 1863 temos a perspectiva da região, a partir do relatório *Viagem ao Araguaí*, do general Couto Magalhães,

Quanto à insalubridade, não conheço, entre todos os lugares que tenho viajado, onde se reuniam tantas moléstias graves. Quase se pode assegurar que não existe aqui um homem são. Quanto às condições comerciais [...]. Os meios de transportes são imperfeitos, a situação da cidade encravada entre serras, faz com que sejam péssimas e de difícil trânsito as estradas que aqui chegam. Em uma palavra [...] A cidade de Goiás não reúne as condições necessárias para uma capital como ainda reúnem muitas para ser abandonada (PALACIN; MORAES, 1989, p. 106).

Há uma diferenciação entre o habitante das margens do Araguaia, “sadio e robusto e aquele que vive na cidade de Goiás, raquítico, hipocondríaco e indolente, por causa ‘das moléstias que o envenenam’” (SALLES, 1999, p. 66). A descrição mais contundente se dá quando trata da impossibilidade de achar um só homem saudável no local. Quanto as doenças, Magalhães relatou: “a mielite, a hidropisia, a hipertrofia do coração, os aneurismas, a lepra de três espécies diferentes, a tísica, as pneumonias, as febres paludosas, o raquitismo e o idiotismo, o bócio, a sífilis,” e, “sobretudo, as inflamações crônicas do estômago, fígado e intestino enfraqueciam ou dizimavam boa parte daquela gente” (MAGALHÃES, 1975, p.167, apud MAGALHÃES, 2005, p. 457).

De acordo com Couto Magalhães havia ainda as credices. Os “amuletos extraídos dos ossos da ave inhuam”, por exemplo, “era tida como portadora de poderes extra-sensoriais protetores e curativos [...] essa ave, conforme expõe frei José M. Audrin, [...]” é de grande porte, “vagueia solitária pelas praias e lança, de vez em quando, um gemido parecido com doloroso soluço, a ecoar pela imensidão silenciosa. [...] o sertanejo, supersticioso, à falta de algum recurso [...] associa à referida ave poderes especiais” (SALLES, 1999, p. 64).

Quanto ao governo, em 1867, Augusto Ferreira França, Presidente de Goiás, reconheceu a relação causal entre o crescimento econômico advindo da melhoria das condições sanitárias da população, visto que, nos países ‘civilizados’⁶⁵ “muito desvelo merece da parte da administração tudo quanto diz respeito à salubridade pública. A conservação da saúde dos habitantes que povoam um paiz é a condição primária de seu crescimento, porque o é de sua própria existência” (FRANÇA, 1869, p. 132). França continuou, “manter em condições favoráveis o estado higiênico dos centros populosos empregando as medidas administrativas aconselhadas pela ciência, é dever imperioso de todos os governos” (FRANÇA, 1869, p. 132). Em seu discurso evidenciou a subordinação das políticas de Estado aos conselhos médicos científicos, evitando assim, qualquer atuação sem legalizar a atuação no Brasil, conforme lei a seguir. Em 1879, o presidente Aristides de Souza Spinola compartilhou a mesma opinião do pesquisador Couto Magalhães, quanto a salubridade da região, se comprometendo a averiguar as causas das doenças (RELATÓRIO..., Memórias Goianas n. 12, 1999).

⁶⁵ Norbert Elias, trabalha o conceito de “civilização” a partir de diversas nações e matizes. Isso porque se relaciona a diferentes dados, com graus de evolução técnica, maneiras de saber-viver, evolução do conhecimento científico, ética, dentre outros. “Para os franceses e ingleses, essa noção resume ‘o orgulho da nação, progresso do Ocidente e da humanidade em geral’, nesse sentido, ‘civilização’ expressa ‘a consciência ocidental, se poderia dizer, o sentimento nacional ocidental’. Porém, a noção de ‘civilização’ apaga até certo ponto as diferenças entre os povos, pois coloca em ênfase aquilo que é comum a todos os homens. Já no caso dos alemães, eles exprimem o orgulho de suas civilizações e de sua própria natureza, através da noção de ‘cultura’, é ela que ‘reflete a consciência de uma nação’. Enquanto a noção de ‘civilização’ se liga à ideia de processo, de expansionismo, de conquista; a noção de ‘cultura’ remete a um sentido de limites, de ‘interno’” (ELIAS, 1994, p. 23, apud CAIXETA, 2016, p. 148).

A época atribuía-se as doenças as condições climáticas, fenômenos astronômicos, desarmonia de humores, descuido alimentar ou sexual, além da consideração de malefícios e feitiços que implicariam na perda da saúde (WISSEMBACH, 2002). Esse viés é percebido, nas proposições do Dr. Francisco Azeredo, inspetor de saúde na capital de Goiás (1881), em relação as condições climáticas. Conforme Magalhães, o médico recomendou “a remoção do lixo existente em vários lugares da cidade, a limpeza das sarjetas da praça do chafariz e do açougue, a desobstrução dos bueiros e a inspeção rigorosa dos gêneros alimentícios vendidos no mercado”, e por parte da prefeitura e do governo provincial, pautou-se pela “destruição de alguns prédios visando a facilitação da circulação do ar, a construção do cais da Lapa e a mudança do curso do rio Uru para uma das cabeceiras do rio Vermelho” (Memórias Goianas, n. 13, 2001, p. 28, apud MAGALHÃES, 2004, p. 678; 2017).

Já em relação aos médicos, cirurgiões, boticários, feiticeiros e a validação do diploma do profissional estrangeiro, em junho de 1881, foi elaborado o ato n. 2893, na Cidade de Goiás visando regulamentá-los. Novas posturas policiais foram sancionadas, sob o título de Saúde Pública e Higiene e rezavam o seguinte.

Art. 37. Nenhum médico, cirurgião ou boticário poderá exercer sua profissão no município, sem que tenha apresentado sua carta ou título á camara para ser registrado. Os infractores serão multados em 30\$000.

§ 1º Os estrangeiros, alem da obrigação supra, provarão identidade de pessoa e exhibirão atestado de exame de suficiencia.

§ 2º Os que exercerem profissão de medicina, sem diploma serão multados em 30\$000 alem das penas em que por direito tiverem incorrido depois de avisados.

§ 3º São absolutamente prohibidos as curas chamadas de feitiços, tanto o curador ou feiticeiro, como os que uzarem desse artificio serão multados em 30\$000 e oito dias de prisão.

§ 4º Os remedios e mais objectos de que rezarem os feiticeiros, sendo aprehendidos serão inutilizados e queimados.

Art. 38. O boticario que se negar em qualquer hora do dia ou da noite a aviar receita de que prompto se exigir para socorro dos enfermos graves será multado em 30\$000.

Art. 39. O boticario ou vendedor de drogas que vendem substâncias venenosas a pessoas desconhecidas, suspeitas ou escravos será multado em 20\$000, alem das penas em que incorrer por lei.

At. 40. É prohibido aos boticarios vender remedios sem receita do medico salvo se os remedios forem de natureza innocente, pena de multa de 20\$000.⁵⁵ (SILVA, 2013, p. 84).⁶⁶

⁶⁶ A doença como um problema político-econômico foi gerado em fins do XIX. Desde a fundação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no fim do Segundo Reinado as ações na saúde pública eram limitadas a “normatização do exercício médico com o combate às práticas charlatanescas, à fiscalização de mercadorias e estabelecimentos públicos e a organização do ensino médico, mas pouco era realizado no âmbito da intervenção sanitária junto às populações. Emerge nesse contexto, as missões profiláticas” (ABREU, 2009, p.4).

Percebe-se um policiamento da vida comum a partir do estado, com grande influência dos médicos sobre os agentes de saúde e também sobre as famílias. De acordo com Donzelot (1986) no livro *A polícia das Famílias*, há uma correção entre o poder estatal e o espaço doméstico. As organizações familiares foram transformando-se a partir de interesses estatais. Isso porque a família moderna, mesmo em seu espaço íntimo, não está livre da relação pública, sendo ela a “menor organização política possível”. Uma forma histórica de produção social entre o público e o privado. Quanto a medicina, as relações institucionais externas, normalmente controladas pelas políticas públicas, em nome do ideal higienista acabou por realizar o esquadrinhamento das famílias. O controle foi institucionalizado por intermédio dos equipamentos sociais como postos de saúde, câmaras municipais, estaduais e federais, juizados e a escola, tudo isso, visando a correção ou eliminação dos “irregulares”.

No caso acima, percebe-se ainda o controle sobre o médico, cirurgião ou boticário no quesito registro profissional; regulação da situação do profissional estrangeiro; obrigatoriedade de atendimento aos pacientes independente da hora; cuidado na venda de substâncias venenosas ou sem receita médica e as multas para o descumprimento do ato. Quanto aos feiticeiros e curadores, suas práticas foram proibidas com pesadas multas e prisões, no caso, se desobedecessem as leis, além de terem seus remédios incinerados. Há uma ampliação do saber-poder médicos no país, o que não havia ocorrido nos três primeiros séculos da colonização, onde os homens com ofícios de curar “não desfrutaram de prestígio social nem amealharam fortunas” (MORAES, 2012, p. 118).⁶⁷

Apesar da Cidade de Goiás legislar visando atingir toda província, a prática estava longe de ser coerente com as leis. Frei Berthet (1882) escreveu sobre um colega atuando na medicina com sucesso, sem formação na área, curando o “corpo e a alma”. Muitos missionários ajudavam a população com seus conhecimentos na área da saúde. Berthet relatou ainda sobre suas longas viagens para ajudar os doentes, conforme sua capacidade, e sobre as febres constantes na região devido as inundações das margens do Araguaia. Tratou da morte dos membros de uma aldeia

⁶⁷ Silva, acentuou o poder médico centralizado e institucionalizado através da medicina “centrada no coletivo, pois eram o desequilíbrio, o amontoamento, a desordem que geravam medo; por isso empreendiam-se a identificação e a ação sobre os lugares que poderiam causar doenças (endêmicas ou epidêmicas); o controle da circulação das coisas (ar e água), e a distribuição e sequência dos elementos comuns à vida na cidade. A análise médica pensava aspectos globais, ócio, doença, insegurança, população das cidades. No entanto, a relação entre médico e poder político era baseada na consulta, por onde se explicitava do ponto de vista da medicina os problemas a serem atacados, ou seja, o médico legitima o poder institucionalmente centralizado” (SILVA, 2013, p. 72). Ainda mais, o saber médico se mistura ao político. Assim, “o saber médico se impunha e era respeitado mesmo quando se contradizia ao poder político, haja vista que mesmo prestando assessoria ao Estado, ele também se confrontava aquele saber e forma de atuação” (SILVA, 2013, p. 86).

xavante por varíola, das doenças decorrentes da prostituição com índias e caboclas e da incidência de febre, dentre as quais a febre amarela e a lepra (SALLES, 1999, p. 66).

Nessa época missionários no Reino Unido se preparavam para vir ao Brasil e a discussão sobre a medicina unida as missões, visando curar o corpo e alma, se processava. Em um encontro em Edimburgo, sobre o assunto em pauta Semple escreveu: “estou plenamente ciente de que o conselho está em desacordo com essa noção de medicina como uma ferramenta poderosa de trabalho missionário, no entanto, tenho visto com meus próprios olhos o grande bem que esses homens podem fazer” (SEMPLE, 1875, p. 46). Como fruto do debate, em 1875, em Edimburgo, centro irradiador das decisões e ações na medicina missionária, os médicos foram reconhecidos como tendo o mesmo status e abrangência de atuação do missionário (SEMPLE, 1875, apud DUFF, 2010, p. 58).

Ainda em 1891, o Presidente da Província enviou a Assembleia Legislativa um relatório descrevendo o estado de saúde da população da mesma. De acordo com o relatório, a capital é indubitavelmente uma cidade, “cujo estado sanitário, dia a dia a pior, reclama as mais prontas e enérgicas providências [...] Ainda há pouco, as febres palustres, valentemente auxiliadas pela terrível influenza e por outras enfermidades, vieram provar a razão do assunto;” de tal forma que, “houve dia em que se dessem oito óbitos, mortalidade aterradora para uma cidade de dez mil almas [...]” (RELATÓRIO..., 1930-1933, p. 111-112).

No relatório de Foggia (1885), o médico destaca “que as febres, as afecções catarrais e do fígado, as lesões orgânicas do coração e do fígado, as moléstias crônicas do sistema digestório, além do beribéri disseminavam-se em toda a região. Procurou alertar os administradores para a falta de clínicos, indicando que, naquele momento, existiam apenas dois médicos formados em toda a província: um na capital e outro na cidade de Catalão, estando este último doente e tendo idade avançada. Diante dessa realidade, Foggia solicitou medidas urgentes por parte da Assembleia Legislativa no sentido de aumentar o pessoal médico, principalmente o da capital” (MAGALHÃES, 2011, p. 1106).

Diversos fatores atuaram gerando diferentes visões do sertão brasileiro, especialmente no quesito cenário nosológico da população. Um destes fatores foi a possibilidade da transferência da capital federal para o Centro-Oeste ainda no século XIX. O historiador Francisco Adolfo Varnhagen publicou a obra, *A questão da capital: marítima ou no interior?* (1877). O primeiro trabalho mais consistente sobre o assunto, embora não seja pioneiro, é uma das obras mais completas sobre a região. Varnhagen pretendia mudar a visão do interior como local “inóspito e cheio de perigos” e “desenvolver focos de civilização nos sertões”. O historiador reificou a imagem positiva da região, exaltou a natureza, a bondade do clima e a

salubridade local em detrimento do litoral, tendo a higiene como um paradigma central do projeto civilizador (VIEIRA, 2007, p. 23). A noção de ‘civilização’ naquele contexto estava diretamente relacionada, além de outros fatores, a higiene (VIEIRA, 2007, p. 23). E a visão do sertão como não civilizado não era algo exclusivo dos estrangeiros e intelectuais nacionais, mas também dos discursos políticos presidenciais (SILVA, 2013, p. 72).

Em seus escritos Varnhagem destacou as terras, ares e águas em abundância, riquezas vegetais, plantas medicinais que poderia alimentar uma indústria farmacêutica e as águas termais com possível propriedade curativa para lepra. Enfim, o planalto central foi visto como superior em relação a depressões mais baixas, de condições insalubres, com o impaludismo grassando cruelmente (SILVA, 2013).

Na década de 1890, o Governo de Floriano Peixoto com seu espírito reformista, foi pioneiro ao pensar a mudança da capital para o Centro do País. Assim determinou a Comissão Exploradora do Planalto chefiada pelo astrônomo Luís Cruls a explorar o que ficou conhecido como “quadrilátero Cruls”. A Comissão trabalhou de junho de 1892 a fevereiro de 1893 sendo formada por astrônomos, farmacêuticos, médicos e militares (CRULS, 2003).⁶⁸ O relatório do médico higienista Antônio Pimentel ressaltou, dentre outras, a salubridade da região, com abundância e terras, ares e águas. Dentre as riquezas vegetais, as plantas medicinais que poderia ter seu uso na indústria farmacêutica.⁶⁹ As águas termais teriam propriedades para tratamento da lepra. Sobre o trabalho de Varnhagen e Antônio Pimentel, Vieira concluiu que “a exaltação das inúmeras qualidades dos sertões do Brasil – natureza exuberante, ambiente salubre e quase desabitado – estava relacionada a um projeto nacional [...] a demonstração da viabilidade de construção de uma civilização nos trópicos” (VIEIRA, 2007, p. 41; CRULS, 2003).

Há uma semelhança entre a visão partilhada por Varnhagem e Cruls sobre o local para a Capital Federal no Centro-Oeste: “[...] a zona demarcada apresenta a maior soma de condições favoráveis possíveis [...] que gozará de um clima temperado e sadio, abastecida com águas potáveis abundantes, situada em região cujos terrenos, convenientemente tratados prestar-se-ão às mais importantes culturas”, além do que, “por um sistema de vias férreas e mistas

⁶⁸ Nesse período começaram as viagens em direção ao sertão de Oswaldo Cruz e do Marechal Rondon. Surgiram novas visões do sertão, desconhecidas até então (MORAES, 2012). A viagem de Rondon visou a construção das linhas telegráficas lideradas por Cândido Mariano da Silva Rondon, que passaria por Goiás (1890-1910) (SÁ, 2009).

⁶⁹ Desta forma, a “existência de plantas medicinais leva o autor a sugerir seu uso na indústria farmacêutica”. Como prenúncio décadas mais tarde Anápolis sediaria a maior indústria farmacêutica da América Latina. As fontes de águas termais com possibilidade de cura para a lepra, deveria mobilizar o olhar do governo para a região (CRULS, 2003, p. 249).

convenientemente estudado, poderá facilmente ser ligado com o litoral e os diversos pontos do território da República” (CRULS, 2003, p. 19).

Apesar do apontamento unânime da comissão sobre as qualidades e riquezas da região, a questão racial e a mestiçagem dos brasileiros foram vistas como fator negativo. O médico higienista Pimentel, viu a região como “um verdadeiro paraíso”, ainda que “povoado por pessoas acometidas por uma infinidade de moléstias, tais como sífilis, bócio, afecções gastrintestinais crônicas e de alterações do sistema nervoso, malária, pneumonias, broncopneumonias, morféia, epilepsia, histeria, entre outras” (MAGALHÃES, 2005, p. 461, 462; CRULS, 2003). Em outro momento refere-se ainda ao papo, não raro em Goiás, e a tuberculose. Atribuía-se o alto número de doenças gastrintestinais ao abuso dos condimentos; as bebidas alcoólicas, a degeneração do gênero humano e a ausência de conforto e falta de noções elementares de higiene que concorriam para o aparecimento das enfermidades (MAGALHÃES, 2005; CRULS, 2003). Além de atribuir algumas das doenças a questão da raça.⁷⁰ “No mesmo período, confrontavam-se teorias provenientes do paradigma médico-ambientalista, da medicina experimental pasteuriana e argumentos embasados no determinismo racial (que já motivavam debates sobre a questão imigratória)” (VIEIRA, 2007, p. 38).

No limiar do século XIX a visão romântica dos sertões começou a sofrer modificações devido as concepções científicas de viajantes europeus que julgavam o Brasil como atrasado em relação a outras nações. Os problemas estariam ligados ao clima e a raça. A solução para a genética do brasileiro, cria alguns, estaria na eugenia através da imigração europeia para o cruzamento com mestiços e negros. Vieira, escreveu: “Influenciados por teóricos como Gobineau [o francês Joseph Arthur de Gobineau (1869-1870)], e Le Bon [e Buckle], alguns intelectuais julgavam a miscigenação brasileira como um problema quase intransponível,” a menos que houvesse um processo de “branqueamento” nacional com os imigrantes europeus. “Além de um clima temperado, compatível com o da Europa, eram necessárias também condições ótimas de salubridade, as quais, em conjunto, atrairiam o imigrante, transformado então na única solução para os problemas de inferioridade racial do brasileiro” (VIEIRA, 2007, p. 39).

⁷⁰ De acordo como o referido relatório, “nenhuma afecção constante da pequena estatística por mim organizada, é particular à parte do Estado de Goiás visitada pela Comissão, e nem tão pouco depende do clima. As moléstias ali indicadas, entre as quais algumas graves, como a sífilis, a bouba, a morféia e diversas outras em que a anemia predomina, observam-se também em vários pontos de toda a zona intertropical em medida desigual para as diferentes raças, para os diferentes graus de receptividade mórbida individual, e, bem assim, para as influências mesológicas, etc” (VIEIRA, 2007, p. 268).

Essa forma de pensamento estava ligada a eugenia, conceito atribuído ao inglês Francis Galton (1822-1911) ligado ao movimento de melhoramento da raça humana, com desdobramentos diversos, dentre os quais o extermínio de judeus pelo nazismo. A teoria teve pelo menos três aspectos: a eugenia positiva, negativa e preventiva. A eugenia positiva tinha relação com a pureza de grupos particulares, através do casamento entre os “melhores”, visando uma “boa” geração. A eugenia negativa objetivava conter a proliferação dos considerados “degenerados”, desencorajando a maternidade e a paternidade dos “inaptos”. A eugenia preventiva se relacionava com a higiene da raça, a puericultura, a educação sexual e a orientação pré-natal. Enquanto a eugenia negativa foi adotada, dentre outros países, nos Estados Unidos e na Alemanha. No Brasil, a sua forma preventiva e positiva teve predomínio. Para o pensamento da época havia o predomínio dos brancos no processo de cruzamento com outras raças, desta forma, com a imigração dos europeus haveria o “branqueamento” dos brasileiros (MACKENZIE, 1976; CASTAÑEDA, 2003).

Logo após a Primeira República (1889-1930) houve um tempo marcado pelo debate em torno de um projeto para a nação. A Constituição Republicana manteve a saúde pública como responsabilidade dos municípios com falta de médicos, remédios e recursos, além da ignorância dos dirigentes municipais, especialmente em algumas capitâneas, como era o caso de Goiás. Dentre os temas do momento estavam: “a necessidade de conhecer os brasileiros do interior e construir uma nação imaginada” sendo que “para os médicos/cientistas, a tarefa a que se impõem é enorme: revelar o ‘verdadeiro’ Brasil aos brasileiros e apontar os caminhos para a construção da nação” (CAIXETA, 2016, p. 149).

Uma das grandes transformações ocorridas no final do século XIX e início do XX, foi a mudança da medicina tradicional para a medicina científica e especializada, processo que se dava na formação dos médicos missionários pioneiros. Duas grandes revoluções ocorreram de acordo com Cunningham e Williams (1992), uma com a “medicina hospitalar”, substituindo a “medicina de cabeceira” e a outra como advento da “medicina laboratorial”. A primeira predominou desde o período medieval até primeira metade do século XIX. Primeiro com o diagnóstico realizado por meio dos humores, substituído pelo diagnóstico através dos sintomas. A outra mudança se deu com o advento da “medicina laboratorial” ocorrida desde o final do século XIX transformando o laboratório no centro da prática médica. Por meio desta se deu a: 1) identificação das doenças por meio de exame clínico; 2) formulação de novos medicamentos e 3) formação de novos profissionais da área da medicina (CUNNINGHAM, WILLIAMS, 1992, p. 1-13). A médica missionária Rettie Wilding, seria uma das primeiras a trabalhar com exame clínico e laboratório em Anápolis, e talvez em Goiás (WILDING, 2020).

Mesmo sabendo que o quadro de mudanças na área é complexo e dinâmico, contudo, percebe-se que “essas duas teorias legitimavam práticas médicas que se voltavam fundamentalmente para expulsar a doença do corpo, como era o caso da sangria e da escarificação, ainda bastante utilizadas no cotidiano da população goiana no final do século XIX e início do XX” (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 751, 752). A mudança de um “modelo miasmático” para um “modelo científico” não se deu de forma estanque e nem sem resistência por parte da população. Até porque, “tal contraposição falseia a complexa constelação de problemas práticos e teóricos que envolvia a medicina acadêmica do século XIX” (EDLER, 1996, p. 288).

Conforme será visto no próximo capítulo, houve resistência a medicina científica, além do mais, textos humorísticos e artigos foram publicados tratando dos médicos e da medicina científicas em jornais goianos (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017). Jornais que funcionavam como “instituidores de regras de comportamento ideais para a vida pública e privada”. Esses periódicos retratavam o momento vivencial da transição. Sendo o “jornal leve e barato, verdadeiro espelho da alma popular, síntese e análise das suas opiniões, das suas aspirações, das suas conquistas, do seu progresso” (SALIBA, 2002, p. 38).

Enquanto os médicos missionários como James Fanstone, Gerald Golden, Rettie Wilding e Helena Bernardo estavam sendo formados, pensando em atuar em regiões tropicais, os médicos no Centro-Oeste, no início do século XX continuavam tratando do bócio endêmico, da doença de Chagas, do megaesôfago que gerava dificuldade em deglutir alimentos, ou pênfigo foliáceo, conhecido como fogo selvagem, malária, varíola, doenças venéreas, lepra, úlceras e bócio dentre outras doenças. A medicação se dava através de receitas empíricas e remédios caseiros tendo na natureza seus elementos. Em Bela Vista, em 1905, um jornal anunciava medicamentos: para sífilis e moléstias da pele, Licor de Tayuyá de São João da Barra; para doenças do peito, tosse, asma, coqueluche e bronquite, xarope de grindela; e para anemia e menstruação difícil, pó ferruginoso de Mora Júnior. Faz-se necessário salientar que novas pesquisas têm revelado que medicamentos fitoterápicos de diversos continentes chegavam em Portugal e de lá eram enviados a Vila Boa de Goiás, desde 1785 (MORAES, 2017).

Monteiro no livro, *Reminiscências: Goiás de antanho 1907 a 1911*, mostrou como a falta de água potável e esgoto, somado as péssimas condições das habitações, com poucas e péssimas estradas, clima quente, dentre outros fatores levaram a população a desejar a mudança da capital. A questão central era ter proximidade com o centro de decisões. Um exemplo quanto as questões elementares dos cuidados com a saúde podem ser vistas na maneira como se trata o consumo da água nas casas da capital estadual. Sem água encanada,

para se beber, a água vinha da Carioca, chafariz de água límpida, mais pura que a do imponente chafariz do Largo e a dos outros existentes na cidade. Por ficar mais afastado da parte central, sua condução custava mais caro que a dos outros chafarizes. Em toda casa a água de beber ficava na sala de jantar, em cantoneira pregada na parede. Junto do pote, na cantoneira, ou pendurada em prego, estava sempre bonita caneca esmaltada destinada a tirar a água de dentro dele. Isso não era nada higiênico porque as pessoas, principalmente as crianças, enfiavam também na água, a mão que segurava a caneca (MONTEIRO, 1974, p. 21-22).

Com todos os problemas sanitários na região, desde a época do império até a década de 1920, houve dois hospitais em funcionamento na província/estado, ainda que não concomitantemente. Portanto, incapaz de suprir as demandas da população local e regional.

2.2.2 Instituições e espaços de saúde

Até a década de 1820, a única instituição médica em funcionamento em Goiás, desde o século XVIII, foi o Real Hospital Militar em Vila Boa, RHMVB. Seu encerramento se deu, em 1827, motivado pela independência do Brasil (1822), e pela saída das tropas portuguesas da capitania. De acordo com Damascena Neto (2019) por volta de 1770, o RHMVB tratava os militares “das tropas pagas, Dragões e Pedestres. O tratamento da saúde dos pobres continuou sendo ofertada pela Irmandade de São Miguel e Almas, os ricos mineiros, comerciantes e funcionários régios pagavam por tratamentos particulares” (DAMASCENA NETO, 2019, p. 29).

Por parte da coroa havia o “interesse em financiar um hospital militar em terras goianas, por ser região de fronteira”, portanto, região necessitada “de maior efetivo militar e de médicos” (AGE, 2014, p. 74). De acordo com Age (2014), por ser fronteira, as misericórdias não se instalaram na região a época, iniciando sua atividade na região somente em 1937, depois da mudança da capital para Goiânia em 1936. O interesse primário, do hospital militar, não era o tratamento de saúde da população, visto que, os hospitais não funcionavam como espaço de cura, ainda que pudesse ser estratégico na questão sanitária. Parte da historiografia brasileira “ênfatiza que os hospitais dos séculos XVIII e XIX eram espaços inapropriados para a cura em decorrência do descaso do Reino com a colônia em relação as práticas médicas” (AGE, 2014, p. 26). Por outro lado, pesquisas “mais recentes apontam que, desde meados do século XVIII, é possível perceber esforços por parte de Portugal em melhorar as práticas médicas na colônia” (AGE, 2014).

De qualquer forma, com a intensificação dos problemas de saúde em Goiás, Lopes da Gama, Presidente da Província (1824-1827) comunicou com Cunha Mattos (1776-1839) sobre o início de um hospital na cidade de Goiás (CUNHA MATOS, 1979). Mattos escreveu sobre a crise sanitária da Cidade de Goiás, em 1824, carente de uma fundação visando o socorro dos “miseráveis” que perambulam pelas ruas da cidade. A situação demandava um hospital e Cunha Matos se prontificou a colaborar com o projeto, mas questionou: “haverá meios para compra do edifício, prontificação de utensílios, sustentação dos enfermos, pagamento dos empregados, aquisição dos medicamentos?” (BRASIL, 1924, p. 224).

De acordo com Magalhães, em janeiro de 1825, uma Carta Imperial tratava da fundação do Hospital de Caridade São Pedro de Alcantara, HCSPA, na província, visando acolher dementes, doentes, pobres e necessidades, sejam livres ou escravos a partir do princípio caritativo cristão. No caso do escravo, seu senhor deveria custear as despesas e os pobres tinham de apresentar atestado de pobreza emitido pelo governo provincial ou pelo pároco. De fato, os poucos estudos sobre o Hospital “mostram-no como espaço privilegiado para o desenvolvimento das estratégias sanitárias e como estas interferiram em todo o espaço urbano da cidade de Goiás no século XIX” (MAGALHÃES, 2004, p. 663).

O hospital foi construído com esmolas, doações em dinheiro ou espécie, sem inferência das Misericórdias. O grupo local dominante representado por fazendeiros, funcionários do governo, administradores públicos, comerciantes e o bispo Francisco Ferreira de Azevedo, integrante do Conselho da Província atuaram visando comover os mais abastados a acudir os pobres desamparados. Pessoas de diferentes lugares de Goiás contribuíram com o empreendimento. Os dirigentes do hospital coordenavam a cadeia, o cemitério, auxiliava os pobres e morféticos e ditava normas de higiene e alimentação (MAGALHÃES, 2004; FREITAS, 1999).

O HCSPA ao longo dos anos enfrentou diversas dificuldades, dentre elas, a falta de leitos. No início o hospital tinha a capacidade de tratar até 34 enfermos. Trinta do sexo masculino e quatro do feminino (MEMÓRIAS..., 1997, p. 41). De acordo com Godinho, “seis enfermeiras assistiam aos internados e em 1835 uma casa anexa servia para os pacientes menos graves”, era necessário contudo, que antes passasse “por um padre, confessasse e comungasse [...] os médicos recebiam normalmente, mas não tinham salário fixo” (GODINHO, 2004, p. 29). De acordo com Guimarães e Andrade, o enfermeiro, a época, era todo indivíduo que cuidava de doentes e feridos, nos hospitais ou em qualquer outro lugar. Na maioria das vezes eram analfabetos e de classe social baixa; no início eram brancos, posteriormente negros libertos ou escravos – seus senhores os alugavam como práticos em enfermagem. E tinham

como atribuições: dar os remédios na hora certa; fazer companhia; auxiliar na ocasião das “necessidades” e nos banhos; limpar os quartos; forrar as camas; mudar as roupas das camas aos domingos. As roupas de uso pessoal eram trocadas aos sábados, dia em que, também, se fazia a barba dos doentes. As enfermarias eram varridas diariamente e lavadas aos sábados. Não lhes era permitido fazer ou trocar os curativos (GUIMARÃES; ANDRADE, 2005, p. 302-304).

O caráter caritativo no hospital se sustentava por cobrar o atendimento dos militares, viajantes e escravos, somado as arrecadações que possibilitavam aos pobres serem atendidos de graça. Mesmo com o início do hospital, a figura do médico era praticamente desconhecida em outras cidades e povoados em Goiás (MAGALHÃES, 2011). Ainda em julho de 1832, o governo imperial ofereceu a quantia de um conto e 200 mil-réis anuais, para custear as despesas do hospital, a botica conseguia cobrir apenas as despesas dos remédios aplicados aos pobres (Memórias Goianas, no 3, 1986, p. 26). As autoridades regionais que antes buscavam uma certa autonomia, no período de 1830 e 1850, estavam procurando apoiar medidas nacionais, fortalecer a autoridade central e limitar as liberdades regionais, tudo, visando proteger os interesses imediatos (MCCREERY, 2006). Em 1835 um relatório⁷¹ tratando das condições sanitárias da Cidade de Goiás, refletiu o desalento da população,

A saúde publica em toda a Provincia está confiada a Providencia, e a não ser o clima tao saudável, em ermo se teriao tornado as suas Povoações. Hum só professor de Medicina se não encontra em toda a Província, e apenas se acha nesta Capital hum Estrangeiro, que mostra ter conhecimentos de Chimica, e Pharmacia [...] Professores hábeis não se abalanção á vir residir em huma província central, cujos habitantes nao podem preencher o interesse, que lhes offerecem a Corte, e as Cidades populosas: n'este estado quao útil será, se descubirdes meios de fazer com que alguns dos nossos Patricios, sub condições, vao estudar, e aprender huma Arte tao interessante, como a de conservar a vida, e libertar da morte aquelles, cuja enfermidade muitas vezes se torna mortífera pela errada applicação dos remédios! Tratando da saúde cabe falar das causas que a alterao: os charcos, os lameiros, os depósitos de immundices, que se encontrao nesta Capital tornao a sua atmosfera menos saudável, damno que huma policia mais escrupulosa teria feito desaparecer: os alimentos corrompidos, a carne da rez cançada, e maltratada, as bebidas espirituosas de mistura com o azinhavre dos vazos, em que sao destilados sao sem duvida também as cauzas destes males; mas he preciso que ellas se façao effectivas.

O escorbuto, a elephantiazes, a morfea, e as mais moléstias contagiosas se vao transmitindo de huns a outros pela livre communicacao dos enfermos com os sãos, aquelles por falta de hum azilo correm as ruas da Cidade, mendigando o indispensável alimento, estes encarando todos os dias o lastimoso espectáculo

⁷¹ “Memórias Goianas” são documentos do Centro de Cultura Goiana de 1980, vinculado a mantenedora da Universidade Católica de Goiás, publicado na denominada *Memórias Goianas*. O centro contém relatórios dos governos da Província de Goiás do período Imperial (1835-1889). O objetivo era manter a corte informada ano a ano sobre os acontecimentos durante a administração de dois anos dos governos provinciais.

se acostumao perdem a sensibilidade, e a repugnância, e se misturao, e respirando o ar inficionado se fazem victimas das mesmas enfermidades; os primeiros reclamao de Vós os socorros, e o bem geral exige providencias para que se não arruíne a saúde publica (MEMÓRIAS GOIANAS 3, 1986, p. 26).

Conforme relatório, foram relacionadas várias questões em torno da saúde e das doenças como: a ausência de uma ação efetiva na saúde pública; a falta de médicos, exceto um conhecedor de química e farmácia; a falta de recursos da província pouco atrativa a professores e médicos, por não oferecer o que a corte e cidade populosas oferecem; o valor do médico para salvar vidas; a visão da medicina miasmática e a necessidade de uma polícia mais rigorosa no cuidado com a saúde pública; a descrição das doenças contagiosas e sua transmissão devido ao convívio dos doentes com os sãos e a necessidade de providências na área.

Um outro Relatório de Dom José de Assis Mascarenhas, tratou de várias outras necessidades como: aumento de leitos no hospital; ampliação da venda de remédios na farmácia hospitalar para subsidiar internações; ausência de médico na capital da Província; a falta de um cemitério na cidade, além da necessidade de medidas preventivas de saneamento (1839:13, apud Memórias Goianas, 3. 1986, p.147-148).

Quanto aos leprosos, de acordo com a pesquisadora na área, Leicy Francisca da Silva (2016; 2015), nos discursos médicos e políticos, no século XIX, influenciados pela teoria miasmática, houve “uma preocupação para o espaço urbano, que precisava ser purificado de todo risco de desordem.” Já na “segunda metade desse século, o contágio era questionado pelo conhecimento médico, e a exclusão dos doentes, como mecanismo de ação médica, era a principal ação governamental empreendida” (SILVA, 2016, p. 322).

Silva em concordância escreveu: “Em suas memórias, Jarbas Jayme (1895-1968) assevera que, em sua infância, soube da existência de algumas casinhas, na região de Lages, onde havia leprosos, e que a “situação do lazareto sempre foi precária” (JAYME, 1971, Apud SILVA, 2015, p. 7). O médico Moretti Fóggia descreveu o acampamento de doentes em Caldas de Santa Cruz da seguinte forma, pois ali “achão-se trinta e seis, ou quarenta choupanas e algumas casinhas sofrivelmente commodas, que os enfermos mandarão construir para a sua habitação, e de seos fâmulos” (JAYME, 1971, Apud SILVA, 2015, p. 7,8)

Ainda no início do século XIX, os portadores da doença eram agrupados em leprosários ou andavam errantes, muitas vezes dependendo da caridade religiosa para a sobrevivência. Por outro lado, os médicos, utilizavam seus conhecimentos, como profissionais liberais, aplicando-os nas cidades visando ordenar as desordens e civilizar os espaços urbanos (MAGALHÃES, 2004).

Em relação a instituição para cuidar dos leprosos, em 1835, a câmara da Cidade de Goiás comprou um sítio, visando abrigar pessoas com doenças contagiosas. Fruto da ação de algumas mulheres que criaram a Associação dos Lázaros da cidade de Goiás (1825), a fim de arrecadar fundos para a construção de um hospital, “o apelo era dirigido àqueles que por um lado respondiam positivamente à “missão humanitária” de dar abrigo aos leprosos, mas também buscavam resguardar os sadios e indiretamente defendiam a instituição familiar do risco que significava o contágio da doença, com aquele ato de caridade cristã. Assim, se invocava em Goiás “o espírito de benemerência”, como acontecia na Europa e na América do Norte, da “melhor sociedade” goiana, pois ‘os sanatórios e os leprosários se multiplicam em todos os países civilizados e onde quer que os governos cuidem um pouco da saúde dos seus governados’” (SILVA, 2013, p.137).

A época, acreditava-se que a lepra ou morfeia, tuberculose e escorbuto “poderiam resultar de um ambiente insalubre, como charcos, lameiros e depósitos de imundície, ou de alimentos corrompidos” (SILVA, 2013, p. 39).⁷² Consoante a teoria miasmática a disseminação da doença entre a população se dava pela presença destes no mesmo espaço, por isso, era preciso isolar os doentes. “Nos anos 40 e 50 do século XIX, a compreensão dos miasmas como agentes propagadores de doenças estava mais diretamente ligada à concepção infeccionista, que definia como ação médica a prática da desinfecção” (SILVA, 2013, p. 39).

Em 1838, o denominado Hospital dos Lázaros foi iniciado, se é que podemos chamá-lo de hospital (SALLES, 1999). O espaço servia para isolamento dos leprosos e era administrado pelo HCSPA, de onde também recebiam alimentação. Pouco tempo depois o leprosário estava “em ruínas e completamente abandonado. Mesmo nessas condições, alguns enfermos foram acolhidos [...]. A maioria deles, contudo, continuava vagando pelas ruas, esmolando alimento e esperando pela morte” (MAGALHÃES, 2004, p. 666).

O fluxo de doentes na província aumentava, o que incluía os leprosos que procuravam tratamento de profissionais da medicina, diferentemente do tratamento dos benzedeiros e curandeiros. A situação levou a discussão sobre a necessidade de mais um hospital, localizado em Caldas Novas, o que não ocorreu. Uma das razões para iniciar um hospital na localidade era o tratamento de doenças de pele. O “conhecimento médico local produziu, em 1839, um relatório comentando o poder curativo das águas de Caldas Novas sobre a morfeia” (SILVA, 2013, p. 318; MAGALHÃES, 2005).

⁷² Nos municípios onde não havia hospitais, as autoridades eram obrigadas a construir um edifício para pessoas atingidas por doenças infecto contagiosas (Artigo 3º da resolução provincial n. 24, de 31 de julho de 1835). Em consonância com Jayme, (1971, p. 174).

Quanto ao HCSPA, os principais estudos sobre o mesmo revelam-no como “o eixo central do que se refere à assistência social”, abarcava funções e princípios caritativos cristãos, recolhendo alienados, menores abandonados, assistindo aos encarcerados, doentes e necessitados e, posteriormente, enterrando gratuitamente os indigentes. Prestava amparo material e espiritual à comunidade na vida e na morte (MAGALHÃES, 2004, p. 662; SALLES, 1999). No entanto, em 1838 com a enchente do Rio Vermelho, o hospital já debilitado, foi praticamente destruído. Com a inundação “caíram seus muros e algumas paredes, ficando todas arruinadas e perderam-se drogas medicinais da botica da casa, alguma roupa destinada para os enfermos, mas salvaram-se todos os enfermos, que foram recolhidos na casa do boticário Vicente Foggia” (BORGES, 1984, p. 39-40).

Em março de 1848, o vice-presidente da província escreveu sobre o HCSPA como um espaço em ruínas, com “falta de asseio, e mesmo de cômodos para a separação dos sexos, falta de uma cozinha, e dos meios de obstar, que de fora introduzam nas enfermarias bebidas espirituosas, e comidas contrárias à dieta prescrita pelos médicos”. Então expressou seu desejo de “remediar a todos estes males”, visando o bem da população. Reconheceu a atividade e zelo do administrador encarregado “das obras e reparos necessários, apresentando semanalmente [...] conta da compra de materiais ao respectivo tesoureiro para as pagar: outro sim promova a arrecadação do que se deve ao Hospital para destarte se fazer face às despesas” (AHEG, livro 202, p. 7v). Quanto as reformas, não é possível afirmar que elas foram feitas. As receitas e despesas oscilaram muito no decorrer dos anos e em 1849 o Hospital quase fechou as portas devido a inexpressiva arrecadação e atraso do repasse governamental (MAGALHÃES, 2004).

Theodoro Rodrigues de Moraes (1816-1897), o primeiro ginecologista goiano (1840), vacinador-geral, de família abastada decidiu clinicar gratuitamente, mas o governo ofereceu-lhe seiscentos mil reis anuais de rendimento. Moraes era de família envolvida em política, além de ter a formação médica, neste caso, há o prenúncio do saber-poder médico e político em Goiás, o que será discutido quando tratarmos do assunto na primeira década do século XX. Nesse sentido, Foucault (1979) escreveu que foi através do saber sobre as doenças e a capacidade de oferecer métodos para contê-las que os médicos puderam interferir de forma pensada sobre a sociedade. Somado a esse fator os médicos alcançaram poder político, consequentemente, a interferência seria através de um duplo poder, o médico e o político.

De acordo com Silva, outra iniciativa na busca por espaços de saúde se deu em 1856, com “a construção do Leprosário de Meia Ponte (Pirenópolis)”. As autoridades públicas ficaram incomodadas com os enfermos esmolando na cidade, “naquele momento, a segunda maior cidade da província” (SILVA, 2015, p. 3). O objetivo era isolá-los da sociedade. No XIX,

os leprosários tinham acomodações ruins, a alimentação era deficiente, o tratamento ineficaz, elemento que somado ao confinamento levavam os leprosos a preferir a liberdade das ruas e estradas onde poderiam viver de esmolas (SANTOS FILHO, 1991). Os leprosários, dessa forma, constituíam um espaço de saúde pública, através do isolamento social, mas não como local de cura, por isso, denominado espaço de saúde (FOUCAULT, 2004).

Já na virada para o século XX, com o advento da medicina científica e especializada houve ainda as descobertas de Amauer Hansen, a partir “da microbiologia, na preocupação em relação aos modos de entrada da doença no corpo [...] e a redefinição da ideia do contágio como um risco amplo e iminente levam à reconstrução das políticas de prevenção e tratamento do doente” (SILVA, 2014, p. 3). A teoria miasmática, com o tempo, foi substituída pela teoria microbiana aceita mais plenamente no final do século XIX (ROSEN, 1994). O conjunto de mudanças ocorridas levaram a “construção de um aparato profilático voltado para a proteção dos sãos, de um novo modelo institucional para isolamento dos doentes e de atenção aos filhos dos atingidos” (SILVA, 2014, p. 3). Essa ação da medicina com caráter mais científico ocorreu através dos missionários da União Evangélica Sul-Americana, nas cidades de Anápolis e mais intensamente na Ilha do Bananal e em Catalão (WILDING, 2020; CARVALHO, 2015).

Outra ação, no sentido de construção de espaços de saúde, se deu no governo de José de Assis Mascarenhas. A partir de 1845, empenhou-se na construção de cemitérios nas diversas localidades da província como na capital e em Meia Ponte. Na capital, o cemitério foi inaugurado em 1859 tendo como justificativa a higiene, a decência, a civilização e especialmente por exigirem “soberanamente que os templos deixem de ser o receptáculo dos cadáveres e vermes” (MEMÓRIAS GOIANAS 4, 1996, p. 19-20).

Algumas iniciativas são observadas por parte do governo provincial para erguer mais um hospital na região. Documentos comprovam o projeto de criação do Hospital de caridade São Sebastião em Santa Luzia, atual Luziânia, em 1872, contudo, não é possível averiguar a sua existência. O projeto previa duas alas visando separar doentes não contagiosos dos portadores de doenças infecciosas. O modelo seria a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. “Os membros da junta coobrigavam-se a dirigir e fiscalizar a Casa: elaborar e supervisionar contratos de trabalho para facultativo, enfermeiro, servente, cozinheiro; e rescindir contratos quando necessário” (MORAES, 2012, p. 98; SALLES, 1999; GODINHO, 2004). Ainda em Santa Luzia, sabe-se de pelo menos um boticário, Joséph de Mello Álvarez. O boticário dirigia uma Colônia Orfanológica (1881-1896), como um espaço de saúde e atuava autorizado pelo imperador desde 1870 utilizando o Manual de Chernoviz.

Com o advento da República e a separação Igreja-Estado, a Igreja Católica intensificou o trabalho ultramontano no Brasil,⁷³ assim, em 1894, os primeiros redentoristas alemães chegaram em Goiás, a convite do bispo dom Eduardo Duarte Silva. A vinda de religiosos estrangeiros era um componente do que ficou conhecido como “romanização” da Igreja católica (SILVA, 2000).

Antes dos redentoristas, as Irmãs Dominicanas haviam chegado, em 1889, como a primeira ordem na região. Estas assumiram a administração do Hospital São Pedro de Alcântara e com a Junta Administrativa realizaram transformações importantes na instituição nos anos seguintes. Em 1908, o HCSPA foi reformado com investimento de 87:252\$450 réis para ampliação das instalações e residência para as irmãs. Depois em 1921, com “a construção de novas enfermarias, maternidade e bloco cirúrgico” (MAGALHÃES, 2017, p. 9). A congregação religiosa fundou ainda o Colégio Sant’Ana em 1889 e o Asilo São Vicente de Paulo em 1909 visando acolher idosos, mendigos e doentes mentais, através da ação caritativa. O Asilo foi fundado em parceria com a Sociedade do mesmo nome. Iniciada em Paris (1833), a Sociedade chegou ao Brasil em 1872 e em Goiás em 1885 (MEIRELLES, 2010, p. 108).

Dois motivos impulsionaram sua criação, a ameaça a “harmonia social” devido a referida população vagando pelas ruas e o gasto com alugueis para cuidar dos necessitados. Conforme Meireles a longa história do HCSPA e do Asilo São Vicente de Paulo trazem à tona o valor destas instituições que “apesar das constantes ameaças à sua sobrevivência, sempre carregaram parte significativa do fardo da assistência à saúde na Cidade de Goiás” (MEIRELES, 2010, p. 110).

De acordo com Magalhães, ao final do século XIX, o HCSPA havia cumprido o seu papel, conforme seus recursos, para o bem-estar de parte da população. As deficiências no cuidado com a saúde da população, se davam, em parte, pela condição financeira instável da instituição, por depender da caridade para se manter e pela ausência de investimento a contento, por parte dos órgãos públicos. Estes não se viam responsáveis pelo cuidado com a saúde da população. A própria “localização interiorana, os poucos recursos financeiros e a distância em relação à Corte concorreram para que a província de Goiás ficasse desamparada de assistência médica ao longo do século XIX” (MAGALHÃES, 2014, p. 170).

⁷³ O ultramontanismo foi um movimento dentro do Catolicismo que procurava voltar os olhares além dos montes até Roma, de onde um conjunto de ideais eclesiásticos, dogmáticos, teológicos e políticos visavam, de acordo com Santirocchi, o “1) fortalecimento da autoridade pontifícia sobre as autoridades locais; 2) a reafirmação da escolástica; 3) o restabelecimento da Companhia de Jesus (1814); 4) a definição dos ‘perigos’ que assolavam a Igreja (galicanismo, jansenismo, regalismo, todos os tipos de liberalismo, protestantismo, maçonaria, deísmo, racionalismo, socialismo, casamento civil, liberdade de imprensa e outros mais)” (SANTIROCCHI, 2010, p. 24).

Na região, além da carência de estruturas para o cuidado com a saúde, havia a necessidade de profissionais da área. Em 1909 foi criada a Diretoria do Serviço Sanitário, visando dividir responsabilidade com os municípios para, dentre outras atividades, fiscalizar o exercício profissional dos agentes de Saúde, que teve ação inexpressiva. Em 1926 o *Serviço de Higiene do Estado* foi regulamentado visando estruturar administrativamente o serviço de saúde e regular a certificação profissional do pessoal envolvido no serviço sanitário (CAMPOS, 1999, p.229).

2.2.3 Os médicos na região e o abandono da profissão

Quanto aos médicos, haviam poucos com formação atuando na região e muitos não permaneciam na sua profissão, no sentido de escolherem outras atividades e não proporcionarem atendimento direto as pessoas. Situação ocorrida por vários fatores, não só em Goiás, mas em diversas partes do Brasil.⁷⁴ Para Wissembach, o acesso a documentação do Brasil colônia, restabelece aos poucos as “múltiplas injunções na trajetória social dos cirurgiões e dos físicos estabelecidos na colônia” (WISSEMBACH, 2002, p. 32). Na primeira metade do século XVII, o prático Miguel Dias Pimenta e João Cardoso de Miranda, estudaram as doenças comuns nos africanos trazidos ao Brasil como “a corrupção ou achaque do bicho e o mal de Luanda ou escorbuto”, contudo, eles estavam envolvidos no comércio de escravos, em Recife e Salvador, respectivamente. No final do século XVII, em Pernambuco, o médico Simão Pinheiro Morão foi honrado como autor do primeiro tratado de matéria médica feito no Brasil, contudo, indiciado como judaizante pelos tribunais da Inquisição. Ainda os físicos cristãos-novos, João Nunes Vizeu, Francisco Nunes Miranda, Antônio Ribeiro Sanches e o boticário João Henriques de Paiva estavam envolvidos no tráfico de escravos nas Minas Novas com o Rio de Janeiro, Salvador e Angola (WISSEMBACH, 2002).

De acordo com Godinho, até 1819 havia dois médicos e um comércio ilegal de “medicamentos que os caixeiros-viajantes traziam e vendiam ao preço que bem entendessem.

⁷⁴ Desde o início da colonização até o século XX percebe-se grande parte de médicos e profissionais da saúde não permanecendo em seus ofícios, as razões eram diversas: “Além da larga influência junto à sociedade colonial, a maior parte dos cirurgiões luso-brasileiros, como também dos físicos formados nas academias de Portugal que aqui assistiam, não se dedicava com exclusividade aos misteres de suas funções. Ofício considerado mecânico, por muito tempo desprestigiado socialmente e associado a ocupações de cristãos-novos, tanto os cirurgiões quanto os médicos, muitas vezes oriundos de setores sociais remediados da metrópole, vinham como degradados e reconciliados, envolvidos com os tribunais da Inquisição, ou abandonavam o país de origem espontaneamente em busca de riqueza. Nessa trajetória, não foram poucos os que se converteram em comerciantes abastados, mascates que chegavam aos pontos mais distantes da colônia, ricos senhores de engenho em Pernambuco ou no Recôncavo Baiano, donos de fazendas e de lavras relativamente produtivas nas Minas Gerais e, como tais, senhores de escravos e, por vezes, negociantes ligados ao comércio africano” (WISSEMBACH, 2002, p. 31, 32).

Comprava quem podia, morria quem não pagava” (GODINHO, 2004, p. 22).⁷⁵ “Em Goiás ainda tivemos o físico francês Gabriel Marie de Plösquellec, formado em medicina e cirurgia pela Universidade de Paris e físico-mor das tropas, foi o responsável pela elaboração do regulamento do Hospital Real de Goiás (1746-1827)” (MAGALHÃES, 2017, p. 12).

Em 1823, o Dr. Alexandre José Souto chegou a cidade de Goiás tendo a medicina como um Hobby, visto que se dedicava a advocacia. Dois anos depois, o físico-mor Gabriel André Maria de Ploesquellec, um cirurgião idoso, reclamava da ignorância do povo, e a falta de procura por seus serviços (MAGALHÃES, 2017, p. 12). A época, medidas governamentais foram tomadas para inibir o charlatanismo. Uma delas se deu por volta de 1815, quando o rei enviou o cirurgião-mor, a Arraial do Carmo, visando proibir charlatães de exercerem a medicina. Pouco tempo depois, o cirurgião “era assassinado a tiro por um embuçado, em pleno dia, numa festa religiosa, ao lado do vigário” (POHL, 1951, v. 2, p. 185, apud MAGALHÃES, 2011).⁷⁶

De acordo com Karasch é perceptível o nome de cirurgiões europeus nas correspondências oficiais da época. Os cirurgiões tinham como função cuidar dos militares, mais do que dos civis (FREITAS, 1999). Contudo, apesar dos poucos médicos que atuaram na província, entende-se que havia “mais cirurgiões em Goiás, no século XVIII, do que no início do século XIX” (FREITAS, 1999, p. 42). Saint-Hilaire, por exemplo, não encontrou um único médico em Vila Boa, em 1831. “Goiás e Mato Grosso ainda não tinha médicos” escreveu o Dr. Sigaud (FREITAS, 1999, p. 42). E sobre a capitania, Pohl escreveu, “o tratamento é feito por práticos, que compram o direito de medicar através da paga de certa taxa ao cirurgião–mor” (FREITAS, 1999, p. 43).

De acordo com Pimenta (2004), ainda em 1832, aconteceu o “início do monopólio legal por parte dos médicos” e a desqualificação dos terapeutas populares. Os médicos, vistos como profissionais liberais percebiam nas cidades o lugar ideal para aplicar “seus conhecimentos e efetivar sua atuação. Como um dos segmentos da intelectualidade, empenhavam-se na tarefa de

⁷⁵ O censo de Goiás de 1804 contou 50,125 habitantes. Por volta de 1819, Goiás contava 68.489 habitantes, e a capital, com maior população, cerca de 14.251 habitantes, sendo 11.178 livres e 3.073 escravos. A partir de 1830 a população da província aumentou, estimulada pelos rendimentos da pecuária: 79 mil em 1849; 122 mil em 1856; 133 mil em 1861; 149 mil em 1872; 227 mil em 1890 e 255 mil em 1900 (MAGALHÃES, 2004).

⁷⁶ Terapeutas populares e charlatães eram diferenciados. Os terapeutas eram reconhecidos na comunidade, já os charlatães “agregava curandeiros, espíritas, parteiras, raizeiros, sangradores e farmacêuticos que produziam remédios e não revelavam suas fórmulas, enganando as pessoas no intuito de enriquecer” (MAGALHÃES, 2011, p. 1098). Sobre o caso, “o inspetor de Saúde, doutor Carneiro, advertia que, naquelas paragens ‘a maior enfermidade de caráter epidêmico, contagioso e destruidora da bolsa, saúde e vida da população’ consistia nos charlatães de medicina e farmácia, ‘que levam terror às famílias, exagerando a gravidade das moléstias, difamando os médicos cujo receituário criticam, diagnosticam pelo pulso, cujos fenômenos absolutamente ignoram, as moléstias as mais diferentes’ (Saúde pública..., 1889, apud MAGALHÃES, 2011).

ordenar aquilo que era visto como desordem, transformando a cidade num espaço civilizado” (MAGALHÃES, 2004, p. 678). Entretanto Pimenta reconhece que mesmo décadas depois da proibição, “os terapeutas populares continuaram exercendo as suas atividades junto à população” (PIMENTA, 2004, p. 71).

Em 1836 o italiano Vicente Moretti Foggia (1801-1892), começou a atuar como médico em Goiás, apesar de não ter concluído o curso de medicina. Para suprir a falta de médicos em Goiás, a Assembléia Legislativa autorizou a Câmara Municipal a investir trezentos mil-réis anuais visando enviar um aluno natural da província para cursar medicina no Rio de Janeiro. Francisco Antônio Azeredo (1815-1884), goiano e desde 1832 assistente de Henry Yates, tornou-se responsável pelo curativo dos doentes e da administração do HCSPA (1836). No mesmo ano, foi o primeiro bolsista da província tendo estudado na faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ao formar retornou a capital, onde residiu, comprometido a atender gratuitamente os enfermos pobres, por dez anos. Isso porque ganhou bolsas de estudo, assim depois de formado, o médico devia se comprometerem a atuar por esse período” (BRANDÃO, 1978, p. 112, apud GALVÃO; OLIVEIRA. 2017, p. 748).

Azeredo teve muitas dificuldades financeiras, especialmente porque contraiu dívidas com a Assembleia Legislativa para se manter e cuidar de sua família. Ele era possuidor de um açougue com o objetivo de complementar suas despesas, entretanto, com a inundação do Rio Vermelho em 1838, o mesmo foi destruído. O médico solicitou novo crédito objetivando recomeçar seu negócio. Mais tarde, defendeu a tese, *Algumas considerações gerais acerca da importância e higiene pelos hospitais civis* (1845). A câmara rescindiu o contrato com Azeredo determinando a devolução ao cofre municipal do dinheiro gasto em sua formação (MAGALHÃES, 2011).

A partir da década de 1840 os goianos Theodoro Rodrigues de Moraes (1816-1897) e Francisco Antônio de Azeredo (1815-1884), licenciados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro atuavam na região. Foggia, Moraes e Azeredo, apesar de seus distintos perfis “exerceram inúmeras funções, fosse para garantir seus respectivos sustentos – uma vez que o salário do médico era insuficiente – fosse por possuir reconhecimento intelectual e profissional junto à comunidade” (MAGALHÃES, 2011, p. 1103). A facilidade de encontrar o prático, o alto custo da consulta, o desconhecimento da etiologia da doença e a linguagem inacessível dos médicos formados diminuía a clientela e levava muitos médicos a receber *in natura* (frangos, arroz, porcos, frutas, etc). Prática comum até a primeira metade do século XX, perceptível na trajetória de vida do Dr. James Fanstone (CARVALHO, 2015).

Quanto aos médicos, de acordo com Magalhães, o Dr. Foggia chegou no país “fugindo da polícia italiana; Moraes era membro de família abastada, não encontrando maiores dificuldades para ter êxito na carreira; Azeredo, ao contrário, enfrentou vários desafios de ordem econômica para obter a tão almejada formação” (MAGALHÃES, 2011, p. 1100). Os mesmos foram se instalando aos poucos, devido aos séculos de atividades daqueles que exerciam os cuidados com a saúde nas regiões inóspitas: parteiras, herbanários, benzedeiros, místicos e encanadores de ossos (MAGALHÃES, 2011).

As questões do ethos são notáveis. O primeiro dos três médicos a atuar em Goiás, Vicente Moretti Foggia, que veio a região desejando enriquecer a custa do ouro, contudo depois de 5 anos de trabalho e não obtendo o seu fim, voltou-se a prática médica. Foggia substituiu o inglês Henry Yates, o único farmacêutico disponível, atuando na região, apesar da proibição imperial de se empregar estrangeiros na província. Yates foi encontrado “como cirurgião, mas acabou mesmo na farmácia [do HCSPA] até 1836” (GODINHO, 2004, p. 31) e devido ao problema com alcoolismo, foi substituído por Foggia. Com a carência de clínicos “em 1839 chegava do Rio a designação [de Foggia] para cirurgião-ajudante em uma companhia militar” a fim de atuar no hospital e na cadeia. Foggia atuou no hospital civil, a princípio como boticário, depois como cirurgião e por fim médico, na falta de licenciados. O italiano serviu ainda em diversos lugares, em cargos diferentes, “mas sempre em funções ligadas à saúde e a educação. Chegou a ocupar o cargo de Inspector Geral a Higiene Pública⁷⁷ [...] Posteriormente, exerceria as funções de secretário e professor do Liceu da Província de Goiás” (MORAES, 2012, p. 101). Em sua carreira atendeu por 51 anos na região.

Moraes foi exonerado do hospital civil em 1857, dedicando-se a medicina militar, foi deputado e o primeiro governador médico exercendo interinamente a função de 1878 a 1883, alcançando o posto de general médico, por ocasião de sua reserva em 1886. Outro médico, dos primeiros na região que não permaneceu em sua profissão. Os poucos médicos do “século XIX, até a Proclamação da República em 1889, eram funcionários públicos. E a medicina progredia no mundo, o que fez com que algumas pessoas da elite comessem a pensar em cursar o ensino superior”. Como o preparo médico começou a ser valorizado, encontramos “em 1847 dois

⁷⁷ Em 1841, o médico Vicente Moretti Foggia insistiria no mesmo tema ao reclamar ao governo meios para curar as mulheres no espaço do HCSPA. Argumentava que elas “por um pudor mal entendido deixam-se adoecer – ou mandam chamar uma benzedeira, curandeira, parteira, que ordinariamente lhes agrava o mal. Só quando a moléstia agrava, elas vão ao hospital. Além disso, essas mulheres, fazendo um exercício ilegal da Medicina, reinam na atualidade” (SILVA, 2013, p. 64). Manter em condições favoráveis o estado higiênico dos centros populosos empregando as medidas administrativas aconselhadas pela ciência, é dever imperioso de todos os governos (SILVA, 2013, p. 71).

goianos cursando direito em São Paulo, quatro em Olinda (Bahia) e dois na escola de medicina do Rio de Janeiro” (GODINHO, 2004, p. 23).

Quanto a Azeredo, o médico se consagrou na Guerra do Paraguai, como primeiro-médico do Hospital Militar, terminando a carreira em 1866, como major cirurgião-mor de brigada (MAGALHÃES, 2004; 2017). Como autoridade sanitária, quando a varíola atacou a população de Cuiabá, o mesmo chegou a instituir dois hospitais provisórios para atender aos pobres e uma enfermaria no seminário da Conceição, de onde importou vacina de São Paulo e Minas Gerais para combater a varíola (1867). Com o termino da guerra Azeredo voltou a Goiás como médico civil e militar e prestou serviço ao governo (MAGALHÃES, 2011, p. 1107).

A estratégia da presença médica junto ao poder político aconteceu devido a própria atividade administrativa, como se deu em 1880 quando Theodoro Rodrigues de Moraes, “assumiu o cargo de vice-presidente da província. Nesse momento, o também médico Francisco de Azeredo apresentou à Assembleia Legislativa um Relatório com indicações de ações de saneamento da capital direcionadas à Câmara e ao governo provincial” (SILVA, 2013, p. 87; MEIRELLES, 2010; CAMPOS, 1999).

Outro médico reconhecido em Goiás foi o Dr. José Netto de Campos Carneiro (1855-1921), catalano, formado na Faculdade de medicina da Bahia em 1885. Depois de formado Carneiro passou dois anos em Portugal e na França ampliando seus conhecimentos científicos, em 1887 retornou à Cidade de Goiás onde residiu até o fim da vida sendo ainda intendente municipal (de 1899 a 1903 e de 1907 a 1911). Dr. Netto substituiu o Dr. Foggia e dentre outras funções foi inspetor da saúde da Província em 1877, deputado estadual (1892-1894), diretor da Sociedade São Vicente de Paula, do HCSPA, elaborou o manual “Das em febres de Goyaz” de 1897 e clinicou por três décadas em Goiás não cobrando nem consultas e nem o tratamento. Sendo solteiro e recompensado por seus pacientes, quando faleceu, deixou seus bens para o orfanato São José, o qual pretendia fundar (MAGALHÃES, 2017). Em Pirenópolis, o Dr. João Luiz Teixeira Brandão, nascido em 1863, foi o primeiro médico com formação. “Para o ano de 1886, contabilizou apenas dois médicos na capital da província” (BRANDÃO, 1978, p. 112, apud GALVÃO; OLIVEIRA. 2017, p. 748).

Na ausência dos médicos científicos, os práticos ocupavam o espaço. Freitas (1999) concluiu que “no século XIX e começo do XX, seria prematuro entender a medicina em nível de ciência, nessa região. Conhecimentos empíricos e intuição acurada faziam parte do cotidiano do médico, contribuindo para um diagnóstico apropriado” (SALLES, 1999, p. 63). Em 1889, por exemplo, João N. N. Nogueira, negociante em Santa Cruz, denunciou Antônio Martins Mundim, ao inspetor de saúde de Goiás, José Netto Carneiro, por exercer ilegalmente a

medicina responsabilizando-o pela morte de sua esposa, dona Emília. Apesar de ter licença para abrir uma farmácia na cidade de Entre Rios, ele não tinha formação, portanto, não deveria manipular remédios e muito menos vendê-los por preços abusivos e infringir a lei dos Serviços Sanitários do Império de várias formas. Atitude que configurava como prática ilegal da medicina (MAGALHÃES, 2011).

Em relação ao quantitativo de médicos, até o ano de 1831, passaram pela região de Goiás somente 19 profissionais da medicina. E do início de 1831 até a década de 1920 atuaram apenas 21 médicos na província. Visando resguardar o espaço de atuação dos médicos, em fevereiro de 1886, foi criada a Inspetoria-Geral de Higiene. Além das atribuições da fiscalização do exercício da medicina e da farmácia a inspetoria trabalhava no estudo das “epidemias, epizootias e moléstias reinantes, no serviço de vacinação e seu estudo; a direção de socorros sanitários; a polícia sanitária, sobretudo que, direta ou indiretamente, interessasse à saúde dos habitantes das cidades, vilas e povoados do Império” (CABRAL, Inspetoria Geral de Higiene, 2016).

