



Varia Historia

ISSN: 0104-8775

[variahis@gmail.com](mailto:variahis@gmail.com)

Universidade Federal de Minas Gerais

Brasil

de Magalhães, Sônia Maria; Nazareno, Elias  
Doenças das crianças goianas no século XIX. Os registros de óbitos do Hospital de  
Caridade São Pedro de Alcântara  
Varia Historia, vol. 29, núm. 50, mayo-agosto, 2013, pp. 491-511  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=384434842007>

- ▶ [Como citar este artigo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Mais artigos](#)
- ▶ [Home da revista no Redalyc](#)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Doenças das crianças goianas no século XIX

os registros de óbitos do Hospital de  
Caridade São Pedro de Alcântara\*

*Diseases of children in the  
nineteenth century Goiás*

**SÔNIA MARIA DE MAGALHÃES\*\***  
Faculdade de História  
Universidade Federal de Goiás  
Goiânia (GO)  
Brasil

**ELIAS NAZARENO\*\*\***  
Faculdade de História  
Universidade Federal de Goiás  
Goiânia (GO)  
Brasil

**RESUMO** Recuperar a história da infância no Brasil constitui-se numa tarefa árdua empreendida pelos historiadores desde as últimas décadas do século XX. As pesquisas desenvolvidas buscam dar voz aos meninos e meninas por intermédio da pesquisa e da revalorização do documento histórico. Apesar dos grandes avanços, pouco se conhece sobre os jogos e brincadeiras, a literatura infantil, a saúde e a educação. Deste modo, este

\* Artigo recebido em: 05/03/2012. Aprovado em: 10/07/2012.

\*\* Contato: soniademagalhaes@yahoo.com.br.

\*\*\* Contato: eliasna@hotmail.com.

estudo propende a municiar subsídios sobre as doenças e a alimentação das crianças do interior do Brasil no século XIX, a partir dos registros de óbitos emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara da cidade de Goiás.

**Palavras-chave** infância, doenças; alimentação, Goiás

**ABSTRACT** Recovering the history of childhood in Brazil constitutes an arduous task undertaken by historians since the last decades of the twentieth century. Existing research attempts to give voice to boys and girls through research and revaluation of historical documentation. Despite recent progress, little is known about the children's literature, games, health and in the education in the nineteenth century. Thus, this study intends to provide relevant information on living conditions, illnesses and diet of children in the interior of Brazil from this period, from the records of death issued by the charity Hospital São Pedro de Alcântara of Goiás city.

**Keywords** childhood, diseases, diet, Goiás

A localização interiorana, os parcos 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. O ouro, que atraiu tanta gente das mais distantes paragens do Brasil no século anterior, produziu riqueza efêmera e, com o seu declínio, não houve de imediato uma nova atividade econômica capaz de dinamizar o processo de desenvolvimento da região.<sup>1</sup> Embora não proporcionassem os mesmos rendimentos oriundos da exploração aurífera, as atividades agropecuárias apontaram um novo rumo para aquela sociedade, fazendo com que boa parte da população, estimada em cinqüenta mil habitantes no início do século XIX, migrasse para o norte do território, buscando terras e meios de sobrevivência na pecuária extensiva e na agricultura de subsistência. Os solos férteis do distante povoado de Amaro Leite, por exemplo, localizado ao longo dos rios Maranhão e Araguaia, atraíram o interesse de lavradores e criadores, estimulados pela isenção do pagamento de dízimos e de todos os impostos provinciais por um período de vinte anos.<sup>2</sup>

1 Funes observa uma diminuição de 60% na população escrava no período pós mineratório. Ver: FUNES, Eurípedes. *Goiás, 1800-1850: um período de transição da mineração à agropecuária*. Goiânia: Editora da Universidade Federal de Goiás, 1986.

2 A Lei Provincial nº 11, de 09/07/1819, isentou os lavradores e criadores que fossem se estabelecer ou estivessem estabelecidos na margem direita do Araguaia, dentro de dez léguas para o sertão, do pagamento de dízimos e de todos os impostos provinciais pelo espaço de vinte anos. RELATÓRIO do Presidente de Província Antônio

O isolamento piorou as condições de existência daqueles que migraram para os sertões, longe de querer afirmar que as gentes da capital e dos arraiais mais populosos estivessem mais saudáveis. Os subsídios fornecidos pelos administradores, militares e viajantes reforçaram o panorama de abandono e a precária condição de vida dos goianos disseminados sobre uma superfície de mais de 500 léguas,<sup>3</sup> acometidos por diversos males, como bócio, boubá, beribéri, pneumonia, hidropsia, morfínia, doenças do aparelho digestivo, escorbuto, entre outros.

Desde a época colonial, os poucos físicos existentes no Brasil fixaram residência nos núcleos mais populosos.<sup>4</sup> Menos comum era encontrá-los em regiões interioranas e de população diminuta e dispersa como a de Goiás, conforme enuncia o viajante Pohl: “em relação à assistência médica, os habitantes são dignos de lástima. Vivem quase inteiramente sem medicamentos. Em toda a capitania, mesmo na capital, faltam casas de saúde e os doentes são abandonados a seu destino”.<sup>5</sup>

Quando a moléstia se mostrava resistente aos medicamentos caseiros, buscava-se ajuda “especializada” por meio de inúmeros indivíduos que se diziam habilitados, portadores ou detentores de saberes curativos, por vezes, sobrenaturais.

A saúde pública em Goiás, tal como em outras partes do Brasil, foi relegada ao segundo plano.<sup>6</sup> A responsabilidade pelas medidas sanitárias domésticas cabia a cada morador individualmente. No período colonial, essa questão pertencia ao Conselho Municipal e, em menor grau, às autoridades da Coroa. De 1828 a 1850, os serviços de saúde pública ficaram a cargo dos municípios. As Câmaras deliberariam em geral sobre os meios de promover e manter a tranquilidade, a segurança, a saúde e a comodidade dos habitantes. De 1850 a 1889, a concentração fez-se pela criação de órgãos centrais de saúde pública, seguida posteriormente de organismos provinciais e municipais subordinados a um órgão principal, tendo as municipalidades o direito de legislar sobre a saúde pública.<sup>7</sup> A partir de 1828, os serviços hospitalares passaram a ser de responsabilidade das Câmaras, porém, estas se mostraram incapazes para o exercício de tal atividade,<sup>8</sup> em decorrência sobretudo da falta de verbas. No Brasil, as irmandades abar-

3 Joaquim da Silva Gomes, 1850. *Memórias Goianas*, n.5. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1850-1852). Goiânia: UCG, 1996, p.79.

4 RELATÓRIO do Presidente de Província Antônio Joaquim da Silva Gomes, 1850, p.92.

5 Martius menciona que mesmo em toda a capitania de São Paulo, em 1818, não havia se estabelecido nenhum médico ou cirurgião verdadeiro; *apud* PRADO JÚNIOR, Caio. *Formação do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Folha de São Paulo, 2000, p.288.

6 POHL, Johann Emmanuel. *Viagem ao interior do Brasil*. Rio de Janeiro: INL, 1951, v.2, p.298.

7 BERTOLLI FILHO, Cláudio. Cinco séculos de enfermidades. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v.28, n.165, p.34-41, 2000.

8 LYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: Editora da UNESP, 1994, p.28.

9 LEAL, Victor Nunes. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1975, p.75.

caram essas funções. A Misericórdia, por exemplo, desempenhava papel único na manutenção de hospitais públicos nas cidades e vilas.

