

“Notícias” sobre o beribéri em Goiás

“News” about beriberi in Goiás

MAGALHÃES, Sônia Maria. “Notícias” sobre o beribéri em Goiás. *Fronteiras: Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente*, Anápolis-Goiás, v.2, n.2, jun.-dez. 2013, p.15-26.

Sônia Maria de Magalhães

Doutora em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil. Docente na Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Brasil.

soniademagalhaes@yahoo.com.br

Resumo

Esta análise confere notícias sobre a incidência do beribéri em Goiás no século XIX. Embora a literatura médica do período não mencione ocorrências dessa mazela na região, a pesquisa documental constituída sobretudo por registros de óbito, de administradores da províncias e de diários de viagem tem comprovado que ela se manifestava de forma endêmica e, por vezes epidêmica no território.

Palavras-chave: Doenças, beribéri, Goiás, alimentação.

Abstract

This analysis provides news about the incidence of beriberi in Goiás in the nineteenth century. Although the medical literature of the period do not mention occurrences of illness in the region, the documentary research consists mainly of records of death, administrators of provinces and travel diaries have proven that it manifested itself so endemic, and sometimes epidemic in territory.

Keywords: Diseases, beriberi, Goiás, food.

A partir da segunda metade do século XIX proliferaram as monografias médicas dedicadas às temáticas relacionadas à nutrição, habitação, costumes dos habitantes e saúde, ressaltando a relação desses fatores com a ocorrência de doenças endêmicas e esporádicas (Engel, 1989). As implicações da alimentação sobre o organismo humano e suas repercussões por meio de moléstias tornaram-se interessante objeto de investigação, a exemplo das teses apresentadas às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. A “História da Alimentação”, de Hernani Pereira (1887), a análise de Gama Lobo sobre a avitaminose “A” e a de Raimundo Nina Rodrigues sobre o consumo de farinha de mandioca (1897-1904), exemplificam essa tendência. As matérias sobre alimentação, produzidas nas instituições de ensino do Rio de Janeiro e da Bahia, desenvolveram-se no campo da higiene alimentar. O reconhecimento acadêmico da ciência da Nutrição ocorreria somente no século XX.

Um levantamento sumário realizado no catálogo de defesas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro — ainda que a relação consultada apresente lacunas - mostrou que no período de 1850 a 1900 foram defendidas 89 teses, cujos temas estavam direta ou indiretamente relacionados aos efeitos da inadequação alimentar, sendo as moléstias mais estudadas, a opilação e o beribéri¹.

Nessa análise concederemos atenção peculiar ao beribéri, sendo que um dos casos mais antigo foi registrado na Bahia em 1863 pelo professor Silva Lima, que, a partir de então, começou a estudá-la de modo sistemático. Divulgou seus estudos e observações, numa série de artigos publicados na Gazeta Médica da Bahia, no período de 1866 a 1869, intitulado “Contribuição para a história de uma moléstia que reina atualmente na Bahia sob a forma epidêmica e caracterizada por paralisia, edema e fraqueza geral”. Alguns anos depois, Silva Lima reeditou seus trabalhos no “Ensaio sobre o beribéri no Brasil”, tornando-se obra de referência, indispensável para o conhecimento da doença, sobretudo o seu aspecto clínico. Posteriormente, a investigação original de Nina Rodrigues sobre a incidência dessa enfermidade no Asilo São João de Deus, recolhimento de alienados, demonstrou que a ocorrência de epidemias de doenças carenciais estava relacionada simultaneamente ao crescimento do número de alienados na condição de confinamento e às crises financeiras, situação que gerava diminuição expressiva da quantidade e da qualidade de víveres fornecidos aos internos. Portanto, à frente do seu tempo, Rodrigues chega a levantar a verdadeira etiologia do beribéri, ao questionar tanto a concepção miasmática — emanções pútridas de animais e vegetais a que se atribuía, antes das descobertas da microbiologia, a contaminação das doenças infecciosas e epidêmicas — quanto a teoria infecciosa dessa enfermidade (Jacobina, 2001, p.124). Nessa época a etiologia e as formas de transmissão das moléstias eram desconhecidas. A questão