Sucessora da Junta Central de Higiene Pública do Império (1850), que devido as amplas atribuições, falta de pessoal e recursos, limitou sua atuação ao Rio de Janeiro. A Inspetoria-Geral aplicava multas a quem exercesse ilegalmente a medicina. A imposição do poder médico não desconsidera o desafio dessas lutas. Em “toda a Província durante o século XIX, práticas empíricas e profissionais populares, como parteiras, curandeiros faziam parte do cotidiano dos serviços prestados à população, especialmente nas pequenas cidades e nos espaços rurais” (SILVA, 2013, p. 84; MAGALHÃES, 2011; 2004).

Até a segunda metade do século XIX, “imperava no país uma cultura médica rudimentar em termos de assimilação da literatura especializada e de reflexão teórica autônoma”. Conforme Magalhães, os preconceitos dominavam “nos campos da observação clínica, dos procedimentos terapêuticos e, em particular, da experimentação anatômica” (MAGALHÃES, 2011, p. 1098). O problema era anterior a atuação profissional, visto que residia na formação do mesmo. Isso quando a pessoa tinha a formação. Os cursos médicos nas faculdades brasileiras eram desqualificados. As estruturas das instituições de ensino eram deficitárias em questões de laboratórios, quando estes existiam. As bibliotecas estavam aquém do que deveriam ser. Provavelmente, no período, “a medicina vitimava tanto quanto curava. Essa situação só começou a se alterar com a revolução pasteuriana, no final do século XIX, permitindo, entre outros avanços, a identificação dos germes causadores de doenças” (MAGALHÃES, 2011, p. 1099).

No início do século XX, as atividades de saúde pública no Brasil, variavam de região para região dependendo das condições sociais, econômicas, culturais, demográficas e especialmente, pelo distanciamento dos grandes centros. Até a metade do século XX, os médicos do interior “sentiram-se também afetados pelo que ele denominou de ‘demora cultural’, que era o isolamento e a falta de trocas culturais com os grandes centros” (VIEIRA, 2012). O país, com suas cinco regiões, foi denominado pelo professor de medicina do Rio de Janeiro, Miguel Pereira como “um imenso hospital” (1916), e Goiás, no centro-oeste, era considerado a “UTI desse hospital” (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 749).

A situação não era difícil somente em Goiás. A Capital Federal, Rio de Janeiro do início do século XX, por exemplo, era uma cidade fétida e assolada pelas doenças, apelidada às vezes de “cemitério de europeus”. Atendendo ao clamor da imprensa e da elite, “de 1903 a 1906 o prefeito Pereira Passos, teve uma importante missão de reformar e sanear a capital federal. Esse movimento ficou conhecido como ‘regeneração’ o Rio de Janeiro (CARVALHO, 1987).⁷⁸

No início do século, devido ao viés continuísta e cumulativo do saber médico houve uma inevitável consolidação do saber-poder dos médicos no Estado. Houve transformações radicais sofridas pela “medicina ao longo dos séculos XVIII e XIX, no seu conteúdo e na sua forma de intervenção.” De acordo com Campos, nesse longo processo “a acumulação de conhecimento e consequente intervenção” ocorreram simultaneamente (CAMPOS, 1999, p. 223).

Os médicos passaram a serem respeitados, importantes, senão fundamentais em suas cidades. As duas primeiras décadas do século XX, em Goiás, foi uma fase de prestígio. As pessoas de posse do sul de Goiás eram atendidas por médicos do triangulo mineiro. Os médicos superavam em importância social os intendentess, promotores e juizes (GODINHO, 2004).

Em consonância com o capítulo um, percebe-se o ethos do Médico Racionalista Individualista em grande parte dos médicos em Goiás, sendo as características mais marcantes destes, a não resiliência, a busca por outras atividades e lugares que lhes possibilitem melhores condições de vida. Como exemplo, em 1903, o médico de bordo de um barco a vapor que circulava no Rio São Francisco, Antonio Borges dos Santos, entrou em barreiras indo atender

⁷⁸ Em consonância com Carvalho, “Pereira Passos, na ânsia de fazer da cidade suja, pobre e caótica réplica tropical de Paris reformada por Haussmann, baixara diversas posturas que também interferiam no cotidiano dos cariocas, particularmente no dos ambulantes e mendigos. Proibiu cães vadios e vacas leiteiras nas ruas; mandou recolher a asilos os mendigos; proibiu a cultura de hortas e capinzais; a criação de suínos, a venda ambulante de bilhetes de loteria. Mandou também que não se cuspsse nas ruas e dentro dos veículos, que não se urinasse fora dos mictórios, que não se soltassem pipas. [...] Desta vez, a população se dera conta de que pelo menos o esforço de aplicação da lei seria muito maior” (CARVALHO, 1987, p. 95).

em Taguatinga. Passados seis anos era deputado, depois senador e em 1917, secretário do governador, depois da fazenda e da agricultura (Op.Cit.).

Em 1916, Agenor Alves de Castro, formado em medicina e direito, foi secretário de obras do governo. Atuou na cidade de Goiás onde implantou a luz elétrica em 1921, foi prefeito de 1923 a 1927 e construiu dentre outros, o mercado municipal, o cemitério e o matadouro, sendo ainda deputado estadual em 1934 e secretário de Saúde. Outro médico foi Lincoln Caiado de Castro, filho de Agenor Castro que com 22 anos já atuava como secretário particular do governador em 1917 e sua formação em medicina só aconteceria no ano seguinte. Foi prefeito da capital de 1919 a 1923, secretário de Viação e Obras Públicas de 1924 a 1927 e o deputado federal mais votado de Goiás em 1930, contudo não atuou devido a dissolução do congresso por Vargas. João Edson do Couto, natural da Cidade de Goiás graduou em farmácia em Minas Gerais e medicina na Faculdade de Paris em 1914, atuou na Primeira Guerra Mundial e dirigiu um hospital no Cairo. Couto retornou ao Brasil e clinicou na capital do estado, em Jaraguá, Formosa e Uberaba (CAMPOS, 1999).

Moraes (2012) ao tratar da história da saúde e das doenças em Goiás, na primeira metade do século XX escreveu sobre uma medicina possível. O subtítulo do capítulo é revelador por si só: “a mesma medicina, a mesma política”. Sua descrição acompanha o raciocínio descrito neste capítulo, ou seja, por diversos motivos, grande parte dos médicos em Goiás, não permaneciam em suas profissões.

Ainda nas primeiras décadas do século XX, como o médico não tinha auxiliares, o mesmo receitava e aplicava os medicamentos. Sua atuação se dava com a família e o número dos mesmos aumentava lenta e gradualmente em Goiás. Entre estes, havia os goianos que formavam em medicina e não atuavam em suas terras, como: Francisco Xavier e Almeida e Joviano Alves de Castro. Segundo Moraes (2012), cerca de 30 médicos atuaram em Goiás, provenientes da região ou não. Destes a maioria deixou total ou parcialmente a medicina para tornaram-se políticos, advogados, educadores, dentre outros. São eles: Francisco Ayres (1900); Pedro Ludovico (1916),⁷⁹ Agenor Alves de Castro (1916), Manuelito Rabelo, Antonio Americano do Brasil (1918), Plínio Soares de Camargo (1926), Galeno Americano do Brasil, Quintiliano Nunes da Silva, Antônio Borges dos Santos, Alipio Alipino da Silva, João Edson do Couto, Laudelino e Ildefonso Gomes de Almeida, Alfeu da Veiga Jardim, Umberto Martins Ribeiro, João Teixeira Álvares, José Xavier de Almeida, Lincoln Caiado de Castro, Vasco dos Reis, Bernardo Antônio Faria Albernaz Filho, Agenor José da Silva, Frederico Nunes da Silva,

⁷⁹ A data após os nomes refere-se ao ano em que começaram a atuar em Goiás.

Sebastião Freury Curado Sobrinho, Agenor Cupertino de Barros, Antônio Martins de Araújo, Tasso Camargo, José Chaves, Aldemar Câmara, Farjala Sebba, Antenor Nunes da Silva, Luiz Nunes Azevedo, Jesus Benedito de Melo, Waldemar Caldas, José Arimateia Oliveira e Silva, Cristiano Silva, Sizenando da Silva Campos, Benedito Chaves, Manoel Marçal, Cunha Lima, Albercir Marques, Oswaldo de Oliveira Brito, Rubens Rocha Freire, João Saad, ainda o Dr. Netto do final do século XIX com Jerônimo Moraes, Olavo Batista e Manoel Tenório. Dois deles tiveram morte prematura (MORAES, 2012).

2.2.4 O saber-poder dos médicos

A semente do saber-poder médico plantada no XIX cresceu de tal forma que no século XX, muitos médicos em Goiás se envolveram na vida política, ganharam destaque e popularidade, devido a especificidade de suas profissões. De acordo com Magalhães eles, “foram deputados, constituintes, prefeitos, juízes de paz, senadores, presidentes e vice-presidentes de província, a exemplo do doutor Dermivel Malhado, que era estimadíssimo em Cuiabá e, como médico, conquistou grande fama”. A inserção na política evidenciava que “os médicos desfrutavam de vasto conhecimento dos assuntos da região, possuindo certa erudição somada à experiência de viver fora das esferas de sua cidade de origem durante o período de formação profissional” (MAGALHÃES, 2011, p. 1106).

Com esse perfil, muitos médicos ganharam destaque na política regional do final do século XIX e início do XX, “momento em que esses profissionais se propuseram a tratar, além do corpo individual, o ‘corpo social’” (MAGALHÃES, 2011, p. 1106). O que para Foucault é um “elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população” (FOUCAULT, 1976, p. 305). Desta forma, os médicos em Goiás “desenvolveram concepções sobre a origem e a difusão das doenças. Como tantos outros médicos, Theodoro Rodrigues de Moraes fez carreira política “[...] nesse empreendimento, contava com o apoio e o prestígio de sua família”, e “participava ativamente das definições dos rumos políticos, econômicos e administrativos da província” (MAGALHÃES, 2011, p. 1106).

Os médicos utilizaram da medicina científica e experimental para consolidar seu prestígio e monopólio profissional (PIMENTA, 2004, p. 62). Os jovens médicos se entusiasmarão com a proposta: “Uma nova representação sobre os fundamentos do saber médico expressa pela noção de Medicina Experimental conquistava adeptos principalmente entre os mais jovens médicos. [...] Desenhava-se a possibilidade de ‘regeneração da medicina

tradicional’ – para usar uma expressão comum ao jargão dos reformistas – através da formação de um profissional de novo tipo: o especialista empenhado na resolução de problemas sanitários específicos que comprometiam o desenvolvimento econômico e social do país e a saúde de seus cidadãos” (EDLER, 2014, p.27).

A apropriação da medicina especializada, tomando vantagem das pesquisas de Louis Pasteur, Robert Koch, dentre outros, adotou não somente novos procedimentos e novas terminologias técnica e linguística, mas também compartilhavam uma visão de mundo e modo de vida diferente do habitual. Estes pesquisadores desenvolveram a teoria microbiana das doenças. Assim foi possível verificar que “cada doença era causada por um ser vivo microscópico específico, e proteger um corpo são significava sobretudo destruir aquele agente patológico, evitar o seu contato com seres humanos e a sua propagação no ambiente” (PIRES-ALVES, FALLEIROS, 2010, p.159).

Houve uma retórica agressiva contra a medicina “escolástica” e “livresca” derivada do modelo francês. Com isso o médico afastou ainda mais da população circundante. Diferente da situação que viviam no século XIX, onde a distância entre o saber médico e o popular, era diminuída por manuais, como o de Chernoviz. Estes, utilizados pelos “donos de boticas, os patriarcas e líderes políticos e religiosos que frequentemente cuidavam de pessoas doentes e necessitadas [...] as matriarcas da elite latifundiária do Império, que cuidavam das pessoas da casa, dos seus agregados e da escravaria”. Além disso, o Chernoviz “serviu como subsídio científico aos autodidatas e às pessoas leigas que exerceram ofícios de cura, chamados pelos médicos acadêmicos de ‘charlatães’ ou ‘curiosos’” (GUIMARÃES, 2005, apud GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 757).

Naquele contexto, os poucos médicos da região que permaneciam em seu ofício, viam na transferência da Capital Federal para a região, uma oportunidade para melhorar a saúde pública no Sertão. Contudo, eles tiveram seus anseios adiados e muito trabalho a realizar (VIEIRA, 2009). Algumas das explicações para o atraso de Goiás versavam sobre os “espaços de ajuntamento de população se constituíram tanto como solução política e econômica para a ociosidade e perigo urbano, quanto elemento de preocupação sanitária para a administração pública”. Além do mais, a “falta de estradas, de produção, de trabalho e a presença da doença se constituíram como importante elemento explicador do atraso”, segundo alguns escritores (SILVA, 2013, p. 70).

Um dos fatores que trouxe um olhar pessimista para o interior se deu em 1902 com o livro *Os sertões* de Euclides da Cunha. Em concordância, Vieira, escreveu “muito bem recebida nos meios intelectuais no momento de sua publicação, esta obra de Euclides da Cunha teria se

configurado como um primeiro alerta para que as autoridades se voltassem para a miséria em que vivia a população do sertão” (VIEIRA, 2007, p. 42). A descrição feita por Cunha do interior do Brasil em contraposição a perspectiva dos sertões paradisíacos e salubres divulgada por Varnhagem e a Comissão Cruls trouxeram um novo olhar sobre a nacionalidade. Alguns intelectuais possuíam uma interpretação eurocêntrica com argumentações de cunho racial, como justificativa para a suposta degeneração dos brasileiros, vendo inferioridade racial no não branco. Agora a reforma do homem rural, que envolvia, dentre outros elementos um novo cuidado com a saúde deles tornou-se uma alternativa viável a queda do movimento migratório (VIEIRA, 2009).

Na visão de Oliveira, Euclides da Cunha trouxe à tona o que seria o “verdadeiro Brasileiro”, pois o abandono do sertão pela elite do país, foi benéfica, até certo ponto, “pois gerou condições de que sob o sol sertanejo se forjasse uma gente original que, no imaginário de uma geração, passou a expressar a alma nacional” (OLIVEIRA, 2002, p. 525). A visão de Cunha, mais a postergação da transferência da capital somada ao relatório da comissão encabeçada por Neiva e Penna gerou um olhar mais assertivo sobre o sertão brasileiro que perdurou até o fim da primeira metade do século (VIEIRA, 2009; OLIVEIRA, 2002).

Outra personagem que trouxe um olhar diferente para o sertão foi o Frei José Audrin, que atuou no sertão de Goiás e Pará a partir de 1904, pelo menos até a década de 1920. Percebe-se nos relatos do missionário dominicano a visão cristã da terra prometida ao falar do sertanejo, da região com seus rios, matas, terras cultiváveis e fartura de alimento quando se trabalha a terra. A semelhança de uma perspectiva do general Couto Magalhães e Euclides da Cunha, Audrin fala do sertanejo como, “um forte [...] robusto, tranquilo e as vezes feroz a sua maneira, lidava com o ambiente que o cercava, de modo a sobreviver e dominar os vegetais e animais, numa convivência equilibrada” (AUDRIN, 1963, p. 8, apud FREITAS, 1999, p. 67).

Quanto aos médicos atuando na região Salles registrou que da década de 1830 a 1920 “trabalharam em Goiás quinze médicos, acrescentando-se, ainda, seis outros facultativos ligados ao exército e designados a servirem na capital da província” (SALLES, 1999, p. 87). Em quase um século “contabilizam-se, então, apenas 21 profissionais legitimados na ‘arte de curar’” (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 748). De acordo com a Diretoria Geral do Serviço Sanitário, os médicos em Goiás, em 1932, foram 104 e a população tinha cerca de 500 mil habitantes (1920). O que significava um médico para cerca de 4670 pessoas (SALLES, 1999, p. 112).

Conforme Antunes, os médicos brasileiros foram incapazes de reformar a sociedade, pois “não conseguiram implantar a maioria das medidas preconizadas no âmbito da moral”,

também “não conseguiram transformar em lei as modificações de costumes e comportamentos desejadas” (ANTUNES, 1999, p. 273). Como exemplo dessa incapacidade são citados os seguintes dados: em relação a profilaxia social da sífilis, não conseguiram regulamentar a prostituição, “não lograram instituir o exame pré-nupcial obrigatório, e só tardiamente conseguiram criminalizar o ato de transmissão das doenças venéreas. Não conquistaram a proibição da esterilização voluntária das mulheres como recurso anticoncepcional, tampouco suscitaram ações mais contundentes contra os abortos criminosos já bastante disseminados no período” (ANTUNES, 1999, p. 273).

Seja pelos fatores como a falta de unidade na reivindicação e a inexistência de poder da própria categoria médica. O autor, em contraposição à expressão tradicional “medicalização da sociedade”, propõe que, para o período referente às suas pesquisas (1870 a 1930), melhor seria utilizar os termos “socialização da medicina” ou “humanização da medicina”. O pensamento médico, antes de conseguir renovar as formas de interação social, “teria refletido e interagido no fenômeno cultural da atualização da medicina. A sociedade modela a medicina e não vice-versa, ainda que se reconheça a interferência mútua das influências recíprocas” (ANTUNES, 1999, p. 275).

Naquele contexto com ausência do médico, dificuldades em pagar o tratamento, falta de etiologia da doença, linguagem inacessível para o sertanejo e do fácil acesso aos práticos, uma das saídas para a população era o uso dos manuais médicos. Algo corriqueiro no interior do país.

2.2.5 Os Manuais médicos

No final da primeira metade do século XIX, a população começou a perceber a possibilidade de conhecimento e tratamento dos problemas de saúde com recursos como o *Formulário ou Guia Médico* (1841) e o *Dicionário de Medicina Popular* (1842) uma espécie de Ciências Acessórias para Uso das Famílias, do polonês Dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz. O médico polonês chegou ao Rio de Janeiro no início de 1840, validou seu diploma de medicina e escreveu manuais médicos. “Cada família que podia tinha um exemplar em casa. A teoria, orientação, métodos, técnicas cirúrgicas e terapêuticas vinham da Europa. Primeiro de Portugal, depois da França, no final do século da Alemanha e Inglaterra e os conhecimentos tradicionais eram repetidos” (SALLES, 1999; GUIMARÃES, 2005).

Na edição do Manual de 1978 Chernoviz escreveu: “não me lembrei da impossibilidade de encontrar um facultativo no interior do Brasil, numa zona de dez, vinte ou mais léguas; e

que, por conseguinte, meu dicionário apresentava lacunas que convinha preencher [...] Esta obra é destinada a difundir noções exatas sobre a ciência médica, entre pessoas estranhas à medicina; mas será também útil aos médicos, e sobretudo aos médicos novos; os estudantes de medicina acharão nela noções elementares que os hão de preparar” (CHERNOVIZ, 1878, prefácio).

Antes do manual de Chernoviz, vários manuais de medicina foram utilizados no império, dirigidos tanto a leigos como médicos, em maior ou menor proporção, especialmente devido a ausência de médicos no interior do país (ARAÚJO, 1999). Dentre eles estão o *Domestic medicine* (1788) de William Buchan, traduzido para o português. Talvez “como o primeiro manual de medicina popular a se espalhar pelo Brasil, ainda durante o século XVIII” (GUIMARÃES, 2005, p. 503). O manual *Aviso ao povo a respeito da sua saúde* (1773) do suíço Samuel Auguste Tissot e *Medicina prática* (1788) de William Cullen, estes “direcionados a suprir a ausência de médicos nas áreas rurais,” contudo mais universalistas, pois não apresentam “casos de doenças, nem a farmacopéia típica do Brasil” (GUIMARÃES, 2005, p. 503). Ainda no Brasil tivemos o *Tratado único das bexigas e sarampo* (1863), do médico Romão Mosia Reinhipo. O mais popular deles, com exceção do Manual de Chernoviz foi o *Erário Mineral*, escrito pelo cirurgião português Luís Gomes Ferreira, um dos primeiros tratados de medicina brasileira. Nele escreveu “sua experiência médica, de 1708 a 1733, em Minas Gerais”, contendo “as principais doenças e de seus tratamentos em grandes regiões do interior do Brasil” (GUIMARÃES, 2005, p. 502-503).

No prólogo do *Erário* percebe-se o conflito entre a médico e o cirurgião e a falta dos mesmos nos diversos pontos da colônia.

Se for censurado por escrever da Medicina, sendo professor da Cirurgia, respondo, que a Cirurgia é parte inseparável da Medicina, e demais, que nas necessidades da saúde os Cirurgiões suprem em falta dos senhores Médicos, e com muita razão em tantas, e tão remotas partes, que hoje estão povoadas nestas Minas, aonde não chegam médicos, nem ainda Cirurgiões, que professem Cirurgia, por cuja musa padecem os povos grandes necessidades. Para remediar estas, e dar luz aos principiantes nesta região, sai a público este *Erário Mineral* (WISSEMBACK, 2002, p. 122).

Enquanto o desenvolvimento da saúde pública em Goiás, na segunda metade do século XIX, se processa a seu tempo, com seus poucos recursos aplicados a ela e com poucos médicos, uma das formas de resolver a questão do tratamento dos doentes era recorrer aos Manuais Médicos. Ainda assim, como fator agravante, muitos agentes de saúde não permaneciam nas

suas profissões. Daqueles que se formavam nos grandes centros ou mesmo no exterior, poucos tinham interesse nas regiões inóspitas. É nesse contexto que um grupo de missionários escolheram o sertão de Goiás para atuar.

2.3 Considerações Gerais

Ainda no meado do século XIX, missionários protestantes envidavam esforços para atuar no Brasil. As pequenas aberturas para o protestantismo no Brasil, se deu desde janeiro de 1808 com a chegada de D. João VI ao Brasil, apoiado pela marinha inglesa, quando assinou um documento abrindo os portos para as nações amigas. Em 1810, a liberdade de culto foi acrescida e com a Constituição (1824) garantiu-se a posição oficial do catolicismo como única religião do país, mas não o status de ser a única. Ainda que a liberdade religiosa fosse limitada, o monopólio absoluto do catolicismo foi quebrado e cultos dissidentes puderam ser realizados nas províncias (CARDOSO, 2008). Em relação a saúde, nasceu a polícia médica no Império, que perdura até o século XX, com medidas coercitivas. As doenças estavam associadas aos alimentos, miasmas e aos portos.

Em 1855, o protestantismo de missão chegou no País através do Médico Missionário Pioneiro Robert Kalley. A implantação da fé protestante fora de seus países de origem recebeu dos estudiosos diferentes nomenclaturas. Duas deles são mais notáveis. A primeira refere-se ao “protestantismo de imigração” ligados aos protestantes vindos, especialmente da Europa que se restringiam a seu próprio grupo étnico. Denominados também de Igrejas Históricas. O segundo grupo é o “protestantismo de missão”, com instituições norte americana e europeia que atuavam junto aos nacionais visando angariar fieis e plantar igrejas entre os nacionais. Denominados igrejas de missão, os dois primeiros grupos chegaram no Brasil na segunda metade do século XIX e início do XX. E ainda o terceiro grupo as igrejas populares ou movimentos espontâneos. Robert Reid Kalley é considerado o pioneiro do segundo grupo com ação no país (MENDONÇA, 2002; 2008).

Conforme discutido no capítulo anterior, Kalley teria uma forte influência na formação da UESA, sobre os missionários, especialmente o médico missionário James Fanstone personagem principal da Medicina Missionária Pioneira em Goiás (FANSTONE, 2017). Butler foi outro médico missionário que atuou no Brasil e teve sua história analisada em o Arquitecto das Orquídeas: trajetória e memória de George William Butler. Vêras (2018) escreveu sobre o médico e o pioneirismo na implantação de um hospital e escolas no Nordeste na aurora

republicana (1883-1919). Outros missionários ligados a saúde atuaram no Brasil, como veremos a frente.

Se dermos um passo atrás veremos que a atuação médica missionária protestante na América Latina chegou mais tarde do que na Ásia, África e América do Norte. Primeiro, porque a região foi “descoberta” mais tarde e depois, por ser uma região considerada cristianizada. Algumas ações pontuais se deram na segunda metade do século XIX, com intensificação no início do século XX. Junto a evangelização os missionários estabeleciam escolas primárias e secundárias vindo em seguida a literatura. Tudo precedido pela colportagem, especialmente com a venda da Bíblia que antecedia a vinda de missionários. Estes chegavam para consolidar o trabalho, iniciar igrejas, em seguida vinham profissionais como os da saúde para cuidar dos missionários e da circunvizinhança. No século XIX, nove instituições médicas foram estabelecidas na América Latina em comparação a 94 na África e 415 na Ásia (AZEVEDO, 1980).

Com o advento da República os protestantes tiveram liberdade para organizar seu culto, ainda que numa cultura adversa. Com o estado laico houve um novo impulso para diversas correntes ideológicas, sejam na política, na religião ou nas posturas sociais antes refreada pela monarquia e pela Igreja Católica. Os protestantes aproveitaram “o fim do culto oficial acentuando as ações evangelizadoras da população, ampliando suas instituições como escolas, seminários, hospitais, sociedades bíblicas, editoras e publicações” (SANTOS, 2010, p. 109). De acordo com Santos “as conversões aconteciam pela via de uma mensagem que propunha a mudança da moral e dos costumes e a apropriação de um outro modo de experimentar o sagrado, diferenciado das práticas católicas, africanas e indígenas” (SANTOS, 2010, p. 109; VÉRAS, 2018).

A conjuntura sócio-política e a visão do protestantismo no Brasil era paradoxal e por vezes confrontativa. Enquanto os protestantes acusavam os católicos de pagãos, incapazes de evangelizar o continente e responsável em grande parte pela pobreza da região, os católicos acusavam os protestantes de introduzir o individualismo liberal que desintegra a família e a comunidade, além de servir de ponte para o imperialismo norte americano. Se por um lado, havia uma barreira a se quebrar, especialmente por parte dos religiosos, “para parte dos grupos liberais, o protestantismo era uma religião esclarecida e moderna, representativa das forças capitalistas centrais, especialmente da Inglaterra e do emergente Estados Unidos, em antagonismo direto com o catolicismo” (VERAS, 2018, p. 16; AZEVEDO, 1980). Os denominados liberais viam o obscurantismo intelectual e o atraso das formas políticas, jurídicas e econômicas do país como consequência da negligência da religião oficial. Estes receberam os

“missionários protestantes e, se não receberam a fé protestante por convicção, o fizeram por “conveniência e interesse de representar parte da modernidade da época” (SANTOS, 2010, p. 108, apud VERAS, 2018, p. 16).

Assim, nas primeiras décadas do século XX, as missões que atuavam na Argentina, Peru e Brasil, reagiram a decisão da Conferência Missionária Mundial em Edimburgo (1910) e se uniram como a UESA, em 1911. A época a América Latina foi vista como o “Neglected Continent”, “o maior campo missionário na terra” (CSWC51/15/2, *Twenty one years of the EUSA*, 1933, p. 115; cswc51/7/3/27, *Modern Christian Outreach in Brazil*, Mary Tillorson, 1969, p. 23).⁸⁰ A partir dessa data, os MMPs chegariam, especialmente, do Reino Unido, em Goiás, inclusive com visão e ações pautadas na evangelização e acompanhada da educação, saúde e reformas humanitárias, a partir do leigo como uma ação intramundana (WEBER, 2004). O campo de atuação normalmente se dava nas regiões mais afastadas, de difícil acesso e com poucos recursos. Assim os missionários como profissionais autossustentáveis tornaram-se pioneiros na implantação das igrejas protestantes, na abertura de hospitais, escolas, leprosários, e centros de formação científica para agentes de saúde (CARVALHO, 2015). No início dos anos 1900 ficou registrado: “que os missionários possuam educação médica, para que possam (1) cuidar de sua própria saúde; (2) para aliviar o sofrimento físico ao seu redor; (3) para obter entrada pronta para o Evangelho; e (4) capacitá-los a se sustentar o máximo possível” (DWIGHT, 1904, p. 445).

O cenário encontrado pelos missionários protestantes em Goiás foi descrito por historiadores até a década de 1930, como Dalísia Doles (1973), Luis Palacín (1979) e Augusta Sant’Anna Moraes (1978), com “aspectos da decadência e da precariedade da vida goiana, à estagnação econômica caracterizada por arraiais e vilas abandonadas e à indefinição em termos econômicos” (MAGALHÃES, 2014, p. 57). Todavia a revisão da história regional do final dos anos 1970 apontaram “novos caminhos para a interpretação da história social e econômica regional ao longo do século XIX” especialmente aquelas que tiveram por base os relatórios feitos “pelos viajantes estrangeiros” (MAGALHÃES, 2014, p. 56). Os historiadores

⁸⁰ O autor desta tese pesquisou a referida documentação na Universidade de Edimburgo em janeiro de 2019. “A coleção foi organizada em sintonia com os sistemas de arquivamento originais do Latin Link e contém as seguintes séries: Foundation and Policy Documents; EUSA Council; EUSA British Executive; Missionary Personnel Files; Prayer Letters; Peru Activities; Brazil Activities; Argentina Activities; Bolivia Activities; EUSA Various Nations; Latin America; EUSA North America; Education and Outreach; Theoretical Writings; EUSA History; Pamphlets; EUSA Lantern Slides; EUSA Photographs; Latin Link; Andes Evangelical Mission; Miscellaneous Papers; Books; and Periodicals”. As citações serão usadas como segue, acrescida do número da página do documento se houver. As referências como, CSWC51/7/3/2 correspondem a Center for the Study of World Cristianity. Os números referem-se primeiro ao objeto de estudo: EUSA, atual Latin Link (51), caixa (7) pasta (3) documento (2). Esta é a classificação feita pela Universidade de Edimburgo.

revisonistas foram Paulo Bertran, Eurípedes Funes, Tarcísio Botelho e Nasr Chaul. O desenvolvimento ocorrido em Goiás, na Primeira República, escreveu Chaul, “foi infinitamente superior ao do período anterior, mas inferior, ainda, aos anseios de progresso exigidos pelos olhares que o comparavam à dinâmica econômica e social do Centro-Sul do Brasil.” Desta forma, a região não era “nem decadente, nem atrasado, apenas caminhava de acordo com suas possibilidades ao ritmo estabelecido pelo lugar que ocupava no conjunto da sociedade brasileira.” O que significa enxergá-lo não “como pares dicotômicos, mas como contrastes próprios de uma realidade social mais ampla (mundial), eivada de contradições: o par desenvolvimento/modernidade contém em si o par decadência/atraso” (CHAUL, 1997, p. 230).

Conforme indagamos na introdução do capítulo, no quesito instituição de promoção da saúde,⁸¹ até a primeira década do século XX tínhamos em funcionamento somente o Hospital São Pedro de Alcântara (1826). Como o Hospital dos Lázarus e o São Sebastião não tiveram continuidade, o Hospital Evangélico Goiano é considerado o segundo hospital, em funcionamento, no estado de Goiás. Quanto aos espaços de saúde pública havia a botina anexa ao hospital desde 1825; o leprosário na cidade de Goiás desde 1835 e o cemitério desde 1859, ambos geridos pelo HCSPA; um leprosário em Pirenópolis desde 1856 e o Asilo São Vicente de Paula de 1909 quando foi iniciada a Diretoria o Serviço Sanitário de Goiás.

Não havia instituição de ensino ligada a saúde, assim, os interessados em estudar medicina deixavam o estado ou até mesmo o país, entretanto nem sempre voltavam a atuar na região. As instituições existentes eram mantidas majoritariamente por caridade e com poucas subvenções governamentais. As doenças mais comuns na região eram: morfeia, malária, elefantíase, raquitismo, idiotismo, caxumba, sífilis, hepatite, sarampo, sarna, bócio, verminose, bicho-de-pé, leishmaniose, hidropisia, boubá, doenças de chagas, venéreas, varíola, mielite, oftalmia, resfriados, reumatismo, dispepsia, sarcocele, hipertrofia do coração, pênfigo, clorose, apoplexias nervosas, gota, ataques catarrais, desintéria, geofagia, aneurisma, tísica, pneumonias, alterações no sistema nervoso, febres paludosas, febre amarela, febre pútrida, febres malignas, inflamações crônicas no estômago, no fígado e intestino, epilepsia, histeria, tuberculose e úlceras. Estas eram tratadas por raizeiros, benzedeiras, curandeiros, boticários, barbeiros, práticos, médicos e cirurgiões através de um saber híbrido advindo da cultura

⁸¹ Em conformidade Linz e Cecilio, no processo histórico de construção social “a instituição saúde é revelada no modo de produção em saúde, na prática concreta dos profissionais que atuam em suas organizações ou estabelecimentos”. A mudança no quadro proposto era promover saúde “e não apenas na prática de avaliar ou não avaliar”, ou mesmo isolar o paciente (LINS E CECILIO, 2008). Mônica Age coloca de forma mais contundente que instituições hospitalares são realidades que variam de acordo com contextos sociopolíticos do período e a historiografia brasileira, em parte, tratam os hospitais dos séculos XVII e XIX como espaços inapropriados para a cura (AGE, 2014).

indígena, africana e europeia que utilizavam auto-inoculação, quinina, ervas medicinais, sangria, vômitos, purgantes, óleo de louro, emplasto, varíolização, amuletos, escarificação, licor de Tayuyá, xarope de grindela, ferruginoso de Mora Júnior, canivetes e facas, excremento de baratas, osso da ave inhuam e rituais religiosos, dentre outros.

Quanto aos médicos e cirurgiões, os poucos pacientes que podiam, os procuravam. Se não bastasse o limitado número de profissionais da saúde, estes deixavam suas funções parcial ou totalmente para atuar em outras áreas como a política, o comércio, a advocacia, a agropecuária, dentre outros.

A situação da saúde pública em Goiás constituía o cenário ideal para os médicos com o ethos da Medicina Missionária Pioneira. Contudo, enquanto estes estavam sempre preparados os missionários que os antecederam, ou seja, que atuaram antes da década de 1920, buscavam servir a população em questão de saúde, conforme suas capacidades e alguns deles com certa formação na área. Seus relatos de viagem e relatos memoriais “representam para o investigador contemporâneo um rico manancial como fontes documentais para a atividade historiográfica” (MONTEZ, 2014, p. 282). Mesmo antes do início da UESA, houve missionários pioneiros em Goiás como John Boyle (1860); George Wood Thompson (1887) e Teodomiro Emerique (1915) dentre outros. Aqueles enviados pela UESA, foram: Frederick Charles e Fanny Crawley Glass; Bryce W. e Elizabeth Ranken, Archibald e Margarida Russel Macintyre e Archibald e Bonina Tipple. Em seguida chegariam outros missionários e os médicos missionários pioneiros. Por essa razão, veremos no próximo capítulo como Edimburgo foi o centro irradiador da medicina missionária, gerando inclusive o maior congresso mundial de missões e como este evento deu ensejo a criação da UESA. Analisaremos como Anápolis torna-se o centro irradiador da medicina missionária científica e pioneira, em Goiás, como consequência dos trabalhos da UESA.

CAPÍTULO 3

DE EDIMBURGO A ANÁPOLIS: NUCLEOS IRRADIADORES DAS AÇÕES DO MÉDICO MISSIONÁRIO PIONEIRO (1911-1943).

No capítulo anterior, foi apresentado o panorama da saúde pública em Goiás desde sua emancipação em 1748 até o início da União Evangélica Sul-Americana (UESA) em 1911. Objetivou-se mostrar as doenças mais comuns na região, as instituições e espaços de saúde existentes na época, a atuação dos médicos e o papel dos manuais farmacológicos utilizados na ausência dos profissionais da medicina científica. Enfatizamos a grande quantidade de médicos que permaneciam ou não exercendo suas profissões. A carência de profissionais e instituições de saúde na região era o ambiente propício para a atuação do Médico Missionário Pioneiro (MMP), conforme exposto no primeiro capítulo.

O objetivo do presente capítulo é analisar como Edimburgo, na Escócia, e Anápolis, em Goiás, no Brasil, tornaram-se núcleos irradiadores do nascimento e da multiplicação da medicina missionária pioneira. O que não significa que todos os agentes de saúde que atuaram em Goiás vieram da Escócia ou atuaram em Anápolis, contudo, o papel do país no nascimento e multiplicação da medicina missionária foi primordial nesse segmento no mundo, assim como o papel de Anápolis, para o Centro-Oeste do Brasil. Para isso, analisa-se primeiramente Edimburgo como esse centro irradiador das missões que utilizavam a medicina como ferramenta e como a Conferência Missionária Mundial de Edimburgo tratou dos aspectos centrais da ação médica científica nos quesitos: formação, certificação e ampliação das instituições de saúde, com o propósito de servir às missões e contribuição para sua eficácia. Em seguida, mostra como a União Evangélica Sul-Americana (UESA) nasceu em reação à conferência e como, ao mesmo tempo, utilizou os princípios estabelecidos pela medicina missionária. Por fim, será analisado como as ações dos missionários ligados à UESA fizeram de Anápolis, a partir da década de 1920, o local de maior crescimento e visibilidade da medicina missionária pioneira. Nesse sentido, objetiva-se entender quem eram os médicos e as enfermeiras, bem como as instituições iniciadas por eles na área da saúde e seu caráter filantrópico, e a multiplicação de profissionais de saúde a partir da cidade.

Na segunda metade do século XIX, alguns missionários que atuavam na América Latina queixavam-se da omissão do Reino Unido em relação à região. A exceção era “um pequeno esforço da Igreja Metodista Wesleyana na Guiana e no Panamá” (CSWC51/15/1-3, 1911, p. 150). Contudo, o cenário mudou, conforme será analisado. Foi nesse contexto que Edimburgo teve papel preponderante na medicina missionária pioneira e no início da UESA.

3.1 Edimburgo como núcleo irradiador do Médico Missionário Pioneiro e da União Evangélica Sul-Americana

Com a organização e execução da maior conferência protestante de missões, a Conferência Missionária Mundial de Edimburgo (CMME)⁸² em 1910, percebe-se a consolidação do movimento missionário e da visão médico missionária. A escolha de Edimburgo se deu devido ao papel fundamental que a Escócia teve nas missões protestantes, na institucionalização da medicina científica, mais tarde, na união das duas áreas.⁸³

De acordo com Duff, a importância do médico missionário escocês no século XIX carece “de pesquisa que há muito tem sido negligenciada, o que gera um grande desserviço ao papel inovador, desenvolvido na Escócia” (DUFF, 2010, p. 4). Alguns fatores foram fundamentais para o que ocorreu na Escócia e a partir dela em relação às missões médicas: I) o pioneirismo escocês na criação da *Royal College of Surgeons* (1505); II) a implantação definitiva da Reforma Protestante com seu ethos (1560), especialmente, com a ênfase na educação, o conceito de vocação e o papel do leigo na sociedade e na igreja; III) a formação médica nas universidades escocesas era mais barata e mais avançada, em contraposição às universidades de Oxford e Cambridge. Enquanto, entre 1801 e 1850, Oxbridge, referência à Oxford e Cambridge, formaram somente 273 médicos, a Escócia formou 8000 médicos (DESMOND, 1989, p. 34); IV) a criação e multiplicação da Sociedade Médica Missionária

⁸² *World Missionary Conference* de Edimburgo, a partir de agora, Conferência Missionária Mundial de Edimburgo; será citada como CMME. Todas as traduções das citações do inglês para o português foram realizadas pelo pesquisador, por isso, não será acrescentada (tradução nossa) nas referências.

⁸³ Em um relato sobre a evolução da educação médica nas universidades escocesas, Tait (1966) “delineou os estágios pelos quais Edimburgo, no século XVIII, adquiriu de Leyden o papel da principal escola de medicina do mundo”. A *Royal Medical Society* (1779) é a sociedade médica mais antiga do mundo (GRAY, 1952). A *Aberdeen Medical-Chirurgical Society* é de 1789. A terceira é a Sociedade Médico-Cirúrgica da Universidade de Glasgow (1802). Ainda, a *Aesculapian Club of Edinburgh* (1773) e a *Edinburgh Harveian Society* (1782). Em 1814, a primeira sociedade de médicos graduados em Glasgow foi formada e se fundiu com a Sociedade Clínica e Patológica de Glasgow e, em 1919, a sociedade recebeu a carta real (POWER, 1939). A Sociedade Médico-Chirúrgica de Edimburgo (1821) é a segunda com esse nome (HANDYSIDE, 1874). A primeira sociedade (1767) foi uma das notáveis sociedades de pós-graduação. A primeira Sociedade Médico-Cirúrgica de Edimburgo amalgamada em 1782 tornou-se a *Royal Physical Society*. A Sociedade Obstétrica de Edimburgo (1839) parece ser a sociedade obstétrica mais antiga existente na Grã-Bretanha (UNDERHILL, 1890; SHAW, 1968).

(1841) e sua influência em pelo menos três continentes; e V) sua capacidade de reunir os protestantes.

Devido a esses fatores, e ao pioneirismo da Escócia em missões, Edimburgo foi escolhida para sediar a Conferência Missionária Mundial (CMM) em 1910.

Foi a Escócia nas pessoas do Mungo Park e Livingstone que abriu o caminho para os recessos do antigo continente africano; foi a Escócia na pessoa de [Alexander M] Mackay, de Uganda, que estabeleceu um estado cristão nativo sobre o protetorado da Grã-Bretanha; foi a Escócia que liderou o caminho em Lovedale e Blantyre, provando que o cristianismo poderia fazer pelos nativos ensinando-os através de missões industriais; foi a Escócia na pessoa de Paton que espalhou mais poderosamente o poder do cristianismo nos mares do sul, e na pessoa de Chalmers impressionou tanto Robert Louis Stevenson que ele escreveu: ‘Aqueles que destituem as missões têm apenas uma coisa a fazer, vir e ver o local’. Foi também a Escócia que liderou o caminho na Índia ao estabelecer faculdades para o ensino superior de Hindus - faculdades que exerceram uma grande influência sobre a política de educação nacional na Índia. Em proporção à sua população, a Escócia fez mais por missões do que qualquer outro país do mundo. Enviou alguns dos melhores homens para estabelecer e manejar os postos avançados do cristianismo (THE SCOTSMAN, 14 June 1910. In: BREITENBACH, 2008, p. 1).

Dos cinco personagens citadas, três deles teve formação médica, nomeadamente Mungo Park, David Livingstone e com formação parcial, John Paton. Além do mais, as missões em Lovedale e Blantyre tiveram atuação médica e educacional na área e dezenas de agentes de saúde. Na ação missionária na Europa, nenhum país foi mais proeminente do que a Escócia, e conseqüentemente “nenhum país, em proporção ao seu tamanho, contribuiu mais para a evangelização do mundo durante o último século com um número tão grande de distintos e dedicados missionários” (WMC, 1910b, p. 18). Os fatores apontados acima foram importantes para a ação médico missionária e fez com que Edimburgo fosse escolhida para sediar a CMME em 1910.

3.1.1 Edimburgo: A Conferência Missionária Mundial, 1910

A Conferência Missionária Mundial de Edimburgo (CMME) aglutinou e direcionou o pensamento missionário protestante dos últimos séculos para o século XX. Três questões são centrais na história da CMME e sua relação com a medicina missionária e com a UESA: I) qual a relação da CMME com a UESA? II) até que ponto a conferência enfatizou e qual o nível de comprometimento com a missão médica? III) qual o pano de fundo histórico da CMME?

O movimento que culminou com a CMME é datado de 1854, quando o Dr. Alexander Duff (1806-1878) visitou a América do Norte e reuniu em Nova Iorque “150 pessoas, incluindo onze missionários e dezoito oficiais de várias Sociedades Missionárias” (WMC, 1910b, p. 3). Em seguida, houve dois encontros e em 1888 aconteceu a Conferência Centenária de missões em Londres. Apesar da pretensão, não houve representatividade mundial, contudo, se discutiu o lugar das missões médicas, e as mulheres missionárias formaram “o Comitê Missionário Mundial de Mulheres Cristãs” (ASKEW, 1994, 116; WMC, 1910b).⁸⁴ A segunda conferência foi *The Ecumenical Missionary Conference*, realizada em Nova Iorque, em 1900. Evento importante, no entanto, menos conhecido.

A representatividade da conferência se deu com: 1500 delegados da América do Norte, mais especificamente Canadá e Estados Unidos; 200 delegados de sociedades britânicas e continentais e sociedades estrangeiras; e 600 missionários estrangeiros. “Eles representaram 115 Sociedades e quarenta e oito países, o número de visitantes de todas as partes foi enorme, mais de 50.000 bilhetes foram emitidos” (WMC, 1910b, p. 5). Em janeiro e junho de 1907 trinta e sete delegados de vinte sociedades missionárias reuniram na Escócia, para planejar a conferência seguinte (WMC, 1910b).

Nos dias 14 a 23 de junho de 1910, aconteceu a Conferência Missionária Mundial de Edimburgo (CMME) na *Free Church of Scotland*. A época se contava com a experiência das conferências anteriores; com o otimismo do mundo anglo-saxão pelas descobertas científicas que, para alguns grupos, tinham sido dadas pela providência divina, como recurso para a missão; com a proteção oferecida pelas nações protestantes aos missionários; e o entendimento que as condições sociais, éticas e espirituais dos povos haviam sido conhecidas. Além do mais, dezenas de sociedades missionárias estavam maduras, o movimento voluntário estudantil representava uma enorme força missionária, e a Escócia era um país com algum sucesso em unir os protestantes. O esforço ecumênico protestante se fortaleceria paralelo à unidade e hierarquização católico-romanas estabelecidas no Concílio Vaticano I entre 8 de dezembro de 1869 a 18 de dezembro de 1870. O sentimento de poder evangelizar o mundo naquela geração

⁸⁴ A *Centenary Conference* recebeu algumas críticas como: pouco tempo para preparo e propaganda; a desorganização das preleções; falta de foco; falta de transmissão dos resultados da conferência; e ausência de representatividade. Contudo, três aspectos foram marcantes: i) esta foi a primeira conferência ecumênica internacional planejada e executada em tal escala; ii) foi feito um diagnóstico das questões enfrentadas pelas missões protestantes do final do século XIX durante um período de transição no movimento missionário mundial; iii) os resultados afetivos e informais da conferência foram significativos (ASKEW, 1994, p. 113).

era enorme devido às potencialidades, facilidades e recursos da Igreja (STANLEY, 2014; GIBAUT & JORGENSEN, 2010).⁸⁵

Os pontos centrais discutidos na conferência foram: 1) a obra missionária realizada entre os povos não cristãos; 2) os problemas urgentes e vitais da Igreja; 3) e a não manifestação sobre assunto eclesiástico ou doutrinário do qual os participantes da conferência diferissem entre si (WMC, 1910b, p. 8). Na liderança do movimento, havia personalidades como John Mott (1865-1955), criador da *World Student Christian Federation* (1895). Mott viajou a diversos países expandindo o trabalho da federação, cujo lema era “*the Evangelization of the World in This Generation*”; Lars Olof Jonathan Soderblom (1866-1931), arcebispo luterano, sueco, dedicado ao ecumenismo e à paz universal (STANLEY, 2014).⁸⁶

O evento contou com 4800 delegados inscritos, num total estimado entre seis a sete mil pessoas. Havia poucos participantes do mundo não ocidental. Dentre eles, nove da Índia, quatro japoneses, três chineses, um coreano, um birmanês, um anatólio e um africano negro, de Gana, solitário e europeizado. Percebe-se claramente um movimento do norte para o sul com viés eurocêntrico e uma desconsideração no que se refere à participação dos povos do hemisfério sul nas decisões centrais. Alvo de reiteradas críticas nos anos posteriores (DeMILLE, 1955; STANLEY, 2009).

3.1.2 A Conferência Missionária Mundial e o ethos da medicina missionária

Embora o tema da medicina missionária não tenha sido colocado entre os assuntos principais, “as missões médicas eram devidamente tratadas onde quer que aparecessem sob a observação das comissões, mas as pessoas especialmente interessadas nela sentiam que algo mais era necessário e se revelaria vantajoso em tal momento” (WMCR, 1910, p. 14). Houve encontros específicos sobre o assunto “à luz do propósito de Deus e dos fatos do presente, as necessidades, métodos e urgência do empreendimento missionário estrangeiro” (WMCR, 1910, p. 28-29).

⁸⁵ Para perceber o otimismo missionário da época ver MOTT, John R. *The Evangelization of the World in This Generation*. New York: Student Volunteer Movement for Foreign Missions, 1900; BARTON, James L. *Human Progress Through Missions*. New York: Fleming H. Revell, 1912; GULICK, Sidney L. *The Growth of the Kingdom of God*. New York: Fleming H. Revell, 1897.

⁸⁶ Soderblom recebeu o prêmio Nobel da Paz de 1930; Charles Henry Brent (1862-1929), canadense, fundador do Movimento Ecumênico Fé e Política. Foi o primeiro bispo missionário nas Filipinas (1901). Brent discordou dos missionários protestantes que tentavam fazer proselitismo com os católicos (DeMILLE, 1955) e acreditava que a “unidade do cristianismo não era luxúria, mas necessidade” (ZABRISKIE; NICHOLS, 1949); Alexander Hugh Bruce (1849-1921), o Sexto Lord Balfour de Burleigh, político escocês, reitor da Universidade de Edimburgo, chanceler da Universidade de Saint Andrews e o presidente da conferência (STANLEY, 2014).

As agências que atuavam especificamente com a medicina missionária tinham quase um século de existência e diversos fatores contribuíram para a formação do ethos do MMP, além do crescente papel do médico missionário no mundo (HARDIMAN, 2006). No primeiro encontro, além dos relatórios apresentados sobre a importância das missões médicas, percebeu-se que “era desejável aproveitar tão grande oportunidade para uma Conferência de médicos missionários e especialistas sobre pontos relacionados com este trabalho” (WMCR, 1910, p. 30). O segundo encontro aconteceu no hall do *Royal College of Physicians* e contou com a participação de “130 membros, dos quais 57 eram delegados da CMME, 46 médicos missionários e não delegados, e 27 médicos residentes em Edimburgo ou em seu entorno, ou visitantes da cidade” (WMCR, 1910, p. 113).

Na primeira sessão, discutiu-se que as missões médicas:

- 1) devem ser reconhecidas como parte integral e essencial do trabalho missionário da Igreja Cristã.
 - a) Porque somos guiados pelo exemplo e comando de Cristo a fazer uso do ministério da cura como meio de revelar Deus ao homem; e
 - b) Porque a eficácia e a necessidade de tal trabalho como agência evangelística têm sido provadas em muitos países, várias vezes, e tal trabalho foi selado pela bênção de Deus.
- 2) devem ser continuadas e ampliadas, e elas devem estar sob a responsabilidade de médicos missionários totalmente qualificados, com hospitais propriamente capacitados e equipados e, quando possível, enfermeiras missionárias europeias ou americanas para supervisionar as enfermeiras nativas em sua função (WMCR, 1910, p. 113,114).

Percebe-se a ênfase tanto no reconhecimento das missões médicas como parte integral e essencial das missões como no exemplo de Cristo no ministério de cura, a eficácia desse trabalho no evangelismo e a necessidade de ampliar as missões médicas. A Comissão sobre a Preparação dos Missionários foi unânime ao opinar:

- a) Que o médico missionário tenha a responsabilidade definitiva do trabalho espiritual da missão médica e que esta reunião apele de todo o coração às recomendações do Relatório sobre a Comissão V, relativas à preparação espiritual para esse trabalho.
- b) Que a preparação profissional dos médicos missionários seja a mais completa possível, que ninguém que não tenha graduação em medicina com diploma ou grau em medicina de um órgão de exame reconhecido, assuma o título de médico missionário.
- c) Que sendo impossível para cada denominação ter uma instituição de formação médico missionário para si mesma, tais instituições interdenominacionais como existem, ou seja, levando-as em sua ordem cronológica de fundação - i. A *Edinburgh Medical Missionary Society* em Edimburgo; ii. A *London Medical Missionary Association* em Londres; iii. A *American Medical Missionary College at Battle Creek*, Michigan; iv. *St.*

Luke's College (Guild of St. Luke), Londres e v. *A Medical Missionary Institute para Alemanha e Suíça em Tubingem* - deve ser encorajado em seu trabalho, e calorosamente recomendado a simpatia e oração de todos os interessados em missões médicas.

d) Que todo médico missionário, antes de prosseguir para o campo estrangeiro, tenha ocupado (sempre que possível) um posto de residente em um hospital reconhecido, e estudos de pós-graduação em departamentos especiais e, em particular, doenças oculares e tropicais (WMCR, 1910, p. 113,114).

A ênfase na responsabilidade do médico pelo trabalho missionário se dá porque, até o final do século XIX, o médico era, em grande parte, aquele que cuidava dos missionários, mas não poderia exercer o papel do missionário. Contudo, fora definido que ele também teria autoridade na missão. Por essa razão, precisaria ter formação completa nas duas áreas, ou seja, no mínimo a graduação em medicina, sendo incentivado a ter também alguma especialização e formação em teologia. Inclusive são indicadas as instituições nas quais deveria estudar ou receber apoio. Além disso, era obrigatório experiência em hospital reconhecido e pós-graduação em áreas específicas, para atuar em regiões de clima tropical.

Nas referidas comissões, o Dr. J. H. Cook, de Uganda, da Church Missionary Society (CMS), instou sobre a importância de oferecer cursos em doenças tropicais; O Dr. H. Lankester, secretário da CMS, expôs a absoluta necessidade de ter médicos missionários nos comitês, para discutir os assuntos peculiares a área e, assim, várias sugestões foram oferecidas pelos participantes; O Dr. W. T. Wanless, da Índia, tratou do valor dos hospitais como lugar de estudos de pós graduação e trabalho; O Dr. Olpp, de Tubingen, da Rhenish Mission, China, descreveu como o trabalho começou na Alemanha; O Dr. F. D. Shepard, da Turquia, do ABCFM, discorreu sobre importância do médico missionário falar a língua local e da oportunidade de aprendê-la. Participaram ainda o Dr. C. F. Harford, secretário honorário da Society of Tropical Medicine and Hygiene; o Dr. J. L. Maxwell, da London Medical Missionary Association; o Dr. O. L. Kilborn, da Methodist Church Canada na China; o Bishop Lambuth, M.D., de Nashville, da Methodist Episcopal of America; o Dr. T. Kirkwood, de Tientsin, LMS; o Dr. Basil Price, de Londres; e o Dr. Sargood Fry, secretário da EMMS (WMCR, 1910, p. 114).

Num segundo momento, o documento da *Nurses' Missionary League* enfatizou a necessidade de formação de enfermeiras para as missões “em hospitais de não menos de uma centena de leitos” (WMCR, 1910, p. 115). A missionária Margaret C. Outram, da *Nurses' Missionary League*, enfatizou: “O padrão espiritual de uma enfermeira missionária deve ser tão alto quanto o de qualquer outro candidato. É a vida dela, tanto mais do que o ensinamento dela,

que será contado, e as melhores e mais consagradas mulheres são necessárias para tal trabalho” (WMCR, 1910, p. 116). O seguinte texto foi encaminhado ao plenário:

- 1) Que ainda existe uma grande necessidade de enfermeiras qualificadas no campo missionário estrangeiro.
- 2) Que a formação adequada para essas enfermeiras é essencial.
- 3) Que a formação deve ser:
 - a) Geral - Três anos em um hospital devidamente equipado, ou enfermaria, com um oficial médico residente.
 - b) Especial - Depois de obter seu certificado, tais enfermeiros devem, se possível, receber formação adicional em assuntos como obstetrícia, dispensação, higiene elementar, culinária, trabalho distrital nas favelas de uma cidade e oftalmologia e tratamento de febre (WMCR, 1910, p. 116).

Além do trabalho médico, havia a necessidade da atuação de enfermeiras qualificadas nas missões. A formação complementar em áreas específicas como obstetrícia, culinária, higiene, dentre outras e a experiência em locais de grande carência eram fundamental. Isso porque como vimos o ethos do MMP o levaria a atuar preferencialmente em regiões mais carentes desse tipo de cuidado.

A segunda sessão teve como temática a formação elementar na medicina para missionários e objetivava “ajudar a preservar a saúde de seus companheiros missionários e aliviar algumas das doenças e lesões dos nativos vizinhos em regiões onde a ajuda médica qualificada é difícil ou impossível de obter” (WMCR, 1910, p. 116). As recomendações para quando não houvesse médico e nem hospital por perto, eram:

- 1) Que todas as sociedades devem enviar missionários médicos totalmente qualificados para todos os distritos onde os missionários estão localizados, quando outra assistência médica qualificada não estiver disponível.
- 2) Que todos os missionários no exterior tenham conhecimento que lhes permita salvaguardar a própria saúde e a de suas famílias.
- 3) Que aqueles missionários que são obrigados a viver em distritos onde não há missionários médicos, e onde nenhuma assistência médica ou cirúrgica qualificada esteja disponível, devem ter conhecimento que lhes permita tratar doenças e acidentes menores.
- 4) Que na medida em que há riscos de que os missionários usem este conhecimento indiscretamente, ou assumam uma posição que não estão qualificados para assumir, esta formação deve ser ofertada em instituições reconhecidas onde o curso da formação é planejada adequadamente para a necessidade específica, e onde eles não serão formados junto com estudantes de medicina,
- 5) Que as sociedades missionárias não devem permitir que tais missionários ocupem cargos de responsabilidade médica, nem devem permitir que, sob quaisquer circunstâncias, assumam o título de “médico missionário”, ou assumam a posição de um profissional qualificado (WMCR, 1910, p. 117).

Por essa razão, percebia-se em Goiás e em outras regiões missionários que não eram médicos, mas possuíam alguma formação médica e por isso, atendiam pessoas necessitadas de cuidados menores. Foi o que ocorreu com Cook, Archie e Margareth Macintyre e Tipple, conforme será analisado neste capítulo.

Representantes de diferentes áreas médicas produziram documentos relacionados à estruturação e organização de um departamento para a preservação da saúde dos missionários e suas famílias. Este ligado a todas as sociedades missionárias estrangeiras, para tratar das questões relativas à aptidão física e à preservação da saúde da família do missionário, sob supervisão de uma equipe médica. Deveria haver coleta e registro sistemático sobre a saúde dos missionários o que incluía dados de seguro e aposentadoria e a necessidade de instrução médica elementar (WMCR, 1910, p. 118). Isso foi feito porque em consonância a *Association of Medical Officers of Missionary Societies*, mais de 60% das causas de morte de missionários desde os anos de 1890 se deu pelas “chamadas doenças evitáveis, contra as quais muitas salvaguardas podem ser tomadas” (WMCR, 1910, p. 118).

A terceira sessão, presidida pelo Dr. J. W. Ballantyne, presidente da EMMS, trouxe duas demandas: 1) o valor dos dispensários como extensão dos hospitais. Assim, “apenas assistentes formados e experientes devem ser colocados no comando das agências, a conexão com o hospital central deve estar próxima e ter supervisão completa”; 2) tendo em vista a necessidade dos médicos missionários terem férias e folga sem fechar os hospitais estabelecidos, seria necessário “ter dois médicos totalmente qualificados na equipe regular de cada estação⁸⁷ de missão médica que deve ser solicitada aos Comitês e Conselhos de origem, especialmente no caso de missões femininas” (WMCR, 1910, p. 119).

Tratou-se ainda da formação de nativos para a manutenção do trabalho a longo prazo, independente da permanência do missionário no local. Este foi um dos aspectos mais relevantes das missões médicas, que possibilitou a formação e multiplicação dos profissionais de saúde, em muitos países (SI, 2015; DWIGHT, 1904).

⁸⁷ Alguns componentes institucionais da UESA eram: A missão, o campo missionário, a estação e a igreja. A missão é a sociedade religiosa, filantrópica que não possuía personalidade jurídica e funcionava como preposto nos estados brasileiros, subordinados ao escritório central da UESA. O campo missionário diz respeito a área geográfica de atuação de alguns missionários. Já a estação missionária era o local onde residia um ou mais missionários, sejam eles professores, médicos ou pastores, que cuidavam de uma ou várias igrejas, onde normalmente tinham uma escola. A Igreja é a reunião de alguns fieis, em determinado local, sob o cuidado de um missionário.

O comitê de “Educação em relação a cristianização da vida nacional” decidiu:

- 1) Que escolas médicas cada vez mais bem equipadas sejam estabelecidas em centros de missão adequados, e que o maior número possível de indígenas seja formado para os vários ramos da obra médico missionária, pela dupla razão:
 - a) Porque o trabalho que se tem nos hospitais missionários e o trabalho de evangelização médica não será finalizada por médicos estrangeiros; e
 - b) Porque o nativo pode alcançar seus companheiros de um modo que o estrangeiro raramente consegue; é mais fácil e confiável; é mais econômico de se sustentar; e tem provado, em vários campos missionários, ser capaz de se tornar uma eficiente enfermeira, assistente hospitalar, médico, cirurgião e médico missionário, e em muitos casos como na China pode ocupar posições importantes na conexão com o governo e serviços públicos, onde os médicos cristãos podiam exercer uma poderosa influência para Cristo.
- 2) A reunião é também de opinião unânime que alguns dos nativos mais instruídos devem ser direcionados em medida crescente para as escolas e faculdades de missões médicas que estão surgindo em muitos países (WMCR, 1910, p. 119, 120).

Ainda que as missões médicas não fossem um dos assuntos principais da CMME, foram tratadas de forma ampla, profunda e incisiva. Registrou-se o aumento de hospitais na Ásia e na África, de faculdades de medicina na China e na Índia, dentre outros. Fomentou-se ampla cooperação entre as missões, tendo em vista a unidade, “mas também com o propósito de economia, eficiência e permanência na preparação de trabalhadores nativos para o campo médico missionário”. Ademais, escreveram ao comitê “organizador da conferência médica para levar este assunto em consideração, e tomar as medidas que forem necessárias para alcançar o resultado desejado” (WMCR, 1910, p. 120).

A CMME enfatizou o trabalho médico missionário quanto a: importância, valor, eficácia e necessidade; manutenção do ethos, visando excelente formação profissional e espiritual; necessidade de instituições de formação do médico, da enfermeira e dos nativos; prioridade em trabalhar a visão e abrangência do profissional da medicina missionária para cuidar de sua saúde, dos missionários e da população carente ao redor da missão e onde houver base missionária; prioridade na qualificação mínima dos missionários em medicina, principalmente se não houver médico na missão, contudo, sem assumirem o papel de médico missionário; necessidade de instalar dispensários como braços dos hospitais e realizar melhor comunicação entre missionários e agências; necessidade de racionalidade na utilização de pessoal, recursos e formação (WMCR, 1910).

3.1.3 A Conferência Missionária Mundial de Edimburgo e a União Evangélica Sul-Americana

Uma das críticas à Conferência Missionária Mundial de Edimburgo (CMME) foi a falta de representatividade de países do sul e, por sua vez, da América Latina. Não havia nem mesmo representante substancial de missionários anglo-saxões atuando na região. Houve um acordo dos organizadores da conferência com os líderes da ala anglo-católica da Igreja da Inglaterra, no sentido de que “não haveria nenhuma participação anglo-católica se a conferência tivesse permissão para discutir as missões protestantes em território católico romano” (STANLEY, 2009, p. 13). Qualquer coisa que parecesse proselitismo evangélico de católicos ou ortodoxos foi limitada e, ainda, foi marcante a visão ocidente-oriental, como um movimento do mundo cristão ocidental para o mundo oriental não cristão. De acordo com Speer (1910), não se considerou que, ainda que haja algo como cristandade, diferente do paganismo, “no entanto, há muito paganismo no que chamamos de cristandade” (SPEER, 1910, p. 306). O que se percebe em muitos registros é que apesar da América Latina ser identificada como cristianizada, em muitos lugares, bem como na Europa e América do Norte, havia um ethos e uma moral que era oposta a proposição cristã. Desta forma, alguns missionários entendiam a necessidade da ação social e propagação da fé cristã nesses ambientes (FANSTONE, 2017).

Durante a conferência, representantes de missões americanas, liderados por Robert E. Speer, fizeram duas sessões não oficiais considerando as missões latino-americanas. Assim iniciaram “o comitê de cooperação na América Latina e a formação em 1911 da União Evangélica Sul-Americana (hoje Latin Link)”. Como desdobramento das decisões da CMME, em 1913, alguns líderes agendaram um encontro em Nova Iorque para pensar a América Latina. No ano seguinte, se reuniram em Cincinnati e, em 1916, aconteceu o Congresso *Christian Work in Latin America* no Panamá, com uma pequena participação de latino-americanos. Então decidiram estruturar o trabalho a fim de evitar “competição e duplicação de esforços”, e para pensar na cooperação através da “publicação de literatura, educação, conferências regionais, reuniões missionárias, trabalho universitário, reforma social e preparação de novos missionários” (GALE, 2005). Outros encontros aconteceram, com o mesmo intento em Montevideo (1925) e Havana (1929). Mais tarde aconteceu a Conferência Evangélica Latino-americana em Buenos Aires (1949), depois em Lima (1961) e Buenos Aires (1969) novamente (MARTIN, 1990; GALE, 2005).

Alguns participantes da CMME como George Campbell Morgan, Stuart Holden,⁸⁸ George Grubb e Henry Guinness, líderes de missões no Peru, Argentina e Brasil discordaram do pensamento de que a América Latina não precisava de missionários. Então decidiram: “Vamos lá para ver”; e enviaram um dos seus principais bispos para investigar a situação. Embora pessoalmente inclinado para a atitude de Edimburgo, o sr. Grubb ficou tão convencido que em seu retorno disse o seguinte sobre a América Latina: o Maior Campo Missionário da Terra” (CSWC51/15/2, 1933, p. 115). Ele já havia visitado a “América do Sul no início dos anos 90 com o Sr. Millard. O resultado de sua visita foi o livro, que causou uma profunda impressão”, de Lucy Guinness, intitulado “América do Sul, o continente negligenciado” (CSWC51/15/1-3, 1911, p. 148). Os relatórios de 1913 consideravam o trabalho “como ‘urgente’, ‘Imediato’, [...] do Movimento Missionário leigo” (CSWC51/23/4, 1913, p. 04).

