



Deficiência de Vitamina A

na segunda metade do século XIX (1850-1899):

uma doença de crianças escravas

João Ozório Rodrigues Neto
Alegna Cristiane Medeiros Sobrinho
Carlos Alberto Bastos de Maria



**DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A
NA SEGUNDA METADE DO
SÉCULO XIX (1850-1899):**

uma doença de crianças escravas

João Ozório Rodrigues Neto

Alegna Cristiane Medeiros Sobrinho

Carlos Alberto Bastos de Maria



Volta Redonda, 2022

FOA

Presidente

Eduardo Guimarães Prado

Vice-Presidente

José Ivo de Souza

Diretor Administrativo Financeiro

Iram Natividade Pinto

Diretor de Relações Institucionais

Alden dos Santos Neves

Superintendente Executiva

Josiane da Silva Sampaio

Superintendente Geral

José Ivo de Souza

Editora FOA

Editor chefe

Laert dos Santos Andrade

Revisão

Maria Aparecida Rocha Gouvêa

<http://editora.unifoa.edu.br>

Bibliotecária

Alice Tacão Wagner CRB 7/RJ 4316

UniFOA

Reitora

Úrsula Adriane Fraga Amorim

Pró-reitor Acadêmico

Luciano de Azedias Marins

Pró-reitor de Educação a Distância e Tecnologias de Ensino

Rafael Teixeira dos Santos

Pró-reitora de Extensão

Ana Carolina Callegario Pereira

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação

Bruno Chaboli Gambarato

Pró-reitor de Planejamento e Desenvolvimento

Maximiliano Pinto Damas

Procuradora Educacional Institucional

Ivanete da Rosa Silva de Oliveira



Ficha catalográfica

R696d Rodrigues Neto, João Ozório
Deficiência de vitamina A na segunda metade do século XIX 1850-1899: uma
doença de crianças escravas [E-book]. / João Ozório
Rodrigues Neto. – Volta Redonda: FOA, 2022.

183 p. II.

ISBN: 978-65-88877-15-9

1. Vitamina A - deficiência. 2. Crianças – Vitamina A - deficiência.
3. Crianças escravas - saúde. I. Fundação Oswaldo Aranha.
II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 613.286

Sumário

DEDICATÓRIA	6
AGRADECIMENTOS.....	7
APRESENTAÇÃO	8
APRESENTAÇÃO	9
APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 A Vitamina A.....	21
1.2 Da Ophtalmia Brasiliana.....	26
1.3 Antecedentes Históricos da Carência de Vitamina A.....	30
1.4 Situação da Deficiência da Vitamina A no Século XXI.....	34
1.5 Objetivos principais.....	36
2 ETAPAS DA CONSTRUÇÃO.....	38
2.1 Levantamento de Documentos Históricos.....	39
2.2 Locais de Busca.....	40
2.3 Organização do Estudo.....	43
3 A ESCRAVIZAÇÃO NO BRASIL.....	47
3.1 A origem do problema: a definição de povo português.....	47
3.2 A Origem do Patriarcado na América Portuguesa e sua influência na sociedade brasileira	53
3.3 A criança e a infância.....	55
3.4 O processo saúde-doença na sociedade do século XIX.....	57
3.5 Etnia e doença.....	59

4	A ALIMENTAÇÃO NO BRASIL DURANTE O SÉCULO XIX	61
4.1	A Origem das trocas de alimentos	61
4.2	Cozinha brasileira e cultura.....	65
4.3	A Alimentação do europeu e de seus descendentes no Brasil	67
4.4	Alimentação do pobre e do escravizado no Brasil.....	70
4.5	O dilema capitalista	73
5	O LATIFÚNDIO CAFEICULTOR DO RIO DE JANEIRO	75
5.1	Aspectos Econômicos da Capital do Império	75
5.2	O latifúndio cafeicultor	76
5.3	O Rio de Janeiro e a Hemeralopia.....	77
5.4	Higienismo e alimentação	81
5.5	As Opiniões dos Médicos da Academia Imperial de Medicina	85
5.6	Alimentação e as citações dos viajantes estrangeiros	87
5.7	Resultados para a Prevalência dos sinais clínicos da Deficiência de Vitamina A, durante o século XIX, no Rio de Janeiro	93
6	ATIVIDADE MINERADORA SEMI-INDUSTRIAL NA PROVÍNCIA DE MINAS GERAIS	100
6.1	Aspectos da vida e da sociedade de Minas Gerais.....	100
6.2	A Alimentação na Província de Minas Gerais	104
6.3	A Hemeralopia e os Escravizados da Mina de Morro Velho	107
7	A ESTÂNCIA DE GADO NO RIOGRANDE DO SUL	117
7.1	Introdução	117
7.2	Aspectos da alimentação nessa província	121
7.3	Sociedade e Infância no Brasil Meridional	125
7.4	Dados Estatísticos, Desnutrição e Deficiência de Vitamina A na Província do Rio Grande do Sul	129
7.5	Análise nosológica das causas de óbitos na população escravizada enterrada no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre- 1850 a 1885.....	133

8	COMPARAÇÃO DE RESULTADOS NOS TRÊS CICLOS ESTUDADOS.....	140
8.1	Introdução.....	140
8.2	A dieta adequada para a criança de 5 anos no século XXI e sua comparação com aquelas dos 3 cenários econômicos durante o século XIX	141
8.3	Frequência de Mortalidade por doenças associadas à Deficiência de Vitamina A.....	148
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
10	CONCLUSÕES.....	158
	REFERÊNCIAS.....	164

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa e parceira, Cristiane, que muito me incentivou e contribuiu para sua realização. Dedico à minha família, incluindo cunhados e cunhadas, e aos meus filhos de 4 patas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Alfredo Pinto da UNIRIO, na pessoa do Professor Carlos Alberto Bastos de Maria, que acreditou nesta proposta de trabalho, e por ter me acolhido no seu serviço, e à Dra. Ilda Cecília, pelo incentivo de sempre.

Agradeço a todas as pessoas que me auxiliaram na confecção deste trabalho: à bibliotecária chefe da UNIRIO, Dra. Márcia Valéria; à bibliotecária da Academia Nacional de Medicina, Sra. Michelle; à bibliotecária do Real Gabinete Português de Leitura, Sra. Luciana.

Aos professores do Centro de Estudos Mineiros, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, na pessoa do Professor Douglas Cole Libby.

À professora Vera Lúcia Maciel, do Centro de Documentação da Santa Casa de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

À senhora Beatriz Helena Castro Montoito responsável pelo Memorial da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

À acadêmica de medicina do 11º período de medicina do UniFOA, Alegna Cristiane Medeiros Sobrinho, pelo levantamento dos inventários de propriedades de escravos, na cidade de Pirai R.J.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho que nos é apresentado aborda o período final da escravização no Brasil, e, na análise do seu levantamento historiográfico, mostrou que a população escravizada foi a que mais sofreu com a má alimentação e suas consequências. A hipovitaminose A é um exemplo dentre as muitas carências nutricionais apresentadas pelo brasileiro, naquela época e, nosso país, até hoje, paga um ônus social em decorrência dos trezentos anos de escravização, cuja única finalidade foi a de manter o sustento econômico das elites escravocratas.

A narrativa histórica acerca da hipovitaminose A poderá nos ajudar a planejar o futuro, evitar os erros e reproduzir os acertos, pois estamos no século XXI e a deficiência de vitamina A continua sendo um problema de saúde pública nos países menos favorecidos, como: as Américas, a Ásia e o Continente Africano. Nesses lugares, as desigualdades sociais, a deficiência nutricional e as parasitoses favorecem o aparecimento de sinais e sintomas ligados à carência dessa vitamina, como, por exemplo: a cegueira noturna e a xeroftalmia.

Profa. Dra. Cristiane Silveira Cunha¹

1 Professora da Escola de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda. Doutora em Ciências pela UNIRIO

APRESENTAÇÃO

“Aqueles que não podem lembrar o passado estão condenados a repeti-lo.”
George Santayana

A frase do filósofo, poeta e ensaísta espanhol Jorge Agustín Nicolás Ruiz de Santayana y Borrás traduz a relevância da pesquisa que se apresenta: “Deficiência de vitamina A na segunda metade do século XIX (1850 – 1899): uma doença de crianças escravas”. Sabe-se que abordar sobre fatos e dados históricos ultrapassa e muito a linha do ato de decorar datas e personagens. E, quando a pesquisa aborda sobre a deficiência na alimentação de crianças escravas, merece não somente destaque, como também o reconhecimento de registro de grande importância para a história do país, na tentativa de se minimizar a dívida histórica com o povo negro que o Brasil carrega até os dias atuais: um extenso processo de exclusão, perpassado por fatores sociais, políticos, econômicos e educacionais, no qual, durante muito tempo, a única via educativa foi a instrução para o trabalho e habilidades necessárias para atender às necessidades do patriarcado.

Tendo como condutor motivador o trabalho publicado no *Annaes Braziliensis* de Medicina, do médico oftalmologista e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Manoel da Gama Lobo, o autor da pesquisa faz um relevante percurso bibliográfico, que inclui respeitados autores, como o sociólogo Gilberto Freyre e o antropólogo Darcy Ribeiro, como também extensa busca em documentos de importantes instituições acadêmicas e de saúde, como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais; notáveis bibliotecas, como a Biblioteca Nacional, Biblioteca da Academia Nacional de Medicina, Biblioteca do

Real Gabinete Português de Leitura; e arquivos de documentação, como o Centro de Documentação da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Arquivo do Memorial da Santa Casa de Pelotas, Arquivo Geral da Mina de Morro Velho, entre outros, incluindo também periódicos, livros, teses médicas e jornais da época.

A pesquisa faz um importante percurso histórico dos 300 anos de escravidão no Brasil e os reflexos da construção da sociedade escravocrata brasileira, na qual, de acordo com o Censo de 1872, havia uma população de mais de 40.000 crianças de 0 a 5 anos, cuja alimentação era restrita a produtos pobres em nutrientes, com baixo teor de cálcio e de ferro, ocasionando fome crônica e vários problemas de saúde. Abordar o tema, considerando, principalmente, o momento atual, no qual o Brasil volta ao Mapa da Fome, é de extrema relevância, pois, infelizmente, parafraseando Santayana, estamos repetindo o passado, conforme afirma a epígrafe que inicia este texto.

A pesquisa também apresenta a herança gastronômica das 3 etnias formadoras da cultura brasileira e como a economia baseada na monocultura, que impossibilitava a variedade de gêneros alimentícios à mesa, impactou a sociedade da época, acarretando problemas nutricionais ao povo brasileiro, principalmente às crianças escravizadas. Entretanto, nesse passeio gastronômico, também há coisas boas e cabe aqui uma pequena digressão: no convívio com o pesquisador, imagino que ele tenha se deliciado com a construção desse capítulo, já que é um exímio apreciador da gastronomia e da culinária.

Voltando à pesquisa, o capitalismo, inaugurado a partir do século XIX nas Américas, impôs uma perversa realidade: alimentar o povo negro para sustentar a força de trabalho com o pior alimento para o escravo e o melhor lucro para o escravocrata. Evidentemente, essa política contribuiu

para o surgimento de várias doenças a essa população e elevada taxa de mortalidade, em uma sociedade onde imperava a pobreza extrema. Segundo registros encontrados pelo autor, a mortalidade infantil era, à época, 290,9 crianças por 1.000 nascidas vivas, um abismo comparado à realidade atual, que é de 12,4 por 1.000 nascidos vivos.

No que diz respeito à infância, merece destaque o registro do conceito de “criança” no período analisado, que considerava tal fase de vida até os 5 anos de idade. Essa visão acarretava uma responsabilidade prematura ao infante, que incluía, principalmente nas famílias mais pobres, o trabalho infantil e, conseqüentemente, a perda da infância. Além disso, as crianças não tinham acesso a serviços de saúde e o atendimento era feito por curandeiros ou “mães pretas”, baseado em credences populares e tratamentos empíricos. Soma-se a isso o fato de ser uma criança negra e escrava e tem-se a visão da dura realidade.

O produto aqui apresentado, fruto da tese de doutorado do autor, traz importantes registros e reflexões sobre a deficiência de vitamina A, sua associação com a desnutrição e subnutrição e o impacto dessa deficiência na formação social do povo brasileiro, acarretando, ainda hoje, desigualdades sociais e econômicas, visíveis a qualquer pessoa que se propõe a analisar a realidade brasileira.

Quem conhece o autor, sabe que a leitura trará um repertório médico e cultural de qualidade, já que João Ozório sempre teve como companheiros, além da esposa e os gatos, a leitura, as viagens e a cultura.

Por fim, gostaria de finalizar com uma citação da Dra. Denize Elena Garcia, professora de Análise do Discurso do Programa de Pós-graduação em Linguística da Universidade de Brasília, do texto

“A política da desigualdade no Brasil: adolescentes em situação de rua” (*In: Discurso e (des) igualdade social*, Ed. Contexto, 2015, p. 91).

Cabe ao meio acadêmico-profissional uma agenda de compromissos de pesquisa que contribua para um verdadeiro “capital social”, capacitado para identificar e eliminar causas responsáveis pela fragilidade do sistema brasileiro em conjugar políticas e programas em prol do adolescente, bem como da infância e da juventude. Trata-se de proposta de construção de uma rede no âmbito das ciências sociais, balizadas por princípios éticos que conduzam saberes em favor dos menos favorecidos.

Penso que conhecer o passado e interpretá-lo à luz da ciência é o primeiro passo para a construção de uma sociedade mais justa, humana e igualitária.

Boa leitura!

Profa. Dra. Maria Aparecida Rocha Gouvêa²

² Doutora em Língua Portuguesa - UERJ. Professora do Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA

APRESENTAÇÃO

Sinto-me honrada em apresentar o livro *Deficiência de Vitamina A na segunda metade do século XIX (1850-1899): Uma doença de crianças escravas*, resultado de intensa pesquisa realizada pelo Dr. João Ozório Rodrigues Neto para sua tese de Doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências, do Centro de Ciência Biológicas e a Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO.

O autor nos contempla com um estudo singular. O profundo conhecimento médico e a preocupação social se entrecruzam. Surge o pesquisador social, com novas abordagens teóricas e novos objetos. A singularidade da pesquisa sobre a deficiência de vitamina A e a preocupação social com a miséria que afeta a sociedade destacam-se em seus estudos e permitem aos leitores revisitarem as estruturas socioeconômicas do país, destacando as diferenças sociais, as exclusões e os confrontos de alteridade.

De forma sutil, Ozório desnuda a sociedade escravocrata brasileira, assinalando as diferenças entre os indivíduos e as exclusões, apresentando aspectos significativos que permitem vislumbrar as permanências culturais e as representações simbólicas de um país que se assenta sobre a pobreza e a diferença social.

O olhar atento do médico socorre a história. Aponta para os leitores a crueza da fome, da alimentação precária, da ausência de vitaminas e da certeza da morte por desnutrição.

Da mesma maneira que o historiador se preocupa com as distorções sociais, a fome, a miséria e suas mazelas, Ozório analisa as

doenças, a cegueira noturna, a hemeralopia, no contexto histórico das relações sociais e na reprodução das riquezas. O mundo do trabalho que destrói o indivíduo na sociedade, esgotando suas forças com o excesso de trabalho é o mesmo que corrói o seu corpo, mantendo-o subnutrido, faminto, com vermes e demais doenças.

As pesquisas em fontes documentais, desde os tempos de Hipócrates até os dias atuais, notadamente os estudos realizados por médicos no século XIX, recuperam os fragmentos da história escravagista no Brasil e denunciam a miséria que predomina entre os excluídos e invisíveis sociais atualmente.

O estudo abrange três regiões escravistas no Brasil, suas diferenças e semelhanças. Aponta também o aspecto singular na exploração da mão de obra escravizada, além de ressaltar brechas no sistema escravista, ao apresentar documentação de firmas inglesas que remuneravam seus escravos e os alimentavam de forma mais adequada, importante aporte para a historiografia da escravidão.

Em suas conclusões, Ozório registra as condições sub-humanas da sociedade escravizada, beirando “à barbárie”, o descaso da elite social, as enormes desigualdades sociais e econômicas, visíveis nos dias de hoje.

O autor destaca que a hemeralopia já era conhecida e descrita na Europa desde o século XVIII, apenas se desconhecia que fosse deficiência de Vitamina A. A doença se prolifera com a fome, miséria, subnutrição e má alimentação, desencadeada pelas desigualdades, diferenças e exclusões.

O estudo prima pelo levantamento historiográfico, grande contribuição para ampliar o conhecimento dos avanços da ciência médica notadamente, do século XIX aos dias atuais, destacando o Dr. Gama Lobo e suas “descrições médicas sobre sinais oculares da deficiência de Vitamina A”.

Profa. Dra. Maria Teresa Toríbio Brittes Lemos³

3 Professora Titular em História da América UERJ. Pesquisadora-Visitante do Programa de Pós-graduação em História Política da UERJ.

1 INTRODUÇÃO

Chama-se de vitamina A ou retinol o grupo de substâncias da classe de hidrocarbonetos insaturados lipossolúveis, com atividade nutricional presente nos alimentos de origem animal. Outros compostos conhecidos como carotenoides, substâncias de origem vegetal, apresentam atividade de provitamina A. A vitamina A é essencial para a visão, a reprodução e para o crescimento e a manutenção dos tecidos epiteliais. É conhecida como elemento nutricional essencial, porque não é sintetizada no organismo humano, necessitando ser fornecida pela dieta. Sua deficiência prolongada pode levar à perda irreversível do número de células visuais. Essa perda de células e a perda de sua função, inicialmente, é responsável pelo quadro clínico conhecido como hemeralopia ou cegueira noturna, decorrente da falta de adaptação dos bastonetes à penumbra. Essa deficiência grave leva progressivamente à xeroftalmia: o ressecamento patológico da conjuntiva e da córnea. Se não for tratada, essa alteração patológica resultará na ulceração da córnea (xerose) e, por fim, em cegueira, devido à formação de tecido de cicatrização opaco (MARIA, 2014; WHO, 2019). Assim, essa deficiência vitamínica pode ser englobada, do ponto de vista oftalmológico, em um único espectro clínico para as alterações oculares da doença: a xeroftalmia. A seguir, a tabela 1 apresenta as sucessivas gradações desse sinal oftalmológico, do mais precoce e menos grave até o mais grave, responsável pela cegueira completa. Embora a cegueira noturna ou hemeralopia⁴ ou nictalopia seja o sinal mais precoce, e sem alterações visíveis na anatomia do olho, sua presença clínica já indica grave deficiência vitamínica, com as reservas

4 Embora seu significado literal seja “cegueira diurna”, a palavra foi usada livremente como sinônimo de nictalopia ou cegueira noturna, durante o século XIX.

hepáticas de vitamina A já exauridas. A palavra de origem grega “hemeralopia” significa “cegueira na luz”, entretanto foi e é utilizada em países de língua não anglo-saxônica para indicar cegueira noturna. A deficiência grave dessa vitamina também modifica a resposta imunológica do indivíduo acometido, que apresentará aumento do risco de desenvolver doença respiratória, doença diarreica e hiperinfestação por vermes intestinais (WHO, 2019).

Quadro 1 – Classificação da xeroftalmia por ordem crescente de gravidade.

Cegueira Noturna (hemeralopia).
Xerose conjuntival.
Manchas de Bitot.
Xerose da córnea.
Ulceração da córnea/ceratomalácea ($>_{1/3}$ da superfície corneal).
Ulceração da córnea/ceratomalácea ($><_{1/3}$ da superfície corneal).
Cicatriz da córnea.
Fundo xeroftálmico.

Fonte: WHO, 2019.

Os sinais e sintomas decorrentes da deficiência de vitamina A eram conhecidos, notadamente, a hemeralopia, desde o tempo de Hipócrates, no século V a. C. O Pai da Medicina também sabia prescrever aos doentes a cura para essa moléstia: a ingestão de fígado fresco ou triturado com mel. Porém, a etiologia das doenças carenciais associadas à fome era completamente desconhecida, e as vitaminas e as hipovitaminoses só passaram a fazer parte do vocabulário médico a partir da segunda década do século XX. O termo é livremente utilizado nos relatos médicos de então, associado a outros termos oftalmológicos genéricos: *amaurosis*, *ophthalmias*, “cegueira crepuscular” (BOWMANN; ROGERS, 1881).

A deficiência de vitamina A também era desconhecida dos médicos brasileiros, durante o século XIX, embora algumas descrições clínicas de doenças oftalmológicas, nessa época, indicassem, provavelmente, à luz dos conhecimentos médicos atuais, de tratar-se dela. De acordo com Mendes (1862), seus sinônimos conhecidos nos meios médicos eram vários: *nocturna cecitudo*, *luciosa affectio*, *disopia tenebrosa*, *ambliopia noturna*, cegueira crepuscular, *gotta serena*. Havia progresso médico no Brasil obtido pelas duas Escolas Médicas da Bahia e do Rio de Janeiro, cujos professores mantinham estreita relação com os berços da ciência médica europeia, especialmente da França, da Inglaterra e da Alemanha. Livros nacionais e estrangeiros, periódicos médicos e até jornais diários traziam comentários e notícias dedicados à hemeralopia, de acordo com os conceitos da época, que diziam respeito a esse sinal clínico. Du Port (1988, p.118), em seu livro editado em 1690 – *A década da Medicina*, ou *a Medicina do pobre e do rico* – abordava o tratamento para a hemeralopia. Na visão desse autor francês: “[...] prescreva pílulas de *coccia*, ou assim chamadas, pílulas de luz; masque um ramo de tomilho e ponha um boné na cabeça, para fazer suar o couro cabeludo [...]”.

A “Memória acerca da *Amaurosis*”, do Dr. José da Silva Guimarães (1843, p. 3), indicava que

há amaurotícos que não veem à noite, possuindo hemeralopia (*Amaurosis asthenica*). Como a claridade é favorável à visão, o doente anseia pela luz, ele tem ‘fome de luz’ (*photolemos*). A constituição fraca, predispõe à hemeralopia, que é frequente no doente, cuja saúde está deteriorada pela má alimentação. A presença de vermes intestinais, pode também, ser capaz de causar a *Amaurosis asthenica*.

O Jornal do Commercio, do Rio de Janeiro, na edição de 13 de novembro de 1844, página 2, trazia um anúncio interessante: “Na rua do Carmo 231, acham-se escravos e escravos com *gotta serena* para vender, todos em mal estado geral”.

O *Archivo Medico Brasileiro*, de 1847, publicou as “Lições Práticas sobre a *Amaurosis*, pelo Dr. Caffé”. Nelas, ele discorre sobre as causas da hemeralopia, como sendo “a alimentação insuficiente em quantidade, ou em qualidade, sendo mais frequente, nos indivíduos com vermes intestinais; na puberdade, na prenhez e no puerpério” (p. 84-87).

O livro *Chernoviz Diccionario de Medicina Popular* (1890, p. 130-131), livro famoso e de grande difusão durante o século XIX, define a hemeralopia:

Ou *gotta serena*, se chama a perda completa ou quase completa da visão, sem mudança aparente no olho. Ela pode aparecer devido à lesão de órgãos totalmente estranhos ao aparelho da visão (*Amaurose sympathica*). Observa-se a *gotta serena* nas pessoas cujos olhos foram fatigados pela luz mui viva, pelo calor ardente do fogo, pela reflexão dos raios solares nos países arenosos, por estudos assíduos ao microscópio, por vigílias prolongadas e por vapores acres. Admitem-se também as *gottas sereninas sympathicas*; tais são as que dependem da presença de vermes nos intestinos, da irritação do estômago e do histerismo. Pode acometer um ou ambos os olhos. Inicia-se o tratamento com purgante, e se for acompanhada de fraqueza da constituição natural, ou ocasionada pela idade ou pela doença, empregar-se-ão os tônicos, a infusão de lúpulo, o xarope de genciana e o ferro de *Quevenne*.

Naquele século, a Medicina seguia a doutrina Higienista, aprendida das epidemias do século anterior. Daí a preocupação com a qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano. Essa doutrina preocupava-se com as condições de saúde de toda a população. O papel do médico higienista era o de se preocupar com a saúde pública e com a administração sanitária, por meio da proposição de medidas educativas no âmbito da higiene. Considerava, para análise crítica, o meio ambiente, a economia, a população e a moral, como fatores para avaliar, controlar e proteger a saúde por meio da intervenção médica, nos ambientes industriais e urbanos. Os problemas de insalubridade nesses ambientes é que gerariam as doenças (PEREZ, 2015).

No Rio de Janeiro, a doutrina Higienista era moda na segunda metade do século XIX. Ela expressava a função sociológica da Medicina: para a perfeita compreensão do processo saúde-doença, seria necessária a preocupação do médico com a alimentação e a nutrição e com o meio ambiente insalubre. Eles seriam os verdadeiros responsáveis pela causa e pela manutenção das doenças, entre os habitantes da capital do Império (FREYRE, 2009). Para os higienistas, o processo saúde-doença se baseava na presunção de que as doenças eram todas contagiosas por meio de “emanações pútridas” que provinham do solo contaminado com material orgânico – os miasmas – definição encontrada, pela primeira vez, no trabalho do cirurgião irlandês, do exército britânico, John Pringle (1764). Em seu trabalho, ele enunciou a definição acima de miasma e citou, pela primeira vez na história da Medicina, o termo “antisséptico”. Nesse cenário social da segunda metade do século XIX, o professor Manoel da Gama Lobo, no Rio de Janeiro, em 1865, descreveu sinais e sintomas da deficiência de vitamina A, antes da descoberta bioquímica desse elemento nutricional, em 1913. Ele relacionou a doença à população de crianças escravizadas devido ao pobre conteúdo nutricional de sua dieta. Assim, este estudo procurará obter indícios clínicos dessa deficiência (sinais e sintomas), em 3 cenários econômicos distintos no Brasil Imperial, que empregavam grande contingente de escravizados, e com histórias alimentares diferentes, durante o século XIX, focalizando a procura pelos sintomas específicos dessa carência nutricional, a saber: 1) o latifúndio cafeeiro do Rio de Janeiro; 2) a Mina de Morro Velho em Minas Gerais e; 3) a estância de gado do Rio Grande do Sul.

O latifúndio açucareiro não será objeto de abordagem neste estudo, porque sua atividade econômica encontrava-se em declínio na segunda metade do século XIX, cedendo mão de obra escravizada para o latifúndio cafeeiro. Embora a escravização fosse generalizada

nas províncias do Império, era encarada diferentemente como força de trabalho e como parte do processo econômico e social. Nessas três diferentes atividades econômicas, exibiam-se diferentes processos produtivos, o que poderia modificar o processo saúde-doença e a incidência dessa hipovitaminose, em um cenário particular.

1.1 A Vitamina A

A vitamina A pertence à classe de micronutrientes lipossolúveis que estão presentes em várias fontes alimentares animais e vegetais. Foi descoberta por McCollum, em 1913, sendo conhecidos cerca de 600 compostos relacionados à vitamina A; porém, somente 50 têm atividade de provitamina A. O que determina, do ponto de vista bioquímico, a atividade de provitamina A do carotenoide é a presença do anel beta ionona. Assim, o betacaroteno apresenta 2 desses anéis, podendo ser convertido por ação enzimática em duas moléculas de retinol. Para exercer sua ação celular, são necessárias concentrações adequadas de zinco, sendo que os ésteres de retinol são metabolizados pelas enzimas pancreáticas. A maior parte da vitamina A sob forma de retinol é armazenada no fígado. Quando a concentração dessa vitamina no fígado cai para menos de 20 mcg/g, a concentração do retinol plasmático cai. Assim, suas baixas concentrações plasmáticas podem revelar ingestão deficiente de vitamina A e desencadear a hemeralopia (MARIA, 2014).