teórica primordial para os médicos brasileiros que investigavam o beribéri era saber se a manifestação ocorria por contágio ou infecção. Para a vertente contagionista, as doenças se explicavam pelo aparecimento de um veneno específico que, “uma vez produzido, podia se reproduzir no indivíduo doente e assim se espalhar na comunidade, e isso independente (Chalhoub, 1996, p.64). A infecção, por sua vez, se processava por meio das ações dos miasmas, emanções deletérias de origem animal e vegetal, presentes na atmosfera. Mesmo as pesquisas dessa época que associavam a causa do beribéri com o consumo do arroz polido, o vigor da teoria microbiana se manteve, por causa da dificuldade de se explicar o mecanismo de sua origem a partir desse cereal. Assim, os paradigmas do contágio e da infecção se combinavam amiúde, quando os médicos discutiam a etiologia e as formas de transmissão desse mal. Somente no século XX, graças a emergente ciência da nutrição, descobriu-se que se tratava de uma hipovitaminose.

Para os membros do agrupamento científico da chamada Escola Tropicalista Baiana, reconhecida como o limiar da pesquisa científica do campo da parasitologia, a especialização no tratamento das “doenças tropicais” conferia um caráter “nacional” à medicina, e deveria ser estimulado o seu desenvolvimento (Ferreira et.al.,1994).

O beribéri em Goiás

O beribéri deriva de uma palavra cingalesa, que significa fraqueza. É conhecida desde a antiguidade no Japão, descrita também nos primeiros tratados médicos chineses. As formas de beribéri, o “úmido” e o “seco”, têm sido muitas vezes consideradas como doenças distintas. O primeiro caracterizava-se pelo inchaço e complicações cardíacas, perda dos sentidos, do tato, elevação da temperatura e dor. O segundo manifestava-se com pouco inchaço, com perda progressiva do controle motor seguido de atrofia dos músculos dos membros paralisados e uma síndrome de incapacidade geral. A forma seca, com maior probabilidade de óbito, podia provocar nos doentes, paralisias incuráveis. A descoberta da etiologia do beriberi provocada por uma deficiência nutricional, carência de vitamina B no organismo humano, levou à identificação e ao estudo das vitaminas. Essa mazela não foi apenas uma causa de enorme sofrimento humano e morte, mas também uma das doenças mais importantes para o desenvolvimento da ciência (Mead, 1995).

No Brasil do século XIX, o beribéri manifestava-se endemicamente e, eventualmente, epidemicamente. Circunstância que chamou a atenção dos médicos da época que passaram a mapear a sua difusão nas diversas regiões. As escolas médicas do Rio de Janeiro e da Bahia produziram vários trabalhos sobre o assunto tendo em vista a exigência que havia, na época, de se

elaborar uma 'tese' para conclusão do curso médico. A tese de José Garcia da Silva Loureiro sobre o Beribéri no Brasil, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia no ano de 1885, assinala os principais estudos que se dedicaram a essa afecção nas diversas áreas do país. Para a elaboração do seu trabalho, Loureiro deve ter empregado o mesmo recurso utilizado por outros pesquisadores da época, ou seja, enviava cartas e pedia informações sobre a moléstia a médicos estabelecidos nas diversas regiões (Lopes Filho, 1998). Contudo, nenhuma contribuição apresenta sobre Goiás, aliás, é uma das únicas províncias, juntamente com a do Paraná, da qual o autor não possui notícias: "os trabalhos que consultamos e as pessoas com as quais nos informamos não nos forneceram dados positivos acerca da manifestação do beribéri nesta província" (Loureiro, 1885).

Mas como justificar a falta de informações para a província de Goiás: será que os médicos locais não responderam às cartas do solicitante? Será que a posição geográfica da região, situada no interior do território, distante do Rio de Janeiro colaborava para a falta de informação? A notificação facultativa banalizava a ocorrência dessa moléstia?

Se a pesquisa de Loureiro nada informa sobre a região em estudo, dos registros de óbito, poucos na verdade, emergem subsídios importantes para análise da incidência do beribéri na província de Goiás.