A união de fatores como a rejeição do parecer da CMME, o relatório obtido pelo bispo comissionado a visitar a América Latina e a figura do médico missionário pioneiro no Brasil, Robert Kalley, deram impulso à criação da UESA. Eles registraram: “há uma pessoa a quem a UESA está em dívida [...] o Dr. Kalley deve ser renomado”. Assim é preciso recuperar a “visão que guiou o Dr. Kalley, aquele sábio mestre-construtor, que lançou as bases da UESA no Brasil” (CSWC51/15/2, 1933, p. 117).

Assim, “a base da EUSA foi elaborada e aprovada na capela de Westminster em 9 de maio de 1911. Para alguns, este é considerado o dia do nascimento do EUSA. No entanto, outros entendem que não se pode dizer que uma missão existe sem missionários. Contam os 50 anos de história da EUSA, desde a reunião memorável em Keswick, 25-26 de julho de 1911, quando o Conselho recém-constituído formalmente aceitou a responsabilidade pelos campos na Argentina e Peru” (South America. Jubilee 1911-1961. UESA, London, 1961, p. 17). A UESA nasceu, então, da união da *Regions Beyond Missionary Union* (RBMU) com a *South American Evangelical Mission* (SAEM) e a *Help For Brazil Missionary Society* (HFBMS). Essas missões atuavam na Argentina, Brasil e Peru, mas objetivavam atuar na América do Sul ou, melhor, na América Latina, um campo maior (CSWC51/15/2, 1933, p. 126).

A RBMU foi fundada por Henry Grattan Guinness (1835-1910) e teve como filho Gershom Whitfield Guinness (1869-1927), filho de Henry Guinness formado na Cambridge University, dentre outros formados em medicina e teologia pela Universidade de Glasgow e

⁸⁸ John Stuart Holden (1874-1934), inglês, estudou na *Liverpool College* e depois em Cambridge. Foi um evangelista anglicano, pregador perene na *Keswick Convention*, seu diretor e também diretor da *China Inland Mission*, cofundador da UESA, além de Presidente da *Missionary School of Medicine*, que objetivava oferecer formação básica em medicina tropical aos missionários (DAVIES, 2006).

atuou como médico missionário na África. Henry Guinness iniciou com o Harley College em 1873, e uma faculdade para mulheres em 1884. Com vistas a formação prática, salas foram estruturadas na extremidade leste da cidade, inclusive com um centro de enfermagem e missão médica. A missão atuou no Congo, Argentina e no Peru em 1897.

Em 1913, a HFBMS se filiou à UESA. O Rev. James Fanstone, formado no *Harley College*, atuou no Brasil a convite do Dr. Robert Kalley. Em 1891, o Rev. Fanstone voltou à Inglaterra, expôs as necessidades de evangelização e cuidado das igrejas no Brasil, criou em 1892 a HFBMS com 14 pessoas e estabeleceu o escritório em Edimburgo. Dentre os fundadores estavam: Alexander Telford, James Haldane, Jabes Wright e dois médicos missionários: James Hudson Taylor e João Gomes da Rocha, filho do Dr. Kalley (GRAHAM, 1972; FANSTONE, 2017). Em abril de 1913, a direção da missão fez um *Memorandum of Agreement*, transferindo a HFBMS à UESA (CSWC51/7/6/1-2, 1913, p. 1-11). Fanstone explicou, “o ‘trabalho não cresceu como poderíamos ter desejado’, e o apoio de uma sociedade mais forte na Grã-Bretanha era muito necessário” (GRAHAM, 1972, p. 281).

A SAEM foi fundada no Canadá em 1895, contudo liderada a partir de Liverpool. Em 1898, ela enviou missionários à Argentina e ao Brasil, visando o trabalho com indígenas; e em 1904, sob a liderança de Bryce Ranken, a sede da missão foi transferida para São Paulo (GRAHAM, 1972, p. 281). Assim a UESA⁸⁹ nasceu na *Keswick Convention*,⁹⁰ em 9 de maio de 1911, em Liverpool, como resultado das decisões da CMME. Sua origem não foi como missão médica missionária, embora alguns de seus membros atuassem na área. Havia diretores no Reino Unido e América do Norte, além do endereço da missão em Glasgow e representações na Austrália e Nova Zelândia.

Os objetivos da UESA, conforme os boletins de 1911, 1914 e 1931, revelam poucas variações no conteúdo: a) unir, na medida do possível, as ações evangélicas no continente; b) apresentar às igrejas de outros lugares as reivindicações da América do Sul como campo missionário, visando alistar a oração e o serviço em seu favor (CSWC51/1/3, 1931; CSWC51/1/2, entre 1911 e 1914).

Quanto ao caráter, a UESA é uma sociedade internacional e interdenominacional, administrada por um conselho, e com comitês executivos no campo. A organização consiste de

⁸⁹ Ver em cópias de memorando e artigos da *Association of the South American Evangelical Mission Trust Association Limited*. O documento contém: um certificado de 1911 da mudança de nome para *South American Evangelical Mission Trust Association, Limited* (CSWC51/1/2).

⁹⁰ A *Keswick Convention* começou em 28 de junho de 1875 como o ponto alto do movimento evangélico no Reino Unido. Seus líderes foram o anglicano T. D. Harford-Battersby e o quaker Robert Wilson. O primeiro encontro se deu numa tenda na St John's Vicarage, Keswick. Com o tempo a convenção tornou-se uma das maiores reuniões de incentivo a missões (KOMMERS, 2015).

um corpo de missionários e nacionais (CSWC51/1/3, 1931, p. 1; CSWC51/1/2, entre 1911 e 1914). Os missionários deveriam fazer uma declaração por escrito sobre sua visão dos princípios fundamentais da fé cristã, o autossustento ou o sustento “por ofertas de livre arbítrio, suas necessidades sendo colocadas diante de Deus em oração e informações sobre a obra circuladas entre o povo do Senhor” (CSWC51/1/3, 1931, p. 1).

Outros assuntos tratados foram: candidatos, correspondência, trabalho de delegação, executivo de campo, comitê da estação, chefe da estação, departamentos (inclui medicina e enfermagem), organização da igreja, as Escrituras, trabalhadores nacionais e relação com outras sociedades. No documento de 1911, não havia a cláusula *Medical and Nursing*, mesmo que houvesse médicos e enfermeiras, desde antes de 1911, atuando especialmente no Peru, como os médicos missionários: Dr. Elliott Thornton Glenny (1910); Dr Stuart McNairn (1911); e o prático Thomas Payne desde 1903; além das enfermeiras Ethel K. Pinn, no hospital da missão em Cuzco, desde 1906 (CHAPMAN, 2006; CSWC51/15/1a3, 1936, p. 8). Entretanto é perceptível os valores do ethos médico missionário presente. Sua área de atuação abrangia: “livraria, escolas bíblicas e seminários, serviços médicos e aliança com igrejas locais e organizações, a fim de fomentar um movimento evangélico nativo na América do Sul” (CSWC51).

No documento de 1931, o item *Medical and Nursing* traz o seguinte conteúdo:

- a) Este departamento é composto por homens médicos totalmente qualificados, enfermeiras certificadas e outras trabalhadoras que podem possuir o certificado C.M.B.⁹¹
- b) O trabalho do departamento é auxiliar àqueles que levam o Evangelho, e este princípio deve governar todas as suas atividades em lugar de considerações meramente financeiras.
- c) Embora os serviços do departamento devam, no interesse do evangelho, ser livremente colocados à disposição dos pobres, ainda devem ser cobradas taxas adequadas por tais serviços a todos os que estão em condições de pagar por eles, e na proporção de sua capacidade, tais taxas sendo contabilizadas para o tesoureiro de campo.
- d) As candidaturas para os serviços do médico ou enfermeiro que envolvam ausências prolongadas do seu posto só serão consideradas se não prejudicarem o trabalho normal. Todas essas aplicações devem ser consideradas em consulta com o chefe da estação.
- e) Os serviços de médico ou enfermeiro estarão disponíveis gratuitamente para todos os membros missionários. Quaisquer despesas de viagem que envolvam chamar um médico ou enfermeiro de uma estação para outra, serão custeadas pelo missionário até o limite de £ 3.
- f) Espera-se que as mulheres casadas que possuem o certificado C.M.B respondam quando solicitadas a ajudar o departamento em casos de emergência e excesso do trabalho. Quando tais chamados implicarem um

⁹¹ “Central Midwives’ Board” é o Conselho Central de Parteiras.

considerável inconveniente para os trabalhadores casados, eles serão recrutados em casos de extrema urgência (CSWC51/1/3, 1931, p. 5, 6).

O documento tratou de “médicos totalmente qualificados, enfermeiras certificadas”. De forma intencional ou não, é uma repetição do documento da CMME reforçando o princípio da formação médica científica; e por ser uma missão, está implícita a necessidade da formação teológica. O documento trata ainda de “homens médicos”, contudo, desde a década anterior ao documento, a Dra Rettie Wilding já estava atuando em Goiás e enfermeiras atuaram no Peru desde o início do século XX, através das missões que comporiam UESA. E mais, as mulheres casadas deveriam prover socorro, mas havia uma forte preocupação moral sobre onde atender (CSWC51/1/3, 1931). Em caso de licença o missionário devia prover substituto e assim descansar o “corpo e a mente”. O trabalho central era com missionários, entretanto poderia atender os pobres e locais, e receber de forma proporcional à capacidade econômica do paciente, contudo o dinheiro seria administrado pela missão médica, ou seja, aquelas que tratavam somente da saúde e o objetivo era atender a população local (WMC, 1910a).

Uma contribuição importante para o estudo da saúde e das doenças foram as decisões de envio trimestral da “correspondência de campo” relatando o “progresso e desenvolvimento do trabalho sob sua responsabilidade”. Além disso, os missionários “são especialmente solicitados a redigir relatórios periódicos sobre o trabalho de sua Estação ou Departamento”. Esses relatórios eram essenciais para o Relatório Anual da União. Junto com o relatório, os missionários deviam ainda enviar boas fotos e estatísticas “cuidadasas do crescimento e progresso do trabalho”, elementos que forçavam uma diligência no trabalho. Além do mais, o missionário precisava ter uma visão do trabalho todo e usar suas potencialidades “na causa comum e não apenas em nome do trabalho de sua posição” (CSWC 51/1/3). Foi a partir desse ethos que a UESA enviou missionários a Goiás.

3.1.4 Goiás do início da União Evangélica Sul-Americana à chegada dos Médicos Missionários Pioneiros (1920)

Tendo visto o contexto de formação da UESA e os parâmetros da medicina missionária, agora teremos um vislumbre da saúde pública em Goiás e a chegada dos missionários pioneiros na região. Houve mudanças significativas no olhar sobre a região desde o nascimento da UESA, em 1911, até a chegada dos Médicos Missionários Pioneiros (MMPs) a partir de 1924.

Conforme visto no capítulo anterior, até os anos 1900, o interior do Brasil foi visto como sertão, lugares insalubres e distantes do centro de poder. Do início de mil novecentos até a chegada dos MMPs em Anápolis, havia pelo menos duas visões distintas sobre o sertão Goiano. A primeira, mais pessimista, apresentada no relatório de 1912 por Penna e Neiva, do Instituto Oswaldo Cruz; e a segunda, fomentada pela Revista *Informação Goiana*, em consonância com o Relatório Cruls (VIEIRA, 2007, 2009). Quanto a primeira, o Relatório da *Viagem Científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás* (1912), (PENNA; NEIVA, 1999), apresentou uma perspectiva médico-científica do sertão “relacionado a vastos espaços pouco habitados”, acrescido das “idéias de abandono, exclusão e doença”, devido à miséria e doenças que ali grassavam (VIEIRA, 2007, p. 25, 2009). “Segundo puderam inferir, Goiás seria o estado mais flagelado pela doença no Brasil” (VIEIRA, 2007, p. 47).

A situação do norte de Goiás foi descrita como “quadros infernais [...] Núcleos de população desde 60 a 300 indivíduos, na sua maioria idiotas, cretinizados, ou aleijados ou paralíticos, percorremos nós, onde dificilmente se deparava um semi-idiota capaz de dar algumas ligeiras informações” (PENNA, 1918, p. 10). Há de se considerar que a descrição “maioria idiotas” não seria uma leitura precipitada da realidade. Dificuldade de entendimento da linguagem, timidez ou até mesmo uma astúcia que “engana o médico” (PETER E REVEL, 1995, p.143 e 145), “ou o seu senhor, ou a sociedade inteira, especialmente diante de uma enfermidade irreparável no corpo, como a doença mental” (SILVA, 2021, p. 22). Diferentemente da visão da Comissão Cruls, conforme capítulo anterior, a viagem de Penna e Neiva trouxe à tona o real problema dos brasileiros, que nada tinham de inferioridade racial, “mas sim sobre as inúmeras enfermidades que os acometiam, debilitando-os de todas as maneiras possíveis, para o trabalho e para a vida” (VIEIRA, 2009, p. 45).

Penna e Neiva escrevam que são

falsas [as] informações dos que viajam por essas regiões, pintando em linguagem florida e imaginosa, quadros de intensa poesia da vida bucólica, feliz e farta. Nós, se fôramos poetas, escreveríamos um poema trágico, como a descrição das misérias, das desgraças dos nossos infelizes sertanejos abandonados. [...] Os nossos filhos, que aprendem nas escolas que a vida simples de nossos sertões é cheia de poesia e de encantos, pela saúde de seus habitantes, pela fartura do solo, e generosidade da natureza, ficariam sabendo que nessas regiões se desdobra mais um quadro infernal, que só poderia ser magistralmente descrito pelo DANTE imortal. Não agrada certamente a franqueza com que expomos nossa impressão, mas julgamos ser isso um dever de consciência e de patriotismo. [...] Os sertões que conhecemos, quer os do extremo norte quer os centrais, quer os do norte de Minas, são pedaços do purgatório, como no-lo pintam os padres, onde se purgam os pecados em vida, sem outra compensação que a inconsciência em que cai o desgraçado que nele se afunda [...] (PENNA; NEIVA, 1999, p. 222).

Assim, aconteceu uma quebra da imagem positiva do interior, afastou a imagem negativa a respeito do povo, que preconizava a solução para os males ‘irreversíveis da miscigenação’ e trouxe como real problema, o descaso político, o abandono do poder público e o isolamento do litoral, assolado pelas inúmeras doenças e pela pobreza (VIEIRA, 2007, 2009). O relatório foi visto como “um dos mais expressivos e influentes documentos na gênese da imaginação social sobre o Brasil” (LIMA, 2003, p. 212).⁹²

Entre as enfermidades relatadas pelos médicos-sanitaristas, encontravam-se,

a esquistossomose, a ancilostomose, a febre amarela (que seria mais comum na Bahia), o impaludismo (considerado o maior flagelo das zonas secas), a tuberculose (mais abundante nos sertões do que se poderia imaginar), a sífilis (mais generalizada do que nos centros populosos do país), a boubá, a lepra (encontrada no sul do Estado de Goiás), filariose, carbúnculo (que ao atacar o gado facilitava a infecção humana), disenteria, varíola e alastrim. [...] Duas outras patologias chamaram a atenção dos autores por não serem encontradas no litoral: a disfagia espasmódica, conhecida popularmente como ‘mal de engasgo’ ou ‘entalção’, e o ‘vexame’ (VIEIRA, 2009).

Esse movimento impactou a opinião pública, os intelectuais e políticos, especialmente com o discurso e impressão do relatório do médico Miguel Pereira (1916) afirmando que fora as capitais, mais ou menos saneadas, e “algumas outras cidades em que a previdência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital” (PEREIRA, 1916, p. 7). A força retórica da imagem e sua repercussão durou até a década de 1950 e levou a ideia de que a “reforma do homem rural configurava-se então como uma alternativa viável à queda brusca do movimento imigratório” e a necessidade de “políticas de saúde pública voltadas para o interior do país” (VIEIRA, 2007, p. 25, 50). Fato é que Goiás com esse quadro de doenças ameaçava a sociedade e a economia. O governo brasileiro, promoveu campanhas, pois percebeu essa ameaça às “crises socioeconômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava a economia agroexportadora brasileira, especialmente a exportação do café” (MIRANZI et al., 2010, p. 160).

De acordo com Magalhães (2009), a mudança analítica entre a visão da comissão Cruls e o relato de Neiva e Penna foi “a atribuição de responsabilidade ao governo pela apatia e pelo

⁹² “Enfim, a solidão, a miséria, o analfabetismo universal, o abandono completo dessa pobre gente, devastada moralmente pelo obscurantismo, pelas abusões e feitiçarias, e física e intelectualmente por terríveis moléstias endêmicas. A raça atual dessa região é inaproveitável. É habitual dizer-se, e nós mesmos já temos cometido esse pecado, que o povo sertanejo é indolente e sem iniciativa. A verdade, porém, é outra. A ausência de esforço e de iniciativa dessa pobre gente, é proveniente do abandono em que vive, e da incapacidade física e intelectual, resultante de moléstias deprimentes e aniquiladoras, cabendo nessas regiões, à moléstia de Chagas a primazia desse malefício [...]” (PENNA; NEIVA, 1999, p. 223).

atraso do brasileiro”. Através dessa visão, a improdutividade do sertanejo “passava a ser justificada pela doença, decorrente do abandono das autoridades públicas. Imputava-se ao governo, e não mais à natureza, à raça ou ao próprio indivíduo, a responsabilidade pela indigência de tanta gente que padecia sem assistência”, somada a “ausência absoluta de qualquer identificação com o país. Para esses sanitaristas, somente a medicina, aliada ao poder público, seria capaz de transformar os estranhos habitantes do Brasil em brasileiros” (MAGALHÃES, 2005, pp. 462, 463). A visão associativa da medicina e do poder público reforça ainda mais o ethos que crescia em Goiás com o saber-poder médico (CAMPOS, 1980, 1996; FOUCAULT, 1979).

As ideias do relatório foram sentidas na pena de Monteiro Lobato, que revisou seu famoso personagem, o Jeca-Tatu, passando de “caboclo preguiçoso e indolente” a “agente transformador da realidade, capaz de contribuir para o progresso do país” (LIMA; HOCHMAN, 2000, 2004; VIEIRA, 2009, p. 50). Em 1918, foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, para atuar na reforma do homem sertanejo, com uma revista propagandeando essas ideias. O movimento contribuiu para quebrar o poder oligárquico e legitimar a autoridade estatal na implantação de postos de saúde na região, por vezes, esquecida dos poderes públicos (VIEIRA, 2009, p. 50).

Em contraposição à visão de Penna e Neiva, a revista médico-científica *Informação Goiana* nasceu para mostrar os pontos positivos da região; para quebrar a falsa ideia do Brasil como um “vasto hospital”, conforme apresentada até aquele momento; para divulgar as possibilidades econômicas do Brasil Central; e para invalidar a ideia do médico do interior como atrasado e submisso ao isolamento imposto pelo meio. Criada pelo militar goiano Henrique Silva, ex-membro da Comissão Cruls, e o médico e político Americano do Brasil, a revista tinha como articulistas médicos do Brasil Central que defendiam as condições sanitárias do interior do país, em especial, de Goiás. A revista com publicação mensal circulou entre 1917 e 1935 (CSWC51/1/3, 1931, p. 5,6).

Alguns artigos da revista traziam títulos eloquentes: “A bancarrota do saneamento dos sertões”, “A verdade sempre aparece” e “Viajores – mas superficiais observadores”. Para os articulistas, “o real problema da região não estava vinculado ao saneamento, mas sim à geografia, que dificultava o intercâmbio de Goiás com o resto do Brasil. Ao passo em que insistiam neste aspecto, negavam a necessidade de saneamento daquelas paragens”, ainda que, por vezes, eles reconheciam o ambiente de insalubridade com poucos recursos (CSWC51/1/3, 1931, p. 52).

Quanto ao clima dos sertões, registrou Euzébio, “exceto nalguns poucos lugares, facilmente saneáveis, é salubérrimo e, até ousar asseverar, exclui a intervenção médica. Quanto a visada capacidade do sertanejo para as armas, poucos estados se gabarão de possuir uma juventude, inteligente, robusta e válida como a de Goiás”, além de “outros estados compreendidos na zona denominada sertão. O sertanejo só precisa de comunicação fácil com os centros consumidores e de alguns aperfeiçoamentos industriais que unicamente os favores nacionais e a imigração estrangeira lhe poderiam proporcionar [...]” (EUZÉBIO, 1918, p. 130).

De uma maneira ou de outra, o debate inspirou “o movimento em prol do saneamento rural, cujas ações repercutiram em medidas concretas em torno das políticas de saúde pública voltadas para o interior do país” (VIEIRA, 2007, p. 25).⁹³ Neiva e Penna propuseram a criação de postos de saúde na região e a implantação de um serviço médico itinerante onde não houvesse médicos, mesmo sabendo que, por vezes, o médico era o último recurso a ser procurado pela população. Isso porque, os tratamentos populares estimulavam o sertanejo a procurar por rezas e crendices; o alto preço da consulta; os médicos não sabiam a etiologia das doenças, portanto não apresentavam resultados melhores do que os práticos; a linguagem não era acessível; ademais, tinham na natureza seu arsenal terapêutico (PENNA; NEIVA, 1999; COELHO, 1999).

Em 1920, a capital de Goiás foi considerada uma “cidade-doente”, portanto perigosa no quesito saúde pública. Certamente questões políticas influenciaram essa análise (CAMPOS, 1980). Naquele mesmo ano, foi formado o Departamento Nacional de Saúde Pública (Decreto nº 14.189, de 26/5/1920), como o órgão mais expressivo do país na área, fruto da Diretoria dos Serviços de Profilaxia Rural. O objetivo era combater as endemias do interior do país (VIEIRA, 2015).

A população brasileira contava com aproximadamente 30.635.600 habitantes e apenas 14.031 médicos. O que significava um médico para cada 2.183 pessoas. O território de Goiás, que abrangia o atual estado do Tocantins, possuía 511.919 habitantes em 68.752 domicílios (IBGE, 1956, p. 2). O único órgão promotor de saúde no estado, se assim podemos dizer, era o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara (HCSPA). Remédios de pouca serventia eram

⁹³ Para Simone Kropf (2009), o verdadeiro impacto nas mobilizações higienistas se deu com Carlos Chagas, devido à doença de Chagas (1909), denominada “doença do Brasil”. Contudo, para Miranda de Sá (2009) e Hochman (1993), o relatório de Belisário Penna e Arthur Neiva influenciou na fundação da Liga Pró-saneamento do Brasil e gerou um novo olhar sobre a saúde e saneamento como temas nacionais, e em relação ao sertão brasileiro propiciou o nascimento de políticas públicas (VIEIRA, 2009). De acordo com Gomes Filho (2014), “a Medicina tomou a dianteira no discurso do progresso da nação brasileira, tornando-se o verdadeiro paladino da modernização social através da higienização das práticas, costumes e crenças no Brasil” (GOMES FILHO, 2014, p. 238).

anunciados no Jornal do Povo. Situação que vai perdurar até o final dos anos de 1940 (MORAES, 2012; MAGALHÃES, 2009).

No quadro 4, temos o quantitativo dos profissionais de saúde em Goiás e a proporção desses por pacientes em 1932.

Quadro 4: Profissionais de saúde na diretoria geral do serviço sanitário em 1932

Especificação	Quantidade	Habitantes por especialista
Médicos	104	4.992
Farmacêuticos	123	4.162
Cirurgiões-dentistas	38	13.473
Farmacêuticos práticos licenciados	64	8.000
Dentistas práticos licenciados	77	6.649
Veterinários	01	-
Parteiras	01	511.990
Total registrado	408	1.254

Fonte: RELATÓRIO..., 1930-1933. Elaborado pelo Autor.

A partir das informações, percebe-se grosso modo, que havia um especialista para cada 1.254 habitantes. Ciente que como a medicina científica não apresentava melhores resultados que os práticos. O reconhecimento médico só se deu a partir do governo Vargas, unindo-se ao projeto de Estado. Agora se considerarmos o pequeno número de instalações auxiliares, como laboratórios e salas de raio-x, somado aos muitos médicos que se desviavam da sua vocação para atuar em outras áreas, e os que atendiam parcialmente ou deixavam de atender a população, a situação era muito difícil. “Em comparação com as demais regiões do Brasil no mesmo período, a situação de Goiás era a mais preocupante” (VIEIRA, 2012, p. 82).

Em 1922, na Cidade de Goiás, além da farmácia do HSPA, havia duas outras, a Farmácia Central e a Farmácia Santana, dos farmacêuticos Francisco Perillo Junior e Angel Arlington Fleury Curado, respectivamente (CURADO, 1961). Os dados sobre as farmácias em Goiás parecem incompletos visto que “em 1933, existiam 72 farmácias licenciadas e 22 não licenciadas, em 49 municípios goianos” (RELATÓRIO..., 1930-1933). Por falta de escolas de saúde em Goiás, Ouro Preto era a melhor opção para cursar farmácia. Os farmacêuticos planejaram ter uma faculdade em Goiás, então pediram apoio ao secretário de estado, o farmacêutico Constâncio Gomes de Oliveiras. Em maio de 1922, com o apoio dos médicos

Agenor Alves de Castro, Antônio Borges dos Santos e Lincoln Caiado de Castro iniciaram a escola, que teve como diretor Brasil Ramos Caiado. O espaço e mobília utilizada foi do HCSPA (BORGES; CAMELO, 2016).

Um ano depois, teve início o curso de odontologia, denominada Escola de Pharmacia e Odontologia de Goyaz. A primeira foi reconhecida pela lei Estadual nº 945, de 13 de junho de 1924. Nada se sabe sobre a entidade mantenedora da escola, mas percebe-se que ela foi “fundada pela e para a elite local” (BORGES; CAMELO, 2016, p. 89). Entre 1922 a 1928, a escola diplomou cerca de 85 profissionais, e entre 1928 e 1930 tinha 23 matriculados, contudo, os registros apontam para 6 formandos. Uma das hipóteses é que a escola foi fechada por questões políticas. Entretanto, deixou sua contribuição significativa para formação de profissionais da saúde em Goiás. A Escola teve curta duração (1922-1931), não obstante foi de grande importância para o desenvolvimento da saúde no Estado. A próxima faculdade em território goiano só funcionaria em 1945 (BORGES; CAMELO, 2016).

Com a chegada dos primeiros missionários da UESA em Goiás, houve ações pontuais direcionadas à população com relação a medicina. Entretanto, houve missionários na região que não eram da UESA e atuaram sendo formados ou não em medicina. Entre eles: William Azel Cook, que passou pela região em 1896; Carlos Heinrich, médico missionário alemão (1920); George R. Witte, estudante de medicina; e Raymond B. Clark (1922), às vezes tratado como medicine-man. A ação protestante na região ocorria desde 1884 (ARAÚJO, 2019). O primeiro missionário da UESA, o inglês Frederick Charles Glass (1871-1960), colportor, atuou em Catalão (1902), em Santa Cruz (1904) e fez da capital sua base missionária (1906). Em seus relatos memorialistas registrou viagens pelo interior do estado numa jornada de 400 quilômetros, onde “nos três dias seguintes, viajamos por um distrito cheio de febre e em todas as muitas casas de fazenda que visitamos havia gente doente e moribunda - às vezes até seis ou sete em uma casa” (GLASS, 1923, p. 84). Glass escreveu sobre o encontro com o senhor Nestor em Bonfim, atual Silvânia, “o único médico da região” (GLASS, 1923, p. 103). Depois de 50 anos de sua vida dedicados à colportagem, o missionário faleceu no Rio de Janeiro. Glass escreveu o livro, *Aventuras com a Bíblia no Brasil* (1926) (GLASS, 2018; FAUSTINO, 2013; SILVA, 2015).

Outro missionário na região foi o britânico Bryce William Ranken (1870-?), que abriu caminhos para o escocês Archibald Macintyre. Em 1907, Macintyre fixou residência na Cidade de Goiás. No ano seguinte, “partia para diversas expedições evangelísticas”, com algum auxílio médico, atingindo vários estados brasileiros (CAVALCANTE, 2014, p. 58). Ele foi o primeiro missionário a residir em Goiás. Casou-se com Margarida C. Russel (1909) e foi presidente da

Comissão Executiva da UESA. Macintyre medicava pessoas usando o quinino como elemento principal (MACINTYRE, 2000, p. 98). Suas experiências foram registradas no livro *Descendo o Rio Araguaia*, no qual se encontra a paisagem encantadora dos rios e pessoas, em especial os indígenas. Contudo as cidades foram vistas como lugares decadentes (ARAÚJO, 2016).

Sobre a situação das cidades goianas, Macintyre considerou Palmas, a cidade entre os rios Palma e Paranã, uma “das piores zonas da terrível febre do Estado de Goiás” (MACINTYRE, 2000, p. 98). Com o sulfato de quinina, aliviava as febres das pessoas; em alguns casos fazia uma doação, em outros, cobrava uma pequena taxa, devido à grande procura. Para Macintyre, o surto da malária dizimava os moradores da região. O missionário chegou a ser considerado “Doutor” devido à atenção oferecida aos doentes. “Durante a estadia ali [Cavalcanti] estive bem ocupado medicando as pessoas com quinino, o que felizmente tinha um bom suprimento e, entre aqueles doentes mediquei dois homens, que como nós, estavam de passagem pela cidade” (MACINTYRE, 2000, p. 98).

Sua esposa, Margareth ou Margarida atuou também, como prática, medicando pessoas. Contudo, na cidade de Goiás, enquanto Archibald Macintyre atuava como missionário, ela realizava o trabalho missionário sendo tesoureira nacional da missão e passava “três horas todas as manhãs em sua pequena clínica ambulatorial, fazendo trabalho médico e cirúrgico igual aquele realizado por muitos médicos” (CSWC51/12/2/4). Seu “trabalho médico e de enfermagem é digno do grau que ela nunca teve nas escolas terrenas, mas que certamente está registrado no céu” (CSWC51/15/1a3, 1936, p. 12). Não foi possível identificar sua formação, podendo deduzir pelas palavras “grau que ela nunca teve nas escolas terrenas”, que a mesma não teve formação escolar na área.

O casal teve quatro filhos: Isabel, Mary, Tom e Margaret. Isabel graduou-se em enfermagem na Escócia, foi professora na Escola de Enfermagem Florence Nightingale (EEFN) com significativa atuação no Brasil, como será visto a frente. Archie Macintyre publicou suas viagens na região do rio Araguaia na década de 1920, onde retrata as dificuldades sanitárias do sertão. Para o escocês: “Não existe um só médico num raio de 400 quilômetros e, todos estavam acometidos de malária. Pediram-me para visitar uma mulher que estava morrendo e vi sua condição. Era inacreditável” (MACINTYRE, 2000, p. 96). Além do trabalho no interior, Macintyre atendia na sede da Missão na cidade de Goiás (MACINTYRE, 2000, p. 58). Em 1936, após a morte de Josiah Wilding, Archie passou a dirigir o leprosário na Ilha do Bananal, conforme será analisado no próximo capítulo. A atuação multidisciplinar dos pioneiros se deu na saúde, educação, esportes, interculturalidade e espiritualidade (ARAÚJO, 2016; MACINTYRE, 2000).

Em 1914, o inglês, Archibald Tipple (1888-1972) chegou em Goiás pela UESA. Tinha formação missiológica e em medicina, conforme orientação da CMME. Os missionários deveriam ter formação em instituições reconhecidas, visando cuidar de si, da família e tratar doenças e acidentes menores entre as pessoas onde atuavam. Especialmente se não houvesse assistência médica ou cirúrgica qualificada no local. Estes não podiam ser reconhecidos como médicos missionários (WMCR, 1910). Tipple casou-se com Dayse Bonina em 1915 e, nas suas primeiras férias em Londres, convidou Fanstone a atuar em Goiás. O missionário morou em várias cidades goianas e em seu relato memorialista escreveu: “Meu curso breve na *London Missionary School of Medicine* foi de grande valor. Vinha muita gente de longe e de perto em busca de remédios, levando sempre alguns folhetos e, às vezes, um Novo Testamento” (TIPPLE, 1972, p. 60). De acordo com o relatório da UESA, Tipple se adaptou “de maneira especial para atender aos problemas de necessidade humana, espiritual e física, que são fundamentalmente os mesmos no Brasil e em Bloomsbury” (CSWC51/15/1a3, no 4, Vol. XV, 1936, p. 11).

Tipple e Dayse tiveram um filho, John, e duas filhas, Betty e Jean, que se formaram na EEFN, em Anápolis. O missionário foi ainda um dos fundadores da Associação Educativa Evangélica de Anápolis e escreveu o livro “Bandeirantes da Bíblia no Brasil Central” (1968). Esses missionários prepararam o caminho para a chegada dos Médicos Missionários Pioneiros em Goiás, na década de 1920.

3.2 Anápolis como núcleo irradiador das ações da Medicina Missionária Pioneira

A chegada dos missionários da União Evangélica Sul Americana (UESA) e a situação da saúde pública no interior de Goiás era o contexto ideal para a atuação dos MMP em Anápolis e a partir dela. Anápolis tornou-se o núcleo irradiador da ação desses missionários, seja na saúde, na educação, na multiplicação de profissionais de saúde, dentre outras. Mas havia barreiras: uma delas relacionada à própria medicina científica, isso porque os médicos viviam uma ambiguidade na década de 1920. Por um lado, ele era o sacerdote dos tempos modernos, pregador da revelação, da ciência e da técnica. O homem comum admirava a sua sapiência. Por outro lado, quando tinha oportunidade, a população não relutava em rir do “Seu doutor”; a outra barreira era em relação ao protestantismo, assim como ocorria com o espiritismo (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 754).

Textos humorísticos e artigos foram publicados em jornais goianos em relação aos médicos e à medicina científica.⁹⁴ O Jornal Santuário da Trindade, por exemplo, utilizava os discursos médicos que tentavam ditar o comportamento ideal para a população ou que condenavam “certas mudanças culturais e sociais da época, mudanças percebidas pelos missionários religiosos como indesejáveis facetas de uma perigosa modernidade que devagar se insidiava no estado de Goiás”. Galvão e Oliveira trabalharam “essa ambiguidade na representação dos saberes e procedimentos médicos, ora risíveis, ora louváveis, que constitui o tema de análise” (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 748). Nas matérias publicadas, não só a medicina científica era estranhada, mas também o protestantismo, a maçonaria, o espiritismo, etc (GALVÃO; OLIVEIRA, 2017).

3.2.1 Anápolis e a chegada dos Médicos Missionários Pioneiros

Anápolis foi emancipada em 31 de julho de 1907. Quanto aos profissionais da saúde no município,⁹⁵ antes de 1920, escreveu Polonial e Zorzeto, farmacêuticos, formados ou práticos ainda receitavam remédios. Em consonância com Ferreira os farmacêuticos na cidade eram: “Baldomero Fernandes, Carlos Augusto Vila Rica, Anfilóbio de Alencar, Francisco Lopes de Azeredo Filho, Floriano Caramuru Maio de Azeredo, José Honório Ferreira Fritz Burguer, entre outros” (apud POLONIAL; ZORZETO, 2011, p. 38).

Quanto aos médicos, “até os seus quinze anos de emancipação [1922], Anápolis não teve um médico que fixasse” na cidade. Assim o Dr. Genserico Gonzaga Jayme (1898-1943), irmão do médico Dr. Alarico Gonzaga Jayme aparece como Fiscal de Saúde. Genserico foi o pioneiro a residir na cidade e responsável por assinar os atestados de óbitos. Além do mais, “não sendo farmacêutico nem possuindo farmácia, foi o primeiro a fazer medicina alopata em

⁹⁴ Os jornais eram “instituidores de regras de comportamento ideais para a vida pública e privada” e retratavam o momento vivencial. Também o jornal era “leve e barato, verdadeiro espelho da alma popular, síntese e análise das suas opiniões, das suas aspirações, das suas conquistas, do seu progresso” (SALIBA, 2002b, p. 38). Além do mais, o jornal publicado entre 1922 e 1931, tinham como propósito: “o fortalecimento da fé e o combate aos inimigos da Igreja católica”. Isso significava: “repreender aquelas atitudes populares que estivessem em desacordo com os ideais religiosos, nomeadamente os jogos, o consumo de bebidas alcoólicas, [...] combate aos ditos inimigos da Igreja, ou seja, os protestantes, maçônicos, comunistas, livres-pensadores e espíritas”. Este último porque, com suas práticas de cura mediúnicas “extrapolava o campo da crença religiosa, atingindo fundamentalmente o campo da ciência – representava um adversário a ser combatido em prol [também] da ‘salubridade pública’” (GOMES FILHO, 2014, p. 235; GALVÃO; OLIVEIRA, 2017, p. 747).

⁹⁵ Diferente de Carvalho (2015), esse trabalho tem como enfoque o agir do médico missionário pioneiro e dos diferentes médicos e enfermeiras da UESA que atuaram em Goiás (1911-1934); e prioriza a análise do material coletado na Universidade de Edimburgo. Na pesquisa de mestrado (CARVALHO, 2015), *James Fanstone: protestantismo, medicina como vocação e legado social na fronteira Goiás na primeira metade do século XX*, o foco foi a vida do Dr. Fanstone e seu impacto. Discutiu-se algumas ações do médico que não serão repetidas aqui.

Sant'Ana das Antas” (COMEMORAÇÃO..., 1957). Graduado no Rio de Janeiro, tinha “um espírito altamente progressista e dinâmico, dotado de grande amor à nossa terra. Ao lado do exercício eficiente e dedicado da sua profissão,” ele achava “tempo para participar com entusiasmo e decisão de todos os empreendimentos e movimentos políticos, culturais, recreativos e esportivos, lutando sempre pelo bem de Anápolis” (ROSA, 1957). Conforme a cultura dos médicos no estado, Genserico foi professor, conselheiro da Câmara Municipal e Deputado Estadual. Cumpriu com excelência suas funções e faleceu em 1943.

O segundo médico a residir em Anápolis e primeiro cirurgião foi o Dr. James Fanstone. Algumas questões sobre suas decisões não foram ainda devidamente respondidas: Por que o Dr. Fanstone escolheu o Brasil para atuar e não países da Ásia ou África, como era comum naqueles dias? Por que Anápolis? A escolha foi intuitiva, no sentido de receber algum convite e aceitá-lo, ou intencional, porque pautou numa ação racional e estratégica? Havia um entendimento sobre a escolha do local para implantar o hospital e demais atividades ligadas à saúde e educação ou foi direcionamento da UESA?

Grande parte do que sabíamos sobre a vida do Dr. Fanstone até obter informações da UESA no *Centre for the Study of World Cristianity*, na Universidade de Edimburgo, foram obtidas de artigos, jornais, revistas, entrevistas e monografias, além da fonte principal: *Aventuras Missionárias no Brasil* (2017).⁹⁶ O material arrolado para o mestrado, somado aos documentos da UESA permitem uma análise mais apurada da trajetória dos missionários e mais especificamente daqueles envolvidos na área da saúde em Goiás. Além do mais, revelam um ethos que age publicamente a partir de valores baseados no pressuposto da fé (WEBER, 2001). O modo de agir é derivado da visão de mundo, sentido que, desde criança, permeou a vida do Dr. Fanstone.

Fanstone nasceu em 08 de agosto de 1890, no Recife. O pai homônimo, inglês, identificado com Reverendo (Rev) James Fanstone e o filho como Doutor (Dr.) James Fanstone. O pai veio de uma família simples e experimentou extremas dificuldades. Mais tarde, quando estudava no Harley College, mencionado acima, ouviu do Dr. Kalley a história do jovem missionário Percy Bowers, que morreu de febre amarela no seu vigésimo primeiro dia como missionário no Brasil.⁹⁷

⁹⁶ A obra foi traduzida da autobiografia “James Fanstone. Missionary Adventure in Brazil: the Amazing Story of the Anapolis Hospital.” Editada por Baird Fanstone, em 1972, e reeditada e visitada por este pesquisador. O nome completo de Baird é Bessie Baird Fanstone.

⁹⁷ Bowers foi enterrado no cemitério para hereges e suicidas, aqueles não praticantes da religião oficial (FANSTONE, 1972, p. 03). Pelo relato memorialista de Mildred Cabo, Bowers chegou ao Brasil em 1879 e foi vitimado pela febre que assolava o Brasil. Nessa década, morreram de febre amarela cerca de 1394 pessoas por ano. Em conformidade com Franco (1969), “no Brasil, os anos de 1849 a 1861 foram particularmente infaustos no

O Rev. Fanstone chegou em Pernambuco⁹⁸ em 1879. Ele, mais tarde seu filho Dr. James Fanstone e muitos outros jovens se inspiraram nos MMPs, conforme visto no capítulo 1. Dr. Fanstone escreveu sobre o “fascinante trabalho do Dr. Robert Kalley, o missionário pioneiro no Brasil” (FANSTONE, 2017, p. 37). Em seguida, Dr. Fanstone escreveu mais de três laudas do seu livro, de pouco mais de cem páginas, tratando da vida e influência do MMP escocês na Ilha da Madeira, em Portugal, na Palestina e no Brasil (CARVALHO, 2015). No capítulo de sua autobiografia intitulado “Primeiros Pioneiros”, novamente o personagem Kalley é retomado.⁹⁹ Além dele, Fanstone, em outro artigo, comentou sobre o MMP no Brasil George William Butler, citado no capítulo 2 (FANSTONE, 1930, p. 85).

Em 1885, o Rev. Fanstone voltou à Inglaterra, casou-se com a jovem escocesa Elizabeth Mason Baird, parteira por profissão, que se preparava para atuar na China; no ano seguinte (1886), chegaram ao Brasil. Em 1891, o casal retornou à Inglaterra levando consigo o filho James com cerca de três meses de vida. Por essa razão, o filho, não aprendeu o português e não foi registrado no Brasil. Mais tarde Fanstone escreveu: “tenho dupla nacionalidade - o que acaba por ser uma enorme vantagem de novo”. Na primeira licença, para viajar à Inglaterra, foi ao Itamaraty e o chefe da polícia de São Paulo, intrigado com sua situação e não sabendo o que fazer, perguntou-lhe: “Você esteve na última guerra? Você defendeu a Grã-Bretanha? Então você é britânico”, então lhe concedeu o visto de britânico (FANSTONE, 2017, p. 227). Ao retornar ao Brasil, no consulado, em Londres lhe perguntaram: “Você diz que nasceu no Brasil? Bem, aqui eu tenho uma cópia da legislação que diz que você é brasileiro” e deu-lhe um passaporte brasileiro (FANSTONE, 2017).

Quanto ao Rev. Fanstone, mesmo residindo em Açores, Portugal, em algumas situações, visitava o Reino Unido e o Brasil. Enquanto ele viajava, a jovem esposa Elisabeth cuidava dos membros da igreja em Açores, e em “uma pequena escola ela alfabetizava alguns, na parte da

que tange à febre-amarela. Durante esse período a doença se propagou do norte ao sul do País, eclodindo em quase todas as Províncias do Império e levando-lhes a desolação e o luto” (FRANCO, 1969, p. 27). Em 1903, Oswaldo Cruz estruturou uma campanha, aos moldes militares, para combater a doença, na capital federal. Em 1904, foi a vez da vacinação e revacinação contra a Varíola, que teve como rebote a revolta da vacina no Rio (FRANCO, 1969, p. 27). Para Chalhoub (1999), na década de 1850, o Rio de Janeiro sentiu o primeiro impacto da febre amarela. A epidemia assolou a cidade; em 1868 e depois em 1873 e 1876 aconteceram os surtos mais graves da doença (CHALHOUB, 1999).

⁹⁸ Para um estudo mais aprofundado da quebra da ordem social a partir da implantação do protestantismo em Pernambuco: SANTOS, João Marcos Leitão. *A ordem social em crise: a inserção do protestantismo em Pernambuco – 1860-1891*, 2008. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo.

⁹⁹ Para maiores informações sobre a vida de Robert Kalley, ver: CARDOSO, Douglas Nassif. *Sarah Poulton Kalley: Missionária Pioneira na Evangelização do Brasil*. São Bernardo do Campo: Ed. do Autor, 2005; CARDOSO, Douglas Nassif. *Robert Reid Kalley: Médico, Missionário e Profeta*. São Bernardo do Campo: Ed. do Autor, 2001; e FORSYTH, William B. *Jornada no Império*. São José dos Campos: Fiel, 2006; dentre outros.

manhã. Naquela época, a pobreza e sofrimento eram muito grandes para muitos nas ilhas dos Açores” (FANSTONE, 1972, p. 51).

O ambiente familiar formador do ethos se revelava na ética do amor ao próximo e no valor à educação. Até os dez anos de idade, os Fanstone’s estudaram em casa com a mãe. Fanstone se tornou músico desde cedo. Ele e os irmãos foram educados para que se tornassem missionários. Suas três irmãs tornaram-se enfermeiras missionárias. Brazilla Fanstone Masters (1888-1947), primogênita, nasceu no Brasil. “Todas as minhas três irmãs”, escreveu Dr. Fanstone, “foram para um colégio interno e, em seguida, tornaram-se Enfermeiras Diplomadas pelo Estado. Brazilla casou-se com um médico que serviu empresas britânicas no Congo e na Colômbia” (2017, p. 51). Albert Baird Fanstone (1892-1985) nasceu nos Açores, Portugal. Ruth e Bessie Baird nasceram em Sussex, Brighton, Inglaterra. Baird era a irmã caçula (FANSTONE, 2017).

Pouco antes da morte do Rev. Fanstone, em agosto de 1937, o filho Fanstone pontuou sua autoconsciência, o intenso trabalho na missão em Goiás e a impossibilidade de tirar férias: “grande era o seu desejo de ver mais uma vez o seu filho médico missionário no Brasil, mas mesmo depois de sete anos sem licença o filho era incapaz de sair do trabalho, muito embora ele desejasse novamente ver seu pai” (FANSTONE, 2017, p. 67).

De acordo com Fanstone, aos dez anos de idade, ele participou com seu pai de uma reunião para crianças na qual Annie R. Butler,¹⁰⁰ secretária da *Associação Médica Missionária de Londres* (AMML), ““nos avistou e se sentou ao nosso lado’ para nos despertar a atenção para missões médicas [...] Então deve ter sido naquela tarde que nasceu em mim o desejo de algum dia me tornar um médico-missionário no Brasil” (FANSTONE, 2016, p. 75). A força das entidades médicas missionárias no final do século XIX e início do século XX era considerável. A título de exemplo, percebe-se que havia trabalho específico para o público infantil.

Quando Albert, seu irmão, o visitou no Brasil (1952), o primeiro livro visto na biblioteca era *The Romance of Missionary Adventure*. O considerável volume foi um prêmio da escola em que estudava e que ajudou a formar sua consciência. Seus irmãos tiveram formação gratuita na Inglaterra onde eram obrigados a participar das aulas extras de carpintaria e de modelagem de argila aos sábados pela manhã. Esse tipo de formação recebida pelo Dr. Fanstone foi-lhe útil na implantação e construção do Hospital, da Escola de Enfermagem, das igrejas e dos utensílios necessários para estes, na cidade de Anápolis (FANSTONE, 2017; CARVALHO, 2015).

¹⁰⁰ Butler escreveu vários livros para o público Infantil. Alguns deles sobre medicina missionária: *Stories about Japan* (1888); *A silver birthday: The story of the Medical Missionary Association* (1903); *By the rivers of Africa: From Cape Town to Uganda* (1905); *W. Thomson Crabbe, F.R.C.S.E., Medical Missionary* (1910).

Com 15 anos, Fanstone tornou-se professor assistente do ensino fundamental, se preparou e foi aprovado na Faculdade de Medicina de Londres, contudo sem condições financeiras para tal. Então escreveu: “eu acho que os meus pais, teoricamente, pagaram a minha alimentação e instalação no alojamento, e a AMML tomaria conta de todas as despesas de meus estudos médicos” (FANSTONE, 2017, p. 81). Em 1909, Fanstone se matriculou na faculdade e sua rotina envolvia: estudos diários; recreação no sábado à tarde, à noite, com amigos eles realizavam trabalhos voluntários na *Islington Medical Mission*; e o domingo era utilizado para trabalhos na igreja, visitas ao hospital ou ainda nas missões médicas. “Aos domingos, os alunos do “49” [moradia do Fanstone] iam cada um para o culto confessional de sua escolha, e nos envolvíamos em várias atividades evangelísticas, como as Cruzadas, os cultos nos hospitais ou culto à noite na Missão Islington. No meu último ano no “49”, recebi como legado do D. M. Gibson, o culto da tarde com as crianças em Camden Athenaeum” (FANSTONE, 2017, p. 83). Fanstone estava confirmando sua vocação (CARVALHO, 2015).

No ambiente universitário no Reino Unido do início do século XX, havia um fomento da espiritualidade. Como visto, John Mott criou e promoveu a *World Student Christian Federation* (1895), pelo mundo sendo condecorado com o Prêmio Nobel da Paz (1946). Havia grupos de jovens que se reuniam para pensar suas profissões ligadas à missão nas Universidades de Londres, Oxford e Cambridge. Nesses ambientes, palestrantes falavam da relação entre fé e ciência e os membros dessa associação recebiam formação na área. Fanstone se viu realizado como um acadêmico e quando graduou, dentre os dois mil alunos das faculdades de medicina da Universidade de Londres, “classificou-se em segundo lugar” e por isso recebeu duas medalhas, uma em medicina e outra em patologia, como bacharel em Cirurgia e Medicina (1915). Assim teve o “direito a ingressar no Mestrado em Londres dentro de um ano, ao invés dos dois anos obrigatórios”, contudo, “a guerra impediu-me de aproveitar o privilégio” (FANSTONE, 2017, p. 89; CARVALHO, 2017).

Fanstone foi convocado como oficial médico para servir tanto na 1ª como na 47ª e última divisão da *Royal Army Medical Corps* (RAMC), na Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Houve três meses de preparo nos hospitais da cidade de Londres, sem salário, visando equipá-lo como militar e médico na guerra. Quando visitou o necrotério do *Pathological Department*, este estava cheio de policiais, donas de casa, crianças, dentre outros. Em seguida Fanstone serviu nas fronteiras da Bélgica e da França até 1918 e, no ano seguinte, no exército de ocupação na Alemanha. “Os anos de guerra deram-lhe experiência médica, em especial cirúrgica, e muita segurança profissional” (MORAES, 2012, p. 139). O período na guerra foi-lhe difícil, pois no seu relato memorialista de 130 páginas em um evento de dimensão mundial, que durou cerca

de 4 anos, ele escreveu apenas dois parágrafos, resumidos da seguinte forma: “Aqueles foram os quatro anos mais valiosos da minha vida, praticamente desperdiçados, num emocionante piquenique de humor e tragédia chamado A Guerra”, e continuou: “Em seguida, voltei para Londres para estudar doenças tropicais visando o trabalho no Brasil” (FANSTONE, 2017, p. 87).

Fanstone considerou o tempo que serviu na 1ª Grande Guerra como uma tragédia, talvez seja essa a razão dele escrever tão poucas palavras sobre esse período de sua vida. Seu filho Henrique Fanstone declarou: “Desse conflito mundial, ele guardava com viva e profunda comoção, a repentina morte de um colega, que estava ao seu lado. Ambos caminhavam conversando. O outro jovem caiu ao seu lado sem concluir a frase que havia começado. Uma bala certa o matou” (JAMES FANSTONE – Pioneiro na medicina e na fé, 2017). Por sua participação em campanhas, recebeu três medalhas.¹⁰¹ Além disso, conseguiu, do seu soldo, economizar libras 1.000 libras com as quais iniciaria, o seu trabalho no Brasil (CARVALHO, 2017, p. 36; PEARCE, 1961).

Além da graduação o médico cursou o mestrado e o doutorado em doenças tropicais, medicina e higiene em 1921, enquanto era experimentado na docência na escola onde se graduou (1921-22). No mesmo período, 24 pessoas em Goiás foram vítimas da gripe espanhola e mais de 347 receberam o tratamento. O médico Alpino da Silva atuava num posto de observação em Areias, na tentativa de evitar que a gripe chegasse à Cidade de Goiás, contudo foi vitimado pela gripe aos 41 anos, em 1919 (GODINHO, 2014).

No início do século XX, as doenças dizimavam centenas de pessoas em países de clima tropical. Os cientistas Koch, Pasteur, Manson, Ross, Cruz e Chagas realizavam importantes pesquisas. Fanstone, por sua vez, manteve relação com os pais da medicina tropical, o que lhe possibilitou um capital cultural e social valioso. Conforme Bourdieu (1998), os diferentes capitais adquiridos pela pessoa fornecem o poder simbólico pelo que receberam e pela influência que exercerão na sociedade. Seja ele o capital econômico, cultural, social, político ou simbólico. Estes afetam as relações como “propriedades atuantes” oferecendo uma visão objetiva da realidade, que implica na atuação dos agentes na ocupação do espaço e influência nas lutas simbólicas.

O Dr. Fanstone, como tinha formação médica científica, título de doutor pela Universidade de Londres, dupla cidadania e era dono de um hospital no interior de Goiás, trazia

¹⁰¹ Ele também “construiu uma quadra de tênis lá na Alemanha para os oficiais jogarem. Então ele construiu uma lá e uma aqui” em Anápolis. Essa foi a primeira de Goiás (JAMES FANSTONE – Pioneiro na medicina e na fé, 2017).

consigo uma ampla vantagem, econômica, social, cultural e simbólica, ainda que tivesse alguma dificuldade, por exemplo, por ser protestante. Para Bourdieu, o “sentido da posição” normatiza o que se pode ou não permitir a si mesmo e aos outros. Isso “implica uma aceitação tácita da posição, um sentido dos limites [...] um sentido das distâncias, a marcar e a sustentar, a respeitar e a fazer respeitar” (BOURDIEU, 1998, p. 141; CARVALHO, 2015).

Antes da Primeira Guerra, Fanstone atuou como assistente da Clínica médica do inglês Bertrand Edward Dawson (1864-1945). *Lord Dawson Of Penn* foi médico da Família Real Britânica, coronel na Primeira Guerra Mundial e presidente do *Royal College of Physicians*. Seu maior feito foi o relatório sobre serviços médicos disponibilizados no Reino Unido no qual detalhou planos de uma rede de centros de saúde primários e secundários. O Informe Dawson priorizava as necessidades da comunidade preconizando a integração de ações curativas e preventivas através de ações domiciliares com profissionais como médico, dentista, farmacêutico, parteira e enfermeiro visitador. Isso influenciou o desenho do *National Health System (NHS)*, que tomou o lugar definitivo da Lei dos Pobres (MINISTRY..., 1920). A Inglaterra foi responsável por dois proeminentes antecedentes da atenção primária à saúde no século XX: o sistema de atenção primária regionalizado e hierarquizado do qual Dawson foi o diretor (1920); e a constituição do *NHS* em 1948.

A Conferência Missionária Mundial de Edimburgo havia recomendado que “antes de prosseguir para o campo estrangeiro” o médico deveria atuar em um hospital reconhecido e realizar “estudos de pós-graduação em departamentos especiais e, em particular, doenças oculares e tropicais” (WMCR, 1910, p. 114). Fanstone pode cumprir muitos desses requisitos. Enquanto cursava o mestrado o jovem médico escreveu: “Lá entrei em contato com alguns personagens interessantes e encantadores” como Manson (FANSTONE, 2017, p. 89).

Sir Patrick Manson (1844-1922), por exemplo, conhecido como o pai do campo da Medicina Tropical, foi um de seus professores. Depois de atuar em Xangai no serviço médico e na Alfândega de Formosa (Taiwan), o médico escocês desenvolveu sua carreira de pesquisador da medicina tropical inspecionando a tripulação de navios atracados no porto e mantendo o registro meteorológico. Ele atendeu pacientes chineses num hospital missionário Batista e fez diversas pesquisas com mosquitos na ampla variedade de doenças tropicais. Seu filho, também professor e pesquisador, deixou-se picar por mosquitos pegos na Itália, visando entender a doença. O genro, Philip Manson Bahar, preparou a nova edição de *Doenças Tropicais de Manson*. Esses médicos e pesquisadores, dentre outros, de diferentes partes do mundo, circulavam no ambiente de formação do Dr. Fanstone sendo muitos deles seus

professores. Manson teorizou que o agente causador era também o agente transmissor - o mosquito da malária (TO & YUEN, 2012).

O documento *The London School of Tropical Medicine: Report for the year 1899-1900* (SCHOOL..., 1900) trata da origem, progresso, objetivos e requisitos da escola que funcionou na *Seamen's hospital Society's* e teve início em 2 de outubro de 1899. Seis meses antes, a *Liverpool School of Tropical Medicine* iniciou suas atividades sob a liderança de Patrick Manson e Joseph Chamberlain (1836-1914), secretário de estado para as colônias. A razão de ser da escola era estudar um braço particular da medicina, pois

Antes de seu início, não havia meios adequados pelos quais médicos privados ou missionários médicos prestes a prosseguir para os trópicos pudessem adquirir informações especiais sobre, ou obter instrução prática em, uma seção importante das doenças que seriam chamados a tratar (SCHOOL..., Cit., 1900, p. 1).

O objetivo era “não só familiarizar o aluno com as doenças dos trópicos, e ensiná-lo” a tratá-las, mas também “colocá-lo no caminho da investigação das doenças tropicais, treiná-lo para observar, registrar, e estudar cientificamente os grandes flagelos dessas doenças” (SCHOOL..., 1900, p. 4). A liderança se interessava por lugares “[...] na América, especialmente naqueles países com grande faixa tropical” (SCHOOL..., 1900, p. 8).

Dr. Patrick Manson, na aula inaugural, tratou da necessidade de conhecimento especial em doenças tropicais aos cerca de 90 alunos ingressantes dos quais 16 eram médicos missionários. No final de 1898, antes do início das escolas, foi criado, proveniente da Sociedade Real, uma comissão sobre a malária, e “incluía membros que deveriam ingressar em uma ou outra das escolas como professores e pesquisadores” (WILKINSON; POWER, 1998, p. 282). As escolas tinham biblioteca, sessões de laboratório com microscópios para os alunos, museu e hospitais de formação. A partir de 1905, Manson introduziu o ensino especializado nos laboratórios: com Robert T. Leiper (1881-1969) como helmintologista; Charles Morley Wenyon (1878-1948) como protozoologista; depois A. W. Alcock (1859-1933) como entomologista médico; e R. T. Leiper, o jovem escocês, escolhido para liderar o novo departamento de helmintologia. No período, dezenas de laboratórios surgiram nas diferentes universidades. Isso porque, com a guerra, o edifício da escola foi transformado num hospital temporário do departamento da guerra, onde se realizou importantes trabalhos “sobre disenteria e quimioterapia contra malária” (WILKINSON; POWER, 1998, p. 284).

As duas escolas, depois de duas décadas de funcionamento, somada a experiência da Primeira Guerra Mundial, trouxeram novos entendimentos que “refletiram a abordagem de

Manson no desenvolvimento, no ensino e na pesquisa em sua escola e no progresso em ciência médica” (WILKINSON; POWER, 1998, p. 283). Dr. James Fanstone recebeu esse arcabouço teórico e prático sobre as doenças tropicais, especialmente aquelas que grassavam no Centro-Oeste brasileiro. No comitê organizador da escola, encontra-se o médico missionário James Laidlaw Mawell.

Quadro 5: Doenças tropicais analisadas na escola de medicina tropical em Londres

Desease	Doença	Casos
Acute Malaria	Malária Aguda	55
Chronic Malaria	Malária Crônica	4
Dysentery	Disenteria	44
Beri-beri	Beribéri	29
Liver abscesso	Abscesso de fígado	8
Leprosy	Lepra	2
Guinea worm	Verme da Guiné	7
Filariasis	Filariose	3
Blackwater fever	Febre da água negra	1
Plague	Praga	4
Malta fever	Febre de Malta	5
Hepatites	Hepatite	3= 165

Fonte:

(SCHOOL..., 1900, p. 9). Elaborado pelo autor.

Entre as doenças citadas aparecem ainda a elefantíase e febre amarela. Em outro artigo acrescentam a “terapia da malária”, sífilis e seu estágio terciário (paralisia geral do louco). As “duas escolas continuaram suas pesquisas sobre compostos químicos para combater, em particular, a tripanossomíase e a malária” (WILKINSON; POWER, 1998, p. 285). As doenças citadas foram praticamente todas, identificadas em Goiás.

Fanstone se surpreendeu quando, certo dia, na graduação, ouviu que “a minha terra nativa, Brasil, tinha descoberto uma nova doença e que pedaços das paredes do coração dos brasileiros estavam a caminho para que pudéssemos estudar o novo parasita enrolado entre as fibras musculares cardíacas” (FANSTONE, 2017, p. 91). A suspeita era que o flagelo estivesse próximo da doença do sono Africana, *tripanossoma*, e do *tripanossoma* Asiático *Leishmaniose*, embora fossem doenças totalmente diferentes. A doença brasileira foi descrita como uma tendência para a demência e falha crescente do coração. O inseto era um primo do percevejo

comum, um grande inseto reduvídeo chamado pelos nativos de “barbeiro” (CARVALHO, 2015). No capítulo anterior, foi descrito que, no século XIX e mesmo no início do XX, as manifestações cardíacas na capital, em Meia Ponte, Jaraguá e Arraias eram consequência talvez da endemicidade da doença de Chagas (MAGALHÃES, 2005).

O médico brasileiro revela o preconceito da comunidade acadêmica em Londres “inclinados ao ceticismo” pelos estudos dos brasileiros. “No entanto, os descobridores, o Dr. Carlos Chagas e Oswaldo Cruz estavam certos” reconheceu o médico missionário, quando inclusive escreveu: “estes dois renomados médicos sanitaristas tinham morrido há muito tempo e 50 anos mais tarde o Brasil ainda lutava com o seu problema rural número um – a fatal doença de Chagas e sua causa, o *Trypanosoma Cruzi*” (FANSTONE, 2017, p. 91).

Os médicos missionários viam os avanços ocorridos na medicina como uma dádiva divina. O Dr. L. Maxwell que atuou na China e participou na formação inicial da escola de medicina tropical escreveu no artigo *God's Hand in Medical Missions* (1914):

Há algo no desenvolvimento da história da [missão médica] que é em si mesmo uma contribuição para o milagre da história em sua relação ao Reino de Deus [...] O grande trabalho missionário para o mundo havia começado, mas estava progredindo muito lentamente. Era necessário que a arte médica a serviço de Cristo poderia sozinha oferecer. Mas assinale isto: - Se a arte médica e cirúrgica permanecesse como estava [em 1840] a assistência prestada por ela teria sido comparativamente limitado [...] Não haveria grande progresso até que Deus nos desse o poder de operar sem dor [...] Deus abriu uma grande e ampla porta [...] pela famosa descoberta de Lister de como proteger-se contra o envenenamento séptico após as operações’ e por Dr. Patric [Manson] ‘descobrir o papel do mosquito na malária [...] Esse crescente e constante conhecimento tornou a posição do médico-missionário de valor singular para a propagação do Evangelho’ (MAXWELL, 1914, p. 68-69, apud GRUNDMANN, 1990, p. 120).

Fanstone, que tinha contato com essa literatura, ao término dos estudos escreveu: “senti pronto para prosseguir para o Brasil como médico missionário” (FANSTONE, 2017), mas como estabelecido na CMME e em muitas agências, sobre ter a formação também em teologia, a UESA o enviou por sete meses ao *Glasgow Bible Training Institute*, onde visitou presídios, desenvolveu atividades sociais e evangelísticas na periferia da cidade, além de conhecer o colega que atuaria em Goiás, Josiah Wilding (WMC, 1910a; 1910b).

Terminado os estudos na Escócia, o médico escreveu à jovem inglesa Ethel Marguerite Peatefield, conhecida como Daisy, propondo o namoro. Ficou temeroso com a resposta, mas Daisy respondeu positivamente e eles se casaram em 1922. Na época, o missionário Archibald Tipple estava em Sussex, Inglaterra (1921-1922) pregando e procurando tratamento médico para a esposa Daisy Bonina que “precisava de uma cirurgia devido a um câncer e seu segundo

filho estava para nascer em breve” (CARVALHO, 2015). Tipple falou-lhe da necessidade de “ir para o Estado de Goiás, uma área enorme no coração do Brasil, onde ele tinha sido pioneiro do Evangelho, e onde não havia hospitais e nenhum cirurgião” (FANSTONE, 2017, p. 41).

Fanstone ponderou sobre a fala do colega. Em relação ao casamento do médico com Daisy e levando em consideração o ambiente do sertão, Tipple escreveu: “a ideia era absurda, de que Daisy - uma filha única criada com todo luxo e sem formação adequada – pudesse tornar-se esposa de um médico missionário e enfrentar os perigos e dificuldades do extremo interior do Brasil” (FANSTONE, 2017, p. 96). Ainda sobre o casamento com Daisy, Fanstone escreveu: “E que parceira ela foi por 49 anos, até janeiro do ano passado (1971) quando, durante as férias em Santos, ela foi levada, sem sequer dizer adeus, porque ela morreu durante o sono” (FANSTONE, 2017, p. 95).

Tendo se casado em julho de 1922, Fanstone e Daisy desembarcaram no Rio de Janeiro em agosto e se instalaram em São Paulo (1922-1923) enquanto aprendiam a língua. Fanstone serviu como anestesista no Hospital Evangélico Bom Samaritano, tiveram o primeiro filho Stanley, que morreu com cinco semanas. Revalidou seu diploma, como doutor, pela Universidade de Minas Gerais em 1923. Defendeu a tese intitulada *Breve Discussão sobre os meios Auxiliares para a Administração da Quinina em Casos de Malária* nas cadeiras de terapêutica, farmacologia e patologia.¹⁰² Fanstone registrou que “até aqui, o tratamento da malária tem sido sintetizado numa só palavra – ‘quinina’” (ca. 1924, p. 3).¹⁰³ Seu estudo versou sobre os métodos e o tempo para se utilizar o alcaloide, extraído da casca da cinchona. Na época, três tipos de febres eram conhecidas, derivadas de três parasitas distintos.