Na região de Goiás, a população contava apenas com uma única instituição de saúde capaz de proporcionar algum alento para suas mazelas, o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Fundado em 1825, sob a proteção de D. Pedro I, pela Carta Imperial de 25 de janeiro, para servir de abrigo aos enfermos pobres e indigentes. Vinculava-se às preocupações da Câmara de Vereadores e do governo da Província em torno da função de curar por caridade os enfermos pobres. Acolhia desse modo clementes, doentes e necessitados, fossem eles homens livres ou escravos. A instituição nasceu do desejo de um grupo local influente, que reconhecia um mal social: a ausência de assistência aos destituídos e enfermos. Cogitou-se inicialmente a possibilidade de colocá-lo sob a administração das Misericórdias, entretanto, essa piedosa organização não se instalou em Goiás, pelo menos até a criação da nova capital do estado, isso já no século XX.<sup>9</sup> Ao longo do tempo, o São Pedro de Alcântara assumiu os serviços de assistência específicos das Misericórdias, tais como o de auxílio aos pobres, aos presidiários e aos morféticos, além da responsabilidade dos enterros na capital.<sup>10</sup>

## Doenças da infância

Qualquer historiador que procure reconstituir um quadro nosológico das sociedades passadas enfrentará inúmeros desafios. Um das dificuldades é a apreensão da terminologia das doenças, pois os registros apresentam as denominações populares variáveis no tempo e no espaço.<sup>11</sup> Outra, é a ausência de padronização dos registros, pois em alguns períodos o documento apresenta riqueza de detalhes e em outros, sequer a causa da morte é registrada.

Pesquisando a mortalidade e a morbidade no Rio de Janeiro à época do Império, Maria Luiza Marcílio aponta pelos menos três tipos de embargos para a realização desse tipo de investigação.<sup>12</sup> O primeiro refere-se às estatísticas vitais, sem uniformidade, produzidas por diferentes serviços públicos ao longo do século. Entre 1837 e 1853, os mapas contêm os totais de

9 FREITAS, Lena Castello Branco de. Goiânia: lócus privilegiado da saúde. In: FREITAS, Lena Castello Branco de (org). *Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

10 MAGALHÃES, Sônia Maria de. Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX. *História, Ciencias, Saude - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.661-683, dez. 2004.

11 Sobre a compreensão das doenças ao longo do tempo, Braudel adverte que "nada nos garante que elas sejam sempre comparáveis às que hoje conhecemos, pois as doenças transformam-se, têm a sua história própria que depende da possível evolução dos microrganismos e vírus e da do território humano em que eles vivem". Cf: BRAUDEL, Fernand. *Civilização material, economia e capitalismo, séculos XV-XVIII: as estruturas do cotidiano*. São Paulo: Martins Fontes, 1995, p.66. Ver também: LE GOFF, Jacques. *A doença tem história*. Lisboa: Terramar, 1985.

12 MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro Imperial. *Revista de História*, São Paulo, n.127-128, p.53-68, 1992/94.

batizados, óbitos e casamentos, repartidos entre livres e escravos, por sexo e por paróquias. Entre 1854 e 1858, paralelamente a esses mapas, foram organizados outros, como os dos enterros por cemitérios públicos, por meses, e distinguindo-se os nacionais dos estrangeiros, os livres dos escravos e os sexos. De 1859 a 1863, as estatísticas publicadas assinalam os sexos, grupos etários, estado conjugal, livres e escravos e as doenças que mais ceifaram vidas naquele período. Em 1864, os quadros de mortalidade da cidade deixam de mencionar as doenças e as classificam por grandes setores, permanecendo a distinção de sexos, nacionalidade, condição social, grupos etários e distribuição das mortes pelos meses do ano. A partir de 1869, as estatísticas de óbito obedecem à nova Classificação Internacional da *Causa-mortis*, conforme as deliberações do Congresso Internacional de Estatística. Assim, em cada grupo de causas da morte relacionava-se a referida doença. Considerando-se as distinções de sexo, condição social, nacionalidade, idades agrupadas, incorporam-se profissões, hospitais onde faleceram, paróquias e meses do ano, porém ignora-se a Classificação Internacional todos os anos. O segundo embaraço refere-se aos nomes das doenças. Sabe-se que o conhecimento, a freqüência e a natureza das enfermidades mudam com o tempo. Por isso, existe um grande risco ao definir, sob um critério antigo, a doença correspondente. Há, ainda, termos vagos que designam sintomas que impossibilitam qualquer constatação real da causa da morte. E o terceiro diz respeito à definição e à determinação das epidemias.

Ciente das dificuldades para a realização dessa pesquisa, inclusive atentos ao risco de anacronismo, iniciou-se a pesquisa nos registros de óbito passados pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara da cidade de Goiás, a partir da inauguração do cemitério público no ano de 1859, momento em que os enterros e serviços fúnebres daquela localidade passaram a ser da responsabilidade desse nosocômio, melhor maneira encontrada pelo governo provincial para aumentar os rendimentos da instituição.

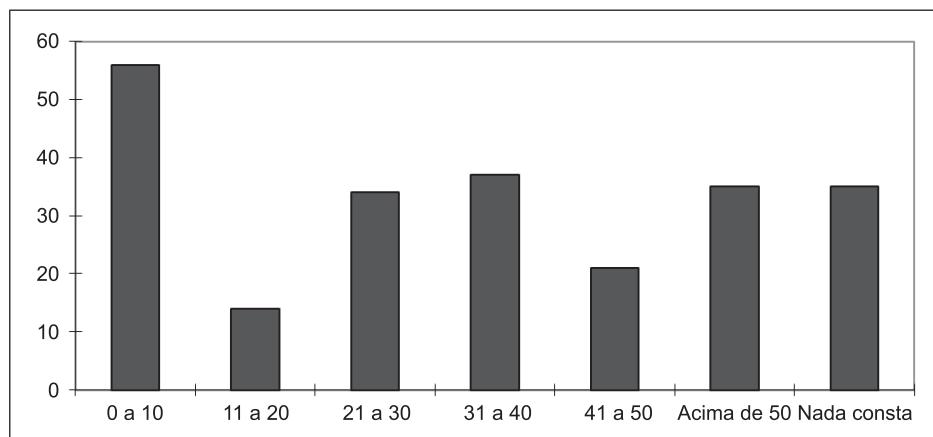
A análise dos sintomas ou doenças permite estabelecer, ainda que de forma genérica, como se apresentava à época o quadro da morbidade. No acervo da Sociedade de Cultura Frei Simão Dorvi (SCFSD), foram arrolados 2.590 óbitos, sendo 232 referentes à população escrava e 2.358 à livre. Recolheram-se os dados, considerando-se a data do falecimento, o sexo, as idades, o estado civil, a condição social, a ocupação e a causa da morte, essa raramente informada. Em um universo documental referente aos livres, somente 794 esclarecem esta lacuna, e entre os escravos apenas 99 possuem esta referência, perfazendo 33,67% e 42,67%, respectivamente. Vale lembrar que não encontramos nenhum registro de óbito referente à população indígena. O desconhecimento acerca da etiologia das doenças e o fato de que nem sempre o médico constatava o óbito (padres e inspetores de quarteirão também exerciam essa função) corroboram pela constância da falta de informações.