O estudo da relação da alimentação com a morbidade no século XIX, do mesmo modo, oferece inúmeros obstáculos, uma vez que poucos médicos da época percebiam a vinculação dela com a doença. Os princípios da bioenergética, graças às experiências de Lavoisier e Laplace, já eram conhecidos pelos doutores. Dentro desse novo conceito, considerava-se o alimento não só fornecedor de matéria, mas também de energia, reintegrando o organismo nos seus gastos materiais e energéticos. Essa definição, completa para os fisiologistas dos fins do século XIX, só mudaria com a inserção da noção de vitaminas na ciência da nutrição no início do século XX (Castro, 1948).

Mesmo sabendo dos inúmeros obstáculos existentes para a realização dessa pesquisa, sabendo, obviamente, que nenhuma morte justificar-se-ia pela carência de vitaminas, iniciou-se a pesquisa nos registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara da cidade de Goiás a partir da inauguração do cemitério público em 1859. Ocasão em que os enterros e serviços fúnebres passaram a ser da responsabilidade desse nosocômio, melhor maneira encontrada pelo governo provincial para aumentar os rendimentos da instituição (Magalhãesb)

A apreciação dos sintomas ou doenças permite estabelecer, ainda que de forma genérica, elaborar um diagnóstico sanitário da região. Arrolou-se 2.590 óbitos, sendo 232 referentes à

população escrava e 2.358 à livre. O levantamento foi feito, 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. Em relação aos indígenas, nenhum registro de óbito foi encontrado².

De um modo geral, 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.

Por meio de vários registros de óbitos, muitos avulsos, outros anotados em livros, embora deteriorados pela ação do tempo e pelo descaso, averiguou-se o impacto das moléstias sobre a população livre e escrava, como evidencia a tabela que apresenta as causas de doenças e mortes de livres e escravos na cidade de Goiás ao longo do século XIX.

Tabela das causas da morte de livres e escravos na cidade de Goiás, 1859-1900

Doenças	Livres	%	Escravos	%	Total números absolutos e %
Da infância, gravidez e parto	236	29,72	24	24,25	260 - 29,12
Infecciosas e parasitárias	165	20,78	13	13,13	178 - 19,94
Do aparelho digestivo	147	18,51	39	39,39	186 - 20,83
Do aparelho circulatório	83	10,46	7	7,07	90 - 10,08
De transtornos mentais e sistema nervoso	50	6,3	7	7,07	57 - 6,39
Do sangue e nutricionais	31	3,9	1	1,01	32 - 3,59
Do aparelho respiratório	25	3,14	1	1,01	26 - 2,91
Do aparelho geniturinário	13	1,63	1	1,01	14 - 1,56
De neoplasias	12	1,51	2	2,02	14 - 1,56
De sintomas mal definidos	12	1,51	0	0	12 - 1,34
De pele e do tecido subcutâneo	11	1,39	2	2,02	13 - 1,45
De lesões, envenenamentos e outras causas externas	9	1,15	2	2,02	11 - 1,23
Total	794	100	99	100	893 - 100

Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total: 2.590

A tabela apresentada fornece um panorama geral das doenças reinantes em Goiás a partir de meados do século XIX. Percebe-se, numa análise bastante rápida, que as doenças da infância, gravidez e parto; infecciosas e parasitárias; do aparelho digestivo ceifaram muitas vidas.

Numa época em que se desconhecia a causa das doenças foi muito difícil rastrear as enfermidades relacionadas com a deficiência alimentar.

Entre as doenças nutricionais identificadas o beribéri aparece em primeiro lugar com 17 casos, seguido por marasmo (6 casos entre livres e 1 entre escravos), caquexia (2 casos entre livres), anemia e cloro anemia (1 caso entre livres) e o bócio, que aparece uma única vez³. As informações

qualitativas arroladas elucidam mais do que os dados quantitativos, uma vez que os números apresentados subestimam o verdadeiro ímpeto do beribéri naquele território, mas suas manifestações nas formas paralítica, mista e aguda demonstram que os goianos padeciam de deficiências nutricionais graves.