Todas as fontes da dieta de vitamina A são armazenadas sob forma de retinol. Assim, 1 mcg de retinol equivale a 12 mcg de betacaroteno e a 24 mcg de alfa caroteno ou de criptoxantina. As fontes animais dessa vitamina são conhecidas como retinoides, enquanto as fontes vegetais, que possuem atividade de provitamina A, são conhecidas como carotenoides. Ovos, produtos lácteos, fígado e óleo de fígado de bacalhau

são fontes animais. Elas contêm ésteres de retinil, que, por meio de hidrólise enzimática, transformam-se em retinol e em ácidos graxos. Ao serem absorvidos, os retinoides são transportados pela linfa, associados aos quilomicrons. Os carotenoides são encontrados nas verduras de folha escura, como couve, chicória e espinafre; e em leguminosas e tubérculos, como a cenoura, a abóbora pescoço, a batata doce, e no azeite de dendê, que são fontes vegetais de carotenoides. Absorvidos pela borda em escova da célula intestinal, eles são transformados em retinal, depois em retinol e ésteres de retinil e seguem para o transporte pela linfa, como no caso dos retinoides (BRASIL, 2019; CLINICAL KEY, 2017; MARIA, 2014). A tabela 1 abaixo mostra a concentração de beta carotenoides em alimentos vegetais comuns (microgramas por 100 gramas de vegetais), encontrada nas propriedades rurais do Brasil (GROPPER; SMITH; GROFF, 2014).

Tabela 1 – Quantidades de betacaroteno em vegetais em mcg/100g.

Alimento	Unidades Internacionais: 1Ui= 3,33mcg	Concentração de beta caroteno
Couve	17,8	5927
Chicória	10,3	3430
Espinafre	16,9	5626
Cenoura	24,6	8225
Abóbora pescoço	9,3	3100
Batata doce	25,5	8500
Azeite de dendê	135,1	4500

Fonte: Adaptada de Giuliano (2017).

É necessária a absorção da vitamina no intestino delgado, seu transporte no plasma ligada à Proteína Ligante de Retinol ou RBP (*Retinol Binding Protein*), e o armazenamento no fígado. Suas ações metabólicas estão relacionadas à formação da rodopsina, pigmento responsável pela visão crepuscular nos bastonetes, na maturação das

camadas dos epitélios queratinizados e na integridade do sistema imunológico, importante para o combate às infecções.

Passados 156 anos da publicação do trabalho do Dr. Manoel da Gama Lobo, o médico oftalmologista brasileiro que primeiro descreveu as alterações das membranas oculares relacionadas à carência de vitamina A no Brasil, em 4 crianças escravas, em publicação dos *Annaes Brasiliensis de Medicina*, no Rio de Janeiro e em Lisboa, em 1865, sua deficiência permanece como problema de saúde pública em todo o mundo, afetando 125 milhões de pré-escolares e sete milhões de gestantes, especialmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em pleno século XXI (GROPPER; SMITH; GROFF, 2014; STRUNTZ; SUCHDEV; ADDISS, 2015; GIULIANO, 2017).

Tabela 2 – Necessidades diárias de vitamina A.

Recomendações para	Mcg/dia
Lactentes	400-500
Crianças	300-600
Homens	900
Mulheres	700
Gestação	750
Lactação	1.300

Fonte: USA *Recommended Dietary Allowances (RDA)*, (2001).⁵ **Nota:** A tabela 2 abaixo apresenta as necessidades diárias em unidades internacionais de Vitamina A, de acordo com a idade e alguns estados clínicos.

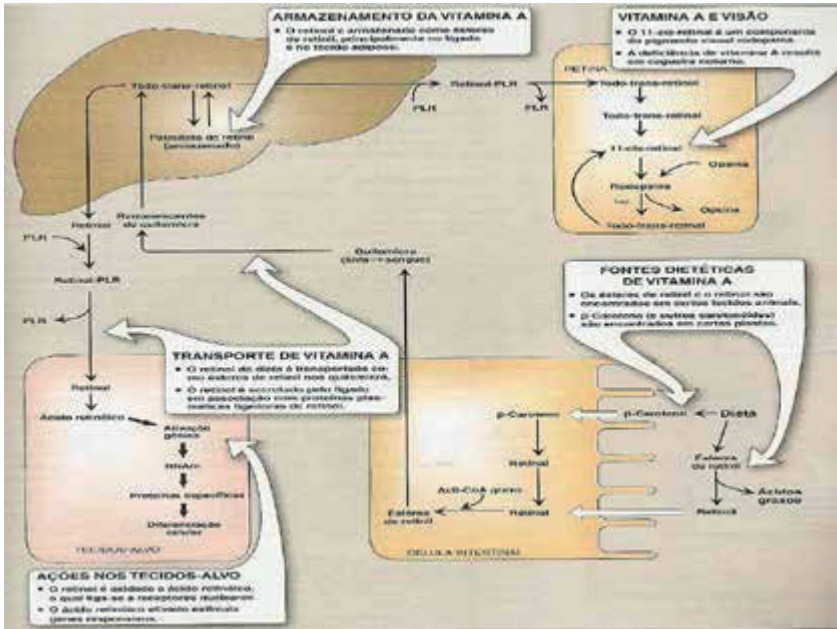
Em relação às fontes de carotenos, de acordo com Tydeman *et al.*, (2010), a ruptura da parede celular da cenoura, por exemplo,

⁵ O RDA americano utiliza o símbolo µg e no Brasil utiliza-se o mcg, como símbolos de micrograma.

é fundamental para aumentar a biodisponibilidade do caroteno no intestino superior. Como o cozimento aglutina o caroteno e dificulta sua absorção, sua fonte primordial seria o alimento cru, e sua biodisponibilidade aumentaria sobremaneira, se a cenoura fosse ingerida ralada ou sob forma de suco. Para Semba (2007), a biodisponibilidade dos carotenos, como fonte de provitamina A, é mais baixa do que se poderia prever. Ela pode ser afetada pela digestibilidade do alimento que os contém pelo tamanho das partículas alimentares, pelo nível de gordura da preparação, pela forma do cozimento, pela concentração dos carotenoides e pela presença de zinco, ferro e vitamina A, no quimo.

Existem outras formas de piorar a absorção de vitamina A pelo trato gastrointestinal, como a associação vista por Strunz, Suchdev e Adiss (2015), em que a carência vitamínica e a hemeralopia apareciam nas crianças em idade pré-escolar, associadas à infestação múltipla por helmintos: *Ascaris lumbricoides*, *Necator sp.*; *Ancilostoma sp.*; *Trichuris trichiura*. Santos, Batista Filho e Diniz (1996), no Nordeste brasileiro, e Campbell et al. (2009), na Indonésia, relataram a associação da hipovitaminose A com a prematuridade, a desnutrição fetal intrauterina, a ausência de lactação com leite materno devido ao desmame precoce e ao tabu alimentar presente nessas populações, de que a ingestão de folhas verdes é considerada “comida de tartarugas e lagartas”. Nelas, existe um quadro de carência nutricional permanente e um equilíbrio tênue entre as concentrações de vitamina A e a ingestão errática de seus precursores. Qualquer agravo de saúde pode suscitar o desenvolvimento da hemeralopia franca, como: surto de diarreia, o desenvolvimento de sarampo ou outra infecção aguda viral ou bacteriana. Esses eventos estariam relacionados à pobreza extrema dessas populações e aos tabus alimentares, mais que ao ritmo de chuvas ou a outras alterações climáticas. A figura 1 ilustra as diversas etapas da absorção e dos ciclos de biotransformação dos compostos relacionados à visão e à vitamina A.

Figura 1 – Biotransformação e absorção dos compostos relacionados à vitamina A.



Fonte: Adaptada de Murray (2009).

Pode-se verificar que, após a ingestão do alimento, os ésteres de retinil e o retinol de origem animal e os carotenoides de origem vegetal da dieta são absorvidos pela borda em escova do intestino. São todos transformados em ésteres de retinil e transportados com os quilomícrons para armazenamento no fígado e no tecido adiposo. No olho, o retinol é transformado em 11-cis-retinal e este em rodopsina, elemento responsável pela acomodação dos bastonetes à penumbra, que permite a visão noturna. Nos outros tecidos-alvo, o retinol é oxidado a ácido retinoico para sua ligação aos receptores nucleares (MURRAY, 2009).

Conhecidos os aspectos bioquímicos da vitamina e aspectos clínicos da hipovitaminose A atualmente, analisaremos o trabalho do Professor Gama Lobo. De acordo com Hilário de Gouvêa (1882) e

Hilton Rocha (1985), os pesquisadores do século XIX, como só faziam sessões na Academia Imperial de Medicina, desconheciam o trabalho de outros médicos na investigação das doenças. Assim, era frequente a crença entre eles de que sua comunicação científica era única e inédita. Foi assim que o Dr. Gama Lobo fez sua comunicação científica, em 1865. Na verdade, ele propôs a descoberta de uma nova entidade nosológica: a “*Ophthalmia Brasiliana*”, enfermidade oftalmológica própria do Brasil, pois acreditava que não houvesse semelhante descrição na literatura médica de então.

1.2 Da *Ophthalmia Brasiliana*

Adepto do Higienismo, como seus demais colegas médicos, o oftalmologista paraense Manoel da Gama Lobo fez a primeira descrição científica da carência de vitamina A no Brasil, no Rio de Janeiro, associando os sinais e sintomas que ele identificou em quatro crianças escravizadas. Esse trabalho foi publicado pelos *Annaes Brasilienses de Medicina*, em junho de 1865, e pela *Gazeta Médica de Lisboa*, no mesmo ano (*ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA*, 1865, p. 16-24; *GAZETA MÉDICA DE LISBOA*, 1865, p. 430).

Figura 2 - Fotografia do Dr. Gama Lobo.



Fonte: Academia Nacional de Medicina, 2020.

Iniciou seus estudos de Medicina na Bahia e terminou o curso médico no Rio de Janeiro, em 1858. Sob a influência do médico francês Carron du Villards, que criou o Instituto Oftalmológico da Santa Casa do Rio de Janeiro, em 1858, interessou-se pela oftalmologia, escrevendo o trabalho *Da Ophthalmia Brasiliana*. Nesse trabalho, utilizando o oftalmoscópio, instrumento inventado em 1850 pelo médico alemão Heilmholtz, descreveu com propriedade, em linguagem científica, as fases do acometimento ocular pela carência de vitamina A e fez associações entre esse quadro clínico e a carência alimentar múltipla desses pacientes - crianças e escravas. Ele as atendeu em seu consultório de oftalmologia, entre 1860 e 1862 (GAMA LOBO, 1865).

Informou, ao final de sua comunicação científica, que se tratava de afecção própria de jovens escravizados devido às suas precárias condições de vida nas fazendas de café do Rio de Janeiro. Por isso, batizou “sua” *oftalmopatia de brasiliana*, ou seja, típica do Brasil. Exatamente devido a sua formação higienista, se preocupava com a alimentação e com as condições de vida dos escravizados:

No meu entender, trata-se de uma afecção de caráter geral e só se mostra quando o organismo já se acha em extremo, deteriorado; pois além das bronquites crônicas, da congestão no fígado e diarreias abundantíssimas, o doente apresenta um estado caquético, sucumbindo sempre de marasmo.

Dois aspectos da ectoscopia desses pacientes o impressionaram negativamente: a intensa apatia e a presença da pagofagia ou pica (perversão do apetite):

eles passam horas estáticos, na mesma posição, sem gemer, nem exhibir sinais de sofrimento algum [...] um deles apresentava uma voracidade tal que foi preciso a aplicação de uma máscara de folhas de Flandres, que o impedisse de tomar aguardente canforada.

Mais abaixo, ele dizia: “Esta moléstia, só encontrei em crianças escravas de idades entre 2 e 7 anos”. Ainda se utilizou do plural majestático ou de modéstia, para descrever a etiologia da doença, sob sua ótica:

Nós pensamos que a causa desta *Ophthalmia* é a falta de nutrição conveniente e suficiente a que estão submetidos os escravos dos fazendeiros. Fazendas há nas quais a alimentação dos escravos consiste na comida diária em feijão com angu, tendo eles uma quarta de carne seca, uma ou duas vezes por semana. Este tratamento é o dos melhores senhores, porque outros dão a seus escravos, feijão cozido com angu com pequena quantidade de toucinho; às vezes abóboras cozidas com angu, estando sujeitos a levantarem-se às 3 horas da manhã para um serviço pesado até as 9 ou 10 horas da noite.

Então, enumerou as provações a que estavam submetidos os escravizados: as poucas horas de sono, a alimentação insuficiente, os castigos corporais e o ambiente insalubre da colheita do café. A tudo isso atribuiu a perda do ânimo e o desenvolvimento das doenças. Suas observações clínicas indicavam que a doença acometia crianças em grave estado de desnutrição proteico-calórica, e que apresentavam vários estigmas da fome, como: letargia, apatia, distensão abdominal, enfartamento ganglionar, bronquite catarral, emagrecimento extremo, hepatomegalia e as graves alterações oculares, com opacidades e úlceras na córnea e vazamento de pus, da câmara anterior do olho. As crianças descritas por ele tinham, respectivamente, as idades de: 18 meses, 2 anos, 5 anos e 16 meses de idade. Instituiu um tratamento padrão para elas com alimentação farta e reconfortante e medidas gerais. Para a criança de 5 anos, além as medidas higienodietéticas da época, como colírios, água mineral, vinho, bismuto e boa alimentação, prescreveu óleo de fígado de bacalhau. Em sua observação, houve cicatrização da úlcera ocular, mas como os demais, o paciente morreu de diarreia profusa e marasmo. Os dois lactentes foram levados à consulta por suas mães, também escravas, e o último paciente do relato, de 16 meses, eliminou *Áscaris* pelo vômito e pelas fezes.

Chocado com as quatro mortes tão precoces das crianças, disse:

Pareceu-nos que estas quatro crianças morreram como patos, por inanição causada por um só alimento, e este mesmo, insuficiente. Relevar, porém, que o tratamento dos escravos no Brasil, não é o mesmo em todas as províncias. Assim, o tratamento dos escravos que vivem nas cidades e vilas, é diferente dos que vivem nas fazendas. Na província do Pará, por exemplo, eles tomam pela manhã, café ou chocolate, jantam peixe ou carne com farinha de mandioca, comem frutas e ceiam peixe. As moléstias são raras, a reprodução abundante e a duração da vida, mais longa. Naquelas onde se cultivam o café e o açúcar, em que os escravos são maltratados, raríssimas vezes comem carne ou peixe, alimentando-se exclusivamente de feijão sem gordura e farinha de milho; aí eles são pela maior parte opilados, sofrem de úlceras crônicas e de cegueira noturna (Hemeralopia).

Para finalizar seu trabalho, inferiu que a causa de todo esse triste panorama residia na ignorância dos fazendeiros que não conheciam seu ofício e imaginavam que o escravizado era de outra constituição, que não necessitaria de alimentação adequada. Por fim, ele cobrava das autoridades constituídas “melhor sorte para estes infelizes”. Suas 4 observações foram descritas em crianças escravizadas provenientes de latifúndios cafeeiros da província do Rio de Janeiro, onde predominava a dieta monótona, baseada na farinha de mandioca, no feijão, no angu e na carne seca comida esporadicamente, conhecida como “dieta do escravo” (*ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA*, 1865; *GAZETA MÉDICA DE LISBOA*, 1865).

1.3 Antecedentes Históricos da Carência de Vitamina A

Os relatos mais extensos e completos sobre a cegueira noturna durante o século XIX foram oriundos das descrições de médicos militares que descreveram surtos da doença entre soldados e marinheiros. À medida que o tempo passava, notou-se certa diminuição da prevalência dessa

doença nessas populações, não devido ao progresso médico, muito mais ao tecnológico com a construção de navios a vapor, que encurtaram as viagens transatlânticas. O menor tempo de viagem encurtava a exposição dos marinheiros à dieta pobre dos navios (SEMBA, 2012). A perspectiva histórica de sua carência permanece similar àquela encontrada durante o século XIX, devido à manutenção das mesmas condições alimentares, em muitos países, nos dias de hoje. Somente os progressos científicos relacionados ao metabolismo da vitamina A e ao quadro clínico de sua carência, obtidos nas décadas de 1920 e 1930, influenciaram o conhecimento médico, a saúde pública e contribuíram para orientar políticas públicas de enfrentamento dessa condição clínica (FAO, 2017; WHO, 2019). Durante as viagens de integrantes do processo colonizador europeu, a cegueira noturna foi encontrada na África, nas Índias Ocidentais, no Brasil e na China. Ela era traço comum encontrado em soldados, marinheiros, escravizados, crianças e mulheres grávidas, durante os séculos XVIII e XIX. Pode-se estabelecer um mapa cronológico das diversas contribuições médicas, para a descrição dessa condição patológica.

Em 1816, o fisiologista francês Magendie alimentou cães apenas com açúcar e água e eles desenvolveram ulcerações oculares e morreram. Poucos anos mais tarde, o francês Felix Ratier verificou a ulceração da córnea e a morte por diarreia, em um lactente de seis meses, e o médico britânico Joseph Brown observou úlceras de córnea em crianças desnutridas. Em 1840, o oftalmologista inglês Willian Bowman descreveu um caso de ceratomalácia em um lactente, cuja mãe parou de alimentá-lo ao peito. Todos os quatro médicos compararam as úlceras encontradas em seus pacientes com aquelas descritas nos cães por Magendie. Em Portugal, o oftalmologista João Clemente Mendes associou, pela primeira vez, a xeroftalmia com a cegueira crepuscular encontrada por ele entre jovens órfãos asilados no Asylo D' Ajuda, em Lisboa, em 1860, cujas idades variavam de 7 a 15 anos (SEMBA, 2007).

No Brasil, o professor Hilário Soares de Gouvêa publicou, em 1882, sua “Contribuição para o estudo da hemeralopia e da xerostomia por vício de nutrição”.

Figura 3 – Fotografia do Dr. Hilário Soares de Gouvêa.



Fonte: Academia Nacional de Medicina, 2020.

Nasceu em Caeté (Minas Gerais) e se formou médico na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, em 1866. Morou em Paris e Heidelberg, onde foi aluno do famoso oftalmologista alemão von Graefe, considerado o pai da oftalmologia científica. Trabalhou nas Casas de Saúde Santa Thereza e Nossa Senhora da Ajuda como oftalmologista, assim como no Hospital da Misericórdia. Em 1881, foi indicado para chefiar a cadeira de oftalmologia da Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Muito impressionado com a *Ophthalmia Brasiliana* de seu colega Gama Lobo, iniciou seu trabalho descrevendo o caso de uma menina negra, de 4 anos, escrava de fazenda de gado do interior do Rio de Janeiro, que ele atendeu em 1869. Havia alguns meses que ela se tornara apática, com perda de visão, quando o sol se punha. Seu exame clínico mostrava intensa adinamia, com atrofia

muscular, distensão abdominal, febre alta, mucosa oral descorada e saburra amarela na língua. O autor, chocado com a situação clínica da paciente, enuncia: “Seu aspecto externo era o mesmo de um idiota”. Segundo sua mãe, havia várias outras crianças na fazenda com o mesmo mal, algumas haviam falecido ao perderem a visão. Por isso, desesperada, trouxe a criança para ser avaliada por ele. Apesar do tratamento instituído, a criança faleceu de pneumonia bilateral. Ele comparou o seu caso, com os quatro casos de Gama Lobo e chegou à conclusão de que se tratava da mesma doença (GOUVÊA, 1882; SEMBA, 2012).

Proseguiu sua comunicação, fazendo a descrição de todos os médicos e trabalhos científicos de que tinha conhecimento a respeito da hemeralopia e da xerostomia.

1. O médico suíço Rau, de Berna, descreveu dois casos: um menino de 10 anos e uma menina de 5, ambos com xeroftalmia, em 1836.
2. O francês Bitot, de Bordeaux, em 1858, descreveu 29 casos de xerostomia, em discurso na Academia de Medicina de Paris, todos internados no *Hospice des Enfants Assistés de Bordeaux*. Descreveu as manchas oculares patognósticas da hemeralopia que foram batizadas com seu nome: manchas de Bitot.
3. Villemain de Strasbourg estabeleceu, em seguida, a associação da hemeralopia com a xerostomia.
4. Netter, em 1863, disse que a hemeralopia não causava a úlcera de córnea, era somente um epifenômeno.
5. Gama Lobo, no Brasil, em 1865, com sua *oftalmia brasiliana*.
6. Von Graefe, em 1866, na Alemanha, descreveu lactentes entre 2 e 4 meses de idade, portadores de marasmo grave, semelhantes aos

pacientes de Gama Lobo, que também faleceram de broncopneumonia e diarreia.

7. Snell, médico inglês, publicou na revista médica *The Lancet*, casos de xeroftalmia semelhantes aos de Bitot, mas pensou que se tratava de outra doença.
8. Von Huebbennet, médico na Guerra da Crimeia, descreveu cegueira noturna entre os combatentes do exército russo.
9. Os exploradores portugueses Capello e Ivens descrevera um quadro similar em negros capturados na costa de Benguela (GOUVÊA, 1882).

1.4 Situação da Deficiência da Vitamina A no Século XXI

A Deficiência de Vitamina A constitui uma das três principais doenças carenciais relacionadas a micronutrientes em todo o mundo, nesse século. As outras duas são: as carências de ferro e de iodo. Trata-se de um problema de Saúde Pública em, pelo menos, 60 países e, em outros treze países, as autoridades sanitárias mantêm-se em alerta permanente. Afeta predominantemente crianças e puérperas lactantes e pode levar à morte por diarreia, infecções múltiplas e sarampo. No Brasil, o Ministério da Saúde a considera problema moderado de saúde pública, com as maiores prevalências encontradas na Região Sudeste (21,6%), entre as crianças menores de 5 anos e, de 19% entre elas, na Região Nordeste (FAO, 2017; BRASIL, 2019; WHO, 2019).

A atividade econômica escravagista no Brasil da segunda metade do século XIX, que empregava grandes contingentes de escravizados, além do latifúndio cafeicultor do Rio de Janeiro, ainda contava com dois tipos diferentes de propriedades com importância econômica: a atividade semi-industrial de extração de ouro na Mina de Morro Velho, em Minas Gerais;

e a atividade de pastoreio e criação de gado, cavalos e mulas, nos pampas do Rio Grande do Sul. Nesses dois outros cenários econômicos do século XIX, havia muitos escravizados, notadamente crianças. A administração da Mina de Morro Velho era de responsabilidade da companhia inglesa *Saint John D'El Rey Mining Company*. De acordo com Libby (1984), previa-se a compra de insumos alimentares para nutrir adequadamente seus escravizados, pagava-se com dinheiro uma espécie de salário a eles, permitindo que plantassem hortas de subsistência, assim, provendo-se assistência médica com hospital, que contava com médico e enfermeiros e mantinha-se as crianças escravizadas na escola de alfabetização. Essas ações reduziram a carência de vitamina A entre suas crianças?

Quanto às estâncias de criação de gado do Rio Grande do Sul, sua quantidade de escravizados era menor, em relação às outras províncias do Brasil. De acordo com Fernando Henrique Cardoso (2003), lhes era permitido alimentar-se de carne fresca- “todos comiam do churrasco e bebiam do chimarrão”, os castigos eram menores e essas fazendas possuíam hortas de subsistência. De acordo com Saint-Hilaire (1887) e Karl Monsma (2011), as estâncias do Rio Grande tinham muito menos escravizados que o latifúndio cafeeiro, e, principalmente, menos crianças. Devido à vida livre dos campos e à maior possibilidade de fugas, as condições de trabalho eram mais brandas e a alimentação mais farta, para exatamente tentar evitar a fuga deles. Essas características alimentares diferentes reduziram a prevalência dessa afecção ocular nessa província? O trabalho do professor Gama Lobo conseguiu comprovar sua “nova doença”, que era exclusiva de crianças escravizadas e só existiria no Brasil? O presente trabalho se propõe a responder a essas questões.

1.5 Objetivos principais

Os objetivos principais do levantamento historiográfico procuraram responder basicamente a questões relacionadas à alimentação do povo brasileiro na época. Assim, foram delineados os seguintes tópicos:

1. Descrever e comparar as circunstâncias sociais (alimentação, meio ambiente, relações familiares) e econômicas que poderiam ter contribuído para a deficiência de vitamina A nos escravizados dos três ciclos produtivos.
2. Discutir a alimentação do brasileiro da época sob a ótica dos viajantes estrangeiros que visitaram o Brasil durante o século XIX e deixaram, em seus diários, as impressões sobre sua visita.
3. Analisar o pensamento médico, por meio da literatura médica da época e sua impressão acerca desses eventos.
4. Identificar e discutir por meio das estatísticas médicas de doenças a prevalência da Deficiência de Vitamina A e de suas doenças relacionadas nesse período, nos três ciclos produtivos.
5. Analisar o valor científico do trabalho do Professor Gama Lobo, confrontando sua descrição clínica, com os resultados obtidos por este trabalho.

Sabendo-se, então, que a fome e as doenças decorrentes da subnutrição e da desnutrição grave são muito prevalentes no mundo atual e, mesmo no Brasil, mantêm-se os mesmos perfis epidemiológicos, passados 156 anos da primeira descrição científica da doença ligada à carência nutricional, publicada pelo Dr. Gama Lobo no país. A luta de governos e organismos internacionais, como a Unesco, por melhores condições de vida e de segurança alimentar é contínua. Portanto, este estudo, partindo de um fato do passado, procurou traçar seu perfil

histórico que contribuiu para se entender o problema dessa deficiência nutricional e seus estigmas que tanto prejudicam a infância brasileira. Trata-se de contribuição inédita, pois não há estudo populacional de doença carencial na população escravizada durante o século XIX, até então, disponível na literatura médica, muito menos sua análise em três ciclos produtivos do Brasil Império. Como se trata de doença carencial que persiste no Brasil e no mundo, notadamente entre as crianças e as nutrizes, a investigação sobre sua ocorrência no passado pode orientar programas públicos de prevenção.

Este trabalho se propôs a enriquecer a história da medicina brasileira, durante o século XIX, a partir do resgate do pensamento médico da época sobre as questões sociais que permearam a escravização com ênfase na doença: seu diagnóstico, prognóstico e seu tratamento. É inovador, por estudar três diferentes regiões do Brasil, há 150 anos, podendo contribuir para auxiliar no planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e redução do custo-SUS, como também na elaboração das políticas de suplementação vitamínica e redução aos agravos à saúde das doenças carenciais.

2 ETAPAS DA CONSTRUÇÃO

Trata-se de um estudo histórico descritivo com a utilização de fontes primárias e secundárias de pesquisa, realizado por meio de pesquisa de levantamento bibliográfico, por via eletrônica e presencial, respeitando-se a Lei nº 9.610/1998, que isenta a necessidade de Comitê de Ética e Pesquisa, para utilização de documentos escritos e iconográficos com mais de 70 anos de idade. Foram utilizados, como referenciais metodológicos, os trabalhos do sociólogo Gilberto Freyre e do antropólogo Darcy Ribeiro (2015).

O levantamento histórico das descrições clínicas de um problema de saúde pública durante o século XIX (a carência de vitamina A), que permanece muito relevante em pleno século XXI, nos apresenta a própria definição de história: o estudo da vida humana no decorrer do tempo. Como o tempo está em contínua mudança, os acontecimentos do presente podem ser mais bem compreendidos com o olhar para o passado. Esse olhar pode orientar o desenvolvimento da sociedade humana que vivencia, organiza e percebe a passagem de determinado fato por meio do tempo cronológico, ou seja, o presente está intimamente conectado ao passado; o presente se explica pelo passado (BLOCH, 2001). Ao se pensar nesse sentido, este trabalho segue a abordagem da história cultural, viabilizando o processo de construção e evolução histórica do objeto a ser estudado. De acordo com Silva (2013, p. 7), “a cultura é produzida através de trocas múltiplas, a reciprocidade nas trocas de informações, que resulta na ação cultural”. A história cultural adotada como abordagem deve-se ao entendimento de práticas e representações articuladas pela cultura, enquanto os sujeitos produtores e receptores de cultura circulam com os seus diferentes modos de fazer e de ver (BARROS, 2005). Afinal, de acordo com Silva (2011), “toda narrativa histórica

é a aproximação hipotética de acontecimentos que o autor não viveu”. Isso deve ser entendido perfeitamente na cultura médica, intimamente relacionada, como ciência, aos processos de desenvolvimento social das comunidades humanas. Esse fato a posiciona, talvez, como matriz de outras atividades profissionais da área de saúde que dela advêm. Entender isso é se referir à formação médica do século XIX, quando jovens médicos defendiam teses e, por consequência, contribuíam para a construção do saber em medicina, na busca incessante pela “cura” ou pela melhoria das condições de vida (FREYRE, 2009).