A recriação detalhada do ambiente mórbido de Goiás com seu real impacto sobre as crianças é extremamente complexa. Por meio de vários registros de óbitos, muitos avulsos, outros anotados em livros, embora deteriorados pela ação do tempo e pelo descaso em relação ao documento histórico, enfrentamos o desafio orientados pela finalidade de revelar aspectos pouco conhecidos sobre as doenças dos infantes goianos no oitocentos.

A fase mais crítica na vida dos goianos situava-se nos primeiros dez anos de vida, como pode ser observado por meio dos Gráficos 1 e 2 referentes aos segmentos livres e escravos.

**Gráfico 1**

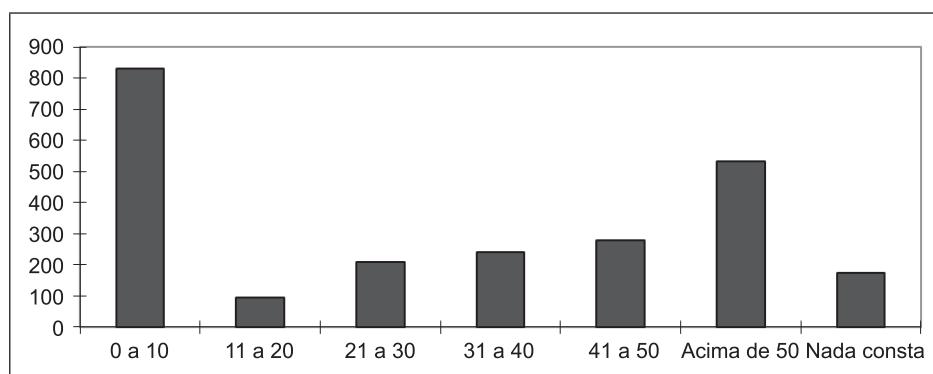
Número de escravos mortos por faixa etária na cidade de Goiás, 1859-1876



Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total de óbitos: 232.

**Gráfico 2**

Número de livres mortos na cidade de Goiás, 1859-1900



Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total de óbitos: 2.358.

O inquérito mais aprofundado dos números sobre a mortalidade infantil confirma como principais vítimas crianças com até um ano de idade. As amostras pouco esclarecem sobre a morbidade infantil em Goiás ao longo do século XIX, principalmente, em relação às doenças da primeira infância. Registrava-se a maioria das mortes, ocorridas antes ou depois do parto, em consequência de convulsões ou tétano. Raramente, identificavam-nas como natimortos ou prematuras. Na documentação referente aos escravos, quantificamos apenas cinco abortos nos anos de 1859 a 1876 e, entre os livres, no período de 1859 a 1900, 51 com características de natimortos, 25 abortos e dez em decorrência de parto.<sup>13</sup> Tendo em vista que havia uma elevada taxa de amblose espontânea, mormente entre as escravas, que provavelmente enterravam os fetos e também os natimortos, sobretudo nos quintais de suas moradas, sem enviá-los para o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara que registrou um número baixo desse tipo de falecimento. As doenças infecciosas e parasitárias, as do aparelho digestivo, as nutricionais, as respiratórias e as do sistema nervoso grassavam entre os pequeninos, de acordo com os Quadros 1 e 2.

**Quadro 1**

Doenças da infância por faixa etária entre os escravos da cidade de Goiás, 1859-1876

Faixa etária	Doenças
0 a 1 ano	Lepra (1); hepatite (1); Convulsões (1).
1 a 2 anos	Hepatite (2); vermes (2); febre (1); intestino (1); gangrena (1); inflamação (1); enterite (1).
3 anos	Gastrenterite (1); enterocolite (1); denteção (1).
4 anos	Gastrenterite (1); marasmo (1).
7 anos	Mielite (1).
10 anos	Tuberculose (1).

Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total de óbitos: 19.

<sup>13</sup> Sociedade de Cultura Frei Simão Dorvi (SCFSD). *Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara*. Documentação Avulsa.

**Quadro 2**

Doenças da infância por faixa etária entre os livres da cidade de Goiás, 1859-1900

Faixa etária	Doenças
0 a 1 ano	Tétano/convulsões (14); marasmo/fraqueza congênita/atrepsia (13); catarro (9); enterocolite (5); febres (5); enterite (5); peritonite (4); bronquite (4); dentição (4); pneumonia (3); asfixia (2); influenza (2); coqueluche (2); gastrenterite (1); afecção nervosa (1); difterite (1); intestino (1); úlcera interna (1); icterícia (1); hepatite crônica (1); afecção cerebral (1); lesão cardíaca (1); broncopneumonia (1); intoxicação (1); câncer (1); colenterite (1).
1 a 2 anos	Febre (6); enterocolite (5); gastrenterite (2); enterite (2); intestino (2); dentição (2); cistite (1); desenteria (1); diarréia (1); hepatite crônica (1); coqueluche (1); enterohepatite (1); marasmo (1); cólica (1); reumatismo (1); molifica (1); pneumonia (1).
3 anos	Febres (3); coqueluche (2); enterocolite (2); tétano (2); intestino (1); paralisia (1); Ascite (1); pneumonia (1); moléstia de pele (1).
4 anos	Enterocolite (1); coqueluche (1); anemia profunda (1).
5 anos	Gastrenterite (1); paralisia (1); febre (1); pneumonia (1); enterocolite (1); coqueluche (1).
6 anos	Hepatite (1); meningite (1).
7 anos	Icterícia (1); marasmo (1); disenteria (1).
8 anos	Meningite (1).
9 anos	Convulsão (1).
10 anos	Febre (1); mielite (1); tísica (1); hipoemia (1); enterocolite (1)

Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total de óbitos: 150.

A mortalidade do primeiro mês, designada freqüentemente de neonatal, relaciona-se a malformações congênitas ou lesões sofridas durante o parto. As parteiras ou curiosas que possuíam conhecimentos empíricos, frutos da experiência, realizavam grande parte deles. Se o nascimento fosse natural, tudo se passava razoavelmente bem; entretanto, quando havia nascimentos prematuros ou complicações, essa hora transformava-se em drama. Após essa etapa, os dias seguintes tornavam-se críticos diante da ameaça do tétano neonatal. Estranhamente, nenhuma menção a essa moléstia aparece na amostra referente aos escravinhos, somente uma única citação a convulsões. Entre as crianças livres, na faixa etária de zero a um ano de idade, identificamos as designações de tétano, convulsões, convulsões tetânicas e tétano dos recém-nascidos que somaram juntos 14 casos. Em relação a essa patologia, Mary Karasch adverte que o mal-de-sete-dias, ou qualquer outra doença infantil caracterizada por ataques e espasmos dos músculos pode ser na realidade tetania, uma deficiência grave de cálcio, de magnésio e de

vitamina D.<sup>14</sup> Enfermidade infantil que costuma ocorrer dos seis meses aos dois ou três anos de idade, caracterizada, entre outros sintomas, por rigidez muscular, dificuldade de fechar as mãos e sensação de formigamento.<sup>15</sup>

Ainda que os óbitos não revelem o real impacto das doenças nutricionais entre as crianças, os sintomas de marasmo, fraqueza, molifica, atrepsia, raquitismo, dentição, caquexia, anemia, mielite (concebida pelos médicos locais como beribéri) entre outros, presentes em alguns documentos, fornecem pistas sobre os efeitos da carência alimentar em Goiás.