Crianças que faleciam de dentição, entre um e seis meses, sugerem fortemente como causa o beribéri infantil (Karasch, 2000, p.254). 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.

Na sua tese, Loureiro apresenta os debates médicos travados pelos médicos da época acerca dessa moléstia. Como os doutores ignoravam a causa do beribéri, tratavam-na a partir dos seus sintomas. Assim, Sodré Pereira categorizou-a pela sua intensidade, definindo-a como benigna ou grave. Manoel Joaquim Saraiva considerou a sua duração para classificá-la nas fases hidrópica ou paralítica, ora aguda, ora crônica. Já Domingos Carlos formulou a sua classificação baseando-se na vasta sintomatologia beribérica: anasárquica, gástrica, hepática, duodenal, pulmonar, celíaca, cardíaca, cerebral, ambliópica⁴, pleurítica, glandular, sincopal espinhal⁵, intestinal e galopante. Garcia Loureiro, por sua vez, examinou basicamente duas formas, a simples (edema ou paralisia) e a complexa (edema e paralisia). Contudo, a divisão mais aceitável foi a do doutor Silva Lima, na qual ponderou três modos de manifestações: edematosa, paralítica e mista.

Os primeiros sintomas da manifestação edematosa são dificuldade de respirar e aumento do volume das pernas. Ao longo do tempo, o edema estende-se à face, ao tronco e aos braços, dificultando também a locomoção e a respiração. A urina diminui, os pulmões se congestionam e o fígado incha; o tipo paralítico manifesta-se por mal-estar, fraqueza geral e inaptidão para qualquer exercício. Sobrevém dor muscular, semelhante à reumática, os membros hesitam sobre o peso do corpo e, por fim, a paralisia. No seu estágio final, o pulso se descontrola (acelera e desacelera), aparecem suores frios e viscosos; a mista, por sua vez, caracteriza-se tanto pela paralisia das extremidades inferiores quanto pelo edema sem paralisia e, também, pelos dois sintomas simultaneamente, que se prolongavam por muitos meses. Em todos os casos, a morte configurava-se pela asfixia.⁶

Como inexistia consenso acerca desse mal, os médicos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara (Magalhães, 2004a), incorporaram as várias teorias dominantes, sem se preocuparem em seguir uma linha coerente, uma vez que os registros de óbito acentuam as designações

simultâneas tanto das vinculações teóricas do doutor Silva Lima (paralítica e mista) quanto do doutor Saraiva (aguda).

Além dos óbitos, os relatórios presidenciais e os de saúde, também os diários de viajantes confirmam que o beribéri grassava em Goiás, apesar de os médicos cariocas e baianos ignorarem o panorama nosológico da região.

Conhecida localmente como mielite (classificada na época como moléstia do aparelho cérebro espinhal)⁷, manifestava-se endemicamente e, por vezes, epidemicamente, como aconteceu no ano de 1881, ocasião em que ceifou muitas vidas.⁸ Acometia a todos indiscriminadamente, até mesmo os cirurgiões do Corpo do Exército Martiniano de Avellos e José Joaquim dos Santos Franco, que padeciam da forma mista.⁹ Também motivou o afastamento do chefe da Tesouraria Provincial, José Rodrigues Jardim, por dois meses para tratar-se fora do seu local de domicílio. Aqueles que possuíam condições financeiras recorriam à terapêutica na Corte, a exemplo de Avellos e Franco. Os carentes e desvalidos, no entanto, padeciam cronicamente desse mal.

Outra fonte reveladora da incidência do beribéri nessa região é o relato de viagem de Virgílio Martins de Mello Franco de 1877, intitulado Viagens pelo Interior de Minas Gerais e Goiás. O olhar de Mello Franco sobre o cenário nosológico de Goiás não é leigo, pois embora tenha obtido reconhecimento político e social na área do Direito (como juiz e Deputado Provincial, Senador) também era diplomado pela Escola de Farmácia de Ouro Preto (Blake, 1902).¹⁰ Ao refletir sobre a situação sanitária dessa província, alude, em várias páginas do seu diário, sobre a disseminação do beribéri no Brasil e em Goiás:

Assim os convalescentes de moléstias graves correm em busca de refúgio na Quinta do Bispo.