Desta forma, seu trabalho, “discussões sobre Quinina: seu uso no tratamento de malária”, teve os seguintes subtópicos: a) “Breve discussão sobre os meios auxiliares para a administração de quinina em casos de malária”; b) “Os alcaloides da Chinchona”; c) “Acidentes causados pelo uso da Quinina”. Fonte: Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Fanstone (ca. 1924) escreveu: “como diz Osler: ‘o médico que no presente não pode tratar a febre malárica, por meio da quinina com bom êxito, deve abandonar

¹⁰² Sobre o apoio recebido em São Paulo escreveu: “É difícil bater os latinos no quesito cortesia. Dr. Geraldo Paula Souza era o Chefe Oficial Médico para o estado de São Paulo, recém chegado de seus estudos na famosa Universidade John Hopkins. Ele possuía uma biblioteca em uma sala muito grande, todas as quatro paredes estavam forradas de trabalhos médicos, principalmente americanos e britânicos. Melhor ainda, havia arquivos completos do *British Medical Journal*, “The Lancet”, e as outras revistas médicas de renome” (FANSTONE, 2017, p. 109).

¹⁰³ O governo de São Paulo, distribuiu a substância no campo e nas cidades (1916 e 1917) visando resolver o problema da malária. A doença estava presente na Europa desde a idade média, entretanto para Rosen (1994) informações substanciais da doença surgiram no século XVI quando a doença se espalhou pandemicamente na Europa. Só na Itália, em 1602, cerca de 40 mil pessoas morreram da doença que chegou à Inglaterra e matou Oliver Cromwell. A expansão comercial e as guerras trouxeram a enfermidade ao Novo Mundo (CARVALHO, 2015).

a prática da medicina” (p. 3). Em 1918, foi criado o Serviço da Quinina oficial, inicial dos medicamentos do estado, visando o saneamento do Brasil (decreto n. 3000, de 1/5/1918). Teve início as atividades do Serviço de Profilaxia Rural, subordinada à Inspetoria de Serviços de profilaxia da mesma data. Aconteceu a Reforma Carlos Chagas, que ampliou as atividades de cooperação com estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (Decreto nº 15.003, de 15/9/1921).

As pesquisas da época revelam que o alcaloide levorotatório quinina trata a malária terçã maligna e o alcaloide dextrorotatório quinidina, especificamente, o parasita da terçã benigna. O objetivo do Dr. Fanstone (ca. 1924, p. 03) foi “resumir o que se sabe atualmente a respeito das substâncias retiradas da casca da cinchona”. Essa substância era muito apreciada pelos povos mais setentrionais e “foi deles que o corregedor obteve o segredo” para a cura da condessa del Cinchon, esposa do vice-rei do Peru em 1638 (ca. 1924, p. 4). Fanstone e pesquisadores como Pollito e Tomazello Filho (2006) relataram que a condessa empregou o “remédio tão extensivamente” que durante muito tempo, o remédio ficou conhecido como “pó da Condessa” ou *Pulvis Comitissae*.

Fanstone escreveu: “o fanatismo dos sábios daquela época impedia que um remédio descoberto pelos índios fosse aceito ou considerado. Os que se atreviam a ir de encontro a esses preconceitos eram alvo da perseguição religiosa” (ca. 1924, p. 4). Desta forma, a tese de Castro-Gomez e Grosfoguel (2007) é corroborada. A colonialidade do poder no sistema-mundo faz com que os conhecimentos subalternos sejam “excluídos, omitidos, silenciados e ignorados” (FANSTONE, ca. 1924, p. 20).

Para Cueto e Palmer, certas práticas essenciais da “tradição médica ocidental – como o uso de quinino para tratar a febre da malária, por exemplo – vem da América Latina” (CUETO; PALMER, 2016, p. 18). Fanstone escreveu sobre o comércio lucrativo da quinina na Europa, a forma como a substância foi transplantada para a Ásia e como sua produção foi potencializada (FANSTONE, ca. 1924).

No final dos estudos no Brasil, o médico fez duas visitas a Goiás. Em uma delas viajou com os senhores Ranken, Bernard e A. Stuart McNairn, a cavalo, nas três estações no campo de Catalão. O missionário canadense Mervin Grants, possivelmente Mervin Ganton, missionário e colega de Fanstone, seu nome consta nas reuniões desde 1924 (CSWC51/3/7/1), lhe falou sobre uma pequena cidade chamada Anápolis aonde infalivelmente chegaria a Estrada de Ferro, já presente em Goiás desde 1913. A convicção do médico missionário sobre a escolha estratégica do local de ação foi desafiada desde o princípio. Primeiro com os líderes da UESA, pois ao tratar da vinda ao Brasil o Rev. Austen Sparks olhou com dúvidas para ele e perguntou:

“que tipo de jovem candidato ao campo missionário é esse? Quando ele chegar lá, ele não vai querer interferência dos outros missionários”. Sparks continuou “sendo o único médico entre eles, ele deve ter liberdade para decidir o seu próprio plano de ação; como e onde revalidar seu diploma de Londres; e a escolha da localização estratégica para seu hospital; e assim por diante”. Enfim, o conselho da missão cedeu (FANSTONE, 2017, p. 97; CARVALHO, 2015).

À medida que representantes de igrejas souberam do Dr. Fanstone, disputaram por sua presença no interior de São Paulo e em Goiás. O médico escreveu, “fomos para Anápolis, que tínhamos escolhido como sendo o local mais estratégico no mapa de Goiás” (FANSTONE, 2017, p. 97). O ascetismo protestante firma seus motivos constantes baseados na razão “em contraposição aos sentimentos”, escreveu Weber (2000, p. 83). É o que pode se verificar em seguida. Muitos missionários vinham falar de sua escolha errada, Fanstone então lhes mostrava no mapa a posição estratégica de Anápolis em relação à localização dos missionários (CARVALHO, 2015). Em entrevista à Time Magazine, Dr. Jim, como era chamado médico estabeleceu-se em Anápolis, “porque não poderia ir a nenhum outro lugar além”. Anápolis em 1924 era um ponto de junção para mulas. Tinha “somente duas simples ruas e uma dúzia de casas” (TIME, june 07, 1948).

As discussões sobre sua escolha estratégica podem ser vistas no documento (CSWC51/3/7/1) da reunião Executiva do Campo, da UESA, em agosto de 1924, na cidade de Bela Vista de Goiás:¹⁰⁴ “Ficou resolvido que quando o Dr. Fanstone iniciou seu hospital em Anápolis, seria conveniente para a missão colocar um pastor Brasileiro, se possível, para representar o trabalho lá”. Então, é possível estabelecer a chegada do jovem médico em Anápolis em 1924. Ferreira (1981) arguiu sobre a data da chegada de Fanstone em Anápolis, entendendo que seria 1925, contudo, pelas fontes, sabe-se que foi no ano anterior. Em abril de 1925, ao tentar dissuadi-lo a deixar a cidade, concordaram que era difícil, pois,

O Dr. Fanstone comprou cerca de 7 alqueires (42 acres) de terreno, a cerca de 1 ¼ milhas da cidade. Ele tem o campo só para si, do ponto de vista médico, e informou que está começando seu trabalho imediatamente. Ele sente que não pode recuar e que, se atrasar, perderá a oportunidade de uma vez por todas, como outros médicos querem entrar, mas por causa dele foram empurrados pelos chefes da cidade. Achamos que ele superestima esse perigo, mas temos plena consciência da grandeza do sacrifício que ele deve fazer para atrasar

¹⁰⁴ Nas atas das reuniões da UESA, em Goiás e em São Paulo (1924 a 1930), percebe-se os seguintes missionários, a maioria atuando em Goiás: Archibald e Daisy Tipple, Archibald e Margareth C. Macintyre, Gerald Golden, William Cook, Morris e Helena Bernard, Marvin e Ethel E. Ganton, Sr. e Sra. Kirkwood, Ranken, Josiah Wilding, Rettie Buchan, Sra Andrew, Le Maire, Sra Blowers. Os pastores brasileiros: Ricardo do Valle, Marcos Arantes, Benedito Costa, Acácio Coutinho, Passarinho, Benedicto Hirth, Pedro Lisboa, Arantes. As estações de trabalho em 1925: Paulista, Jacarehy, São José dos Campos, Conceição do Rio Verde, Catalão, Morrinhos, Gamelleira, Bella Vista, Palmeiras, Goyaz (CSWC51/3/7/1).

dois anos no que diz respeito ao estabelecimento de seu hospital (CSWC51/3/7/1).

A comissão se desculpou com o médico. Como visto no capítulo anterior, Goiás era a fronteira da fronteira, considerada a Unidade de Terapia Intensiva do vasto hospital chamado Brasil. Além do mais, o ethos do MMP leva-o a escolher os lugares inóspitos. Assim, “ir para Anápolis era uma escolha racional estratégica motivada por conjunturas sociais, econômicas e estrategicamente missionárias impulsionada pelo pioneirismo na medicina e na fé protestante” (CARVALHO, 2015, p. 50).

Dr. Fanstone escreveu: “Enquanto isso, Dr. Geraldo Golden juntou-se a nós.¹⁰⁵ Ele correspondia conosco há algum tempo desejando ajudar-nos. Era um brilhante graduado do hospital de Londres, ganhando o título de *Fellow of the Royal College of Surgeons*”, e assim “desejava desesperadamente praticar a cirurgia. Agora ele estava hospedado conosco enquanto aprendia a língua tendo em vista legalizar sua prática no Brasil”. Dr. Golden também foi apoiado pela AMML (FANSTONE, 1930, pp. 118, 85). Os dois médicos “eram de opinião que Anápolis servia melhor como local para o hospital, pelo menos provisoriamente,” e a base das considerações eram:

- A) IPAMERY, o local originalmente escolhido, não havia recebido o apoio dos Srs. Ray Clark e A. Macintyre, por ser muito ao sul; estes sugerindo que um ponto mais próximo do distrito do Planalto, distrito eleito para a futura capital da República, seria melhor.
- B) GAMELEIRA, proposta pela Comissão Executiva de abril de 1925 como local provisório, foi rejeitada pelo Conselho (carta 30/4/25); é um local isolado, o objetivo do Hospital é beneficiar quase todo o Estado.
- C) BELLA VISTA; proposto principalmente pela urgência da licença dos Gantons, é conveniente como um centro da UESA. As principais objeções são: 1) Fica longe da ferrovia; 2) Não há médico lá por causa da oposição organizada dos farmacêuticos; 3) Desfavorável à proposta do evangelho.
- D) TAVARES,¹⁰⁶ na verdade mais conveniente do que Anápolis, mas é um reboque de prosperidade apenas temporária, e provavelmente deixará de existir assim que a ferrovia chegar a Anápolis.
- E) ANÁPOLIS. 1) um centro florescente; 2) ferrovia atualmente em construção e já próxima; 3) goza de uma posição central geograficamente, em comunicação com quase todas as outras estações da UESA, e ao mesmo tempo em contato com as vastas regiões do Norte que ainda não estão evangelizadas; 4) as preliminares essenciais para um trabalho médico, ou seja, ganhar a confiança do povo, vencer a oposição etc., estão bem avançadas; seria uma

¹⁰⁵ Gerald Golden, inglês, médico missionário e cirurgião, foi quem construiu a casa onde Dr. Fanstone morou. Foi um dos primeiros a ajudar no trabalho em Anápolis. Ele deixou a cidade, por um tempo, indo à Inglaterra. Retornou ao Brasil e novamente voltou à Inglaterra. Em conformidade com alguns, por motivo de casamento, não voltou mais ao Brasil (CARVALHO, 2015).

¹⁰⁶ O povoado de Tavares é a atual cidade de Vianópolis. Fundada em 1924. À época sua população era estimada entre 1500 e 1800 habitantes. A população de Vianópolis em 2014 contava 13.300 habitantes e Anápolis, na mesma data, 361.900 habitantes.

pena perder o tempo e os problemas já gastos; 5) Carta do Sr. Ganton em 01/09/24 (CSWC51/3/7/1, Morrinhos, 7 de novembro de 1926).¹⁰⁷

Percebe-se a escolha estratégica do local devido à instalação futura da capital federal no planalto central. A possibilidade da transferência da capital era algo conhecida. A revista *A Informação Goyana* registrou que, por falta de espaço, não colocou o mapa do espaço “demarcado no planalto central do Brasil para o futuro Districto Federal” (INFORMAÇÃO GOYANA, 1917); à posição estratégica de Anápolis no estado, em relação ao norte carente de cuidados do corpo e da alma e a chegada da estrada de ferro; à carta de apoio do Sr. Ganton (1924) e a proposta do Pastor Findlay de Londres, que “o Dr. Fanstone tivesse permissão para fundar o Hospital no local que ele julgasse mais conveniente, aprovada por unanimidade pela diretoria” (CSWC51/3/7/1). “Depois de muita discussão, foi decidido deixar a distribuição desses irmãos e seu futuro hospital inteiramente a seu critério” (CSWC51/3/7/1, reunião de novembro e dezembro de 1926). Toda estratégia se deu pela importância da medicina nas missões, algo já consolidada em outras regiões do mundo (MAXWELL, 1914; GRUNDMANN, 1990; WMCR, 1910).

Em carta de 18/9/1925 o Dr. Golden escreveu: “tanto o Dr. Fanstone quanto ele próprio tinha profunda convicção de que o trabalho médico não deveria estar subordinado às exigências das estações de Goyaz, mas, pelo contrário, consideravam seu trabalho uma agência muito mais poderosa para a evangelização do que o pastor no seu trabalho” (CSWC51/3/7/21, reunião de 07 de novembro de 1926). Fanstone tinha experiências e conhecimento suficientes para fazer de Anápolis o núcleo irradiador da medicina missionária pioneira.

3.2.2 Anápolis e o desenvolvimento da saúde a partir do Médico Missionário Pioneiro

Em 1924, Anápolis tinha 1803,524 km² sendo que oito municípios haviam sido emancipados do seu território, inclusive Goiânia. Um aspecto do saneamento da cidade foi percebido logo no início. Como não havia açougue na cidade, o animal de corte era morto na rua, em frente à Igreja ou alguma casa, então os interessados comprava sua parte, espetava num gancho e a levava para casa. “Daisy estava horrorizada e queixou com o prefeito que prometeu

¹⁰⁷ Em entrevista a uma rádio em Londres, em 1947, Fanstone dá as razões porque escolheu viver em Anápolis. O radialista John afirmou: “Do coração do Brasil, onde dirige um grande hospital, e fazendo apenas sua segunda visita à Inglaterra em 25 anos, o Dr. James Fanstone, O. B. E., e sua esposa chegaram aqui na terça-feira”. Em seguida perguntou: “Por que escolheu o Brasil, Dr. Fanstone? Eu nasci lá. Meu pai era um missionário e decidi me tornar um missionário médico. A AMML me ajudou a formar em Londres, e com as economias que acumulei como capitão no RAMC na Primeira Guerra, comprei um chalé como início de meu hospital e fiz nossa primeira operação na mesa da cozinha [...]” (ELLISON, John. Dr. James Fanstone, OBE and Mrs. Daisy Fanstone. Address, 32, Freston Park Avenue, Brighton, Brighton 57967).

construir um matadouro municipal, o que ele fez dentro de um mês” (FANSTONE, 2017, p. 119).

Na década de 1930, no centro, havia “crianças sujas e maltrapilhas, mulheres malvestidas, desgrenhadas, carregando filhos barrigudos e catarrentos, velhos com roupas ensebadas de sujeira, apoiados em bastões, formam em Anápolis a legião desse contraste decepcionante” (COMEMORAÇÃO..., 1957). Fanstone “percebeu o tripé doença, pobreza, ausência de profissionais de saúde, e ainda, a pequena disponibilidade de remédios” (MORAES, 2012, p. 140). Além da ausência da atuação do estado e a falta de instituições de saúde.

O médico comprou uma casa na Rua Desembargador Jaime e a transformou em clínica. Junto com o Dr. Golden e sua irmã Baird, ambos com formação científica no Reino Unido, iniciaram o trabalho junto à população. A visão do MMP se mostra quando escreveu: “Se de fato Deus nos permitiu difundir o evangelho no coração de uma grande nação através de um hospital muito necessário e um centro cirúrgico, e em nós havia gene pioneiro que Deus nos deu para esse propósito; a Ele seja toda a glória!” (FANSTONE, 2017, p. 69). Nas poucas linhas, percebe-se o ethos advindo da espiritualidade: “Deus nos permitiu”, “Deus nos deu”, “a Ele seja a Glória”. Seu propósito era: “difundir o evangelho”. Os meios: “um hospital muito necessário e um centro cirúrgico”. A consciência: “em nós havia gene pioneiro”. A estratégia: “no coração de uma grande nação”. A ação racional era dirigida por valores (CARVALHO, 2015; WEBER, 2001).

A confirmação do plano prévio pode ser demonstrada por meio da planta do hospital, de 1924, conforme Imagem 1.

Imagem 1: Planta do Hospital Evangélico Goiano



Fonte: CSWC51/7/5/4

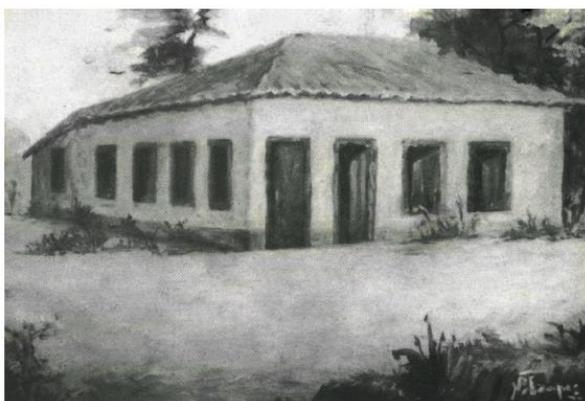
Percebe-se a dimensão do projeto por estarem numa cidade com cerca de vinte casas. As primeiras construções de tijolo, com banheiro, teriam início. As olarias iniciariam na década seguinte. O cimento vinha de São Paulo. A energia elétrica, água encanada, padaria, açougue dentre outros bens básicos estavam para ser iniciados. Com a ausência de profissionais com formação científica, Fanstone escreveu: “Demos início às cirurgias¹⁰⁸ antes mesmo de termos um hospital construído, pois realizamos nossa primeira operação numa mesa de cozinha, um caso, de fato, de obstrução intestinal. Foram meses de trabalho preliminar”. Uma senhora americana ajudou a receber as “duas meninas com cólera, na única sala com telhado de uma velha casa de adobe que estavam desmanchando e reconstruímos para servir como um hospital temporário”. O resultado foi “uma morreu e a outra viveu” (FANSTONE, 2017, p. 119).

O MMP estudou compêndios didáticos de diferentes especialidades, acrescentou à bagagem da graduação, mestrado, doutorado, o atendimento em clínicas na Inglaterra, o serviço na Primeira Guerra e a validação do diploma no Brasil, para atender com excelência a população local (MORAES, 2012). Em suas palavras. “fazia bem cirurgias de catarata, graças aos volumes de Sir Watson Jones Fracture and Joint Injurie, que fizeram de mim um especialista em fraturas” (MORAES, 2012, p. 141).

¹⁰⁸ Até o presente, se pensava ser essa a primeira cirurgia realizada em Goiás (FANSTONE, 2017, p. 119; CARVALHO, 2015, p. 72), contudo, para Moraes (2012), essa deve ser a primeira cirurgia de Anápolis e uma das primeiras de Goiás. Pois houve cirurgiões na capital de Goiás, no HRMGo (1750-1823), e no HCSPA como o Dr. José Neto que estudou no Rio de Janeiro e na Europa, retornando a Goiás desde 1887; e o Dr. Jozias Leopoldo Rodrigues instalou Clínica Médico-cirúrgica em Catalão (1885). “Embora seja irrelevante indicar a primeira cirurgia, cabe valorizar esses feitos considerando as precariedades da época, a ausência de recursos a coragem e a determinação desses profissionais de saúde, as involuções e evoluções da medicina” (MORAES, 2012, p. 137).

A casa de saúde tinha quatro camas para homens, um quarto com três camas para mulheres, uma sala de cirurgias, bem primitiva, e um ambulatório. Na Imagem 2 a casa adaptada para funcionar como Casa de Saúde. A água provinha cisterna, retirada com baldes. O atendimento se intensificou “no pequeno local que improvisamos e operamos numerosos casos com sucesso” (FANSTONE, 2017, p. 119). Fanstone confeccionou a primeira mesa de cirurgia utilizada em Anápolis, conforme Imagem 3, abaixo.

Imagem 2: Edifício de adobe – Casa de Saúde; **Imagem 3:** Mesa de cirurgia



Fonte: (FANSTONE, 2017, p. 29).



Fonte: Arquivo de fotos do autor.

De acordo com Friedmann, Fanstone era um homem com “sólido e respeitável preparo científico”, um

médico diferente. A todos atendia com a mesma solicitude; gente que vinha de um raio de 1200 quilômetros de distância. E os mesmos cuidados que dispensava a opulentos comerciantes, abastados fazendeiros e prestigiosos políticos também dedicava a míseros camponeses, opilados e subnutridos (FRIEDMANN, 1955, p. 128).

Normalmente religiosos protestantes e mesmo católicos não eram cobrados pelos serviços e muitos goianos pagavam com alimentos, animais ou serviços, situação comum até a primeira metade do século passado (MORAES, 2012). Os profissionais atendiam os pacientes em suas casas, no trabalho curativo e prescrição de medicamentos. Trabalho itinerante comum aos médicos no período, inclusive com proposta de Neiva e Penna onde não houvesse posto de saúde (CARVALHO, 2015; PENNA E NEIVA, 1999).

Dr. Fanstone tinha especialização também em higiene. Os médicos higienistas na época, trabalhavam pela regeneração do homem, aprimoramento da moral e da solidariedade social, de acordo com Tawney (1971) e Weber (2000), um dos elementos do protestantismo. De acordo com Bourdieu (1998), o capital cultural, dentre outros capitais, gera uma aceitação tácita à posição, um sentido de demarcação a respeitar e fazer respeitar. Posicionamento confirmado por Bill Fanstone: “o pessoal vinha de outros centros porque aqui tinha assistência médica, que

não tinha em outras cidades. [...] então foi criando uma fama de que Anápolis tem recurso médico. Naquela época, isso influenciava demais” (CARVALHO, 2015, p. 58). Nos três primeiros anos, a equipe médica científica em Anápolis era expressiva para o contingente de profissionais em Goiás.¹⁰⁹

Como era natural para os MMPs, a perseguição foi experimentada pelo Dr. Fanstone, assim como por seu pai e Robert Kalley Baird, que editou o livro escreveu: “Eu sinceramente espero que nenhum leitor católico romano se ofenda pelas referências à perseguição aos protestantes” (FANSTONE, 2017, p. 23). Dr. Fanstone (2017) se referiu à atuação de seu pai no Recife, no final dos anos 1800: “seguiu tempo de grande perseguição quando os novos convertidos foram testados ao máximo. Eles foram espancados e presos e todas as indignidades colocaram sobre eles”. No Rio de Janeiro, com Dr. Robert Kalley, “À medida que o número de convertidos aumentava a oposição e perseguição tornavam-se ferozes”. Em Anápolis, o próprio Dr. Fanstone sofreu perseguições (FANSTONE, 2017, pp. 37,39,121). Ferreira (1981) escreveu sobre como ela mesma fazia chacotas e atirava pedras na igreja evangélica.

No documento inicial da UESA, na sessão “Relação com os Governos”, registrou-se que os missionários residentes ou em viagem deveriam ter cautela “para evitar dificuldades e complicações com as pessoas e, especialmente, com as autoridades” (CSWC51/1/21). Em Anápolis, um dos episódios se deu quando um soldado morreu durante uma operação. O boato era “que estávamos assassinando e enterrando nossas vítimas em sigilo”. Depois quando “um cobrador de impostos hemofílico e amigo nosso sangrou quase até a morte em uma simples operação”, com muito trabalho a equipe o salvou, ainda assim, “nossos inimigos apareceram em nosso complexo e falaram de resgatar o homem e enforcar os estrangeiros, e colocar fogo em todo o equipamento” (FANTONE, 2017, p. 210). Para Moraes, talvez a perseguição tenha vindo da falta de equipamentos adequados aos tratamentos, más indicações ou insucessos. Contudo, “a medicina de Fanstone era a que se realizava nos melhores centros do Brasil, talvez até melhor” (MORAES, 2012, p. 141).

Quando da transferência para o primeiro prédio, o médico escreveu “estávamos para ser condenados por violar as leis do país, de ser multados e presos, e, certamente, privados do direito de praticar novamente a medicina no país. Tudo baseado em acusações forjadas”. A

¹⁰⁹ Em 1925, James e Daisy participaram da fundação e como professores do Instituto de Ciências e Letras de Anápolis, primeira escola de ensino secundário da cidade; bem como do início da primeira Igreja Evangélica. A sede da Igreja Presbiteriana Independente, que era em Bonfim foi transferida para Anápolis, em 1930 (SOBRINHO, 1997; CARVALHO, 2015). Em 1926 nasceu o filho Henrique Maurício Fanstone, médico, vereador na cidade em 1954, vice-prefeito em 1960, deputado federal por Goiás, acionista e Diretor do HEG, dentre outras. Em 1930, nasceu William Baird Fanstone, advogado, atuou no HEG, membro da Assembleia da Associação Educativa Evangélica (CARVALHO, 2015).

construção do hospital progredia e também os tratamentos. Enquanto isso, o julgamento continuava, os pedreiros eram pagos, além do gasto com o tribunal, que não funcionava no “no interior do Brasil. Os juízes estavam sob o controle da dinastia política vigente, à qual, neste caso, os nossos inimigos pertenciam”. Contudo, “há poucas horas da sentença final, humanamente falando, toda a questão parecia mais contrária a nós do que favorável [...] O juiz convocou sua corte e leu sua sentença em voz alta e clara. Fomos absolvidos por completo”. Possivelmente havia juízes não controlados pelo poder local (FANSTONE, 2017, p. 121).

3.2.3 Instituições, espaços de saúde e o Médico Missionário Pioneiro

Em 1927, além do Dr. Genseric, na cidade desde 1922, Anápolis contava com os seguintes profissionais qualificados na medicina científica: Dr. Fanstone e Dr. Gerald Golden, as enfermeiras Baird Fanstone e Mary Hamilton e a missionária Frances Le Maire. Tudo leva a entender que Le Maire era norte-americana, mas não foi possível identificar sua profissão. O Dr. Fanstone não se referiu a ela em seu relato memorialista. Em carta lida, na comissão executiva da UESA, em novembro de 1927, questionaram por que Le Maire estava em Anápolis. A resposta foi “devido a necessidade de pessoal de enfermagem em Anápolis”, onde ela permaneceu no HEG até 1929. Pela resposta subentende-se que Le Maire era enfermeira.

O Hospital Evangélico Goiano (HEG) foi inaugurado, em 1927, como o segundo hospital em funcionamento no estado, “a mais moderna instituição de saúde do Centro-Oeste brasileiro”. “Servida dos mais modernos aparelhos para o tratamento de toda e qualquer enfermidade. Raios X, Alta-frequência, Diathermia, etc” (O Verbo, 1932). O primeiro pavilhão ficou pronto. Foi o maior empreendimento de um missionário da UESA no Brasil e o primeiro hospital moderno e particular do estado (MORAES, 2012).¹¹⁰ A próxima instituição de saúde na cidade será o Hospital Nossa Senhora da Aparecida, inaugurado em 1939.

Em diferentes pesquisas, percebe-se que missionários e militares foram os primeiros a investir na medicina em vários países, inclusive no Brasil. É o caso do HRMGo em Goiás e a medicina moderna na África Subsaariana. De acordo com o “Atlas Missionário Mundial, havia 150 médicos missionários na África em 1925, e mais de 235 enfermeiras trabalhando com quase

¹¹⁰ O Dr. Henrique Fanstone relatou que a missão tinha colégios e outras ações no Brasil, “mas hospital não. [...] meu pai teve que começar. Em nome dele, porque a missão não tinha. Não é que ele queria montar um império, ser rico. Nada disso. É que tudo chegou depois. Porque ele teve que montar um hospital e o hospital foi prospero e está aí um grande hospital”. Entrevista de 19 de fevereiro de 2015, 11 horas, com o Dr. Henrique Fanstone, em sua casa.

500 enfermeiras nativas formadas em 116 hospitais e 366 dispensários” (BEACH & FAHS, 1925).

O trabalho em Anápolis foi ampliado com a chegada em agosto de 1930 da enfermeira Doris Wilson e em 1931 da enfermeira Ruth.¹¹¹ De acordo com Fanstone (2017), Doris era pianista e perfeita em detalhes técnicos. Doris ficou um tempo na Inglaterra para tratamento de saúde. Hamilton escreveu: “foi uma imensa tristeza para todos nós; tínhamos tantos planos futuros para o trabalho conjunto” (FANSTONE, 2017, p. 135). Em 1931, Wilson retornou para o trabalho no HEG. Elas eram formadas na *Mildmay Mission*, na Inglaterra. Essa instituição nasceu na década de 1860, com o Rev. William Pennefather (1816-1873) e a esposa Catherine St. Judes, na Igreja em Mildmay Park, Islington.¹¹²

Além das enfermeiras formadas no *Mildmay*, atuaram em Anápolis pela UESA: Isabel Colquhoun Macintyre, da segunda geração de missionários. Isabel nasceu na Cidade de Goiás, em 1910 e na juventude atuou como voluntária no HEG em um tempo de carência de enfermeiras. Isa estudou na Escócia e graduou na *Western Infirmary School of Nursing em Glasgow*, em 1935. A enfermeira fez especialização na Inglaterra e validou seu diploma em 1944 pela Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro. Ela foi professora, por 15 anos, foi matrona e diretora da EEFN em 1945 e em 1952. Atuou no *Special Public Health Service* (SESP) e foi diretora da Escola de Enfermagem de Manaus em 1955 e 1958 e retornou aposentada a Escócia em 1975 (ESCOLA..., 1945, p. 17).

Ruth Virgo atuou mais de uma década em Anápolis; Alice Gallear chegou em 1934, “ficou conosco ao longo dos anos e agora [aposentada] está feliz e aposentada em Midland, Inglaterra” (FANSTONE, 2017, p. 143). O nome da enfermeira aparece como professora da EEFN em 1964 (HAMILTON, p. 30, CSWC51/7/5/4); May Haldane serviu durante vários anos antes de retornar para a Escócia (CARVALHO, 2015).

¹¹¹ O Dr. João Asmar escreveu que naquele ano, “em 2 de dezembro [...], pousou o primeiro avião de Anápolis” (ASMAR, 2012, p. 69). “Anápolis, desde 1943 contava com voos semanais feitos pela Empresa de Transporte Aeroviários do Brasil, que fazia a rota Miami/Rio de Janeiro e Anápolis, e, posteriormente, passou a contar com a rota Chicago/Rio de Janeiro que também passava por Anápolis” (SILVA, 2014, p. 107). O que ajudou ainda mais no processo de crescimento de Anápolis e conexão da cidade com o país. À época, Luiz Couto em nome do prefeito João Oliveira dentre outras escreveu: “Anápolis, que se tornou a filha diletta do Estado” (ASMAR, 2012, p. 71).

¹¹² Dentre os vários trabalhos desenvolvidos pela missão estava a orientação espiritual e cuidados com os enfermos. Com o surto de cólera em Londres (1866), duas diaconisas formadas por Catherine, atenderam nos lugares mais pobres e perigosos de Londres. Assim surgiu o primeiro serviço de enfermagem da *Mildmay*. Em poucos anos, fundou-se o primeiro Hospital da Missão com vinte e sete leitos em três enfermarias, um médico, três enfermeiras e cinco diaconisas em formação. O *Mildmay Mission Hospital* foi inaugurado em 1892, onde aconteciam a formação de enfermeiras e missionários para serem enviados a diversas partes do mundo. A instituição passou por transformações em suas especialidades e está em funcionamento ainda hoje.

Em 1932, a enfermeira canadense Berdie Jennings se juntou à equipe e em abril do mesmo ano, Baird Fanstone casou-se com Estace Wakuli Smith e deixou o trabalho no HEG; voltou a atuar somente dez anos depois. Jennings casou-se com o missionário Kegel em 1934 e atuaram na Ilha do Bananal com indígenas. Ruth Neville, formada pelo *London Hospital* era especialista em lepra, contudo devido a um tumor cerebral voltou a Europa onde faleceu. Doris Haslam, enfermeira canadense, “nos deu duas “pausas” de quatro anos cada” (FANSTONE, 2017, p. 210).

Nos quadros a seguir, estão dispostos os profissionais da saúde em Anápolis entre os anos de 1924 a 1943, dentro do período delimitado pela tese (1911-1943). Assim, não serão apresentados aqueles que chegaram depois do período proposto, nem as enfermeiras e auxiliares formadas no HEG e EEFN. Quanto à permanência dos profissionais, a data extrapolará a delimitação da tese.

Quadro 6: Médicos atuando no HEG e EEFN

Período de atuação	Nomes	Nacionalidade	Profissão
1924-1954	James Fanstone	Brasileiro	Medico Cirurgião
1925-1929	Gerald Golden	Inglês	Medico Cirurgião
1929/1933-1934	Donald Gordon	Americano	Médico
1931/1936-1954	Rettie Buchun	Escocesa	Médica anestesista e patologista
1936	Gerson Novah	Brasileiro	Médico
1939	Cristiano Teixeira	Brasileiro	Médico
1939-1948	Newton Wiederkecker	Brasileiro	Médico
1940	Domingos Viggiani	Brasileiro	Médico
1943-1945	Jair Dinoah Araújo	Brasileiro	Médico

Quadro elaborado pelo autor. Fonte: Fanstone (2017), CSWC51, Revista a Cinquentenária (1957, p. 143) e WILDING (2020).

Além dos médicos, o maior contingente de agentes de saúde foram as enfermeiras vindas da Inglaterra, Escócia, Estados Unidos e Canadá. E a multiplicação das mesmas se deu pela criação da Escola de Enfermagem Florence Nightingale. No período, os documentos mostram os auxiliares: Cícero desde 1928; Julia e Luisa sendo formadas como enfermeiras; Felismina Auta Machado, formada em 1937 na EEFN, dentre outros.

Quadro 7: Enfermeiras atuando no HEG e na EEFN

Atuação	Nomes	Nacionalidade	Profissão
1927-1929	Francis Le Maire	Americana	Enfermeira?
1927-1932 1942-1943	Baird Fanstone	Inglesa	Enfermeira
1927-1955	Mary Louise N. Hamilton	Inglesa	Enfermeira
1928-1931	Esther Blowers	Americana	Enfermeira e professora
1928-1932	Doris Wilson	Inglesa	Enfermeira
19??-19??	Doris Haslam	Canadense	Enfermeira
193?-19??	Ruth Neville	Inglesa	Enfermeira esp. em Lepra
1932-1934	Berdie Jennings	Canadense	Enfermeira
1932-1945	Ruth Virgo ¹¹³	Inglesa	Enfermeira
1934-1964	Alice Gertrude Gallear	Inglesa	Enfermeira
1936-1952	Isabel Macintyre	Brasileira	Enfermeira pela Escócia

Quadro elaborado pelo autor. Fonte: Fanstone (2017), CSWC51, Revista a Cinquentenária (1957, p. 143) e WILDING (2020).

Percebe-se o trabalho de enfermeiras com formação científica de diversas nacionalidades: brasileiras, inglesas, canadenses e norte americanas. Dentre elas, havia diferentes especialidades como cuidado com leproso, crianças, dentre outros. De acordo com o documento, (CSWC51/7/3/9) a parceria entre o HEG e a UESA na vinda das enfermeiras era simples: a UESA escolhia e enviava a enfermeira missionária, e pagava as despesas de viagem até Anápolis. “Em seguida, nós nos tornávamos responsáveis”, escreveu Fanstone. Quando chegava as férias, “a UESA assumia novamente, pagando as despesas da viagem de navio e cuidando das férias da enfermeira, em troca de uma determinada quota de ‘delegação’ de trabalho” (FANSTONE, 2017, p. 149). Em maio de 1930 foi lido o documento de Londres, enviado ao Executivo de Campos, que “o futuro relacionamento do Hospital com a Missão seria provavelmente o de uma obra afiliada”. Por isso, a parceria foi feita, conforme Fanstone expos acima (CSWC51/16/1/40, p. 14-15).

Quanto à manutenção das missionárias, a direção da UESA em Londres enviou carta aos missionários na América Latina questionando se a ajuda que recebiam era suficiente para sua manutenção. Fanstone (1930), não recebia tal ajuda, mas deu seu parecer como missionário dizendo que o custo da pensão por mês em Anápolis era de 120 mil réis; “isto é, duas refeições por dia e café da manhã. Além disso, haverá lavanderia, etc., totalizando 150, talvez”. A

¹¹³ HAMILTON, Mary. A Nurse's Diary. p. 25 (CSWC51/17/1/56).

proposta da UESA era o repasse de 300 mil réis por mês para solteiro e 600 para casais. De acordo com Fanstone, “os 150 restantes permitiriam a uma garota economizar uma pequena quantia, digamos para algum seguro a cada mês, acima e além das outras despesas necessárias” (CSWC51/3/1/33, p. 5).

No decorrer dos anos, vários médicos missionários com conhecimento científico atuaram no HEG. Eles receberam algum tipo de formação no hospital, depois passaram a servir em outras cidades, conforme será exposto no próximo capítulo. Foi o caso do missionário norte americano, Dr. Donald Gordon, que atuou no HEG em 1929, 1933 e 1934, depois em Minas Gerais, na Bahia e em Rio Verde. Sua atuação em Ponte Nova se deu entre 1929-1932, auxiliando o médico missionário Walter Wood, antes de validar seu diploma no país. Outros médicos que também atuaram foram os brasileiros Dr. Newton Wiederhecker, Jair Dinoah, dentre outros (FANSTONE, 2017, p. 197).

Ainda em 1929, Moraes escreveu que havia apenas 52 médicos residentes em Goiás, e que em Anápolis ficaram prontas “duas grandes enfermarias com oito leitos cada uma, um centro cirúrgico com amplas janelas de vidro, uma sala de Raio X, laboratório de análises patológicas, quartos particulares, uma grande varanda e outras salas mais. [...] parecia tão grande [...] e logo estava repleto de pacientes” (MORAES, 2012, p. 141). Percebe-se na Imagem 4, que mesmo a varanda era ocupada devido ao número de pacientes. O Dr. Fanstone e as enfermeiras realizavam poucos exames laboratoriais até a chegada da Dra Rettie, que se tornou especialista na área e ocupou a posição (CARVALHO, 2015).

Imagem 4: Pacientes internados no HEG (1929)



Fonte: CSWC51/7/5/4, 1929, p. 17.

Como visto no capítulo anterior, o saber poder médico se multiplicou em Goiás. A historiografia Goiana trata da influência que os médicos ganharam sobre a sociedade. A medicina determinava o contexto político e o estado o legitimava, visando o saneamento urbano e social. Esse seria o caminho já pavimentado em Goiás, para os médicos acenderem a cargos da administração do Estado, como ocorreu no período, especialmente com o Dr. Brasil Ramos Caiado (1893-1959), político brasileiro, presidente de Goiás de julho de 1925 a julho de 1929 e o Dr. Pedro Ludovico.¹¹⁴ O ideal da salubridade e o poder político irmanados possibilitaram a “criação” do serviço sanitário goiano (1920/1940) e ajudaram na transferência da capital federal para o Centro-Oeste, embora existissem outros interesses em jogo (VIEIRA, 2007, 2009, 2012; CAMPOS, 1996).

Para Hochmann e Lima, na obra “Médicos Interpretes do Brasil”, os médicos intelectuais “não apenas interpretaram, mas sobretudo, participaram da construção simbólica e

¹¹⁴ Pedro Ludovico Teixeira (1891-1979), médico, graduado no Rio de Janeiro (1915). Em apenas um mês, durante o ano de 1917, recebeu a vultosa quantia de quatro contos de réis com atendimento aromeiros participantes da festa de Trindade. Foi interventor federal no estado (1930-1933), além de governador de 1935 a 1945 (Teixeira, 1973). Para Magalhães, “os médicos com formação acadêmica destacavam-se dentre a população das cidades pequenas, pelo conhecimento adquirido nos anos de formação, diferenciando-se provavelmente no modo de vestir, de falar e de interpretar o mundo” (MAGALHÃES, 2014, p.184).

material da sociedade brasileira” (HOCHMANN; LIMA, 2015, p. XXIV; CAMPOS, 1980, 1996; MAGALHAES, 2014). Campos defende “que a medicina tem estreitado sua relação com o poder, com o Estado, na sua constituição e na sua afirmação como ciência” (CAMPOS, 1996, p. 173). E continua, somente em 1926 foi criado o Serviço Sanitário do Estado, considerado pelo governador “uma deplorável omissão”. Como afirmou o governador Caiado: “De longa data se fazia sentir entre nós a necessidade de uma instituição que tivesse o objetivo humano e civilizador [...] de melhorar as condições físicas das populações [...]” (Goyaz, Mensagem ao C. Legislativo: 1927, p. 44).¹¹⁵

Em 1931, Pedro Ludovico extingue o serviço e o reorganiza, em três meses, como diretoria de Higiene. O discurso sanitarista e as motivações pareciam ampliar o investimento na saúde pública dos goianos, “que seriam atendidos com abastecimento de água, rede de esgoto sanitários, coleta de lixo e regulamentação das construções, segundo parâmetros ideais de higiene e conforto” (FREITAS, 1999, p. 239).¹¹⁶

Contudo, cinco anos depois, conforme relatório (Estado de Goyaz. Mensagem ao Congresso, 1936) “células componentes destes órgãos de administração, as Inspetorias de Higiene, não desempenharam, até hoje, as funções a que estão destinadas” (CAMPOS, 1996, p. 181). Ludovico foi nomeado interventor, não eleito, atuando por 15 anos enquanto colocava nas prefeituras médicos em vez de juristas ou advogados. A formação em medicina e não em direito ganhou força pelo status.

A grande maioria dos governadores no período em análise (1911-1943) tiveram pequenas passagens pela administração do estado, com exceção dos dois médicos políticos que governaram um tempo maior: Brasil Caiado (1925-1929) e Pedro Ludovico praticamente de (1930-1945). Houve outros governadores médicos como: Humberto Martins Ribeiro Estudos, graduado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1910) e Faculdade de Direito de Goiás (1936). Além de médico e fazendeiro, foi vice-presidente do Estado (1929-1930) e presidente interino (1929 – 1930); outro foi Carlos Pinheiro Chagas (1887-1932), médico e político

¹¹⁵ Foram mínimos os recursos destinados nos orçamentos: em 1927, 1,38% das despesas realizadas [62:649\$] e, em 1928, 1,18% das despesas realizadas [59:832\$], aliás, sempre inferiores às despesas orçadas (Goyaz, Mensagem ao C. Legislativo: 1927, p. 75). O movimento teve extinção rápida (Decreto n° 97,5/11/1930). Motivos alegados: que o situacionismo estadual se utilizava do Serviço Sanitário como arma política contra seus adversários; que os charlatães tinham franca liberdade de ação ou eram tolerados; que, com a precária situação dos cofres públicos, estando o salário do funcionalismo com mais de dez meses de atraso, tornava-se imprescindível o desaparecimento do Serviço de Higiene (Relatório, 1930-33, p. 61).

¹¹⁶ O custeio de pessoal, material, dentre outros, entre 1935 e 1937 eram o seguinte: em 1935, o investimento total era de 85:990\$ mais 28:439\$ de subvenção e auxílios; em 1936, o investimento foi de 76:681\$ mais 47:616\$ de subvenção e auxílios; e, em 1937, o investimento foi de 172:354\$ mais 52:436\$ de subvenção e auxílios (Anuário estatístico de 1939-1941, p. 670).

brasileiro, primo do conhecido sanitaria Carlos Chagas. Pinheiro Chagas foi presidente provisório de Goiás por poucos dias em outubro de 1930.

Enquanto o estado não cumpria seu papel na promoção da saúde, os médicos na região voltavam-se para a política ou interesses particulares, ao passo que os missionários da UESA, especialmente os médicos e enfermeiras com formação científica, ofereciam suas relevantes contribuições. Na Imagem 5, temos o Relatório da UESA em 1933.

Imagem 5: Relatório da UESA (1933)

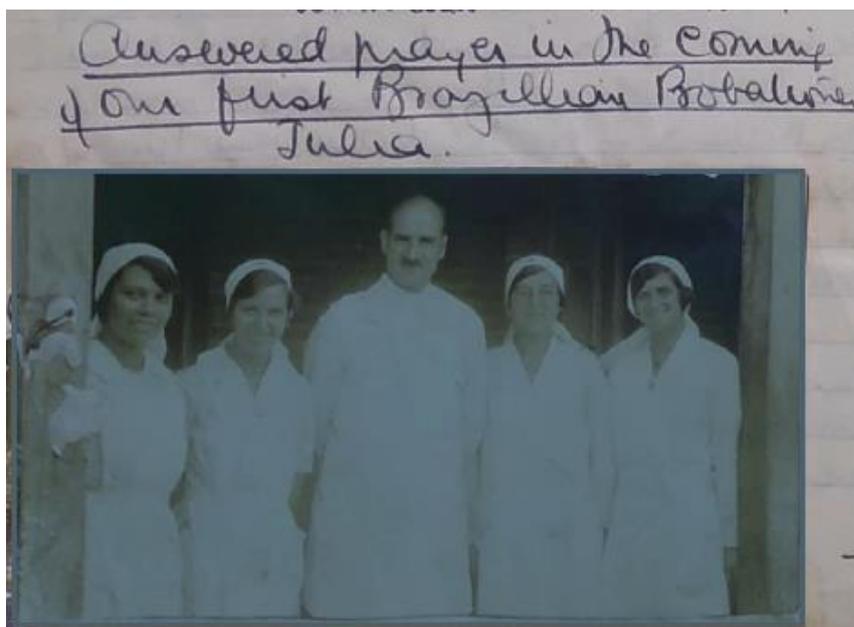
DIRECTORY OF MISSIONARIES OF THE E.U.S.A.		
(Those on furlough are marked by an *.)		
The following list only includes foreign missionaries. There are, in addition, some 60 national workers, men and women, and many of our main stations are occupied by national pastors. Space forbids enumeration of all our stations and workers.		
ARGENTINA.	Brazil (Central)—contd.	PERU.
San Nicolas— Mr. and Mrs. G. J. F. KRIEGER.	Annapolis— Dr. and Mrs. J. FANSTONE.	Lima— Mr. and Mrs. M. G. ALDAMA. Dr. and Mrs. W. MONTAÑO.
Campana— Mr. and Mrs. C. W. COOK.	*Nurse D. WILLSON. Nurse M. HAMILTON.	Central Sierra— Mr. W. G. SPEED.
San Fernando— Mr. and Mrs. W. C. KING.	Nurse RUTH VIRGO.	Arequipa— Miss S. M. PRITCHARD.
Azul— Mr. and Mrs. W. T. T. MILLHAM.	Bananal Island— Mr. and Mrs. J. B. WILDING.	*Miss I. ELDER. Miss L. SEWELL.
Necochea— Mr. and Mrs. H. F. SCHMITT.	Mr. and Mrs. J. KIRKWOOD. Miss E. BLOWERS.	Miss M. MARTIN.
Tandil— Mr. and Mrs. F. D. HUTCHINSON.	Mr. F. C. KEGEL.	Ayaviri— Mr. and Mrs. A. JARDINE.
Mr. and Mrs. D. M. LAWRENCE.	BRAZIL (NORTH)	Huantura and Sicuaní— Mr. and Mrs. LEN HERNIMAN.
Gonzalez Chaves— Mr. and Mrs. E. GODT.	Recife— *Mr. and Mrs. JAMES HALDANE.	Checacupe and Pitumarca— *Miss E. K. PINN.
Coronel Suarez— Mr. and Mrs. JAMES HARRISON.	Mr. and Mrs. W. B. FORSYTH.	Miss L. W. ADAMS. Nurse H. COOK.
BRAZIL (CENTRAL).	Garanhuns— Mr. and Mrs. F. C. GLASS.	Cuzco— *Mr. and Mrs. J. SAVAGE.
Catalao— Mr. and Mrs. M. BERNARD.	Joazeiro and Petrolina— Mr. and Mrs. T. B. DUNCAN.	Miss M. Walker. Miss J. RUDDLE.
Morrinhos— Mr. and Mrs. A. TITTLE.	Mr. and Mrs. OLIVER THOMSON.	Urco— *Mr. and Mrs. T. E. PAYNE.
Sao Paulo— Mr. and Mrs. W. S. COOK.	Bello Jardim— Mr. and Mrs. E. C. WILCOCKSON.	Mrs. STOCKWELL. Miss M. D. LUNN.
Jacarehy— Mr. JAMES COOK.	Brejo da Madre de Deus— Mr. CHARLES GLASS.	Miss M. SMITH. Mrs. THOMPSON.
Goyaz Capital— Mr. and Mrs. A. MACINTYRE.	(Canadian Section)	Abancay— *Mr. and Mrs. T. TYSON.
	Patos— Mr. and Mrs. H. G. BRIAULT. Mr. and Mrs. MATTHEWS.	

Fonte: Twenty one Years of the EUSA. 1912-1933 – CSWC51/15/1a3.

Nesse, evidencia-se Anápolis como núcleo irradiador da medicina missionária pioneira, visto que, com nove anos de atuação, daria início a uma escola de formação de profissionais de saúde, a Escola de Enfermagem Florence Nightingale. O trabalho não havia chegado ao seu clímax e já havia treze estações da UESA operando no Brasil. Isso em grande parte por causa da missão médica em Anápolis, em contraposição a nove estações no Peru e oito na Argentina.

Em relação ao Brasil, Goiás foi o estado com maior número de estações. No estado de São Paulo, havia duas estações com três pessoas; em Minas Gerais, uma estação com quatro pessoas; em Pernambuco, cinco estações e sete casais; em Goiás, cinco estações: Catalão, Morrinhos, Cidade de Goiás, Anápolis e Ilha do Bananal, com 12 missionários. Em relação às estações, na Ilha do Bananal e em Urco havia seis pessoas, ou seja, mais do que em Anápolis, que tinha 5 pessoas. A Urco Farm, no Peru, iniciou suas atividades desde 1900, mas em Anápolis o trabalho só começou em 1924. Contudo o trabalho em Anápolis cresceu a ponto de não somente atender a população, mas de promover a gestão e multiplicação das ações médicas em outras cidades. Ainda em 1930, antes do início da Escola de Enfermagem, enfermeiras já estavam sendo formadas no HEG, conforme Imagem 6. Júlia a jovem a esquerda da foto, foi a primeira enfermeira formada em Anápolis. Hamilton escreveu sobre a crise financeira que vivia o país e o grande volume de serviço gratuito, e sobre a diferença entre o HEG e os “hospitais de Missão mantidos por Missões estrangeiras, mas este é um trabalho autossustentável” (HAMILTON, entre 1935 e 1970, p. 23).

Imagem 6: Júlia, primeira enfermeira formada em Anápolis (1930)



Fonte: CSWC51/7/5/4, 1930, p. 22.

Com o início de formação de enfermeiras na cidade, antes do início da Escola de Enfermagem Florence Nightingale, deu-se início a uma ação que visava a gestão e multiplicação do pessoal atuando no hospital. Três anos depois a equipe é ampliada como se percebe na Imagem 7. Houve uma ação intencional visando a multiplicação de profissionais para oferecer um atendimento adequado aos cidadãos do Centro-Oeste brasileiro. Na Imagem

8, é possível ter uma visão melhor da equipe do HEG, na época, formada pelos professores da escola de enfermagem a partir de 1939. Percebe-se, a frente do hospital de chão batido e a arquitetura com tijolo à vista, ao estilo inglês. Assentados da direita para a esquerda: a médica Rettie Wilding e o filho Joe no colo, Dona Daisy e o filho Bill Fanstone, o médico cirurgião Dr. Fanstone, o médico brasileiro Dr. Cristiano e esposa, e George Glass técnico em eletricidade e Raio X. Técnico dos laboratórios do HEG, atuou no Raio-x e aparece como instrutor de Educação Física na EFFN (ESCOLA..., 1945, p. 17). Em pé, da direita para a esquerda: Mary Hamilton, enfermeira Inglesa e Isa Macintyre (atrás da Daisy) enfermeira brasileira com formação na Escócia; atrás e entre Fanstone e Cristiano, Candinha; Dita Sete atrás do Dr. Cristiano; e as onze enfermeiras, contando Candinha e Dita Sete, todas formadas na Escola de Enfermagem Florence Nightingale.

Imagem 7: Equipe do HEG em 1933



Fonte: CSWC51/7/5/4, 1933, p. 34.

Quanto as pessoas na Imagem 7, em pé: Felismina A. Machado (Cotta), Dr. Gordon, Eduardo, Dr. Fanstone e Cotinha. Assentadas acima, Ruth Virgo, Jennings e Mary Hamilton. Abaixo Néia(?) e Luisa. Cotta veio de Palmeiras para ser formada no HEG.

Imagem 8: Equipe do HEG e EEFN em 1939

Fonte: CSWC51/7/5/4, 1939, p. 54.

Já na década de 1940, tanto as condições de atendimento do HEG e EEFN como a formação dos profissionais da saúde ampliaram. O quadro 8 permite um vislumbre da influência dessas instituições e seus profissionais no sertão.

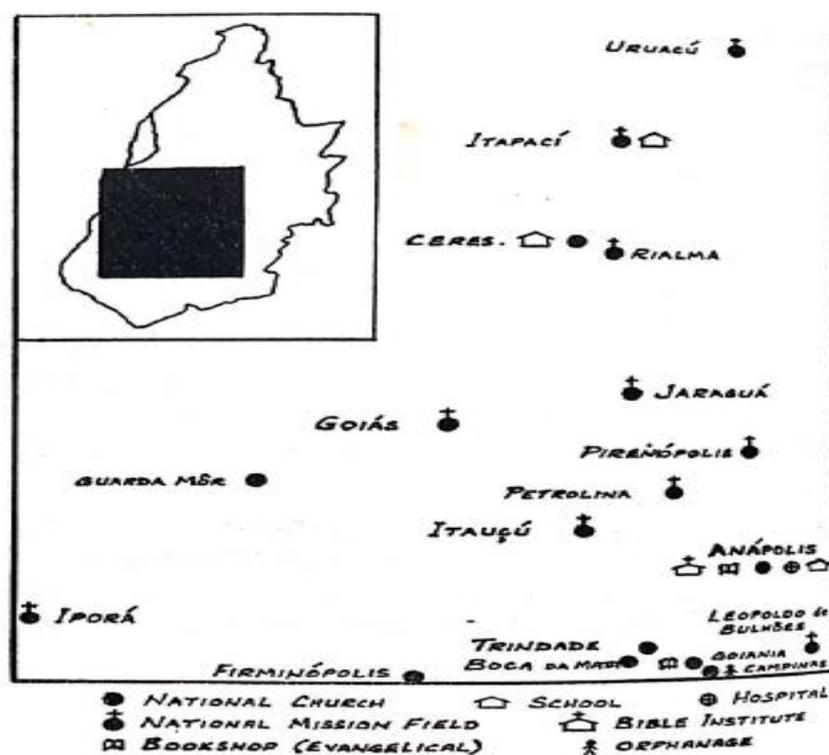
Quadro 8: Estatística atendimento do HEG de 1940 a 1954

Ano	Consultas	Internados	Pequenas Cirurgias	Cirurgias maiores	Partos
1940	4.471	487	95	258	-
1941	5.069	695	118	394	-
1942	6.158	820	674	398	-
1943	8.094	837	117	389	-
1944	7.870	1.067	265	511	138
1945	8.347	1.040	319	470	204
1946	6.212	1.225	381	548	257
1947	7.304	1.317	1.409	463	294
1948	6.326	1.329	854	578	378
1949	7.119	1.687	823	826	397

Fonte: COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 143.

A título de exemplo, pelos dados de 1950, podemos ter um parâmetro da situação sanitária em Goiás na década de 1940 e do que significou o trabalho realizado a partir de Anápolis, conforme Imagem 9. O estado de Goiás em 1950 possuía 1.215.886 habitantes em 231.449 domicílios, dentre os quais 5.668 domicílios tinham água encanada, que servia a 32.934 pessoas. Desse total de domicílios: 17.955 tinham energia elétrica e beneficiava 97.138 pessoas; 32.401 tinham aparelho sanitário e atendia a 169.802 pessoas; 2.724 estavam ligados à rede coletora geral e beneficiava 15.551 pessoas. Ligados à fossa sanitária eram 2.676 domicílios com 14.781 pessoas e à fossa comum, 25.955 domicílios com 133.733 pessoas. Em 1950, havia 41 hospitais e casas de saúde no estado (IBGE, Estado de Goiás. Rio de Janeiro, 1956, p. 110).

Imagem 9: A ação da UESA a partir de Anápolis



Fonte: CSWC51/15/4, 1961, p. 65

O boletim de 1945 da UESA apresenta alguns dados da ação médica de 1943 e 1944 (SOUTH AMERICA..., 1945). Além de confirmar alguns dos dados apresentados acima, traz a somatória total dos casos tratados em 1943, sendo 29.000 casos; e em 1944, 43.780 casos. Os dados no quadro acima se limitam ao trabalho interno do HEG, diferentemente do boletim da UESA onde foram computados os dados das duas clínicas de leprosos e duas clínicas para as pessoas pobres, além dos atendimentos nas casas, feitos por médicos e enfermeiras, conforme os costumes da época.

Houve aumento no atendimento na Clínica dos Pobres, “45 pessoas por dia na clínica. Isso é ainda mais notável porque a Clínica sofreu com a perda de pessoal. No início do ano, Mis Mary Hamilton, que costumava ir para lá todos os dias, partiu para a Inglaterra, e por volta da metade do ano o Dr. Jair deixou o hospital”. Dr. Jair foi atuar na Nickel Company in Niquelandia, por um mês e acabou dedicando todo tempo à company. “Ele passava três tardes por semana na clínica. A falta de enfermeiras também representava um sério entrave. O ano terminou com a Clínica a funcionar duas tardes por semana, estando apenas uma enfermeira presente” (SOUTH AMERICA..., 1945, p. 74,75).

Conforme Souza (2008), na década de 30, o Dr. Fanstone organizou um atendimento domiciliar visando a assistência às mães pobres na hora do parto. A paciente solicitava o acompanhamento no Hospital Evangélico Goiano, “de uma enfermeira. Logo, uma profissional seguia até a residência da parturiente e ali todos os cuidados e precauções eram tomados” (SOUZA, 2008, p. 28).

De acordo com Fanstone, “1944 foi de longe o melhor ano. Estatisticamente teve um crescimento sobre 1943 em todo departamento”. E continuou: “Goiás é um dos maiores estados da federação e foi, até recentemente, um dos mais negligenciados”. Pacientes vêm do Maranhão para serem tratados. Quanto ao caráter filantrópico, “muitos são pobres e destituídos. Cerca de um terço dos casos são tratados gratuitamente; outro terço a preço de custo” (SOUTH AMERICA..., 1945, p. 74, 75). O que não era diferente de alguns médicos na região. De acordo com Moraes, o médico José Camilo de Oliveira, que também foi deputado e prefeito e atuou nas cidades de Trindade, Bela Vista e Goiânia em 1945. Além daqueles que faziam dos produtos do sítio moeda de troca, “os fazendeiros, clientes mais abastados, comprometiam-se a acertar as contas no tempo da colheita. Esse era um dinheiro certo. Os que pouco ou nada tinham engrossavam o livro de dívidas nunca pagas, que se perderam no tempo, em 1945, seu livro de dívidas era bem grosso. Perdoou a todos, pois a esse povo tudo faltava” (MORAES, 2012, p. 122).

A equipe era composta pelo Dr. Fanstone, Dra. Rettie Wilding e mais três médicos brasileiros. Há sete enfermeiras registradas; treze estudantes de enfermagem matriculadas na escola, cinco completando seu curso; e três iniciantes, uma delas repetiu o ano. O novo prédio está concluído com uma maternidade nova, quatorze quartos privativos anexos, duas salas de parto, uma creche, duas novas enfermarias, várias salas para casos em observação ou isolamento, lavanderia a vapor e oficina de reparação. A lavanderia a vapor é a primeira no Brasil central denominada pelo Dr. Fanstone de “um caso fascinante” (SOUTH AMERICA..., 1945). Contudo, a questão é, como se deu a formação dessas enfermeiras?

3.2.3.1 EEFN – A multiplicação de profissionais da saúde

A importância de se estudar na Escola de Enfermagem Florence Nightingale é recuperar a história da enfermagem em Anápolis e em Goiás, e trazer à tona uma parte da historiografia pouco estudada. Mostrar sua origem, seu ethos e originalidade como fruto da missão UESA e dos profissionais de saúde em sua grande maioria do Reino Unido. Além de revelar seus múltiplos objetivos na saúde, sociedade e espiritualidade.

A medicina no final do século XIX e início do XX experimentava a profissionalização de suas atividades. As discussões em torno da implantação da enfermagem moderna no Brasil giravam em torno de duas motivações centrais: a possível resposta às epidemias, formando profissionais para combatê-las ou a falta de saneamento como empecilho real às relações econômicas e comerciais do Brasil com outros países. A incrementação no saneamento gerava oportunidades de investimento estrangeiro, como ocorreu na reforma urbana do Rio de Janeiro com Pereira Passos e Oswaldo Cruz (SANTOS, 2016). Ao contrário das teses apresentadas, a Escola de Enfermagem Ana Nery iniciou sua ação centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças. As enfermeiras não foram preparadas para atuarem no “campo da saúde pública, na atenção primária e na prevenção, mas para serem coadjuvantes da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa” (RIZZOTO, 1997, p. 2).

O surgimento da enfermagem se dá devido às más condições de saúde da população urbana e rural, acentuada pelas crises advindas da Primeira Guerra Mundial e da produção cafeeira. O estado tomou para si essa função buscando oferecer serviços de saúde pública através da educação sanitária científica. A enfermagem surge então como “um braço auxiliar no projeto sanitário da segunda década do século XX, que buscava um tratamento da saúde de maneira racional” (SANTOS, 2016, p. 165).

Desde a colonização, instituições religiosas preparavam “enfermeiras” pela imitação dos superiores, tendo os jesuítas e religiosos como mestres, e voluntários leigos e escravos como “profissionais”, todavia sem nenhum programa formal (GERMANO, 1993). Dos anos 1920 até a década de 1950, a enfermagem era quase desconhecida e desprezada por famílias tradicionais brasileiras (MEDEIROS, TIPPLE E MUNARI, 2008). Fanstone, por exemplo, foi criticado por permitir que sua irmã, Baird, exercesse uma profissão “tão aviltante - trabalho considerado próprio para mulheres de moral duvidosa”. O médico argumentou que na Primeira Guerra Mundial “a filha do nosso Rei era uma enfermeira [...] e que sua Nação honrava a profissão de enfermagem” (FANSTONE, 2017, p. 141). Afinal, enfermeiras inglesas chegaram ao Brasil em

1892 e atuaram no Hospital Evangélico Samaritano em São Paulo (1890), para cooperar na Reforma Carlos Chagas e combater a Febre Amarela, pois tais doenças comprometiam as transações econômicas e internacionais do país (CARVALHO, 2015).

Em 1930, a visão do governo na área da saúde ficava a cargo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e focava mais em medidas preventivas do que médico-curativas. O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), criado no mesmo período, conduzia as políticas assistenciais. Em 1937, com a Reforma Capanema, o *Departamento Nacional de Saúde Pública* (DNSP) se tornou o *Departamento Nacional de Saúde* (DNS) incorporado ao *Ministério da Educação e Saúde* (MES), a grande reforma. O médico João de Barros Barreto fortaleceu o interior das agências e aplicou o modelo vertical de ações de saúde. Suas políticas com teor campanhista e centralizador, voltadas especialmente para as “doenças transmissíveis, que então grassavam endemicamente nas áreas rurais” como malária, febre amarela, tuberculose, dentre outras, herança da Primeira República (VIEIRA, 2009). Houve concessão de benefícios mitigando a situação ao invés de transformá-la com prestação de serviços. O entendimento da seguridade social ocorreu somente nos anos 1940 com assistência médica. Até aquele momento o investimento na saúde não era prioritário, portanto um gasto a ser contido. Ao perceber que os serviços médicos reduziriam os custos do “sistema previdenciário, por reintegrar mais rapidamente o segurado ao mercado de trabalho, os tais serviços constituíram uma forte demanda por parte da burocracia deste instituto” cujo ethos é o lucro (VIEIRA, 2009, p. 66).

Com o crescimento da cidade de Anápolis, o aumento de pacientes chegando de diversos lugares, inclusive de outros estados, a demanda por atendimento no HEG aumentou consideravelmente. Pessoas começaram a montar barracas ao redor do Hospital. A solução era formar profissionais de saúde, um projeto pelo qual almejavam já há dois anos e meio, “mas parece difícil para essas meninas perceber que a enfermagem não é uma coisa servil, mas um chamado”. Hamilton tratava do princípio de se encarar o trabalho como uma vocação. E apesar do preconceito, em 1930, duas jovens aceitaram o desafio de serem preparadas como enfermeiras (HAMILTON, CSWC51/16/1/56, p. 19; FANSTONE, 2017, p. 137). Em 1931, Hamilton escreveu: “essa altura, você já notou que temos agora duas estagiárias, Julia e Luisa” (FANSTONE, 2017, p. 137).