2.1 Levantamento de Documentos Históricos

O evento desencadeador deste trabalho foi a leitura do trabalho publicado nos *Annaes Braziliensis de Medicina*, disponível por via eletrônica, na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, da descrição acurada da miríade de sinais e sintomas clínicos compatíveis com a deficiência de vitamina A, realizada pelo médico oftalmologista e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Manoel da Gama Lobo, antes da descoberta dessa vitamina, durante o atendimento clínico de 4 crianças escravizadas, entre 1860 e 1862. Ele relatou esses casos à Academia Imperial de Medicina e publicou seu relato em 1865, em Lisboa e no Rio de Janeiro. Assim, conseguiu relacionar o quadro de grave desnutrição dessas crianças com as alterações do exame oftalmológico que realizou. A conclusão do seu trabalho produziu um efeito inesperado, ao afirmar que se tratava de doença só encontrada no Brasil e em crianças escravizadas. Assim, a partir dessa leitura, iniciou-se a pesquisa para a seleção dos documentos históricos para a confirmação ou não da hipótese sugerida por este trabalho, que incluiu a consulta a periódicos, artigos de jornais, livros de diversas fontes, documentos históricos e teses médicas da época.

2.2 Locais de Busca

Os documentos foram coletados nos seguintes locais físicos: Biblioteca Nacional; Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Centro de Documentação da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Arquivo do Memorial da Santa Casa de Pelotas, ambos no Estado do Rio Grande do Sul; Arquivo Geral da Mina de Morro Velho, disponível no Centro de Estudos Mineiros da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte; Biblioteca do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, na cidade do Rio de Janeiro; Biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Biblioteca da Academia Nacional de Medicina; Biblioteca do Real Gabinete Português de Leitura e; Biblioteca da UNIRIO, no Rio de Janeiro.

Outros documentos foram buscados em sítios eletrônicos, a saber: Hemeroteca Digital do Biblioteca Nacional; Academia Nacional de Medicina; Hemeroteca Digital Portuguesa; *Bibliothèque Nationale de France*; Gazeta Médica da Bahia; Setor de Obras Raras da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Biblioteca da UNIRIO; Biblioteca Brasileira Guita e José Mindlin da USP; Biblioteca do Senado Federal; *US Government Library*; Biblioteca do IBGE e; Biblioteca Nacional de Portugal.

1. Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, utilizando a busca por período: (1850-1889), local: Rio de Janeiro e Bahia, e palavras-chave: hemeralopia; cegueira noturna; gotta serena.
2. *Bibliothèque Nationale de France*: Foi utilizada, para a busca, as palavras-chave, a serem digitadas no espaço superior direito da figura anexa: *hemeralopie*, Disponível em: http://www.bnf.fr/fr/outils/a.bem-vindo_a_bnf.html.

3. Gazeta Médica da Bahia: Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/issue/archive>
4. Coleção de Obras Raras e digitalizadas da Fiocruz. Disponível em: www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&i-d=10&page=1.
5. Na consulta à *US Government Library Washington D.C.*, foi digitada a palavra-chave: *night blindness*.
6. Na Biblioteca *Apostolica Vaticana*, por meio das palavras-chave: *sciavittú; cecitá notturna*.
7. Livros da Biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB).
8. Livros das coleções da Biblioteca Central da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
9. Livros e documentos históricos das bibliotecas eletrônicas: Brasileira Guita e José Mindlin; do Senado Federal; da Câmara dos Deputados do Brasil; do Arquivo Público Mineiro e da Biblioteca Nacional Portuguesa.
10. Artigos científicos disponíveis em sítios de internet, como Scielo, Pubmed, utilizando, como palavras-chave: hemeralopia; cegueira noturna; gotta serena; saúde do escravo.
11. Livros e trabalhos científicos de acervo próprio ou adquirido com recursos próprios pelo site de compras de livros: Estante Virtual (www.estantevirtual.com.br), digitando as palavras: hemeralopia; cegueira noturna e *gotta serena*. Foram adquiridos livros de viajantes que estiveram no Brasil durante o século XIX, descrevendo suas impressões e experiências no contato com o povo, seus hábitos alimentares e sociais.

12. Livros e documentos da Biblioteca da Academia Nacional de Medicina e do Real Gabinete Português de Leitura, ambos no Rio de Janeiro; do Centro de Documentação da Santa Casa de Porto Alegre e dos Relatórios Anuais da *Saint John D'El Rey Mining Company*, obtidos no Centro de Estudos Mineiros da FAFICH da UFMG, em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.
13. Teses Médicas depositadas na Biblioteca Nacional Brasileira, na Cinelândia, no Rio de Janeiro; e no Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Para a construção da narrativa, tem-se também, como *corpus* documental:

1. Notícias de jornais: *Jornal do Commercio do Rio de Janeiro*- 1850 a 1880 e; *Correio Mercantil do Rio de Janeiro*- 1850 a 1880.
2. Biografias de Acadêmicos famosos da *Academia Nacional de Medicina*.
3. Registros de periódicos médicos: *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*; *Gazeta Médica Fluminense*; *Gazeta Médica da Bahia*; *Annaes Braziliensis de Medicina*.
4. Documentos escritos de acervos: *Centro de Documentação e Memória da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: Estatística de Óbitos de escravos em Porto Alegre e do Rio de Janeiro, durante o século XIX*.
5. Documentos iconográficos: Fotografias obtidas no acervo da *Academia Nacional de Medicina*.

Para a construção das tabelas de comparação dos resultados, foram utilizados dados do Recenseamento Brasileiro para o ano de 1872, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), escolhido por ser o único Censo no Brasil que trata da população escravizada; dados do

Barão do Lavradio (1878), sobre a estatística de óbitos no Rio de Janeiro, principalmente entre as crianças; dados obtidos nos *Annual Reports*, da *Saint John D'El Rey Mining Company*, responsável pela administração da Mina de Morro Velho; dados do livro de óbitos de escravos enterrados no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre, de 1850 a 1885. Alguns dados de nascidos vivos, foram obtidos do sítio virtual do *Family Search*, órgão ligado à Igreja Mórmon. As tabelas que dizem respeito a dados do século XXI foram retiradas de documentos do IBGE, do Ministério da Saúde do Brasil e do Instituto da Criança da Universidade São Paulo (USP).

2.3 Organização do Estudo

Esta pesquisa foi dividida em 9 seções, apresentadas no quadro 2. Nas considerações iniciais, foi realizada a abordagem geral do problema com a apresentação do trabalho do professor Manuel da Gama Lobo, que continha a ideia de que essa doença só ocorria no Brasil e em crianças escravizadas. Assim, utilizou-se seu trabalho como desencadeador para a construção dessa narrativa, trazendo ao leitor o conceito de deficiência de vitamina A e de seu espectro clínico; pesquisando sinais dessa doença em 3 cenários econômicos distintos que tinham grande contingente de escravos, durante o século XIX: latifúndio cafeeiro do Rio de Janeiro; atividade semi-industrial da Mina de Morro Velho e estância de criação de gado, no Rio Grande do Sul. Determinou-se o objeto do estudo, com suas limitações temporais e geográficas, e traçou-se os objetivos do estudo.

Na segunda seção, apresenta-se a metodologia da pesquisa, discorrendo-se sobre as diversas fontes documentais empregadas para a obtenção dos resultados que foram apresentados no decorrer das seções seguintes, relacionadas a cada ambiente da pesquisa: Rio de Janeiro; Mina de Morro Velho, em Minas Gerais; e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Na terceira seção, discorre-se sobre o processo de escravização no Brasil, suas nuances sócio-históricas e etnográficas e suas implicações no modo de vida da população brasileira da época, na vida dos adultos e das crianças, como atores sociais. Comenta-se também sobre alguns processos relacionados à saúde e à doença durante o século XIX.

A quarta seção apresenta os aspectos da alimentação da população brasileira no século XIX, a herança gastronômica que poderia estar implicada no desenvolvimento das doenças ligadas à nutrição e à segurança alimentar de adultos e de crianças.

A quinta seção versa sobre os resultados encontrados com a pesquisa, na cidade do Rio de Janeiro, durante o limite temporal definido, enfatizando a busca por resultados de sinais de deficiência de vitamina A, presentes principalmente nos relatos de viajantes estrangeiros que aqui estiveram e que deixaram registrados em seus diários de viagem, impressões sobre o Brasil e seu povo.

A sexta seção descreve os resultados obtidos na pesquisa por sinais de deficiência de vitamina A, nos relatos médicos do Hospital da Mina de Morro Velho, incluídos nos *Annual Reports*, enviados para Londres, pela administração inglesa da Mina e disponíveis no Centro de Estudos Mineiros da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais.

A sétima seção descreve os resultados obtidos por meio da consulta à estatística de óbitos registrados e enterrados no cemitério da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, instituição que atendia e tratava as doenças, de todos os escravizados, da Província do Rio Grande do Sul. Descreve-se também os resultados obtidos nos registros

do primeiro serviço de Oftalmologia do Estado do Rio Grande do Sul, inaugurado na Santa Casa de Pelotas, em 1897.

Na oitava seção, apresenta-se os resultados obtidos com a pesquisa, no que diz respeito à análise das dietas consumidas nos três cenários econômicos elencados para a construção deste estudo, bem como a comparação de indicadores nosológicos que espelham a deficiência de vitamina A, durante o século XIX.

Na nona seção, são exibidas as considerações finais, a análise da hipótese e as conclusões.

Quadro 2 - Relação dos capítulos da pesquisa.

Capítulo 1: Considerações iniciais
Capítulo 2: Metodologia
Capítulo 3: A Escravidão no Brasil
Capítulo 4: A Alimentação no Brasil
Capítulo 5: O Rio de Janeiro
Capítulo 6: Minas Gerais
Capítulo 7: A Escravidão no Rio Grande do Sul
Capítulo 8: Comparação dos resultados
Capítulo 9: Considerações finais

Fonte: autoria nossa.

A discussão dos dados analíticos foi realizada com a historiografia no campo da Medicina, história do Brasil e história das Ciências em Saúde. Os dados numéricos obtidos por meio dessa investigação não serão objeto de análise estatística. Em síntese, aplicam-se as diversas fontes que possibilitaram analisar e discutir a hipótese, apresentando-se,

ao final, o parecer conclusivo nas considerações finais. Os referenciais utilizados para a compreensão dos conceitos-chave foram as obras de Gilberto Freyre e Darcy Ribeiro (2015). Esses autores apresentam aspectos sociológicos e antropológicos do povo brasileiro e da Medicina no Brasil, com ênfase no cotidiano de vida de um povo heterogêneo e sem identidade cultural sólida que convive com acentuada desigualdade econômica e social e, devido às dimensões continentais de seu território, com particularidades regionais específicas.

Os aspectos por eles discutidos se coadunam com a delimitação temporal desta investigação e elucidam os fatos ocorridos, incluindo o “ser escravo” e as circunstâncias do seu adoecimento. Suas obras discutem conceitos importantes para a compreensão do povo brasileiro, não só a sua formação como etnia, mas sua formação social ancorada na miscigenação racial e étnica dos 3 elementos formadores de sua unidade básica: o indígena, o europeu (português) e o negro africano. A Medicina e seu papel social e as condições ambientais e físicas para o adoecimento da população brasileira povoam as obras de Gilberto Freyre. A contribuição das narrativas dos viajantes estrangeiros foi fundamental para se conhecer os hábitos alimentares e sociais das diferentes províncias do Brasil Império.

3 A ESCRAVIZAÇÃO NO BRASIL

Durante os 300 anos de escravidão, cerca de doze milhões de africanos foram introduzidos no Brasil. Esses são números oficiais, baseados nas anotações do rol de carga dos navios que cruzaram a rota transatlântica. Estima-se que, pelo menos, 30% a mais tenha chegado clandestinamente, especialmente após a proibição de tráfico negreiro e o bloqueio inglês dos mares, a partir de 1830 (HOLLANDA, 2003; GOMES, 2019).

3.1 A origem do problema: a definição de povo português

Por que Portugal, até então, na metade do século XV, saíria de sua vocação exclusivamente agrária, exportando produtos como vinho, uva, cortiça e azeite, e se tornaria o maior transportador e negociante de escravizados africanos para o Novo Mundo? São necessárias algumas considerações sobre a vida e a história do povo português para o entendimento do problema. A melhor definição de “português” está presente no relato do grande escritor Eça de Queiroz (2013, p. 496):

[...] dos Portugueses, os piores desprezam a Pátria; os melhores, a ignoram [...] têm uma barriga grande, de pujança heroica, o que prova uma raça forte... suas qualidades são: franqueza, doçura, a imensa bondade, o entusiasmo e a persistência [...] generosidade, desleixo e as constantes trapalhadas nos negócios; honra e escrúpulos quase pueris; imaginação fértil, exagerado nas mentiras e atento à realidade útil. [...] sempre esperançoso no milagre que solucionará todos os problemas [...] apesar de falastrão e sociável, possui um fundo de melancolia [...] a imensa descrença em tudo até, subitamente transformar-se em herói que tudo arrasa [...] seu sentimento de antiguidade de raça apegada à sua velha Torre de mil anos [...]

Talvez esse pouco apego à terra, tanto à terra de cultivar como ao terreno pátrio, associado ao ímpeto heroico, pensado para buscar por um milagre salvador da situação, ambos ingredientes do caráter português possam explicar a ação de se lançar ao mar, em viagens incertas, com a finalidade de lucro e riqueza fáceis. Luiz Vaz de Camões (2000) canta, no celebre *Os Lusíadas*, a tristeza dos mais experientes, frente a essa triste realidade:

94. Mas um velho, d'aspeito venerando,
Que ficava nas praias, entre a gente,
Postos em vós os olhos, meneando
Três vezes a cabeça, descontente,
A voz pesada um pouco alevantando,
Que nós no mar ouvimos claramente,
Cum saber só d'experiências feito,
Tais palavras tirou, do experto peito:
95. - Ó glória de mandar, ó vã cobiça,
Desta vaidade a quem chamamos Fama!
Ó fraudulento gosto, que se atiça
Cua aura popular, que honra se chama
Que castigo tamanho e que justiça
Fazes no peito vão que muito te ama!
Que mortes, que perigos, que tormentas,
Que crueldades neles, experimentas!

Nos dizeres de Freyre (2002), o caráter do português que colonizou o Brasil foi moldado no ódio ancestral aos mouros (seguidores do Islã) e invasores de Portugal, muçulmanos, como a maioria dos escravizados africanos aqui chegados; e no ódio aos hereges – ingleses, franceses e holandeses, protestantes e não seguidores do catolicismo.

Após a expulsão dos árabes da península ibérica em 1492, em Portugal, havia milhares de escravos mouros em todas as partes do país. Assim, a invasão árabe, que se iniciou em 711, durou quase 8 séculos. Portanto, seus habitantes já possuíam estreita relação com os escravizados e a escravização. A mística religiosa foi o mote para a “pujança heroica”, devido à simulação da eterna luta do cristão contra o mouro, e do católico contra o protestante. Sua tendência ao exagero e aos desvelos da “realidade útil” fizeram-lhes acreditar na grande nação portuguesa, dominadora dos mares e da arte de navegar, cujo fidalgo (filho d’algo) seria o proprietário de grandes extensões de terra no Brasil colônia. Esse filho d’algo, em pleno século XVI, retrocedeu à era medieval e construiu, no Brasil, a sociedade escravocrata, patriarcal e aristocrática (FREYRE, 2000; 2002; 2007; HOLLANDA, 2003; GOMES, 2019).

Outro aspecto que confirmava a presença do negro e de seus descendentes, muito antes em Portugal, foi o fato de que no ano de 1492, e, portanto, oito anos antes da chegada ao Brasil de Pedro Álvares Cabral, trinta por cento da população de Lisboa era constituída por africanos e seus descendentes. Existem registros que os portugueses iniciaram a captura de seres humanos na África, em 1415, depois que conseguiram ultrapassar o Cabo da Boa Esperança, e, em 8 de agosto de 1444, aconteceu o primeiro leilão de africanos cativos em território português, em Lagos, cidade do Algarve, com um leilão de 230 africanos escravizados (FREYRE, 2002; GOMES, 2019). A derrocada das viagens às Índias, devido aos negócios marítimos holandeses com esses povos, fez com que a maior atenção fosse dada ao Brasil, grande colônia de além-mar. Os filhos d’algo, apesar de sua Torre de mil anos, não tinham um sentimento forte de pureza de raça. Assim, no Brasil, suas ações basearam-se na miscigenação racial e na pureza da fé. A Igreja Católica, mais poderosa que o próprio rei, possuía grandes latifúndios, geralmente os mais produtivos, e inúmeros escravizados. A autoridade do bispo

era tamanha a ponto de interferir nas questões do direito civil: “vá se queixar ao bispo!”. Era tradição dos reis portugueses a estrita obediência ao bispo de Roma e o zelo pelo poder absoluto da religião e da fé católicas sobre os súditos do reino. A crença em um Deus vingativo, que anotava as faltas e que acertaria as contas no “Juízo Final” se constituía em medida de controle social. A Igreja Católica, portanto, precisava encontrar o meio convincente para justificar a barbárie da escravização e amansar as almas portuguesas carolas em grande conflito. Assim, ela que deveria lutar pela igualdade entre os homens, independentemente da cor da pele, invocou “o sagrado direito de escravizar” para salvar as almas dos pagãos (os negros africanos), do juízo final e de queimar no fogo do inferno (FREYRE, 2002; 2008; HOLLANDA, 2014).

A origem da escravização no Brasil possuiu, então, como causas: a experiência anterior com a escravização dos mouros em território português; o heroísmo, que adveio do domínio dos mares e da navegação; a busca pelo lucro fácil e como consequência, pelo enriquecimento fácil; o sistema patriarcal de monocultura (inicialmente a cana-de-açúcar, depois o café), e um sistema feudal de exploração da terra. Outro fato relevante, segundo Freyre (2002), é o absoluto desprezo do filho d’algo pelo trabalho. Trabalhar e receber pelo seu fruto se constituía em profundo desdouro. Assim, o ócio e a preguiça eram cultuados. O trabalho duro deveria ser realizado por um ser inferior – o escravizado. Holanda (2014, p. 44) registra, a respeito disso: “um fato que não se pode deixar de considerar, no exame da psicologia desse povo é sua invencível repulsa, a toda moral fundada no culto ao trabalho”. Assim posto, o escravizado serviria a vários propósitos: seria o agente efetivo do trabalho, absurdo impensável para um fidalgo, e seria fonte de lucro e enriquecimento para seu proprietário. Além disso, deveria substituir a mão de obra indígena, que não se adequou ao trabalho árduo por

absoluta preguiça e indolência. O dogma corrente na ocasião era o Brasil é o açúcar e o açúcar é o escravo (FREYRE, 2007; CUNHA, 2019).

Algumas vezes, ouvimos alguém dizer, em nosso país, que se o Brasil tivesse sido colonizado por um povo diferente, talvez francês ou holandês, que aqui estiveram, nossa formação étnica e econômica seria diferente. A realidade é que todas as nações europeias estavam implicadas no tráfico negreiro. De acordo com Eric Willians (2012), a descoberta do Novo Mundo, em 1492, por Cristóvão Colombo, sob as ordens dos reis da Espanha, aguçou os sentidos das outras nações europeias, notadamente da França e da Inglaterra, para a partilha de tão grandes extensões territoriais. Para esse autor, a escravização africana nada tem a ver com raça, e sim com lucro. Grandes latifúndios exigiriam grandes volumes de mão de obra para se obter grandes lucros. Sua presença no Novo Mundo seria a inauguração do capitalismo moderno com sua máxima: trabalhar pouco e lucrar muito, tornando-se rico. Para ele, todos os latifundiários e sesmeiros sabiam que o trabalho escravo dava prejuízo, quando analisado individualmente: era preciso alimentar o escravizado, vesti-lo, providenciar a logística para seu transporte e armazenamento, e permitir que ele se reproduzisse com a finalidade de manter o *status quo* da escravização (WILLIANS, 2012).

A Europa não dispunha de número suficiente de trabalhadores caucasianos que pudessem arar e cultivar e auferir os lucros desejados pelos proprietários da terra. Ela só seria rentável se envolvesse seu cultivo por grandes massas de trabalhadores, em que os mais afeitos ao trabalho árduo compensariam os prejuízos gerados pelos indolentes. Nessa lógica, quanto maior a propriedade e o número de escravizados, maior o lucro. Tentada inicialmente, a escravização dos indígenas mostrou-se inadequada: eram pessoas indolentes, não acostumadas ao trabalho pesado e não conheciam as técnicas de cultivo;

substituíram-lhes por africanos pelas seguintes características: fortes, resistentes ao clima e a suas intempéries e agricultores natos. O racismo é, portanto, consequência do trabalho escravo e não sua causa. O propósito da vinda de tantos seres humanos escravizados para o Brasil era o de prover mão de obra para a agroindústria, inicialmente canavieira, cacaueteira, extrativista de ouro e diamantes, e depois cafeeira. Assim, o escravizado deveria ser encarado como pessoa e como propriedade; e, por conseguinte, um tipo de investimento que implicaria em retorno financeiro; um tipo de *commoditie*, com baixo valor agregado, que retornaria o lucro, na medida da força de seu trabalho (PHILLIPS, 1929).

De acordo com Yalé (2011) e com Charles Robin Ewen (1991), a condição de escravizado não implicava apenas na perda da liberdade, mas também seu trabalho, seu talento, sua argúcia não lhe pertenciam mais. Além de ter que tolerar toda sorte de punições, ofensas e mesmo a morte inadvertida, nem mesmo a esperança, última companhia dos infelizes, capaz de abrandar os infortúnios, era permitida ao homem escravizado. Para Laurentino Gomes (2011, p. 12-13, 49), quem observasse a condição do Brasil no ano de sua independência, 1822, teria razões para duvidar de sua viabilidade como nação. Assim, ele o chamou de “país improvável”. Suas razões para tamanho pessimismo eram: dois de cada três brasileiros eram escravos; havia uns poucos muito ricos, mas mergulhados na mais profunda ignorância; existia a pequena elite intelectual preparada em universidades, como a de Coimbra, mas 90% do povo era analfabeto. A separação de Portugal não foi capaz de romper a ordem social estabelecida e o medo da rebelião escrava contra o domínio branco pairava no ar. Provavelmente, devido à doçura e imensa bondade, associadas à grande generosidade do povo português, os escravizados enviados para a América portuguesa eram os mais bem tratados, quando comparados aos enviados para a América do Norte e o Caribe, sob domínios espanhol, inglês e francês. Ressalvadas as situações

esporádicas, de acordo com Koster (1817), Freyre (2002, 2008) e Hollanda (2014), as situações de barbárie e os imensos castigos físicos eram muito mais raros no Brasil que nas Ilhas Britânicas. Quando o rei português editou a medida que permitia o trabalho nos feriados em Portugal, tal regra não se estendeu ao Brasil, por motivos humanitários, levando em conta o trabalho dos escravizados. A eles era permitido folgar nos feriados religiosos e nos fins de semana.

3.2 A Origem do Patriarcado na América Portuguesa e sua influência na sociedade brasileira

Chama-se patriarcado o regime social centrado na figura masculina, o pai da família e o senhor da casa. Todo o círculo familiar deveria gravitar em torno dele. Todos os membros de sua família deviam a ele respeito e reverência. O homem possuía a autoridade máxima, inclusive influenciando na vida pessoal dos outros membros do círculo familiar. Desse modo, baseava-se também nas tradições de família e na ancestralidade. A origem do patriarcado, em geral, remonta a tempos imemoriais, tendo-se notícia da existência do androcentrismo há 8 mil anos a. C. Nessa época, nas tribos nômades de caçadores-coletores, o papel homem-mulher era bem estabelecido por meio do respeito de regra biológica básica: homens caçam e mulheres cuidam da casa e dos filhos, provendo alimento para todos, sempre na busca da manutenção da vida do grupo e da continuidade das gerações futuras. Não havia conflitos de interesses nem indícios de supremacia de qualquer dos sexos. A prova cabal desse estado de coisas era a de que os primeiros deuses, ainda no período Neolítico, eram mulheres grávidas. Esse sistema social criado biologicamente foi-se modificando lentamente e sua mudança foi sendo notada durante os 2.500 anos seguintes. Vários fatores intervieram para as modificações nesse sistema, com o passar do

tempo: os fatores econômicos surgiram, quando, nos períodos de fartura de alimentos, as sobras puderam ser trocadas com outras tribos, e que, dependendo do volume, estabeleciam diferentes padrões de riqueza (a origem das desigualdades). Por outro lado, nos períodos de escassez, impunha-se a guerra intertribal, culminado com o surgimento de um líder militar masculino. Sua agressividade e beligerância, associadas a mais músculos mediados pela testosterona, impuseram sua supremacia tribal e seu papel de proteger sua família endogâmica. As desigualdades intertribais de natureza econômica e a presença de guerreiros masculinos poderosos foram causas do roubo de noivas, dos estupros e dos casamentos negociados (por conveniência).

Esses padrões sociais comportamentais impuseram a submissão da mulher. Essa mudança social de comportamento transformou a ação biológica natural: homem caçador/mulher cuidadora para uma ação cultural e supremacia do homem sobre a mulher. De papel de participante na manutenção da sociedade, a mulher se transformou na líder dos serviços, cuja única atribuição era a de cuidar da casa do homem e de sua prole. A análise mais direta e pragmática mostra que aconteceu a “coisificação” da mulher. Ela perdeu o estado de parceira do homem para tornar-se mais um objeto doméstico de sua propriedade (LERNER, 1986; COLLIÈRE, 1999; HARARI, 2017).

De acordo com Jorge Caldeira (2017), os grupos sociais encontrados pelos descobridores no Brasil, as tribos de caçadores-coletores, os tupi-guarani, observavam a regra biológica básica do papel homem-mulher. Longos períodos de dominação deixam legados, alguns ruins, outros nem tanto. Os portugueses trouxeram um tipo de sistema patriarcal para o Brasil só encontrável no mundo romano e grego. A essas características tão retrógradas, associaram-se os maus exemplos herdados pelos anos de dominação árabe da Península Ibérica. Assim,

na América Portuguesa, a subserviência feminina foi confirmada pela cultura portuguesa: o homem é o senhor de tudo e a mulher é a líder de seus serviçais, uma coisa, mais um dos apetrechos domésticos (FREYRE, 2002; 2008). A sociedade patriarcal brasileira, durante o século XIX, se encontrava em todo o seu apogeu, todo o seu esplendor. A elite abastada possuía grandes casas senhoriais que traduziam bem, a ordenação social: a família numerosa, muitos quartos de dormir, a enorme sala de jantar para as reuniões familiares, o número acentuado de escravizados domésticos. O patriarca podia sair de casa e interagir com outros homens na rua, nas praças, nas repartições públicas. Sua família lhe devia devotado respeito: filhas não se dirigiam ao pai, exceto quando solicitadas; filhos não fumavam na presença do pai; escravos pediam-lhe bênçãos e beijavam sua mão. O papel da matrona opulenta e lânguida, dona da casa, era de ficar em casa e providenciar a boa vida para o patriarca. Fazia doces, regia as escravas da cozinha e punia com chicote as transgressões. O patriarca era responsável pelo casamento dos filhos: a sinhazinha se casava aos 12 ou 13 anos, o sinhozinho era homem aos 10 anos. Assim, o menino só se casaria muito mais tarde, após longo período de estudo na Europa (FREYRE, 2002; 2008; 2011).