O marasmo resulta de uma deficiência geral de calorias e proteínas, verificada principalmente no primeiro ano de vida, em decorrência do desmame precoce, quando o bebê passa a receber uma alimentação insuficiente em nutrientes. Nessas circunstâncias, a deficiência do crescimento é marcante, bem como a do peso. Os músculos atrofiam e o emagrecimento é, às vezes, tão grande, que ocorre a “caquexia” (estado de profunda desnutrição). A face da criança toma aspecto de uma pessoa idosa, diferenciando da aparência de “lua cheia” da síndrome de *Kwashiorkor*, causada pela falta de proteína, de vitamina A e as do complexo B, e elementos minerais.<sup>16</sup> Essa síndrome, caracterizada por lesões cutâneas, edema, diarréia e apatia geral, provavelmente estava disseminada entre as crianças goianas recém-desmamadas. As designações de molifica (sem ânimo), de atrepsia que é, na verdade, o marasmo dos recém-nascidos, anemia, raquitismo presentes nos óbitos compunham, muitas vezes, sintomas de enfermidades atualmente denominadas de marasmo e *kwashiorkor*. Crianças que faleciam de dentição, entre um e seis meses, sugerem fortemente como causa o beribéri infantil.<sup>17</sup> Outros indícios, tais como enfermidades gastrintestinais, de pele, raquitismo, vermes, oftalmia, entre outros não devem ser desconsiderados. As moléstias cutâneas como lepra, sarna e elefantíase, por exemplo, disfarçavam o beribéri, conforme demonstram as pesquisas de Kiple.<sup>18</sup>

Durante a gestação, e ao nascer, “as crianças eram também gravemente prejudicadas por causa do mal estado nutricional de suas mães, que sofriam de falta de cálcio, vitamina D e beribéri”.<sup>19</sup> Na concepção de Karasch, a carência desses nutrientes explicava em parte a dificuldade das mães escravas e livres pobres conceberem filhos vivos e saudáveis que sobrevivessem até os seis anos de idade. Para o médico Francisco de Azeredo,<sup>20</sup> a situação de miséria em que viviam inúmeras famílias talvez

14 KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

15 KIPLE, Kenneth. Tetany. In: KIPLE, Kenneth. *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, p.1050.

16 CHAVES, Nelson. *Nutrição básica e aplicada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogen, 1985, p.299.

17 KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, p.254.

18 KIPLE, Kenneth. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil. *The Hispanic American Historical Review*, v.69, n.4, p.677-90, 1989.

19 KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, p.253.

20 Médico goiano formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro de 1844, defendeu a tese intitulada *Algumas considerações gerais acerca da importância da higiene nos hospitais civis*.

esclarecesse “o maior número dos 61 casos de óbitos de moléstias não designadas, inclusive 22 de crianças menores de seis meses e vários fetos” de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 1874.<sup>21</sup>

As doenças do aparelho digestivo (enterocolite, enterite, intestino, gastrenterite, hepatite crônica etc.) que acometiam gravemente os infantes relacionavam-se, ao que parece, à ausência de uma dieta específica para aquelas com menos de um ano de idade, especialmente. Todavia, quando se analisa as informações contidas nos Quadros 1 e 2, percebe-se a sua difusão entre os meninos até os dez anos.

É consensual que a boa alimentação e as adequadas medidas higiêni-co-sanitárias são o ponto de partida para a obtenção ou conservação da saúde. O sarampo e a diarréia, por exemplo, doenças ligeiras e de curta duração nas crianças bem alimentadas, são geralmente graves e muitas vezes fatais para as mal nutridas. O mesmo sucede com a diarréia, as doenças respiratórias, a tuberculose e muitas outras infecções, como a epidemia de coqueluche que se abateu sobre a capital de Goiás e alguns municípios em fins de julho recrudescendo em setembro de 1876. Manifestou-se gravemente entre os pequeninos já debilitados por bronquites agudas, convulsões, vermes, dentição, afecção cerebral e febre tifóide. Seus efeitos foram assustadores naquele ano, ceifando de três a seis rebentos diariamente perfazendo um total de 300 a 400 vítimas declaradas no período de novembro a dezembro, quando diminuiu a sua intensidade.<sup>22</sup>

Em Goiás, as crianças viviam livres perambulando para todos os cantos, distantes do controle repressor dos pais. Essa liberdade ampla e o contato ilimitado com o meio ambiente propiciavam a incidência de variadas doenças, sobretudo vermes e o bicho-de-pé, considerado uma praga local.<sup>23</sup> Na visão do viajante Oscar Leal que visitou a região nas últimas décadas do século XIX:

Neste estado ainda há muita gente que entende ser vaidade o asseio, e para prova vejamos como crescem as crianças goyanas, ainda mesmo filhas de homens ricos. Andam descalsas, com os rostos cheios de terra, roupa grossa, chapéu roto as mais das vezes, immundas e sujas. Quase sempre quando um menino chega a ir para o Rio de Janeiro ou S.Paulo a educar, vae mais com feição de caboclo ou de índio do que mostrando ser filho de família educada.<sup>24</sup>

No mundo rural, quase que literalmente sem porteira, esse alvedrio amplo, condizente com o ambiente, habilitava às crianças dos arraiais e

21 Arquivo Histórico do Estado de Goiás. Caixa 247, *Relatório de Saúde, 1875*, p.4.

22 Arquivo Histórico do Estado de Goiás. Caixa 0258, Pacote 1, 1876. Conteúdo: Saúde - Relatório do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara.

23 VALDEZ, Diane. *Filhos do pecado, moleques e curumins: imagens da infância nas terras goyanas do século XIX*. Goiânia, GO: Universidade Federal de Goiás, 1999 (História, Dissertação de mestrado).

24 LEAL, Oscar. *Viagem às terras goyanas (Brazil Central)*. Goiânia: Editora da Universidade Federal de Goiás, 1980, p.44-45.

cidades inesgotáveis possibilidades de brincadeiras e diversões. Aproximando, talvez em muito, na maneira de viver, livre e solta, dos curumins que habitavam o território.

O viajador Pohl teve a oportunidade de verificar, *in loco*, a rotina dos índios Apinajé, atentando sobretudo para a educação e o tratamento de doenças:

Quanto à educação propriamente dita, esses filhos da natureza não lhe dedicam cuidados especiais. As crianças fazem, livremente tudo o que querem, mesmo quando, por travessuras da idade, quebram objeto mais estimados, não são castigados. Por isso, naturalmente, quase nunca se vêem crianças chorando, exceto quando estão doentes ou sentem dores. Na absoluta falta de médicos, curam suas doenças com os chamados remédios caseiros.<sup>25</sup>

É interessante observar que a falta de dados relacionados às enfermidades que recaiam sobre as comunidades indígenas, parece revelar um mundo à parte em relação à sociedade dos brancos e mesmo dos afrodescendentes. As razões para a omissão são inúmeras e podemos apontar especialmente para duas delas. A primeira relaciona-se à visão que foi formada historicamente do europeu em relação aos indígenas. Santos Filho,<sup>26</sup> na obra *História Geral da Medicina Brasileira*, afirma que os indígenas eram “naturalmente sadios” e “suportavam, sem prejuízo para a saúde, as intempéries e os inconvenientes da vida nas selvas”. A outra refere-se à perspectiva assimilacionista e integradora acerca dos indígenas, que os percebia como seres em transição de uma estágio primitivo (infância da civilização) para um estágio no qual seriam realmente civilizados.<sup>27</sup> Na verdade a saúde indígena foi deixada a cargo, primeiro deles mesmos em razão do conhecimento milenar adquirido por parte da medicina indígena e depois dos missionários religiosos católicos (jesuítas, salesianos, capuchinhos) do século XVI em diante, e a outras missões religiosas, sobretudo protestantes e evangélicas, a partir do século XX.<sup>28</sup> Entretanto, vale lembrar que o Estado brasileiro, principalmente a partir do período republicano, toma iniciativas, tendo em vista um maior controle das populações indígenas, como a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1910, ligado ao Ministério da Agricultura e chefiado pelo Marechal Rondon.<sup>29</sup> De qualquer modo, a saúde indígena só mereceria maior atenção a partir da

25 POHL, Johann Emmanuel. *Viagem ao interior do Brasil*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1976, p.251.