Um conjunto de fatores como: “A ação profissional das enfermeiras estrangeiras, minimizando sofrimentos, e a forma como viviam sendo exemplo de dignidade, elevado nível cultural, renúncia e abnegação, com o passar do tempo afrouxou as barreiras sociais”,

naturalmente “as famílias de segmentos sociais menos expressivos, enxergando as vantagens econômicas do curso, permitiram que suas filhas nele ingressassem” (MORAES, 2012, 154).

Para ampliar as ações, Fanstone se inspirou no profissionalismo da reformadora social Florence Nightingale (1820-1910), considerada a fundadora da enfermagem moderna, para nomear a escola.¹¹⁷ No Brasil, a enfermagem foi criada e institucionalizada com a Escola de Enfermagem Ana Néri em 1923, a primeira escola em conformidade com os padrões da enfermagem moderna. Depois surgiu a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, de orientação católica, em Belo Horizonte (CARVALHO, 2015). Em agosto de 1933, depois de muito trabalho e busca de solução para a falta de profissionais qualificados na área da saúde, o Dr. Fanstone e as enfermeiras iniciaram a Escola de Enfermagem Florence Nightingale (EEFN), na rua Antônio Carlos, atual Manoel D’Abadia, anexo ao HEG. A escola teve status de curso superior, reconhecida pelo interventor federal em Goiás, Pedro Ludovico Teixeira (1937), e pelo presidente Eurico Gaspar Dutra (1947). As alunas formadas, anteriormente, poderiam integralizar as disciplinas e ter o diploma reconhecido.

Essa foi a quarta escola de Enfermagem do País, o primeiro curso superior de saúde em Anápolis e a única escola de saúde em funcionamento em Goiás até 1945. A Escola de Pharmacia e odontologia de Goiás tinha encerrado as atividades em 1931. Há uma investigação se a EEFN é a terceira ou quarta escola de enfermagem do Brasil. Está documentado que a “Escola de Enfermagem do Grace Memorial Hospital, escola considerada pelos seus fundadores como primeira da Bahia, entretanto desconhecida pela historiografia oficial e pelos órgãos de enfermagem”. Assim, “as pessoas relacionadas a escola creditam ser a primeira escola de Enfermagem da Bahia, e a terceira do país” (ARAÚJO, 2008, p. 1-6; SANTOS, 2016, p. 168). O próprio Fanstone coloca a EEFN como a quarta do Brasil (FANSTONE, 2017).

Em 1933, iniciou-se a construção do prédio de cinco andares para suprir as necessidades do HEG e especialmente da EEFN. Era o prédio mais alto de Goiás e o primeiro com elevador, finalizado em 1937. Em consonância com Ferreira, nesse mesmo ano quando “minha família residia em Bonfim (Silvânia). Vim a Anápolis, passar as férias de verão. Fiquei boquiaberta ante o prédio de cinco andares que estava sendo construído por James Fanstone” (FERREIRA,

¹¹⁷ A enfermeira inovou na Guerra da Criméia ocorrida a partir de 1854. Utilizou o modelo biomédico da medicina aplicado à enfermagem e às estatísticas para averiguar os percentuais de curados ou mortos, e obteve resultados significativos. Florence organizou um hospital no local para o atendimento de mais de 1500 soldados, reduzindo para 2% a mortalidade que variava em cerca de 40%. Ela utilizou métodos renovadores, organização, qualidade na assistência através do bem-estar geral e a exigência de infraestrutura humanitária e social. Também possibilitou uma nova reputação à profissão e um ícone naquela geração. Em 1860, ela estabeleceu uma escola de enfermagem no Hospital São Thomas em Londres, atual King’s College, onde lançou os fundamentos da enfermagem profissional e moderna, a primeira escola secular do mundo (RALBY, 2013).

1981, p. 191). Já Oliveira acentuou: “quando os primeiros edifícios não religiosos ultrapassaram a altura das igrejas, o impacto simbólico deve ter sido muito grande. Em Goiás [...] o primeiro ‘arranha-céu’ foi o Hospital Evangélico [...] construído em Anápolis na década de 1930” (OLIVEIRA, 2014, p. 37).¹¹⁸ Desde o térreo até o último andar foram racionalmente utilizados, como veremos a frente. O destaque aqui fica para o terceiro, quarto e quinto pavimentos, que funcionavam como lares para as enfermeiras e residência dos médicos (COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 142).

A filosofia das escolas Florence estava pautada em quatro conceitos-chaves: o foco na formação; preferencialmente mantida pelo dinheiro público; estreita associação com hospitais; os estudantes deveriam ficar em internatos confortáveis e próximo ao hospital, além da qualificação dos professores, a seleção de candidatos de uma perspectiva física, moral, intelectual e aptidão profissional (BACKES, 1999). Havia pouca diferença da EEFN e o modelo Florence, como por exemplo não pautar na manutenção do dinheiro público. Quanto ao internato, uma das funções, além de acolher estudantes de outros estados, era a formação moral da enfermeira, por meio do disciplinamento diário e a postura exigida pela escola num momento de solidificação da profissão. Contudo, enquanto as primeiras enfermeiras em geral, formadas nos grandes centros, eram de classe média e alta, em Anápolis, houve um grande influxo de enfermeiras de classe baixa (SANTOS, 2016; CARVALHO, 2017).

A contextualização do curso e sua ênfase no aprendizado técnico científico e nas doenças tropicais eram notórias. Os três anos de curso prático possuíam as seguintes matérias, distribuídas da seguinte forma:

Curso preliminar	5 meses
Estágios em casos de doenças tropicais e infecciosas	4 meses
Estágios em clínica médica e neurologia	6 meses
Estágios em cirurgia e sala de operações	6 meses
Laboratório de análise e O.O.R.L [otorino Laringologia]	2 meses
Enfermagem de saúde pública	4 meses
Obstetrícia e ginecologia	4 meses
Pediatria e dietética	3 meses
Férias e descanso	2 meses

Fonte: COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 145

¹¹⁸ Em 1935, aconteceu a inauguração da tão aguardada estrada de ferro e, em 1938, seria inaugurado o prédio da prefeitura e o do fórum.

Os estágios “incluem algumas semanas de serviços noturno” (COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 145). Para os cuidados com a saúde física e mental, era oferecido na chácara a vinte minutos da cidade “piscina para remo e natação, onde as alunas três vezes por semana [tem] aulas de educação física, remo, nado e ginástica e passam as tardes de folga e recreio. Dispõe também a Escola de espaçoso campo de tênis e voleibol” (COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 151).

O curso completo com estágio e preliminares durava em média 3 anos. O “elevado padrão de ensino nos seus vários cursos de pediatria e dietética, obstetrícia e ginecologia, enfermagem da saúde pública, análises de laboratório, além de estágios em clínica médica, cirúrgica e doenças tropicais e infecciosas” (COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 145). Com a legislação, na área, em 1964 a instituição passou à condição de Escola Técnica de Enfermagem (CARVALHO, 2017; VAZ; TAVARES, 2005). Nos primeiros trinta anos de funcionamento, de 1933-1963, a EEFN diplomou 219 enfermeiras, que atuaram no HEG, em diferentes estados da federação e até no exterior (ESCOLA..., 1945; CARVALHO, 2015, 2019).

Atualmente a EEFN oferece cursos de nível técnico e possui cerca de 450 alunos. Forma técnicos com o mais alto padrão de qualidade. Ao término dos estudos, 20 a 22 meses, o aluno opta por especializar-se, no nível técnico, em: Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem do Trabalho ou Instrumentação Cirúrgica, com duração de 6 meses. Em 2009, foi implantado o método de estudo PBL - Problem Based Learning. Cerca de 90% dos alunos saem da escola com trabalho. A EEFN continua a fazer história depois de mais de 80 anos preparando profissionais, com princípios cristãos, excelente conhecimento técnico e compromisso com a sociedade, para atuar na tão carente área da saúde no Brasil (CARVALHO, 2019).

Quadro 9: Enfermeiras formadas na EEFN, no período estudado entre 1911 e 1943

Ano	Nº	Alunas	
1937	4	Ironдина Costa Victoy Josina Lucas de Melo	Felismina Dutra Machado Cássia Lucas de Melo
1938	2	Dorcas Gonçalves	Paulina Souza
1940	5	Benedita Salles Maria Cândida Pereira Sara Carvalho	Clarice Gomes Maria Celuta
1941	3	Antonieta Ferreira Hermelinda Brito	Edisa Antunes
1942	4	Amália Rodrigues Duartina Silva	Arminda Damasceno Maria Oliveira
1943	6	Angélica Damascena Pires Carmem Justiniano Ribeiro Margareth Betty Tipple	Antônia Castanheira Lima Euristelina de O. e Silva Vaste Lemes Borges

Fonte: documentos do acervo histórico da EEFN.

A gestão e multiplicação na formação de enfermeiras se deu à medida em que as ex-alunas da EEFN se tornaram professoras como foi o caso de: Felismina, Josina, Benedita, Clarice, Maria Cândida, Duartina, Maria Oliveira, Antônia Castanheira e Carmen, dentre outras.

Desta forma, as ações médicas missionárias em Anápolis foram resultado da ação conjunta de profissionais de diversas nacionalidades, como médicos e enfermeiras inglesas, escocesas, canadenses, americanas, dentre outras (CARVALHO, 2015). O ambiente científico, não significou o esfriamento das relações. De acordo com o relato memorialista, ficou registrado, “Dr. Fanstone é verdadeiramente afortunado com uma boa equipe de dedicadas ajudantes”. Assim “a impressão dada em uma recente visita foi a de filhas em um excepcionalmente lar feliz, ao invés de enfermeiras em uma instituição” (CSWC51/15/1a3, 1936, p. 14). Conforme Fanstone, o que as enfermeiras “realizaram foi magnífico” no tratamento da saúde das pessoas no Brasil Central (FANSTONE, 2017).

3.2.3.2 Outras ações de promoção da saúde em Anápolis

O contato do Dr. Fanstone com leprosos desde quando chegou em São Paulo e depois da vinda para Goiás o marcou e sua ação nessa área foi pioneira também. Contudo, visto que no próximo capítulo trataremos do “ABC da Filantropia” e seu trabalho filantrópico desenvolvido pelos missionários da UESA, em Anápolis, na Ilha do Bananal e Catalão, não o faremos aqui.

Em 1935, Anápolis enfrentou uma das duas maiores preocupações epidêmicas do Brasil, a malária e a febre amarela. Na zona rural de Anápolis, Augusto Elias de Oliveira, morreu de febre amarela. Houve mais alguns casos em Goiás e Mato Grosso. O movimento sanitário e o Instituto Rockefeller fizeram de Anápolis a sede do seu serviço em Goiás, apesar de não haver mais nenhum caso registrado no município. Num contingente de 795 pessoas vacinadas entre janeiro de 1936 e junho de 1937, dois terços foram vacinados em Goiás, dos quais 122 pessoas foram vacinadas em Anápolis (BENCHIMOL, 2001, p.194; Jornal Anápolis, 28 de abril de 1935).

Um marco para a cidade na época foi a chegada da primeira locomotiva que daria um novo impulso à região nas relações comerciais, sociais e na saúde. Hamilton escreveu sobre o desfile das estudantes da EEFN: “era como se um sonho tivesse se tornado realidade ao vê-las caminhando em seus vestidos azuis, e aventais brancos [...] Deus nos respondeu além do que

esperávamos” (CSWC51/16/1/56, p. 37; CARVALHO, 2015). O HEG continuava ampliando sua estrutura e tecnologia. Em 1937, a pedido do Dr. Fanstone, Ralph Colemann foi à Alemanha adquirir um aparelho de Raios-X que foi montado pelo MMP. O aparelho, ainda que usado, possibilitou detectar fraturas, casos de tuberculose pulmonar e projéteis de armas de fogo nos corpos dos pacientes (FERREIRA, 1981).

Com o término do prédio de 5 andares (1937), conforme Imagens 10 e 11, as possibilidades de tratamento foram ampliadas: o andar térreo servia para cozinha, depósito e acomodações para serventes; o primeiro pavimento possuía ampla sala de espera, dois consultórios, laboratório de análises, sala de curativos, ambulatório e sessão de Oftalmologia, Otorrino Laringologia Diathermia e Raios Ultravioletas; o segundo pavimento era para Raio-x; do terceiro ao quinto pavimentos, residência de médicos e enfermeiras (COMEMORAÇÃO..., 1957, p. 142). Na Imagem 10, na foto panorâmica da cidade percebe-se o edifício do HEG e EEFN ao fundo à esquerda. A Imagem 11 o edifício, o mais alto de Goiás a época.

Imagem 10: Panorâmica da Cidade de Anápolis; **Imagem 11:** Prédio do HEG e EEFN



Fonte: FEITOSA, 2002, p. 56.

Mesmo antes do início da Escola de Enfermagem, a formação de profissionais na medicina científica e as oportunidades de oferecer atendimento à população eram recorrentes. Um dos casos se deu com o Dr. Maurice Croll, cirurgião-chefe do Departamento de Oftalmologia de Detroit, Michigan, que era apaixonado pelo Brasil e amigo do Dr. Fanstone. Croll vinha para Goiás com um colega que atuava na mesma área e “realizava uma clínica intensiva por dez dias para tratamento de doenças dos olhos, com um intervalo para caçar e pescar”. Assim, “montamos as clínicas” com tratamento “absolutamente grátis” (FANSTONE, 2017, p. 211). Antes de sua chegada ao Brasil a equipe do HEG agendava as consultas e possíveis cirurgias. Como fruto desse trabalho, Fanstone escreveu: “vimos centenas e centenas de problemas sérios de vista [...] Realizamos centenas de remoções de cataratas e correções de

estrabismos [...] operações do sistema lacrimal, pterígio, glaucoma etc. Nós dificilmente teríamos os aparelhos que ele havia trazidos dos Estados Unidos” (FANSTONE, 2017, p. 211).

No retorno da pescaria, Croll atendia “mais gente antes de partir para os EUA. E assim seguiram-se 14 longos anos de visitas anuais, e amizade sempre crescente. Nesses períodos, ele conseguiu entre seus amigos nos EUA uma quantidade enorme de equipamentos médicos, “de segunda mão” e enviou para nós, incluindo ótimo aparelho de raio-X, que foi trazido por via aérea até nós, pelo Serviço Consular Americano. Ele até escreveu um artigo sobre nós em “M.D”, a Revista Médica norte-americana” (FANSTONE, 2017, p. 211).

Era recorrente as relações com políticos, comerciantes, fazendeiros e estadistas de outras nações, além de ser um ponto de apoio e ajuda a todos os missionários, de certa forma, de todas as partes do Brasil. Além destes ele hospedou governadores como Pedro Ludovico. Segundo Henrique Fanstone, seu pai, Dr. Fanstone “tinha o hospital de grande categoria no sertão, então todo mundo vinha tratar com ele. Então ele conhecia todos os coronéis. Pedro Ludovico era amigo pessoal dele. E o Pedro Ludovico foi ser interventor durante 1930” (CARVALHO, 2015, p. 91). Ele recebeu dezenas de deputados estaduais, federais e até senadores nas formaturas das enfermeiras, nas inaugurações dos prédios e escolas e nas comemorações na igreja. O administrador da Colônia Agrícola Nacional de Goiás, CANG, Bernardo Sayão, além de seu amigo, Sayão chegou a morar em sua casa (ASMAR, 2012). E segundo Bourdieu (1998; 2007) essas relações possibilitam ainda mais outras relações e um certo capital social, cultural e intelectual.

O médico missionário recebeu a rainha Elizabeth II da Inglaterra. Ele fez “uma apresentação especial para nossa Rainha durante sua visita ao Brasil em 1970” (FANSTONE, 1972, p. 08). Em entrevista realizada em 19 de fevereiro de 2015, o Dr. Henrique Fanstone comentou: “O rei da Inglaterra, até interessante, que chama, meu querido servo e não sei o que. [...] o documento está lá no hospital. E na razão de ter dado essa ordem do Império britânico para meu pai, o governo diz que é porque ele esparramou a medicina e enfermagem inglesa no Brasil”. O presidente da Iugoslávia Josip Broz Tito também visitou ao Dr. Fanstone bem como a atriz de Hollywood Joan Lowell, dentre outras.

Uma das visitas foi a da comitiva do Governo federal em 1930, que se expressou a respeito do trabalho do Dr. Fanstone da seguinte forma:

A casa de saúde do Dr. James Fanstone, recebeu demorada visita da comitiva presidencial. S. Exa e todos os seus companheiros manifestaram grande assombro por ver dentro de Goyas, sem os aparatos do reclamo, tão excelente estabelecimento médico-cirurgião. A capacidade dos facultativos Fanstone e

Gerald Golden se revela pelo grande número de curas e operações documentadas que já fizeram no curto prazo de três anos de quando da data da instalação. Aparelhada dos mecanismos mais modernos e dos mais finos instrumentos, como de acomodações confortabilíssimas, está apta a casa a receber grande quantidade de clientes. Damos esta ligeira nota do estabelecimento, porque o consideramos como indiscutível manifestação de progresso, que tem elevado muito o nome de Anápolis e atrahido para ella grande gente de todo o Estado (SILVA, 1930, p. 76).

A contribuição na promoção da saúde se deu também indiretamente. Fanstone, construiu uma represa (1937) para prática de esporte e para o lazer das estudantes da EEFN e os anapolinos. “O prefeito de Anápolis se aproximou de nós para perguntar se ele poderia usar nosso lago como uma área de sedimentação para novas obras municipais de saneamento de água”. Desta forma, “instalaram quatro bombas de energia para enviar a água do lago até a torre da caixa d’água municipal; a partir da qual, após o devido tratamento com cloro, sulfato de cobre e o movimento circulatório (para misturar tudo), a água potável é fornecida para a cidade” (FANSTONE, 2017, p. 155). As diferentes experiências em Anápolis serviram como um protótipo para a ação médica missionária daqueles que serviram no HEG e EEFN, e que depois atuariam em outras partes do estado e até mesmo da nação.

3.3. Considerações gerais

Anápolis como o núcleo irradiador da medicina missionária pioneira ecoa os valores da medicina missionária dos dissidentes protestantes da Escócia em particular e do Reino Unido em geral. O CMME reuniu e reforçou os valores da medicina missionária, estimulando uma consciência maior do papel desta no serviço à população e na evangelização. Os missionários que atuaram na América Latina intensificaram o trabalho, especialmente no Brasil, sendo Anápolis um centro importante das ações da UESA em Goiás.

Assim com a chegada dos MMPs, na década de 1920, com formação na medicina científica foram realizados diferentes tipos de cirurgias, das mais simples às mais complexas, extraíram dentes, combateram epidemias de sarampo, gripes e varíola, realizaram partos, combateram verminoses e moléstias, suturaram cortes e realizaram curativos. Desenvolveram tecnologia como mesa de cirurgia, lavanderia, laboratório de pesquisa, abastecimento de água e energia, e tudo o que era necessário. Profissionais vieram de diferentes nações; construções foram erguidas e agentes de saúde formados.

Fanstone iniciou o 2º hospital do estado, inaugurado em 1927, e a quarta escola de Enfermagem do Brasil em 1933. Escolas foram iniciadas e pelo menos duas clínicas para atendimento das pessoas sem recursos, além de atendimentos esporádicos em diversas áreas como a Clínica oftalmológica. Contudo, o trabalho não se limitou à cidade de Anápolis, mas, a partir dela, alguns municípios e estados da federação receberam os benefícios da medicina missionária pioneira, tendo Anápolis como seu núcleo irradiador. É o que veremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 4

DE ANÁPOLIS PARA O BRASIL - O IMPACTO DA MEDICINA MISSIONÁRIA

No capítulo anterior, foi analisada a Conferência Missionária Mundial em Edimburgo (CMME), sua perspectiva frente à medicina missionária e como o posicionamento sobre a América Latina deu base para o surgimento da UESA, a organização que enviou missionários e agentes de saúde para a América Latina. Goiás foi um dos lugares que recebeu grande influxo de missionários como profissionais da saúde, tendo Anápolis como centro irradiador da Medicina Missionária Pioneira.

A partir desses movimentos e da chegada dos MMPs, foram desenvolvidos cuidados na área da saúde junto à população e a formação de profissionais, especialmente enfermeiras. Com a criação de instituições visando formar agentes de saúde, o contingente de pessoal atuando na área foi ampliado no decorrer dos anos. Foi estabelecida ainda uma ponte entre estes profissionais advindos do Reino Unido e América do Norte que atuavam em diferentes regiões do Centro-Oeste Brasileiro (DUTRA E SILVA, 2015).

Neste capítulo, será analisada a influência do trabalho em Goiás e em algumas regiões do Brasil a partir de Anápolis. Alguns médicos e instituições citadas a seguir apesar de não serem necessariamente vinculados à UESA, abraçaram o ethos da Medicina Missionária Pioneira e científica tendo alguma influência dos referidos médicos e enfermeiras, em especial do Dr. James Fanstone. E ainda que o início dos trabalhos desses agentes de saúde, citados aqui, ocorram dentro do período delimitado pela tese (1911-1943), alguns dados apresentados ultrapassam-no, visando mostrar o impacto das ações dos agentes da Medicina Missionária Pioneira. Além do mais, no processo de reinterpretação do sertão goiano, era preciso enfrentar a realidade de um estado com menor influxo de agentes de saúde do que as capitais brasileiras e cidades litorâneas. Um estado “sem livros, sem professores e sem escolas, sem médicos e sem hospitais” (PINTO, 2011, p. 244).

Os missionários da UESA que atuavam na América Latina, com exceção dos missionários e pastores nacionais, são apresentados a seguir, de acordo com o boletim de celebração dos 21 anos da Instituição. Destaca-se aqui, aqueles que atuaram em Goiás,

conforme Imagem 5 no capítulo 3. Em Catalão, o casal Bernard; em Morrinhos, o casal Tipple; na Cidade de Goiás, o casal Macintyre; e na Ilha do Bananal¹¹⁹ o casal Wilding, Kirkwood, a senhorita E. Blowers e o senhor F. C. Kegel. Missionários advindos majoritariamente do Reino Unido. Estes possuíam um certo pioneirismo nas missões e atuavam a partir da filantropia.

4.1 A Medicina missionária no sertão: pioneirismo e filantropia

A formação do ethos missionário protestante ensejou uma visão orgânica da vida com subsídios da fé cristã, especialmente aqueles com a formação técnica da medicina ocidental somada à mística da convicção de que a cura é um dom divino (GRUNDMANN, 1990; DOWKONTT, 1894). A Medicina beneficiou-se mais uma vez, no século XIX, da disseminação das vacinas, das descobertas da anestesia e dos micro-organismos. Entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX, consolidou-se a Medicina Científica como novo paradigma médico, mas também com suas contradições. Abraham Flexner pesquisou as escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá e então através do Relatório Flexner, de 1910, possibilitou a mais importante reforma das escolas médicas na América do Norte e em outras nações, no quesito ensino médico com base científica, ainda que contivesse também suas contradições sendo alvo de acalorados debates (AGUIAR, 2003).

Quanto a medicina missionária pioneira, de acordo com as estatísticas, “em 1849 havia quarenta missionários médicos espalhados pelo mundo, vinte e seis americanos, doze britânicos, um francês e um da Turquia” (WMC, 1910a, p. 226). Na década de 1850, através dos vários movimentos, houve um rápido crescimento do movimento. Em 1858, havia apenas 7 médicos missionários na Índia e na China. Em 1882 o número subiu para 28. Em 1895 para 140 e em 1905 para 280 médicos missionários somente nos dois países asiáticos. Quanto ao trabalho nas diversas regiões do mundo, na década de 1890, havia 680 médicos missionários protestantes qualificados. Destes 338 eram americanos, 288 britânicos, 27 canadenses, 7 australianos e 20 da Europa continental. Em 1916, o número era de 1.052 médicos e 537 enfermeiros. Destes, 420 (40%) médicos estavam servindo na China e 281 (27%) na Índia. Em relação a enfermagem 127 (24%) estavam na China e 108 (20%) na Índia (HARDIMAN, 2006).

Os agentes de saúde que chegariam à região de Goiás a partir da década de 1920 possuíam formação médica científica. De um lado, havia a visão integradora da vida; de outro, a possibilidade de vivenciar sua vocação de forma relevante num contexto de pioneirismo

¹¹⁹ A Ilha foi incorporada ao Tocantins, por ocasião da criação do estado, somente em 5 de outubro de 1988.

(CARVALHO, 2015). Um exemplo de missão médica científica não vinculado à UESA é o trabalho do Dr. Walter Wood na Bahia, no Instituto Ponte Nova e o Grace Memorial Hospital de 1926. Em 1917, foram atendidos 4.862 pacientes que vinham das mais diversas cidades da região. Em 1921, o número chegou a 9.196 atendimentos. Wood validou o diploma no Brasil, em 1919, onde escreveu quatro teses: em Clínica Obstetrícia, Medicina Legal, o Olho - Sua Forma e Estrutura e Anatomia Descritiva. O próximo passo foi estudar e se especializar em Medicina Tropical, em Londres. Fez ainda outras especializações em cirurgia e higiene e terapia elétrica, isso visando manter-se atualizado nas ciências médicas. Juntamente com Wood, o Dr. Kenneth Waddel foi outro médico missionário que atendeu a população de Wagner e da chapada Diamantina. Quanto ao ensino da enfermagem, “apesar de alguns trabalhos produzidos por ex-alunos da instituição afirmarem que a Escola de Enfermagem foi organizada em 1926, os livros de atas da Missão Central do Brasil registram sua organização em abril de 1931, sob a direção de Lydia Hepperle” (NASCIMENTO, 2008, p.63).

Goiás era considerado “sertão” conectado à ideia de “vastos espaços pouco habitados, somaram-se as ideias de abandono, exclusão e doença” (VIEIRA, 2007, p. 25). O isolamento contribuía para a visão da fronteira goiana como um lugar de ameaças, perigos, conflitos e dominação fundiária. Para Dutra e Silva (2017), fronteira é uma das categorias utilizadas na interpretação histórica do Oeste, associada a estudos relacionados à história e à natureza. David McCreery (2006) escreveu que um dos problemas com o uso do conceito no Brasil é associar fronteira a divisas ou limites territoriais. Historicamente o conceito mais utilizado no Brasil, de acordo com Lima (1999), é “sertão”, conceito compreendido como categoria analítica que mistura ficção e realidade. A percepção do território e suas relações com a história, sociedade e natureza geram diferentes visões dos termos fronteira e sertão. Para a tradição norte-americana, por exemplo, “a fronteira tinha conotações de oportunidade, de um lugar para começar de novo, para os brasileiros o sertão era um espaço escuro, desconhecido e perigoso, sem Deus, sociedade ou estado” (MCCREERY, 2006, p. 15). Portanto, fronteira no Brasil é sinônimo de sertão.

Magalhães e Nazareno escreveram que na “localização interiorana, os poucos recursos financeiros e a distância em relação à Corte concorreram para que a província de Goiás ficasse desamparada de assistência médica ao longo do século XIX” (MAGALHÃES E NAZARENO, 2013, p. 492). O cenário de precariedade e abandono da esparsa população continha os mais diversos tipos de doenças ou males do sertão. Desta forma, da perspectiva médico-científica, o isolamento, a pobreza e baixa densidade populacional no Centro-Oeste, além do território

insalubre e marcado por um conjunto de doenças gerou as denominadas “doenças do sertão” (MAGALHÃES E NAZARENO, 2013; MAGALHÃES, 2014).

Acrescenta-se ao fato a atuação do poder público na área da saúde. A Constituição de 1891, garantia a autonomia estadual e municipal na área, contudo suas ações deveriam ser solicitadas a União, nunca o contrário. Entretanto a intervenção do Estado sobre o território brasileiro era vista como um questionamento do pacto federativo e dos poderes das oligarquias estaduais. Como os problemas da saúde pública não eram priorizados pela agenda política do país, até 1910, Goiás e outras regiões eram tratados sem a devida importância (HOCHMAN, 1998, p. 102, 103). Somente na década de 1920 houve ajustes do governo visando ampliar a execução de serviços sanitários da federação. Houve a transferência de muitas responsabilidades estaduais, sobre a saúde pública, ao controle do governo federal. A morfeia, por exemplo, que até então era vista como possivelmente curável, com os doentes convivendo nos espaços urbanos, agora deu lugar à lepra, uma doença contagiosa, um problema do estado. Os políticos sem condições de assumir a política sanitária (1920-1930) deixaram o cuidado com os leprosos com as instituições filantrópicas. No final dos anos de 1930, eles apropriaram do trabalho com leprosos, por interesse político (SILVA, 2013).¹²⁰

A questão da lepra no estado também foi pensada nessa época, seja por meio da divulgação da prática filantrópica, em Anápolis, Bananal e Catalão; do apelo religioso à participação popular; da exigência de apoio político na campanha para construção do leprosário na capital; da participação de médicos na prática e na formação de novos técnicos; da divulgação jornalística tanto de artigos locais como nacionais ou da readequação das exigências para frequência escolar (SILVA, 2013, p. 22). Fato é que o início da atuação dos missionários protestantes da UESA em Goiás aconteceu a partir de 1910, já os missionários com formação na área da saúde chegam à região a partir da década de 1920 (CARVALHO, 2015).

Nas décadas de 1910 e 1920, os denominados humanitários como Carlos Chagas, Emílio Ribas e Eduardo Rabello defendiam o isolamento domiciliar de acometidos de lepra; e para enfermos pobres, isolamento em instituições próximas às cidades. Outro grupo representado por Oswaldo Cruz, Heraclides César de Souza Araújo e Arthur Neiva, chamados de isolacionistas, defendiam isolamento em hospitais e colônias como prevenção da saúde coletiva. Belisário Penna, por exemplo, defendia a construção de leprosários distantes da

¹²⁰ Esse deslocamento na forma de tratamento do problema da doença se exprime no contraponto que o autor estabeleceu com os discursos médico e político que haviam definido a morfeia/lepra a partir da década de 30 do século XIX, que pensavam junto a cura da doença e a constituição de uma Instituição de Caridade para o seu tratamento (SILVA, 2013, p. 18).

população, contudo, “somente após a Revolução de 1930 a construção desses estabelecimentos foi impulsionada em todo o país” (SANTOS, 2011, p. 255). Em 1934, o Ministério da Educação e Saúde Pública, sob a direção de Capanema esboçou um plano nacional de combate à lepra, considerado o “Flagelo Nacional” apoiado no tripé: leprosário, preventório e dispensário (SANTOS, 2011; SILVA, 2013; MACIEL, 2007).

O Interventor Federal, Pedro Ludovico Teixeira, pretendendo a reforma no sistema sanitário, apresentou o quadro nosológico da década de 1920, no relatório de 1930-1933, conforme segue:

- procedeu-se à reorganização dos serviços de saúde, extinguindo o Serviço de Higiene e criando a Diretoria do Serviço Sanitário;
- considerava-se que os serviços sanitários deviam ser nacionalizados, dirigidos e mantidos pela União, ainda que auxiliados financeiramente pelos Estados;
- a verminose, o impaludismo e a anemia constituíam sérios problemas de saúde para o homem do campo;
- a ancilostomíase, a malária, a sífilis e a lepra apresentavam altas taxas de incidência, tanto na população urbana como na rural;
- a receita era insuficiente para promover as melhorias de saneamento ambiental necessárias, tanto nas cidades como no campo;
- procurava-se combater o charlatanismo e o curandeirismo através da fiscalização do exercício das profissões (de médico, farmacêutico, cirurgião-dentista, parteira) e o comércio de drogas entorpecentes;
- na capital, as atividades de vigilância sanitária abrangiam o comércio de gênero alimentícios, a distribuição de leite, as vias e logradouros públicos, os hotéis e habitações coletivas;
- tentava-se difundir a educação sanitária através de cartazes, prospectos, divulgação pela imprensa e exibição de filmes [...];
- havia distribuição gratuita dos seguintes medicamentos: vacina anti-variólica, vitaminas, vermífugos, anti-maláricos, anti-eméticos e anti-tíficos;
- o Laboratório da Diretoria Geral do Serviço Sanitário realizava análises biológicas de urina, sangue, fezes, pus, escarro, muco nasal e outros; e análises bromatológicas do leite e carne;
- em 1933, existiam 72 farmácias licenciadas e 22 não licenciadas, em 49 municípios goianos (TEIXEIRA, 1933, p. 61-63).

Conforme Silva, em Goiás, desde 1925, discussões foram suscitadas em torno das normas relativas à profilaxia da lepra, o isolamento dos doentes e a construção de instituições para esse fim. As instituições envolvidas pautavam as ações baseadas na filantropia, sendo elas: i) a Associação Caritativa Pró-lázarus, na Cidade de Goiás, trabalhou para a construção de um leprosário e possivelmente um preventório; ii) a edificação de três instituições filantrópicas, de origem missionária protestante, todas ligadas à UESA; iii) a divulgação de verbas federais para a construção de leprosários em Goiânia e na cidade de Jataí (SILVA, 2014, p. 3). As “condições indispensáveis” para se construir um leprosário era: “isolamento, existência de água potável, fácil comunicação com a capital, tamanho que permitisse a cultura agrícola e facilidade de

construção [...]” (SILVA, 2014, p. 3). O leprosário deveria ser tipo colônia, com “enfermarias para doentes em tratamento e para a cura de afecções e doenças intercorrentes, creches, pavilhões de observações, casas para solteiros e para casados, jardins, campos de cultura, desporto e recreio” (GOIÁS, 1932, p.93; SILVA, 2014). Por diversas razões, incluindo disputas legais e a mudança da capital estadual para Goiânia, a instituição não foi construída na cidade de Goiás.

De acordo com Grundmman, a filantrópica dos séculos XVII ao XX nasceu das ações e motivações “enraizadas no próprio ministério de Jesus, a preocupação com os sofrimentos físicos das pessoas foi entendida ao longo dos séculos como parte integrante do testemunho cristão” (GRUNDMAN, 1990, p. 120). A filantropia está enraizada “no dever do cristão de amar o próximo”. O motivo por trás das ações “na experiência de muitos praticantes individuais tem sido a influência da ética cristã geral que os tem guiado de forma sutil e sólida em seu trabalho diário” (AITKEN, FULLER, JOHNSON, 1984, p. 2). Dessa perspectiva, “a diferença entre cura natural e cura pela intervenção milagrosa [...] é apenas relativa, porque em ambos os casos Deus é quem cura” (WESTERMANN, 1971, p. 12). Assim, o espírito filantrópico que perpassava as ações da UESA manteve seu lugar de destaque na Europa, berço cultural da maioria dos agentes de saúde atuando em Goiás. A caridade e filantropia tinha como legado a cultura cristã que dominou a Europa por séculos,¹²¹ a influência da *Poor Laws*, da multiplicação da *Medical Missionárias Societies*, do espírito aventureiro e expansionista da Era Vitoriana, dos reavivamentos evangélicos ocorridos na segunda metade do século XIX e possibilidade um olhar diferenciado para a América Latina fruto das decisões tomadas na Conferência Missionária de Edimburgo (GRUNDMAN, 1990; AITKEN, FULLER, JOHNSON, 1984).

Em consonância com Mestriner (2001), no Brasil, termos como assistência, filantropia e benemerência têm sido utilizados como sinônimos, tanto na conceituação quanto no modelo praticados. A caridade, ligada à compaixão, são sentimentos próximos às ações cristãs, no sentido de doar algo e se doar, mas acima de tudo, sem alardear o feito. Assim, a Igreja Católica assumiu assistência aos pobres, idosos e crianças desde o início da colonização no Brasil. Com o conceito de filantropia, a ideia de caridade foi sendo deixada de lado. Filantropia passou a ser

¹²¹ Pensando na filantropia ligada à saúde, ainda no século XVIII o “*Royal College of Physicians*” estabeleceu um dispensário, com serviço médico gratuito e pagamento das receitas pelo preço de custo, para os pobres. A “*Westminster Charitable Society*” fundou outra instituição análoga, em 1715, que resultou o estabelecimento do Hospital de Westminster em 1719. O sucesso dessa organização abriu caminho para outros ambulatórios. Em 1729 e anos seguintes, instalaram-se as “*Royal infirmary*” em Edimburgo, Winchester, Aberdeen e os hospitais: “Guy” (1724), “Telvis Street” (1728); “S. George” (1733), “London” (1740), “Middlesex” (1745), “Lying In” (1745), “British Lying-In” (1749), “City of London Lying-In” (1750), “Manchester” (1753). “O Hospital de caridade de Berlim” é de 1710 e o “*Allgemeines Krankenhaus*”, de Viena, data de 1795 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p. 46).

a “identificação do fim, da utilidade ou do objetivo das ações praticadas”, além da “necessidade de propagandar as atividades daqueles que dela participavam” (SILVA, 2014, p. 05). Dessa forma, jornais e revistas começaram a exaltar trabalhos filantrópicos, enumerando os nomes dos doadores e valores ofertados. Prática racionalizada e utilizada para apoiar as pessoas carentes seja de atenção material, religiosa, medica, dentre outras. O cuidado com doentes diversos atraiu muitos doadores.

4.2 A Medicina missionária no interior de Goiás

Uma das razões para a atuação dos médicos missionários no sertão de Goiás foi a noção de pioneirismo a partir do caráter filantrópico e da evangelização (LATIN, 1908-1964). As ações da medicina missionária em Anápolis foram extensas: desde tratamentos básicos de saúde à criação de instituições importantes. Pessoas vinham das mais diferentes partes do estado e também circunvizinhanças para serem atendidas nesse centro irradiador da medicina científica. Além do mais, Fanstone e sua equipe, por vezes, atendiam nas cidades vizinhas. Incurções foram feitas no interior do Goiás com a participação de profissionais de saúde que utilizaram do conhecimento que o médico missionário tinha da região (CARVALHO, 2015).

Alguns pacientes advindos de regiões distantes quando chegavam ao hospital não havia mais possibilidade de tratamento. Consoante a James Fanstone: “ficávamos muito tristes quando tínhamos que enviar muitos desses casos, vindos de longas distâncias, de volta para suas casas para morrer, porque eles vieram tarde demais” (FANSTONE, 2017, p. 123). Um caso de sucesso foi um senhor chifrado por um touro que chegou ao hospital carregado por quatro homens. “Levantei-o e vi um grande laço de intestino coberto por moscas, e o pó de uma jornada de 48 horas. O que fazer? O que poderíamos fazer, exceto lavá-lo da melhor maneira possível e devolvê-lo! Isso foi antes do tempo da penicilina e os remédios milagrosos. Ele fez uma recuperação sem intercorrências!” (FANSTONE, 2017, p. 123). A enfermeira Baird escreveu: “o hospital estava transbordando e na estação seca alguns podiam acampar ao redor do complexo e as rondas das enfermeiras e do Doutor pareciam uma verdadeira peregrinação” (FANSTONE, 2017, p. 135).

O atendimento médico no interior de Goiás aconteceu pelo menos duas vezes. Em 1932, o médico Dr. Donald Gordon, da missão Presbiteriana dos Estados Unidos, atuou no HEG enquanto Fanstone acompanhou os missionários, Franklin Graham, Philip Landes e Donald Reasoner, por um mês, numa excursão médico-evangelística no interior - uma fatia de território de 7.420 quilômetros quadrados. Devido à parceria, o Dr. John Mackay propôs que a missão

assumisse o HEG. Mas tal proposta foi recusada pelo Dr. Fanstone (FANSTONE, 2017; CARVALHO, 2015).

A excursão ficou registrada entre as páginas 160 e 175 do livro escrito pelo Dr. Fanstone (2017). O norte de Goiás foi visto como “refúgios primitivos”, e “fiquei surpreso quão longe era possível ir com um carro. Aqueles Ford modelo T primitivos”. Depois “continuamos a cavalo e tínhamos mulas para a nossa bagagem e os cestos contendo cobertores, redes, panelas e alimentos”. Essa viagem (1934) foi a única registrada no diário pelo Dr. Fanstone (FANSTONE, 2017, p. 163).

A equipe passou por Cavalcante, onde as ruas principais eram cheias de relva. Havia ainda os “horríveis carrapatos que infestam o gado” e as pessoas, uma situação comum no norte, um horror “inevitável de todos que viajam ao longo das trilhas menos percorridas do norte de Goiás”. A solução era a fumaça do tabaco queimado. Em Jataroba, o destaque ficou com o “vale pestilento do rio Paraná” em direção a Chapeo e Arraias” (FANSTONE, 2017, p. 163). O médico descreveu a fauna e a flora como um bando de garças e papagaios de todos os tipos e tamanhos, e grandes aranhas. Os proprietários de fazenda estavam se mudando devido às onças e morcegos que dizimavam o gado. Quando as onças eram mortas, as peles eram vendidas facilmente a “Reptil e Peles Exportadora, Ltd” (FANSTONE, 2017, p. 165). A dificuldade de dormir devido à quantidade de morcegos, em outro lugar fará a mesma reclamação. O vale fértil do Paraná, onde não há cultivo de milho, mandioca, inhame ou tapioca, “porque rebanhos de até cinquenta porcos do mato” destroem qualquer plantação (FANSTONE, 2017, p. 169).

Em 19 de maio, chegaram a um lugar com “pomares naturais de limões” e cruzaram “duas léguas de mata fechada” até o rio novamente. Na literatura Goiana, é possível ver as diversas utilizações do limão, inclusive como terapêutico (SOARES REZENDE, 2017). Quando foram alugar uma canoa, descobriram que o canoeiro tinha sido picado por cobra “maia de cascavel” três dias antes. Ele já estava melhor, mas ainda estava inchado. O médico revela seu conhecimento dos animais peçonhentos do sertão, conforme escreveu: não era cascavel, pois “as víboras peçonhentas da América certamente matam”. Se picado pelas cobras corais a vítima se recupera, mas “com perda de parte de sua carne e osso, devido ao inchaço e descamação” (FANSTONE, 2017, p. 165).

Ao tratar das doenças e das pestes, o médico assinalou o “plácido Paraná” com “sua má reputação pelo terrível tipo de malária, que realmente faz estragos, exceto para alguns habitantes negros já idosos que parecem ser imunes ou tornaram-se imunes a ela”. Em um “lugar maravilhoso” a equipe parou e tomou os “preventivos cinco grãos de quinino cada” (FANSTONE, 2017, p. 165). Fanstone tratou doentes e viu os sertanejos como “os rudes

habitantes do lugar mostraram não pouca bondade quando paramos” no calor do início da tarde. “Trocamos doses de quinino para suas crianças febris, por delicioso queijo fresco, que acompanhava o nosso café” (FANSTONE, 2017, p. 169).

No caminho para o distante arraio do Chapéu, o médico ofertou “aos doentes a chance de serem examinados”. Uma “região inóspita e, ao que parece, inabitada, embora haja cabras e vacas em todo o lugar, não conseguimos leite, nem frutos, nem carne.” Ali “as pessoas parecem meio imbecis. Um grande número, são mais de metade. Estes espécimes de loucos ambulantes que vemos em muitas cidades de Goiás são em parte o produto de casamentos mistos (membros da mesma família)”. Fanstone escreveu, “em parte, o resultado de uma doença hereditária” (FANSTONE, 2017, p. 169). Meireles (2010) defendeu a tese de que a causa do número dessas pessoas com deficiências pode ser fruto da relação consanguínea, mas seu principal foco é na exploração a que eram submetidos pela própria família, que os forçavam a esse estilo de vida.

Entre Chapéu e Arraias, a reclamação foi em relação aos “flebotomíneos, chamados borrachudos que parecem mais abundantes aqui do que em outros lugares”, apesar do local “muito mais agradável” do que a “mansão” anterior, com “sujeira e plantas daninhas ao redor de todas as portas, as suas salas de lado escuro e cantos insalubres” (FANSTONE, 2017, p. 173). Fanstone tratou ainda a “folia de reis” e o clima de festa, a falta de sacerdotes na região Norte de Goiás, e a crítica que o dinheiro arrecadado na festa “é gasto com cachaça, até que todos fiquem mais e mais bêbados” (FANSTONE, 2017, p. 173).

A equipe continuou “o passeio de 643 quilômetros por outras cidades”, onde viviam do escambo com subsistência de: “arroz, feijão, carne de porco-gordo, melão, algumas galinhas, e em algum momento, carne”. Entretanto, essas “novamente usaram conosco de não pouca humanidade; eles apreciaram a nossa estadia com eles e em troca de nosso tratamento dos seus doentes, nos deram presentes em espécie, que estavam em nosso caldeirão no momento para o jantar” (FANSTONE, 2017, p. 173).

Além destas duas viagens pelo interior, uma outra ação, ainda mais eficaz, acontecia quando o Dr. Croll vinha dos Estados Unidos para atender pessoas com problemas oftalmológicos a partir de Anápolis. Após os tratamentos, o médico praticava caça e pesca no Araguaia, onde também cuidava da saúde dos olhos dos indígenas. De acordo com Fanstone, “ficou combinado um intervalo para a pesca e caça, em que, talvez, ele pudesse examinar alguns olhos dos indígenas”. O norte americano “ficou emocionado de ver alguns olhos indígenas”. Ele percebeu “tracoma entre os índios (como poderia ter chegado lá vindo do Mediterrâneo Oriental? Sarampo não tinha sido o único presente desagradável da civilização)”. Não se sabe

quantas vezes o médico atendeu indígenas e sertanejos, sabe-se que “seguiram-se 14 longos anos de visitas anuais” (FANSTONE, 2017, p. 173).

4.2.1 O tratamento da lepra

Desde sua chegada ao Brasil, em São Paulo, Fanstone ficou impressionado com o número de pessoas acometidas com a lepra. Não foi diferente em Anápolis. Com o desenvolvimento da cidade nas décadas de 1920 e 1930, a população empobrecida das zonas rurais, de outros estados e imigrantes chegavam em busca de oportunidades na agropecuária e na construção da nova capital, Goiânia. Assim houve necessidade de melhorias na questão sanitária. Fanstone e sua equipe procurou atenuar as dificuldades trazidas pela lepra, precedendo os trabalhos desenvolvidos na ilha do Bananal e em Catalão (SILVA, 2013).

O governo Vargas procurou estruturar o combate às doenças através do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-social ligado aos serviços estaduais de saúde. Em 1934, extinguiu-se a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas passando a função dessas à Diretoria dos Serviços Sanitários. O Departamento de Profilaxia da Lepra (1935) atuou com o modelo de tratamento baseado no tripé: Dispensário, Leprosário, Preventório. Enquanto o Dispensário atuava para “descobrir, selecionar, internar os doentes, examinar os seus comunicantes e educar massas”, o leprosário visava “Isolar, assistir – material e moralmente – tratar e recuperar os doentes”, e o preventório objetivava “recolher os filhos sadios dos doentes tanto os nascidos nos leprosários, como os oriundos dos lares de onde saíram os doentes” (TAVARES et al., 2015). A Era Vargas centralizou e multiplicou as ações de isolamento compulsório para todo país. Política adotada pelo poder público entre os anos de 1920 – 1941 (TAVARES et al., 2015).

Em Anápolis, no ano de 1931, houve uma mudança em relação aos leprosos que circulavam livremente, especialmente, aqueles que viviam às margens do córrego que abastecia a cidade. Os anapolinos temiam a contaminação crendo na endemicidade da lepra como um “poder implacável que a deifica e a transforma em um poderoso ser sobrenatural que deve ser aplacado” (TUAN, 2005, p. 147). Os efeitos não seria outro, conforme registrou Hamilton: “ultimamente, a necessidade de separar os leprosos foi percebida pelo conselho municipal, e eles estão sendo transferidos para um lugar um pouco distante da cidade”. Conforme Tavares et al., “em Anápolis, no ano de 1931, ocorreu o ato público para isolar os leprosos que circulavam livremente, especialmente, aqueles que viviam as margens do corpo d’água que abastecia a cidade” (TAVARES et al., 2015, p. 113). Os diferentes interesses vieram à tona, a

começar com os “produtores rurais que denunciaram os doentes de contaminarem a água que era utilizada na produção agrícola” (TAVARES et al., 2015, p. 113).

Em “março do ano citado [1931], a Sociedade São Vicente de Paulo em Anápolis, entidade que se encarregava de prestar assistência aos pobres e doentes na cidade, assumiu a liderança no processo de abertura de um local próprio para o atendimento” (TAVARES et al., 2015, p. 113). O resultado foi que “eles estão muito tristes por deixarem sua antiga casa e amigos, mas o médico prometeu que iremos procurá-los com a maior frequência possível, aplicando-lhes as injeções e realizando serviços” (HAMILTON, CSWC51/16/1/56, p. 21). As injeções referem-se possivelmente a aplicação de Chalmogra, conforme Fanstone (2017) relata em seu livro nas páginas 99 e 101. Quanto aos serviços os mesmos devem se referir a assistência social e evangelismo. Quanto a Sociedade São Vicente de Paulo, desde a sua criação na França, seu objetivo era suavizar a pobreza, contribuir com donativos materiais, seja comida, roupa, aluguel de casas, dentre outros.

De acordo com Tavares et al., em 15 de dezembro de 1931, “foi doado o terreno pela Prefeitura Municipal de Anápolis [...] conforme mencionado na citação do estatuto, o Lazareto Bom Jesus teria autonomia administrativa, de 1932 a 1947, por meio de solicitações feitas pelo administrador da Instituição” (TAVARES et al., 2015, p. 113-115). Então em março de 1932 os vicentinos assumiram “a liderança no processo de abertura de um local próprio para o atendimento” (TAVARES et al., 2015, p. 113-115). De acordo com Silva (2014), o Asilo São Vicente de Paula foi inaugurado em agosto de 1933. Em consonância com a historiadora Anapolina Haydée Jayme Ferreira, “até 1931 os leprosos perambulavam livremente pelas ruas”, como a população local considerava a doença um risco à saúde pública, a presença desses gerava problemas (FERREIRA, 1981, p. 174-176). Em 1937, o leprosário, com caráter filantrópico, “já abrigava 65 pessoas” (TAVARES et al., 2015, p. 113-115).¹²²

O Dr. Fanstone, registrou que as primeiras enfermeiras Baird, Mary Hamilton e Doris Willson “apreciavam visitar e realizar reuniões nos casebres das pessoas muito pobres no outro lado da cidade. Isso levou-nos a comprar uma das casas para servir de sede para as clínicas de quarta-feira à tarde e cultos nas tardes de domingo” (FANSTONE, 2017, p. 219). Hamilton escreveu que, em 1930, a casa era “usada como clínica gratuita, algumas dessas pessoas pobres estão em um estado terrível de doença” e novamente “os cristãos nesta parte da cidade são uma pequena família de leprosos” (HAMILTON, p. 17). Muitas “dessas pessoas estão em terríveis estado de doença - leishmaniose, lepra, sífilis entre as doenças mais comuns são encontradas

¹²² Pela pobreza local, Anápolis. AHEGo. Anápolis, 5 jun. 1932; Voz do Sul, AHEGo, anno II, n. 80; Obras Vicentinas, Anápolis. AHEGo. Anápolis, 28 ago. 1932; Voz do Sul, AHEGo, ano II, n. 92, 1932.

nas mais terríveis formas” (CSWC51/7/5/4, p. 21). Quando Dr. Fanstone está descrevendo essa triste realidade, ao lado da descrição foi colada a foto, de acordo com a Imagem 12, mostrando uma mãe e seus filhos e a casa ao fundo.

Imagem 12: Família atendida na Clínica do Dr. Fanstone, em Anápolis



Fonte: (CSWC51/7/5/4, p. 21).

A casa de barro, adquirida pela missão, tinha uma cozinha e um quarto, mas, como faltavam paredes, “nossas reuniões eram praticamente ao ar livre. Dr. Rettie Wilding assumiu as clínicas [...] e os próprios pobres ajudaram a construir a “igrejinha” do hospital no lugar da casa de barro” (FANSTONE, 2017, p. 219). E a equipe de missionários em diferentes localidades em Goiás, como o Dr. Fanstone, Josiah Wilding, Morris e Helena Bernard e Rettie Buchan, a partir de 1930, tinham no mínimo duas e até quatro reuniões anuais em que os mesmos discutiam e deliberavam juntos sobre seus trabalhos (CSWC51/3/7/1).

No início de 1931, Rettie Wilding escreveu: “Além do trabalho no hospital [HEG] havia quatro clínicas externas onde eu atendia toda semana. Duas eram para pacientes com hanseníase e duas, para enfermos pobres” (WILDING, 2020, p. 47; FEITOSA, 2002). Fanstone escreveu sobre seu anfitrião com sinais de lepra em São Paulo e rememorou os “casos na Escola de

Medicina Tropical de Londres, eu tinha certeza de que era um medalhão leproso no lado de sua face. Fiquei intrigado ao ponto de fazê-lo consultar um médico popular” na cidade (FANSTONE, 2017, p. 99). Ruth Neville formada no hospital de Londres e “trabalhara entre os leprosos, sendo uma especialidade dela” o que ajudou muito nesse trabalho em Anápolis (FANSTONE, 2017, p. 147).

Em 1932, em frente à Igreja Santana em Anápolis, ao redor do terreno da Catedral, há “mendigos com todo o tipo de doenças, muitos deles leprosos gritando com os transeuntes por esmola” (FANSTONE, 2017, p. 137).

Imagem 13: A colônia de leprosos em Anápolis (1932)



Fonte: CSWC51/7/5/4, p. 28.

Os cristãos de maneira geral sempre tiveram envolvimento com o cuidado de leprosos. Se por um lado havia o aspecto negativo de associar a doença ao pecado, devido às concepções do Antigo Testamento, as Escrituras Hebraicas da Bíblia (BÉRIAC, 1988; MONTEIRO, 1995 apud SILVA, 2013.) por outro lado, havia as concepções do cuidado, inspirado no exemplo do Cristo de tocar pessoas leprosas e de não associar situações difíceis e doenças ao pecado, conforme relatam o evangelho de Marcos e João. Conforme relatado no Evangelho de Marcos: “Aproximou-se dele um leproso rogando-lhe, de joelhos: Se quiseres, podes purificar-me.

Jesus, profundamente compadecido, estendeu a mão, tocou-o e disse-lhe: Quero, fica limpo! No mesmo instante, lhe desapareceu a lepra, e ficou limpo”. Em seguida, Jesus, “Fazendo-lhe, então, veemente advertência, logo o despediu e lhe disse: Olha, não diga nada a ninguém; mas vai, mostra-te ao sacerdote e oferece pela tua purificação o que Moisés determinou, para servir de testemunho ao povo” (Marcos 1:40-44). E “ao passar, Jesus viu um cego de nascença. Seus discípulos lhe perguntaram: “Mestre, quem pecou: este homem ou seus pais, para que ele nascesse cego?” Disse Jesus: ‘Nem ele nem seus pais pecaram, mas isto aconteceu para que a obra de Deus se manifestasse na vida dele’” (João 9:1-3).

Baseado nesses exemplos e princípios, em 1874, foi criada a organização protestante inglesa *The Leprosy Mission*, com 40 missionários em vários países da África e Ásia (estatística de 1997). Em 1906 a instituição foi instalada em Nova Iorque para cuidar de pessoas e comunidades atingidas pela hanseníase. Como se verá através do contato da enfermeira Helena Bernard, essa missão enviou remédios para cuidado com leprosos em Catalão.

No Brasil, o trabalho com leprosos foi realizado por católicos por séculos. A Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra foi fundada em 1926 no estado de São Paulo. O trabalho alcançou diferentes cidades e estados da federação numa boa relação com a classe médica, mas nem sempre em harmonia com os poderes públicos. Normalmente as instituições criadas para abrigar os leprosos eram encarregadas de “proteger a sociedade sadia do perigo representado pelos doentes; [...] não implicava necessariamente na existência de serviços que se destinassem à melhoria das condições de saúde do paciente”. E a filantropia em função dessas eram insuficientes (MONTEIRO, 1995, p. 83).

A política do isolacionismo, que não detinha a doença nem reduzia o número de casos, perdurou de 1930 a 1962. Na década de 1920 e 1930, o Governo de Goiás fez a tentativa frustrada de implementar a Associação Caritativa Pró-Lázaros na capital do estado. Os missionários protestantes da UESA reagiram à situação dos leprosos que os procuraram na época, conforme registros (CSWC51/15/1-3, 1933, p. 118).

Araújo escreveu sobre três leprosários em Goiás, contudo colocaram no mapa quatro estações, conforme Imagem 14 (SILVA, 2013, p. 171). A indicação refere-se às três instituições ligada a UESA. “Em 1925, foi fundado o Leprosário Macaúbas na Ilha do Bananal, no extremo norte (hoje estado do Tocantins); em 1929, o Leprosário Helena Bernard, na cidade de Catalão, na região sudeste (na fronteira com o estado de Minas Gerais);” e ainda “em 1932, o Leprosário São Vicente de Paula, na cidade de Anápolis, na região central”, pela Dra. Rettie Wilding, a enfermeira Helena Bernard e o Dr. James Fanstone, respectivamente (SILVA, 2016).

As instituições mencionadas se mantinham através do financiamento privado, recebendo algum suporte estatal e marcam a transição da assistência material para uma atuação institucional e medicalizada (CAPONI, 2000). De acordo com Silva (2016), para Foucault, na conjunção da medicina social, hospital medicalizado e da clínica, há uma convivência harmônica e estratégia de poder pastoral e compaixão piedosa.

Imagem 14: organizações anti-leprosas em Goiás



Fonte: (ARAÚJO, 1937).

Os leprosos atendidos primariamente pelo Dr. Fanstone e a equipe do HEG passaram aos cuidados dos Vicentinos e mais tarde foram transferidos para a Colônia Santa Marta em Goiânia (1943). A criação da Colônia e as motivações políticas para sua fundação serão tratadas à frente. O Leprosário de Anápolis continuou existindo, mesmo depois da construção da Colônia em Goiânia (TAVARES et al., 2015). E o trabalho filantrópico pioneiro aconteceu na Ilha do Bananal.

4.3 A Medicina Missionária na Ilha do Bananal

Enquanto Dr. Fanstone e Golden davam seus primeiros passos na medicina missionária em Anápolis, Josiah Wilding chegava em Goiás e junto Archibald Macintyre atuavam na Ilha do Bananal. Josiah Bailey Wilding (1896-1932) nasceu na Escócia, serviu na Primeira Guerra Mundial, estudou no Instituto Bíblico de Glasgow onde conheceu o Dr. James Fanstone. Fez parte do exército de ocupação do Reno como capelão e em 1924 se filiou a UESA, vindo ao Brasil em outubro do mesmo ano (WILDING, 2020, p. 17).

Imagem 15: Mapa - Ilha o Bananal



Fonte: <https://www.flyshopbrasil.com.br/2015/01/ilha-bananal-grupo-setembro.html>

Na ata de 20 de abril de 1925 da Comissão Executiva da UESA, registrou-se: “Uma ação definitiva é chamada para coordenar as novas seções indígenas e médicas com as antigas seções evangelísticas e pastorais, uma vez que todas as três devem ser interdependentes e auxiliares conjuntas do bem-estar e da solidez do todo” (CSWC51/3/7/1). Em julho de 1925, Josiah Wilding e Archibald Macintyre, chegaram à Ilha do Bananal, designados desde agosto de 1924 para a insalubre região norte, objetivando atuar junto aos indígenas (CSWC51/3/7/1; WILDING, 2020). A oferta de medicamentos inclusive para leproso se processou desde o princípio. Por essa razão, o Leprosário Macaúbas é considerado “o primeiro leprosário filantrópico em Goiás”. Denominado Macaúbas, por estar no distrito com o mesmo nome (SILVA, 2013; MORAES, 2012; WILDING, 2020). A partir de 1934, o leprosário é reconhecido como “uma instituição devidamente registrada como pessoa jurídica de Direito Privado” (ALMEIDA, 1937).

Macintyre, como analisado do capítulo 3, já atuava na região, mas agora, contando com a companhia de Josiah Wilding.¹²³ Em 1926, Josiah, que tinha saído da Ilha por um tempo, voltou com o colega Will Cook, sem Macintyre. William Sunderland Cook (1903-?), escocês, casado com Mary Shanks (1901-1988). Eles vieram ao Brasil como missionários da UESA e homenagearam o Dr. James Fanstone dando-lhe o nome ao seu filho: James Fanstone Sunderland Cook.

Conforme registraram, Josiah e Cook tiveram uma recepção maravilhosa dos indígenas e pavorosa dos mosquitos – “propagadores de febres” (TOURNIER, 1942, p. 141). “Os dois adoeceram com malária, conhecida também como febre intermitente, sezões, maleita, perniciosas terças, periódicas e quartas. Não obstante estarem doentes, todos os dias apareciam pessoas doentes em busca de remédios e tratamento. E entre um ataque de malária e outro, eles visitavam povoados vizinhos e pregavam o evangelho.” No mais, “a maioria dos índios tinha malária, e vários morriam. Os únicos que podiam ajudá-los eram os dois jovens missionários, por isso repartiam com os índios o máximo de quinina que podiam” (WILDING, 2020, p. 19). Na época da chuva, a quinina era pouca, os indígenas continuaram buscando por ela, e os

¹²³ Outros missionários atuaram na região antes destes, inclusive medicando os moradores por falta de profissionais de saúde para atendê-los. De acordo com Araújo (2019), o médico missionário alemão, da igreja adventista, Carlos Heinrich chegou ao Brasil em 1909 e a partir da segunda metade da década de 1920 atuou na região do Araguaia. Antes dele, o missionário William Azel Cook, ainda em 1896, medicava pessoas doentes, apesar de não ter formação na área, o que lhe era pesaroso devido à carência de profissionais na localidade (COOK, 1909, p. 190-192). Depois do Dr. Carlos, chegou o pastor americano Alvin Nathan Allen, foi quando criaram o *Araguaira Native Mission*. Apesar da população estranhar seu discurso, ele não foi questionado pelas lideranças ou pelos religiosos, visto que, na época, ele era o único médico no local. De fato, na reunião da UESA Brasil, em 1929, comentaram a chegada dos adventistas na Ilha do Bananal (CSWC51/3/7/1).

doentes eram acolhidos na casa dos missionários. A disenteria e malária quase mataram Will Cook (WILDING, 2020, p. 19).

Praticamente todos os missionários tinham remédios em suas bagagens para suas necessidades e para tratar sertanejos e indígenas. Uma ação comum daqueles que traziam consigo o ideal de cura do corpo e da alma (GRUNDMANN, 1990; AUDRIN, 1946). Wilding começou a sonhar em ter profissionais da saúde e educação para compor a equipe de trabalho. Novamente a relação com o Dr. Fanstone possibilitava o encaminhamento de doentes ao HEG, onde compartilhavam os sonhos, descansavam e eram tratados. O missionário escocês, na Ilha do Bananal cuidava dos doentes, pois “o tratamento daqueles enfermos ocupava quase todas as tardes. Joe fazia curativos, extraía dentes e dava remédios conforme o seu conhecimento leigo de medicina e com muita oração” (WILDING, 2020, p. 21; MORAES, 2012).

Em 1927 Josiah e Will Cook foram a Anápolis tratar da saúde enquanto o missionário canadense Marvin Ganton, a esposa e Macintyre, chegaram a Ilha. O hospital era considerado um oásis para os missionários, pois recebiam cuidado para o corpo, a mente e o espírito (WILDING, 2020). Em poucos meses, Josiah retornou à missão, e o casal Ganton e Macintyre subiram o rio. Cook não voltou mais à Ilha, e Josiah ficou só. A Casa da Missão que era coberta com folhas de buriti, com o trabalho de Marvin, foi remodelada ficando maior e melhor, “feita de tijolos e telhas fabricados ali mesmo” (WILDING, 2020). A revista, *A Informação Goyana*, na 10ª edição, de 1927, trouxe a seguinte matéria escrita pelo Frei Sebastião:

os protestantes anglo-saxônicos, ou melhor, yankees, estão pouco a pouco formando a sua vasta colônia na Ilha do Bananal, valendo-se do pedaço de terra que em junho de 1923 adquiriram, dizem eles, no ponto norte da grande ilha conhecido por Antigo Presídio do Furo de Pedras. Aqui estão grassando a gripe e o sarampo, fazendo victimas entre os Brancos e Vermelhos (A INFORMAÇÃO..., 1927).

No natal daquele ano, Joe adoeceu de malária por dias, contudo não podia repousar, devido aos doentes que “continuavam chegando todos os dias, precisando de cuidados. Ninguém jamais foi mandado de volta sem tratamento”, escreveu Rettie, “todos eram acolhidos; todos eram medicados” (WILDING, 2020, p. 21). Josiah havia começado uma escola, por isso, havia aulas de manhã; à tarde, atendimento aos doentes, e se sobrasse tempo visitava os indígenas.

Quando sugeriram ampliar a equipe no Bananal com o casal Ganton, os médicos Fanstone e Golden não aprovaram o retorno do casal a Ilha, em 1928. Mais pessoas chegavam à procura de remédios, os ataques de malária sofridos por Joe eram mais frequentes e o dinheiro

havia acabado. Ainda nesse ano, os missionários enviaram carta à missão em Londres, mostrando a estabilização da moeda brasileira, contudo houve desvalorização da mesada que recebiam no Brasil, cerca de 84 libras, ao invés de 125, o que era insuficiente (CSWC51/15/1a3). No meio do ano, além do Dr. Geraldo Golden, de passagem pela Ilha, chegaram também John e Marion Kirkwood. John Kirkwood era sobrevivente de guerra, na verdade, “a Grande Guerra deixou sua marca nele, o único sobrevivente de sua companhia, e o levou diretamente à sua dedicação ao serviço missionário” (CSWC51/15/1a3, 1936, p. 9). Wilding estava tão debilitado que Golden o levou para a Inglaterra, em 1928.