3.3 A criança e a infância

O patriarcado e sua rígida estratificação de poder, baseada na figura masculina, impôs outra alteração no âmago da família, durante o século XIX: o conceito de criança. Ele era completamente diferente do de hoje, pois o conceito atual encontra-se amparado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que considera criança o “indivíduo com até 12 anos de idade”. A rígida estratificação social e a desigualdade econômica reinante nas diversas camadas da pirâmide social do Império do Brasil produziram

um marco familiar para a sociedade brasileira daquela época, baseadas na precocidade das crianças e dos adolescentes. Sem distinção entre as famílias pobres ou ricas, “a criança” só era considerada criança na “idade de anjinho”, período que poderia ir, no máximo, até os 5 anos de idade. A partir dessa idade, era instada a executar as obrigações do adulto, inclusive o trabalho, o que nas famílias mais pobres levava à perda da infância. A expectativa de vida muito baixa (em média, inferior a 30 anos) devia contribuir, também, para esse comportamento: viva tudo, pois sua vida é muito curta. Isso explicaria a morte precoce de poetas e de escritores, a ascensão ao título de imperador de D. Pedro I, aos 24 anos e de D. Pedro II, aos 14 anos (FREYRE, 2008; KARASCH, 2000; GOMES, 2011). A precocidade das crianças e dos adolescentes das famílias abastadas também se refletia na precocidade dos casamentos, principalmente contribuindo para a gravidez precoce das adolescentes. As crianças jamais ganhavam brinquedos nos aniversários e no natal; ao contrário, ganhavam livros e obrigações, como ajudar nas missas e no comércio dos pais. Luccock (1995) e Burton (1869) relataram, em seus diários de viagem, a intensa tristeza das crianças brasileiras, que mesmo no Rio de Janeiro, viviam sujas e sem roupas. Elas não participavam de folguedos próprios de sua idade, comuns na Europa e nos Estados Unidos, como soltar pipas. Outros viajantes, que fizeram relatos em seus diários de viagem durante o século XIX, tiveram a mesma impressão, como Saint Hilaire e Ina von Binzer. Nas colônias alemãs do Sul do Brasil e naquelas estabelecidas em Petrópolis e Nova Friburgo, na província do Rio de Janeiro, era o mesmo panorama: sujeira, nudez e precocidade no trabalho (FREYRE, 2008). O sofrimento e o descaso com a criança eram características culturais arraigadas no meio social independentemente do poder aquisitivo, da classe social, de ser escravizado ou homem livre.

3.4 O processo saúde-doença na sociedade do século XIX

A descoberta do ouro em Minas Gerais, no final do século XVII, foi responsável pela mudança na administração colonial, deslocando a capital da colônia de Salvador para a cidade do Rio de Janeiro. Como toda cidade portuária, a capital do Império recebia navios estrangeiros de todas as partes do mundo, e também as doenças trazidas a bordo. As epidemias de doenças infecciosas grassavam na cidade do Rio de Janeiro, especialmente durante o século XIX. A cidade possuía grande contingente de pessoas pobres vivendo em situação de miséria e um número incontável de escravizados, cuja alimentação era precária. A varíola, a tuberculose, a sífilis e as diarreias e disenterias eram frequentes, responsáveis pela mortalidade elevada (KARASCH, 2000; CUNHA, 2019). A morte e a má alimentação das camadas mais pobres do estrato social da cidade tornaram-se objeto de preocupação dos membros da Academia Imperial de Medicina. O discurso do Dr. José Martins da Cruz Jobim, na sessão de 30 de junho de 1835, e publicada na Revista Médica Brasileira, no ano de 1841, relatou que a má alimentação das categorias de trabalhadores mais simples – marinheiros, sapateiros, ferreiros, cozinheiros, caixeiros e escravos – era capaz de produzir inúmeras doenças ligadas à desnutrição, atendidas no Hospital da Misericórdia (JOBIM, 1841). A mortalidade infantil era elevada, atingindo 290,9 crianças por 1.000 nascidas vivas, de acordo com o trabalho do Barão do Lavradio (1878); mais de 23 vezes superior à de hoje, que é de 12,4/1.000 nascidos vivos, (IBGE, 2019). O recém-nascido e a criança eram particularmente vulneráveis, principalmente devido à negligência com que eram tratados por seus pais e responsáveis diretos. Além da enorme prevalência das doenças infectocontagiosas, outros fatores contribuíam para a morbidade elevada das doenças. Havia baixíssima cobertura populacional, em relação ao número de médicos atuantes por habitante. Fazendeiros ricos tinham seus próprios médicos que,

eventualmente, lhes prestavam assistência. A assistência em saúde para o populacho e a população escravizada era realizada por um sem número de curandeiros e “mães pretas” que prescreviam tratamentos empíricos, baseados em credices populares e em suas interpretações pessoais das doenças. Somente na iminência de morrer é que as pessoas procuravam assistência médica e, então, pouco era possível fazer pelo doente. A figura da mãe preta era popular nas fazendas do ciclo do café: uma escrava muito velha (acima de 50 anos), que já passara por inúmeras provações na vida, era conhecedora dos rituais de benzedura, capazes de espantar o mal e curar o enfermo.

Esse estado de coisas tornou-se tão grave que alguns médicos estrangeiros, proprietários de fazendas de café, escreveram livros técnicos com conselhos para os fazendeiros sobre o tratamento das doenças: o *Manual Imbert*, de 1839, e o dicionário *Chernoviz*, de 1890. Eles foram encontrados nos inventários *post mortem* dos barões do café, no Vale do Paraíba fluminense. Esses manuais reprovavam com veemência o uso de massa de fumo para curar o cordão umbilical do recém-nascido, devido à enorme prevalência do tétano umbilical, levando-o à morte em 7 dias. Advertiam também para o costume comum, entre ricos e pobres, de entregar o bebê para a ama de leite. A maioria das escravizadas amas de leite era portadora de doenças graves, como a tuberculose e a sífilis, levando à morte precoce da criança por contaminação direta. A mãe preta também aconselhava as mães a desmamar precocemente o bebê, o que, na classe pobre, significava substituir o leite materno pela pasta de angu com feijão e farinha de mandioca (IMBERT, 1839; CHERNOVIZ, 1890; FREYRE, 2009). O Dr. João Vicente Torres Homem (1882), clínico famoso do período imperial, responsável pelo atendimento da elite carioca, até do Imperador D. Pedro II, externou, em seu trabalho, a preocupação com as doenças que ele identificou na classe rica e sua origem inusitada. Segundo ele, o que contribuía para esse estado de coisas incluía que o homem devia se

vestir como tal: casaca e sobrecasaca preta, de tecido grosso, camisa de algodão, meias e botas de couro, obviamente vestimenta inadequada para o calor dos trópicos, predispondo a doenças. O mais grave, daí a preocupação do Dr. Torres Homem, era em relação às mulheres: a dona da casa, obesa e gluttona, confinada em casa, segundo o costume árabe, padecia de toda sorte de doença crônica, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Porém, o que mais angustiava o médico era a situação clínica das jovens meninas, submetidas a regime alimentar diferente da mãe: o padrão de beleza, que atraía os bons pretendentes, era a moça magérrima e pálida que nunca saía de casa ou tomava sol, figura triste, que deveria se contrapor à figura masculina: corada e espadaúda. Como a tuberculose era epidêmica na cidade e as sinhazinhas se alimentavam mal para manter seu padrão europeu de beleza, o médico se estarreceu com a elevada prevalência da tuberculose pulmonar entre elas, decorrente da “europeização dos costumes”, da sociedade imperial abastada durante o século XIX (TORRES HOMEM, 1882; FREYRE, 2002).

3.5 Etnia e doença

Nos dizeres de Darcy Ribeiro (2015), o escravizado africano foi um dos três elementos formadores da unidade básica da “etnia brasileira”, povo sem identidade cultural e étnica, até então, formado pela justaposição de seus 3 elementos formadores: o indígena, o europeu colonizador e o africano escravizado. Como o escravizado era a principal fonte de trabalho e de lucro durante 300 anos, ele adoeceu, sofreu, trabalhou e emprestou sua contribuição para a formação atual do povo brasileiro. Para Alberto Torres, o Brasil sofria de uma crise de identidade étnica, por ser nação jovem, cujo povo formador não tinha ainda se adaptado às condições da terra e, portanto, padecia dos males da alimentação estranha aos seus elementos formadores. Essa alimentação

estranha teria contribuído para diminuir a força de trabalho do africano e do indígena, aumentando o risco do seu adoecimento (LEMOS, 2018). Os costumes herdados dos árabes e trazidos pelo português da Europa para o Brasil, a sociedade patriarcal e escravocrata, o modo medieval de aproveitamento da terra, com grandes latifúndios e monocultura de exportação pouco mecanizada e as características sociais da formação da população do país foram responsáveis por inúmeras doenças que afetaram os moradores das cidades e do campo durante o século XIX. O desconhecimento de regras básicas de higiene e saúde; a alimentação do pobre, fundada unicamente no consumo de alimentos farináceos e de baixo teor proteico e vitamínico; o pouco caso e o descuido, no trato com a criança; a precocidade de crianças e jovens, no que diz respeito ao trabalho e à perda da infância; o caráter empírico da medicina e sua baixa cobertura populacional, com baixíssimo número de médicos; a influência negativa de credices absurdas e fetichismos, herdados de índios e africanos, tudo contribuiu para os níveis alarmantes de morbidade e de mortalidade pelas doenças durante o século XIX.

4 A ALIMENTAÇÃO NO BRASIL DURANTE O SÉCULO XIX

A maioria das descobertas a respeito dos padrões alimentares da sociedade imperial pode ser obtida por meio da leitura dos diários de viajantes estrangeiros que estiveram empreendendo viagens pelo país, após a abertura dos Portos, em 1808, realizadas pelo Príncipe Regente D. João VI. A ocupação do solo com o latifúndio monocultor, a diversidade do solo e do clima de um país continental, a diversidade da fauna e da flora que provia frutas exóticas e animais de caça abundantes e, principalmente, a interação entre as três culturas, formadoras da unidade etnográfica básica do povo brasileiro – o português, o indígena e o africano – produziram o padrão alimentar básico, durante o século XIX (FREIRO, 1982; FREYRE, 2011; CÂMARA CASCUDO, 2016). Seu estudo pôde fornecer informações para correlacionar o padrão alimentar com a deficiência de vitamina A na população brasileira de então.

4.1 A Origem das trocas de alimentos

A Revolução Agrícola compreendeu um período da história do ser humano entre 12 mil e 6 mil anos atrás, que passou de caçador-coleto de alimentos, para cultivador de grãos domesticados por ele, para prover sua alimentação. Segundo Harari (2017), isso se deveu ao apelo do DNA humano pela produção de mais cópias (mais indivíduos), o que significaria, do ponto de vista evolucionista, o sucesso da espécie humana. O cultivo de grãos era capaz de fornecer mais alimento por área plantada e, assim, alimentar mais indivíduos desde que as condições ideais de cultivo estivessem presentes. Os povos nômades que

caminhavam e navegavam pelo planeta foram responsáveis por difundir diversos alimentos entre os continentes. Assim, batatas originárias do Chile foram transplantadas para a Europa, arroz originário da China, abóboras provenientes da América do Norte transformaram-se em alimentos universais. As Grandes Navegações empreendidas, principalmente por portugueses e espanhóis, contribuíram enormemente para a consolidação das trocas de alimentos entre os continentes. Segundo Câmara Cascudo (2016, p. 112), o milho, a pimenta (aji) e as batatas foram os primeiros alimentos a cruzar o Atlântico rumo à Espanha. Em 1543, Cristóvão Colombo, ao voltar do Novo Mundo, exibiu esses produtos e fez a corte espanhola prová-los. A escravização de milhões de pessoas e sua transferência para o Novo Mundo, como força de trabalho e de povoamento, foi fundamental para a compreensão da origem alimentar da comida encontrada na mesa do brasileiro nos dias de hoje. De acordo com Shields (2014) e Carney (2016), o escravizado que vinha para o Novo Mundo não trazia somente seu corpo entre seus trapos de viagem, sempre trazia sementes de plantas e vegetais que ocultos viajavam para serem semeados em novos terrenos.

A rota comercial transatlântica previa que um navio carregasse, no porto europeu, carne salgada de boi ou peixe, vinho, azeite, queijo, cerveja inglesa e feijão fava. Esse navio dirigia-se para os portos africanos, onde os gêneros alimentícios eram negociados com os comerciantes locais ou trocados por escravizados que, a partir da África, tomavam o rumo do Brasil, das Antilhas francesa e espanhola e do sul dos Estados Unidos. Para alimentá-los, os capitães compravam alimentos locais ou traziam mantimentos não perecíveis, como a farinha de mandioca que durava de 53 a 76 dias de travessia, em média, dependendo da estação do ano. Vários exemplos desses fatos podem ser encontrados nos diários de bordo desses navios, pois durante o século XVII saiu do porto do Benin, um navio de grande calado com 500 escravos. Seu

capitão trazia a bordo 100 mil peças de inhame, compradas no comércio do porto africano para as refeições das pessoas que iriam a bordo. No mesmo século, o capitão do navio que partiu de Angola calculou 2 litros de farinha de mandioca mais meio litro de feijão, de milho ou farinha de noz de palma, por escravizado, por dia de travessia. O capitão Thomas Philips comprou duas toneladas de arroz em Serra Leoa, para sua travessia do Atlântico, no século XVIII. O capitão John Mathews comprou abóboras e oito toneladas de arroz, para alimentar os duzentos escravos que seu navio transportava. Outro navio, o *Diligent*, que partiu do Benin, levava 1.000 bananas e sorgo, milho e feijão fradinho para fazer a travessia. Excetuando-se os capitães sádicos, seres humanos maus, a maioria deles era cristã e sabia que a escravização era errada. O problema era meramente comercial e visava ao lucro. Esses tinham um mínimo de compaixão e alimentavam sua carga de escravizados, pois deles dependia sua fonte de lucro. Dependendo do tempo dispendido na viagem, sempre sobravam alimentos a bordo, que eram descartados no porto de destino. Esse descarte introduziu no Novo Mundo inúmeros alimentos africanos e outros tantos asiáticos que haviam sido introduzidos na África pelos povos muçulmanos da costa norte africana. O oposto também foi verdadeiro: escravos libertados no Novo Mundo fizeram opção de retornar para a África e os navios, ao retornar, levavam alimentos nativos das Américas, como o milho, as batatas e o amendoim, que foram então cultivados na África (MILLER, 2013; CROMWELL, 2014; SHIELDS, 2014; CARNEY, 2016).

Assim, vários alimentos que hoje comemos quase todos os dias seguiram essas rotas, a saber: berinjela; banana; algumas variedades de abóbora; noz de cola; quiabo; alguns tipos de feijão, como o feijão fradinho; pimentas; batata doce; melancia; cana de açúcar; arroz; favas; gergelim e o óleo de palma, ou como é conhecido hoje, azeite de dendê. A berinjela, chamada de abóbora da Guiné, chegou ao Brasil durante a invasão holandesa,

em 1640, proveniente de Angola. O diário de Thomas Jefferson, famoso presidente americano, descreveu plantações de inhame, gergelim, noz de cola, azeite de dendê e de plantas asiáticas, como a banana da terra, em várias *plantations*, no sul dos Estados Unidos. O amendoim fez o caminho inverso, assim como o milho, ambos nativos das Américas, foram levados pelos portugueses para a África no século XVII (CARNEY, 2016).

A primeira citação do inhame como alimento no Brasil encontra-se na Carta de Pero Vaz de Caminha (1500), ao Rei de Portugal, explicando a condição dos nativos da terra recém-descoberta, escrita em 1º de maio de 1500:

E que lhes deram de comer dos alimentos que tinham, a saber muito inhame, e outras sementes que na terra dá, que eles comem. Eles não lavram nem criam. Nem há aqui boi ou vaca, cabra, ovelha ou galinha, ou qualquer outro animal que esteja acostumado ao viver do homem. E não comem senão deste inhame, de que aqui há muito, e dessas sementes e frutos que a terra e as árvores de si deitam. E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes comemos.

Segundo a análise feita por Câmara Cascudo (2016), a carta só poderia se referir à mandioca, alimento comum entre os indígenas. No Brasil, ainda não havia o inhame africano trazido da Guiné, somente o cará, que era conhecido e utilizado pelos índios como alimento. É empregado na culinária brasileira na confecção de sopas, refogado com alho e cebola, e como espessante de alguns guisados que empregam proteínas como carne de boi ou porco e frutos do mar, como o camarão. Os portugueses já conheciam o inhame africano e devido a sua semelhança física com a raiz da mandioca, Caminha teria cometido esse equívoco.

4.2 Cozinha brasileira e cultura

A culinária de determinado país exprime a herança cultural de seu povo, englobando os aspectos etnográficos, econômicos e sociais envolvidos no processo de sua formação. No Brasil, a herança gastronômica obedece à lógica mediada pela interação das 3 etnias, formadoras da sua unidade etnográfica básica (CORÇÃO, 2012; CÂMARA CASCUDO, 2016). Do povo indígena, a cozinha brasileira herdou o gosto pela mandioca e todos os seus subprodutos: farinha, beijus, tapioca, pirão e mingaus. Também herdou algumas formas de preparo dos alimentos, como o moquém ou grelha para a realização do churrasco, o mais possível malpassado para seu gosto; o “forno” de barro, para secar a farinha de mandioca e o uso da pimenta, como especiaria. O português colonizador, acostumado ao pão de trigo, foi obrigado a substituí-lo pelos beijus e tapiocas de mandioca, porque o clima equatorial do Brasil não permitia o cultivo do trigo. A província do Rio Grande do Sul e algumas regiões na serra de Minas Gerais conseguiam produzir algum trigo e centeio, com a produção de pães, durante o século XIX. Porém, a produção era menor e de má qualidade, devido às pragas que destruíam boa parte das lavouras (SAINT-HILAIRE, 1887; 2000; CÂMARA CASCUDO, 2016). Do povo português colonizador, a cozinha brasileira incorporou a maior parte dos processos de cozimento, do uso dos utensílios e dos produtos alimentícios, das posturas sociais à mesa, da produção de doces e sobremesas, da adaptação de receitas ancestrais, passadas pelas sucessivas gerações de pessoas, muitas delas herdadas da invasão árabe da Península Ibérica. A matrona portuguesa, dona da casa, orientava as mulheres da cozinha das casas grandes, rurais e urbanas, fossem elas de origem indígena ou africana, sobre esses modos de preparo e o trato com os alimentos (FREYRE, 2002, 2003; 2007; 2011). Do escravizado africano, incorporou-se o uso de alguns produtos originários da África, como o quiabo, a pimenta malagueta,

o coco seco e o leite de coco; a farofa, feita de farinha de mandioca ou de milho; o uso do azeite de dendê, que substituiu o “azeite doce”, ou azeite de oliva, importado de Portugal e caro, durante o século XIX, após a abolição da escravatura, inaugurando a cozinha regional na Bahia (BRANDÃO, 1948; CÂMARA CASCUDO, 2016). Durante esse século, boa parte dos viajantes que percorreram o Brasil, como Toussaint-Samson (1883), Mawe (1978), Luccock (1995), Saint-Hilaire (2000), Isabelle (2006) e von Binzer (2017), ao discorrerem sobre as práticas alimentares do povo brasileiro da época, citam unanimemente, que o “prato típico do país seria a feijoada”. Em outras palavras, durante o século XIX, qualquer porção de feijão cozido que contivesse algum tipo de carne era chamado de “feijoada”. Sobre esse prato em particular, criaram-se falsas informações a respeito. A crença de que a feijoada seria “comida de escravos”, feita com restos de carnes da casa-grande foi realidade imaginada. Na verdade, sua origem é europeia, em que várias regiões faziam cozidos de feijão e carne, submetidos a adaptações e transformações, de acordo com o gosto dos habitantes do local, a sazonalidade e as tradições culinárias. Assim, encontra-se um prato com feijão e carnes cozidas e, eventualmente, legumes, na França: o Cassoulet; na Espanha: o Puchero; e em Portugal: a feijoada. A “feijoada” foi trazida para o Brasil pelos portugueses, pois se tratava de prato típico do Norte daquele país, feito com feijão branco, nas regiões do Minho e do Douro, e com feijão vermelho, na região de Trás os Montes. Por isso, não se constituía em “comida de escravo”, mas em comida de senhor de escravos, e era iguaria servida nas casas-grandes. As cozinheiras e cozinheiros africanos e afro-brasileiros aprenderam a sua técnica de preparo com as matronas portuguesas. Na verdade, a variedade de feijoada encontrada no Brasil pode ser considerada *fusion cuisine*, pois, segundo Alencastro (2000), um prato de Angola, a moamba, era variedade de feijoada bem parecida com a atual, cuja menção pode ser encontrada nas descrições dos navegadores portugueses, durante

o século XVII. Segundo Mitchell (1998) e Carney (2016), nos Estados Unidos, existe o cozido típico de Boston, o Gumbo, cozido de frutos do mar e feijões, depois engrossado, pela influência da cozinha do sul daquele país, com quiabo. A feijoada só se popularizou no Rio de Janeiro, capital do Império, no início do século XX, por causa de vários restaurantes do centro da cidade, as “casas de pasto”, que serviam “feijoadas” preparadas com carnes de má qualidade, a preços módicos. Como a carne seca e os pedaços de porco salgados – orelha, rabo, pés – eram baratos, os donos dessas casas de pasto populares serviam o prato ao populacho, que não gastava muito e comia algo saboroso e reconfortante (CARNEIRO, 2005; ELIAS, 2010; BRASIL, 2014).

4.3 A Alimentação do europeu e de seus descendentes no Brasil

Para Eduardo Frieiro (1982, p. 21-22), o brasileiro sempre se alimentou mal. Prova disso estaria presente no anedotário caipira, no qual, para se preparar a chegada da visita em casa, o morador mandava matar uma galinha. Se a visita não viesse, poder-se-ia voltar ao velho feijão com arroz, picadinho e uma verdura. Essa monotonia alimentar só seria quebrada pelo acontecimento espúrio, como a visita anunciada. Associar esse comportamento aos modismos ou tabus (“não como folha porque não sou lagarta”), contribuiu ainda mais para piorar a condição nutricional do brasileiro. Para Câmara Cascudo (2016, p. 143), esse hábito de se alimentar mal já vinha de tempos imemoriais e estava presente entre os indígenas brasileiros, para os quais era mais importante comer grande quantidade de comida que provesse o estômago cheio, do que se alimentar com parcimônia e com qualidade. Esse tipo de comportamento era comum entre os moradores do interior do país, cuja prática alimentar principal consistia na ingestão de farinha de mandioca seca com um gole de água. O que existe de real era que a

precariedade da alimentação dos brasileiros passava pela sua baixa qualidade nutritiva, decorrente da ausência de padrão alimentar uniforme nas diversas regiões do país, de dimensões continentais. Verificou-se que esses padrões alimentares “incompletos e desarmônicos” estavam intimamente relacionados ao processo sociocultural de formação do povo brasileiro, ora recebendo mais influência da alimentação de origem indígena, como no Norte; ora africana, como na Bahia (CASTRO, 2004, p. 34). O papel da cultura alimentar regional se refletiria na formação da sociedade brasileira desde os primórdios da colonização do país.

O povo português colonizador foi responsável pela grande reforma na “estética do paladar” no Novo Mundo, iniciada pelo plantio e produção da farinha de mandioca em substituição ao trigo europeu, que não crescia bem nos trópicos. O transporte transatlântico e transcontinental de plantas alimentícias, a mescla de experiências culinárias e de modos de cocção podem confirmar essa premissa. O trigo, além de não vingar, quando vinha importado para o Brasil, chegava apodrecido e sem condições de consumo humano. A alimentação do brasileiro tornou-se, então, monótona, baseada no consumo de farinha de mandioca, angu de farinha de milho, feijão, carne seca salgada e banha de porco. O baixo teor proteico e vitamínico dessa dieta era o prenúncio de graves deficiências nutricionais. À medida que se passavam as décadas e os séculos, o crescimento populacional da colônia impunha mais sofrimento alimentar. O governo central inoperante e frágil era pressionado pelas oligarquias rurais para a manutenção de seus privilégios econômicos. A monocultura associada ao trabalho escravo enriquecia a classe dominante, em detrimento da penúria imposta aos menos favorecidos: escravos e trabalhadores comuns. O açúcar, inicialmente, depois o café, eram as únicas riquezas que deveriam haver nos campos. Para protegê-las a todo custo, era comum criarem-se mentiras que se tornavam verdades: “manga com leite faz

mal para o estômago”, “o excesso de açúcar estraga os dentes”, “se você come muito doce, a barriga fica cheia de vermes” (LOBO, 1978; FREYRE, 2007; 2011; CÂMARA CASCUDO, 2016).

Assim, de acordo com Torres Homem (1882), Gilberto Freyre (2003; 2011) e Rego e Marques (2018), a sociedade patriarcal, semifeudal, escravagista e baseada na economia da monocultura era tão perversa que cuidava mal de sua própria alimentação. O descaso do governo com a segurança alimentar e com o bem-estar da população era evidente. As relações do governo com o comércio de alimentos previam o protecionismo de grupos oligárquicos de intermediários, calcadas no nepotismo, prática que encarecia sobremaneira o preço dos alimentos. A monocultura impedia a plantação de outros gêneros alimentícios, de forma que a maioria dos alimentos vendidos era de péssima qualidade, a quase totalidade em vias de apodrecimento, vendidos por preços extorsivos. A falta de carne de vaca fresca era patente em todas as regiões do Brasil, com exceção da Província do Rio Grande do Sul. As famílias mais abastadas importavam gêneros alimentícios de Portugal e de outras partes da Europa, mas a condição em que chegavam esses produtos ao Brasil era deplorável, devido à sua má conservação. Essas famílias também conseguiam adquirir carne de boi fresca e de peixes dos atravessadores, por preços exorbitantes, e manter uma nutrição mais adequada. Associado a isso, havia a crença difundida pela sociedade patriarcal das diferenças de aparência física entre os gêneros masculino e feminino. Os homens deviam ter aparência saudável, espadaúdos, corados e musculosos. As mulheres jovens e casadoiras deviam mostrar a pele alva, pálida de suas faces que não tomavam sol e sua magreza assustadora. Essas “sinhazinhas” das casas-grandes e dos sobrados apresentavam graves sinais de desnutrição proteico-calórica, e o que é pior, a maioria possuía sinais de tuberculose pulmonar. Alimentavam-se com caldos ralos de frango, sem conteúdo calórico ou proteico, com

a finalidade de manter a silhueta esguia e sua tez pálida e descorada. Já as mulheres casadas, deviam ostentar o costume mouro herdado da dominação árabe da Península Ibérica: serem gordas e opulentas, traço sugestivo de sua condição de matrona. As comidas gordurosas e o excesso de doces serviam bem a esse propósito, especialmente no grande latifúndio patriarcal pernambucano. Nem os membros das casas imperiais cuidavam muito da alimentação. Laurentino Gomes (2011, p. 93-112) informa que D. Pedro I gostava muito de comer um pedaço de carne de porco ou de boi bem gorduroso, acompanhado de arroz e batata ou abóbora cozidas. Em uma viagem a cavalo para Minas Gerais, o imperador viajava o dia inteiro e, à noite, comia farinha de mandioca com um pedaço de toucinho. A respeito do Imperador D. Pedro II, Francisco Lellis e André Boccato (2013) narram a sua predileção pela canja de galinha, situando-a como seu prato favorito. Avesso aos grandes banquetes de sua época, preferia a comida simples. Citam o curioso gosto por frango de sua família, especialmente de seu avô D. João VI, que chegava a guardar coxinhas de frango nos bolsos da casaca e vivia com as mãos engorduradas do frango do almoço. A cozinha burguesa brasileira ostentava pratos como o cuscuz, de origem árabe, e pratos que levavam porco. A maioria do populacho comia carne seca ou peixe seco e farinha de mandioca e, raramente, verdura ou fruta.