26 BAIDA, Rosângela; CHAMORRO, Cândida Graciela Arguello. Doenças entre indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII. *Revista História em Reflexão*, Dourados, MS, v.5, n.9, p.2, jan./jun. 2011.

27 SOUZA, Luciene Guimarães de. *Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2008, p.11 (Saúde Pública, Tese de doutorado).

28 YAMAMOTO, Renato Minoru. Introdução à saúde indígena. In: FUNASA. *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Ministério da Saúde, 2004, p.11.

29 PAGLIARO, Heloisa. *A revolução demográfica dos indígenas no Brasil: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu. Mato Grosso 1970-1999*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002, p.88 (Epidemiologia, Tese de doutorado).

Constituição de 1998, que finalmente reconheceu o Brasil como um país pluriétnico e plurilíngue.

Mesmo inexistindo registros relacionados à mortalidade infantil entre os indígenas a partir da documentação arrolada, sabe-se que o índice era elevado entre esse grupo social. Em Goiás, de acordo com Valdez, a varíola foi a moléstia mais cruel entre os indígenas. Contra esse mal, os Xavantes buscavam alívio por meio de vários banhos diários nos rios mais próximos da aldeia. Em relação ao bócio, essa moléstia afetava a todos na localidade de Natividade, e frequentemente nasciam crianças com ela.<sup>30</sup> Parece que só os índios estavam livres desse mal, conforme as impressões de Pohl e Saint-Hilaire em relação aos Caiapós. Contudo, num período bastante curto a mestiçagem supriu a aparente “imunidade” do índio em relação ao bócio.<sup>31</sup> De acordo com o relato de D’Orbigny, da segunda metade do século XIX, a papeira incidia com maior prevalência nos mestiços, seja de negros e índios (cafuzos), seja nos índios e brancos (mamelucos).<sup>32</sup>

No que concerne à saúde das crianças, os viajantes estrangeiros notaram certa harmonia entre os elementos profiláticos dos indígenas aliados na prevenção de enfermidades e nos procedimentos de higiene infantil, provenientes da medicina europeia, e aos tratamentos aplicados pelos pais.<sup>33</sup> Os pais dos pequeninos, não só dos curumins, valiam-se de vários meios para protegê-los das influências malignas, sobreveste de amuletos confeccionados a partir de raízes de árvores e de ossos de animais.

Privados de assistência médica, os goianos se valiam de plantas e raízes medicinais, cultivadas em canteiros nos arredores das suas moradas, para tratamento dos seus diversos males. Aproveitavam, também, outros produtos de natureza vegetal (cascas, folhas, frutos, sementes, óleos e resinas) e animal (couro, gordura, excrementos) provenientes da mata que, sem dúvida, se constituía na melhor botica dos sertões.<sup>34</sup> Os minerais e substâncias químicas industrializadas presentes nos compostos homeopáticos eram utilizados, porém, em menor escala.<sup>35</sup>

Em relação à propagação das infecções de qualquer natureza, esta relaciona-se às condições higiênicas, ao tipo de organização da vida social e ao estado de nutrição da população. No século XIX, o escorbuto, a disenteria, o tifo e a cólera afligiram os grupos humanos que sofriam de

30 GARDNER, George. *Viagens no Brasil*: principalmente nas províncias do norte e nos Distritos de ouro e do diamante. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1975, p.158.

31 MEDEIROS NETO, Geraldo de. *História do bócio endêmico no Brasil: origens e causas*. São Paulo: Secretaria de Cultura, Esportes e Turismo, 1975, p.49.

32 D’ORBIGNY, Alcides. *Viagem pitoresca através do Brasil*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1976.

33 VALDEZ, Diane. *Filhos do pecado, moleques e curumins*, p.120.

34 HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Caminhos e fronteiras*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

35 ANZAI, Leny Caselli. *Vida cotidiana na zona rural do município de Goiás 1888-1930*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 1985 (História, Dissertação de mestrado).

subnutrição e avitaminose. Os indivíduos com saúde podem suportar, sem serem infectados, doses maciças de bactérias, mas os riscos aumentam consideravelmente quando as condições gerais do indivíduo exposto ao contágio são precárias. Da mesma forma, a carência de vitamina B7, fornecida essencialmente pela batata e pelo leite, implica um importante aumento de doenças mentais, enquanto a falta de vitaminas A, D, E (por causa da insuficiência de legumes verdes, frutas, manteigas, gorduras e leite) pode provocar casos de oftalmia, anemia e raquitismo.<sup>36</sup>

### Alimentação infantil

Nos últimos anos o tema alimentação tem despertado o interesse dos historiadores brasileiros,<sup>37</sup> graças ao diálogo cada vez mais intenso entre os estudiosos de diversas áreas do conhecimento engajados nas vias da interdisciplinaridade. Contudo, ainda pouco se conhece sobre o nutrimento das crianças nas épocas passadas.

Sabe-se, atualmente, que o leite materno constitui-se no alimento apropriado para as crianças nos primeiros anos de vida, pois possui os nutrientes necessários para o seu pleno desenvolvimento. Mas nem sempre foi assim. Se remontarmos aos primórdios da humanidade, a partir do momento que o homem começou a cultivar alimentos e criar animais, “levou um bom tempo até que as fêmeas pudessem ser ordenhadas. Com a domesticação de rebanhos, muitas crianças passaram a sobreviver sendo alimentadas com leite animal, oferecido por meio de utensílios ou mamando diretamente do ubre”.<sup>38</sup> Não obstante, deve-se que considerar que “a amamentação é, também, uma relação humana, portanto inscrita na cultura e submetida à esfera social inserindo uma complexidade própria ao fenômeno que transcende o aspecto nutricional que lhe é inerente e ultrapassa a diáde mãe-filho”.<sup>39</sup>

36 SORCINELLI, Paolo. Alimentação e saúde. In: FLANDRIN, Jean Louis; MONTANARI, Massimo. (orgs.). *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

37 No Brasil, esse temário vem conquistando cada vez mais partidários, disposição que tem estimulado, sobretudo a criação de grupos de trabalhos e encontros regionais consagrados ao mote. Os resultados positivos dessa empreitada podem ser averiguados na crescente produção de obras que não só enriquece a historiografia como também sugere novos temas de pesquisas. O site *História da alimentação: história, cultura e sociedade* (<<http://www.historiadaalimentacao.ufpr.br/>>) dirigido pelo professor Carlos Roberto Antunes dos Santos da Universidade Federal do Paraná, criado em 2004, somado aos dossieres produzidos pelas revistas *Estudos Históricos* 53 (2004), *História: Questões & Debates* 42 (2005), *Nossa História* 29 (2006) também ilustram essa realidade, divulgando resultados de extensas pesquisas realizadas em arquivos e bibliotecas, a partir da identificação e análise de fontes originais, a historiografia da alimentação. Vários desses estudos contemplam em suas análises o objeto de forma mais abrangente, com suas conotações econômicas, sociais, psicológicas, médicas, biológicas, entre outras apreciações. Ver também o estudo pioneiro de: CASCUDO, Luiz da Câmara. *História da alimentação no Brasil*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1983.