Em 1930, Wilding retornou a Ilha cheio de planos, em seguida chegou também a Dra. Henrietta Buchan, que ficaria conhecida como Rettie Wilding. Rettie (1889-1986), escocesa, sentiu-se vocacionada para missões aos oito anos de idade. Médica formada pela Universidade de Glasgow em 1923, atuou 3 anos no hospital da cidade, em seguida adquiriu uma clínica particular, onde atuou de 1926 a 1929. A médica já possuía carro, a casa própria e a clínica quando começou a participar das reuniões da UESA planejando fazer um curso sobre Doenças Tropicais. No período ela conheceu Edith Brown, a típica Médica Missionária Pioneira, que a convidou para passar um tempo na Índia, para onde navegaram em setembro de 1929 (WILDING, 2020).¹²⁴

Edith Brown tornou-se uma referência na vida de Rettie, que voltando à Escócia embarcou para o Brasil em abril de 1930. Com o casal Kirkwood, a médica seguiu para a Ilha do Bananal, medicou pessoas em cada vila que passava, extraiu um tumor na orelha de um brasileiro e arrancou dentes. Chegando à ilha, muitos vinham em busca de tratamento. A equipe reformou a casa da missão por dentro e por fora, rebocaram-na, arrumaram o piso e o telhado, e passaram a usá-la como hospital, até construir outro prédio. Rettie visitou o Posto Indígena Redenção por duas vezes e “prestou bons serviços, segundo Manoel Silvino, ao examinar e prescrever tratamento para indígenas e não indígenas, além de fazer extrações de dentes. Todos esses atendimentos tinham caráter filantrópico, pois Rettie recusava pagamento”. O referido posto não tinha médico, por falta de verba governamental (ARAÚJO, 2019, p. 223). Por essa

¹²⁴ Edith Mary Brown (1864-1956), inglesa, médica missionária e educadora. Se inspirou na irmã mais velha para ser médica missionária. Se graduou em Cambridge e foi uma das primeiras mulheres a serem admitidas para a Honours Degree Examination da Universidade, em 1882. Graduou-se também em medicina na Universidade de Londres para Mulheres e doutorou-se em medicina em Edimburgo, em 1891. A Sociedade Batista Missionária a enviou a Bombai (1891), onde começou a educar mulheres, especialmente parteiras. Fundou o Christian Medical College Ludhiana, primeira escola de formação para mulheres médicas e parteiras da Ásia. Utilizou modernos métodos ocidentais, foi diretora da escola por meio século, instalou escola de enfermagem e farmácia e um hospital com 200 camas. Fez parceria com o governo local e cristãos de diversos países da Europa e América do Norte. Depois de 50 anos de trabalho a Faculdade tinha graduado 411 médicos, 143 enfermeiras e 168 farmacêuticos e mais de 1000 parteiras. Em 1952, Brown se aposentou e mudou-se para Kashmir. Brown foi premiada na Europa e faleceu em dezembro de 1956 (NALINE, 2010; HOSKINS, 1912).

razão, Josiah Wilding já há um tempo trabalhava e orava por uma escola, um hospital e um médico. Em maio de 1930, Rettie foi convidada pela comissão executiva da UESA a apresentar seus planos para a Ilha do Bananal, aceitos imediatamente (WILDING, 2020).

A soma de fatores como a carência de assistência médica, a quantidade de leprosos e o preparo médico científico da missionária culminou na solidificação de um dos primeiros leprosários filantrópicos de Goiás. O “armamento antileprotico” do início do século visava instituir leprosário para isolamento dos doentes, preventório para cuidar dos filhos destes e dispensário para observação dos novos casos e cuidado da família (SILVA, 2014). Rettie e a equipe assumiram o trabalho praticando a medicina clínica e cirúrgica. Fizeram mais dois quartos atrás do dispensário, devido à quantidade de doentes. Além do mais, Rettie e Marion atravessavam o rio para o lado do Mato Grosso, onde visitavam as tribos, evangelizavam e atendiam os doentes. Apesar de não validar seu diploma no Brasil, “eu tinha recebido autorização do governo do estado para exercer a profissão” escreveu Rettie (WILDING, 2020, p. 76).

Todas as viagens feitas pela médica, seja para buscar suprimentos, atender a chamados de pessoas ou participar de reuniões da missão eram estrategicamente aplicados para tratamento médico e para o evangelístico. Quando, por exemplo, foi a Anápolis, para aprofundar o aprendizado do português, conseguiu uma vaga com a equipe do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) que iria até Leopoldina.¹²⁵ Nas duas semanas de viagem da Ilha até a cidade, “durante todo o percurso rio acima, paramos em cada pequeno povoado. Em todos, havia pacientes que já estavam me esperando para receber remédios” (WILDING, 2020, p. 42). Quando chegaram à Leopoldina, se depararam com a revolução de 1930, com soldados por todo lado, então foram de caminhão para a Cidade de Goiás e depois para Anápolis. No primeiro semestre de 1931 Rettie atendeu no HEG como laboratorista, anestesista e nas clínicas para leprosos e pessoas carentes (WILDING, 2020).

Os missionários deveriam realizar um teste de proficiência em língua portuguesa para atuar no país. Terminado esse período, Rettie retornou à Ilha levando a enfermeira Esther Blower e uma jovem cozinheira a qual não identificamos o nome. Na missão, pessoas continuavam procurando por atendimento médico. As duas salas construídas atrás do dispensário ficaram lotadas. À semelhança do que o ocorreu com Helena Bernard, certo dia, ainda no início de seu trabalho, quatro leprosos chegaram à missão solicitando ajuda. Eles

¹²⁵ O SPI foi criado em 1910 pelo governo Brasileiro e substituído pela FUNAI em 1968, e supervisionava a região.

relataram ter andado cerca de 600 quilômetros até a Ilha, quer tinham vindo para ficar e outros estavam a caminho. Rettie os conduziu a um local, cerca de 10 minutos de pé de onde estavam, e abriram uma clareira e uma casa com folhas de palmeiras para se abrigarem. O tratamento realizado aleatoriamente foi institucionalizado. A médica escocesa escreveu: “Eu ia examiná-los pelo menos uma vez por semana e aplicava-lhes injeções. Josiah Wilding os visitava todos os dias e levava comida” até que eles colhessem o que tinham plantado (WILDING, 2020, p. 55).

A Revista, *A Informação Goyana* (1932, p. 23), na matéria “Leprosários em Goyas”, registrou: havendo pouca aderência à caridade para a fundação de um leprosário na capital do estado, agora “chega-nos a notícia da existência no Estado de dois leprosários: - um na ilha do Bananal e outro em Catalão”, cuidados respectivamente pela naturalista Dra. Miss Rettie Buchan e pela Senhora Morris Bernardo. Em Catalão, “estando hospitalizadas 20 victimas do mal de Hansen, algumas já curadas”. As notas extraídas da “Voz do Povo” concluem:

num feliz encontro que tivemos com o conhecido pastor evangélico Rev. Archie Macintyre, indagamos do paradeiro da brava bandeirante. Bandeirante-apostola, aliás, eis que, com o auxílio de uma enfermeira diplomada e obtendo da Missão Evangélica a doação do terreno onde se ergueu o presídio na Ilha do Bananal, Miss Rettie Buchan - como se chama a filha de Albion - construiu e vem mantendo, sem auxilio directo de poderes públicos ou de quaesquer associações, um leprosário onde os infelizes cancerosos são tratados com carinho e zelo (LEPROSÁRIOS, 1932, p. 23).

De acordo com o jornal, além da visão negativa da doença e dos pacientes denominados “infelizes cancerosos” na matéria, Rettie tem obtido “os maiores êxitos no tratamento do terrível e contagioso mal: óleo de ‘chamougre’”. Por isso “tão grata repercussão encontra no coração dos que vêem a propagação da lepra em nosso Estado” (A INFORMAÇÃO..., 1932, p. 23). No Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz através dos cientistas Fernando Terra, Carneiro Felipe e Costa Cruz estavam pesquisando a produção do óleo de Chalmoogra a partir de plantas nacionais. Extraído das sementes da referida planta, o medicamento de baixo custo teve parceria do Instituto com o Governo Federal para o seu fornecimento e a distribuição pela Inspeção de Profilaxia da Lepra aos dispensários e leprosários do país. Apesar das divergências, o tratamento era aceito pela comunidade científica e utilizado desde o século XIX e primeira metade do século XX, representando grande esperança da cura dos pacientes com lepra até o surgimento das sulfonas (SOUZA, 2009).

Quanto aos indígenas, a princípio, eles acreditavam mais no curandeiro do que na médica. A suspeita era que ela não compreendia o corpo dos Carajás, diferente do corpo de outros povos. Contudo Rettie ganhou confiança dos mesmos e aos poucos eles a procuravam para toda sorte de doenças. A missionária escreveu: “pessoas com catarata começaram a chegar, querendo que eu as operasse. Era maravilhoso vê-las recuperar a visão”, e então extravasou sua espiritualidade: “mas a maior alegria era vê-las passar das trevas espirituais para a luz que Jesus” (WILDING, 2020, p. 58). Enquanto isso, mais leprosos iam chegando. No relato memorialista ficou registrado as várias experiências de cirurgia nos olhos, de catarata, as epidemias de sarampo, gripes e varíola; os partos, o combate a verminoses e moléstias; as cirurgias realizadas debaixo de árvore, nas praias, ao ar livre e à noite, onde amputou pernas e braços e suturou muitos cortes com uso de anestesia, clorofórmio, curativos, estetoscópio dentre outros (WILDING, 2020).

Em novembro de 1931, ficou registrado nas atas da UESA: “O hospital será utilizado principalmente por brasileiros, que são todos excessivamente insalubres e vêm de todas as classes para tratamento”. Rettie escreveu: os Carajás “são mais saudáveis e muito tímidos. Demorará um pouco antes de eles virem para o hospital, temo, mas é impossível tratá-los em suas aldeias”. E ainda: “uma das coisas que me decepcionaram um pouco foi que eu estava sempre ocupado com os brasileiros, e achei que estava lá primeiro pelos índios, mas não podia dar as costas aos brasileiros. Eles são tão miseráveis, doentios e desagradáveis”. Assim, “enquanto na Ilha trabalho com mais de 230 indivíduos, destes 40 são Carajás” (CSWC51/7/5/13-14).

Quando a enfermeira Esther Blower chegou no final de 1931, um internato e dois dormitórios foram iniciados, um para meninos e outro para meninas, com aulas mistas. A escola recebia alunos indígenas e sertanejos. Logo o internato teve que ser ampliado. Rettie também ensinava adultos, inclusive aqueles com hanseníase, tanto homens como mulheres. E o número de pacientes aumentava (WILDING, 2020). Conforme a médica, além do padre presente na região que não a deixou entrar num determinado povoado, chegaram mais dois deles – dominicanos. A barreira foi quebrada quando um padre a procurou com problemas de saúde e foi tratado. Em 1932, o sacerdote que habitava um povoado próximo comentou com a missionária, que construiria um hospital e teria uma médica, mas o projeto não foi executado (WILDING, 2020).

Ainda em 1932, havia 76 pessoas na base da Missão. Esther e Rettie foram a Belém, por 6 semanas, comprar mantimentos, entretanto em toda cidade e vilarejo que paravam realizavam

tratamento médico e evangelismo. Em Conceição do Araguaia o prefeito ofereceu uma sala na prefeitura onde atenderam o dia todo até a noite, tendo apoio do farmacêutico na cidade, com os remédios. Em Marabá, a escocesa recebeu de Glasgow, uma oferta para o hospital quando comprou “uma grande quantidade de remédios”; e Esther recebeu dinheiro dos Estados Unidos. Em “toda a extensão do Araguaia não havia nenhum médico além de mim” escreveu Rettie (WILDING, 2020, p. 73). Na volta Esther Blower ficou muito mal de malária e teve de ser cuidada na casa de um Coronel em Conceição. A saúde pública no interior do Brasil sempre fora deixada em segundo plano. Situação que perdurou até a primeira metade do século XX (HOCHMAN, 2009).

Em 1932, depois do retorno do Pará, mais pessoas chegaram, inclusive com hanseníase. A equipe composta por Josiah, Rettie, Eunice, Esther e uma jovem brasileira atendiam mais de 100 pacientes, além de 26 crianças na escola e 28 leprosos, onde praticamente todos comiam e conviviam. Rettie e Josiah casaram-se em Anápolis, nas dependências do HEG, no dia 22 de novembro de 1932 e retornaram em seguida para a Ilha do Bananal (WILDING, 2020).

O ano de 1933 foi o mais difícil para a equipe. Depois de 72 dias de casados, Josiah Wilding morreu de malária, deixando sua esposa viúva e grávida. Depois de meses, a médica missionária conseguiu um tempo de descanso na Escócia, onde teve o filho Josias Wilding em setembro de 1933. Quando o menino estava com oito meses, mãe e filho retornaram à Ilha do Bananal.¹²⁶ A médica com a equipe liderava o leprosário, o trabalho médico, a escola e o trabalho evangelístico. Eunice foi contratada pelo estado como professora, mas continuava atuando na ilha. Com todas as dificuldades, a instituição atendia 53 indivíduos. Pelas Imagens 6 a 12 a seguir é possível ter um panorama das atividades desenvolvidas na Ilha do Bananal (ARAÚJO, 1937).

Nos documentos da UESA ficou registrado mais uma vez a força missionária da Escócia: “novamente [o país] dá o seu melhor nesta alma heroica. Irmã da Sra. Harrison da Argentina, Dra. Rettie desistiu de uma prática lucrativa em Pasley para responder ao chamado de Deus no campo missionário”. De acordo com o documento a médica “uniu sua vida ao Sr. Joe Wilding no trabalho com os Carajás. Ele deixou uma viúva com o pequeno Joe, Dra. Rettie realizou fielmente a obra que seu marido selou com a vida. O futuro está com Deus” (CSWC51/15/1a3, 1936, p. 7).

¹²⁶ Atualmente o Dr. Joe Wilding é médico aposentado depois de servir por temporadas na Ilha do Bananal tendo como base o HEG.

Por esse tempo, o missionário Kegel escreveu sobre sua decepção com o pouco avanço dos trabalhos com os indígenas e a mudança de muitos deles devido a uma epidemia de influenza (gripe). Seu projeto era iniciar uma escola indígena com os Carajás, casar-se e deixar sua futura esposa como professora, e ajudando no trabalho com a Dra. Rettie; logo o missionário Kegel voltou à ilha casado com a enfermeira Jennings e seguiu para a tribo Tapirape, onde trabalhava sozinho (CSWC51/7/5/13).

Em 1934, ademais da perda do esposo, Rettie viu sua equipe desfalcada. Os Kirkwood subiram o rio, Jennings seguiu para Anápolis e Kegel foi atuar entre os indígenas. Pacientes chegavam para serem atendidos e havia pedidos para atender os índios em suas tribos. Em julho de 1935, Rettie e Joe saíram da Ilha para Anápolis. Os missionários, em reunião executiva, entenderam que fracassaram no trabalho com indígenas apesar de todo empenho feito. Então solicitaram à Dra. Rettie a transferência para atuar no Hospital Evangélico Goiano com o Dr. Fanstone, sabendo que ela “é uma médica qualificada” (CSWC51/12/2/4; MACNAIN, 1935, p. 23; WILDING, 2020). Os brasileiros continuaram o trabalho na Ilha do Bananal. “Enquanto estava em Anápolis, recebi notícias deles”, escreveu Rettie, “estavam continuando fielmente o tratamento dos pacientes com hanseníase, os trabalhos na igreja e a ajuda aos índios. Foi muito animador saber disso” (WILDING, 2020, p. 93).

Em 1936, Rettie e Joe voltaram à Ilha do Bananal e encontraram os pacientes com hanseníase, os fiéis e a escola, e também uma epidemia de varíola. No início do ano seguinte, a médica mudou-se, por pequenos períodos, para Araguacema e depois Leopoldina, visando chegar em Anápolis. Novamente, em cada local que pernoitava ou residia por um breve período, a médica realizava atendimento na área da saúde e evangelismo. De acordo com Rettie nos anos seguintes, os pacientes com “hanseníase haviam deixado Bananal. Uns foram para uma colônia mantida pelo governo, outros foram levados por Archie Macintyre para a colônia de tratamento da hanseníase em Goiânia.¹²⁷ Os poucos considerados curados foram mandados para casa” (WILDING, 2020, p. 98). Rettie e sua equipe trabalharam a partir do tripé: saúde, educação e evangelismo, por meio do dispensário/hospital, da colônia de leprosos, da escola com internato e da igreja. O trabalho era mantido por ofertas das igrejas mediada pela UESA sendo parte do trabalho subsidiado pelo governo. Em seguida, Macintyre, o iniciador do trabalho com Josiah Wilding, reassumiu a direção do mesmo, continuou tratando os pacientes com hanseníase

¹²⁷ A “colônia de tratamento da hanseníase de Goiânia” possivelmente refere-se à Colônia Santa Marta na Capital do Estado.

utilizando da Chalmoogra além de implantar uma farmácia no local (WILDING, 2020; ARAÚJO, 2019; SILVA, 2014).

No início da década de 1940, ao retornar de férias da Escócia, Macintyre, ouviu sobre a difícil situação dos leprosos aguardando a transferência à Colônia Santa Marta. O missionário subiu o rio e os encontrou sem alimento, o que o levou a providenciá-lo. Até então não havia certeza se os pacientes com hanseníase permaneceram na ilha ou “tenha sido o Pará o destino de alguns internos” (SILVA, 2013, p. 175). Contudo no documento escrito por Macintyre (CSWC51/7/5/13) de 10 de junho de 1949, quando o governo foi medir a terra, talvez para receber impostos, “então só tínhamos alguns leprosos na estação da missão”. Na foto de 1944, Imagens 6 a 12, doada por Macintyre ao leprologista Souza-Araújo é possível ver um “dispensário, uma farmácia e residências, de caráter rústico, mas razoavelmente organizada” (SILVA, 2013, p. 172).

Em março de 1960, foi inaugurada uma clínica médica na Ilha do Bananal, dedicada à memória do pioneiro Josiah Wilding. O filho Joe Wilding, presente na cerimônia escreveu à mãe, que se encontrava na Escócia: “Na segunda-feira de manhã atendi a mais pacientes. A incidência da malária é enorme” (WILDING, 2020, p. 99). Rettie também voltou a Ilha, 23 anos depois de sua saída. Assim, a UESA, através de seus médicos missionários e agentes de saúde foi responsável por um posto médico, uma escola, uma colônia de leprosos e muitos atendimentos aos pacientes da ilha e região ao redor da mesma.

Rettie atuou sete anos na Ilha do Bananal e vinte e dois anos no HEG em Anápolis. No ano seguinte à graduação do filho (1958), a médica se aposentou sendo considerada a primeira médica a atuar em Goiás e a pioneira a dedicar-se à anestesia dentro dos limites do conhecimento médico da época. Em Anápolis posteriormente chegaram o Dr. Josimar Elias Bueno, radiologista, que se fez anestesista, e Dr. José Quinan, primeiro anestesista de formação na cidade. Quando à patologia, antes da doutora, Jarbas Doles, formado pela Universidade de São Paulo, foi o pioneiro em Goiás (MORAES, 2012, p. 153). O trabalho filantrópico realizado pela UESA, especialmente voltado ao tratamento com leprosos se desenvolvia também em Catalão.

Imagens 16 a 22: Leprosário, atividades do dispensário e cotidianas. Macaúbas: Ilha do Bananal



Fonte: SOUZA, 1948, p. 375, In: SILVA, 2013, p. 173.

4.4 A Medicina Missionária em Catalão

O trabalho com a medicina missionária na cidade de Catalão se deu com a Helen Bernard, a enfermeira vinculada a UESA e casada com Morris Bernard (1873-1966), missionário norte-americano que veio ao Brasil depois de quatro anos atuando na Argentina.¹²⁸ No Colégio Mackenzie em São Paulo ele conheceu a missionária escocesa Helen Gordon, conhecida como Helena Bernard que atuou como enfermeira chefe no Hospital de Doenças Contagiosas em São Paulo. Morris e Helena se casaram em 1915 (FORSYTH, 1967).

Em abril de 1902, Frederick Glass, foi pioneiro protestante em Catalão. A cidade no interior de Goiás, tornou-se povoado em 1722 e, em março de 1938, foi denominada Catalão. Na década de 1920, a cidade era vista como um polo de desenvolvimento econômico regional por ser o município mais populoso de Goiás, com 38.574 habitantes; pela implantação da rodovia em 1913 e a conexão do estado com o país e o deslocamento da fronteira agrícola para o centro do estado (VIANA, 2019). Em março de 1929, a comissão executiva da UESA, reunida em São Paulo propôs ao casal Bernard assumir o trabalho em Catalão. Em novembro, do mesmo ano, na cidade de Goiás, “resolveu-se que a Sra. Bernard tem liberdade para desenvolver o trabalho do leproso de acordo com seus planos” (CSWC51/3/7/1).

Na Ata de criação da Igreja Evangélica de Catalão, a UESA figura como organização fundadora e responsável “subsidiariamente pelas obrigações sociais” desenvolvidas na cidade. De acordo com o estatuto da Igreja, em caso de extinção dos trabalhos, a UESA terá posse dos bens. Morris Bernard era o representante da instituição podendo construir residência no terreno “que é propriedade da UESA [...] por toda a vida delles enquanto estiverem um ou outro gerindo o leprosário, ou trabalhando de caridade nesta cidade de Catalão” (LIVRO..., 1930).

Em 5 de dezembro de 1948, Helena Bernard escreveu, de São Paulo, “um relato do trabalho entre os leprosos no Brasil”, de sua própria lavra, e Morris Bernard escreveu tratando da construção da capela próximo à colônia Santa Marta em Goiânia (CSWC51/5/1). De acordo com Helena, “já faz 19 anos que o trabalho com os leprosos no Estado de Goiás foi iniciado”. O início do trabalho se deu porque vários leprosos chegaram à estação da missão solicitando remédio, contudo eles entendiam que a doença que tinham eram diferentes do “mal de Hansen”. Os missionários ficaram preocupados, pelo número deles. “Muitos cujas doenças poderiam ter

¹²⁸ Bryce Ranken o convenceu a atuar no Brasil, onde chegou em 1904. Bernard trabalhou no Brás e em Conceição do Rio Verde-MG, onde se casou com Lina Martins de Castro. Em seguida foram pioneiros protestantes em Cuiabá. Com a morte da esposa e do recém-nascido William, Bernard deixou Cuiabá.

sido paralisadas, se não livres de sintomas, se houvesse o remédio certo em mãos” (CSWC51/5/1, p. 1). Percebe-se, por parte da enfermeira, um conhecimento técnico e a intensão de tratar o paciente para restaurar a saúde, mais do que simplesmente oferecer-lhes assistência.

No âmbito das relações internacionais, a missionária Helena aproveitou o “dia de folga [...] para comunicar essa necessidade a nossos parentes e amigos nos Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha”. O resultado foi “um suprimento abundante de óleo de chaulmoogra e seus subprodutos da *The Leprosy Mission* nos Estados Unidos e em Londres”. A medicação era o que havia de melhor na época. Além da medicação “roupas e dinheiro” foram enviados “para nos dar um bom começo com a clínica e as casas para segregar os leprosos” (CSWC51/5/1, p. 1).

A somatória de fatores como as diferentes relações com os missionários em Goiás, as instituições e igrejas no exterior, os políticos locais, a igreja onde serviam e a fé serviram de confirmação para o início do trabalho. Mais uma vez o apoio e influência da Medicina Missionária Pioneira, em Anápolis, foi fundamental. Helena escreveu: “em nosso retorno ao campo, aclamado com a certeza da orientação de Deus, e apoiado pelo Dr. Fanstone, o projeto foi discutido com as autoridades municipais, a respeito de um pedaço de terreno para começar a construção” (CSWC51/5/1, p. 1). Alguns equivocadamente viam a UESA como uma instituição rica, sem necessidade de filantropia para o trabalho. Assim ficou registrado que o projeto em questão: “tornar-se-á em realidade brevemente, porque uma senhora que, além de outros dotes moraes, sabe quêrer e quanto ao mais, tem ella auctorisação de uma riquissima associação protestante para despender a quantia necessária para a consecução de tão nobre desideratum” (LEPROSÁRIO EM CATALÃO, 1929). Entretanto nas atas da reunião da UESA de 1927-1929, há diferentes falas sobre a dificuldade para manter ou ampliar o quadro de missionários (CSWC51/3/7/1).

Fato é que com a união de esforços e apoio do conselho municipal da cidade, a missão ganhou o terreno em 1929 e “depois de algum atraso [...] a clínica e a sala de espera pudessem ser construídas”. Entretanto antes do término do edifício, circulou “entre os leprosos da cidade e da vizinhança que um remédio havia sido obtido para sua doença, então eles começaram a aparecer em nossa casa”. Helena iniciou o tratamento em sua casa até que a clínica ficasse pronta (CSWC51/5/1, p. 1). Conforme Britto, “D. Helena Bernard, compadecendo-se profundamente da miséria e absoluto abandono em que viviam os hanseneanos, tomou consigo a deliberação de organizar-lhes um pequeno serviço de assistência”. O provimento para o início do trabalho estava pronto, diferente da “casa de caridade projetada aqui há tantos annos e que,

antes de começar, naufragou para sempre” (BRITO, 1946, p. 51-54). Enquanto Morris cuidava da igreja, Helena passou a tratar dos doentes, especialmente os leprosos abandonados pela família, município e estado.

Ao concluir a clínica foram iniciadas “as casas para a segregação dos pacientes”. Depois de algumas residências ficarem prontas “a população da cidade, vendo o avanço das obras, veio e ofereceu material para construção de mais casas. Logo se espalhou a notícia a respeito desse tratamento para a lepra”. Em decorrência “muitos outros desses infelizes sofredores apareceram e, claro, foram atendidos”. As casas antigas dos leprosos foram mantidas e habitadas “até que melhores alojamentos fossem providenciados” (CSWC51/5/1, p. 1).

A medicina científica se processava com diferentes profissionais da Saúde. A começar pela experiência da enfermeira Helena, “matrona de um grande hospital em Glasgow” (LEPROSÁRIOS DE GOIÁS, 1932, p. 1690), que atuou no Sri Lanka, na Índia e na África e por fim, em São Paulo. Desta forma, “acha-se habilitada para fazer os curativos necessários a custa do próprio instituto, servindo ella mesma de enfermeira”, pois tinha conhecimentos para tratamentos que: “cura os doentes em 1º grau, paralisa a moléstia aos do 2º, e mitiga o sofrimento dos que já forem considerados desenganados, tratando-os pelos mais adeantados processos médicos e hygienicos descobertos recentemente” (LEPROSÁRIOS DE GOIÁS, 1929). Helena aceitava a “collaboração espontanea dos médicos que queiram prestar os seus serviços scientificos para tão útil quão humanitário fim” (LEPROSÁRIOS DE GOIÁS, 1929). Assim é possível perceber o apoio de um médico,

Um excelente médico da cidade examinou todos os pacientes antes da internação e estava disponível para assistência médica a qualquer momento. Ele insistia em oferecer seus serviços gratuitamente, mas nós enviaríamos um cheque para ele de vez em quando. Devemos muito crédito e agradecimento ao Dr. Alcantara, por ter tirado dos nossos ombros uma grande carga de responsabilidade (CSWC51/5/1, p. 1).

Com o aumento da demanda, ampliou-se a equipe de orientação terapêutica com três profissionais da saúde: Eliel Martins, Sadye e Luiz Alcântara (SILVA, 2013). Apesar de Helena não precisar a data, ela escreveu: “74 pacientes leprosos eram atendidos neste pequeno leprosário”, outros pacientes moravam a alguma distância, “pois não se importavam de separar de seu povo” (CSWC51/5/1, p. 1). O leprosário era um lugar de segregação, mas também de tratamento, pois entre os primeiros pacientes, um homem no primeiro estágio da doença, foi tratado e depois de “2 anos e tratamento teve alta por estar livre de sintomas”. Sendo “examinado periodicamente, os exames sempre se revelando negativos”. Este caso serviu de

estímulo aos missionários e pacientes. “Durante os nove anos de trabalho no leprosário, sete dos pacientes tiveram alta sem sintomas” (CSWC51/5/1, p. 1).

De acordo com Helena “fazendeiros cristãos e outros davam alimentos como arroz, feijão, café, açúcar, leite, batata-doce e frutas”, para manutenção do trabalho, mas havia também a participação dos pacientes em um “um pequeno terreno para plantar verduras, banana e mamão que davam frutos o ano todo”. Além do mais, “carne também foi fornecida por um açougueiro da cidade e nosso pão do padeiro. Nossos amigos e parentes em casa forneceram os meios para os edifícios e os suprimentos médicos” (CSWC51/5/1, p. 1, 2). O trabalho evangelístico acontecia através da doação de diários, bíblias e lições da Escola Dominical oferecidos aos que sabiam ler. As músicas “tornaram-se populares”, além da ênfase na “mensagem da salvação por meio do Senhor Jesus Cristo – o grande curador da alma e do corpo”. Em conformidade com Helena, “foram dias muito felizes embora muito ocupados” (CSWC51/5/1, p. 2). Enquanto o trabalho acontecia as relações e a influência dos MMPs ampliava na região.

Helena escreveu sobre “uma entrevista com o Governador do Estado, para falar sobre o plano de um assentamento central para leproso onde todos eles, de todo o Estado, pudessem ser segregados e tratados, um número calculado em mil” (CSWC51/5/1, p. 2). De acordo com Silva (2013), os missionários tiveram “o prazer de ouvir do próprio presidente, que essa ideia humanitária encontraria, nos poderes do Estado, o mais franco acolhimento, pois será dado braço forte a todos que queiram trabalhar para o engrandecimento de Goyaz” (LEPROSÁRIO..., 1929).

[...] o Governo de Goiás, tendo à frente um grande médico que deixara a clínica para assumir-lhe a direção e, sabendo, como médico sociólogo, que a salvação pública é a SUPREMA LEX, logo se interessou por essas grandiosas atividades. Subvencionou-as com dotações orçamentárias ou auxiliou-as com favores de natureza diversa (BRITO, 1946, p. 53).

A política governamental baseada no tripé: leprosário, preventório e dispensário, foi seguida no local, onde havia um dispensário “para tratamento dos atingidos por tipos não contagiantes de lepra. Ofertava aos familiares dos assistidos apoio médico, higiênico e socioassistencial como parte de seu projeto de proselitismo religioso e ensinamento de conteúdo moral” (SILVA, 2016, p. 4). Consoante a carta de março de 1930, de Helena Bernard a McNairn, o Dispensário já estava pronto (CSWC51/3/1/33, p. 1). Também os curativos e medicamentos “mais apropriados e modernos” eram ofertados “à custa do próprio instituto”. Havia residência para os doentes e suas famílias, uma clínica médica e farmácia: “Já se vê, pois,

que não é somente uma simples casa de caridade, para doentes miseráveis, capeada com esse pomposo título, mas, sim, uma enfermaria grátis para os leprosos” (LEPROSÁRIO..., 1929). Em 1838, o governo federal, através do Conselho Nacional de Serviço Social, doou o valor de 20\$000.000 ao trabalho.

Imagem 23: Posto Médico e Grupo de Internos do Leprosário Helena Bernard – Catalão



Fonte: Eunice Weaver.¹²⁹

Imagem cedida à Heráclides César de Sousa Araújo por Eunice Weaver, o médico a publicou com as seguintes inscrições “Grupo de leprosos internados, defronte do Posto Médico de Catalão”. O estatuto do Leprosário Helena Bernard foi aprovado em 14 de julho de 1936 e prevê a utilização de recursos financeiros do governo do estado para as atividades filantrópicas. Nomes importantes da cidade foram escolhidos para a causa, o que lhe dava visibilidade. A diretoria foi formada pelo seu diretor era Eliel Martins de Almeida; o presidente, Mario

¹²⁹ Eunice Werner é outra pessoa com o ethos de Médica Missionária Pioneira. Eunice nasceu em 1902 no interior de São Paulo, filha de italianos e descendentes de imigrantes suíços. Na adolescência em Piracicaba-SP cursou Educação Sanitária. Casou-se com seu antigo professor o missionário americano viúvo, Charles Anderson Weaver. Como mudaram-se para os Estados Unidos, Eunice graduou na Escola de Serviço Social da Universidade da Carolina do Norte. Charles foi convidado a dirigir a Universidade Flutuante da América do Norte, instalada num transatlântico, quando eles viajaram o mundo, enquanto ela estudou Jornalismo, Sociologia, Serviço Social e Filosofias Orientais, visitando 42 países. Ela entrevistou Gandhi e interessou-se pelo problema da hanseníase, por onde passou. De volta ao Brasil, Eunice começou seu trabalho de combate à lepra e participou da criação da Sociedade de Assistência aos Lázarus. Oferecia assistência aos hansenianos e os acolhia no leprosário Santa Isabel em Juiz de Fora. Fundou o Educandário Carlos Chagas, na cidade (1932), e o Santa Maria, no Rio de Janeiro visando cuidar dos filhos dos doentes de lepra. Com apoio do presidente da República Getúlio Vargas viajou o país divulgando a campanha da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, mas também falando da tuberculose, estimulando a vacinação, a proteção às crianças e a maternidade. Werner recebeu prêmios importantes no Brasil e na América do Sul e publicou importantes livros como a “Vida de Florence Nightingale” e a “A Enfermeira” além de representar o Brasil em inúmeros congressos internacionais sobre a hanseníase. Eunice faleceu aos 67 anos, em 1969 (CÂMARA FILHO).

Cerqueira Neto; o vice-presidente, o advogado Tharsis Campos; o tesoureiro, João Meireles; o 1º secretário, Leopoldo E. da Rocha, e o 2º secretário, José de Campos Neto. Tinha como consultor jurídico Antônio J. Azi e, como clínico, Luiz Alcântara (AHEGo, Coleção n. 213, out.-dez. 1937. Correio Oficial, 6 out. 1937, In: SILVA, 2013, p. 177).

Visando a permanência do projeto, Helena escolheu “uma mulher cristã muito capaz e excelente” que foi “formada juntamente com quatro meninas em cuja doença permaneceu” (CSWC51/5/1, p. 2). O objetivo era continuar o trabalho em Goiânia, com a supervisão dos missionários até “o momento do novo e maior leprosário ficar pronto para ocupação”. No dia da mudança “para o novo Assentamento, as mulheres da cidade [católicas e protestantes] prepararam abundância de coisas boas para os pacientes que tiveram comida suficiente para a longa viagem e para três a quatro dias depois” (CSWC51/5/1, p. 2). A enfermeira escreveu: “quando chegou a manhã da mudança, houve grande tristeza na pequena colônia,” mas às quatro da manhã fizeram um culto e cantaram hinos “o que foi de grande conforto para e, em vez de lágrimas, saíram cantando hinos no caminhão coberto enquanto percorriam a cidade. Quem chorou foi o povo da cidade” (CSWC51/5/1, p. 2).

Para o projeto em Goiânia, “os pacientes, juntamente com suprimentos médicos e outros materiais, o dinheiro no banco, foram todos repassados para o governo” (CSWC51/5/1, p. 2). Goiânia experimentava um momento diferente. De acordo com Machado, com o advento do Estado Novo em 1937:

o núcleo do poder se fortalece e a ação do governo se faz mais dinâmica através de medidas administrativas significativas, intensificação da política colonizadora impulsionada pelo governo federal e implantação definitiva de Goiânia. Goiânia se transformou no símbolo do progresso que o Estado passa a vivenciar neste momento. Além de representar a ação do Estado, tornou-se o pólo irradiador da mentalidade progressista/ modernizadora que se instalara. A Goiás, símbolo do atraso, se contrapõe Goiânia, símbolo do progresso (MACHADO, 1990, p. 153).

A transferência da capital estadual para Goiânia bem como a criação da Colônia Santa Marta (1943) são parte de um projeto do qual o Governador Pedro Ludovico fazia parte. O saber-poder médico, como vem sendo discutido, estava envolto com o poder político. “Tanto a nova capital quanto o estabelecimento antileprotico definido como cidade-leprosário respondem ao desejo de disciplinamento social a partir de uma arquitetura medicamente pensada e de um esquadramento estratégico”. Silva realçou problemas na inauguração da colônia. Pois no Plano Nacional de Combate a Lepra, as instituições que atuavam com leprosos

deveriam ser fechadas por não se subordinar ao Regulamento Sanitário Estadual de 1932 e de 1938.

De acordo com Silva, “além disso, fazendo parte do plano de construção da nova capital do estado e do programa de Marcha para o Oeste do governo federal, o Hospital Colônia absorvia todo o discurso de modernidade presente nas falas dos governos Pedro Ludovico Teixeira no estado e Getúlio Vargas no país” (SILVA, 2014, p. 2). Na mesma linha de argumento, Silva escreveu da simultaneidade no processo de “hegemonia do poder médico local, excetuando, é claro, as estatísticas de fuga da Colônia Santa Marta, que exprimem parte do jogo de poder, e seu questionamento, no âmbito das instituições” (SILVA, 2013, p. 23). De fato, mesmo tendo o trabalho em Goiânia, leprosos continuaram atuando em Anápolis, na Ilha do bananal e em Jataí (SILVA, 2014; TAVARES et al., 2015).

Quanto ao trabalho das instituições filantrópicas, o início da década de 1940, “indicava-lhes a inserção, de alguma forma, no projeto estatal, o desaparecimento decorrente da falta de investimento público ou a existência no ostracismo, ignorados pelo poder público e excluídos dos debates”. Do lado do Estado, “vê-se, pelo discurso, o fortalecimento de seu braço interventor, normatizador e disciplinador, ou seja, a melhor expressão de seu poder no campo social” (SILVA, 2013, p. 184). O que ocorreu foi um novo modelo de filantropia. Dessa vez, subordinado ao governo e ligado “aos seus preceitos e programas: a Federação de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra [...]”. O discurso do médico Sebastião de Brito, em 1946, sobre seu trabalho de 9 anos com os leprosos, tinha como retórica médica “à valorização de uma perspectiva que propunha pensar um novo tempo para a política antileprótica”, tendo a Colônia Santa Marta como “marco de ruptura com o passado sanitário” (SILVA, 2013, p. 184).

Com a transferência do trabalho para a Colônia Santa Marta (1943) “foram fechados os asilos de São Francisco de Paula, em Anápolis, e Helena Bernard, em Catalão” (BOLETIM..., 1943, p. 114). O casal Bernard voltou para São Paulo e continuou o trabalho na Igreja Cristã Evangélica Paulistana (SILVA, 2015; FORSYTH, 1967.¹³⁰ Conforme escrito pelo médico Sebastião Mendonça de Brito (1946), a instituição “[s]egregou 74 doentes contagiantes e 89 enfermos e famílias receberam tratamento médico” (BRITO, 1946, p. 53).

A formação das novas enfermeiras por parte de Helena Bernard foi eficaz, visto que no novo assentamento, “o trabalho foi levado a cabo pela nossa excelentíssima e competente

¹³⁰ Consoante Silva (2015), em 1940, protestantes presbiterianos na cidade de Jataí-GO iniciaram um trabalho com leprosos. Contudo, como não é possível perceber a ligação desse trabalho com a UESA e com os médicos missionários pioneiros, esse conteúdo não seria discutido aqui.

ajudante Dona Júlia e pelas quatro enfermeiras, juntamente com o Dr. responsável do Governo” (CSWC51/5/1, p. 2). Helena escreveu sobre a oposição enfrentada pelos pacientes protestantes na Colônia Santa Marta, por parte de líderes religiosos. Desta forma, os pioneiros realizaram uma longa viagem “de dois dias e uma noite, mais uma vez para visitar os leprosos e levar-lhes algum consolo. Também visitar o Governador do Estado para marcar um local para a construção de uma capela evangélica para os leprosos convertidos e outros que desejem assistir” (CSWC51/5/1, p. 3). O governador concedeu o local solicitado e estimou o custo de 1300 dólares¹³¹ para “concluir a construção, dos quais 12 contos já estão a cargo do banco. Este foi um presente enviado dos Estados Unidos pela *Mission to Lepers*”. Helena finalizou a carta escrevendo sobre a esperança de “começar a trabalhar no novo prédio no início de [1949?] se Deus quiser” (CSWC51/5/1, p. 3).

A seguir encontra-se o quadro de instituições existentes no Brasil para o cuidado de leprosos, dentre as quais encontram-se as instituições lideradas pelos missionários protestantes da UESA. O recorte temporal (1924-1943), proposto por Curi (2010) se adequa na delimitação desta pesquisa (1911-1943) especialmente ao encerramento das atividades do “ABC da Filantropia” (SILVA, 2014).

Quadro 10: Asilos-colônias do Brasil, por data de inauguração (1924-1943)

No	UF	Nome/Cidade	Inauguração
01	PA	Colônia do Prata Igarapé-Açu	1924
02	PR	São Roque Piraquara	1926
03	AC	Souza Araujo Rio Branco	1928
04	CE	Antônio Diogo Redenção	1928
05	RJ	Curupaiti Rio de Janeiro (Jacarepaguá)	1928
06	SP	Santo Ângelo Mogi das Cruzes	1928
07	RN	São Francisco de Assis Natal	1929
08	AM	Belisario Penna Manaus (Paricatuba)	1931
09	MG	Santa Izabel Betim	1931
10	PI	Carpina Parnaíba	1931
11	SP	Padre Bento Guarulhos	1931
12	SP	Pirapitingui Itu	1931
13	SP	Cocais Casa Branca	1932
14	SP	Aimorés Bauru	1933
15	GO	Anápolis – Anápolis	1935
16	GO	Helena Bernard Catalão	1935
17	GO	Bananal Ilha do Bananal	1935
18	RS	Leprosário de Emergência Porto Alegre	1936
19	ES	Itanhenga/Dr. Pedro Fontes Cariacica	1937

¹³¹ Segundo o site Dollar times o valor corresponderia a \$20 mil dólares atualmente. Disponível em <www.dollartime.com>. Acesso em 13 mar 2021.

Quadro 10: Asilos-colônias do Brasil, por data de inauguração (1924-1943)

No	UF	Nome/Cidade	Inauguração
20	MA	Bonfim/Aquiles Lisboa São Luís	1937
21	AC	Cruzeiro do Sul/Ernani Agrícola Cruzeiro do Sul	1938
22	RJ	Tavares de Macedo Itaboraí	1938
23	PA	Frei Gil Vilanova Conceição do Araguaia	1939
24	AL	Eduardo Rabelo Maceió (Taboleiro João Martins)	1940
25	RS	Itapuã Viamão	1940
26	SC	Santa Tereza São José	1940
27	CE	São Bento/Antônio Justa Maracanaú	1941
28	MS	São Julião Campo Grande	1941
29	PB	Getúlio Vargas João Pessoa	1941
30	PE	Mirueira Recife	1941
31	AM	Antônio Aleixo Manaus	1942
32	MG	Santa fé Tres Corações	1942
33	PA	Marituba Belém (Marituba)	1942
34	GO	Santa Marta Goiânia	1943
35	MG	São Francisco de Assis Bambuí	1943

Fonte: CURY, 2010.

Com o encerramento das atividades do ABC da Filantropia, por imposição governamental, os trabalhos com leprosos foram encerrados, em grande medida. Contudo a influência da Medicina Missionária Pioneira continuou em consonância com o programa do Governo Federal, denominado, Marcha para o Oeste.

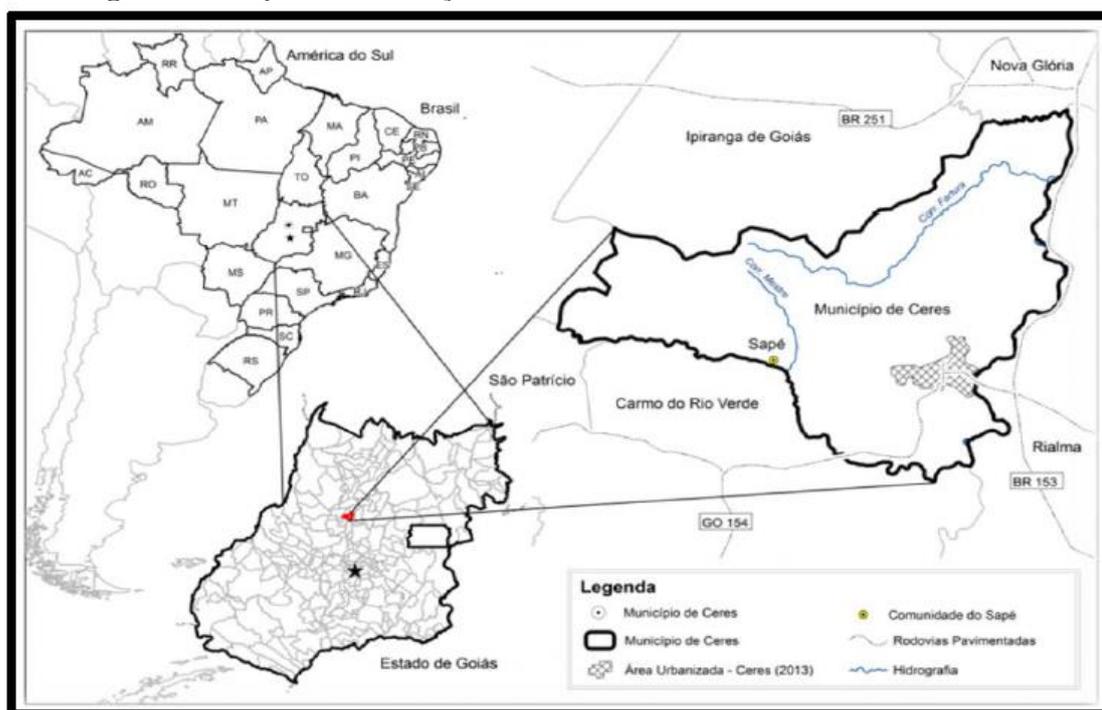
4.5 A Medicina Missionária em Ceres

No início da década de 1940, enquanto a Europa vivia os horrores da 2ª Grande Guerra Mundial, o Brasil experimentava o auge do Estado Novo no governo de Getúlio Vargas. Este governo tinha adotado a política de colonização do interior do país, denominada “Marcha para o Oeste” (1938). O objetivo principal era ocupar o oeste do país, até então, percebido como região inóspita, com “vazios demográficos”, percebidos pelos médicos como um grande hospital e lugar da doença. O governo objetivava combater organizações de “latifúndios nas fronteiras agrícolas, ampliar a integração física e econômica da nação e transformar as condições de vida e de trabalho da população pobre do campo, tornando-os pequenos produtores rurais com capacidade de consumo de bens industriais” (MOREIRA, 2003, p. 186).

Com a mudança da capital estadual e o projeto do governo em andamento, a visão negativa e pessimista do sertão foi sendo substituída pela visão otimista da Marcha para o

Oeste.¹³² Colônias Agrícolas seriam criadas nas áreas de fronteiras, garantindo a soberania e segurança nacional (DUTRA E SILVA; CARVALHO; SILVA, 2015, p. 85-109). A Colônia Agrícola Nacional de Goiás (CANG) foi oficialmente instituída em 19 de fevereiro de 1941 e o engenheiro agrônomo Bernardo Sayão nomeado administrador da instituição (REVISTA DA ACICER, 2000).¹³³

Imagem 24: Mapa da localização de Ceres/GO



Fonte: SisGeo – Sistema de Geoinformação LTDA, 2013.

Na época, o Dr. James Fanstone tinha no HEG o amigo, Dr. Jair Dinoah de Araújo (1914-2007), cearense, graduado na Faculdade de Medicina de Pernambuco em 1942. Seu desejo de atuar no interior do país e seu “espírito pioneiro” o impulsionou a deixar os grandes centros urbanos para trabalhar com “maleita” no vasto sertão brasileiro. Seu interesse era as

¹³² De acordo com Vieira, nos anos 50, devido a transferência da capital federal para o planalto central, o local inóspito, isolado, de difícil acesso é substituído “pelo paraíso, a flor do cerrado. Onde tudo existia em abundância e era diferente do inferno. A pauta central era a salubridade e o clima da região” (VIEIRA, 2007, p. 21).

¹³³ O governo reorganizou o Departamento Nacional de Saúde do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Definiu sua competência e composição, e criou: a Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepre; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde, e tomou outras providências (Decreto Lei nº 3.171, de 2/4/1941).

doenças tropicais, formação fundamental do Dr. Fanstone (DUTRA E SILVA, 2008; DUTRA E SILVA; CARVALHO; SILVA, 2015).

Em Anápolis, Dr. Jair conheceu o engenheiro Bernardo Sayão, que inclusive morou na casa cedida por seu amigo James Fanstone (ASMAR, 2012). Os missionários da UESA escreviam animados sobre os assentamentos agrícolas crescendo em “uma floresta antes desconhecida” e estradas sendo cortadas na selva. À medida que ferrovias e estradas conectam as colônias, a região se tornará a coluna vertebral do país e “Anápolis é o centro nervoso vital. Ela está no centro do desenvolvimento industrial e agrícola projetado para o Brasil” (SAVAGE, CSWC51/16/1/40, p. 40).

Dr. Fanstone e Sayão participaram juntos de várias missões nas matas de São Patrício. O médico pioneiro tinha a formação necessária para tratar os diversos casos dos migrantes que estavam adoecendo com a malária e febre amarela. “O Dr. Fanstone assumiu a responsabilidade, no claro entendimento de que isso traz consigo a liberdade perfeita para evangelizar na colônia” (SOUTH..., 1945, p. 75). Desta forma, entre 1942 a 1945, o Dr. Jair Dinoah, por indicação do médico missionário pioneiro, atuou na coordenação do Serviço de Assistência Médica da CANG sendo acompanhado por três enfermeiras da EEFN e do HEG (CARVALHO, 2015).

Em 1945, o Dr. Jair mudou-se definitivamente para a colônia. No mesmo ano, iniciou o Hospital da CANG com recursos do Ministério da Agricultura, responsável pela estrutura de saúde em áreas de colonização federal. No ano seguinte, a primeira etapa estava pronta com condições de realizar cirurgias tendo o Dr. Jair como diretor. No segundo semestre de 1948, o Dr. Fanstone estimulou o Dr. Domingos Mendes da Silva a visitar a CANG. Seu objetivo era fortalecer o corpo clínico do Hospital da Colônia em função da ausência de instituições de promoção de saúde no vale do São Patrício e do aumento dos habitantes na região (DUTRA E SILVA; CARVALHO; SILVA, 2015).

Domingos atuou no Hospital da Colônia e iniciou o Hospital das Clínicas Centro Goiano em 1951, o primeiro hospital privado da região do Vale do São Patrício. A área de abrangência dos hospitais atingia o sul do Pará, Maranhão, Norte Goiano - hoje Tocantins - e Bahia. O Hospital das Clínicas teve vocação generalista, atendendo todos os tipos de doenças. Além de diretor do hospital, Domingos aglutinou os médicos da CANG, depois denominada Ceres, sendo eleito o primeiro prefeito em 1955. O Hospital da Colônia foi entregue à Igreja Católica, Diocese de Goiás, sendo denominado Hospital São Pio X. Esse hospital se tornou a porta de entrada de quase todos os médicos que chegavam à cidade. O Dr. Jair Dinoah construiu o

Hospital São Lucas, o segundo hospital privado da região com especialidade generalista (DUTRA E SILVA; CARVALHO; SILVA, 2015).

O fortalecimento da saúde pública na região se deu devido, em grande parte, ao trabalho dos dois médicos pioneiros, Jair e Domingos, que foram inspirados no empreendimento do MMP, Dr. Fanstone. Os dois médicos tinham como característica não trabalharem com sociedade e incentivarem o empreendedorismo dos colegas médicos. Desta forma, eles ajudaram na aquisição de equipamentos e materiais, e chegaram em alguns casos a serem fiadores dos novos médicos. Todo trabalho parece ter contribuído para a expansão do aglomerado de saúde na cidade, desde a sua fase inicial. Criou-se uma cultura de cooperação e amizade somadas à boa receptividade aos médicos que chegavam em Ceres (CARDOSO; GUIMARÃES, 2011, p. 555-556).

John Savage escreveu na seção *Medical Mission Goiás* na década de 1950, sobre o pioneirismo e a influência dos médicos Fanstone no trabalho do Dr. Jair Dinoah, dentre outros (CSWC51/16/1/40).

Eu teria uma ilustração notável disso em minha visita à nova colônia agrícola em Ceres, cerca de 160 quilômetros a noroeste de Anápolis. Lá no Brasil, há uma demanda tremenda de enfermeiras formadas no Brasil, e as de Anápolis são contratadas tão logo ficam disponíveis [...]

O pequeno centro médico está sob os cuidados de três médicos evangélicos brasileiros e várias enfermeiras cristãs, que passaram pelo hospital de Anápolis. Atende toda a região. Foi revigorante ouvir o Dr. Jair D. Araujo enquanto nos conduzia por todas as partes do hospital e explicava cada detalhe de seu desenvolvimento. De vez em quando ele dizia: “isto é exatamente como o Dr. Fanstone faz [...] ele me ensinou a fazer dessa maneira [...] que é o jeito como o Dr. Fanstone começou”. Quando vi a foto do Dr. Fanstone em muitos lugares e ouvi os elogios de médicos, enfermeiras e pacientes, pensei que se ele fosse um católico romano, estaria em perigo de canonização! [...] (SAVAGE, CSWC51/16/1/40, p. 43-48).

Conforme Savage, pode-se perceber o impacto das ações médicas no tratamento de saúde da população e a premência do conhecimento da medicina tropical. Na cidade de Ceres, “várias enfermeiras cristãs, que passaram pelo hospital de Anápolis, atende toda a região” (SAVAGE, CSWC51/16/1/40, p. 47, 48). O “Dr. Jair me disse que eles tiveram 30.200 pacientes ambulatoriais e 2.000 pacientes internados no ano passado. Eles haviam vacinado 35.000 pessoas contra a febre amarela em 1952”. O Hospital “é administrado oficialmente sob os auspícios brasileiros. Faz parte do serviço de Saúde Pública do Governo e todos os salários são pagos pelo Governo” (SAVAGE, CSWC51/16/1/40, p. 48).

Mais uma vez é reforçado o ethos do MMP transmitido aos médicos nacionais. “Portanto, não teria havido tanto desenvolvimento se o Dr. Jair não tivesse herdado o dom de recursos incríveis do Dr. Fanstone”.¹³⁴ Em conformidade com Savage, o Dr. Fanstone “não era apenas um cirurgião habilidoso, um organizador e administrador de sucesso, mas também arquiteto, construtor, eletricitista e faz-tudo em geral” (SAVAGE, CSWC51/16/1/40, p. 48).

Além da influência do médico missionário pioneiro na colônia agrícola, atual Ceres e cidades vizinhas, no cuidado com a saúde e implantação de instituições de saúde e educação, houve alguma influência também no pioneirismo da missão médica na cidade de Rio Verde de Goiás.

4.6 A Medicina missionária em Rio Verde

Em 1929, a Missão *Brasil Central*, da *United Presbyterian Church* dos Estados Unidos, em parceria com a Igreja Presbiteriana no Brasil, enviou o missionário Dr. Donald e sua esposa Helen Alma Gary Gordon e filhos ao Centro-Oeste Brasileiro. Donald Covil Gordon (1897-1998), norte americano, cursou a Wesleyan University e a faculdade de medicina em Harvard, graduando em 1922, tendo casado em novembro de 1924. De 130 alunos de medicina, Gordon ficou em segundo lugar nos dois exames do Conselho Nacional, e o sétimo do país. Com essa classificação, ele poderia praticar a medicina em qualquer um dos 28 estados aliançados. Ele escolheu o Hartford Hospital, Connecticut, onde permaneceu por vinte meses, sendo um dos melhores acadêmicos ali. Em uma conferência missionária, decidiu ser médico missionário. Atuou como missionário no Peru, onde validou seu diploma pela Universidade de San Marcos, visando servir no Hospital Britânico-Americano em Callao, Peru (GORDON).

Tempos depois, Gordon voltou aos Estados Unidos por entender que o hospital estava mais propenso ao comércio que à missão. Serviu como cirurgião assistente num hospital particular na Virgínia esperando nova direção para sua vida. Foi quando a Igreja Presbiteriana lhe fez proposta para servir em Goiás. Gordon veio ao Brasil em 1928 e teve muita dificuldade para validar seu diploma, apesar da formação em Harvard, dos Exames Nacionais, da validação

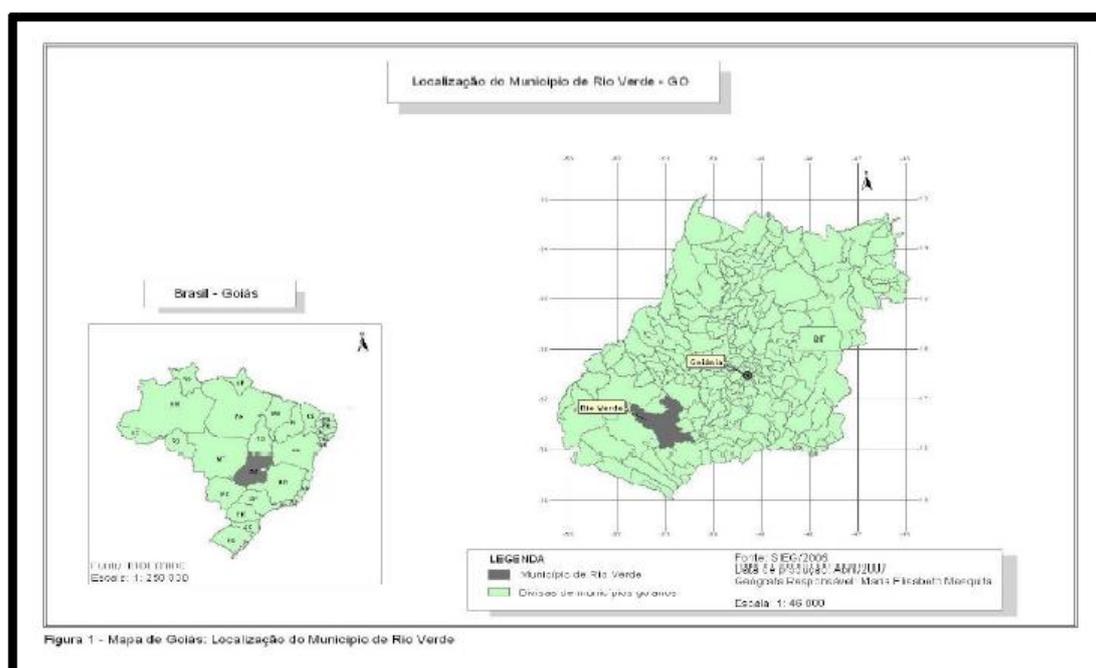
¹³⁴ Quanto à ação da esposa do médico pioneiro Dr. Jair na cidade de Ceres, Savage escreveu: “Sua esposa, Dona Elena, também é dotada, encarregada das 45 escolas estaduais e rurais da Colônia, nas quais há cerca de 3.000 bolsistas. Que trabalho pioneiro foi o dela, viajando em condições primitivas para assistir ao seu desenvolvimento. Alguém poderia temer que sua formação especial de dois anos nos EUA a incapacitasse para esta vida; mas ela sentia que essa era sua vocação e fica contente em circunstâncias que muitas outras mulheres desprezam” (SAVAGE, CSWC51/16/1/40, p. 48).

em West Virginia e na Universidade de San Marcos. Por isso, após a resiliência veio o “regozijo” e a vitória “na longa batalha para revalidar seu diploma” (CENTRAL..., 1904-1938).

O Dr. Gordon e a família “passaram alguns anos na Bahia, aprendendo o português e os costumes brasileiros [1929-1932] Um ano em Buriti, MG, Centro-Oeste do Brasil, o que foi uma boa introdução ao interior do Brasil”. Além do mais, “o Dr. Gordon fez algumas viagens, indo de lá para o leste até Goiânia, a nova capital do estado de Goiás, em busca do lugar certo para começar um hospital. Ele foi convidado para passar um ano trabalhando em um hospital de Anápolis, o que foi uma boa experiência” (GORDON).

Em janeiro de 1936 Gordon e a família se instalaram em Rio Verde – GO, situada na microrregião sudoeste do estado de Goiás. A Missão Brasil Central, da Igreja Presbiteriana, escolheu a região juntamente com o missionário, como locus estratégico para a implantação do trabalho. Gordon encontrou menos de 5 crentes na região e desconfiou que eram fruto do trabalho do missionário da UESA Archibald Macintyre, talvez o primeiro missionário a passar pela região (DIAS, 2020). A Vila das Dores de Rio Verde foi elevada à categoria de Cidade do Rio Verde em 1882. Em 1936, a população do município contava com 26.403 habitantes, equivalendo a 3,49% da população em relação ao estado de Goiás e cerca de 3 mil pessoas na cidade. Estrategicamente localizada entre as rodovias que conectavam Minas Gerais, São Paulo e Mato Grosso, e distante 250 km da ferrovia mais próxima (DIAS, 2020).

Imagem 25: Mapa da localização de Rio Verde/GO



Fonte: Disponível em: <https://observatoriogeogoiias.iesa.ufg.br/p/2343-mapas>. Acesso em: 10 out. 2019.

Os relatos memorialista de Gordon desvendam a “situação problemática em que se encontravam as estradas que cercavam a região” na década de 1930. Estradas que “escoavam a produção da pecuária e da agricultura da região do Sudoeste goiano” (DIAS, 2020, p. 77). No caminho, encontraram com Dr. Pedro Ludovico, o governador de Goiás, que ficou feliz com o plano do Gordon para um hospital na cidade e se ofereceu para apoiar no que fosse possível. Gordon manteve correspondências com o Dr. Pedro Ludovico, inclusive recebendo representantes do interventor em sua casa. De acordo com Dias (2020), “observa-se a colaboração entre dois médicos em prol da saúde do Estado de Goiás” (DIAS, 2020, p. 103). Além do incremento tecnológico, pois em 1940, foi comprado e apresentado à população o aparelho de Raio-X.

Sobre a situação nosológica na região ao longo dos séculos XIX e XX.

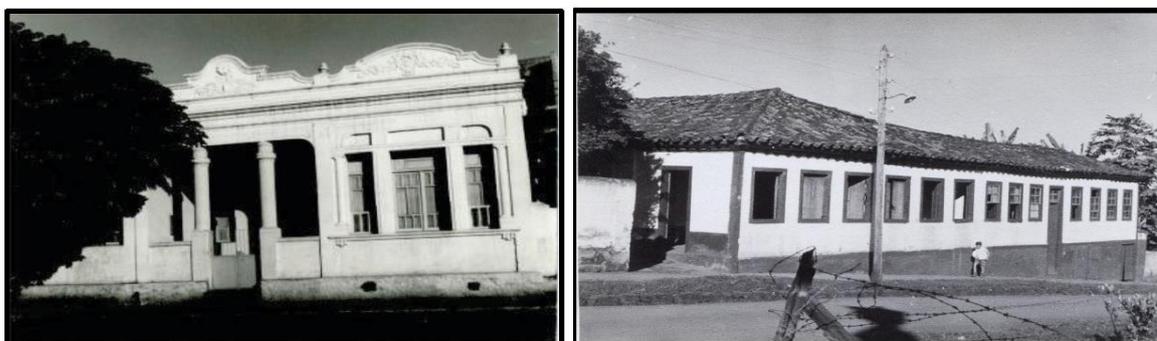
No sudoeste, Rio Verde, lugar saudável e bem situado, não acusa, igualmente, moléstias graves, a não ser aquelas normais ligadas ao clima. Por vezes, um caso de tuberculose ou morfêia, povoa as ruas do arraial. As broncoceles, mais encontradiças entre os escravos, se fizeram presentes. Alguns casos de vitiligo, dores de estômago, sem uma gravidade acentuada. Médicos não havia, mas os charlatães e curandeiros compensavam a população com suas mezinhas e orações. No fim do século XIX, lá havia um clima de banditismo em condições carregadas de ameaças. De certa forma, era uma situação que também incidia sobre moléstias, em razão de mutilações ou mortes. Nesse período chega a Rio verde o senhor Frederico Jaime, vindo de Pirenópolis. “Curioso de Ciência Médica, juntamente com Francisco Seabra Guimarães. Praticavam a charlatanice, sendo que o último apontado, possuía uma botica”. Foram registrados, à época, um ou outro caso de tuberculose e morfeia, essa última recaía sobre os ex escravos (SALLES, 1999, p. 103).

Percebe-se que a região possuía algum nível de salubridade, mas ainda carente do tratamento científico, de hospitais e formação de profissionais da área da saúde. Nas décadas de 1920 e 1939, houve o desenvolvimento da pecuária, em maior grau, e da agricultura, com a implementação da estrada de ferro por meio da visão progressista dos governos varguistas que apoiaram, em Goiás, o interventor e depois governador Pedro Ludovico. Portanto, “é nesse movimento que as regiões sul e sudoeste do estado encontram a necessária correspondência política a seus anseios e potencialidades econômicas” (CHAUL, 1997, p. 129).

No período envolto à efervescência política e econômica, o médico Gordon junto à Missão Presbiteriana iniciou “frentes de trabalhos nessa região, a fim de estabelecer vínculos com os fiéis, propagar o protestantismo e levar estrutura de atendimento à saúde para a região” (DIAS, 2020, p. 50). O casal iniciou a “*Casa de Saúde Evangélica*”. De acordo com Gary, filho de Gordon, “a clínica (consultório) foi inaugurada em 1º de abril de 1936” (GORDON). A casa

alugada tinha uma estrutura razoável, por isso, no ano seguinte, conseguiram uma casa muito mais ampla para o funcionamento da Clínica. O poder médico era evidenciado no tamanho da propriedade com porão, treze janelas, local arejado e iluminado, conforme descrito nos diários do Dr. Gordon, que era o fotógrafo, conforme se percebe na Imagem 26.