4.4 Alimentação do pobre e do escravizado no Brasil

Ao pobre e ao escravo, no Brasil, restava a alimentação monótona com ínfimo teor proteico, expondo o infeliz aos estigmas da fome crônica. Essa monotonia alimentar produziria, com o passar do tempo, a distorção do apetite e o estado de anorexia crônica, talvez pela falta de vitaminas, notadamente as do complexo B, e de aminoácidos devido à dieta precária. Esse estado perpetuaria a carência, podendo ser o

responsável pela desnutrição extrema dos pacientes do Dr. Gama Lobo, e de outras crianças, descritas nos almanaques e dicionários médicos como “as crianças comedoras de terra”. Esses pacientes também foram descritos por médicos do Sul dos Estados Unidos que atribuíram ao quadro clínico dessas crianças o baixo teor de cálcio e de ferro da dieta dos escravizados (IMBERT, 1839; CHERNOVIZ, 1890; CASTRO, 2004; COVEY, 2009). Imbert (1839), comentando em seu Manual do Fazendeiro a respeito das fontes de proteína para a gente pobre, disse que o peixe, devido ao calor do Brasil, se estragava precocemente. Como era caro para o pobre, este só conseguia adquiri-lo quando já estava apodrecido. Da mesma forma, a carne fresca de boi ou porco só durava 24 horas nos açougues; após esse período, seu preço baixava acentuadamente, e era, então, adquirida pelos pobres. Henry Koster (1817), nos relatos de suas viagens pelo Norte e o Nordeste do Brasil, informava que os escravos que habitavam áreas próximas do litoral comiam melhor que aqueles do sertão e aqueles nas fazendas do interior do país. Usava-se, em Pernambuco, a mandioca e o feijão fradinho, pois naquele estado quase não havia milho plantado. Nas áreas algodoeiras, ele encontrou escravos comendo angu de farinha de milho. No litoral, os escravos pescavam para completar a alimentação. Ele descreveu muitos doces encontrados nos engenhos de Pernambuco, feitos com melão e farinha de banana, claras de ovos, canela e gengibre. As pimentas malaguetas eram utilizadas, tanto por brancos quanto por negros, que as comiam em grandes quantidades em cada refeição. No Recife e em Olinda, viu refeições com ervilhas, inhames, carne seca, farinha de mandioca e bananas da terra. Ele considerou a maior parte da alimentação de brancos e negros pelo Brasil insuficiente em qualidade e em quantidade e só viu alguém comer carne fresca de bode, nas fazendas do sertão de Alagoas. Segundo ele, os escravos mais desafortunados eram os do interior do Maranhão, que comiam unicamente arroz. Esse autor talvez tenha sido o viajante que identificou com clareza a falta de segurança

alimentar dos habitantes do interior do Norte e do Nordeste do Brasil, durante o século XIX (KOSTER, 1817).

Chama-se de Segurança Alimentar o direito de todos os indivíduos de ter acesso regular e permanente a alimentos de boa qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde (FAO, 2017). Quem mais sofre com a insegurança alimentar são os pobres e, particularmente, nessas populações, as crianças. No Brasil, as doenças da fome são consequência do seu passado histórico em que os grupos humanos estavam sempre em luta com o meio ambiente adverso e da ausência de responsabilidade do elemento colonizador, interessado unicamente no lucro financeiro, obtido por meio de ciclos sucessivos da economia destrutiva da monocultura, e de sua associação com o trabalho escravo (CASTRO, 2004). De acordo com Castro (2004), Freyre (2009), Carney e Rosomoff (2010) e Câmara Cascudo (2016), a alimentação e a forma de se alimentar foram algumas das muitas agressões impingidas ao africano escravizado na grande diáspora. Acostumado às alterações climáticas do continente africano, dependendo da região em que fora capturado, especialmente na região subsaariana, ele vivia em condição de ténue equilíbrio nutricional. Desse estado de fome crônica, sem manifestação clínica mais evidente, emergiu uma gama de estigmas, como a hemeralopia e outras doenças do espectro da desnutrição, quando foi removido para as Américas e seu padrão alimentar foi alterado. Castillon (2016), ao estudar a segurança alimentar de populações quilombolas no Brasil atual, constatou que as condições precárias da alimentação dessas populações ainda persistem, 130 anos após a abolição da escravidão, notadamente entre as crianças, com ingestão deficiente tanto em qualidade como em quantidade de nutrientes.

Cabe ressaltar também que todo agravo que acomete a criança deve ser encarado como multifatorial de origem biológica, incluindo a herança genética da criança e a fase do desenvolvimento em que ela se encontra, agravos físico-químicos, incluídos aí os problemas carenciais, como também os fatores relacionados à esfera psicossocial. Nessa lógica, cabe ao adulto prover o bem e evitar o mal. Assim, a doença na criança representaria, para a visão social, a falha do comportamento do adulto (MURAHOVSKI, 2003).

4.5 O dilema capitalista

A inauguração do capitalismo como sistema de trabalho escravo tão perverso, a partir do século XIX, nas Américas, impôs um dilema na consciência na classe dominante, representada pelas elites rurais escravistas, no que tange à alimentação da sua força de trabalho. Era necessário alimentar os escravizados para que produzissem, porém a qualidade dos alimentos deveria ser a pior possível, com a finalidade de gerar lucro econômico aceitável. A monotonia alimentar, representada pelo uso da farinha de mandioca, do feijão e das carnes secas de peixe e de boi, generalizaram-se no Brasil, no Caribe e nos EUA, devido ao seu baixo custo. Nesse contexto, o baixo teor proteico e, principalmente de vitaminas essenciais dessa dieta, impuseram à massa escravizada um sem número de doenças e padecimentos com elevada taxa de mortalidade.

No Brasil, era notório o descaso das autoridades, incluindo do próprio Imperador, com a má alimentação das pessoas. A herança administrativa portuguesa caracterizada pelo nepotismo, pela rede de atravessadores e pelo protecionismo comercial que impôs à população pobre, durante o século XIX, a subnutrição e o consumo de comida

apodrecida, responsável por graves danos à saúde pessoal e pública. As famílias abastadas da elite patriarcal rural e urbana obedeciam a modismos alimentares e a padrões de beleza europeus, que representavam o risco de morrer, devido ao surgimento das carências nutricionais que aumentavam os riscos para as doenças infectocontagiosas, notadamente a tuberculose. As crianças estavam notavelmente sob risco de morte precoce, devido ao descaso como eram tratadas e alimentadas, risco mais acentuado nas classes sociais mais pobres e entre os escravizados. Nem mesmo aquelas crianças das colônias de imigrantes alemães e suíços, acostumados a outros regimes alimentares em seus países de origem, escaparam da morte pelo mesmo tratamento que receberam no Brasil. Tem-se a impressão de que se tratava de algo arraigado na cultura dos diversos grupos populacionais de então. Alguns, de compleição mais robusta ou mais afortunados, sobreviveram a esses tristes episódios da História do Brasil e conseguiram contribuir para o surgimento das futuras gerações de brasileiros.

5 O LATIFÚNDIO CAFEICULTOR DO RIO DE JANEIRO

5.1 Aspectos Econômicos da Capital do Império

Desde o início de sua fundação, o Rio de Janeiro, como cidade portuária, iria seguir o destino mercantil de porto exportador, vocação imposta pela coroa portuguesa a todas as cidades costeiras de suas colônias d'além mar. O objetivo era somente econômico: a centralização do comércio no porto apontava para a centralização da produção e garantia o direito de exclusividade no comércio de mercadorias. Essa centralização também garantia a manutenção da burocracia mercantil, vinculando o comerciante em processo de acumulação de riqueza aos proprietários dos meios de produção. Era o cenário econômico que muito iria influir no cenário social e influenciar o processo saúde--doença na cidade, capital do Império (LOBO, 1978).

A abertura dos portos, a partir de 1808, iria trazer novo problema sanitário com a chegada e partida de navios em todas as direções do globo, levando e trazendo doenças. Além disso, estabeleceria as bases capitalistas do comércio internacional com a eclosão da Revolução Industrial na Inglaterra. A mudança de atividade comercial com a implantação da fazenda de café no lugar do latifúndio açucareiro foi tão somente de causa financeira: 19 milhões de contos de réis era o investimento requerido para se estabelecer o segundo; quase 3 vezes o custo de implantação da primeira. Outro fator que acelerou a mudança foi a presença da formiga nos campos cariocas, sendo necessário o controle constante dessa praga, o que encarecia demais essa atividade econômica (SIMONSEN, 1978; PRADO JÚNIOR, 1979).

Em resumo, o Rio de Janeiro era dependente da agricultura escravagista de exportação de algodão, café, açúcar e de importação de escravos. Nessa segunda metade do século XIX, a cidade apresentou elevação da inflação e crescimento demográfico acelerado, com rápida urbanização dos subúrbios cariocas para acomodar essa população extra. A pobreza extrema era a característica social dessas camadas da população e as condições sanitárias da cidade precárias. As oscilações salariais, a inflação do preço dos alimentos, a pobreza, as condições insalubres do ambiente da cidade e a sujeira constituíam fatores que comprometiam a saúde da população e predispunham à doença, principalmente as doenças infecciosas e as diarreias, que ceifavam muitas vidas durante todo esse século (LOBO, 1978; DE LOS RIOS FILHO, 2000; KARASHI, 2000; FREYRE, 2011; LACERDA, 2018;).

5.2 O latifúndio cafeicultor

De acordo com Caldeira (2017) e Lacerda (2018), devido à causa meramente comercial, o custo menor de implantação e de manutenção da cultura e do solo mais adaptado à cultura do café, o latifúndio cafeicultor prosperou no Vale do Paraíba fluminense e paulista, durante o século XIX. A obrigatoriedade da exportação do café colhido somente pelos portos de Santos e do Rio de Janeiro, imposta pelo governo imperial, facilitou a concentração dessa atividade nesses locais. Na própria definição desse tipo de propriedade, verificava-se a presença massiva do trabalho escravo e da plantação concomitante de gêneros de subsistência para sustento das pessoas envolvidas com essa atividade agrícola.

As relações comerciais de financiamento da produção e de exportação do café também eram peculiares: os bancos da época não

emprestavam dinheiro diretamente aos fazendeiros e, sim, a “comissários”, pessoas físicas que repassavam o dinheiro aos fazendeiros sem lucro. Esses indivíduos, que hoje seriam nomeados “atravessadores”, eram intermediários entre a fazenda produtora e o agente portuário exportador do café, como também tinham papel de financiador da colheita, processo do qual detinham exclusividade. Seu lucro era obtido com essa atividade, pela qual cobravam 5% do valor total exportado. Na região cafeeira de Piraí, no Vale do Paraíba fluminense, entre os 564 inventários *post-mortem* avaliados pela equipe do Museu Histórico da Cidade de Piraí (2018), encontrou-se que 68,8% das propriedades cafeeiras rurais dessa região, entre 1850 e 1880, eram compostas de grandes propriedades (entre 100 a 150 escravos), e de megapropriedades (acima de 200 escravos), com contagem total de 16.200 escravizados nas fazendas de café, cuja maioria era constituída de homens. Seu preço médio de avaliação, quando da confecção do inventário, era de 42 mil reis (cerca de R\$ 1.800,00) a preço de hoje. Algumas propriedades possuíam enfermaria para tratamento de feridos durante as atividades de trabalho no campo. As doenças clínicas eram curadas, na maioria das vezes, pela “mãe preta”, uma benzedeira, uma negra escrava velha e sábia, que prescrevia tratamentos, benzeduras e banhos para aplacar as doenças (DE LOS RIOS FILHO, 2000).

5.3 O Rio de Janeiro e a Hemeralopia

O Rio de Janeiro vivia anos de enfrentamento a inúmeras doenças infecciosas, como a febre amarela, o carbúnculo, a sífilis, a tuberculose, a cólera. As diarreias eram frequentes e responsáveis pelas mortes de centenas a milhares de pessoas todos os meses, especialmente as crianças e os mais idosos. A comunicação feita à Imperial Academia de Medicina, pelo Dr. Luiz Corrêa de Azevedo (1874), espelhava a

situação sanitária catastrófica em que se encontrava a cidade. Ele atribuiu (como adepto do Higienismo) à sua geografia plana e à falta de inclinação do seu terreno, insuficiente para escoar os esgotos, onde se encontravam os agentes das doenças, os motivos para o caos sanitário da cidade. Os aluguéis de moradias na cidade eram extorsivos, obrigando as populações pobres a viver em cortiços e aglomerações de casas mal construídas em espaços ínfimos. Os quintais eram depósitos de lixo e as privadas entupidas e fétidas que empestevam o ar com seu odor pútrido. Os restaurantes forneciam comida gordurosa e nauseabunda, preparada com alimentos de péssima qualidade. Os armazéns de víveres eram, na verdade, depósitos de material orgânico em decomposição que, infelizmente, o povo comprava para matar a fome, mas sem serventia para nutrir o ser humano. Em cada esquina da cidade havia as bicas d'água. Ali se lavava a cara, as mãos, os pés, a louça e se bebia, colocando a boca na extremidade da bica. Algumas eram latrinas a céu aberto. A cidade sofria com a falta de educação do povo e o descaso das autoridades (AZEVEDO, 1874). No trabalho do Dr. Nicolau Moreira (1875), outro membro da Academia Imperial, publicou-se uma resenha sobre a situação da tuberculose no Rio de Janeiro. Ele verificou a mortalidade de 20%, por essa enfermidade, no seu consultório particular, e de 50%, nas enfermarias da Misericórdia. Na sua estatística, a incidência de tuberculose foi de 190 doentes, por mil habitantes, nesse ano.⁶

A chegada da Corte Portuguesa, em 1808, com a consequente abertura dos portos brasileiros, provocou afluxo de estrangeiros para o Brasil, culminando com a chegada da Missão Artística Francesa, em

6 Atualmente, a prevalência é exposta por 100 mil habitantes: 40 por 100 mil habitantes (WHO, 2017). No ano de 1830, ela seria de 19 mil por 100 mil habitantes; ou seja, 475 vezes maior que nos dias de hoje.

1816. A França, berço das artes e das ciências no século XIX, consolidou sua influência sobre a Medicina praticada na capital do Império. A Academia Imperial de Medicina foi criada em 30 de junho de 1829, por médicos que atuavam no hospital da Santa Casa de Misericórdia e que eram também professores da Escola de Medicina do Rio de Janeiro. De acordo com Alfredo Nascimento (1929), era função precípua dessa Real Academia “promover a ilustração, o progresso e a propagação das ciências médicas; socorrer de forma gratuita aos pobres nas suas necessidades de doença; favorecer a humanidade e melhorar a saúde pública, tudo sob amparo e proteção do Governo Imperial” (NASCIMENTO, 1929). A doutrina higienista contribuiu para a interpretação equivocada das doenças, levando ao erro na condução clínica das moléstias, pois se baseava na crença de que as doenças no Brasil eram diferentes daquelas vistas na Europa, com o clima mais frio. Talvez por isso, o Dr. Gama Lobo tenha batizado sua oftalmia de brasileira. As opiniões variavam mundo afora e, provavelmente, o nacionalismo bairrista dos médicos brasileiros, o que Nelson Rodrigues (2019) chamou de “Complexo do Vira-lata”⁷, dificultou enxergar a obviedade da etiologia comum para o mesmo quadro clínico. Nessa linha de pensamento, Rocha (1985) e Semba (2007, p. 259), citando a opinião do Dr. Hilário de Gouvêa (1882), outro oftalmologista brasileiro, da mesma época de Gama Lobo, registrou “o que há de curioso na história da xerostomia por vício de nutrição, é que todos os autores que a observaram e a descreveram, pensaram fazê-lo pela primeira vez”[sic]. Outro fator implicado no desconhecimento de comunicações diferentes sobre a mesma doença residia na demora da chegada das revistas e periódicos estrangeiros ao Brasil. Em 30 de junho de 1835, o Dr. José Martins da Cruz Jobim

7 Segundo o dramaturgo Nelson Rodrigues “o brasileiro tem enorme dificuldade em aceitar o que vem de fora do país; a isso ele chamou de Complexo do vira-lata ou viralatismo do brasileiro” (RODRIGUES, 2019).

(1841) discursou em uma das sessões da Academia Imperial, em que discorreu sobre as doenças que acometiam a gente pobre do Rio de Janeiro. Nesse discurso, só publicado seis anos mais tarde, em 1841, pela Revista Brasiliense de Medicina (p. 345-360), o médico, formado na França em 1828, fez um arrazoado a respeito das doenças graves que encontrou nas enfermarias do Hospital da Misericórdia. Ainda atribuiu tanta doença às condições sanitárias e climáticas da cidade e enunciou o seguinte discurso:

O Rio de Janeiro é insalubre com grandes charcos na região da Cidade Nova; o clima é quente; existem cemitérios nas igrejas e esgotos a céu aberto; a imundície e a falta de asseio são gerais; homens adultos brancos ou negros escravos, nacionais ou estrangeiros, são os mais propensos a adoecer. As moléstias agudas estão na proporção de 100:8 em relação às crônicas, e as mais frequentes são: a tuberculose, as febres e a opilação. Infelizmente a maioria dos pacientes vai morrer, pois só procura assistência, já quase no fim de sua enfermidade, preferindo se entregar aos cuidados de curandeiros e feiticeiras. Eles abusam de bebidas alcoólicas e de fumo. As verminoses são mais frequentes nas crianças e nos pretos. A opilação é frequente nas fazendas do interior, devido ao uso desses farináceos e da ausência de proteínas na dieta: palidez; amarelão; edema, apatia; conjuntiva branca e sem vasos; leitosas, secas; apatia, indolência e pica; são os sinais e sintomas mais frequentes. Para animar-se, usa-se muita pimenta. Existe piora dos sintomas à noite, especialmente da visão, e melhora durante o dia. Evolui para diarreia coliquativa grave (JOBIM, 1841).

As doenças ligadas à alimentação eram frequentes nas fazendas do interior do Rio de Janeiro, especialmente naquelas com grande escravatura e com miséria financeira e agrícola. Afetava, principalmente, a criança e o adolescente, pois o crescimento exigia mais nutrientes. Assim, os africanos eram os que pagavam o maior tributo à doença. Ele se revoltou com essa situação, dizendo que a deficiência de alimentos proteicos era talvez a única causa. Os escravos e a população pobre alimentam-se exclusivamente de farináceos – farinha de mandioca ou de milho –, feijão, sal e gordura de porco (SANTOS JUNIOR, 1863).

5.4 Higienismo e alimentação

Inspirados pelo discurso do Professor Jobim, de 1835, quatro teses apresentadas à Escola de Medicina do Rio de Janeiro nos anos seguintes trataram de aspectos higienodietéticos relacionados aos escravos e à população pobre da época, na província do Rio de Janeiro. Na tese de Alexandre José do Rosário (1839), apresentou-se o ser humano como animal onívoro e, portanto, capaz de se alimentar com todas as categorias de alimentos. Acreditava que a boa alimentação devia capacitar o indivíduo a executar suas atividades laborais e se caracterizava pela mistura de alimentos de origem vegetal e animal, pois a alimentação exclusiva com farináceos tornava o indivíduo apático. O mecanismo principal estaria ligado à ação no sistema nervoso central que levaria à preguiça e à falta de expediente para o trabalho. Os efeitos de seu uso mais costumeiro seriam: obesidade incômoda, embotamento duradouro da mente e preguiça invencível. Ele comentou que o principal alimento proteico acessível à classe pobre – o peixe – tornaria as pessoas estúpidas. A respeito da carne verde (fresca), a considerava estimulante, ativando as funções orgânicas e exacerbando as atividades cotidianas, citando, como exemplo, o comportamento dos gaúchos. Por fim, o autor da tese reclamou que as autoridades não coíbiam a falsificação dos alimentos, ação que também seria responsável pela desnutrição da população pobre (ROSÁRIO, 1839).

Na tese de David Gomes Jardim (1847), fez-se uma crítica ácida à escravidão e ao tratamento dispensado pelos senhores de escravos aos escravizados, tendo, sua tese, cunho predominantemente abolicionista. O autor detectou o uso de dieta monótona, à base de fécula, baseada no feijão cozido em água, raramente temperado com toucinho; no milho, que produzia uma massa cozida em água – o angu –, raramente em associação com outros vegetais, como o caruru, a orapronóbis e o

quiabo. Afirmava ainda que a mandioca e sua farinha eram alimentos pesados e de difícil digestão. Os escravizados abusavam do álcool, e com a associação do clima quente e úmido e de trabalho estafante, poder-se-ia entender a origem de todas as suas doenças. É o único dos 4 autores que identificou a grande frequência de *oftalmias* entre os escravos, atribuindo esse fato às horas extras trabalhadas à noite, fazendo com que os escravos perdessem a visão noturna. A assistência médica para os habitantes das fazendas era precária e existia o mau costume da automedicação e da consulta a curandeiros que atrapalhavam o diagnóstico correto e o tratamento das doenças (JARDIM, 1847).

Na tese de José Rodrigues Lima Duarte (1849), relatou-se as más condições de vida dos escravos, citando-se que alguns só se alimentavam nos dias de trabalho. O desenvolvimento físico dos escravos poderia melhorar, na medida em que recebessem tratamento mais digno e alimentação mais adequada. Seu tratamento deveria ser baseado na melhoria da alimentação, uso moderado de bebidas alcoólicas, chá e café que combateriam a adinamia. O clima seria o responsável pelas diarreias e disenterias e pelas erupções na pele. Havia poucos leitos nos hospitais para tratar os escravos, e estes estavam sempre cheios, com pacientes deitados em esteiras no chão. A alimentação dos escravos deveria ser variada e o feijão era alimento de excelência. Todos os africanos, adultos e crianças, possuíam vermes, e isso era causa para sua elevada mortalidade. Alguns senhores alimentavam seus escravos com carne podre e com carne de animais mortos pela peste. Outros senhores exigiam o desmame precoce das crianças, substituindo o leite materno por angu com feijão. Isso também contribuiria para sua elevada mortalidade (DUARTE, 1849).

Verificou-se que o uso de animais mortos para a alimentação das pessoas não era ação exclusiva de senhores de escravos, como as descritas nos *Annaes Brasilienses de Medicina*, na edição de 1852 (p.108):

Morreu um boi no Campo do Realengo e Joaquim José esfolou o animal e levou sua carne para casa. Sua mulher distribuiu a carne na vizinhança. Joaquim e sua mulher morreram, assim como a preta de nome Maria, a filha dela, e a filha do escravo Vicente Ferreira do Couto.

Na mesma revista, na edição de 1858 (p. 4), pode-se ler: “um fazendeiro castrou um boi, que morreu 3 dias depois de tétano. Alguns escravos seus foram utilizar a carne, e 4 morreram de tétano, após comerem da carne”.

Na tese de Reinhold Teuscher (1853), ele se apresentou como médico responsável pela saúde dos escravos de 5 fazendas de café na região de Cantagalo. Informou que cuidava de 900 escravos e que eles moravam em casas de pedra e cal. Trabalhavam das 4 às 21 horas e que a comida era comum (simples) e abundante, podendo eles se servirem do quanto quisessem. Serviam-se, todos os dias, angu e feijão temperado com toucinho, no almoço e no jantar, carne seca, de 2 em 2 dias, e na ceia, canjica. Os muito doentes eram encaminhados para o hospital e aqueles com doenças brandas eram tratados em casa. Como o número de mulheres era menor que o de homens, havia limitação à reprodução entre os escravizados. Por ano, nasciam de 15 a 20 crianças e a mortalidade entre elas dependia mais de sua condição física do que do tratamento médico que recebiam. A doença mais diagnosticada era a “opilação” (*kwarshiorkor*)⁸. Esses e outros autores são unânimes em descrever a dieta do escravizado e da população pobre, contendo os seguintes componentes:

8 A palavra *kwarshiorkor* é de origem Ganesa que significa: o mal do filho mais velho; ao nascer seu irmão, ele é desmamado e submetido à dieta rica em feculáceos, levando-o à desnutrição de 3º grau (MURAHOVSKI, 2003).

farinha de mandioca ou farinha de milho cozida (angu), feijão preto, carne seca ou peixe salgado, duas vezes por semana; a gordura utilizada era a banha de porco e, ocasionalmente, frutas, como bananas ou laranjas (TEUSCHER, 1853). A tabela 3 abaixo apresenta os teores vitamínicos e as proporções de carboidratos, gorduras e proteínas dessa dieta. Os dados são disponibilizados em microgramas para as vitaminas e em gramas para os macronutrientes, por 100 g⁻¹ de alimento.

Tabela 3 – Teor vitamínico e de macronutrientes da “dieta do escravo” nas fazendas do Rio de Janeiro durante o século XIX (quantidades de vitaminas em microgramas; e macronutrientes em gramas por 100 g-1 de alimento).

Alimento	Retinol	Tiamina	Riboflavina	Niacina	Ac. ascórbico	Glicídios	Proteína	Lípido
Farinha de Mandioca	-	70	100	0,4	8,7	81	2,2	-
Farinha de milho	68	107	170	1,5	-	71	9,6	3
Carne seca	-	80	950	2,8	-	-	42	29
Peixe salgado	-	80	310	4,6	-	-	40	1,8
Banha de porco	-	-	-	-	-	-	-	100
Banana	-	17	190	0,7	7,5	16	0,8	1
Feijão preto	-	158	107	1,3	-	14	6	-

Fonte: Franco (2009).

Observa-se, ao se analisar a tabela 3, que somente a farinha de milho apresenta algum teor de Vitamina A, em microgramas por cem gramas do produto. Com essa dieta, todos os indivíduos que a utilizaram poderiam ter desenvolvido sérios transtornos alimentares e seus estigmas clínicos. Outro fato que se pode depreender, ao se analisar a tabela de composição química dos alimentos, diz respeito à “cozinha baiana”, na teoria, uma cozinha típica de inspiração africana. Três de seus alimentos principais são: azeite de dendê, quiabo e camarão seco. De acordo com Franco (2009), somente o azeite de dendê possui 45 mil microgramas de retinol por 100 gramas⁻¹ de produto e, o quiabo, 22 microgramas de retinol. Se tal “cozinha” estivesse em ação no século XIX, não haveria doença carencial ligada à deficiência de vitamina A, como descrito pelo Dr. Gama Lobo.

No tratamento de seus pacientes, ele prescreveu óleo de peixe (óleo de fígado de bacalhau). Poder-se-ia imaginar, então, que ele tivesse a noção de que esse óleo teria alguma substância em sua composição que trataria as alterações oculares. Na verdade, esse óleo já havia sido usado por Hipócrates, no século V antes de Cristo, e era espécie de “panaceia”, ou seja, prescrito para um cem número de condições clínicas pela medicina imperial (JORNAL DO COMMERCIO, 1863).

5.5 As Opiniões dos Médicos da Academia Imperial de Medicina

Segundo a Memória sobre a Amaurose (*Gotta Serena*), apresentada pelo Dr. Louis François Bonjean, em francês, na sessão geral da Academia Imperial de Medicina, de 31 de março de 1838, a amaurose e as causas das afecções do olho continuavam desconhecidas, devido à falta de progresso da Fisiologia e da Patologia. Ela foi publicada na Revista Médica Fluminense, na edição de 1839. No texto, o autor discorria sobre as 29 causas de amaurose conhecidas até então. A cegueira transitória decorrente da hiperinfestação por vermes intestinais era considerada afecção frequente em países como o Brasil. O Dr. Bonjean aconselhou seus colegas médicos que, ao estar diante de um caso de cegueira, administrar vermífugos. O artigo do *Jornal do Commercio*, publicado na edição de sexta-feira, 18 de julho de 1851, informava que o tenente da Armada Imperial, Joaquim Lucio de Araújo, contraíra cegueira súbita que não se manteve, de acordo com o médico da Marinha que relatou o seu caso. O Mapa Estatístico do Movimento da Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital da Corte, publicado nos *Annaes Brasiliensis de Medicina* (1860), mostrou que havia um caso de hemeralopia internado em suas enfermarias, em 1860. Em 1861, o Dr. Frederico Doellinger, publicou nos *Annaes Brasiliensis de Medicina* (1861), a memória apresentada à Academia Imperial de Medicina, em que discorria sobre o diagnóstico

diferencial de “opilação; *hypoemia* e leucocitemia”. Nela, informou que a opilação (*kwarshiorkor*) era doença comum no Brasil, devido à deficiente alimentação do povo pobre, com o uso de dieta predominantemente farinácea. Nesses pacientes, era frequente a presença da hemeralopia. O Dr. Karl August Pedraglia, oftalmologista alemão, radicado no Rio de Janeiro, no artigo publicado na Gazeta Médica do Rio de Janeiro, em 1864, atribuiu a cegueira transitória e curável, em algumas vezes, à exposição ao excesso de luz, o que ocorria no Brasil por ser um país ensolarado, e a classificou como *amaurosis idiopática*. A edição do *Jornal do Commercio*, de 2 de fevereiro de 1865, publicou o artigo na página 2, com o título de “*Hygiene da Infância*”. Nesse artigo, seu autor discorre sobre a hemeralopia, informando que ela acomete predominantemente os meninos, porque eles praticam “atos culposos, condenados pela religião”, sendo essa a causa das crises de cegueira noturna. O ano de 1865 marcaria não só a publicação da *Ophthalmia Brasiliana*, de Gama Lobo. Ele próprio traduziu, para o português, as lições de oftalmologia de Von Graeffe, em que existia a referência da presença da hemeralopia mais frequente em meninos, que tinham olhos normais ao exame oftalmológico. O artigo do *Jornal do Commercio*, de 7 de abril de 1872, sobre o curso de oftalmologia do Dr. Drognat Landré, também faz diferenciação entre a retinite pigmentosa e a hemeralopia, dizendo que o olho, nessa última, permanecia normal. Na Revista Médica do Rio de Janeiro, de 1873, o autor de um artigo encontrou a associação da hemeralopia com alguns casos de sífilis avançada que havia descrito.