38 CASTILHO, Sílvia Diez; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.86, n.3, p.179, 2010.

39 BOSI, Maria Lúcia Magalhães e MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará*, Fortaleza, v.1, n.1, p.17-25, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

A conduta sobre os cuidados com as crianças, do mundo ocidental, tem suas raízes no conhecimento médico greco-romano e árabe. De acordo com Hipócrates,<sup>40</sup> assim que apontasse os primeiros dentes, dever-se-ia oferecer alimentos sólidos, pré-mascados ao bebê.<sup>41</sup>

Os primeiros textos romanos que discorreram sobre os cuidados com crianças foram escritos, provavelmente, por Sorano<sup>42</sup> e Galeno, médicos gregos que clinicaram em Roma no início da era cristã. Esses clínicos recomendavam cuidados na escolha de uma ama, atentando-se tanto às qualidades do leite quanto às da mulher. Especial atenção devia-se dar à idade, às condições de saúde, à estatura, ao temperamento e à moral, uma vez que admitiam que ao sugar o leite, a criança absorvia as características da nutriz. Ou seja, acreditava-se que os maus hábitos das nutrizes podiam ser transmitidos por meio da amamentação. O médico persa Avicena também acreditava que a saúde e as características da nutriz influenciavam a saúde do bebê. Assim, se ela enfermasse, deveria ser substituída prontamente por outra criadeira.

Diez e Barros Filho atribuem à Renascença e à Reforma a responsabilidade por mudanças nos costumes, estimulando o surgimento de manuais de orientação para as parteiras. O discurso, contudo, permanecia no aleitamento, mas a insuficiência de informações sobre a alimentação alternativa não deve ser glosada como uma prática raramente empregada.

As teorias de Avicena, Sorano e Galeno, que até então dominavam as recomendações médicas, começaram a modificar com a publicação de *The accomplitsh midwife* (1668) do obstetra francês François Mauriceau. De acordo com Diez e Barros Filho, nesta obra percebe que

mudanças ocorreram principalmente em relação à alimentação de lactentes cujas mães não tinham leite para amamentá-los. Papas e outros substitutos passaram a ser mais aceitos do que o emprego de amas. O interesse pelo recém-nascido deu lugar ao binômio mãe-filho, e, posteriormente, o enfoque recaiu sobre o bem-estar da mãe.<sup>43</sup>

40 Médico grego (Cós, 460-Tessália, 377 a.C.) considerado por muitos uma das figuras mais importantes da história da saúde, frequentemente considerado “pai da medicina”. Um dos seus conceitos terapêuticos foi a distinção entre *sintomas* e *doenças*. Para ele, os sintomas são apenas *manifestações exteriores* de algo que está ocorrendo no organismo. Seu trabalho visava descobrir como funcionava o corpo humano, considerando a *ação* do ambiente e da alimentação. Em termos de tratamento, buscava o equilíbrio entre os quatro humores, sangue, flegma, bile amarela e bile negra, correspondentes aos quatro temperamentos, sanguíneo, flegmático, colérico e melancólico, e aos quatro elementos, ar, água, fogo e terra. A distinção dos humores e elementos é feita pela combinação de quatro atributos, quente, frio, seco, úmido. Cf: SCLiar, Moacyr. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

41 CASTILHO, Sílvia Diez; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes.

42 Médico grego nascido em Éfeso, Ásia Menor, que clinicou em Roma e Alexandria no século II da época cristã. Traduziu obras de Hipócrates e Galeno. Autor de um *Canon* médico contendo considerações teóricas, descrição de doenças e regras de higiene. Foi pioneiro nos estudos e tratamentos de doenças infantis. Cf: SCLiar, Moacyr. *A paixão transformada*.

43 CASTILHO, Sílvia Diez; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes, p.181.

Exalta-se, costumeiramente, que o século XVIII foi um período de mudanças notáveis na imagem da infância. Donzelot denota, contudo, que o que se instala nessa época é uma reorganização dos comportamentos educativos em torno de dois pólos bem distintos: 1) a difusão da medicina doméstica, caracterizada por um conjunto de conhecimentos e de técnicas que deviam permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviços e colocar esses serviços sob a vigilância dos pais; 2) a “economia social” abrangia todas as formas de direção da vida dos pobres com o escopo de diminuir o custo social da sua reprodução, de impetrar um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos por intermédio da filantropia.

Até meados do século XVIII a medicina demonstrava pouco interesse pelas crianças e pelas mulheres, pois o parto, as doenças das parturientes e das crianças eram domínios das “comadres”. Com a instauração de políticas públicas orientadas para as famílias, observa-se o estreitamento de relações entre os médicos e as mães, constituindo-se num dos meios profícuos de coibir as ações dos charlatães e dos médicos não qualificados. Também numa atitude de difundir, entre as mulheres a arte da *enfermagem doméstica*. Assim, na percepção de Donzelot,

o médico, graças à mãe, derrota a hegemonia tenaz da medicina popular das comadres e, em compensação, concede à mulher burguesa, através da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica. A importância dessa aliança parece, a partir do final do século XVIII, ser capaz de abalar a autoridade paterna.<sup>44</sup>

Em relação às práticas orientadas para os segmentos sociais inferiores, a intervenção passava por outros canais que não o da difusão de livros e o do estabelecimento de uma aliança orgânica entre família e medicina. Várias associações filantrópicas e religiosas, por exemplo, foram instituídas com o intento de amparar as categorias pobres, moralizar seu comportamento, facilitar sua educação, convergindo seus esforços para uma restauração da vida familiar, forma primeira e fórmula mais econômica da assistência mútua. O escopo consistia em conciliar o interesse das famílias e o interesse do Estado.<sup>45</sup>

A Revolução Industrial promoveu, por sua vez, alterações na alimentação infantil, na medida em que as mulheres camponesas, que amamentavam seus filhos e os filhos dos mais afortunados, se transferiram para as cidades em busca de melhores condições de vida e de trabalho. A introdução de alimentos alternativos ao leite materno coincide com o aumento de altas taxas nos índices de mortalidade infantil. Somam-se a essa substituição, as

44 BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação, p.25.

45 BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação.

precárias condições de moradia nas cidades, as pessoas viviam amontoadas em cortiços com duvidosas qualidades de higiene. As crianças, sem os cuidados da mãe, eram entregues à sua própria sorte, nos braços de amas disponíveis ou em instituições sem credibilidade. O desconhecimento de técnicas para a conservação do leite, tanto durante o transporte da zona rural para a urbana quanto para o armazenamento em casa, prejudicava ainda mais a alimentação dos lactentes. A introdução de papas e leite não humano nas primeiras semanas de vida dos pequeninos elevava os índices de mortalidade a níveis exorbitantes<sup>46</sup>:

Na Itália, em 1865, 230 crianças entre 1.000 nascidas vivas morrem durante o primeiro ano de vida (enquanto na Prússia esse número é 200 e na França 168); 40 anos depois, graças à “melhoria do nível de vida das classes populares” e à limitação voluntária dos nascimentos (...), em particular nas cidades”, onde é possível “dar às crianças cuidados mais ternos e eficazes”, a relação é de 166 para 1.000 crianças nascidas com vida (e de 205 na Prússia e 145 na França).<sup>47</sup>

A transição direta após o desmame para uma alimentação rica em amido e provedora de calorias contribui para repercussão dos efeitos negativos na saúde dos bebezinhos nos primeiros anos de vida. Assim, o fim da amamentação constituía-se em outra etapa arriscada na existência dos nenês, e muitos faleciam quando se substituía o leite materno pela alimentação sem nutrientes essenciais. Em relação à normatização da amamentação, Costa considera que à inserção dos médicos na vida privada das famílias, por meio da puericultura, sobreveio a medicalização do ato de amamentar e o aleitamento materno deixou de ser um saber peculiar às mulheres. O aleitamento em livre demanda – processo que consiste na oferta da amamentação livre considerando a vontade da mãe e do nenê, mesmo que a criança não esteja com fome, estimulando o contato físico e afetivo entre o bebê e a mãe – passou a ser controlado por horários rígidos, mecanismo impingido da ideia de controle e disciplina do corpo da criança, da mulher, normatizando o uso higiênico do seu tempo livre na casa e a sua disponibilidade para o mercado de trabalho, além de enfatizar a coesão do núcleo familiar. A puericultura responsabilizará a mãe pelo encargo e austeridade física e moral dos filhos.<sup>48</sup>

Além do problema da inadequação alimentar, havia outro, relacionado à ausência de horários das refeições dos infantes, questão de difícil solução como informa o Frei Audrin que viveu entre os sertanejos do norte de Goiás nos primeiros trinta e quatro anos do século XX.

46 CASTILHO, Silvia Diez e BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes.

47 SORCINELLI, Paolo. Alimentação e saúde, p.801.

48 COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

Nenhuma regra, nenhum horário para alimentá-lo, e se a mãe tiver de ausentarse, qualquer comadre ou vizinha encarrega-se de acalmar o exigente pequenino, dando-lhe o peito a mamá. Exatamente o sistema praticado entre os índios. O regime lácteo é, sem demora, julgado insuficiente; vem, então, as papas ou mingaus de farinha de mandioca, aos quais adicionam-se pedacinhos de carne ou de peixe. A mãe mastiga primeiro o bocado para introduzi-lo com o dedo na boca da criança. Daí, distúrbios gástricos, que provocam novos gritos e obriga a nova oferta do seio materno. É de admirar como não são mais freqüentes os acidentes que resultam de tão imprudente modo de alimentação.<sup>49</sup>

A maneira das mães goianas alimentarem seus bebês, notadamente proscrita por Audrin por causa dos efeitos danosos à saúde infantil, consistindo na mastigação do alimento até transformá-lo numa espécie de pasta antes de passá-lo para a boca do bebê, comprova a permanência de hábitos muito antigos herdados da medicina hipocrática: “o hábito de oferecer comidas pré-mascadas remonta há séculos, uma vez que Sorano e Galeno já o mencionavam. Talvez por ser um costume comum, as pessoas não acreditavam que podiam trazer dano à saúde”.<sup>50</sup>

Mais longo era o tempo de amamentação entre os indígenas, isentos de regras rígidas de desmame como reforça Valdez a partir das observações de Pohl:

Para conduzir comodamente os filhos, que amamentam até os cinco anos de idade, as mulheres usam faixas apropriadas, para esse fim. As faixas têm cinco centímetros de largura, são feitas de folhas de palmeira, bem entretecidas, e de vinte cordões, e pendem dos ombros para o lado do peito e das costas, juntamente com o adorno das sementes já mencionados. Nessa tipoia, põem a criança, cujas pernas enlaçam o corpo da mãe.<sup>51</sup>

Os bebês indígenas, de acordo com Pohl, viviam “escarrapachado no corpo da mãe”, a principal responsável pela sua sobrevivência após o nascimento. Na lida diária, nos trabalhos domésticos, cortando lenha e buscando água, lá estavam eles, agarradinhos ao corpo da progenitora.

Recobrando ainda as afirmações de Audrin, quanto às regras e horários de cuidados dos infantes do interior do Brasil, há de se considerar que a determinação de regras para refeições são compatíveis em segmentos sociais peculiares, já que é necessário ter mantimentos suficientemente previstos. Em uma sociedade em que a população majoritária vivia na área rural, em condição de pobreza evidente, sofrendo os efeitos da restrição de alimentos, comia-se quando havia comida e, portanto, nem sempre na hora certa; não se podia acostumar os bebês com horários rigorosos, “algum dia

49 AUDRIN, Frei José Maria. *Os sertanejos que eu conheci*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1963, p.49.

50 CASTILHO, Silvia Diez; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes, p.182.

51 VALDEZ, Diane. *Filhos do pecado, moleques e curumins*.

pode a mãe estar na roça, além do que a criança avisa, com o choro e a barriga murcha, que está com fome: e é só nesta hora que a mãe conhece que ela quer comer mesmo".<sup>52</sup>

As freqüentes crises de fome e a carestia dos víveres determinaram as possibilidades e as preferências alimentares da gente goiana, fundamentada numa dieta prosaica e sem importantes alterações ao longo do tempo. Mesmo os abastados, em diversos momentos, sofreram os efeitos daquela conjuntura. Os desprovidos de renda, mormente os livres pobres e escravos, periodicamente padeciam da escassez, e mesmo em condições normais de abastecimento sofriam privações.<sup>53</sup>

Gêneros alimentícios como mandioca, milho, arroz e carne-seca, certamente saciaram a fome de muitos, mas em longo prazo se revelaram como responsáveis por várias endemias.

Em relação ao milho – consumido de diversas maneiras pelos goianos por meio de farinhas, pamonhas, canjas, bolos etc. –, as sociedades que têm nele a sua base nutricional estão mais propícias às doenças carenciais. Mesmo permitindo a sobrevivência, o milho não possibilita qualquer contribuição – quer se trate de proteínas, vitaminas, calorias ou sais minerais – em relação aos parâmetros nutricionais de alimentação modelo. O milho rompe, sem dúvida, o círculo vicioso da escassez de víveres, entretanto abre uma nova brecha nas defesas imunitárias do organismo.<sup>54</sup> As repercussões sanitárias do consumo do milho sob forma de pelagra, com seus diferentes estágios patológicos – diarréia, dermatite e demência –, podem ter sido graves em Goiás e outras partes do Brasil. As manifestações clínicas, que variam entre indivíduos e entre regiões, são alterações da pele, traumatismo do aparelho digestivo (diarréia) e do sistema nervoso (demência).<sup>55</sup>

Quanto à ingestão de arroz, observa-se que a sua produção aumentou gradativamente ao longo do século XIX a ponto se tornar superior à do feijão. A fartura desse cereal fez com que muitos desvalidos restringissem o consumo apenas a esse mantimento. Uma alimentação monótona fundamentada em arroz, contudo, cria brechas para outra avitaminose, o beribéri, deficiência de vitamina B no organismo humano. Entre as vitaminas B, conta-se a tiamina, encontrada na cutícula dos cereais, e a niacina, contida na carne fresca. No início do século XX, alguns cientistas descobriram a nítida relação entre a manifestação do beribéri e o regime alimentar baseado no arroz descascado. Eles notaram a expansão dessa doença juntamente com a introdução de técnicas modernas na indústria de moagem do arroz,

52 CAMPOS, Márcia S. *Poder, saúde e gosto: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo*. São Paulo: Cortez, 1982, p.75.