Muitos desembargadores da Relação, atacados de beribéri têm encontrado naquele sítio allivio para a terrível moléstia que tem invadido quase todo o Brasil, porém com mais intensidade, as províncias do norte e os sertões de Goyaz e Matto Grosso (Mello Franco, 1888, p.29).

Mello Franco presumia que se tratava de uma moléstia grave, disseminada em todo o Brasil, “sob o título de inchação de pernas”. A salubridade da Quinta do Bispo, localizada na cidade de Goiás, qualificava-a para abrigo dos molestados. Mesmo as pessoas mais abastadas, como os juízes dos tribunais de segunda instância, buscavam refúgio nela. Em outro momento do seu diário, o político lamenta o atraso da medicina empírica em vigor no sertão e a irracionalidade da terapêutica, sobretudo para o tratamento do beribéri, caracterizada, conforme a sua impressão, por anemia profunda.

Assim é que o beribéri é combatido eficazmente com centeio espigado, com diuréticos, banhos frios, etc., com uso da lima da Pérsia e outros fructos diuréticos. Como a moléstia é infecto-contagiosa, é preciso sem demora subtrair o doente às influencias locais e ao contacto com outros doentes, sob pena de reincidência immediata. . Quem já soffreu, , em vez de adquirir immuidade, ao contrario fica mais predisposto a contrahil-a (Mello Franco, 1888, p.35).

Não havia uma dieta específica para o portador dessa enfermidade, mas os clínicos recomendavam uma alimentação variada composta por caldos substanciais, carnes, legumes, frutas, vinhos, chás e café (Chernoviz, 1890).

A deficiência alimentar e seus efeitos sobre os goianos

Em Goiás, as frequentes crises de abastecimento determinaram as possibilidades e as preferências alimentares da sua gente, fundamentadas 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 de fome, e mesmo em condições normais de abastecimento sofriam privações.

A dieta deficiente em nutrientes desencadeia graves efeitos no organismo humano, influenciando na duração e na qualidade de vida, na capacidade de trabalho, no estado psicológico, atingindo situações-limite, como a da “fome psíquica”, a insatisfação crônica do estômago caracterizada por uma insaciável vontade de comer. Mesmo quando a pessoa se alimenta suficientemente para manter o rendimento muscular e o relativo equilíbrio orgânico, demonstra condições insatisfatórias de existência. A substituição de alimentos mais caros e raros por outros mais acessíveis e pobres ocorre, normalmente, em condições menos favoráveis de existência (Candido, 1987). Essas permutas apresentam-se mais evidentes nas sociedades dominadas pela produção alimentar para a subsistência, ocasionando efeitos negativos no equilíbrio alimentar, uma vez que o produtor não vende apenas o excedente, mas até o que lhe é necessário, reduzindo então o consumo, por vezes, a níveis baixíssimos. O lavrador ou pequeno proprietário goiano, cultivando em terras de baixa produtividade, carente de recursos técnicos e desprovidos de um mercado regular, dificilmente conseguia produzir um excedente comerciável que lhe assegurasse um rendimento suficiente para atender a suas necessidades mínimas, nem mesmo para a aquisição de sal. O desabastecimento de sal marinho consistiu num dos grandes problemas de Goiás ao longo do Oitocentos, todavia, só mais tarde, 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.

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 –, 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 da alimentação padrão. O milho rompe, sem dúvida, o círculo vicioso da escassez de víveres, entretanto abre uma nova brecha nas defesas imunitárias do organismo (Sorcinelli in Flandrin e Montanari, 1996). As repercussões sanitárias do consumo do milho sob a forma de pelagra, com seus diferentes estágios patológicos – diarreia, 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 e do sistema nervoso (demência), de acordo com Alberto Silva.