Finalmente, no ano de 1882, a Gazeta Médica Fluminense publicou o trabalho do professor Hilário de Gouvêa, “Contribuição para o estudo da hemeralopia e xerostomia por vício de nutrição”, em 5 volumes sucessivos, ocupando 36 páginas não contínuas. Nele, o professor Gouvêa, antigo auxiliar do professor Pedraglia, contradisse Gama Lobo, pois havia descoberto casos da doença em outros países, pesquisando

em trabalhos europeus, portanto inviabilizando a brasilidade da oftalmia de Gama Lobo. Ele também descreveu casos em pessoas não escravizadas, informando casuística com 30 ocorrências entre os 4 mil clientes do seu consultório. Admitiu que Gama Lobo estava certo ao associá-la à nutrição inadequada do escravizado e à sua condição portadora de múltipla infestação verminosa intestinal. Ao internar seus casos, prescreveu alimentação rica em calorias e gorduras, conseguindo a recuperação clínica completa da maioria deles.

5.6 Alimentação e as citações dos viajantes estrangeiros

Muito do que se conhece acerca da alimentação e das relações sociais existentes no Rio de Janeiro durante o século XIX se deve ao relato dos viajantes estrangeiros que fizeram diários de viagem ao Brasil naquele século. A chegada da Missão Artística Francesa, em 1816, foi um marco para a exploração estrangeira dos usos e costumes dos brasileiros. Os médicos e naturalistas alemães Spix e Martius (2019) chegaram ao Brasil em 1817. Foram recebidos por vários compatriotas seus, viajantes a negócios com o reino, e pelo conde Langsdorf, chefe da missão russa. Seu trabalho “*Reisen in Brasilien: 1817-1820*” foi publicado em Munique, em 1823, e descrevia o diário de sua viagem. Eles comentavam sobre a distribuição de água potável pela cidade através do aqueduto de Santa Teresa, obra de 1740, para as inúmeras fontes da área urbana da cidade. Descreveram o mercado de peixe e o de hortaliças que ficavam no Passeio Público, próximos à praia. Achavam que os habitantes do Rio não gostavam e, portanto, não consumiam muito peixe, ao contrário das populações do norte do Brasil. Descreveram que o mercado de hortaliças era bem abastecido com folhas verdes, abóboras, inhames, alho poró, pepinos, vários tipos de feijão, bananas. O que os impressionou, como a todos os demais estrangeiros, foi a quantidade de

frutas tropicais exóticas à venda: mangabas, cajus, mamões, melancias, mangas, jambo, jaca, pitanga. O perfume dessas frutas foi o que mais os impressionou. Por outro lado, a dieta do escravo consistia unicamente em farinha de mandioca ou de milho, feijão preto temperado com toucinho, abóboras e vagens e, raramente, um pedaço de carne seca, importada do Rio Grande do Sul (SPIX; MARTIUS, 2019). Ina Sophie Amalie von Binzer era uma educadora alemã que veio para o Brasil, em 1881, e voltou para a Alemanha, em 1884. Trabalhou como preceptora em duas fazendas de café, no Rio de Janeiro e em São Paulo, sempre para famílias abastadas, como também em internato, para moças no Rio de Janeiro. A fazenda de café possuía, em média, 200 escravos, e ela considerou que, nas 2 fazendas em que trabalhou, eles recebiam tratamento mais humano. No caso de sua alimentação, além dos gêneros fornecidos pelo proprietário, lhes era permitido plantar roças com vegetais e criar porcos e galinhas. O café era tomado por todos quatro vezes ou mais, por dia. A utilização da carne de porco era frequente e não se via carne de boi fresca. Sobre as crianças, se impressionou com a pouca higiene das crianças escravizadas, sempre cobertas de poeira. Sobre a capital do Império, achou a cidade suja e desordenada. O que mais a incomodou foi o fato de que a massa escravizada estava para ser libertada a qualquer momento e que não havia nenhuma preocupação da sociedade com a educação daquelas crianças negras, que seriam os futuros cidadãos do país (VON BINZER, 2017).

Adèle Toussaint-Samson era uma jornalista francesa que trabalhava para o jornal francês *Le Figaro*, que chegou ao Brasil em 1850 e viveu aqui por 12 anos, até 1862. Em 1883, ela publicou, em Paris, seu diário de viagem com suas impressões sobre a sociedade brasileira e seus costumes. Achou que o mercado de frutas e legumes na praça do Paço era bem sortido, com mangas, cajus, bananas, frutas de conde, batata doce, palmitos, espinafre, abacates. Ao fundo, próximo ao mar, descreveu

o mercado de peixes, onde se podia comprar peixes vivos, mexilhões, ostras e camarões muito frescos. Próximo ao mercado, podiam ser vistas grandes sombrinhas parassol, onde negras vendiam, por 1 tostão (100 réis= R\$ 4,29 de hoje), uma caneca de café quente, batatas doces, sardinhas fritas, uma porção de angu, uma porção de feijoada (feijão cozido com alguma carne). Em seu texto, registrou que a “feijoada” era comida de escravos e de pessoas não escravas pobres. Na rua do Ouvidor, rua elegante da cidade, encontrou confeitarias e modistas francesas. Na rua do Rosário, no centro da cidade, encontrou vendas com carne seca, feijões, bacalhau seco e salgado, arroz e queijos de Minas. A bebida do carioca era a água, que era de boa qualidade. Ele tomava vários litros dessa água por dia. Convidada pelo fazendeiro, ela aceitou passar algum tempo na zona rural da província, em uma fazenda de café. Na chegada à fazenda, foi recebida com um gole de cachaça para recuperar as forças. Ela se impressionou com o péssimo estado nutricional e de cuidado pessoal com as crianças escravizadas, todas com evidentes sinais de desnutrição: ventres abaulados, pernas finas, como no raquitismo. Todos comiam feijão, angu e um naco de carne seca da pior qualidade. As comidas para brancos e negros eram diferentes. As crianças maiores dormiam em pequenos quartos com cerca de 7 a 8 crianças. O cheiro que exalava desses quartos era nauseabundo. O lactente só comia mingau de amido de milho (TOUSSAINT-SAMSON, 2019).

Auguste François Cèsare Prouvansal de Saint-Hilaire foi um botânico e naturalista francês, filho de família abastada de *Orleans*, na França. Chegou ao Brasil em 1816, acompanhando a missão do embaixador francês, o conde de Luxemburgo. Viajou durante seis anos pelas províncias do país e elegeu o Rio de Janeiro como local de depósito dos materiais que coletou nas viagens. No prólogo da primeira viagem ao Rio de Janeiro e Minas Gerais, em 1816, chamava a atenção para a riqueza do seu solo, da variedade de frutas e legumes,

originados da África e da Ásia que floresciam em seu território. Testemunhou a presença de inúmeros sítios, na periferia da cidade, onde encontrou plantações de hortas. Como outros viajantes, testemunhou o uso da carne de caça, nos abrigos onde parava a comitiva, na pouca importância que os brasileiros davam ao conforto das casas, na sujeira generalizada de corpos e de ambientes e na indolência dos habitantes (SAINT-HILAIRE, 2000; BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL, 2020).

Johann Moritz Rugendas foi um pintor e desenhista alemão, natural de Augsburg, que viajou por várias províncias do Brasil na primeira metade do século XIX. Ele descreveu a separação bem marcada entre o hábito alimentar do rico latifundiário, morador da capital do Império, daquele encontrado entre os fazendeiros de menor riqueza, no interior da província do Rio de Janeiro, durante o século XIX. Enquanto aquele apresentava hábitos frugais e sobriedade ao comer, preferindo frutas e legumes e pouca aguardente, este possuía alimentação pesada, baseada no consumo da carne seca, feijão preto e farinha e pelo abuso de álcool (RUGENDAS, 1985).

Jean Baptiste Debret foi um professor de artes e de pintura histórica que chegou ao Brasil em 1816, com a Missão Artística Francesa. Nas inúmeras viagens curtas que empreendeu pela província do Rio de Janeiro, relatou o uso de palmitos e carne de animais de caça para a alimentação dos membros de sua tropa. Comeu palmitos, mandioca e carás, comidos cozidos e oferecidos pelos índios botocudos. Descreveu a comida das pessoas abastadas e dos pobres: aos primeiros, vários caldos e sopas gordas com pão, cozidos de legumes e carnes, saladas e frutos do mar; aos segundos, somente farinha de mandioca, feijão preto e carne seca. Em ambas as casas, reclamou do excesso de pimenta malagueta para afastar o gosto ruim do azeite de oliva e das azeitonas podres, de origem portuguesa (DEBRET, 2008).

Maria Graham foi uma professora de literatura inglesa que visitou o Brasil em 1821-1822, durante a guerra da independência. Ela chegou a Pernambuco, indo depois para o Rio de Janeiro, onde descreveu as condições da aristocracia inglesa e do povo da cidade. Como Mary Karasch, ficou negativamente impressionada com a idade jovem e a condição deplorável dos escravizados. Sobre a alimentação na cidade, encontrou grande variedade de frutas tropicais, aves de boa qualidade no mercado. Informou que a carne fresca era de péssima qualidade e, na maioria dos dias, não servia nem para se colocar na sopa. Os frutos do mar eram ótimos, mas escassos. O pão de trigo, na cidade, era feito com farinha importada dos Estados Unidos e tinha bom gosto. O alimento principal era a farinha de mandioca que estava disponível nas mesas de ricos e pobres. Outro alimento comum era o feijão preto. Um costume visto por ela, entre senhores e escravos, era o de comer doces, dos mais variados feitios, até doces grosseiros, feitos de melaço de cana. Durante a visita a uma fazenda de café, foi-lhe informado que a ração dos escravos consistia de farinha, feijão e carne seca, em quantidades fixas por dia (GRAHAM, 1990; KARASCH, 2000).

John Luccock foi um comerciante inglês que aportou no Brasil em 1808 e morou aqui por 10 anos, até 1818. Ele estimou a população do Rio de Janeiro dessa época em 60 mil pessoas. Segundo ele, existia elevada mortalidade infantil na cidade, devido à forma indulgente e danosa, decorrente do tratamento dispensado a essas crianças. Acreditava que o infanticídio era frequente e se lamentava pela precocidade com que a criança se transformava em adulto. A carne era um dos alimentos principais, e sua necessidade era maior no Rio de Janeiro, devido à grande quantidade de estrangeiros. Os escravos domésticos, além da ração normal de feijão, recebiam alguma carne e toucinho. A carne de cordeiro era pouco consumida, embora livre do monopólio, e descartada como alimento por motivo religioso. O

peixe também não era muito consumido pelo povo, reservado para as épocas da paixão de Cristo. O pão de trigo era escasso e caríssimo e substituíram-no por farinha de mandioca pura, com caldo de laranja ou fermentado em água, como os negros e pobres o comiam. As aves eram também muito caras e difíceis de encontrar. O leite era escasso e de péssima qualidade, sempre misturado com qualquer coisa que o engrossasse. Ele se espantou com o grande número de cegos que ele encontrou no Rio de Janeiro, mais que em qualquer parte do mundo. Assim, atribuiu a cegueira à luminosidade do tempo e ao clima da cidade. Ao analisar o comportamento das crianças, não identificou os folguedos próprios da idade nem a vivacidade da juventude. O trato com elas era negligente: ficavam sem roupas em casa até os 5 anos de idade, sempre sujas. O pouco asseio pessoal era frequente não só entre as crianças, mas entre os adultos também: a única parte do corpo que merecia cuidado e asseio entre eles, eram os pés (LUCCOCK, 1995).

Alfred Marc foi o redator do jornal parisiense *Le Brésil* e vice-Presidente da 3ª sessão da Sociedade de Geografia Comercial de Paris. Fez seu relato nos 2 anos em que visitou várias províncias do Brasil, de 1889 a 1890. Verificou aspectos básicos da alimentação pelas províncias, como a farinha de mandioca e o feijão preto. Notou que o hábito alimentar local era o de servir todos os pratos, não importando quantos fossem, de uma vez: todos os pratos eram dispostos na mesa e o comensal se servia do quanto quisesse. A impressão de todos, independentemente da nacionalidade, era de que a cidade era suja, mal abastecida de carne fresca; havia monotonia alimentar, calcada pelo uso da farinha de mandioca e do feijão preto. Os habitantes da cidade cuidavam mal de si mesmos e de suas crianças (MARC, 1890).

5.7 Resultados para a Prevalência dos sinais clínicos da Deficiência de Vitamina A, durante o século XIX, no Rio de Janeiro

A medicina no Brasil do século XIX só começou a se desenvolver com a chegada da Família Real Portuguesa, em 1808, com a abertura das escolas médicas do Rio de Janeiro e da Bahia. Outro marco importante para a consolidação da medicina como profissão foi a fundação da Academia Imperial de Medicina, em 1829. Os diagnósticos e, como consequência, os tratamentos propostos, eram meramente empíricos e baseados na experiência prévia do médico, com a identificação daquele conjunto de sinais e sintomas. Existia marcada falta de rigor científico, mesmo porque o processo fisiopatológico e a etiologia da doença eram completamente desconhecidos. A origem das doenças seguia a teoria “miasmática”, na qual emanações infectantes surgiam do solo contaminado com matéria orgânica. Como a medicina seguia a doutrina higienista, aprendida das epidemias do século XVIII, também o clima, os ares, a posição geográfica e a salubridade do ambiente eram as outras condições necessárias para o desenvolvimento das doenças.

As condições sanitárias eram péssimas e as epidemias de doenças infecciosas, como a febre amarela, grassavam na cidade (CUNHA, 2019). As estatísticas de mortalidade geral desse período mostravam que a maioria esmagadora dos óbitos se devia a doenças infectocontagiosas. Mary C. Karasch (2000, p. 207) levantou a Estatística de Óbitos do Hospital da Misericórdia, discorrendo sobre a mortalidade dos escravos enterrados no Cemitério da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A tuberculose pulmonar era a doença que mais os matava; em segundo lugar, destacavam-se as doenças intestinais, englobadas como “diarreias” e “disenterias”; em terceiro lugar, as epidemias de varíola. Embora a vacina para a varíola estivesse disponível desde 1804, poucos mercadores vacinavam seus

escravos antes da venda. Como cidade portuária, o Rio de Janeiro recebia estrangeiros e suas doenças, de todas as partes do mundo.

Com a população desnutrida, os escravizados pagavam alto preço pelas doenças endêmicas e epidêmicas da cidade. Sobre a cegueira, essa autora registra, em seu trabalho, não haver condição de identificar uma causa única. Porém, as doenças carenciais, inclusive a deficiência de vitamina A, deveriam estar implicadas, dadas as condições de alimentação e de nutrição dos escravos e das pessoas pobres, na capital do Império. Outra constatação dessa estatística de mortes foi a presença de crianças que faleceram com diagnóstico clínico de hiperinfestação por vermes intestinais (KARASCH, 2000), doença ligada à desnutrição proteico-calórica grave, que o próprio Gama Lobo identificou em seus pacientes que apresentavam os sinais de deficiência de vitamina A. O Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1872, dava ideia da distribuição dos médicos em relação à população, informando sua baixíssima cobertura populacional. A tabela 4 expressa esses resultados.

Tabela 4 - População e cobertura de saúde nas províncias do Império do Brasil - CENSO de 1872.

Província	Rio de Janeiro	Minas Gerais	Rio Grande do Sul	Rio de Janeiro Capital
População	499.037	1.609.226	361.022	226.033
Nº de escravos	292.687	370.459	67.791	48.989
Nº de crianças escravas ¹	21.046	13.358	3.503	3.228
Nº de médicos ²	87	77	77	159
%médico/mil habitantes	0,17	0,04	0,2	0,7

Fonte: IBGE Censo de 1872. Notas:¹ refere-se a crianças entre 0 e 5 anos. ² médicos nacionais e estrangeiros.

Considerando-se que, atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) preconiza um médico para cada mil habitantes, é baixíssima a cobertura populacional nessa época da história da saúde no Brasil. Os dados que refletem a qualidade de vida eram também

alarmantes. O Barão do Lavradio, em seu trabalho de 1878, calculou a taxa de mortalidade infantil, com base no censo de 1872, em 290,9/por mil nascidos vivos (BARÃO DO LAVRADIO, 1878). Essa taxa atual estimada é de 12,4 /por mil nascidos vivos. A esperança de vida era de 34 anos, em 1872, e de 74 anos, em 2014 (BRASIL, 2019).

É nesse cenário de saúde pouco promissor que se inseriu o trabalho do professor Gama Lobo. A pesquisa presencial encontrou 3 trabalhos que abordavam diretamente esses sinais durante o século XIX. Manoel da Gama Lobo foi discípulo de Charles Frédéric Carron du Villards, filho de Jean Louis Carron, também médico na França, e que trouxe para o Brasil, em 1850, o oftalmoscópio. Carron de Villards foi o médico responsável pela abertura do Serviço de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia, em 1858, e teve Gama Lobo como aluno, que mais tarde se tornou o chefe desse serviço médico. Curioso é que o mestre havia escrito seu livro de oftalmologia em 1838, e o presenteou à Academia Imperial de Medicina: *Guide Pratique pour l'étude e les traitements des maladies des yeux*, livro disponível para consulta presencial no acervo da Academia Nacional de Medicina. Carron de Villards foi admitido, inicialmente, como membro correspondente nomeado dessa Academia, em 1842, e, quando chegou ao Brasil, por volta de 1850, foi logo nomeado membro permanente. Nesse livro, relatou que a hemealopia, sintoma inicial da deficiência de vitamina A, fora noticiada por seu pai, também médico, nas campanhas francesas do exército, de 1793. Ela era epidêmica nos navios que provinham da Índia e da África. O exame do olho com o oftalmoscópio não revelava alterações. Outras condições associadas seriam: a gravidez, a grande infestação de vermes nas crianças e a presença da febre tifoide. Por isso, prescrevia, como tratamento, além das medicações orais, “um regime dietético reparador” (CARRON DU VILLARDS, 1838). Se o discípulo leu a obra de seu mestre, certamente utilizou parcialmente seus conceitos,

informando que as crianças acometidas tinham péssima alimentação e seu organismo já se encontrava muito debilitado. Ele tentou o “regime reparador”, mas as crianças faleceram de marasmo. Outro resultado importante encontrado é a Estatística do Serviço de Oftalmologia da Misericórdia, de 13 de março a 10 de maio de 1897, publicada em 1901, pelo Dr. Henrique Guedes de Mello. Embora com data posterior à descrição de Gama Lobo, ela refletiria a rotina trimestral de atendimentos do Serviço de Oftalmologia da Santa Casa do Rio de Janeiro. Nesses 90 dias, o serviço atendeu a 2.558 consultas nos consultórios e a 45 casos diferentes por dia, nas enfermarias de homens, mulheres e na pediatria. A doença oftalmológica predominante era a conjuntivite catarral. Ao se utilizar os diagnósticos ligados à doença carencial, podemos encontrar 19 casos de xeroftalmia, 23 casos de ceratites diversas não infecciosas e 2 pacientes com ulceração de córnea. As descrições das úlceras por Guedes de Mello e Gama Lobo são muito similares.

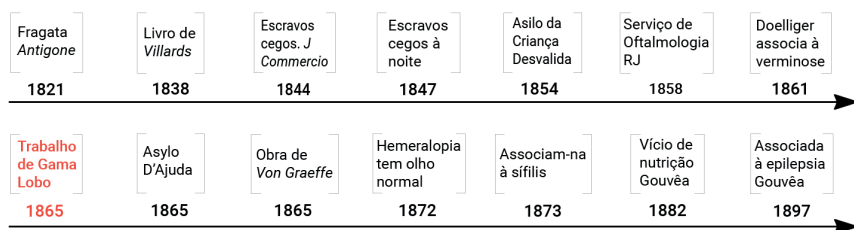
O professor Hilário Soares de Gouvêa também descreveu casos muito interessantes em 1897, que também levantavam suspeita clínica sobre sua verdadeira etiologia. Em seu trabalho intitulado *Les Manifestations Oculaires de L'épilepsie*, apresentado para a Sociedade Francesa de Oftalmologia, cujo volume também pertence ao acervo da ANM, o professor Hilário de Gouvêa descreveu um quadro de amaurose transitória em 13 jovens epiléticos, com idades entre 10 e 20 anos, que apresentavam exame oftalmológico normal. Atribuiu aos “espasmos da artéria central da retina”, a amaurose transitória desses pacientes (GOUVÊA, 1897). Como já visto, as amauroses transitórias são manifestações da deficiência de vitamina A. O relato de Gouvêa não faz menção ao estado clínico desses pacientes, mas levanta a suspeita da etiologia nutricional.

A pesquisa empreendida nos jornais da época encontrou no *Jornal do Commercio*, na edição de 1859, suplemento ao nº 236, de 26 de agosto de 1859, a publicação sobre debate na Câmara dos Deputados Provinciais, com sede em Niterói, sob a presidência do Conde de Baependi. Nele, o deputado Luís Honório Vieira Souto condena a transferência do Asilo da Infância Desvalida de Santa Leopoldina, instituição de amparo lazarista vicentina, fundada em 1854, para uma casa no bairro do Fonseca, em Niterói. Ele questionava a salubridade do lugar onde se achava agora o asilo e informava aos outros deputados presentes à sessão que o médico do asilo, Dr. José Martins da Rocha, relatou a ele as péssimas condições em que se encontravam as asiladas. O médico registra que grande parte delas tinha hemeralopia, clorose, escorbuto, obstruções do baço e do fígado, diarreias e “vista perturbada”, sendo que uma delas havia morrido de tifo, sem receber tratamento adequado (JORNAL DO COMMERCIO, 1859).

A pesquisa presencial na Biblioteca do Real Gabinete Português de Leitura retornou um resultado inesperado e curioso. Trata-se do trabalho do oftalmologista militar português Dr. João Clemente Mendes. Ele escreveu seu trabalho em 1862: Estudo sobre a Hemeralopia, e a chamou de *Ophthalmia Militar*, por ser diagnosticada mais frequentemente em membros dos exércitos e em marinheiros, e sob sua ótica, seria rara entre civis. Relatou que a primeira descrição de hemeralopia que ele teve notícia ocorreu no Brasil, em 1821, e acometeu os tripulantes da fragata *Antígone*, proveniente da França, estacionada no Porto do Rio de Janeiro. Nessa publicação, o Dr. Mendes informou também sobre a epidemia de paralisias no Asilo da Ajuda, em Lisboa, que se iniciara em 1860, cujo relato completo foi publicado na Gazeta Médica de Lisboa, na edição de 1865, a partir da página 252, com interrupções, até a página 425 (MENDES, 1862). Esse trabalho português também foi publicado na Gazeta Médica da Bahia, em 1867. Na Gazeta Médica de Lisboa, de 1865,

o professor Gama Lobo também publicou o seu relato sobre a *Ophthalmia Brasiliana*, na seção “Revista dos Jornais”, à página 430, ou seja, ambas as publicações tratavam da mesma doença e foram publicadas no mesmo número da Gazeta Médica de Lisboa e, até onde se conhece, os trabalhos dos oftalmologistas portugueses e brasileiros ficaram desconhecidos por ambos. Os resultados obtidos demonstram claramente que as inferências propostas pelo Dr. Gama Lobo estavam erradas e que a doença era vista em diferentes grupos populacionais, europeus e brasileiros, entre europeus caucasianos e africanos escravizados.

Figura 4 - Linha do Tempo para a Hemeralopia no Rio de Janeiro durante o século XIX.



Fonte: Esta pesquisa.

Essa linha do tempo marca as principais ocorrências da hemeralopia para a estruturação deste trabalho, partindo da ocorrência mais antiga, assinalando o trabalho de Gama Lobo até o trabalho de Hilário de Gouvêa. Verifica-se que, apesar da riqueza indiscutível das descrições clínicas obtidas com a leitura da comunicação de Gama Lobo, publicadas em 1865, as descrições foram negligenciadas de seus colegas, no Brasil e na literatura especializada. Inclusive, parece não haver dado importância às descrições do livro do Professor Carron

de Villards, com quem trabalhou, no serviço de oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1858.

6 ATIVIDADE MINERADORA SEMI-INDUSTRIAL NA PROVÍNCIA DE MINAS GERAIS

6.1 Aspectos da vida e da sociedade de Minas Gerais

A província de Minas Gerais, durante o século XIX, era o espelho da história da formação do seu povo, escrita nos séculos anteriores. O ouro foi descoberto no ano de 1693, tendo a província recebido grande fluxo de gente, de várias partes do país e do mundo, diante da nova possibilidade de se fazer dinheiro “fácil”. A exploração do metal era rudimentar, baseada na procura do ouro de aluvião, utilizando-se a lavagem com água de encostas dos morros (método do talho aberto) e de sua procura com bateias, pelo peneiramento da areia dos rios. Esse tipo de atividade econômica produziu grandes danos ao meio ambiente e levou ao completo desabastecimento de gêneros alimentícios nessa província, porque não havia cultivo de alimentos, o que resultou em grandes períodos de fome durante o século XVII (IBGE, 2019; SILVA, 2019).

Com o fim do ciclo do ouro, em 1760, talvez essa escassez de alimentos tenha feito com que a população livre e escrava dessa província fizesse a melhor transição da atividade extrativista exportadora de ouro, dentre todas as províncias do Império, para a economia diversificada, voltada para a agricultura e a pecuária, a partir da segunda metade do século XVIII. O Censo do IBGE de 1872 anota que a província de Minas Gerais tinha a maior população de escravizados do país. Ao contrário do que ocorria nas outras províncias, o escravizado dessa província era nascido na própria região, onde as taxas de natalidade eram altas,

e não importado da África. Havia um contingente de escravos muito jovens, quase 30%, que tinham entre 1 e 14 anos de idade; aqueles com 41 anos ou mais eram apenas 22% do total (BERGAD, 2004).

Essa mudança radical da atividade econômica fez com que os habitantes da província procurassem como alternativa econômica a criação de animais para abate e a plantação de gêneros alimentícios para prover as famílias mineiras. A província passou também a exportar bois, queijos e gêneros alimentícios, principalmente arroz, feijão e milho, para a capital do Império, a cidade do Rio de Janeiro. O longo caminho que unia Vila Rica, sua capital, ao Rio de Janeiro possuía várias barreiras alfandegárias, cuja função precípua era a de impedir o roubo de ouro e que, durante o século XIX, cobravam taxas abusivas das caravanas que transportavam gêneros alimentícios, encarecendo sobremaneira os preços. Nos relatos de Mawe (1978) e de Freyreiss (1982), encontram-se queixas dos fazendeiros pelo excesso de tributos alfandegários. Saint-Hilaire (2000) reclamava, em sua viagem através dessa província, em 1816, do preço abusivo dos gêneros alimentícios, em tudo, similares aos cobrados no Rio de Janeiro, que os viajantes tinham que pagar para obter feijão preto para a alimentação das pessoas e milho para alimentar os animais. Como a província era extensa, o encontro de plantações e de comida obedecia às condições dos microclimas e à sazonalidade. Seus relatos dão conta que havia desde plantações de trigo, no alto das serras, até a ausência total de alimento, nos baixios, entre Barbacena e Vila Rica (SAINT-HILAIRE, 2000).