53 MAGALHÃES, Sônia Maria de. *Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Franca: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2004 (História, Tese de doutorado).

54 SORCINELLI, Paolo. *Alimentação e saúde*.

55 SILVA, Alberto Carvalho da. Nordeste, desespero ou desesperança. *Ciência Hoje*, n.5, p.64, 1983.

que retirava com grande eficiência as cascas dos grãos ricas em vitamina B. Mesmo não possuindo uma dieta tendo o arroz como alimento básico, em várias regiões, o beribéri encontrava-se presente entre a população brasileira do período colonial.<sup>56</sup>

Kiple, contudo, em estudo sobre a mortalidade infantil no Brasil do tempo da escravidão, responsabiliza a dieta básica do brasileiro, dos escravos em particular, baseada em mandioca e carne-seca pela alta incidência do beribéri no território. A farinha de mandioca é mais deficiente em tiamina do que o arroz sem casca. Mesmo que a carne fresca seja a principal fonte de tiamina, a carne-seca é totalmente desprovida dessa vitamina, em função dos processos de secagem ao sol e salga. A ingestão insuficiente de tiamina pode afetar o sistema nervoso ou cardiovascular. Outros sinais de carência de riboflavina (vitamina B) são a estomatite angular (lesões no canto da boca) e a queilose (lesões dos lábios).

A deficiência energético-protéica associa-se quase sempre a outras formas de desnutrição causadas pela falta de alguns nutrientes, destacando-se a hipoavitaminose A, o bócio e a anemia.

A cegueira noturna (acentuada redução da perspicácia visual noturna), por sua vez, é atribuída à carência de vitamina A, que acomete a retina, a conjuntiva e a córnea. Os goianos também estavam propensos a essa avitaminose porque ingeriam quantidades insuficientes de legumes e verduras. A área reservada à horta era exígua, o que indica a pouca importância dada nos sertões às hortaliças: “a horta é praticamente desconhecida e ninguém, por lá, sente a utilidade das verduras. Ouvimos, mais de uma vez, sertanejos manifestarem o seu pouco interesse pela alface, alegando que não comiam capim”.<sup>57</sup>

O abastecimento irregular e os preços exorbitantes cobrados pela carne bovina restringiam o seu consumo aos mais abastados. Os livres pobres e os escravos, obviamente, raramente ingeriam esta proteína. No ano de 1887, o Inspetor de Saúde doutor José de Campos Carneiro traçou um painel sobre as causas que mais concorriam para o desenvolvimento de certas moléstias na capital de Goiás, dentre elas a alimentação. Nesse relatório, Carneiro responsabiliza a deficiência alimentar pela grande incidência de pessoas anêmicas na capital da província: “Na alimentação das pessoas abastadas, a carne entra apenas por um quarto de sua alimentação. Nos pobres ela entra como visita uma ou outra vez por semana”.<sup>58</sup>

A carne possui um critério importante para o estabelecimento do nível de vida da população, sendo que a tendência à diminuição ou elevação de sua taxa de consumo é considerada como muito significativa. No relatório

56 KIPLE, Kenneth. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil.

57 AUDRIN, Frei José Maria. *Os sertanejos que eu conheci*, p.51.

58 Arquivo Histórico do Estado de Goiás. Caixa 372, Pacote 1, 1889. Conteúdo: saúde pública – relatórios.

de saúde citado transparece a preocupação do médico com a sua função claramente nutritiva, já considerada um indispensável complemento na dieta da população. Nesta época, essa proteína apresentava-se como nutrimento indispensável. Atestava-se o pauperismo dos indivíduos na possibilidade de degustá-la apenas uma ou duas vezes semanalmente. Pior condição social possuía aqueles que a comiam seca ou defumada. Ainda nesse período, consumir carne bovina fresca era um privilégio dos grupos mais abastados.

Apesar de a pecuária constituir a base de sustentação da economia goiana no século XIX, poucas pessoas se beneficiavam da produção, uma vez que os rebanhos bovinos direcionavam-se cada vez mais aos mercados mineiro, paulista e baiano. A pouca carne negociada localmente ficava nas mãos dos monopolistas e alcançava cifras exorbitantes, e mesmo nas áreas das grandes fazendas de gado, localizadas principalmente no norte da província, somente os fazendeiros a consumiam habitualmente.

O desabastecimento de sal marinho consistiu num dos grandes problemas de Goiás ao longo do oitocentos, todavia, só no século seguinte, com a identificação das vitaminas graças ao desenvolvimento da ciência da Nutrição, é que foi possível avaliar o impacto dessa carência crônica e severa de iodo por meio da endemia bociosa e do cretinismo tão disseminados naquele território.

O arrefecimento dos hormônios tireoidianos na fase intrauterina ocasiona lesões nas células sensoriais da papila acústica e nas do sistema nervoso. Os resultados desta má-formação são nascimentos de nenés com surdo-mudez congênita,<sup>59</sup> várias manifestações neuromusculares e deficiência mental.<sup>60</sup>

A história da infância no Brasil, sobretudo no concerne às condições de saúde e doenças dos pequeninos, permanece ainda repleta de silêncios. Contudo, por meio dos registros de óbitos emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara da cidade de Goiás foi possível trazer à lume várias moléstias dessa faixa etária relacionadas com a deficiência alimentar. Entre as crianças, seus efeitos foram averiguados; por exemplo, por meio dos sintomas de marasmo, fraqueza, molifica, atrepsia (marasmo dos recém-nascidos), raquitismo, dentição, caquexia, anemia, mielite (concebida pelos médicos locais como beribéri) e inúmeras doenças gastrintestinais. Ademais, as informações contidas nos registros de óbito somadas àquelas

59 No século XX, os médicos Belisário Penna e Artur Neiva em expedição científica ao norte do Estado perceberam a relação de bocio, cretinismo e deficiência de audição nos municípios de Duro, Natividade, Pilar e Descoberto.

60 Apesar de o problema do bocio endêmico ser conhecido e descrito por mais de dois séculos, a legislação para garantir o combate da endemia iniciou-se em 1948, com o então deputado Café Filho, que apresentou ao Legislativo Nacional, projeto de lei visando tornar obrigatória a iodetação do sal de cozinha, destinado ao consumo alimentar nas regiões bocígenas do país. Depois de prolongada tramitação foi aprovado sob a forma do substitutivo Miguel Couto Filho, transformando-se na Lei 1944, de 14/08/1953, que tornou obrigatória a iodetação do sal em áreas bocígenas do país. Cf: MEDEIROS NETO, Geraldo de. *História do bocio endêmico no Brasil*, p.79, p.83.

dos relatórios dos presidentes de província e de saúde, bem como aquelas oriundas dos diários dos viajantes estrangeiros que visitaram a província de Goiás, contribuem para descortinar os problemas relacionados às condições de existência, saúde e doenças das crianças goianas, negligenciados pela historiografia até então.