Quanto à ingestão de arroz, observa-se que a sua produção em Goiás aumentou gradativamente ao longo do século XIX a ponto de tornar superior à do feijão. A fartura desse cereal fez com que muitos desvalidos restringissem o consumo apenas desse grão (Magalhães, 2004c). Uma alimentação monótona fundamentada em arroz, contudo, cria brechas para outra avitaminose, o beribéri, deficiência de vitamina B no organismo humano, como mencionado anteriormente.

Kiple 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 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 causa para a incidência avassalante dessa enfermidade pode ser explicada pelas possibilidades de dietas de carboidratos com pouca gordura, levando muitas vezes à deficiência de tiamina e ao beribéri.

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

A cegueira (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” (Audrin, 1963, p.51).

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 nenês com surdo-mudez congênita, várias manifestações neuromusculares e deficiência mental.¹¹

A anemia, por exemplo, relaciona-se à insuficiência de ferro agravada geralmente por vermes como a ancilostomíase. Estudos realizados na década de 1980 mostraram que, embora a quantidade média de ferro na dieta do nordestino fosse satisfatória, este era pouco assimilado pelo organismo porque provinha em grande parte dos vegetais (Silva, 1983). Ainda que seja difícil de ser percebida em adultos, a má nutrição de proteínas pode ser notada por meio dos sintomas de apatia, depressão mental, letargia e lassidão.

Em suma, as informações contidas nos registros de óbito somadas àquelas 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 as moléstias relacionadas às deficiências alimentares, sobretudo o beribéri, negligenciados pela historiografia até então. A documentação pesquisada demonstrou que o beribéri foi presença costumeira em Goiás no século XIX. Além do beribéri, os goianos padeceram dos efeitos combinados de diversos nutrientes por causa do desabastecimento alimentar. Nesse sentido, sintomas de edemas, emagrecimento, dermatites, cegueira, moleza, deformidades, diarreias e nervosismo podem balizar enfermidades nutricionais. Assim: “pelagra, beribéri, deficiência de riboflavina, anemia por deficiência de ferro são testemunhas parciais do impacto das dietas inadequadas” (Karasch, 2000, p.257). Porém, dificilmente será possível avaliar o real impacto das doenças nutricionais, diante das circunscrições da ciência da época.

Notas

¹ Dentre estes 89 estudos, 28 são sobre alimentação e nutrição, 29 sobre hipoemia ou opilação, 17 sobre o beribéri, e outros 14 tratam de questões diversas relacionadas ao tema.

² As razões para a omissão de informações sobre os indígenas são inúmeras e pode-se considerar duas delas. A primeira relaciona-se à visão que foi formada historicamente do europeu em relação aos indígenas. Baida e Chamorro (2011) advertem que Lycurgo Santos Filho, 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 (Souza, 2008).

³ O bócio aparece uma única vez na documentação coletada, ausência facilmente explicável, uma vez que raramente provocava a morte entre as pessoas (Neto, 1975).

⁴ Imprecisão de visão sem que haja lesão orgânica perceptível do olho.

⁵ Relativo a ou que tem o caráter de síncope (parada ou diminuição dos batimentos cardíacos, acompanhada da suspensão da respiração e de perda da consciência).

⁶ Gazeta Médica da Bahia, 31/01/1868/p. 164.

⁷ Mielite, Hipoemia Intertropical, Mal de Bright, lesões cardíacas, entre outras, costumeiramente eram confundidas com o beribéri. Mas nas interpretações de alguns estudiosos do assunto, estes riscos relacionavam-se mais com a qualidade do diagnóstico do que pelas semelhanças sintomáticas. Cf: Lopes Filho, 1998.

⁸ Relatório apresentado pelo Exmo. Sr. Dr. Theodoro Rodrigues de Moraes ao Presidente da Província Exmo. Sr. Dr. Joaquim de Almeida Leite Moraes, 1881. Memórias Goianas no13, p. 276.

⁹ Relatório com que ao Exmo. Dr. Fulgêncio Firmino Simões presidente desta província entregou a administração da mesma o Exmo. Sr. 2o vice-presidente Brigadeiro Felicíssimo do Espírito Santo em 20 de fevereiro de 1888. Memórias Goianas no14, pp. 188; 242.