O povo que habitava a província era constituído por acentuada heterogeneidade étnica, devido aos mecanismos de sua formação. A busca pelo lucro fácil da extração do ouro de aluvião atraiu uma massa de gente de todas as partes do país e de fora dele, principalmente de Portugal. Os filhos da terra, descendentes de portugueses,

continuavam com os mesmos hábitos portugueses dos pais, hábitos da terra que jamais conheceriam. A religiosidade mística era outro traço marcante do povo mineiro (LIMA, 1983). A corrupção dos costumes generalizada através da província e a ausência de clero secular que regulasse os sacramentos católicos da Igreja Romana provocou protestos do Papa Pio VII junto ao rei, D. João VI. O rei enviou sacerdotes portugueses da Ordem Lazarista de São Vicente de Paulo para retornar o povo às normas das Leis de Deus. Esses eventos influenciariam negativamente a vida do povo mineiro, inclusive no que tange aos seus hábitos alimentares. Saint-Hilaire (2000 p. 162) descreveu seu encontro com um viajante inglês, que faminto, tentou adquirir uma galinha de alguns sitiante para sua alimentação. Ninguém quis vendê-la por se tratar de “dia santo” e, nesse dia, seria vedada a matança de um ser vivo para comer. Então, comentou esse fato com uma frase taxativa: “sabe-se que Portugal é um dos países da Europa em que a ignorância e a superstição mais alteraram a pureza do Cristianismo”. Mais tarde, no relato de sua segunda viagem a Minas Gerais, em 1822, um botânico francês escreveu: “Na igreja brasileira não há o que possa causar espanto; ela está fora de todas as regras”. Além disso, o povo mineiro era malvestido, com as mulheres usando grossas capas de tecido espesso e escuro, à semelhança das camponesas portuguesas, porém as brasileiras estavam sempre descalças e com as pernas nuas e sujas (SAINT-HILAIRE, 1938, p. 80).

Ao longo das viagens de Langsdorff (1997), realizada em 1821; Von Eschewege (1982), realizada em 1815; e dele próprio, Saint-Hilaire (2000), realizada em 1816, eles se encontraram com vários homens de cor, escravizados, vendendo todo tipo de coisas pelos caminhos. O Barão Von Eschewege (1982) os encontrou nas minas e na atividade extrativista de metais e do pouco ouro que restava nas lavras mineiras. Em seu trabalho, descreveu a lavra do Veloso, em Mariana,

onde já teriam trabalhado centenas de escravos, e que, no ano de 1815, ficaram reduzidos a pouco menos de “34 almas decrépitas”, devido à baixa produtividade do metal. Ao todo, a quantidade de escravos nessa atividade, nesse ano, chegava a 150, mas havia centenas de outros empregados nas lavras de Sabará a São João D’El Rei. A atividade extrativista de ouro era imensamente insalubre e fatigante, sendo que mineiros e escravos viviam em condições sub-humanas. Como engenheiro de minas alemão, contratado por D. João VI para modernizar a atividade mineradora na província de Minas Gerais, o barão Wilhelm Ludwig Von Eschewege fundou a Sociedade Mineradora da Passagem, próximo ao atual município de Mariana e a Imperial Fábrica de Ferro, próximo a Congonhas do Campo. O ouro era extraído por moagem e amalgamação (PEREIRA DA SILVA, 2019).

O barão tentou melhorias no processo produtivo, introduzindo na Lavra da Passagem, um amassador de minérios hidráulico para melhorar a produtividade. A amizade interessada dos ingleses com D. João VI, ambos inimigos de Napoleão Bonaparte, fez com que as companhias inglesas explorassem a mineração e a exportação de metal lavrado em Minas Gerais, auferindo imensos lucros. Porém, mesmo com a aquisição da Mina de Gongo Soco, em 1826, pelos ingleses da *Imperial Brazilian Mining Company*, não houve melhoria na produção de ouro, porque eles utilizavam os mesmos métodos brasileiros arcaicos de extração do minério. Os ingleses já operavam minas de ouro em São João D’El Rei desde 1820 e, com a expansão do seu capital, facilitada pelos acordos comerciais entre o Governo Imperial do Brasil e a Inglaterra, decorrente da abertura dos portos às nações amigas de D. João VI, puderam adquirir outras unidades de mineração, dentre elas a Mina de Morro Velho. Essa atividade econômica estrangeira vivia uma ambiguidade: o progresso tecnológico oriundo da Revolução Industrial Europeia, porém com a utilização de mão de obra escrava

para a obtenção de lucro. A Inglaterra havia abolido a escravidão em suas colônias e empreendimentos comerciais em 1807, porém suas minas de extração de minério, no Brasil, persistiram na utilização de mão de obra escravizada (ANNUAL REPORTS, 1850). Por causa dessa ambiguidade de ação administrativa, seus diretores estavam sob constante pressão da sociedade inglesa da época. A administração da Mina de Morro Velho, pela companhia inglesa *Saint John D'El Rey Mining Company*, previa a compra de insumos alimentares para nutrir adequadamente seus escravos, pagava com dinheiro, espécie de salário a eles. Além disso, permitia que eles plantassem hortas de subsistência, provia assistência médica com hospital, médicos e enfermeiros e mantinha crianças escravizadas na escola de alfabetização. Essas ações foram implementadas na tentativa de aplacar os ânimos da sociedade inglesa, não alterando muito a obtenção de lucro pela companhia. A Mina de Morro Velho chegou a ter, no auge da sua produção, 2.500 trabalhadores, dentre os quais 1.700 escravos (LIBBY, 1984).

Essa imensa massa escravizada auferia de tratamento mais humano por pressão da sociedade de nação estrangeira, a maioria constituída de pessoas jovens com registros médicos de tratamento das doenças e das diversas causas de óbito, provavelmente usufruindo de melhor alimentação. Isso é que motivou a construção dessa narrativa, embasada na pesquisa dos documentos disponíveis no acervo do Centro de Estudos Mineiros, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais.

6.2 A Alimentação na Província de Minas Gerais

As descrições dos estrangeiros que empreenderam viagens através dessa província, durante o século XIX, é que proporcionaram

as informações mais relevantes para a construção do hábito alimentar de Minas Gerais. A vocação exportadora de gêneros alimentícios foi determinada pelos excedentes da produção para consumo familiar, influenciada pela expansão do mercado consumidor, na capital do Império. Sua grande extensão territorial (bem próxima ao tamanho da França), com grande número de sítios dedicados ao plantio e à criação de animais para abate e sua proximidade com o Rio de Janeiro foram fundamentais para implementação das rotas comerciais com a província de Minas Gerais.

Nas propriedades rurais, cujo agricultor era de origem estrangeira, plantavam-se muitos legumes, e a família do proprietário tinha hábito alimentar mais variado. O preço das mercadorias nas localidades de Minas era abusivo e aquele praticado nas vendas da beira das estradas chegava a ser extorsivo. Nem todas as vendas possuíam gêneros alimentícios para vender, algumas só vendiam aguardente (BERGARD, 2004; FREYREISS, 1982).

Todos os viajantes: Langsdorff, em 1816, chefe da missão russa; Von Eschewege, em 1815; Freyreiss, em 1814 e; Saint-Hilaire, em 1816 e 1822, reclamavam dessa carestia na compra de gêneros alimentícios, não só para eles e sua tropa, mas também, para a compra do milho, para os animais de carga de suas caravanas. O comportamento social unânime que todos notaram foi a camaradagem do povo mineiro, a boa receptividade e o bom acolhimento ao viajante, comportamento notado entre brancos e escravizados. O mineiro seria dotado de “polidez amável”, cuja amabilidade era inspirada no desejo de agradar ao viajante cansado e com fome. Saint-Hilaire (2000, p. 100) descreveu seu encontro com um escravo que vendia milho, na beira do caminho, entre Juiz de Fora e Matias Barbosa. Da choupana dele saía fumaça, o que sinalizava que ele cozinhava alguma coisa. O escravo convidou

o viajante para comer: no tacho havia tatu guisado e angu. A alimentação composta de carne de animais selvagens era frequente, não só em Minas Gerais, mas em todo o Sudeste. Debret (2008) e Rugendas (1985) dão conta de que os tropeiros matavam aves silvestres: macucos, jacus e jacutingas, para sua alimentação entre o Rio de Janeiro e Cabo Frio, fato também testemunhado por Langsdorff (1997), quando de sua passagem pelo Engenho de Açúcar Pau Grande, nas cercanias de Mariana. Esse explorador ficou muito impressionado com a frugalidade da alimentação do povo dessa cidade mineira. Em seu testemunho, Freyreiss (1982, p. 51) também encontrou pelas estradas fazendeiros que comiam a abundante caça selvagem das matas, principalmente aves. Sua alimentação era baseada na farinha de milho, no toucinho e no feijão preto. Em certos lugares, havia a colheita de palmitos silvestres, que também servia de alimento. Embora nacionalmente a farinha de mandioca substituísse o pão de trigo, na província de Minas Gerais, havia a preferência pela farinha de milho. Os escravizados gostavam da farinha de milho que saía crua da moenda, o fubá; já os mineiros de ascendência portuguesa, preferiam a farinha preparada com a hidratação do fubá, passada em tacho de cobre, transformando-a em produto cozido: a farinha de milho flocada (FREYREISS, 1982).

A monotonia alimentar era incontestemente nas descrições minuciosas dos diários de viagem. Saint-Hilaire (2000, p. 121) reclamava de ter ficado meses comendo apenas feijão preto, farinha de mandioca crua e toucinho. Ele informou que, no princípio de sua viagem, a textura da farinha de mandioca crua o incomodava muito na sua boca de estrangeiro mal-acostumado. Pode-se verificar, nas narrativas, que havia uma espécie de festa, quando eles se deparavam com algo inusitado para experimentar. Ficou positivamente impressionado com o gosto do pão de inhame, oferecido a ele, antes de chegar a Vila Rica. Na ocasião, provou também guabiroba e rapadura, o que o agradou muito.

Ninguém ficou mais feliz que Langsdorff ao chegar em uma venda, em algum lugar próximo a Matias Barbosa e encontrar uma refeição quente de carne de porco fresca. O problema foi, segundo ele, o preço que pagou: 24 patacas ou 2 luíses (cerca de R\$ 14,00 de hoje). O Barão von Eschewege (1982, p. 15) reclamava que raramente nas vendas das estradas se podia encontrar bananas ou queijos. Como Saint-Hilaire (2000, p. 123), ele notou que os tropeiros que cruzavam com suas caravanas, pelas estradas de Minas, alimentavam-se exclusivamente de feijão preto, cozido em grandes tachos. Em algumas ocasiões, como a fome estava intensa, comiam algumas porções de farinha de mandioca, umedecidas com água, e alguns nacos de rapadura, enquanto aguardavam o feijão preto cozinhar. As caravanas cruzavam a toda hora a estrada entre Vila Rica e Rio de Janeiro, levando de 200 a 250 mulas. As tropas de burros levavam queijos em cestas de sisal com até 50 unidades e sacos de 40 Kg de sal. A alimentação principal do tropeiro consistia no feijão preto cozido com toucinho (SAINT-HILAIRE, 2000).

6.3 A Hemeralopia e os Escravizados da Mina de Morro Velho

Durante o século XIX, a administração da Mina, na pessoa do Superintendente Geral, vivia uma ambiguidade. A escravização havia sido abolida na Inglaterra e em suas colônias, em 1807, porém a companhia inglesa, como a *Saint John D' El Rey Mining Company*, empresa que explorava ouro em Morro Velho, necessitava e empregava mão de obra escravizada, própria e alugada de outros proprietários de escravos, na vizinhança da mina, para realizar suas operações de extração. Esse fato gerou reação da sociedade inglesa, expressa em artigos do jornal *Mining Journal*, de Londres, que relatava, em sua matéria sobre a mina, a elevada mortalidade entre os escravizados e fazia menção a maus tratos, a trabalho excessivo na Mina e a envenenamento por arsênico.

Esse fato provocou reação extrema dos administradores, que procuraram relatar nos documentos anuais de prestação de contas, os *Annual Reports*, comentários e números estatísticos que contradissem essas acusações da imprensa londrina especializada (ANNUAL REPORTS, 1850).

Assim, o superintendente e corpo gestor da mina elaboraram os relatórios anuais, informando o bom tratamento a que eram submetidos os escravizados, cuja “qualidade de vida era muito melhor que a dos mineiros livres, em *Cornwall*”. As condições de trabalho eram similares às daquelas das minas na Inglaterra, com turnos de trabalho, entre 9 e 11 horas, com intervalo de 1 hora e 45 minutos para as refeições, 3 por dia: café da manhã, almoço e jantar. Existiam dois turnos de trabalho: o da manhã, começando às 6 horas, que se encerrava às 16 ou 17 horas; e o da noite, se iniciava às 17 horas. Mulheres e crianças eram alocadas em espaços de trabalho mais leves: as gestantes, nutrizes e mulheres idosas atuavam na área da costura, onde eram produzidos os uniformes dos escravos. A empresa fornecia treinamento profissional para as crianças. No ano de 1850, havia 21 crianças treinando carpintaria, ofício de pedreiro, de ferraria e de mineração e também uma ajudava nos estábulos e outro era mensageiro. Para justificar o excelente tratamento dado aos escravizados, os relatórios anuais informavam que eles recebiam boa vestimenta, suas casas eram arejadas e limpas, sua alimentação era adequada, a empresa doava vestidos de noiva, para encorajar os casamentos e a construção da família; havia “salário” semanal de 160 réis para homens (R\$ 6,86 de hoje), de 120 réis para mulheres (R\$ 5,14) e de 40 réis para as crianças (R\$ 2,14) (GOMES, 2007). A eles era permitida a cultura de legumes e hortaliças, nas “roças”, bem como a criação de porcos de engorda e galinhas, cujos excedentes poderiam ser comercializados com a população da vizinhança da mina. A engorda de porcos e de galinhas dava respeitável lucro pecuniário para eles, que empregavam esse dinheiro, somado ao do “salário”,

para visitar de 2 a 3 vezes por semana, a “venda”, onde adquiriam, tabaco, cachaça e badulaques. Ao fim da semana de trabalho, lhes era permitido dançar e cantar em suas festas, aos sábados e domingos, mas a religião cristã era ministrada pelo pároco da mina. A assistência médica se constituía em outro pilar, que justificava sua boa qualidade de vida: o médico da mina examinava os escravizados semanalmente e o mínimo sinal de doença era objeto de imediata remoção do trabalho e instituição de tratamento. O hospital novo havia sido inaugurado em 18 de novembro de 1848, era mais amplo e arejado que o prédio anterior e fornecia maior conforto para o médico e para os pacientes. A alimentação era outro ponto considerado forte com 3 refeições diárias e o seguinte cardápio: “no café da manhã tomavam café ou chá de congonha; mas o café andava escasso; 2 libras de carne de boi ou porco fresca; 9 libras de farinha de milho; 4 libras e meia de feijão; 13,5 onças de toucinho; vegetais a vontade e sal”. Como eram mortos 9 bois por semana, permitia-se que eles comessem também o fígado, os miúdos e os mocotós. As refeições, que constavam de arroz, carne seca e farinha de mandioca, só eram disponibilizadas sob prescrição do médico da mina, para determinados doentes. Com base nessas informações, pode-se construir a seguinte tabela, utilizando-se as convenções de equivalência de pesos e medidas (ANNUAL REPORTS, 1850 a 1885).

Tabela 5 – Cardápio Básico dos Escravizados em Morro Velho.

Alimento	Libras/semana	Gramas/dia ²	Teor vitamina A por 100 g-1 de alimento ³	Total vitamina A em mcg ³	Calorias/dia ³
Carne fresca	2,0	130,0	4,0 mcg	5,2	269,4
Farinha de milho	9,0	583,0	66,0 mcg	384,8	2.060,3
Feijão Preto	4,5	291,5	-	-	1.030,4
Banha de porco	0,844	28,35	-	-	255,5

Fontes: Annual Reports. <https://www.metric-conversions.org/pt-br/peso/libras-em-gramas.htm>. Franco, 2009.

A análise dessa tabela demonstra que se trata de dieta calórica com cerca de 3.615,5 calorias por dia, sem levar em conta os vegetais e outros alimentos que poderiam estar incluídos, porém as quantidades não são mencionadas nos relatórios, nem tampouco, o volume de chá ingerido por cada escravizado. Verifica-se que essa dieta básica era pobre em vitamina A, pois só contém 390 mcg de retinol, enquanto que a necessidade dessa vitamina para o homem adulto, por dia, é de 750 mcg de retinol (FRANCO, 2009). Essa necessidade aumenta em, pelo menos, mais 330 mcg, tratando-se de gestante ou nutriz. Como a atividade laboral do escravizado era extenuante, havia a necessidade de fornecer elevado conteúdo calórico. O que chama a atenção nesse relato é que a dieta com arroz, carne seca e farinha requeria a prescrição médica. Trata-se de dieta mais pobre, em termos nutricionais, e que se constituía na base da alimentação de outros grupos de escravizados no Brasil, com exceção do arroz, gênero alimentício escasso, em vários locais, pois não havia produção expressiva, durante o século XIX.

A maior preocupação do médico e do superintendente da Mina era a presença do alcoolismo entre os escravizados, pois a mina possuía grande profundidade. Os trabalhadores, em diversos setores, trabalhavam em condições insalubres: extrema umidade, com as roupas de lã para tolerar o frio das galerias, completamente molhadas, e respirando ar poluído, devido ao particulado suspenso. Ao término do seu turno de trabalho, lhes era fornecida aguardente, para “se esquentar e recuperar as forças”. Segundo a opinião do médico, essa atitude contribuía para o desencadear do vício em bebida alcoólica, o que levaria à doença (ANNUAL REPORTS, 1850 a 1885).

A tabela 6, a seguir, apresenta alguns dados estatísticos para subsidiar a discussão sobre a deficiência de vitamina A entre os escravizados de Morro Velho.

Tabela 6 - Estatística Anual dos pacientes atendidos no Hospital da Mina e a hemeralopia- 1850 a 1885.

Ano	Pacientes atendidos	Mortes	Nascimentos	Óbitos de crianças	Oftalmia1	Hemeralopia	Doença mais prevalente
1850	1.386	52	17	11	01	-	Diarreia2
1851	1.249	40	24	04	-	03 3	Febre tifoide
1852	1.580	30	08	09	01	01	Pneumonia
1853	2.370	95	31	08	02	02	Diarreia
1854	2.178	66	19	04	10	02	Diarreia
1855	1.822	22	29	04	03	02	Diarreia
1856	1.813	54	16	05	15	-	Coqueluche
1857	1.510	24	20	03	42	02	Diarreia
1858	1.667	28	38	03	08	01	Diarreia
1859	1.841	31	20	07	13	02	Diarreia
1860	1.802	32	26	07	26	-	Variola
1861	2.274	36	24	01	53	-	Diarreia
1862	2.234	72	26	06	50	-	Diarreia
1863	1.998	54	29	03	54	-	Diarreia
1864	2.111	45	37	03	24	-	Diarreia
1865	1.850	64	28	04	27	-	Diarreia
1866	2.077	66	45	06	30	-	Difteria
1867	1.781	30	36	03	23	-	Diarreia
1868	1.740	36	22	01	23	-	Diarreia
1869	1.777	34	30	-	29	-	Diarreia
1870	1.926	37	25	-	25	-	Diarreia
1871	1.953	32	33	-	44	01	Coqueluche
1872	1.585	25	29	-	24	04	Coqueluche
1873	1.093	27	53	-	14	04	Coqueluche
1874	1.040	15	26	04	26	01	Bronquite
1875	1.514	35	33	01	24	-	Doença respiratória
1876	1.548	32	35	-	23	-	Doença respiratória
1877	1.517	22	33	03	22	-	Coqueluche
1878	1.460	22	45	01	17	-	Coqueluche
1879	1.360	20	23	-	15	-	Doença respiratória
1880	1.272	39	18	-	19	01*	Disenteria
1881	1.514	35	26	06	50	-	Diarreia
1882	847	14	13	02	10	-	Diarreia
1883	862	12	15	01	11	-	Diarreia
1884	894	15	19	01	19	-	Doença respiratória
1885	894	13	15	-	04	-	Diarreia

Fontes: Annual Reports St. John D'El Rey Mining Company

Esses dados foram retirados dos *Annual Medical and Surgical Reports*, relatório organizado pelo médico da Mina e incluído nos *Annual Reports*, relato de todas as atividades de mineração e de seus processos, enviados a Londres, para a sede da *Saint John D'El Rey Mining Company*, entre 1850 e 1885. Após apresentar os dados de mortalidade geral e específica, por doença, o médico, fazia o arrazoado da situação sanitária e nosológica do hospital da Mina. A seguir, quando pertinentes, tecia comentários sobre as ações médicas postas em prática para melhorar o ambiente sanitário da Mina e as medidas de prevenção de doenças empreendidas por ele. Observou-se o seu preconceito ao tratar com os dados dos diversos grupamentos de trabalhadores que operavam a Mina: ingleses e outros europeus; escravizados próprios e escravizados alugados dos fazendeiros de seu entorno. O Dr. Hugh Birt sugeriu e expressou essa opinião no relatório médico de 1850, de que o tratamento oferecido contra a diarreia, a doença mais prevalente atendida no hospital, deveria ser diferente para europeus e brasileiros, e para escravizados, por causa das diferenças na fisiologia dos intestinos, dessas diferentes raças. Assim, “o carbonato de cálcio deveria ser utilizado para tratar os europeus; e a tintura de ópio (elixir paregórico), para tratar os brasileiros e os escravos” (ANNUAL REPORTS, 1850). Freyre (2009) comenta sobre esse comportamento dos médicos europeus que acreditavam na superioridade natural dos europeus frente aos demais habitantes do planeta. A análise dos relatórios permitiu a determinação de que diversos surtos epidêmicos grassaram na província de Minas Gerais, durante esse recorte temporal: diarreias e disenterias, varíola, coqueluche, sarampo, febre tifoide e pneumonia. As mortes entre os habitantes da província foram inúmeras, porém, no hospital da Mina, embora se detectassem alguns casos graves, a mortalidade foi baixa. Os clínicos atribuíram esse desempenho diferente, quanto à mortalidade, em decorrência da comida de melhor qualidade fornecida aos escravizados e à instituição de medidas higiênicas, como: isolamento

dos doentes no “lazareto”, distante 6 Km da sede da Mina; desinfecção de suas casas e roupas; vigilância epidemiológica; e vacinação para varíola, para 1.000 funcionários da Mina, durante o ano de 1874.⁹

Quanto às descrições das doenças mais prevalentes, verificou-se a predominância das infectocontagiosas, especialmente as diarreias e disenterias, aspecto nosológico também encontrado, na província de Minas Gerais e no restante do país. Outra categoria prevalente eram as infecções respiratórias. O ambiente insalubre das galerias mais profundas, sempre úmidas e frias, com os operários e escravizados apresentando suas roupas continuamente molhadas, o trabalho estafante associado à poeira da prospecção do minério eram condições propícias para o desencadeamento dessas enfermidades.

O cálculo da mortalidade infantil se constituiu em indicador de qualidade de vida da criança, especialmente nos primeiros anos de vida. Os dados obtidos da Mina só permitem fazer esse cálculo, quando se usa artifício metodológico, porque não há discriminação dos óbitos por idade nos relatórios médicos. Assim, para efeito comparativo do número médio de óbitos anual, foi calculada a média ponderada da percentagem média de óbitos de menores de 1 ano, obtida do relatório do Barão do Lavradio, para o Rio de Janeiro, em 1878; e aquela obtida na Estatística de Óbitos da Santa Casa de Porto Alegre, de 1850 a 1880, o que permitiu obter dados mais fidedignos com efeito comparativo para a Mortalidade Infantil, na Mina. Nos 36 anos da pesquisa dos relatos anuais do hospital, verifica-se a mortalidade infantil com média anual, no hospital da Mina, de 114,06 óbitos por 1.000 nascidos vivos,

9 De acordo com Stewart (2006), Jenner descobriu a vacina para varíola em 1796 e ela se tornou obrigatória na Inglaterra em 1853. No Brasil, embora a vacinação fosse possível, desde 1804, só se começou a vacinar obrigatoriamente, para a varíola, no começo do século XX.

em média, por ano, quase 60% menor que a calculada pelo Barão do Lavradio (1878), para a capital do Império.

Quanto à citação de deficiência de vitamina A, verifica-se que o hospital da Mina passou por 6 diferentes clínicos responsáveis, entre 1850 e 1885, e que, provavelmente, tinham diferentes interpretações diagnósticas, no que tange à hemeralopia. Em vários *Annual Reports*, aparece a palavra “hemeralopia”, sintoma típico, especialmente antes de 1862, ano em que Gama Lobo atendeu suas crianças. No ano de 1880, o médico responsável pelo relatório anual de saúde anotou a palavra “nictalopia”, outro sinônimo para cegueira noturna. Os outros podem ter incluído esses sinais e sintomas, com o nome genérico de “oftalmia”, como fez o Professor Gama Lobo, ao batizar sua “nova doença”. Por isso, foi listado o número de diagnósticos dessa entidade nosológica, extraída dos relatórios anuais do hospital da Mina que fazem anotação direta das palavras: *hemeralopy* e *nictalopy*.

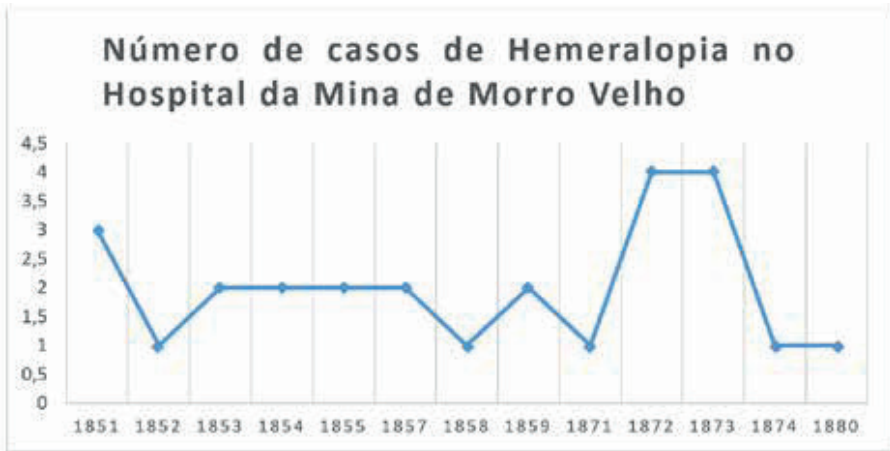
A análise dos relatórios de compras de insumos alimentícios mostra constância cartesiana na compra de insumos para a cozinha da Mina. Os gêneros são, por ordem de volume adquirido: milho, feijão, farinha de mandioca, fubá de milho, toucinho e carne de vaca. Citou-se a compra de arroz, pela primeira vez, durante o ano de 1861, como complemento do feijão. A Mina comprava legumes e verduras, desde 1870, porém, a partir do ano de 1872, a horta própria passou a fornecê-los com sobra cerca de 263 arrobas (4 toneladas) por ano. O relatório de 1881 apresenta, pela primeira vez, o gasto anual com a alimentação dos habitantes e trabalhadores da Mina, em valor por pessoa: 62.317 réis ou, utilizando-se a conversão proposta por Gomes (2011), na qual 1.000 réis equivaleriam a R\$ 42,85, total de R\$ 2.670,28 de gasto anual com alimentação; ou seja, R\$ 222,52 por mês, por pessoa, durante o ano de 1880. Ele informou que esse valor seria 22% maior

que aquele pago, no ano de 1879, devido, principalmente, à alta do preço do feijão, da farinha de mandioca e do toucinho, no mercado fornecedor (ANNUAL REPORTS, 1850 a 1885).

A companhia inglesa *Saint John D'El Rey Mining Company* sempre afirmou, em todos os relatórios anuais enviados da Mina de Morro Velho para Londres, durante o século XIX, que o tratamento dispensado aos seus escravos era diferenciado, em relação aos demais escravizados das diversas províncias do Império, e, principalmente, da província de Minas Gerais. Então, após a avaliação das estatísticas de mortalidade das crianças e da incidência das doenças, apesar do ambiente insalubre e do trabalho exaustivo na Mina, pode-se constatar que se trata da verdade. O investimento da companhia em alimentação e em bem-estar dos trabalhadores era incontestado. Outro fato que comprova isso é o relato da vacinação dos trabalhadores da Mina para varíola, durante a epidemia de 1855, com vacinas importadas da Inglaterra, o que reduziu sobremaneira a incidência da doença entre seus trabalhadores. A instalação do chuveiro com água quente também foi um evento que contribuiu para a diminuição da morbidade entre eles, acometidos predominantemente por doença respiratória, instituído em julho de 1847 (ANNUAL REPORTS, 1850 a 1885).