Imagem 26: Primeira e segunda casa alugada para Clínica



Fonte: Arquivo pessoal de Sylvia Woodall Gordon

Em 1937, o médico missionário, através do prefeito Felipe Santa Cruz encaminhou “à Câmara o requerimento do médico Dr. Donald C. Gordon, sobre o pedido de concessão de uma área de terreno urbano destinada à construção de uma ‘Casa de Saúde’ com particularidades filantrópicas” (ATA..., 1937). O pedido foi aprovado nas reuniões seguintes da câmara. Houve algumas intercorrências até que o Dr. Gordon tivesse posse do terreno, conforme discutido por Dias (2020). O então Hospital Presbiteriano Dr. Gordon (HPDG) foi o segundo hospital particular e filantrópico a se instalar em Goiás. A esposa Helen atuava com a contabilidade, trabalhos burocráticos e arquivamento dentre outros, além do apoio nas tarefas da igreja.

Anos depois, ficou registrado que o “médico missionário, sua esposa, um médico nacional, três enfermeiras graduadas e nove enfermeiras estudantes poderiam trabalhar e atender 1.000 novos pacientes a cada ano sem se atropelarem” (GORDON, Donald Covil Gordon Medical Missionary, S/D). Em 1940, o médico missionário Dr. Antônio Alves Duarte chegou para compor a equipe. Com o passar do tempo, havia uma casa, um hospital com trinta leitos, quartos para outros trabalhos e acomodações para um ambulatório. “Tudo construído aos poucos, sem mão de obra qualificada e sem muitos recursos, além de \$ 2.000 para um raio-x e \$ 2.000 de um prédio ambulatorial” (GORDON).

Com o trabalho filantrópico, centenas de cirurgias de todos os tipos foram realizadas. Gonçalves escreveu sobre o tratamento indiscriminado de pessoas de “todo tipo sócio

econômico”. Os cidadãos de Rio Verde “davam preferência ao Hospital Evangélico, a parte pagante, porque existia um corpo ali de enfermagem boa, de aluno, médicos bons gabaritados [...]” (GONÇALVES, 2019 apud DIAS, 2020, p. 277). Helen foi a primeira enfermeira formada na cidade devido à carência de profissionais da saúde e a segunda escola de enfermagem iniciada.

Na Imagem 27, a seguir, percebe-se a organização e o volume de ações, considerando a pequena equipe hospitalar. O trabalho realizado pela esposa Helen, na escrita estatística do trabalho médico em 1936, onde se prestava contas através de relatórios a missão nos Estados Unidos. Percebe-se ainda a autoconsciência do médico no sentido de arquivar tais documentos como acervo histórico. Atualmente a neta do pioneiro, Sylvia Gordon, entrevistada por este pesquisador, mantém um grande arquivo com documentos referentes ao Hospital Presbiteriano Donald Gordon, a Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul e a Igreja Presbiteriana na cidade. Todos trabalhos iniciados pelo Dr. Gordon e sua esposa Helen e pela equipe que foi somando esforços no pioneirismo da saúde, educação, espiritualidade e transformação social em Rio Verde de Goiás.¹³⁵

¹³⁵ Sylvia Woodall Gordon, neta dos pioneiros na medicina em Rio Verde, Dr. Donald e Helena Gordon, possui um arquivo com centenas de cartas, fotos, diários e demais documentos que se encontram em sua casa.

Imagem 27: Estudo estatístico do trabalho médico em Rio Verde, 1936

Statistical Study Medical Work at Rio Verde, 1936.

	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	Dec. 1936
Casos individuais	142	151	142	131	155	188	192	183	77
Casos novos	123	97	90	78	91	112	111	95	29
Casos (mil. repetidos)	442	490	376	356	502	599	399	484	163
Consultas	114	92	94	102	114	137	139	124	49
Visitas	88	101	42	54	87	60	48	73	33
Visitas em casa	78	91	47	34	117	76	24	49	7
Por informações	88	89	39	49	68	95	59	68	19
Operações	17	14	15	32	34	43	28	45	11
Dental	8	6	10	22	25	22	23	39	9
outras	9	8	5	10	9	17	2	6	2
Exatros no tratamento	89	114	43	80	143	181	71	122	42
Injeções	33	100	24	35	73	78	48	60	18
Renda	1.235.	1.435.	1.115.	1.970	2.282.5	2.412.	3.061	2.856	1.199.

Fonte: Arquivo pessoal de Sylvia Woodall Gordon

4.6.1 A Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul em Rio Verde

A falta de profissionais de saúde em Rio Verde, Goiás, era a mesma enfrentada pelo Dr. Fanstone em Anápolis, pela Dra. Rettie na Ilha do Bananal, por Helena Bernard em Catalão, por Jair Dinoah e Dr. Domingues em Ceres, dentre outros. O Dr. Gordon e Helen iniciaram a Escola de Enfermeiras da Casa de Saúde Evangélica, em sua casa, no ano de 1936.¹³⁶ Em seguida denominada Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (EECS). Esta foi a segunda casa de saúde de Goiás, referência na área de treinamento, técnica e atendimento de enfermagem. Muitas enfermeiras se formaram e foram enviadas a diversas partes do Brasil, especialmente para Dourados-MS. Em 1941, três alunas foram convidadas pelo médico, para aprenderem os princípios da enfermagem e se formaram. O objetivo, à semelhança dos outros médicos missionários, era cuidar da saúde física e espiritual de seus pacientes (FANSTONE, 2017; HARDIMAN, 2006).

Na ata de Fundação da referida escola, o Dr. Gordon e Helena trataram da importância da enfermagem para a medicina, a urgência na formação de enfermeiras no interior do Brasil, especialmente em Goiás e Mato Grosso, além da nobreza e dignidade da profissão.

Ao primeiro dia do mês de setembro de hum mil e novecentos e trinta e sete na sala do Consultório sob a direção do Dr. C. Gordon e com a presença de sua digna esposa D. Helena Gordon [...] A reunião foi iniciada com uma oração por Donald Gordon, em seguida o mesmo passou a explicar as finalidades da escola, salientou que o maior obstáculo que estava encontrando para a continuação dos serviços médicos aqui em Rio Verde era a falta de pessoal capacitado na parte de enfermagem e que o êxito do médico depende muito das enfermeiras, que o trabalho médico sem o de enfermeiras é quase nulo [...] esta necessidade têm ele notado se faz sentir em todo interior do Brasil por onde tem passado e especialmente Goiás e Mato Grosso. Pensando nisso convidou a capacitada e culta enfermeira D. Beatrice Lenington que se acha aqui presente para organizar e dirigir uma Escola de Enfermeiras para satisfazer as necessidades urgentes do nosso povo; salientou ainda que a Escola regerá os princípios básicos da enfermagem e que doravante vem a lutar por ela, até chegarmos a Escola Padrão Anna Nery [...] neste momento se instala a Escola de Enfermeiras da Casa de Saúde Evangélica, apresento-vos as primeiras alunas da Escola Maria Bueno, Maria Marques, Anesia Pimenta e Luiza Vieira. D. Helena usou da palavra dizendo estar muito feliz por ver um grupo de jovens tão entusiasmadas por uma profissão tão digna e nobre como a Enfermagem. [...] lavrei a presente ata de fundação a qual vai por mim assinada. Ass: Epaminondas Portilho (ATA DA FUNDAÇÃO..., 1937).

¹³⁶ Gordon havia atuado no Grace Memorial Hospital iniciado pelo Dr. Walter Wood na Bahia e no Hospital em Anápolis com o Dr. Fanstone. Os dois tinham sido pioneiros em seus estados, e praticamente no Brasil, na implantação de Escolas de Enfermagem, respectivamente em 1926 e 1933 (NASCIMENTO, 2005; CARVALHO, 2015).

Deu-se o início à segunda Escola de Enfermagem de Goiás. A enfermeira missionária Beatriz Lenington, filha do missionário Roberto Lenington, graduada na Califórnia, assumiu a direção da escola. Seu bacharelado em artes se deu no Occidental College em Los Angeles e a graduação em enfermagem, no Hospital Geral de Pasadena em 1935 (NASCIMENTO, 2008). O objetivo era oferecer às alunas “um sólido preparo técnico-científico [...] transmitindo-lhes conhecimentos que lhes garantissem pleno exercício de sua profissão, assim como uma ordenação cristã, que pudesse desenvolver em cada uma o espírito humano, seguindo os exemplos de Cristo” (PROSPECTO da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul, 1944, 1953, 1957 apud DIAS, 2020, p. 279).

Com instalação semelhante à EEFN em Anápolis na década de 1950, o prédio da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul, EECS, tinha três andares. Nos dois primeiros, encontravam-se as salas de aulas, biblioteca, laboratórios, secretaria, sala de visitas e copa, e no último andar, o internato. A EECS utilizava as instalações do Hospital para a prática. O que era vantajoso para as enfermeiras e para o hospital, pois possuíam mão de obra especializada e sem custo. Havia ainda a prática de esportes, supervisionada por professoras, como o vôlei, tênis, bola ao cesto, pingue-pongue e ginástica em geral (DIAS, 2020).

O estágio realizado pelas profissionais de saúde acontecia nas diversas áreas de atuação do hospital: “no consultório médico para consultas, obstetrícia, pediatria, enfermarias, ambulatório, dietética e no laboratório do hospital, que não era no prédio, e sim na esquina do quarteirão da saúde, sendo responsável o Senhor Lucas” (DIAS, 2020, p. 120). Além do hospital como local de prática, as alunas eram enviadas para atender na Casa dos pobres.¹³⁷ Quanto ao processo de formação, o objetivo do curso era chegar ao nível da Escola Ana Nery, no Rio de Janeiro, indicada como padrão nacional na formação em enfermagem.¹³⁸ O reconhecimento e equiparação da EECS se deu em 1953. A próxima escola de enfermagem de Goiás foi instalada em 1941 e consolidada no ano seguinte em Goiânia, a Escola de Enfermeiras do Hospital São Vicente de Paulo. Implantada pelo arcebispo de Goiás, Dom Emmanuel Gomes de Oliveira e apoiada pela primeira dama do estado, Sr.^a Dona Gercina Borges Teixeira.

¹³⁷ Uma casa espírita dirigida pela Dona Marieta Ferreira que acolhia, em sua maioria, mulheres, crianças abandonadas e viúvas (DIAS, 2020).

¹³⁸ A Escola de Enfermagem Anna Nery, iniciada como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923, é considerada a primeira escola do ramo no Brasil, tendo o sentido social atribuído por implantar o Sistema Nightingale. A importância dessa iniciativa, frente aos desafios da saúde vivenciada no país se deu devido ao seu modelo de formação, amparado na legislação da década de 1930 e reconhecida como padrão nacional, portanto modelo brasileiro de ensino e assistência de enfermagem (DIAS, 2020).

As demandas por enfermeiras em Goiás continuavam grandes e as duas escolas de enfermagem haviam formado somente 12 profissionais até 1940. Quatro anos depois a EECS contava com 12 enfermeiras: cinco diplomadas, quatro formadas pela própria Escola, uma enfermeira e a diretora, formada na Escola Ana Nery. Em 1954, sob a direção de Myrthis Silva, a escola foi reconhecida pelo governo federal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição, e nos termos do art. 14, da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, decreta:

Artigo único. É concedido reconhecimento ao curso de enfermagem da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul, mantida pela “Central Brasil Mission” e com sede em Rio Verde, no Estado de Goiás.

Rio de Janeiro, em 19 de janeiro de 1954; 133º da Independência e 66º da República.

GETÚLIO VARGAS (DIÁRIO OFICIAL, 20/01/1954)

Quanto às alunas formadas entre os anos de 1937 a 1953, não é possível certificar se foram diplomadas, visto que a escola não possuía reconhecimento. Entretanto, as enfermeiras que desejassem obter o diploma deveriam fazer a equivalência das disciplinas não cursadas e o cumprimento das horas de estágio, em consonância com a Lei n. 775 de 1949. Portanto, a EECS possibilitou a multiplicação de profissionais da saúde com formação científica para Goiás e o Brasil através da formação de profissionais da enfermagem entre 1937 e 1969, na cidade de Rio Verde (DIAS, 2020).

No quadro 11, estão relacionadas as 12 diretoras da EECS que atuaram no período de 1937 a 1969.

Quadro 11: Diretoras da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (1937-1969).

Ano	Nome	Ano	Nome
1937-1938	Beatrice Lenington	1939-1942	Helena Gordon
1943	Anita Cordeiro Lucy Freitas Ferraz	1944-1945	Lucy Freitas Ferraz
1946-1949	Felicidade Vilela	1950	Myrthes Silva
1951	Lydia dos Santos	1952	Myrthes Silva Inaldyr Barros
1953	Myrthes Silva	1954	Myrthes Silva Inaldyr Barros
1955-1956	Hélia Emrich de Oliveira	1957	Inaldyr Barros
1958-1960	Ruth Anacleto	1961	Ruth Anacleto Maria Almira B. Rodrigues

Quadro 11: Diretoras da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (1937-1969).

Ano	Nome	Ano	Nome
1962-1964	Ruth Anacleto	1965	Ruth Anacleto Yvonil Baptista
1966-1969	Ruth Anacleto		

Fonte: DIAS, 2020, p. 155,156.

A partir do quadro das diretoras anterior e o quadro das formandas a seguir evidencia-se o ethos do MMP com sua ênfase na formação de profissionais nacionais. Nesse sentido, era necessário formar não só alunas, mas também prepará-las para compor o corpo docente e direção para a escola possibilitando a gestão e continuidade no processo de multiplicação de profissionais visando suprir as necessidades da região. Foi o que ocorreu com Helena Gordon formada por Donald e que veio a ser diretora da EECS de 1939 a 1942; Felicidade Vilela formada em 1942, tornou-se diretora de 1946 a 1949; Lydía dos Santos formada em 1949, foi diretora em 1951; Ruth Anacleto formada em 1945 assumiu a direção da escola de 1958 a 1969, com pequenos períodos de vacância na direção. Outras enfermeiras tornaram-se professoras da EECS.

Quadro 12: Alunas concluintes do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (1937- 1961).

Ano	Número de alunas	Alunas	
1941	3	Maria Bueno Herondina Grimbor	Goiotim Nogueira
1942	3	Onofra Rocha Felicidade Vilela	Amanda Eidam
1943	3	Maria Vaz Nascimento Zoiraide Pereira	Maria Eulalia Toledo
1944	-		
1945	3	Julia Cafruni Ruth Anacleto	Hermantina de Araújo Xavier
1946	1	Dulce Martins	
1947	1	Natalina Ferreira	
1948	2	Doralice Pina	Lizoralda C. de Oliveira
1949	3	Maria Pereira do Nascimento Regina Anacleto	Lydía dos Santos
1950	4	Maria Camargo de Oliveira Ana T. de Carvalho	Aparecida Sedana Ribeiro Priscila Lemos Ferreira
1951	4	Ana Euzébia Adna Moreno Costa	Onória Costa Vilela Hélia Silveira Lima

Quadro 12: Alunas concluintes do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul (1937- 1961).

Ano	Número de alunas	Alunas	
1952	6	Wanda Ferreira Arantes Maria da Glória Souza Maria M Guimarães e Silva <i>Olga Lodi</i> ¹³⁹	Maria Moreno Costa Adalgisa Lima Maria de Souza Gomes
1953	6	Estela Medeiros de Oliveira Jení Mariano da Cruz Aurora Clara de Souza <i>Clorinda Léa de B. Jensen</i>	Hilda Maria Coimbra Ordylete Araújo Lauricinda C. dos Santos
1954	4	Noemy Germano Pereira Conceição Dias	Ilda Carvalho Zélia Leonor
1955	8	Leonor Coraci de Lima Maria Mascarenhas Lustosa Fleuripes Rodrigues Galvão Isabel Farias Machado <i>Railda Fortes Cruzeiro</i>	Hélia Pimentel Dorvalina Helena Borges Luzana Dias Ivanilde de Souza Santos <i>Aibil Cruvinel Pereira</i>
1956	12	Kasuko Tsumori Emília Ferreira Geralda Dornelas Silva Eurípedes Maria de Jesus Neusa Alves Velasco Messias Angélica de Sousa <i>Heloisa Helena Leão Veloso</i> <i>Nelcy R. Ferreira</i>	Ester Santana de Araújo Mariana Oliveira Costa Maria Dirce Dias Salomé de Melo Dirce Prado Geni Divina da Silva <i>Luzia Cruvinel Pereira</i> <i>Margarida G. de Moraes</i>
1957	-	<i>Carmelita Gomes de Moraes</i> <i>Geny Ferreira</i>	<i>Rita Aguiar Rocha</i> <i>Glaucia Ferreiro</i>
1958	6	Marina da Silva	Dalva Dilce Baptista

Fonte: DIAS, 2020, p. 174-176.

Da década de 1920 a 1940, havia instituições ligadas ao ensino da enfermagem, tanto, públicas estaduais e federais, como confessionais. Conforme quadro abaixo, enquanto o estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais tinham 4 escolas cada, Goiás possuía 3, todas confessionais, sendo duas evangélicas, no interior; São Paulo tinha 2 e o Pará, 1. O número de escolas de enfermagem no país era pequeno, no interior, quase inexistente. O número de enfermeiras diplomadas para a realidade do país, irrisório, cerca de 2.633. As possibilidades seriam aumentar o número de escolas ou reduzir o tempo de formação (SANTOS et al., 2002). A Lei Nº 775, de 6 de agosto de 1949 foi criada na tentativa de solucionar a questão. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu promulgo a seguinte Lei: Art. 1º O ensino de enfermagem compreende dois cursos

¹³⁹ Os nomes das alunas em itálico corresponde aquelas que desistiram do curso.

ordinárias: a) curso de enfermagem; b) curso de auxiliar de enfermagem.¹⁴⁰ A EECS optou por oferecer o curso técnico de enfermagem para a comunidade e “para missionários da Igreja que queiram profissionalizar-se para o desempenho da sua missão” (CARVALHO, 2015, p. 79).

Quadro 13: Escolas de Enfermeiras no Brasil (1920-1940).

Instituição	Ano e local	Administração
EE do Departamento Nacional de Saúde Pública	1922 – Rio de Janeiro/RJ	Pública Federal
EE Carlos Chagas	1933 – Belo Horizonte/MG	Pública estadual
EE Florence Nightingale	1933 – Anápolis/GO	Evangélica
EE da Casa de Saúde Evangélica	1937 – Rio Verde/GO	Evangélica
EE do Hospital São Paulo	1938 – São Paulo/SP	Católica
EE Luíza Marillac	1939 – Rio de Janeiro/RJ	Católica
EE de São Paulo	1942 – São Paulo/SP	Pública Estadual
EE do Hospital São Vicente de Paulo	1943 – Goiânia/GO	Católica
EE do Estado do Rio	1944 – Niterói/RJ	Pública Federal
EE Rachel Haddock Lobo	1944 – Rio de Janeiro/RJ	Pública Federal
EE do Pará	1944 – Belém/PA	Pública Estadual
EE Hugo Werneck	1945 – Belo Horizonte/MG	Católica
EE Hermantino Beraldo	1946 – Juiz de Fora/MG	Pública Estadual
EE Frei Eugênio	1948 – Uberaba/MG	Católica
Escola Madre Maria Teodora	1949 – Campinas/SP	Católica

Fonte: DIAS, 2020, p. 178.

Conforme Dias, o “legado deixado pelos missionários norte-americanos para a história da educação e da saúde em Rio Verde remete às vistas das estratégias usadas por eles para a expansão e consolidação das ações tanto no âmbito da saúde como no campo educacional” (DIAS, 2020, p. 89). Na década de 1940 e início de 1950, a população de Rio Verde era de 25.329 habitantes com “7 médicos que atuavam na cidade, totalizando 3.618 habitantes por médico para serem atendidos” (RELATÓRIO..., 1953, p. 23-58).

Nos anos 2010, Rio Verde contava com cerca de 176.500 habitantes, em 2014 os profissionais de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, somavam 470 médicos resultando numa razão de 2,32 médicos por 1000 habitantes. Percebe-se uma ampliação do número de profissionais por mil habitantes, no decorrer dos anos. O HPDG e a EECS foram parte fundamental dessa história e continua seu atendimento como entidade filantrópica, de médio porte, com trabalho social e investimento de mais de um milhão de reais

¹⁴⁰ Disponível em:

<<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=775&ano=1949&ato=edco3Yq5EMBRVT3d3>>. Acesso realizado em 10 agost 2019.

anuais para os pacientes carentes. Possui unidades de internação com 118 leitos, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico e centro obstétrico, dentre outros serviços. Sua atuação abrange 27 municípios. Mantém uma creche para atender os filhos dos seus colaboradores e algumas famílias da comunidade (CARVALHO, 2015).

Além das cidades descritas, a capital do estado, Goiânia, também recebeu médicos e enfermeiras influenciados pela medicina missionária pioneira de Anápolis. Os benefícios diretos e indiretos se deram através de agentes de saúde formados no HEG e na EEFN.

4.7 A Medicina Missionária em Goiânia

Até a década de 1950, muitos habitantes de Goiânia buscavam atendimento médico em Anápolis. Muitas enfermeiras formadas na EEFN atuaram em órgãos estaduais e em clínicas, houve ainda pelo menos um médico que iniciou uma clínica na cidade depois de aprimorar seu conhecimento médico e experiência com o Dr. Fanstone, no HEG. O Dr. Newton Wiederhecker (1906-1976), brasileiro, nascido em São Paulo, foi indicado por um colega do Dr. Fanstone, para atuar em Anápolis. Wiederhecker confessou mais tarde que mal sabia como abrir um abscesso quando chegou no HEG. Com o tempo ele aprendeu a cirurgia e atuou em diversas áreas do hospital, participando ainda ativamente na vida da cidade. Casou-se com Maria Cândida Pereira, enfermeira graduada pela EEFN e quando Dr. Fanstone regressou de férias da Inglaterra, em 1948, Newton confessou: “Dr. Fanstone, sinto-me como um filho que deseja sair debaixo das asas protetoras da mãe e enfrentar a vida por si mesmo na nova capital do estado de Goiânia, há 64 quilômetros de distância - Onde eu talvez monte o meu próprio centro cirúrgico” (FANSTONE, 2017, p. 197).

Depois de nove anos (1939-1948) como médico em Anápolis, o médico cirurgião, mudou-se para Goiânia, montou seu hospital e trouxe o aparelho raio X portátil. Em pesquisa realizada por Ubirajara Galli, e publicada como Resgate da Radiologia Goiana, em 30 de novembro de 2012, percebe-se o pioneirismo do Dr. Wiederhecker, na medicina em Goiânia, especialmente na radiologia.¹⁴¹ Fanstone (2017) escreveu sobre o pequeno hospital, denominado Ebenezer, e sobre o nascimento dos primeiros filhos do casal Wiederhecker no HEG. Newton contribuiu como uma das mais significativas instituições na formação de profissionais de saúde e de outras áreas da ciência em Anápolis ao participar como um dos

¹⁴¹ Disponível em: <<http://www.amg.org.br/noticias/resgate-da-radiologia-goiana-181/>>. Acesso realizado em 12 fev 2019.

fundadores e presidente da Associação Educativa Evangélica (AEE), iniciada em 1947 (CARVALHO, 2015; FANSTONE, 2017).

Maria Cândida iniciou a graduação em enfermagem, em 1937, na EEFN onde mais tarde tornou-se professora. A enfermeira exerceu cargos de chefia em postos de saúde na Maternidade e no Hospital Ebenézer em Goiânia. Em janeiro de 1945, uma das primeiras enfermeiras da EEFN, Felismina Auta Machado, iniciou sua atuação na Clínica do Dr. Newton, denominada na época “Casa de Saúde Dr. Carneiro” (CARVALHO, 2015).

Outros agentes de saúde formados na EEFN atuaram na capital estadual. Dentre elas, Onara Neves da Silveira serviu na Secretaria Estadual de Saúde e depois assumiu o cargo de Diretora técnica na Organização de Saúde do Estado de Goiás-OSEGO. Marysia Silva participou do Conselho Estadual de Saúde, escreveu o primeiro manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, lecionou na Universidade Católica de Goiás (1980) e, depois de realizar especializações, assumiu a secretaria e a presidência da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em Goiás (FANSTONE, 2017; CARVALHO, 2015; RIBEIRO et al, 2019). Nas primeiras décadas da capital de Goiás, “os pioneiros buscavam tratamento clínico no Hospital Evangélico; muitas de suas esposas tiveram seus filhos naquele hospital” (MORAES, 2012, p. 147).

Pela exiguidade do tempo, não foi possível pesquisar outras enfermeiras que atuaram em Goiânia. Entretanto, houve ainda a influência da medicina missionária pioneira em outras partes do Brasil a partir de Anápolis.

4.8 A Medicina Missionária em outras regiões do Brasil

A maior influência da medicina missionária pioneira, se deu através das enfermeiras da EEFN na implantação de escolas de enfermagem e na atuação em outras cidades. Savage (CSWC51/16/1/40), em seu relatório na década de 1950, escreveu: “O trabalho [dos missionários da UESA] está se estendendo a outras localidades por meio das Enfermeiras Graduadas que já estão presentes em vários pontos do Brasil”. Escreveu ainda sobre a estratégia do Dr. Fanstone para saber da influência dos agentes de saúde formados na EEFN: “À medida que cada um sai, sua nova posição é marcada por um alfinete apropriado no mapa na parede do escritório do hospital. Quando um deles se casa, um alfinete de cor diferente marca o feliz acontecimento” (SAVAGE, p. 43).

Enfermeiras como Onara Neves da Silveira e Marysia Alves da Silva trabalharam no Hospital da Base em Brasília. Silveira atuou também no pronto socorro do Hospital das Clínicas

em São Paulo. Marysia Silva atuou em Goiás, na Fundação Hospitalar do Distrito Federal, no centro Integrado de Saúde de Brasília e participou da diretoria Nacional da ABEn (ABEn, 2004).¹⁴² Algumas enfermeiras atuaram na política, como a primeira dama de Goiás e deputada federal Lídia Quinan, dentre outras (GUIMARÃES; ANDRADE, 2005; RIBEIRO et al., 2019).

Savage continuou escrevendo sobre o papel das enfermeiras em outros estados da federação: “a enfermeira Isabel Macintyre de Aracajú é outro caso. Meu avião pousou ali por quinze minutos, e é maravilhoso o quanto pode ser embalado em tão curto espaço de tempo. Ficamos encantados por passar um tempo juntos” (SAVAGE, p. 43). Isabel Colquhoun Macintyre graduou-se na Escócia (1935), fez especialização na Inglaterra e validação do diploma na Escola Ana Nery em 1944. Além de sua atuação em Anápolis no HEG e na EEFN como professora e diretora por 15 anos, atuou também na *Fundação Serviço Especial de Saúde Pública* (FSESP), órgão do Governo Federal. A tarefa principal da enfermeira era implantar escolas de enfermagem nos lugares mais carentes desse serviço no Brasil. De acordo com Fanstone, seu cabelo tornou-se grisalho ao dedicar 20 anos de sua vida a essa tarefa, especialmente em Manaus, Sergipe e Alagoas (FANSTONE, 2017, p. 207).

Isabel, depois de servir no SESP em Brasília, atuou na direção da Escola de Enfermagem de Manaus no período de 1955 a 1958. Também dirigiu a escola de Auxiliares de Enfermagem do Sergipe, em Aracaju. Em 1962, em Maceió, junto com a enfermeira D. Cinira Mattos, reuniu as profissionais do ramo e organizaram a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-AL) além de estabelecer parcerias não governamentais nos Estados Unidos com o *Corpos de Paz e o Navio SS HOPE*,¹⁴³ dentre outras. A parceria com a SS HOPE foi fundamental para estabelecer a graduação em enfermagem na Universidade Federal de Alagoas. Isa “promoveu o fechamento de escolas ilegais, propôs e foi acatada na criação do quadro de enfermeiras da secretaria estadual de saúde, promoveu a divulgação da profissão nas escolas de educação municipal, nas instituições, abrindo espaços para que jovens buscassem o curso” (SILVA et al., 2015, p. 313).

Isabel Macintyre facilitou o trânsito na sociedade alagoana especialmente na política e na saúde, “conseguindo assim os contatos e condições de organizar o levantamento do pessoal de Enfermagem” e, depois de criado o grupo, fazer “que a ABEn-AL garantisse um lugar notável na sociedade alagoana” (SILVA et al., 2015, p. 31). Macintyre foi presidente da ABEn-

¹⁴² Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem - Brasília, 2004.

¹⁴³ Sigla para: SteamShip Health Opportunity for People Everywhere, em português: Oportunidade de Saúde para pessoas em todos os lugares através do Navio Steam.

AL a partir da 1963, organizou o quadro de enfermeiras estruturando a categoria no estado, abriu vagas em convênio com o Ministério da Saúde ou FSESP, além dos concursos e a expansão do quantitativo de enfermeiras no estado (SILVA et al., 2015).

Outros estados da Federação, inclusive outras nações, receberam pessoas formadas na EEFN. O Jornal Folha de Goiaz (1957), na matéria “Anápolis entrega mais 17 enfermeiras para o mundo”, registrou que escola de Enfermagem entregou “140 enfermeiras para o mundo” estando as formandas daquele ano no Piauí, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Goiás, São Paulo, Bahia, Mato Grosso, Amazonas e Pernambuco. Jean Tipple encontrava-se em Porto Rico. No Jornal Folha de Goiaz (1957), Acary Salvado de Lima é mencionada como estando nos Estados Unidos, Jean Kirkwook, na Inglaterra e Dorcas, na Suíça.

4.9 Considerações gerais

Alguns escritores e historiadores ecoaram a visão de Anápolis como centro irradiador da Medicina Missionária Pioneira para o estado e em parte para a nação. A começar pela própria influência no município. De acordo com Silva, “a chegada do protestantismo à cidade de Anápolis associa-se dessa forma a um gradativo movimento de institucionalização da saúde no município” (SILVA, 2014, p. 88). Para Forsyth (1942)¹⁴⁴ a cidade tornou-se “um oásis numa terra deserta”. De acordo com Moraes (2012): “Fanstone, com sua clínica de cirurgia geral e obstetrícia, fez de Anápolis a Meca da Medicina de Goiás” (MORAES, 2012). “Anápolis é o centro nervoso vital” escreveu Savage (CSWC51/16/1/40, p. 40). “Annapolis sob o ponto de vista clínico e cirúrgico é sem dúvida alguma a princesa de Goyaz”, ficou registrado no jornal o Annapolis (O ANNAPOLIS, 1935, p. 3).

Somente “na década de 1950, Goiânia assumiria a liderança médica no Estado” (MORAES, 2012, p. 137, 142). Para Kropf, a doença de Chagas “(...) constituiu um elemento importante para a institucionalização da medicina em outros espaços sociais e geográficos do país (...)” (KROPF, 2006, p. 435) culminando na fundação de diversas faculdades de medicina no Brasil Central, entre elas a Faculdade de Medicina de Uberaba e a própria Faculdade de Medicina de Goiás (VIEIRA, 2009, p. 6). Contudo, até que esse momento chegasse, Anápolis e o HEG em particular era procurado pelos pioneiros da capital (MORAES, 2012). Além do que “Genserico Gonzaga Jaime, também em Anápolis, fundou a primeira clínica cirúrgica de doenças dos olhos [...]” (MORAES, 2012, p. 137,142). Nos documentos da UESA, ficou

¹⁴⁴ Carta a Mrs. Fanstone, Hassocks, Sussex. Hospital Evangelico, Annapolis, Est. De Goiás. 27 de July 1942. p. 2.

registrado que a cidade é “o canteiro de sementes do qual cristãos equipados estão sendo transplantados por todo o estado e além, tanto homens quanto mulheres” (CSWC51/7/3/27, p. 13). Por isso, a cidade tem sido chamada “a capital missionária do estado de Goiás” (TILLORSON, 1969, p. 31).

Desta forma, os missionários radicados em Anápolis ou inspirados no que ali se processava, atuaram em certa medida como missionários pioneiros nas cidades onde moraram atendendo pessoas dos municípios ao redor e, por vezes, criando instituições para formar profissionais da saúde. Destacam-se, nesse caso, o Dr. James Fanstone e Gerald Golden em Anápolis; as enfermeiras Baird Fanstone, Mary Hamilton, Esther Blowers, Doris Wilson, Ruth Nevile, Berdie Jennings, Rute Virgo, Alice Galar, Isabel Macintyre, Josina, Benedita, Clarice, Maria Cândida, Maria Oliveira em Anápolis e outras cidades do Brasil; o Dr. Jair Dinoah e Domingos Mendes da Silva na Colônia Agrícola Nacional de Goiás (CANG); a enfermeira Helena Bernard em Catalão; a Dra. Rettie Wilding, Esther Blowers, na Ilha do Bananal e depois em Anápolis; o Dr. Donald Gordon e Beatriz Lenington, dentre outras, em Rio Verde-GO; o Dr. Newton Wiederhecker, Maria Cândida e Felismina em Goiânia. Todos estes tiveram contato e foram, em certa medida, influenciados pelo MMP com o Dr. Fanstone.

Quanto aos profissionais da medicina científica: Dr. Fanstone, Dra Rettie, Dr. Jair Dinoah, Dr. Donald Gordon, Helena Bernard e Isabel Macintyre, é possível perceber características do médico missionário pioneiro em suas vidas e atuação. Primeiro, pelo valor que davam as relações no atendimento direto a população independentemente de ter ou não o retorno financeiro, ao invés de deixar a função por questões políticas ou comerciais; quanto a formação e ações, eram interdisciplinares, com conhecimento de teologia, medicina científica, educação e a experiência internacional, além do intercâmbio com profissionais de diferentes países visando atenderem a população; no quesito atuação e demandas sociais, eram proativos, pioneiros e reformistas, iniciando hospitais, dispensários, clínicas, leprosários, atendendo nas casa, escolas, educandários e igrejas. As instituições por eles iniciadas abrangiam à saúde, educação, transformação social e espiritualidade.¹⁴⁵ Para isso, eles adquiriam instrumentos e materiais, utilizados somente nas grandes capitais do país, visando um melhor atendimento dos pacientes no sertão.

Quanto ao trabalho, encaravam-no como uma vocação, ou seja, antes do retorno financeiro ou reconhecimento social, a ação social com respeito aos valores tinham a ver com Deus, com o próximo e consigo mesmo; quanto às relações, atuavam junto a líderes municipais,

¹⁴⁵ Sem contar as escolas agrícolas que ofereciam um conhecimento técnico, que possibilitava diferentes cultivos e melhor alimentação a população, além da criação de gráficas e incentivo o incentivo a literatura.

estaduais, federais e de instituições internacionais, visando iniciar trabalhos pioneiros, certificar suas instituições ou fazer parcerias, adquirir propriedades, dentre outras; quanto à consciência, eles eram autoconscientes de quem eram, onde estavam e o que deveriam fazer a partir do seu lugar; quanto aos enfrentamentos, às dificuldades locais, aos confrontos de ideias e ideais e à própria fé, eram resilientes; e quanto à gestão e continuidade do seu trabalho, formavam pessoas, criavam instituições e atuavam de forma que as ações continuassem e se expandissem, mesmo quando eles parassem de atuar. Ainda que os missionários apresentados acima não tenham todas essas características, a maioria delas podem ser vistas neles, o que os tipifica como Médicos Missionários Pioneiros.

Algumas instituições, como os leprosários, encerraram seu trabalho em 1943, por imposição do governo. Além desse fator, como pontuou Ferreira (2008), o modelo protestante de filantropia que se deu em Goiás e em outros estados, por exemplo, trazia consigo a ideia do progresso aliado ao estrangeiro. Com o tempo, o olhar positivo para essas ações foi mudando para uma visão negativa, a das elites, que traziam uma concepção de modernidade e que buscavam e valorizavam respostas locais.

Além do mais, “nenhuma referência a este trabalho seria completa sem a menção da Sra. Fanstone [...] Sua casa está sempre aberta e raramente sem visitantes, e seu ânimo alegre diante de dificuldades infinitas em sua inspiração, não apenas para seu marido,” mas também para “o grupo de enfermeiras esplêndidas que compõem a equipe do hospital” (CSWC51/12/2/4. MACNAIN, 1935. p. 24). Outros médicos missionários que não foram analisados neste trabalho, mas atuaram no Brasil com a medicina missionária pioneira foram: o Dr. Walter Welcome Wood e o Dr. Kenneth Waddel na Bahia; William Butler em Canhotinho; o Dr. Hugh Clarence Tucker (1857-1956) no Rio de Janeiro com a fundação do Hospital dos Estrangeiros e do Hospital Evangélico (GONÇALVES, 2011, p. 66). Nesses, temos o exemplo, em alguma medida, da Medicina Missionária Pioneira. Estes profissionais da medicina científica, apesar da excelente formação e oportunidades em suas pátrias, eles se instalaram e viveram buscavam soluções para os problemas enfrentados nas regiões interioranas, desde a precariedade no tratamento da saúde da população abandonada pelos poderes públicos, as sérias questões do início do século XX, até aqueles outros problemas que ainda persistiam na década de 1940.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos a pesquisa em 2017, dois anos depois, nos encontramos num contexto da pandemia da Doença pelo Coronavírus de 2019 (Covid-19). Uma situação inesperada e complexa para a humanidade, sobre todos os aspectos. Nesse sentido, o estudo da medicina missionária pioneira mais uma vez torna-se premente devido ao seu caráter, sua natureza e seus propósitos. Especialmente porque sua meta era chegar nos lugares inacessíveis aos sistemas de saúde dos diversos países, atender as pessoas com menor possibilidade de encontrar apoio médicos científico e capacitar os nativos com a formação na medicina científica possibilitando os enfrentamentos próprios do local.

Desta forma, ao concluir a pesquisa com a temática a *Medicina Missionária Pioneira e o Papel da União Evangelica Sul-Americana (UESA) em Goiás, na primeira metade do século XX*, foi possível retomar questões levantadas na elaboração do estudo e ao longo da análise. Esta retomada se deu na perspectiva do reconhecimento histórico do contexto, formação e atuação do Médico Missionário Pioneiro (MMP); da Conferência Missionária Mundial em Edimburgo (CMME), e sua visão sobre a medicina aplicada as missões; do surgimento da UESA; da análise das ações e instituições criadas por estes médicos e da multiplicação das instituições da medicina científica, formação de pessoal e ações em Goiás na primeira metade do século XX.

A análise, fundamentada na sociologia compreensiva weberiana, pressupõe uma ação racional baseada em valores que fornecem a racionalização ética para a conduta da vida, tendo como raiz a fé cristã protestante, com ênfase no grupo denominado dissidente. Assim, é notório que as reflexões e o sentido do agir do MMP são motivados por princípios e valores independente dos fins que se alcancem ao vivenciá-los. Por esse motivo, estes médicos e enfermeiras eram dirigidos por um *ethos* que os levavam a atuar em regiões carentes de diversos recursos e resilientemente permanecerem nas suas respectivas profissões, encarando-as como vocação. Essa postura teve um viés diferente daquele vivenciado por muitos médicos em Goiás, pois estes deixavam a medicina para atuar em outras áreas, como a advocacia, política, dentre outras. Com isto, de maneira nenhuma propõe-se que os médicos em Goiás não eram relevantes em suas funções e que não utilizaram da política para melhorar o saneamento no estado. Também não se propõe que os missionários eram pessoas apolíticas, até porque, os mesmos cooperaram com o saneamento no estado, contudo, os MMP eram profissionais que

trabalhavam para sanar os problemas mais imediatos; gerar uma cultura de transformação local; empoderar os locais para dar continuidade as ações na área da saúde e comunicar o Evangelho. Nesse sentido, a expressão recorrente na literatura médica missionária era “curar as dores do corpo e da alma” (HARDIMAN, 2006).

A importância e ineditismo da tese se dá pela pesquisa histórica no âmbito da saúde e das doenças através dos agentes de saúde da União Evangélica Sul-Americana, em Goiás, no início do século XX. A especificidade do estudo acontece porque, mesmo que tenha acontecido um avanço, há uma carência de estudos da história da saúde e das doenças no sertão. Quanto ao estudo da medicina missionária protestante, a falta é ainda maior, constatação semelhante se revela mesmo em países com matriz protestante. A pesquisa no âmbito da cura do corpo e salvação da alma, necessita de estudos, em diversas partes do mundo, até porque para estudá-las é preciso partir de relatos de pessoas comuns, tendo com fonte um vasto arquivo, inclusive com muitos registros da perspectiva feminina. Assim, no meio acadêmico brasileiro, até onde se conhece inexistente pesquisa sobre a UESA, especialmente sobre o ethos de seus agentes de saúde.

Pautados nos objetivos da pesquisa, postulamos possíveis respostas as questões levantadas no decorrer do trabalho, que careciam ser explorados através de uma pesquisa específica, resumindo-as aqui. O problema central era reconhecer o *ethos* do MMP e caracteriza-lo a partir de alguns valores centrais vivenciados pelos agentes de saúde no século XIX, traçando um modelo que os identifica. E ainda, qual a importância da Escócia nesse processo.

No primeiro capítulo foi possível constatar o ambiente direcionador da trajetória de vida de médicos missionários que atuaram no século XIX. Dentre eles estão inclusos a evolução da medicina científica; o desenvolvimento do conceito de saúde pública; as relações destes médicos com diferentes nações e a crescente força do movimento protestante, especialmente das igrejas dissidentes, ou seja, aquelas que não estavam sob a tutela do estado. Esse conjunto de fatores gerou um tipo de *ethos* que os diferenciou dos demais médicos e mesmo de outros médicos missionários.

O mapeamento do ethos se deu ao analisar sete diferentes médicos e uma médica, recorrentemente citados na literatura missionária, a saber: John Scudder, Peter Parker, Peter D. Handyside, David Livingstone, Robert Keid Kalley, James Hudson Taylor, George E. Post e Clara A. Swain. Suas atuações aconteceram em diferentes regiões do mundo, respectivamente, na Ásia, África, Europa e América Latina. Não obstante as diferenças culturais, necessidades locais e enfrentamentos, percebe-se características centrais na trajetória de vida dos mesmos.

Seus valores ficaram evidentes através da ênfase nos relacionamentos como algo central em suas vidas; na atuação social pioneira e proativa; no trabalho encarado como vocação; nas reformas sociais; nas ações interdisciplinares; na autoconsciência de suas atuações; na resiliência e atuação procurando formar locais visando dar continuidade ao trabalho.

A evolução histórica da especificidade dos MMP se deu a partir da segunda metade do século XIX tendo grande influência da Escócia, não só porque a maior Conferência Missionária Protestante aconteceu em Edimburgo, em 1910. Fato é que a institucionalização da medicina missionária protestante aconteceu, em grande medida na Escócia e não pode ser negligenciada. Dentre os fatores que deu a preeminência ao país nesse quesito encontram-se: a chegada do cristianismo na região, a reforma protestante, o pioneirismo e distinção na formação médica e o surgimento da sociedade médica missionária daquele país.

Primeiro, o pioneirismo escocês impulsionado pela fé. O cristianismo chegou à região, no século VI e junto com o mesmo, nos séculos seguintes foram implantadas escolas e hospitais destacando-se um em St. Andrews (1144) e outro no norte de Berwick (1154). Até os anos 1400, cerca de 60 hospitais foram fundados atendendo leprosos, servindo a comunidade e acolhendo os viajantes. Em 1505, o Rei James IV (1473-1513), patrono das artes e da medicina, criou o *Royal College of Surgeons Edinburgh* (RCSEd), a mais antiga instituição da área, no mundo.

Segundo, houve a implantação definitiva da Reforma Protestante (1560) no país, encabeçada pelo teólogo John Knox. E com o movimento alguns princípios, especialmente, o conceito de vocação, o papel do leigo na missão e a educação pública e gratuita foram implantadas preparando cidadãos tanto para o serviço público do estado bem como para a igreja. Posteriormente, no século XIX, aconteceu a *Disruption*, movimento que gerou a *Free Church of Scotland* (1843) a partir da Igreja da Escócia. Os missionários da igreja oficial procuraram atuar a partir da nova igreja, não estatal, tendo mais liberdade e dando um novo impulso no movimento.

Terceiro. A formação médica nas universidades escocesas, especialmente em Edimburgo era melhor, economicamente acessível, não sectária e mais contextualizada do que Oxford e Cambridge. Os dissidentes na Inglaterra, por exemplo, ainda em 1820, sofriam com as imposições do Anglicanismo que controlava os ritos de nascimento, casamento, morte e aceitação nas universidades. Como os médicos graduados na Escócia eram excluídos da *Fellowship of the College of Physicians* e alijados de cargos públicos, juntamente com dissidentes ingleses, eles atuaram para a criação da Universidade de Londres, instituição onde

médicos pioneiros que atuaram em Goiás como o Dr. James Fanstone e Gerald Golden foram formados.

Em quarto lugar, sendo este, o fator mais importante e revelador desta pesquisa, a criação e multiplicação das Sociedades Médicas Missionárias foram herdeiras imediatas do movimento protagonizado pela fundação da *Edinburgh Medical Missionary Society* (EMMS), a primeira da Europa, em 1841. Desse modo, outras organizações de apoio missionário ocidental replicaram suas metodologias visando recrutar e formar missionários médicos e agentes de saúde, alavancando o fenômeno ocorrido na segunda metade do século XIX e início do XX. As ações da EMMS foram multiplicadas com dispensários, hospitais e instituições filantrópicas, majoritariamente lideradas por leigos. Em cada atuação missionária, a entidade insistia que houvesse um médico. As sociedades médicas missionárias foram surgindo a partir de 1850, em Edimburgo, Glasgow, Aberdeen, Paris, Liverpool; Londres; Stuttgart; depois na América do Norte, Ásia, África e Oceania. Cada missão possuía no mínimo um dispensário ou hospital.

O trabalho médico missionário Católico Romano continuou conforme acentua Duff: “a Igreja Católica Romana também era muito ativa no campo missionário, mas sua abordagem era fundamentalmente diferente de todas as outras, contando com várias ordens religiosas de Jesuítas, Irmãos Hospitaleiros e Irmãs de Enfermagem para levar adiante suas crenças.” E mesmo considerando que muitos desses agentes, parte das irmandades estivessem preparados para “aplicar medicamentos, geralmente só podiam oferecer cuidados paliativos aos doentes e só no final do século XIX o uso de pessoal médico totalmente formado dentro das missões católicas romanas se tornou tão prevalente quanto que dentro de suas contrapartes protestantes” (DUFF, 2010, p. 5).

Por fim, devido a esses fatores, e ao pioneirismo escocês nas missões cristãs, Edimburgo foi escolhida para sediar a Conferência Missionária Mundial (CMME) em 1910. Quando a CMME foi realizada, o ethos da MMP já havia se consolidado.

Uma segunda questão levantada na pesquisa: qual o contexto político, social e sanitário de Goiás quando a União Evangélica Sul-Americana foi formada e, portanto, receberia as ações da Medicina Missionária Pioneira? Quais instituições de saúde funcionaram na região até a chegada dos médicos missionários pioneiros? Através da pesquisa percebe-se que próximo ao período da emancipação da capitania de Goiás, da capitania de São Paulo, foi iniciado o Hospital Real Militar na região. Entretanto, com ação limitada no quesito cuidado com a saúde da população, algo comum nas diversas regiões do país. A situação no século XIX não mudou muito no quesito saúde pública em Goiás. Com a abertura do Hospital São Pedro de Alcântara

(1825) e a botica ao lado do mesmo, o Hospital Real Militar encerrou suas atividades. A região foi vista por alguns historiadores da segunda metade do século XIX e início do XX, como espaço de decadência econômica e sanitária, enquanto outros a analisaram como uma região movendo-se no seu próprio ritmo, com melhoras após o advento da República.

Dos anos 1880 até a década de 1920, quando os missionários pioneiros começaram a chegar à região, antecedendo os MMP, Goiás era formada por arraiais e vilas sem definição em termos econômicos. Contudo, em relação a Primeira República, o desenvolvimento em Goiás foi muito superior ao período, mas insuficiente para os olhares que o comparavam a dinâmica econômica e social do Centro-Sul do Brasil. Assim, não se pode caracterizar a região como atrasado ou decadente, mas seguindo o seu próprio ritmo. Na década de 1920, no quesito instituição de promoção da saúde, havia o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara e quanto aos espaços de saúde pública, a botica anexa HCSPA; o leprosário na cidade de Goiás e o cemitério, ambos geridos pelo HCSPA; um leprosário em Pirenópolis e o Asilo São Vicente de Paula. Todos mantidos por caridade e com poucas subvenções governamentais, quando estes eram repassados. Anos antes foi iniciada a Diretoria do Serviço Sanitário de Goiás (1909).

As instituições para formação na área da saúde inexistiam na região. As primeiras instituições na área se deram temporariamente entre 1922 e 1931 com a Escola de Pharmacia e Odontologia de Goyaz. No período formaram cerca de 90 profissionais. Com exceção das escolas de enfermagem iniciadas pelos MMP em Anápolis (1933) e Rio Verde (1937), a próxima escola de formação na área só funcionaria em 1945.¹⁴⁶

Quanto as doenças mais comuns na região, foi possível contabilizar cerca de cinquenta diferentes tipos, como: morfeia, malária, elefantíase, raquitismo, idiotismo, caxumba, sífilis, hepatite, sarampo, sarna, bócio, verminose, bicho-de-pé, leishmaniose, hidropisia, bouba, doenças de chagas, varíola, mielite, oftalmia, resfriados, reumatismo, dispepsia, sarcocele, hipertrofia do coração, pênfigo, dentre outras. Como o tratamento oferecido pelos poucos médicos implicava no alto preço das consultas; o desconhecimento da etiologia das doenças; o linguajar pouco inteligível aos pacientes; o custo da medicação mais caros, e por vezes, os produtos indicados inacessíveis, somado as poucas instituições de saúde na região, levavam a população a procurar pelos raizeiros, curandeiros, boticários e religiosos, os práticos. O tratamento era realizado através de um saber híbrido advindo da própria América, da África,

¹⁴⁶ Em 12 de outubro de 1945 foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Goiás, autorizada a funcionar em 12 de dezembro de 1947. Em 1960 a referida escola foi incorporada a Universidade Federal de Goiás como Faculdade de Odontologia (FO/UFG), com sede em Goiânia, separando-se da Faculdade de Farmácia pela Lei 5.207 de janeiro de 1967. Disponível em: <<https://odonto.ufg.br/p/18655-historia>>. Acesso em 20 jan. 2021.

Europa e Ásia, utilizando-se da auto-inoculação, quinina, ervas medicinais, sangria, vômitos, purgantes, óleo de louro, emplasto, variolização, amuletos, licor de Tayuyá, xarope de grindela, ferruginoso de Mora Júnior, canivetes e facas, excremento de baratas, osso da ave inhuam e rituais religiosos, dentre outros.

Além dos fatores apresentados, grande parte dos poucos médicos e cirurgiões com formação científica na região, acabavam por deixar suas funções, parcial ou totalmente para atuar em áreas como a política, o comércio, a advocacia e a agropecuária. Os missionários católicos ou protestantes atuando em Goiás, antes de 1920, buscavam servir a população nas questões de saúde, tendo eles pouca ou nenhuma formação científica na área. Dentre eles, aqueles ligados a UESA citamos William Cook, Frederick Charles e Fanny Crawley Glass; Bryce W. e Elizabeth Ranken, Archibald e Margarida Russel Macintyre e Archibald e Bonina Tipple. A situação da saúde pública em Goiás era propícia para a recepção dos agentes de saúde da Medicina Missionária Pioneira.

Enquanto Goiás, no início do século XX, possuía um ambiente carente de implantação, consolidação e multiplicação dos cuidados com a saúde, em Edimburgo, acontecia a maior Conferência Missionária Mundial do Protestantismo (CMME) em 1910. Um ano depois nasceria a União Evangélica Sul-Americana (UESA). Daqui decorre a terceira questão a ser respondida. Qual foi a ênfase da CMME na Medicina Missionária e qual foi a sua relação com a UESA? Pelos relatórios da CMME percebeu-se que, no início do século XX, o ethos da MMP estava consolidado, contudo o tema não esteve entre os assuntos principais da Conferência. Ainda assim, a medicina missionária foi enfatizada através dos encontros ao perceber que esta estava enraizada no ministério de Jesus Cristo; que a mesma era essencial para as missões; além de apresentar as diretrizes para a formação adequada, dos diferentes agentes de saúde que atuariam onde não houvesse profissionais qualificados. Os relatórios norteariam as agências missionárias e missionários nos anos posteriores. Houve participação de médicos representando diversas missões atuando em diferentes regiões do mundo, no entanto, faltou representatividade de países do sul e, por sua vez, da América Latina, esta considerada cristianizada.

Sendo a América Latina considerada cristianizada pela liderança da CMME, participantes da conferência como George C. Morgan, Stuart Holden e Henry Guinness por atuarem ou conhecerem a região, discordaram da decisão. Assim as três missões atuando na Argentina, Peru e Brasil se uniram formando a União Evangelica Sul-Americana (UESA), considerando a América Latina o “maior campo missionário da terra”. Dos diversos trabalhos desenvolvidos nos três países, Anápolis, a partir de 1920, tornou-se um centro irradiador da

MMP, influenciando o trabalho com agentes de saúde em algumas cidades de Goiás nas décadas de 1930 e 1940. Desta forma, a CMME tratou de forma consistente a relação entre medicina e missões e ainda que por efeito reverso, ela foi o estopim para o nascimento da UESA.

Para atingir os demais objetivos da pesquisa foram estudados parte da documentação da coleção especial do Centro para o Estudo do Cristianismo no Mundo, da Universidade de Edimburgo, Escócia. Ademais dos documentos citados a coleção contém extensas séries de periódicos, livros, fotos, panfletos, relatórios, dentre outras produções da missão dos séculos XIX e XX. São 67 caixas de material em papel, 8 álbuns de slides e fotografias de 35 mm, 7 caixas de lâminas de 35 mm e negativos de placa de vidro, 4 caixas de cassetes de áudio, 4 cinefilmes, 1 caixa de filmagens de 35 mm, 33 CDs de áudio, 12 bobinas para bobinar fitas de áudio, 77 livros, 85 volumes periódicos e 108 questões periódicas.¹⁴⁷ Um material que enseja análise e pesquisas em diversas vertentes, a partir da relação dos dois continentes e no mínimo quatro nações, buscando entender o importante papel da EUSA e a sua atuação na medicina científica no Brasil Central, dentre outras regiões, focada no caráter confessional de seus agentes.

Através da documentação retro apresentada foi possível analisar os agentes de saúde da UESA, atuando entre 1911 e 1943, em Goiás, a partir do ethos do MMP. Ficou evidente que a cidade de Anápolis se tornou um centro irradiador da medicina missionária. A sociologia compreensiva weberiana possibilitou o exame do caráter subjetivo das intenções dos agentes de saúde. Sendo o estudo pautado na tipologia, o pesquisador ficou livre de cair na armadilha de sua subjetividade. Desta forma, averiguou-se que o personagem central no trabalho analisado foi o Dr. James Fanstone, médico missionário influenciado pelo Dr. Robert Kalley, o pioneiro a atuar como médico missionário no Brasil. As características estabelecidas pelo ethos da MMP no primeiro capítulo foram perceptíveis na trajetória de vida do Dr. Fanstone, em especial seu caráter relacional, pioneiro, holístico, interdisciplinar, diplomático, e com responsabilidade social com o mais pobre.

Primeiro por seu caráter relacional, seja no ambiente familiar, na sua formação e participação em diversas sociedades ou ainda em sua casa, na cidade de Anápolis, onde pessoas das mais diferentes posições sociais e lugares eram recebidas. Sua formação generalista ficou patente pela formação em música e na marcenaria, ainda na infância. Depois com a graduação em medicina, a experiência da Guerra, as pós graduações em doenças tropicais e higiene, além

¹⁴⁷A documentação pesquisada encontra-se no *Centre for the study of world Christianity, University of Edinburgh*. Disponível em: <<https://archiveshub.jisc.ac.uk/data/gb3189-cswc51/cswc51/7>>. Acesso em dez. 2020.

da formação em teologia. Sua atuação social proativa e reformista foi marcante. Nesse sentido, o interior de Goiás do final do século XIX e início de XX, descrito como espaço com poucos recursos, especialmente na área da saúde, foi propício para a atuação do médico.

Com seu “gene pioneiro”, Fanstone iniciou a segunda casa de saúde, em funcionamento a época, começou a quarta escola de enfermagem do país, e a primeira em Goiás. Participou ainda, com sua esposa Daisy Fanstone da fundação do Instituto de Ciências e Letras de Anápolis, do Colégio Couto Magalhães e da Associação Educativa Evangélica. Essas ações geraram continuidade do trabalho e multiplicação de agentes de saúde para o atendimento da população. Algo semelhante ao que aconteceu com médicos missionários na China, região onde houve grande influxo do MMP.

Quanto ao Dr. Fanstone, havia ainda a ação interdisciplinar e proativa, no início do tratamento de leprosos em Anápolis, na criação da clínica para os pobres, de instituições ligados a educação e do início da igreja protestante. Para a continuidade da formação de profissionais da saúde foi necessária a construção de um prédio, que se tornou o maior do estado a época, com a instalação do primeiro elevador, o primeiro raio-x, a represa que veio a abastecer a cidade, dentre outras ações pioneiras. Todas elas eram frutos do trabalho encarado como vocação, algo realizado para o bem do próximo e para a “glória de Deus” (FANSTONE, 2017, p. 69).

As relações “diplomáticas” se deram através do contato com médicos de outros países; recebendo políticos nas inaugurações das instituições por ele iniciadas e na graduação de profissionais da enfermagem; na visita de governadores do estado e estadistas internacionais; sendo procurado por líderes estaduais para fazer diagnósticos da saúde, como se deu na Colônia Agrícola de Goiás e ao contatar o Presidente da República para validar o curso da Escola de Enfermagem. Havia ainda a autoconsciência e os enfrentamentos locais, sociais e relacionais que eram encarados com caráter resiliente e senso de mordomia. Poucos médicos escolhiam regiões semelhantes para atuar e destes a grande maioria se desviava de sua profissão atuando em outras áreas. Assim é possível colocar o Dr. James Fanstone no rol dos Médicos Missionários Pioneiros.

Ao lado do Dr. James Fanstone foi possível perceber as características da MMP na vida da Dra Rettie Buchan Wilding, da enfermeira Helena Bernard e Isabel Colquhun Macintyre, por exemplo. Ainda que estas não possuíssem tantas características do ethos da MMP como do pioneiro em Anápolis, mesmo assim, os distintivos das mesmas colocam-nas no rol da MMP. Ressaltando-se ainda que a médica e as duas enfermeiras tiveram forte influência do Dr.

Fanstone. Suas atuações se deram respectivamente em Anápolis, na Ilha do Bananal, em Catalão, em Manaus, Sergipe e Alagoas.

A Dra Rettie, por exemplo, sentiu-se vocacionada desde os oito anos de idade, teve formação na medicina científica na universidade de Glasgow, clinicou por três anos no hospital da cidade e mais três em sua clínica particular. Em seguida, passou alguns meses na Índia com a médica missionária pioneira Edith Brow. Em 1930 a médica chegou à Ilha do Bananal onde permaneceu até 1937. Havia uma equipe da UESA atuando na região desde 1925 com os missionários que atendiam os doentes, sendo os primeiros Josiah Wilding e Archibald Macintyre. Além destes, William Cook, Marvin e Ethel Ganton, John e Marion Kirkwood, Esther Blower, Eunice e Berdie Jennings atuaram no local por um pequeno período.

Os missionários cuidavam da saúde da população local em Macaúbas, inclusive dos leprosos, considerado “o primeiro leprosário filantrópico em Goiás”. Com a chegada da Dr. Rettie o atendimento foi ampliado, portadores da hanseníase vinham de um raio de 600 quilômetros para serem tratados. Na missão, além da colônia para hanseníase foi estruturado uma escola-internato com dois dormitórios, adaptação da casa para hospital e ampliação de dois quartos, ademais dos já existentes. As doenças e dificuldades registradas por Rettie e que grassavam na região eram, a malária, desintéria, epidemias de gripe, sarampo e varíola, tumores, lepra, catarata e aquelas decorrentes dos ferimentos diversos, dentre outros. Suas ações se davam realizando partos, combate a verminose, extração de dentes e moléstias; as cirurgias eram realizadas no hospital, debaixo de árvore, nas praias, ao ar livre e a noite onde a médica amputou pernas e braços e suturou muito cortes com uso de anestesia, clorofórmio, curativos, estetoscópio dentre outros.

Ademais as características já apontadas como senso de vocação, excelente formação em medicina científica, boas e extensas relações e oportunidades em sua terra natal, Rettie optou por uma das regiões mais inacessíveis do sertão de Goiás, a época. O que revela sua resiliência em permanecer num local de difícil acesso, distante das cidades com melhor infraestrutura e recursos, enfrentando oposição em meio a perda do esposo depois de 2 meses de casada. A médica missionária foi pioneira e reformista, atuou ainda na escola, no hospital e na igreja desenvolvendo relações com prefeitos e líderes das cidades vizinhas onde atendia, com o governo estadual obtendo licença para atuar como única médica nas imediações do Rio Araguaia. Percebe-se a interculturalidade na relação com pelo menos duas etnias indígenas e os sertanejos. A missão atendeu centenas de pessoas chegando a ter mais de 150 delas entre enfermos, estudantes e leprosos vivendo com os missionários.

Depois de atuar sete anos na Ilha do Bananal com atendimento esporádico nas cidades vizinhas, a UESA solicitou que a médica deixasse o trabalho transferindo-se para o Hospital Evangélico Goiano em Anápolis, onde trabalhou vinte e dois anos não se limitando a cidade anapolina. Uma pesquisa necessária para aprofundar o entendimento da medicina missionária na região e pretendida por este pesquisador. Rettie foi a primeira médica a atuar em Goiás e a primeira a dedicar-se a anestesia, dentro dos limites da época. Em março de 1960 foi inaugurada uma clínica médica na Ilha do Bananal, dedicada a memória do seu esposo Josiah Wilding.

A influência da medicina missionária exercida pelo Dr. James Fanstone, em maior ou menor grau, não se deu somente em Anápolis, na Ilha do Bananal e em Catalão. Destaca-se neste sentido os médicos e enfermeiras não associados a UESA como o Dr. Donald e Helena Gordon, e Beatriz Lenington em Rio Verde e o Dr. Jair Dinoah Araújo em Ceres e dezenas de enfermeiras formadas em Anápolis.

Somam-se aos agentes de saúde na região, aqueles que apesar de não ter todas as características do Médico Missionário Pioneiro deixaram um legado no trabalho em conjunto com eles. São médicos e enfermeiras como: Geraldo Golden, Gerson Novah, Cristiano Teixeira, Newton Widerecker, Maria Candida Widerecker e Felismina Machado, Domingos Viggiani, Baird Fanstone, Mary Louise Hamilton, Esther Blowers, Doris Wilson, Doris Haslam, Ruth Neville, Berdie Jennings, Ruth Virgo, Alice Gertrude Gallear e as mais 20 enfermeiras formadas na EEFN, dentre as quais, pelo menos, 9 delas tornaram-se professoras na área e outras como Onara Neves Silveira, Marysia Silva, Lídia Quinan que atuaram nos serviços de gestão da saúde do governo municipal, estadual e federal. Há ainda os missionários da UESA sem formação completa na área da saúde, mas com contribuição significativa com os cuidados da população como é o caso de: Archibald Tipple, Archibald e Margarida Macintyre e Josiah Wilding.

Dentre as instituições criadas com caráter filantrópico, encontram-se o Hospital Donald Gordon e a Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul em Rio Verde. Em 1940, haviam 9 enfermeiras formadas, dois médicos e cerca de trinta leitos no hospital e prédio com ambulatórios. Enfermeiras foram enviadas ao Hospital em Dourados, Mato Grosso do Sul; Em Catalão foi criada a Colônia Helena Bernardo, o Dispensário, uma Clínica Médica e uma Farmácia. Com o início da Colônia Santa Marta em Goiânia, os leprosários dirigidos pelos agentes de saúde da UESA encerraram parcial ou totalmente suas atividades.

Além do diagnóstico da Colônia Agrícola Nacional de Goiás, CANG, realizado pelo Dr. James Fanstone foram enviados a colônia, a partir do Hospital Evangélico Goiano, o Dr. Jair Dinoah de Araújo e três enfermeiras para o início do trabalho. O médico coordenou os serviços

médicos na CANG, iniciou e foi diretor do Hospital do Governo, em seguida convidou o médico missionário Dr. Domingos Mendes da Silva que iniciou o Hospital das Clínicas Centro Goiano, o primeiro particular do vale do São Patrício. Quando o primeiro hospital da colônia foi transferido para a Igreja Católica e denominado Hospital São Pio X, o Dr. Jair Dinoah iniciou mais uma instituição particular, o Hospital São Lucas.