¹⁰ Os Mello Franco. Disponível em <<http://araposadachapada.blogspot.com.br/2010/09/velhos-troncosparacatuenses.html>>. Acessado em: 27/3/2013.

¹¹ Apesar de o problema do bócio 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. Este apresentou à consideração do 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 de 14 de agosto de 1953, que tornou obrigatória a iodetação do sal em áreas bocígenas do país. Cf: Neto,1975.

Referências

Arquivo Histórico do Estado de Goiás (AHEG) Livro 202. Registro da presidência da província à administração do Hospital São Pedro de Alcântara 1836-1862.

Arquivo Público Mineiro, Avulsos sobre Saúde Pública, pp.1-26 CX-5, p.8, 1875-77. In: EUGENIO, Allysson. 2004. Fragilidade pública em face das epidemias na segunda metade do século XIX mineiro. Revista Varia História, no 32: 2011-234.

AUDRIN, F.J. M. 1963. Os sertanejos que eu conheci. Rio de Janeiro, José Olympio, 205p.

BAIDA, R.; CHAMORRO. C. G. A. 2011. Doenças entre indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII. Revista História em reflexão. 5 (9):.1-24.

BLAKE, S. Dicionário Bibliográfico Brasileiro. 1902. 7o vol. Rio de Janeiro, Imprensa Oficial. Disponível em <http://www.brasiliana.usp.br>. Acessado em 3q5/2013.

CANDIDO, Antonio. 1987. Os parceiros do Rio Bonito. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 284p.

CASTRO, Josué. 1948. Geografia da fome. São Paulo, Brasiliense, 404p.

CHALHOUB, Sidney. 1996. Cidade febril.Cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo, Companhia das Letras, 250p.

CHERNOVIZ, Luiz N. Dicionário de Medicina Popular e das sciencias accessórias para uso das famílias. Paris: A Roger, 1890. Disponível em <http://www.brasiliana.usp.br/dicionario/edicao/4>. Acessado em 3/5/2013.

EDLER, Flávio C. 2001. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. História, Ciências e Saúde. Manginhos, 3:925-943.

- FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. A sociedade de medicina e cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. V. 1, no1, jul/out,1994.
- DAMÁSIO. V. C. *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1867). 1867. Typhografia de Tourinho e Comp., 25/09/1866.
- KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- KIPPLE, Kenneth. 1989. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil. In: *The Hispanic American Historical Review*, 69:677-690.
- LOPES FILHO, J. D. 1998. *A história social de uma doença: o beribéri no Caraça*. São Paulo, Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 389p.
- LOUREIRO, José .G. S. 1885. *Beribéri no Brasil: Estudo histórico e clínico*. Salvador, tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Bahia, 127p
- JACOBINA, R.; CARVALHO, F. M. 2001. Nina Rodrigues epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia, 1897-1904. *Revista História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 8 (1): 113-32.
- MAGALHÃES, Sônia M. 2004a *Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde na província de Goiás*. *Revista História, Ciência e Saúde Manguinhos*, 11 (3): 661-683.
- MAGALHÃES, S. M. 2004b *Alimentação,saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Franca, Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista, 260p.
- MEAD, M..1995. Beriberi. In: KIPPLE, Kenneth. *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge, Cambridge University Press, v.1: p.606-612..
- MELLO FRANCO, Virgílio M. 1888. *Viagens pelo interior de Minas Geraes e Goyaz*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 180p.
- NETO, G.M. 1975. *História do bócio endêmico no Brasil. Origens e causas*. São Paulo, Secretaria de Cultura, Esportes e Turismo, 95p.
- Os Mello Franco. Disponível em <http://araposadachapada.blogspot.com.br/2010/09/velhos-troncos-paracatuenses.html>. Acessado em 27/3/2013. Acesso em 8/9/2013.
- SORCINELLI, Paolo. Alimentação e saúde. In: FLANDRIN, Jean Louis; MONTANARI, Massimo. (orgs.). *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.
- 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 Publica, Tese de doutorado).