Em Goiânia, o Dr. Newton Wiederhecker e a enfermeira Maria Cândida Pereira e depois Felismina Machado, ambas formadas na Escola de Enfermagem Florence Nightingale, iniciaram o Hospital Ebenézer e Maria Pereira atuou em postos de saúde da cidade. Outras enfermeiras da EEFN atuaram na Organização de Saúde do Estado de Goiás. No Conselho Estadual de Saúde, como professora na Universidade Católica de Goiás, na secretaria e na presidência da Associação Brasileira de Enfermagem de Goiás e do Brasil; No hospital de Base em Brasília; no Hospital das Clínicas em São Paulo; no Fundação Hospitalar do Distrito Federal e no centro Integrado de Saúde de Brasília; na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; na direção de enfermagens em Manaus, Sergipe e Alagoas, pelo Governo Federal; além daquelas enviadas a pelo menos dez estados da federação e em pelos menos quatro países fazendo de Anápolis de fato o centro irradiador da MMP para o Brasil. Somente na década de 1950 Goiânia assumiria o protagonismo dos cuidados com a saúde no estado.

Pela análise é perceptível o impacto das ações dos agentes de saúde da UESA. Há época havia ineficiência governamental na saúde pública. Em relação a maioria dos médicos acontecia o desvio da função, com a agravante de haver pouca atratividade de novos profissionais de saúde para o sertão. Florestan Fernandes, discutiu o relato da viagem do médico Júlio Paternostro, ao vale do Rio Tocantins na década de 1930 e tratou da situação enfrentada pelos médicos na região na região: o baixo nível de vida não atrai médicos e a dificuldade de acompanhar o progresso da medicina científica, são fatores que geram deserção da profissão e procura por outros meios de vida (FERNANDES, 1979, p.144-145).

De acordo com Vieira (2009) a citação carrega um estereótipo. Diferentemente “das imagens de atraso, resistência cultural e passividade” inerentes aqueles que optassem por atuar nos sertões do Brasil é perceptível, especialmente a partir da década de 1950, uma “intensa atividade destes profissionais, seu envolvimento com questões que abrangiam todo o país e sua busca por constante atualização na carreira”. E quando se deparavam com “a falta de infraestrutura, pobreza da população ou vida social menos intensa”, ou ainda o “isolamento e da falta de intercâmbio com outras regiões do país, agiam de forma a superar isso” (VIEIRA, 2009, p. 3). Essa percepção pode ser ampliada e antecipada em quase três décadas, visto que, a partir da década de 1920 é possível ver profissionais da medicina científica trabalhando de forma

intensa, em meio a precariedade, para gerar conhecimento, infra-estrutura, intercambio nacional e internacional, formação de profissionais e promoção do conhecimento médico científico no sertão.

Algumas implicações da pesquisa são: Primeiro, na mudança de perspectiva da atuação da medicina missionária. Atualmente, como os governos e organismos internacionais alcançam considerável porcentagem da população mundial com os cuidados relativos à saúde, o papel da medicina missionária tem acontecido, por pequenos períodos, no sentido de atendimento à população carente, bem como instrumentalizando equipes em regiões carentes de uma medicina especializada; Segundo, no registro do importante trabalho desenvolvido pelos médicos envolvidos com a MMP possibilitando conhecimentos de parte significativa da história da medicina e sua contribuição para o bem estar da população e seu desenvolvimento econômico, social e espiritual; Terceiro, inspirando estudantes de medicina, enfermagem e demais cursos na área da saúde, para uma atuação mais humana, holística e menos mercadológica. Especialmente refletindo nas possibilidades de servir pessoas nas regiões mais carentes do mundo; e finalmente, na formação de profissionais de saúde, com visão e ações sustentáveis, especialmente na formação de pessoas em seus próprios locais.

Quanto a pesquisas futuras, dentro da temática, percebe-se a importância da análise da Medicina Missionária na América Latina devido aos trabalhos da União Evangélica Sul-Americana na Argentina e no Peru, especialmente com as missões que vieram a formar a UESA e que pontando estavam na região desde o final do século XIX. A atuação da UESA em outras regiões do Brasil ou mesmo em Goiás, após o ano de 1943. O intercambio de pessoas, medicamentos, tecnologia e instituições entre diversos continentes. Seja com pesquisas a partir da década de 1940 em Anápolis e em diferentes períodos históricos nas cidades de Rio Verde, Catalão, Ceres, Ilha do Bananal, Morrinhos, Dourados, Goiânia e Brasília. Um amplo campo de estudo é a Associação Educativa Evangélica (1947), mantenedora do Centro Universitário de Anápolis, faculdades e colégios em Goiás, também iniciada por missionários da UESA.

Dentre os fundadores da AEE, estão os já citados Archibald Tipple, James e Dayse Fanstone e Newton Wiederheker, todos associados a UESA. A relação da medicina missionária pioneira com o Centro Universitário se dá visto que há vários cursos na área da saúde na instituição, como medicina, odontologia, fisioterapia, farmácia, enfermagem, mestrado em reabilitação humana e também em odontologia, dentre outros.

Finalmente, enquanto no final dos anos de 1950 o estado adotava o slogan: executar a “medicina do possível”, o grupo do Dr. Fanstone e sua equipe, ainda no final de 1920 dizia: “fazíamos o melhor” (MORAES, 2012, p. 144). E o impacto se deu no cuidado com a população

local, na formação de pessoal e na implementação de instituições ligadas a medicina científica que cresceram e se multiplicaram no estado possibilitando a transformação de milhares de pessoas.

FONTES E REFERÊNCIAS

MANUSCRITAS

CENTER for the Study of World Christianity. *Brazil*. Latin Link, cx. 7, pasta 5, doc. 4, p. 22.

ATA da primeira reunião da 4ª sessão ordinária da câmara municipal de Rio Verde, Estado de Goiás, 6 set. 1937.

IMPRESSAS

Cedoch/AEE

COMEMORAÇÃO ao Jubileu da Cidade de Anápolis. *Revista A Cinqüentenária*, Anápolis: Conduarte, edição única, 1957.

FANSTONE, James. *Conquest by Healing*. London: Medical Missionary Association. v. II, n. 3, september, 15, 1930.

FANSTONE, James. *Discussões sobre a quinina: seu uso no tratamento da malária*. São Paulo: Imprensa Methodista, ca. 1924.

SOUTH America. *Eusamerica*, London, v. XIX, n. 9, p. 74-75, july/september 1945.

SOUTH America. *Jubilee 1911-1961*. London, UESA, 1961. p. 17.

Centro para o Estudo do Cristianismo no Mundo, da Universidade de Edimburgo.

CENTER for the Study of World Christianity. *Brazil*. Latin Link, cx. 7, pasta 3, doc. 2, p. 28, 1936.

_____. *Brazil*. Latin Link, cx. 7, pasta 5, doc. 4, p. 22.

_____. *Catalão, E. de Goiaz, 30th April, 1925*. Latin Link, cx. 3, pasta 7, doc. 1.

- _____. Latin Link, cx. 3, pasta 1, doc. 33.
- _____. Latin Link, cx. 5, pasta 1.
- _____. Latin Link, cx. 7, pasta 3, doc. 27.
- _____. Latin Link, cx. 7, pasta 5, p. 13-14.
- _____. Latin Link, cx. 7, pasta 5, doc. 13.
- _____. Latin Link, cx. 12, pasta 2, doc. 4.
- _____. Latin Link, cx. 15, doc. 1-3, v. XV, n. 4, p. 14, 126, 1936.
- _____. Latin Link, cx. 15, doc. 1-3, n. 4, p. 8, 1936.
- _____. Latin Link, cx. 15, doc. 1-3, n. 154, p. 148, 1911.
- _____. Latin Link, cx. 16, pasta 1, doc. 40, p. 14-15.
- _____. Latin Link, cx. 16, pasta 1, doc. 56, p. 19, 37.
- _____. *Minutes of improvised meeting of field of Executive of Evangelical Union of South America*. Latin Link, cx. 3, pasta 7, doc. 1, 1924.
- _____. *Princípio and practice of the Evangelical Union of South America*. Edimburgo, Latin Link, cx. 1, doc. 3, 1933.
- _____. *The neglected Continent*. Latin Link, cx. 23, doc. 4, p. 4, 1913.
- _____. *Twenty one years of the EUSA*. Edimburgo, Latin Link, cx. 15, doc. 1-3, 1912-1933.
- _____. *Twenty one years of the UESA*. Edimburgo, Latin Link, cx. 15, doc. 2, p. 115, 117, 126, 1933.
- _____. *Twenty one years of the UESA*. Latin Link, cx. 15, pasta 2, p. 115, 1933.
- HAMILTON, Mary. *Annapolis, a nurse's diary*. Center for the Study of World Christianity. Edimburgo. Latin Link, cx. 16, pasta 1, doc. 56.
- _____. Center for the Study of World Christianity, Latin Link, cx. 17, pasta 1, doc. 56, p. 25.
- _____. Center for the Study of World Christianity, Latin Link, cx. 7, pasta 5, doc. 4, p. 30.
- MACNAIN, Stuart. Relatório do secretário sobre sua viagem a EUSA Fields na América do Sul, Rev. Stuart McNain. CENTER for the Study of World Christianity, Latin Link, cx. 12, pasta 2, doc. 4, fev./ago. 1935.
- NASCIMENTO, E. F. V. C. *Fontes para a História da Educação: documentos da missão presbiteriana dos Estados Unidos no Brasil*. Maceió: Edufal, 2008.

SAVAGE, CENTER for the Study of World Christianity, Latin Link, cx. 16, pasta 1, doc. 40.

TILLORSON, Mary. *Modern Christian Outreach in Brazil*. Center for the Study of World Christianity. Latin Link, cx. 7, pasta 3, doc. 27, 1969.

EM MEIO DIGITAL

ANUÁRIO Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1939-1941.

ANUÁRIO Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 17, 1956.

CENTRAL Brazil Mission. Minutes of Meeting of the Central Brazil Mission, 1904-1938.

COOK, Willian Azel. *Through the wildernesses of Brazil by horse, canoe and float*. New York: American Tract Society, 1909.

DOWKONTT, Georg D. *Murdered Millions*. New York: The Medical missionary Record. 1894.

DWIGHT, Henry Otis (Ed.) et al. *The Encyclopedia of Missions. Descriptive, Historical, Biographical e Statistical*. New York: Funk & Wagnalls Company, 1904.

FANSTONE, James. *Aventura Missionária no Brasil: a incrível história do hospital de Anápolis tirada das “memórias” de seu fundador, Dr. James Fanstone*. São Paulo: Fonte Editorial. 2017.

GORDON, Gary. Donald Covil Gordon, medical missionary. Disponível em: <http://garydgordon.com/papers/DonaldCovilG.pdf>. Acesso: em 20 out 2020.

LATIN, Memorandum and Articles of Association, 1908-1964. Archives of The Evangelical Union of South America and Latin Link. Centre for the Study of World Christianity, University of Edinburgh. GB 3189 CSWC51/1/1' on the Archives Hub website. Disponível em: <https://archiveshub.jisc.ac.uk/data/gb3189-cswc51/cswc51/1/1>. Acesso em: 18 ago. 2018.

LEPROSÁRIOS de Goiás, *A Informação Goyana [Coleção fac-similar]*, out. 1932, p. 1690.

O Annapolis, Anápolis, 1935-1939.

SCHOOL Committee. *The London School of Tropical Medicine: Report for the year 1899-1900*. Londres: Welcome Library.

SHEPPERSON, George Albert. David Livingstone. Encyclopedia Britannica, 27 abr. 2021. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/David-Livingstone>. Acesso em: 14 maio 2021.

TESTA, Michael Presbyter. *O Apóstolo da Madeira: Dr. Robert Reid Kalley*. Igreja Evangelica Presbiteriana de Portugal. 1963.

TIME Magazine. *Man in White*. New York. Weekly. June 07, 1948.

WORLD MISSIONARY CONFERENCE – WMC. *A brief history of missionary enterprise. Lecture memoranda World Missionary Conference Edinburgh, 1910*. London: Burroughs Wellcome & Co., 1910a.

_____. *The History and Records of the Conference, together with Addresses Delivered at the Evening Meetings*. Edinburgh & London, Oliphant, Anderson & Ferrier, 1910b.

WORLD MISSIONARY CONFERENCE RECORDS – WMCR. *To consider Missionary Problems in relation to the Non-Christian World. The history and records of the conference: together with addresses delivered at the evening meetings*. Edinburgh: Oliphant, Anderson & Ferrier; New York: Fleming H. Revell, 1910.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Carolina Bragança de. Associação Médica de Goiás: emergência de uma instituição produtora de saber médico. In: II SEMINÁRIO DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA, Goiânia: UFG/UCG, set. 2009.

ABREU, Sandra Elaine Aires de. *A instrução primária na província de Goiás no século XIX*. 2006. Tese (Doutorado em Educação, História, Política e Sociedade) – Pontífice Universidade Católica de São Paulo, SP.

AGE, Mônica de Paula Pereira da Silva. *Hospital Real Militar: Saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyas (1746-1827)*. 2014. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História, UFG, Goiânia.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil. 2003. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A INFORMAÇÃO Goyana. Conceição do Araguaia, 10. ed., 1927, p. 80.

AITKEN, J. T; FULLER, H.W.C.; JOHNSON, D. *The influence of Christians in Medicine*. London: Christian Medical Fellowship, 1984.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. Receitas Regionais: a noção de região como um ingrediente da historiografia brasileira ou o regionalismo como modo de preparo historiográfico. XIII Encontro de História, Anpuh-RIO – Identidades, 2008.

ALMEIDA, Carla Berenice Starling de. *Medicina Mestiça: saberes e práticas curativas nas minas setecentistas*. São Paulo: Annablume, 2010.

ALMEIDA, Eliel Martins de. O Problema da Lepra –A Lepra em Goiás XII. CORREIO OFICIAL. AHEGo. Goiânia, 5 out. 1937.

AMBALAVANAR, D. C. *From New Jersey to Pandatherippu: Dr. John Scudder and the First Western Medical Centre in South Asia*. 2017.

AMERICAN MEDICAL BIOGRAPHIES – AMB. *Post, Alfred Charles*. 1920. Disponível em: https://en.wikisource.org/wiki/American_Medical_Biographies/Post,_Alfred_Charles. Acesso em: 10 dez. 2019.

ANDERSON, Gerald H. *Biographical Dictionary of Christian Missions*. USA: Macmillan, 1998.

ANTUNES, J. L. F. *Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: UNESP, 1999.

ARAÚJO, H. C. Souza. A lepra e as organizações anti-leprosas do Brasil em 1936. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 32, n. 1, 1937.

ARAÚJO, J. S. *Perfil do leitor colonial*. Ilhéus: Editus, 1999.

ARAÚJO, Ordália Cristina Gonçalves. *Entre o real e o ideal: a tentativa de protestantização do campo religioso goiano*. In: SERPA, Élio C.; MAGALHÃES, Sônia M. de (orgs.). *História de Goiás: memória e poder*. Goiânia-GO: Ed. da UCG, 2008.

_____. *Os Javaé e o protestantismo: salvação e resistência (1896-1937)*, 2019.

_____. Protestantismo no norte goiano: estudo sobre a viagem de Archibald Macintyre (1920). *Revista de História Regional* 21(2): 644-666, 2016. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ARNALD, David (Ed.). *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Delhi, 1989.

ASKEW, Thomas A. *The 1888 London Centenary Missions Conference: Ecumenical Disappointment or American Missions Coming of Age?* International Bulletin of Missionary Research, Julho 1994.

ASMAR, João. *Páginas Soltas I: fragmentos históricos*. Goiânia: Kelps, 2012.

AUDRIN, J. M. *Entre sertanejos e índios do norte*. Rio de Janeiro: Agir Editora, 1946.

AZEVEDO, Israel Belo de. *As Cruzadas Inacabadas. História da igreja na América Latina*. Rio de Janeiro: Prazer da Palavra, 1980.

AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. Os dilemas de uma tradição científica: ensino superior, ciência e saúde pública no Instituto Oswaldo Cruz, 1908-1953. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2012.

BACKES, Vânia Marli Schuber. O legado histórico do modelo nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 52, n. 2, p. 251-264. abr./jun. 1999.

BAKER, Frances J. *First Women Physicians to the Orient*. Boston: Woman's Foreign Missionary Society Methodist Episcopal Church, 1904.

BAYLY, Paul. *David Livingstone. África's Greatest Explorer: the man, the missionary and the Myth*. England: Fonthill, 2015.

BEAL-PRESTON, Rosie. *The Christian Contribution to Medicine*. History. Triple Helix, 2000. Disponível em: <http://admin.cmf.org.uk/pdf/helix/spr00/11history.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 194.

BÉRIAC, Françoise. *Histoire des lépreux au moyen âge: une société d'exclus*. Paris: Editions Imago, 1988.

BIRKEN, William. *The Dissenting Tradition in English Medicine of the Seventeenth and Eighteenth Centuries*. Medical History, 39, p. 197-218, 1995.

BIRN, Anne-Emanuelle. *O nexo 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.

BLOCH, M. *Apologia da História ou o Ofício de Historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BLUTEAU, Raphael. *Vocabulário português & latino: áulico, anatômico, architectonico*. Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1712 -1728. p. 170. Verbete: bouba.

BODSTEIN, Regina Cele de A. Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 140-149, jun. 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2020.

BOLETIM de Lepra. Serviço Nacional de Lepra, Ministério da Educação e Saúde, 1943.

BORCHERT, Otto. *O Jesus Histórico*. São Paulo: Vida Nova, 1985.

BORGES, Elisabeth Maria de Fátima; CAMELO, Cristiane Nery Alves. Escola de Farmácia e Odontologia de Goyaz: espaço de ensino e memória da cidade de Goiás-GO (1922-1931). *Revista Científica FacMais*, v. V, n. 1. Ano 2016/1º Semestre.

BORGES, Humberto Crispim. *O pacificador do Norte*. Goiânia: Editora do Cerne, 1984.

BOSMIA, Anand N. (et. all). *Benjamin Hobson (1816-1873): His work as a medical missionary and influence on the practice of medicine and knowledge of anatomy in China and Japan*. *Clinica Anat.* Vol 27, 2014, p. 154-161.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perpectivas, 2007.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. *Bertrand Brasil*: Rio de Janeiro, 1998.

BOX, Charles R. (et al). The London Fever Hospital. *British Medical Journal*. 1937.

BRAND, Tylor. *Syrian Protestant College*. *International Encyclopedia of the First World War*. 1914-1918: Online, 2017.

BRASIL, A. Cunha Matos em Goyaz (1823-1826). *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, tomo 96, v. 150, 1924, p. 177-251.

BRITO, Sebastião Mendonça de. Dados Históricos sobre a campanha contra a lepra em Goiaz. *Revista Educação e Saúde*. Goiânia, Secretaria de Estado de Educação e Saúde de Goiaz, Imprensa Oficial, n. 29-30, p. 51-54, ago./set. 1946.

BRIZ, T. Saúde, Saúde Pública e os Determinantes em Saúde – no fio do tempo. In: *História da Saúde e das doenças*. Edições Colibri. C. M. Torres Vedras. Inst. Alexandre Herculano, 2012, p. 165-168.

BROOMHALL, Marshall. *Hudson Taylor: The man who belivied in God*. Edinburgh: R & R Clark. 1929.

BROWNE, Stanley G. *The leprosy mission. A century of service*. *Leprosy Review* 45, 1974, p. 166-169.

BROWN, G. Thompson. *Earthen Vessels and Transcendent Power: American Presbyterians in China, 1837-1952*. Maryknoll, NY: Orbis, 1997.

BURKE, P. *A Revolução Francesa da historiografia: a Escola dos Annales (1929-1989)*. Tradução Nilo Odália. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1991.

CABRAL, Dilma. *Inspetoria Geral de Higiene*, 2016. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/358-inspetoria-geral-de-higiene>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CAIXETA, Vera Lúcia. *A integração nacional pelo saneamento do sertão: Goiás no relatório de Arthur Neiva e Belizário pena (1912)*. *Intellèctus*, ano XV, n. 2, 2016, p. 145-161.

CÂMARA FILHO, Lauro Arruda. *Quem foi Eunice Weaner*. Disponível em: <https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/saiba-quem-foi-eunice-weaver/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

CAMPOS, Francisco Itami. Mudança da capital: uma estratégia de poder. *Cadernos do INDUR*, n. 2. Goiânia, F.Indur, p. 29-39, 1980:.

_____. *Saúde Pública: A medicina e a política*. *Revista de Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology*, 25(2). p. 173-186, jul./dez. 1996.

_____. Serviço de Higiene, origem da saúde pública em Goiás. In: FREITAS, Lena C.B.F. (Org.). *Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999. p. 223-238.

CÂNDIDO, Antônio. O significado de Raízes do Brasil. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CARDOSO, Douglas Nassif. *Robert Reid Kalley: Médico, missionário e profeta*. São Bernardo do Campo: Ultimato, 2001.

CARDOSO, Flávio M. C. B.; GUIMARÃES, Liliane de O. Processo de Formação e Expansão de Cluster: o Caso do Aglomerado de Ceres-GO. REGE, São Paulo – SP, Brasil, v. 18, n. 4, p. 549-568, out./dez. 2011.

CARDOSO, José Luís. *A abertura dos portos do Brasil em 1808: dos factos à doutrina*, *Ler História*, 54, 2008. Disponível em: <http://lerhistoria.revues.org/2342>. DOI: 10.4000/lerhistoria.2342. Acesso em: 3 fev. 2017.

CARVALHO, Heliel Gomes de. Escola de Enfermagem Florence Nightingale. In: RIBEIRO, L. M. P; MATOS, A. S; MENDES, M. *Dicionário de Instituições protestantes no Brasil*. São Paulo: Mackenzie, 2019. p. 157-160.

_____. *James Fanstone: protestantismo, medicina como vocação e legado social na fronteira Goiás na primeira metade do Século XX*. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciência Ambiental) – Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. 3ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASCUDO, L. C. *Dicionário do folclore brasileiro*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1993, p. 486-488.

CASTAÑEDA, Luzia Aurélia. Eugenia e casamento. *História Ciência Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 901-930, set./dez., 2003.

CASTILHO, Denis. A Colônia Agrícola Nacional de Goiás (CANG) e a formação de Ceres-go – Brasil. *Élisée, Rev. Geo. UEG - Goiânia*, v.1, n.1, p.117-139, jan./jun. 2012.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago de; GROSGOQUEL, Ramón. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global/compiladores*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; universidade Javeriana, Instituto Pensar, 2007.

CATÃO, Francisco. *Ética, Educação e Qualidade*. In: MARCÍLIO, Maria Luiza e RAMOS, Ernesto Lopes (Coord.). *Ética na virada do século: busca do sentido da vida*. São Paulo: LTr, 1997.

CAVALCANTE, João Batista. *Uma nuvem pequena como a palma da mão*. Goiânia, Gráfica Ideal e Editora Ltda, 2014.

CFM promove encontro nacional sobre Medicina de Fronteira. *EVENTOS Conselho Federal de Medicina*. Brasília-DF, 21 jun. 2016. Disponível em: https://eventos.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21078&Itemid=572. Acesso em: 3 jun. 2020.

CHALHOUB, S. Machado de Assis e a política emancipacionista. v. 116, 1999. *Anais da Biblioteca Nacional*. Rio de Janeiro, 1999.

CHANG, J. *A reconstructive surgeon's taste in art: Dr. Peter Parker and the Lam Qua oil paintings*. *Ann Plast Surg*. May, 30, 1993. p. 468-474.

CHAPMAN, Deborah Herath. *Florencio Segura: Communicating Quechua Evangelical Theology Via Hymnody in Southern Peru*. 2006. Thesis (Doctor of Philosophy). University of Edinburgh.

_____. *The Development of Evangelical Hermeneutics in Relation to the Church in Latin America*. Dissertation in Partial Fulfillment for the M.A. Degree of the London Bible College, September 1993.

CHAUL, Nars Nagib Fayad. *Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade*. Goiânia: Ed. da UFG, 1997.

CHAVES, S. C. L. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática* (Online). Salvador: EDUFBA, 2016.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. 5. ed. Paris: Casa do Autor, 1878.

CHIAROTTI, Miriam Vanessa de Moraes; SILVA, Sandro Dutra e. *Economia e posicionamento estratégico: fator de desenvolvimento de Anápolis*. Caderno de pesquisas. Museu Histórico de Anápolis “Alderico Borges de Carvalho”, Anápolis, GO, ano 2, n. 2, p. 11, 2010.

COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. São Paulo: Record, 1999.

COLEMAN, R. *A chegada do Avivamento Mundial*. São Paulo: CPAD, 1996.

COSTA, J. H. *Max Weber e a objetividade do conhecimento nas ciências da cultura: um breve guia para o texto A “objetividade” do conhecimento na ciência social e na política (1904)*. *Espaço Revista Acadêmico 2011*; 10(120):175-185.

COWIN, Charles E. *A manual of the Reformed Church in America (1628-1922)*. New York: Board of Publication and Bible-School of the RCA, 1922.

CORWIN, Edward Tanjore. Board of publication of the Reformed church in America, 1902.

CRANE, Sophie Montgomery. *A legacy Remembered*. A center of Medical Missions. Tennessee: Providence House Publishers. 1998.

CRULS, Luiz. *Relatório Cruls: Relatório da Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003.

CUETO Marcos; PALMER, Steven. *Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

CUNHA MATTOS, RJ. *Chonografia histórica da Província de Goyaz*. Goiânia (GO): Lider; 1979 (Reimpressão de 1874 1875).

CUNNINGHAM, A. Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious diseases. In: CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. (Eds.). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

CURADO, Mariana Augusta Fleury. *Rua do Carmo: crônicas e artigos*. Goiânia: Líder, 1961.

CURI, Luciano Marcos. *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*. 2010. 394f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humans, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CURTHOYS, M. *Kalley, Robert Reid (1809–1888), missionary*. Oxford Dictionary of National Biography. Ed. Retrieved 4 Feb. 2019. Disponível em: <http://www.oxforddnb.com/view/10.1093/ref:odnb/9780198614128.001.0001/odnb-9780198614128-e-49010>. Acesso em: 12 fev. 2019.

DAMASCENA NETO, Leandro Carvalho. *As ‘Artes de curar’ nos Guayazes: o Real Hospital Militar de Vila Boa (c. 1770 – c. 1827)*. 2019. 330 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

DAVIES, A. E. *The history of MSM-homeopathy and natural medicines*. Homeopathy - The Faculty of Homeopathy, 2007.

DeMILLE, George E. *The Episcopal Church Since 1900: a brief History*. Morehouse-Gorham Company, 1955. p. 4.

DENNIS, J. S; H P BEACH, H. P.; FAHS, C. H. *World Statistics of Christian Missions: student volunteer movement for foreign missions (1903)*. Disponível em: <https://voxeu.org/article/missions-health-investments-and-hiv-prevalence-sub-saharan-africa>. Acesso em: 20 jan. 2019.

DESMOND, Adrian. *The politics of evolution. Morphology, medicine, and Reform in Radical London*. Chicago: University Chicago press, 1989.

DIAS, Fernando Correia. Presença de Max Weber na sociologia brasileira contemporânea. *Rev. Adm. Empres.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 47-62, Aug. 1974. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901974000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Jul. 2020.

DIAS, Kamila Gusatti. *História e memória da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul de Rio Verde- GO (1937-1969)*. 2020. 296 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

DODD, Edward M. *The Gift of the Healer: The Story of Men and Medicine in the Overseas Mission of the Church*. New York: Friendship Press, 1964.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DOWKONTT, Georg D. *Murdered Millions*. New York: The Medical missionary Record. 1894.

DUFF, William Anderson. *Scottish Protestante-trained Medical Missionaries in the nineteenth century and rise of the Edinburgh Medical Missionary Society*. 2010. Tese (Faculty of Law, Business and Social Sciences) – University of Glasgow.

DUTRA E SILVA, Sandro. *Os estigmatizados: distinções urbanas às margens do Rio das Almas em Goiás (1949-1059)*. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília.

_____; CARVALHO, Heliel Gomes de; SILVA, Carlos Hassel Mendes da. Colonização, Saúde e Religião: A medicina pioneira e o poder simbólico da moral social na Colônia Agrícola Nacional de Goiás - CANG (1941-1959). *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*. Disponível em: <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/> v.4, n.1, p. 85-109, jan./jul. 2015.

_____. *No Oeste, a terra e o céu: a expansão da fronteira agrícola no Brasil Central*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

EDLER, Flavio Coelho. O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 284-299, 1996.

_____. *Ensino e profissão médica na corte de Pedro II*. Santo André: Editora UFABC. 2014.

EICHMAN, Phillip. *Medical Missions among the Churches of Chirst*. Zondervan: 2001.

ESCOLA de Enfermagem Florence Nightingale (Anápolis). *Estatutos*. São Paulo: Imprensa Metodista, 1945, p. 17.

EUZÉBIO, A. 'Aïete (Verdade)'. *Informação Goiana*, nº10, 25 maio 1918, v. 1, p.130.

EVERY-CLAYTON, Joyce E. Winifred. *The Legacy of Robert Reid Kalley*. International Bulletin of Missionary Research. 2002, p. 123-127.

FANSTONE, James. A saga de uma família tradicional. Disponível em: http://www.jornalcontexto.net/noticia_detalhe.php?id_noticia=8324&&edicao=Edi%E7%E3o%20484%20-%2005%20a%2011%20de%20setembro%20de%202014. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. *Pioneiro na medicina e na fé*. Disponível em: <http://www.anapolisbrazil.inf.br/james-fanstone-pioneiro-na-medicina-e-na-fe/>. Acesso em: 26 jul. 2017.

FAUSTINO, Esli Pereira. *Os missionários e a Fundação da Vila de Gamelleira*. Goiânia: do autor, 2013.

FEITOSA, João Marcos. *A Influência evangélica na Sociedade Anapolina*. 2002. Monografia (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de Goiânia.

FERNANDES, Florestan. Um retrato do Brasil. In: *Mudanças Sociais no Brasil – aspectos do desenvolvimento da sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1979.

FERREIRA, Haydée Jayme. *Anápolis Sua Vida, Seu Povo*. Brasília: Editora Senado Federal, 1981.

FIGUEIRÔA, Silvia F. de M. FENIX. Revista de História e estudos culturais. Artigo: A propósito dos estudos biográficos na história das ciências e das tecnologias. Julho/agosto/setembro de 2007. Vol. 4, ano IV, no 3, 2007.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann; ANZAI, Leny Caselli. Apresentação do dossiê “história da saúde e das doenças: protagonistas e instituições”. Revista Territórios & Fronteiras, Cuiabá, vol. 6, n. 2, jul.-dez., 2013.

FORSYTH, William B. Rev. Morris Bernard, um missionário Pioneiro. *Revista Vida Cristã*, abr./jun. 1967.

FORSYTH, William B. *The Wolf From Scotland. The story of Robert Reid Kalley. Pioneer missionary*. England: Evangelical Press. 1988.

FORTY-FIFTH report of the Edinburgh Medical Missionary Society, 1889, p. 13,14. Disponível em: <https://illinoistimes.com/article-16172-when-springfield-took-in-portuguese-refugees.html>. Acesso em: jan. 2019.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France, aula de 17 de março de 1976. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 285-315.

_____. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRANÇA, Augusto Ferreira. Relatório com que o Exmo. Sr. Dr. Augusto Ferreira França, presidente da Província de Goyaz, passou a administração da mesma ao Exmo. Sr. vice-presidente, desembargador João Bonifácio Gomes de Siqueira, em 29 de abril de 1867. Goyaz, Typographia Provincial, 1869.

FRANCO, Odair. *História da Febre Amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério das Endemias Rurais, 1969. p. 27.

FRANCO, Renato Júnio. *O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia*. Est. Hist., Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, p. 5-25, janeiro-junho de 2014.

FREITAS, Antonio F. G. Moreira de. *Bahia em Pedaços: desafios para o historiador*. Salvador; EDUNEB. 2012.

FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. Goiânia: locus privilegiado da saúde. In: FREITAS, L. C. B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás: a medicina do possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999. p. 239-290.

_____. *Saúde e Doenças em Goiás: a medicina do possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

FRERICHS, Ralph R. *London Epidemiological Society*. UCLA, Los Angeles. Disponível em: <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/LESociety.html>. Acesso em: 10 maio 2020.

FREUND, J., *A Sociologia de Max Weber*. Rio de Janeiro: Forense, 1970.

FRIEDMANN, João. *Anápolis: guia prático de Anápolis*. Anápolis: Governo Municipal, 1955.

FURTADO, Júnia Ferreira (Org); FERREIRA, Luís Gomes. *Erário Mineral [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. v. 2.

GALE, Thomson. *Christianity: Christianity in Latin America*. In: *ENCYCLOPEDIA of Religion*, 2005. Disponível em: <https://www.encyclopedia.com>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GALVÃO, Andréia Márcia de Castro; OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. A medicina é uma piada: representações humorísticas sobre médicos no jornal Santuário da Trindade. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, jul./set. 2017.

GEORGEA, Reena Mary. Calling, Conflict and Consecration: The Testament of Ida Scudder of Vellore. June 2014. *Christian Journal for Global Health*, 1. 2014, p. 26-33.

GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1993.

GIBAUT, John; JORGENSEN, Knud (Ed.). *Called to Unity For the Sake of Mission*. Regnum Edinburgh Centenary series. v. 25. 2014, p. 46, 47.

GILMAN, D. C.; PECK, H. T.; COLBY, F. M. *Parker, Peter. A medical missionary and diplomat*. New International Encyclopedia. New York: Dodd, 1905.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

_____. *Sinais: raízes de um paradigma indiciário*. In: *Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e História*. Tradução: Frederico Carotti. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GLASS, Frederick Charles. *Adventures with the bible in Brazil*. London: Pickering e Ingli, 1923.

_____. *Aventuras com a Bíblia no Brasil*. São Paulo: ICEB, 2018.

GODINHO, Iuri. *História Da Medicina Em Goiás Séculos XVIII Ao XXI*. Goiânia: Contato Comunicações, 2004.

GOIÁS. Diretoria Geral dos Serviços Sanitários. Regulamento de Saúde Pública, artigo 326, p. 93. 1932.

GOMES FILHO, Robson Rodrigues. Entre a loucura e o demoníaco: o discurso contra o espiritismo nas linhas do jornal Santuário da Trindade em Goiás na década de 1920. *Revista de História Regional*, v. 19, n. 1, p. 227-247, 2014.

GOMES, Ordival Cassiano. A medicina no século XVII. As descobertas científicas. Os iatrofísicos e os iatroquímicos. Thomas Sydenham e o neo-hipocratismo seiscentista. *Revista de história*, São Paulo, ano 4, v.13, 1953.

GONÇALVES, Carlos Barros. *Até aos confins da terra: o movimento ecumênico protestante no Brasil e a evangelização dos povos indígenas*. Dourados: UFGD, 2011.

GOYAZ. Mensagem ao Congresso, 1927. In: ANUÁRIO Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 17, 1956.

_____. Relatório ao Presidente da República, 1930/33. In: ANUÁRIO Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 17, 1956.

_____. Relatório Secretaria das Finanças, 1928. In: ANUÁRIO Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 17, 1956.

GRAHAM, Richard. *Britain & the onset of Modernization in Brazil, 1850-1914*. Cambridge at the university press. 1972. p. 281.

GRAVES, Dan. *No rest for a weary Clara Swain*. 2007. Disponível em: <https://www.christianity.com/church/church-history/timeline/1801-1900/no-rest-for-a-weary-clara-swain-11630553.html>. Acesso em: 11 fev. 2019.

GRUNDMANN, Christoffer. *Proclaiming the Gospel by Healing the Sick? Historical and Theological Annotations on Medical Mission*. International Bulletin of Missionary Research. Julho, 1990.

GUIMARÃES, Celma Martins; ANDRADE, Ilidiana Miranda de. Gênese da Enfermagem hospitalar no Estado de Goiás. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 3, p. 302-304, maio/jun. 2005.

HALSEY, Abram Woodruff (1853-1921). *A new day in medical missions*. New York: The Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the U.S.A. 1919.

HARDIMAN, David (Ed.). *Healing Bodies, Saving Souls. Medical Missions Asia and África*. New York: Rodopi, 2006.

HILL, Christopher. *O mundo de ponta cabeça: ideias radicais durante a revolução inglesa de 1640*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 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, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

_____. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [online]. 1998.

_____. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 313-331, July 2009.

_____; LIMA, Nísia Trindade (Org.). *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015

HOKKANEN, Markku. *Medicine and Scottish Missionaries in the Northern Malawi Region: Quests for Health in a Colonial Society*. Lewiston: The Edwin Mellen Press, 2007.

HOKKANEN, Markku. Missions, Nurses and Knowledge Transfer: The Case of Early Colonial Malawi. In: FLEISCHMANN, E. (Eds.), *Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism*. Kristiansand: Portal Academic, 2013, p. 110-136.

HOLANDA, Sergio Buarque de. *Para uma nova história*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

HOSKINS, R. *Clara A Swain, M.D: First medical missionary to the women of the Orient*. 1912. Disponível em: <<http://www.gutenberg.net>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

HOWE, Julia Ward e GRAVES, Mary H (Ed.). *Representative women of New England*. Boston: New England Historical Publishing Company, 1904.

JAYME, Jarbas. *Esboço Histórico de Pirenópolis. Estado de Goiás*. 1ª ed. 1971.

JENSEN, Niklas Thode. *The Medical Skills of the Malabar Doctors in Tranquebar, India, as Recorded by Surgeon T L F Folly 1798*. *Medical History*, 49: 489–515, 2005.

KALLEY, Robert Reid. Letter [to Emperor of Brazil]. March 4, 1860, IEF Archives. Kalley records Arabic classes in Syria on October 30, 1850. In: EVERY-CLAYTON, Joyce E. Winifred. *The Legacy of Robert Reid Kalley*. *International Bulletin of Missionary Research*. 2002, p. 124.

KANIKADAN, Paula Yuri Sugishita; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Uma trajetória dos profissionais de saúde ingleses, 1815-1858. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 29-47, jan./mar. 2013.

KARASCH, M. C. História das doenças e dos cuidados médicos na capitania de Goiás. In: FREITAS, L. C. B. F. (Org). *Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível*. Goiânia: UFG, 1999.

KELLER, Timothy. *Como Integrar fé e trabalho*. São Paulo: Vida nova, 2014.

KOFES, Suely. Uma trajetória, em narrativas. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

KOMMERS, J. Focus on the world: The Keswick Convention and mission, In: *die Skriflig* 49(1), 2015. p. 1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4102/ids.v49i1.1931>. Acesso em 19 fev. 2019.

KROEBER, A. L. *Anthropology: cultures, patterns and processes*. New York, Har-court, Brace & World, 1963.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*, 2006. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2009.

LATOURETE, Kenneth Scott. *A History Of The Expansion Of Christianity*. Three Centuries Of Advance AD 1500, AD 1800. Vol. III. Harper e Brothers. 1939.

LE GOFF, Jacques (Org.). *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985.

_____. Documento/Monumento. In: LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Tradução Irene Ferreira, Bernardo Leitão e Suzana Borges. 3. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. p. 535-549.

LEE, Jaekeun. *American Southern Presbyterians and the Formation of Presbyterianism in Honam, Korea, 1892-1940: Traditions, Missionary Encounters, and Transformations*. 2013. These (Doctor of Philosophy) - University of Edinburgh.

LEENHARDT, Jacques. Frente ao presente do passado: as raízes portuguesas do Brasil. In: PESAVENTO, Sandra Jatahy (Org.). *Um historiador nas fronteiras: o Brasil de Sérgio Buarque de Holanda*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.

LEPROSÁRIO em Catalão. *Jornal de Catalão*, n. 21, 1º set. 1929. Coleção de Jornais n. 229. AHEGo.

LIMA, Lísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: Intelectuais e representação geográfica a Identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, IUPERJ, UCAM, 1999.

_____; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil seu discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência, Saúde Coletiva*. n. 5, 2000.

_____. 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, v. 1, n. 3, p. 185-215. 2003.

_____; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde e muita saúva: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O Discurso da Institucionalização de Práticas em Saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis*

- *Revista de Saúde Coletiva*, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, jul./set. 2008.

LIVRO das Actas da Igreja Evangélica de Catalão. Arquivos da Igreja. Catalão, 06 de junho de 1930.

LLOYD-JONES, D. M. *Os puritanos: suas origens e seus sucessores*. São Paulo: PES, 1993.

LOCKHART, William. *First and Second Reports Medical Missionary Society in China: Minutes of proceedings*. Macao: S. Wells Williams, 1841.

_____. *The medical Missionary in China. A narrative of twenty year's experience*. London: Hurst and Blackett, publishers. 1861.

LUTERO, Martinho. A Liberdade do Cristão, cap. 17, 1520.

LUTZ, Jessie Gregory. *Opening China: Karl F.A. Gützlaff and Sino-Western Relations, 1827-1852*. Grand Rapids: William B. Eerdmans, 2008.

MACGILLIVRAY, D. *A Century of Protestant Mission in China (1807-1907)*. Shanghai: American Presbyterian Mission, 1907.

MACHADO, Maria Cristina Teixeira. *Pedro Ludovico: um tempo, um carisma, uma história*. Goiânia: CEGRAF/UFG, 1990.

MACIEL, Laurinda Rosa. *'Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade': uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Niterói, 2007.

MACINTYRE, Archie. *Descendo o rio Araguaia*. Contagem: AME Menor, 2000.

MACKENZIE, Clayton G. *Demythologising the Missionaries: A Reassessment of the Functions and Relationships of Christian Missionary Education Under Colonialism*. *Comparative Education*. 29(1): 45-66, 1993.

MACKENZIE, Donald Eugenics in Britain. *Social Studies of Science*, n. 6, 1976. p. 499-532. Disponível em: <http://sss.sagepub.com/content/vol6/issue3-4/>. Acesso em: 19 nov 2020.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. *Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX'*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 11(3): p. 661-83, set.-dez. 2004.

_____. *O cenário nosológico de Goiás no século XIX*. *Varia hist.*, Belo Horizonte, v. 21, n. 34, p. 456-473, July 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752005000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 set. 2019.

_____. *Batalha contra o charlatanismo: institucionalização da medicina científica na província de Goiás*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez.2011, p.1095-1109.

_____; Nazareno, E. *Doenças das crianças goianas no século XIX: os registros de óbitos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara*. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 29, nº 50, p.491-511, mai/ago, 2013.

_____. *Males do sertão: alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Goiânia: Cânone Editorial, 2014.

_____. *Dr. Antônio Francisco de Azevedo: um médico do sertão no Brasil oitocentista*. Catalão: OPSIS (On-line), v. 17, n. 1, p. 4-19, jan./jun. 2017. ISSN: 2177-5648.

MARIANO, T. C. L. “Objetividade” do conhecimento de Max Weber e sua contribuição na Saúde Coletiva. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 9-17, 2017. ISSN 2178-7085.

MARQUES, Gilmar de Araújo. *Protestantismo de Exílio: Kalley e os Refugiados da Ilha da Madeira em Illinois*. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Universidade Presbiteriana Mackenzie.

MARTIN, David. *Tongues of Fire: the explosion of protestantism in Latin America*. Massachusetts: Oxford and Cambridge, 1990.

MATOS, Alderi Souza. Robert Reid Kalley. Pioneiro do Protestantismo Missionário na Europa e nas Américas. *Fides Reformata*, VIII, n. 1, 2003, p. 9-28.

MATTOSO, José. *A Escrita da História: teoria e métodos*. Lisboa: Editorial Estampa, 1988.

McCREERY, David. *Frontier Goiás, 1822-1889*. Stanford, Califórnia, Stanford University Press, 2006.

McKAY, ALEX. “Towards a History of Medical Missions.” *Medical History* vol. 51,4, 2007: p. 547–551.

MEDEIROS, Marcelo; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; MUNARI, Denize Bouttelet. *A Expansão das Escolas de Enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX*. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2008;10(1), disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista1_1/Escolenf.html. Acesso em: 11 jan. 2020.

MEDICAL Act 1858. UK Public General Acts, UK, ca. 1860. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/21-22/90/contents/enacted>. Acesso em: 14 jan. 2020.

MEDICAL Missions, 2020. Disponível em: <https://amp.blog.shops-net.com/52331614/1/medical-missions.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MEIRELES, Marilucia Melo. *Os “Bobos” na tradição da cultura da Cidade de Goiás: Enigmas e silêncios sobre um tipo característico de figura do povo*. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MEMÓRIAS Goianas 3. *Relatórios dos Governos da Província de Goiás 1835-1843*. Goiânia: Editora UCC, 1986.

MEMÓRIAS Goianas 4. *Relatórios dos Governos da Província de Goiás 1845-1849*. Goiânia: Editora UCC, 1996.

MEMÓRIAS Goianas 9. *Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1861-1863)*. Goiânia: UCG, 1997.

MENDONÇA, Antonio Gouvêa; VELASQUES FILHO, Prócoro. *Introdução ao Protestantismo no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MESTRINER, Maria Luiza. *O Estado entre a filantropia e a Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 2001.

MILDMAY Kenya (2017). Disponível em: <https://www.mildmay.org/overseas/kenya/>. Acesso em: 21 fev. 2019.

MILLS, Cyrus Tishan E. *A Brief History of American Ceylon Mission in Jaffna*. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos Hospitais*. Brasília: Departamento Nacional de Saúde, 1965.

MINISTRY of Health. *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services (1920)*. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MIRANDA, Carlos Alberto da Cunha. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

MIRANZI, Silveira et al. *Compreendendo a história da saúde pública de 1870-1990: saúde coletiva*. São Paulo: Editorial Bolina, 2010. v. 7, n. 41, p. 157-162.

MONTEIRO, Ofélia Sócrates do Nascimento. *Reminiscências: Goiás de antanho, 1907 a 1911*. Goiânia: Oriente, 1974.

MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MONTEZ, Luiz Barros. Relatos de viagens como objetos de reflexão historiográfica e da prática tradutória. *Cad. Trad.*, Florianópolis, n. especial, p. 277-298, jul./dez. 2014.

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.

_____. *História de Doenças: percepções, conhecimentos e práticas*. São Paulo: Alameda, 2017.

MORAES, L. F. R.; FILHO, A. M.; DIAS, D. V. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas aplicações na teoria organizacional. *RAC* 2003; 7(2): 57-71.

MORAES, Maria Augusta de Sant'Anna. *Dos primeiros tempos da saúde pública em Goiás à Faculdade de Medicina*. Goiânia: Cãnone, 2012.

MOREIRA, Vânia Maria. Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimento rural. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.).

O Brasil Republicano: o tempo da experiência democrática – da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p.155-194.

MOTT, Valentine. *A biographical memoir of Wright Post.* New York: E. Conrad, 1829.

NALINI, Marthal. Pioneer Woman Physician as Medical Missionary to the Women of the Orient Clara A. Swain, M. D (1834-1910). *International Journal of Innovation, Management and Technology*, Vol. 1, No. 2, June 2010.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *As pestes do século XX: tuberculose e aids no brasil, uma história comparada.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____; MAGALHÃES, Sônia Maria de. *Medicina, Saúde e Doenças na História.* H. R., Goiânia, v. 20, n. 2, p. 1-2, mai./ago. 2015.

NASCIMENTO, G. G.; AIRES, J. D. M. *O sentido da objetividade do conhecimento nas ciências sociais para Max Weber.* Csoline, 2013.

NASSAR, Mounir E. *Clinical Medicine research history at the American University of Beirut, faculty of medicine 1920-1974.* Westbow Press, 2014.

NEILL, Stephen. *História das missões.* São Paulo: Vida Nova, 1997.

O COMEÇO da História das Diaconisas (2018). Disponível em: <https://medium.com/@diaconisas79/a-hist%C3%B3ria-das-diaconisas-ef100723c5e2>. Acesso em: 22 set. 2020.

O VERBO. Anápolis, 1931-1932.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. “Um dia a Igreja cai”: a importância cultural dos templos religiosos na cidade de Goiás. São Paulo: Unesp, v. 10, n. 1, p. 28-47, jan./jun, 2014.

OLIVEIRA, Ricardo. Euclides da Cunha, Os Sertões e a invenção de um Brasil profundo. *Revista Brasileira de História e Dossiê Viagens e Viajantes*, v. 22, n. 44, 2002.

OLIVEIRA, Rui A. Costa. *Dr. Robert Reid Kalley e o estabelecimento do Presbiterianismo em Portugal e no Brasil.* Revista Lusófona de Ciência das Religiões. Ano V, 2006, n. 9/10, p. 103-123.

PALACIN, Luiz e MORAES, Maria Augusta de Sant’Anna. *História de Goiás.* Goiânia: Editora da UCG, 1989.

PARKER, Peter; LOCKHART, William. *The First and Second Reports Medical Missionary Society in China with Minutes of Proceedings. Hospital Reports.* Macau: S. Well Williams, 1841.

PEARCE, Winifred M. The Story of the Anapolis Hospital. *The Christian.* Jan. 1961.

PENNA, Belisário. *Saneamento do Brasil.* Rio de Janeiro: Revistas dos Tribunais. 1918.

_____; NEIVA, Arthur. *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.

PENROSE, Stephen B. *That They May Have Life: The Story of the American University of Beirut, 1866-1941.* 1941.

PEREIRA, Miguel. O Brasil é ainda um imenso hospital: discurso pronunciado pelo professor Miguel Pereira por ocasião do regresso do professor Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 7, n. 21, p. 3-7. 1922.

PETER, Jean-Pierre e REVEL, Jean. O corpo: o homem doente e sua história. In História: novos objetos. Direção de Jacques Le Goff e Pierre Nora. Rio de Janeiro, F. Alves, 1995.

PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v.11, supl.1, p.67-92. 2004.

PINTO, R. N. Caminhos cruzados: a cidade e a escola na história da educação em Goiás na Primeira República. In: BARRA, V. Maria L. da (Org.). *Estudos de história da educação de Goiás 1830-1930*. Goiânia: Ed. PUC Goiás, v. 01, p. 239-261, 2011.

PIRES-ALVES, Fernando; FALLEIROS, Ialê. Ciência, técnica e fragmentação da saúde. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2010. p.159-171.

POLONIAL, Juscelino Martins; ZORZETO, Miriam Esther Oliveira. Histórico dos cursos de enfermagem na cidade de Anápolis – Goiás. In: Caderno de Pesquisas – Museu Histórico de Anápolis “Alderico Borges de Carvalho”, Ano 3, n. 1 e 2. Anápolis, 2011.

PORTO FILHO, Manoel da Silveira. *Robert Reid Kalley. Apóstolo em três continentes*. Vol 1, epopeia da Ilha da Madeira. Rio de Janeiro: edição do autor, 1987.

PREVOST, Elizabeth E. *Assessing Women, Gender, and Empire in Britain's Nineteenth-Century Protestant Missionary Movement*. *History Compass* 7/3, 2009. p. 765–799.

QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; OLIVEIRA, Márcia Gardênia Monteiro. *Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber*. 2. ed. rev. amp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RALBY, Aaron. *Atlas of world military history: from antiquity to the present day*. Bath: Paragon Books, 2013.

RANIPET Reflexions. Scudder Memorial Hospital, 2010. “Disponível em: <http://archive.li/tRLAP>. Acesso em: 22 dez. 2018.

REESE, Ed. *Missionary biographies: Hudson Taylor*. 1999. Disponível em: <<https://www.wholesomewords.org/missions/biotaylor2.html>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

RELATÓRIO apresentado à Assembleia Legislativa provincial de Goiás, pelo Exmo. Sr. Dr. Aristides de Souza Spínola, Presidente da província de Goiás, no dia 1o de junho de 1879. *Memórias Goianas* n. 12, 1999.

RELATÓRIO apresentado a Getúlio Vargas e ao povo goiano, pelo Dr. Pedro Ludovico Teixeira, 1930-1933, p. 61-63;

RELATÓRIO das Atividades da Secretaria de Estado da Saúde em 1952 apresentado ao Exmo. Governador de Goiás. *Arquivos de Saúde Pública*, ano II, p. 23-58, 1953.

REVEL, Jacques e PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre Nora (org). *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988.

REVISTA da ACICER. O começo de tudo. *Ceres*, Goiás, ano 1, n.1, p.5-9, abr. 2000.

REZENDE, F. S. *Médicos estrangeiros em Goiás no século XIX: Johann Emmanuel Pohl, George Gardner e Hugh Algernon Weddell*. 2017. 142 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

RIBEIRO, Lídice Meyer Pinto; MATOS, Alderi Souza; MENDES, Marcel. *Dicionário enciclopédico e instituições protestantes no Brasil: Instituições educacionais*. São Paulo: Mackenzie, 2019.

RIBEIRO, Lília Paula Teixeira. *A Arquitetura Neopalladiana Portuguesa: O Hospital de Santo António (1769-1832)*. Tese (Doutorado em História da Arte). Universidade do Porto. Porto, 2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *A Origem da Enfermagem Profissional no Brasil: Determinantes Históricos e Conjunturais*. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/artigos_pdf/Maria_Lucia_Frizon_Rizzotto_artigo.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

ROSS, Andrew. *Scottish Missionary Concern 1874-1914: A golden era in Scottish*. *Historical Review*. 1972, p. 52-72.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

RUTKOW, Ira M. *History of Surgery in the United States 1775-1900: Periodical and Pamphlet Literature*. Norman Publishing, 1992.

SÁ, Dominichi Miranda de. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl., 2009.

SÁ, Luiza Vieira. *Rondon, o agente público e político*. 2009. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SALIBA, Elias Thomé. *Raízes do riso. A representação humorística na história brasileira: da Belle Époque aos primeiros tempos do rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

SALLES, G. V. F. de. Saúde e doenças em Goiás – 1826-1930. In: FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de (Org.). *Saúde e Doenças em Goiás: a medicina do possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999. p. 239-289.

SANTIROCCHI, Ítalo Domingos. *Uma questão de revisão de conceitos: Romanização – Ultramontanismo – Reforma*. In: *Temporalidades*. Belo Horizonte: UFMG, v.2, p. 24 - 33, 2010.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade de São Paulo, 1991.

SANTOS, Lyndon de Araújo. *O protestantismo e o advento da República no Brasil: discursos, estratégias e conflitos*. *Revista Brasileira de História da Religiões*. ANPUH, ano III, n. 8, set. 2010.

_____; LIMA, Sergio Prates. *Robert Reid Kalley: um missionário diplomata na gênese do protestantismo luso-brasileiro*. Rio de Janeiro: Novos Diálogos, 2012.

SANTOS, R. J.; OLIVEIRA, J. L. (Org.) *A Cinqüentenária: em comemoração do jubileu da cidade de Anápolis*. Anápolis: Conduarte S.A., 1957.

SANTOS, Tiago Ferreira dos. *Um Banho de Civilização no Coração Geográfico da Bahia: a ação Missionária Presbiteriana em Ponte Nova entre (1906-1938)*. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

_____. *Um Banho de Civilização no Coração Geográfico da Bahia: a ação missionária presbiteriana em Ponte Nova entre (1906-1938)*. 2016, Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal da Bahia, Bahia.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. *Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945)*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, p. 253-274, dez. 2011.

SCHMIDT, Benito Bisso. *Luz e papel, realidade e imaginação: as biografias na História, no Jornalismo, na Literatura e no Cinema*. In: SCHMIDT, Benito Bisso. *O biográfico: perspectivas interdisciplinares*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000.

_____. *Quando o historiador espia pelo buraco da fechadura: ética e narrativa biográfica*. *História* (São Paulo) v. 33, n.1, jan./jun. 2014, p. 124-144.

SCUDDER, Joseph. *The North Arcot Mission of the Reformed Protestant Dutch Church of America*. From Proceedings of the South India Missionary Conference. Ootacamund, India, 1858.

SELL, Carlos Eduardo. *Max Weber*. In: SELL, Carlos Eduardo. *Sociologia Clássica: Marx, Durkheim e Weber*. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 105- 44.

SHAVIT, David. *The United States in Asia: A historical Dictionary*. Greenwood Publishing group. 1990.

SHAW, A. B. *The oldest medical societies in Great Britain*. *Med History*, 1968 Jul;12(3):232-44. doi: 10.1017/S0025727300013272. PMID: 4875610; PMCID: PMC1033825.

SHRADY, George Frederick. *Medical Record: a Journal of Medicine and Surgery*. Vol. 29. New York: W.Wood, 1886.

SILVA, A. *A Informação Goyana*, ed. 10, maio 1930, p. 76.

SILVA, Antonio Moraes; FREIRE, Laudelino. *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Litho-Typographia Fluminense, 1922.

SILVA, Antônio Rodrigues da. *ICEB: da semente simples a frondosa e frutífera*. São José dos Campos: Cristã Evangélica. 2015.

SILVA, Edjaleson Pedro da. *O “Lobo da Escócia”, o culto e a constituição: Robert Reid Kalley e as disputas pelo Direito de Culto no Brasil Império (1855-1873)*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Pernambuco.

SILVA, Henrique. Expediente. *A Informação Goyana*, Rio de Janeiro, v. 1, ano I, n. 1, 15 ago. 1917.

SILVA, Leicy Francisca da. *A identificação do louco e da loucura em Goiás na segunda metade do século XIX*. História Debates e Tendências. Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 10-28, Jan/Abr, 2021.

_____. *Eternos Órfãos da Saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)*. 2013. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Goiás. Goiânia.

_____. Instituições religiosas e assistência social: um estudo do amparo aos leprosos. In: CONGRESSO DE HISTÓRIA EM JATAÍ, 2014, Jataí. Disponível em: [http://www.congressohistoriajatai.org/anais2014/Link%20\(149\).pdf](http://www.congressohistoriajatai.org/anais2014/Link%20(149).pdf).

SILVA, Mônica Martins da. *A festa do Divino: romanização, patrimônio e tradição em Pirenópolis, 1890-1988*. 2000. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SILVA, N. A. R. et al. The struggle for civil organization of nursing of the Alagoas: the creation of Brazilian Association of Nursing-AL (1962-1965). *Hist enferm Rev eletrônica [Internet]*, v. 1, n. 6, p. 21-36, 2015.

SMITH, George. *Short History of Christian Missions From Abraham and Paul to Carey, Livingstone and Duff*. Edinburgh: T & T Clark. 1897.

SOBRINHO, Olímpio Ferreira. *Meio século formando gerações*. Goiás: Editora AEE, 1997.

SOUZA, Jessé. Elias, Weber e a singularidade cultural brasileira. In: NEIBURG, Federico et al. *Dossiê Norbert Elias*. São Paulo: EDUSP, 1999.

SOUZA, Letícia. *Sentidos de um “país tropical”*: a lepra e a chaulmoogra brasileira. 2009. Dissertação (Mestrado) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

SOUZA, Ricardo Luiz de. As raízes e o futuro do “Homem Cordial” de acordo com Sérgio Buarque de Holanda. *Cad. CRH*, Salvador, v. 20, n. 50, p. 343-353, Aug. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792007000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792007000200011>.

SOUZA, Valdira. *Minha cidade e Eu*. Goiânia: Kelps, 2008.

STANLEY, B. *The World Missionary Conference, Edinburgh 1910*. Grand Rapids, Mich: William B. Eerdmans Pub. Co., 2009. p. 13-16.

STORM, W. Harold. *Whither Arabia? A Survey of Missionary Opportunity*. London: World Dominion Press, 1938.

STORROW, Edward. *The History of Protestant Missions in India*. London: The religions tract society, 1884.

SWANSON, Herbert R. *Advocate and Partner: Missionary and Modernization in Nan Province, Siam, 1895-1934*. *Journal of Southeast Asian Studies*. 13 (2): 296-309, 1982.

SWAIN. "From Bareilly to Khetri". *Heathen Woman's Friend, Woman's Foreign Missionary Society of the Methodist Episcopal Church*. Boston: Publication Office. 1885.

TAVARES, Giovana Galvão et al. Mora no Morro: O "refúgio" de leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930 –1970). *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*. v. 4, n. 1, p. 110-125, jan./jul. 2015.

TAWNEY, R. H. *A Religião e o Surgimento do Capitalismo*. São Paulo: Perspectiva, 1971.

TAYLOR, Howard. *The Biography of James Hudson Taylor*. Winslow: Rickfords Hill Publishing, 2012.

TAYLOR, James Hudson. *China's Millions*. London: CIM, 1890.

TEIXEIRA NETO, Antônio. A certidão de nascimento de Goiás: uma cartografia histórica da Fronteira. In: SILVA, S. D. et al. *Fronteira Cerrado: Sociedade e Natureza no Oeste do Brasil*. Goiânia: Ed. da PUC Goiás/ Gráfica e Editora América, 2013.

THE HINDU, 2004. Disponível em: <https://www.thehindu.com/2004/06/04/stories/2004060401070903.htm>. Acesso em: fev. 2019.

TIPPLE, Archibald. *Bandeirantes da Bíblia no Brasil Central*. Goiânia: Casa Editora Aplic, 1972.

THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

TO, K. K.; YUEN, K. Y. In memory of Patrick Manson, founding father of tropical medicine and the discovery of vector-borne infections. *Emerging microbes & infections*, 1(10), e 31, 2012. <https://doi.org/10.1038/emi.2012.32>.

TOMKINS, Stephen. *The Clapham Sect: How Wilberforce's circle changed Britain*. Oxford: Lion Hudson, 2010.

_____. *David Livingstone: The Unexplored Story*. England: Lion Hudson, 2013.

TOURAINÉ, A. *El regreso del Actor*. Buenos Aires: Eudeba, 1987.

TOURNIER, Reginaldo. *Lá longe... no Araguaia*. Pará, Prelazia Dominicana de Conceição do Araguaia, 1942.

TUAN, Y. *Paisagens do medo*. São Paulo: Unesp, 2005.

VAINFAS, Ronaldo. Visão do Paraíso: biografia de uma idéia. In: MOTA, Lourenço Dantas (Org.) *Introdução ao Brasil: um banquete nos trópicos*. São Paulo: Ed. SENAC, 2002. v.2.

VAZ, Henrique de Lima. *Antropologia filosófica I*. São Paulo: Loyola, 2006.

_____. *Filosofia e cultura*. São Paulo: Loyola, 1997.

VAZ, N. M. F.; TAVARES, G. G. *Jornal O Centenário: Curiosidades*, Anápolis, ano 1, n. 2, maio 2005.

VERAS, Rogério de Carvalho. *O Arquiteto das Orquídeas: trajetória e memória de George William Butler, médico e missionário protestante no Nordeste da aurora republicana (1883-1919)* Rogério de Carvalho Vêras. Assis, 2018

VERGNIÈRES, Solange. *Ética e política em Aristóteles: physis, ethos, nomos*. São Paulo: Paulus (Ensaios filosóficos), 1999.

VIEIRA, Tamara Rangel. *Dos “sertões da farinha podre” para todo o Brasil: os congressos médicos regionais e a institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960)*. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 31, n. 56, p. 479-510, maio/ago. 2015.

_____. *Médicos do sertão: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960)*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2012.

_____. *Os médicos de Goiás em perspectiva: trajetória intelectual e (re)invenção do Brasil Central (1917-1960)*. In: XXV Simpósio Nacional de História – Fortaleza: AMPUH, 2009.

_____. *Uma clareira no sertão?: saúde, nação e região na construção de Brasília (1956-1960)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)*. São Paulo: Alameda, 2017.

XU, Guangqiu. *American Doctors in Canton: Modernization in China, 1835–1935*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers, 2011.

WATERBURY, J. B. *Memoir of the Rev. John Scudder, M.D, Thirty-six yars missionary in India*. New York: Harper & Brothers, Publishers, Franklin Square, 1870.

WATERSTON, C. D.; SHEARER, A. Macmillan. *Former Fellows of The Royal Society of Edinburgh, 1783-2002*. Biographical Index Part One. Edinburg: Royal Society of Edinburgh, 2006.

WEBER, Max. Rejeições Religiosas do Mundo e Suas Direções. In: GERTH, Hans; MILLS, Wright. *Max Weber. Ensaios de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura, 1984.

_____. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 15ª Ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

_____. *Metodologia das ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001

_____. *A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais*. São Paulo: Ática, 2006.

WESTERMANN, D. C. *Salvation and healing in the Community: the old Testament understanding*, v. LXI, n. 241, January 1971.

WILDING, Rettie. *Semeando em lágrimas*. Anápolis: Casa Aplic, 1979.

_____. *Semeando em lágrimas*. Goiânia: Kelps, 2020.

WILKINSON, John. *The coogate doctors: The history of the Edinburgh Medical Missionary Society, 1841-1991*. Edimburgo: EMMS, 1991.

WILKINSON, Lise; POWER, Helen. The London and Liverpool Schools of Tropical Medicine 1898-1998. *British Medical Bulletin*, 1998, n. 2, v. 54, p. 281-292.

WILLIAMS, C. P. *Healing and Evangelism: The Place of Medicine in Later Victorian Protestant Missionary Thinking*. *Studies in Church History*, 19, 1982, p. 271-285.

WINTER, Ralph D.; HOWTHORNE, Steven C. *Missões Transculturais - uma Perspectiva Histórica*. São Paulo: Mundo Cristão, 1987.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. *Gomes Ferreira e os símplies da terra: experiências sociais dos cirurgiões no Brasil – colônia*. In: FURTADO, J. F. (Org.); FERREIRA, G. F. *Erário mineral [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WOODBERRY, Robert D. *The missionary Roots of liberal democracy*. *American Political Science Review* Vol. 106, No. 2 May 2012. National University of Singapore. p. 224-274.

WOODBERRY, Robert D. *The Shadow of Empire: Christian Missions, Colonial Policy, and Democracy in postcolonial societies*. Chapel Hill: University of North Carolina, 2004 (These of doctor of philosophy in the Department of Sociology).

ZABRISKIE, Alexander C.; NICHOLS, James Hastings (Rev.) Bishop Brent: Crusader for Christian Unity. In: *The Journal of Religion*, Chicago, v. 29, n. 1, jan. 1949.

ZACCARELLI, Laura Menegon; GODOY, Arilda Schmidt. *Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações*. *Cadernos Ebape*. BR, v. 8, n. 3, artigo 10, Rio de Janeiro, Set. 2010, p. 550-563.