A figura a seguir exibe os resultados levantados nos Relatórios Anuais (*Annual Reports*) do número de casos de hemeralopia/nictalopia identificados na Mina de Morro Velho, registrados pelo médico da Mina em seu relatório sobre a saúde da população da Mina durante o século XIX.

Figura 5 – Número de casos da hemeralopia/nictalopia na Mina de Morro Velho.



Fonte: Annual Reports.

Verifica-se que, apesar da riqueza indiscutível das descrições clínicas, obtidas com a leitura da comunicação de Gama Lobo, os médicos ingleses da Mina de Morro Velho já notariam e registrariam sua presença, 14 anos antes dele.

7 A ESTÂNCIA DE GADO NO RIO GRANDE DO SUL

7.1 Introdução

Como parte integrante do Império do Brasil, a província do Rio Grande do Sul também recebeu escravos para trabalhar nas estâncias agrícolas, na indústria de carne e derivados e como trabalhadores domésticos. Embora em menor número, a presença deles foi relatada por diversos viajantes que, durante o século XIX, empreenderam viagens através de suas terras. Saint-Hilaire (1887) atribuiu à “irretocável ignorância e frialdade no trato com as pessoas”, por parte dos habitantes locais do Rio Grande do Sul, a consequência do espírito militar espalhado por essa província, cuja origem eram as guerras com os espanhóis por avanço de fronteiras (FLORES, 2003).

A essa característica beligerante do seu povo associava-se à extrema instabilidade da atividade comercial e produtiva da província, baseada na criação de gado e no beneficiamento da carne e do couro, o que gerava pouca riqueza e pequena influência dos charqueadores e estancieiros na política econômica do governo imperial. Além disso, a produtividade era mais baixa em relação aos concorrentes portenhos, devido ao uso da mão de obra escrava, cuja efetividade laboral era muito menor que a do trabalhador livre, além do que, o charque produzido no Rio Grande era de pior qualidade (COUTY, 1881; CARDOSO, 2003).

O latifúndio cafeeiro do Sudeste, ao contrário, possuía atividade econômica estável era baseado na exportação do produto, o que conferia ao cafeicultor grande influência na política imperial para esse setor

da economia, favorecendo a estratificação social. O preço no mercado exportador dessas *commodities* era muito maior que aquele praticado para o charque e para os couros produzidos pela agroindústria do Rio Grande do Sul, o que piorava ainda mais a situação econômica dessa província. Com um número muito maior de escravizados no latifúndio cafeicultor, a produtividade tendia a ser melhor, pois o trabalho indolente de alguns escravos era diluído por meio da grande massa trabalhadora escravizada. Já no Rio Grande, a maioria dos peões das estâncias gaúchas era composta por índios guaranis e suas famílias; africanos estavam implicados no pastoreio e na produção de charque e; o europeu, na administração da estância/charqueada (CARDOSO, 2003; FLORES, 2003). Esses grupos étnicos tão distintos, segundo Darcy Ribeiro (2015), formadores da “unidade étnica brasileira básica”, receberiam influência do meio ambiente ou da ecologia local, decorrente da atividade econômica própria da região e, mais tarde, da presença dos diversos tipos de imigrantes que ali se instalariam, contribuindo para a peculiar formação etnográfica daquela província. Havia forte miscigenação ao sul da província com os espanhóis das terras portenhas, os portugueses, os índios e os negros, o que influenciou de forma definitiva seus hábitos alimentares e seu comportamento como grupo étnico (CARDOSO, 2003; FLORES, 2003). Para Dreys (1990), a mistura entre o sangue europeu e o sangue indígena fez nascer a figura do gaúcho, cavaleiro e peão exímio.

Saint-Hilaire (1887) notou a extrema indolência desses povos indígenas, sua pouca afeição ao trabalho e, principalmente, a sua completa ignorância sobre a visão de futuro, porque desconheciam o sentido e o método de se fazer economia. Bastava a barriga cheia com um pouco de carne e farinha, uma cuia com chimarrão e uma esteira para descansar para o indivíduo se sentir satisfeito, ajudando-o a passar a vida no ócio. Para Câmara Cascudo (2016), isso consistia no

exemplo da clássica “preguiça utilitária”, comendo o que a natureza dava, sem o mínimo esforço. Opinião semelhante ficou registrada por Avé-Lallemant (1953), que ficou impressionado com a indolência e a preguiça desses povos indígenas e seus mestiços. Esse fato o impressionou negativamente ao analisar a atividade comercial e a capacidade de recuperação econômica dos habitantes da província do Rio Grande do Sul. Verificou, nas suas viagens, realizadas em 1858, a destreza das crianças indígenas que montavam os cavalos em pelo sem arreios ou selas. Fato semelhante foi testemunhado por Braguet (1997), durante o ano de 1845. Saint-Hilaire (1887) notou que, no que tange à indolência, o indígena era o pior dos três, seguido do africano e depois pelo europeu ou seu descendente, deixando claro que os 3 grupos sofriam dela. Para Luccock (1995), a indolência entre os negros era grande, a ponto de, ao receber 2 tostões por trabalho executado, imediatamente mergulhavam no ócio, exclamando: “Já ganhei o dia”.

A atividade econômica dessa província do sul do Brasil consistia em 3 modalidades de agroindústria: a exportação de carne/couro bovino, a agricultura de subsistência e a exportação de sobras das plantações agrícolas. Quanto mais precários eram os processos produtivos, maior o emprego da mão de obra escravizada no Brasil Meridional. O braço escravo foi, principalmente, empregado nas charqueadas: empresas que fabricavam couro de boi tratado e carne seca para exportação desde 1780, porém empregando um número muito menor de escravizados que aqueles que tocavam a atividade econômica do latifúndio cafeicultor do Sudeste e a atividade mineradora semi-industrial da província de Minas Gerais (CARDOSO, 2003; FLORES, 2003).

Saint-Hilaire (1887), Dreys (1990), Luccock (1995), assim como Isabelle (2006), noticiaram a presença do escravizado nas estâncias em atividade de pastoreio, e que a causa de sua menor presença na

agricultura se devia basicamente ao menor aporte de recursos financeiros para investimento nas lavouras, como também por mercado exportador pequeno para o trigo e o centeio, para o restante do Brasil. Estimou-se o número de escravos nessa província em 90 mil, em 1875, porém, 10 anos mais tarde, seu número havia reduzido para muito menos da metade, devido ao grande número de alforrias (IBGE, 2019). Havia grande diferença também na definição de riqueza nessa região: nessa província, era rico aquele que mais bois no pasto possuía, enquanto que, no Rio de Janeiro, rico era aquele que mais escravos possuía. As charqueadas empregavam cerca de 80 escravizados, em média, e nas estâncias de criação de gado seu número era bem menor, cerca de 10 a 12, por propriedade. Estima-se que a produção do charque/carne de boi salgada se iniciou no Sul, em 1780, e apresentou enorme crescimento nos primeiros 25 anos do século XIX. A carne curada no sal era um alimento barato e de fácil transporte, por demorar muito mais a deteriorar que a carne fresca (verde) (COUTY, 1881; ISABELLE, 2006). Havia escravos também trabalhando nas atividades domésticas nas cidades e no campo. Não obstante à condição inferior do escravizado e seu sofrimento íntimo, o escravo no Rio Grande do Sul era mais bem tratado que no latifúndio monocultor do Sudeste. Contradições à parte, Isabelle (2006) chama a atenção para esse tratamento mais brando, porém relata que somente presenciou um homem negro ter sido tratado com verdadeira humanidade nas províncias de Uruguai e de Buenos Aires, locais sob influência espanhola. Para Dreys (1990), o escravizado também recebia tratamento mais humano nessa província, e mesmo nas charqueadas, seu trabalho era menos cansativo e penoso, o que permitia a ele dançar e cantar após o dia de trabalho. Devido ao seu estilo de vida livre nas estâncias, ajudando a pastorear o gado e à destreza na montaria do cavalo, as fugas poderiam ser muito mais frequentes. Assim, o tratamento mais humano seria uma das estratégias utilizadas pelos estancieiros, para coibir as fugas. Luccock

(1995) os viu em muito menor número em relação ao Rio de Janeiro, mas envolvidos em várias atividades de trabalho e uma em especial chamou sua atenção: a lavagem de roupa suja nas cidades grandes, como Rio Grande e Porto Alegre.

De acordo com Cardoso (2003), nessa sociedade agrária e pastoril do Rio Grande do Sul, que ele chama de “democracia rural”, os escravizados, peões e agregados, na medida em que garantiam a execução completa e eficaz do seu trabalho, adquiriam estima e respeito por parte do patrão que dispensava a eles tratamento mais fraterno. Outro aspecto etnográfico curioso é que, à medida que se caminhava na direção sul da província, tomando o rumo da cidade de Montevideu, no Uruguai, quase não se encontravam africanos (DREYS, 1990).

Em resumo, o africano escravizado nessa província era encontrado em menor número, em comparação com a massa escravizada do Sudeste do Brasil. Eles recebiam um tratamento melhor e mais humano e tinham a oportunidade de se alimentar de carne fresca, gênero alimentício difícil de encontrar e muito caro na capital do Império.

7.2 Aspectos da alimentação nessa província

O trabalho do Professor Manoel da Gama Lobo descreve as mortes de 4 crianças escravas por desnutrição proteico-calórica de terceiro grau na província do Rio de Janeiro, associadas a quadro grave de carência de Vitamina A. Ele atribuiu como uma das causas das mortes a monotonia alimentar dessas crianças, alimentadas unicamente com feijão e angu. De acordo com as descrições de Saint-Hilaire (1887), a monotonia alimentar também era característica geral da alimentação de escravizados e não escravizados, na província do Rio Grande do

Sul. A diferença era que o tipo de alimentação no Sul era baseado exclusivamente na carne fresca ou salgada. De fato, de acordo com Louis Couty (1881), médico francês que visitou o Rio Grande, em 1880, o estancieiro matava uma rês a cada 8 ou 15 dias e tinha carne suficiente para alimentar sua família, escravizados e peões. A tradição alimentar campeira do peão gaúcho incluía a colocação de grandes mantas de carne fresca nos lombos dos cavalos. O sal do suor do cavalo “temperava” a manta de carne e permitia sua alimentação com carne curada, enquanto estivesse em campanha, pastoreando as reses. Dreys (1990) comentou que o estancieiro e o charqueador eram dotados de alma bondosa e não negavam alimento a quem quer que chegasse em sua casa, na hora das refeições, fosse mendigo, escravo ou estrangeiro. Saint-Hilaire (1887) relatou que nunca, durante suas longas viagens, os estancieiros lhe negaram alimento, porém seu testemunho é dura crítica ácida sobre a má qualidade dos alimentos disponíveis nas estâncias e charqueadas e sua monotonia alimentar. As refeições mais fartas e variadas, com a presença de vegetais, folhas e tubérculos, bem ao gosto europeu, só as teria encontrado, quando o anfitrião pertencia à Igreja. O ingrediente principal das mesas de almoço, além da carne, era a farinha de mandioca, utilizada crua ou umedecida com água, no estilo dos escravos africanos. Em todas as hortas de subsistência, havia a presença da mandioca. A alimentação do povo dessa província durante o século XIX possuía vários ingredientes e modos de preparo, oriundos da cozinha indígena.

De acordo com Câmara Cascudo (2016), o povo guarani, na era pré-descobrimento, vivia da caça de animais silvestres e de pequena horta de subsistência, onde se podia encontrar milho, feijão, batata doce, abóbora e pimenta (axi ou aji); depois, se incorporou a mandioca. Embora os guaranis plantassem sua horta de subsistência e consumissem legumes e vegetais, o povo não indígena do Rio Grande preferia a

ingestão monótona de carne e a criação de gado solto a plantar horta. Dreys (1990) só encontrou plantação regular de verduras e legumes nas proximidades de Porto Alegre, entre 1817 e 1825, em pequenas chácaras que forneciam esses gêneros alimentícios para a população da cidade. Nas outras cidades da província, não encontrou com frequência tais alimentos e declarou que a causa disso seria a extrema dificuldade de se enviar tais produtos alimentícios a essas distantes cidades da província, por estradas ruins, em carros de bois, tendo que atravessar rios caudalosos e sujeitos a graves intempéries.

A principal forma de preparar a carne pelo povo guarani era assá-la no moquéim (braseiro). Na maioria das vezes, a carne era retirada do braseiro muito malpassada, quase sangrando, e os nativos só acrescentavam sal à carne depois de mastigar os pedaços. Não salgavam diretamente suas carnes e a técnica de mariná-la com temperos (vinho e alhos) era sabidamente de origem portuguesa. Essa forma de preparo seria aprendida pelos espanhóis e portugueses, invasores de suas terras, aparecendo sob forma de um prato de tradição nacional: o churrasco (CÂMARA CASCUDO, 2016). A obtenção do churrasco malpassado, quase sangrando pelos indígenas, nauseava os portugueses, que preferiam o ponto da sua carne muito mais passado, embora isso significasse a produção de carne de extrema dureza, difícil de mastigar, nos dizeres de Saint-Hilaire, (1887). Braguet (1997 p. 76) afirma que “a fome deve ser intensa para superar a repugnância de se comer carne sangrando, sem temperos ou especiarias”. Assim, nasceu o gosto do pampeiro pelo churrasco. O indígena também fazia uso do mate com a adição de água quente a uma picada de erva mate, no interior de pequena cabaça. Provavelmente, as agruras do clima mais frio, especialmente durante o inverno, estimulariam o uso disseminado do mate quente entre os gaúchos. Foi durante o inverno que Saint-Hilaire (1887) denunciou ter sentido muito frio, notadamente pelo excesso de vento

que piorava a sensação térmica. Para ajudar a mitigar o frio do clima hostil, na província do Rio Grande do Sul, nada mais reconfortante, que uma cuia de chimarrão bem quente, tomado puro, sem aditivos, nem mesmo açúcar. A cuia de mate, após as refeições, era também uma forma percebida pelos viajantes como instrumento de socialização: uma única cuia era passada de mão em mão, e todos os comensais faziam uso de uma única bomba, atitude reprovada por Saint-Hilaire, por ser hábito pouco higiênico.

Outra diferença sobre a alimentação, obtida nas descrições das viagens através do Rio Grande do Sul, durante o século XIX, era a da presença de plantações de trigo, de centeio e de cevada. Enquanto os habitantes das demais províncias do Brasil comiam beijus e biscoitos duros feitos com farinha de mandioca, os europeus viajantes encontravam pão de trigo e de centeio em algumas estâncias dessa província. O encontro de pão provocou surpresa e contentamento entre eles, pois se tratava de hábito alimentar europeu, inexistente nas outras províncias do Brasil. Porém, a produção desses grãos era irregular, devido ao ataque de pragas nas plantações que diminuía o volume colhido, tornando inconstante a produção de pão (CÂMARA CASCUDO, 2016).

Segundo Avé-Lallemant (1953), nas “picadas”, colônias alemãs espalhadas pela província, os descendentes alemães plantavam hortaliças e legumes e sua alimentação era mais próxima dos padrões europeus. Os descendentes germânicos utilizavam carne de aves (patos, marrecos e frangos) e carne suína na sua alimentação diária com a confecção de embutidos, mantendo as tradições de seu país de origem, confrontando, segundo ele, com a alimentação básica dos habitantes não germânicos, que era composta basicamente por carne seca e farinha de mandioca.

Assim, pode-se notar que alimentação no Sul do Brasil, durante o século XIX, apresentava os mesmos problemas comuns às outras províncias: a monotonia alimentar, a falta do consumo regular de legumes e hortaliças, a falta de diversificação dos produtos alimentícios e a utilização de dieta mais balanceada. A influência mais marcante na alimentação era a indígena, com o estabelecimento do churrasco. Os imigrantes alemães e italianos introduziram novas formas de cocção e adaptações de ingredientes locais na culinária europeia. Os portugueses trouxeram o gosto pelo feijão e pelos doces de ovos. O encontro do pão de trigo e de centeio foi outro fato diferenciador, em relação ao resto do Brasil, assim como o uso disseminado do mate quente, estritamente ligado às diferenças climáticas. Fato incontestado foi o uso da farinha de mandioca e da carne seca salgada, como ingredientes básicos da alimentação, comuns a todas as províncias brasileiras.

7.3 Sociedade e Infância no Brasil Meridional

A maior contribuição para o conhecimento do povo nativo e dos estrangeiros habitantes, inclusive a respeito dos escravizados da província do Rio Grande do Sul, vem dos relatos de viagem de Auguste Saint-Hilaire, Robert Avé-Lallemant, Nicolau Dreys, John Luccock, Louis Couty e John Mawe, durante o século XIX. O naturalista Saint-Hilaire viajou pela província, em 1883, e descreveu com maestria suas impressões sobre seus habitantes. A pobreza e a sujeira eram endêmicas e, embora houvesse grandes e ricas estâncias com inúmeras cabeças de gado, a maioria das casas era composta de choupanas cobertas com sapê. A casa era mal mobiliada com móveis grosseiros e toscos. A maioria da população comia mal com o uso de um único tipo de alimento: a carne de gado. Para disfarçar a monotonia alimentar, ela era preparada de diversas formas: guisada, cozida, assada, na grelha. Os legumes

eram raros nas mesas dos estancieiros e charqueadores, às vezes, só encontrados nas mesas dos padres ou dos estrangeiros radicados lá, embora ele noticiasse esporadicamente sua presença nas roças das estâncias mais pobres. Os habitantes, brancos ou escravizados, comiam a mesma carne e tomavam o mesmo chimarrão. Durante as refeições, as pessoas não se utilizavam de talheres e, quando havia, eram feitos de casca de mexilhões, improvisados como colheres (SAINT-HILAIRE, 1887). Também não era costume comer à mesa. Estendia-se uma lona no chão e colocavam-se as comidas sobre ela, de onde as pessoas se serviam. A lona nem sempre estava adequadamente limpa.

As crianças, nessa província, aprendiam a andar a cavalo e a beber cachaça desde cedo, não possuíam a vivacidade e nem o gosto pelos jogos infantis e ficavam inertes o dia todo, sem sorrir, e nunca brincavam com papagaios de papel (LUCCOCK, 1995). A criança escravizada mostrava o mesmo comportamento triste e taciturno e estava sempre suja. Avé-Lallemant (1953), em sua visita às colônias alemãs do Sul, em 1845, também verificou que as crianças menores andavam sempre nuas, sujas e com os pés descalços. Algumas, com 5 ou 6 anos, assumiam a responsabilidade de adultos trabalhadores e levavam a cavalo os produtos excedentes das picadas (nome dado pelos colonos alemães aos sítios produtores), para comercialização nas feiras e nas cidades.

De acordo com Luccock (1995), as terras e o gado possuíam pouco valor e os grandes estancieiros propunham sua troca por bens que os interessassem, trazidos pelos estrangeiros viajantes, como ele. O único trabalho realizado pelos estancieiros era o de pastorear as reses por 2 ou 3 horas e depois se entregar ao ócio. O pasto era abundante e provido pelo céu. A única atividade laboral, além do pastoreio, era a marcação das reses e a castração. Para Dreys (1990), a forma de preparar a carne em espécie de forno escavado no chão, com dois braseiros,

produzia carne mais suculenta e de melhor digestão. Essa forma de assar o churrasco ficou conhecida como “fogo de chão”. Para Arsène Isabelle (2006), embora o solo da província do Rio Grande fosse fértil e pudesse fazer nascer toda sorte de verduras e legumes, os habitantes optaram por não se dedicar à agricultura e continuar criando gado e cavalos. Comiam predominantemente carne e não comiam pão, gênero alimentício muito mais caro que a carne. A alimentação de sua comitiva no Rio Grande consistiu de pedaço de carne assada, acompanhado com farinha de mandioca ou de guisado feito na panela com banha e pirão de farinha. Depois de comer, dormia-se à sombra da carreta até que o calor abrandasse um pouco. No jantar, comiam-se geralmente feijões-pretos cozidos com um pedaço de charque ou toucinho (feijoada) misturados na panela com farinha de mandioca. Todos comiam no mesmo prato. A forma campeira de compartilhar os pratos e cuias de chimarrão enojava enormemente os viajantes estrangeiros, que, por questão de boa vizinhança e civilidade, não se recusavam a comer no mesmo prato ou tomar o mate na mesma bomba, porém com manifestações de grande asco. Os companheiros de tropa, durante as viagens, nunca bebiam durante o jantar, mas, quando terminavam, um negro trazia um chifre de boi cheio d’água que ia correndo através da roda de homens. Aquele que se levantasse durante a comida para ir beber correria o risco de passar fome quando voltasse, pois nem “as aves de rapina comiam com mais voracidade do que os brasileiros docampo” (SAINT-HILAIRE, 1887). Às vezes, os viajantes presenteavam os tropeiros gaúchos com um pedaço de queijo ou um gole de cachaça. Esse gesto consistia na prova de amizade que ele retribuía com intensas e sonoras eructações, o que, aliás, já era hábito muito bem aceito nessa boa sociedade, após as refeições.

John Mawe (1978), que viajou por lá em 1816, em sua visita a Montevideu, pôde demonstrar que os hábitos alimentares dos uruguaios em tudo se assemelhavam aos da Província do Rio Grande do

Sul, no Brasil. Havia carne de gado em abundância, mas, na maioria das vezes, ela era de extrema dureza, depois de cozida. Avé-Lallemant (1953) e Braguet (1997), em conversas com charqueadores durante sua estada no Sul, ouviram desses proprietários que os urubus e outras aves de rapina eram elementos fundamentais para sua atividade econômica. Essas aves eram as responsáveis pela limpeza dos abatedouros, comendo restos de aparas de carnes e de vísceras, diminuindo o risco de doenças entre os seus escravos e agregados.

A sociedade, no Brasil Meridional, apresentava as mesmas características comuns às outras províncias do Império durante o século XIX. O ócio, herdado do povo português, era sua característica principal: o estancieiro e o charqueador não trabalhavam e passavam a maior parte de sua vida sem ocupação. Os outros, escravizados e peões, eram os responsáveis pelo trabalho e pela manutenção da sua riqueza. Embora ricos, viviam em condições de habitação miseráveis e não davam importância para o conforto dos lares. A sujeira era reinante em todos os níveis de vida: sujeira corporal, ambiental e doméstica. Os hábitos sociais eram estranhos aos viajantes estrangeiros, como comer em prato comunitário e beber chimarrão na bomba comunitária. A sujeira se refletia na abundância de insetos, como moscas, pulgas e percevejos, animais intimamente relacionados a ela, e amplamente citados nos relatos dos viajantes. A definição de “infância” era relativa, como a verificada nas outras províncias do Brasil, com o encontro de crianças pequenas, sem nenhum cuidado adicional, e algumas com responsabilidades de adulto, para a obtenção de riqueza com seu trabalho, mesmo nas colônias de origem alemã. Se entre os adultos não se verificava preocupação maior com a saúde e a doença, com a alimentação e com o asseio, o mesmo se podia esperar do trato dessa sociedade com as crianças.

7.4 Dados Estatísticos, Desnutrição e Deficiência de Vitamina A na Província do Rio Grande do Sul

A monotonia alimentar na província do Rio Grande do Sul era a mesma do restante do Brasil, com a diferença da presença de carne fresca nas refeições. Com exceção dos colonos alemães, que possuíam alimentação mais diversificada, mais ao gosto europeu, os habitantes brasileiros comuns comiam apenas carne seca e farinha de mandioca. A insegurança alimentar proporcionada por essa monotonia se refletia sobretudo nas populações mais vulneráveis, predominando entre as crianças.

Relatos antigos encontrados nas cartas dos missionários jesuítas, durante os séculos XVII e XVIII, dão conta da cura de “um tipo de cegueira”, como o citado por Motta (2013), “quando uma criança indígena se curou da cegueira com o uso de óleo”. No trabalho dessa autora, ela aborda que a presença das diarreias no Rio Grande era mais rara que no Rio de Janeiro, na mesma época. As famílias de escravizados eram predominantemente chefiadas por mulheres, com marcada presença e influência das avós africanas mais velhas e das mães. Havia grande número de crianças e de jovens, o que traduziria maior forma de reprodução endógena, nesses núcleos familiares de escravos (MEYER, 2013; PINTO, 2013).

Para Dreys, (1990), o Rio Grande era uma província mais saudável e livre das doenças que devastavam as províncias do Sudeste, como as febres intermitentes e as diarreias de sangue. Como adepto do Higienismo, ele atribuiu essa salubridade do Sul ao clima e aos ares. Relatou que presenciou dois casos esporádicos de tifo e muitos casos desarna. Porém, entre aquilo que se pensava ser sarna, havia exemplos claros de psoríase, infecção herpética e mesmo sífilis. Encontrou vários indivíduos longevos e notou surtos de disenteria, em Porto Alegre e em Rio Pardo que, segundo ele, seriam decorrentes da má qualidade

da água ingerida pelos moradores. Nesses locais, era frequente a presença de bócio atóxico. Para ele, o escravo estava bem nutrido e adequadamente trajado, tanto nas estâncias, como nas charqueadas. Essa sua má interpretação da “notável salubridade” dessa província traria efeitos deletérios nas epidemias de doenças infectocontagiosas que emergiram nos anos que se seguiriam. Pelos resultados obtidos pelo Censo do IBGE de 1872, pode-se verificar que a mão de obra do escravizado foi menos utilizada no Brasil Meridional (Rio Grande do Sul), quando comparada com sua utilização no Rio de Janeiro e em Minas Gerais (Tabela 7). O número de crianças escravizadas refere-se às crianças pardas e pretas entre 1 e 5 anos de idade. O número de médicos nas províncias é a soma de médicos brasileiros e estrangeiros, esses últimos, em muito menor número.

Tabela 7 – Dados estatísticos compilados do Censo de 1872.

Província	Rio de Janeiro	Rio Grande do Sul	Minas Gerais	Rio de Janeiro Capital
População	499.037	361.022	1.609.226	226.033
Número de escravizados	292.687	67.791	370.459	48.989
Número de crianças escravizadas de 1-5 anos	21.046	3.503	13.358	3.228
Número total de médicos	87	77	77	159
Relação médicos por 100 mil habitantes	0,17	0,20	0,04	0,70

Fonte: adaptado do Censo IBGE de 1872.

Com relação aos médicos estrangeiros no Sul, suas origens mais frequentes eram austríaca, alemã ou húngara. Vários fatores contribuíram para isso, como: a tradição de imigração alemã para o Sul do Brasil; a Constituição Estadual, que previa apenas a inscrição do médico estrangeiro na Diretoria Geral de Higiene, sem a necessidade

de provas de qualificação para clinicar e; a todo o sistema de apoio ao desempenho profissional nas “picadas” das colônias de origem alemã (PREGER, 2011). A maior concentração de escravizados africanos foi observada onde havia plantações de trigo (Piratini e Bom Jesus) e nas cidades com charqueadas (Pelotas, Cachoeira e Rio Pardo). Com esse panorama populacional e ambiental identificado na Província do Rio Grande do Sul, foi possível investigar os óbitos na população escrava dessa província, atendida nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, e enterrada em seu cemitério, por meio da análise dos registros de óbito, de 1850 a 1885. Assim, pode-se fazer um paralelo com os dados da capital do Império e com as descrições nosológicas do médico da Mina de Morro Velho, em Minas Gerais, no mesmo período de tempo, considerando-se a sua população escravizada. Não foi encontrada menção direta à hemeralopia, nictalopia ou quaisquer tipos de oftalmias nessas estatísticas. As evidências de doenças ligadas à desnutrição, por outro lado, são frequentes, como as mortes ligadas à tuberculose e à hiperinfestação por vermes intestinais, nas crianças. Resultado diferente pode ser obtido com a pesquisa de dados do Serviço de Oftalmologia mais antigo do Rio Grande do Sul, localizado na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Ele foi fundado em 1897 e, embora esteja distante da data do trabalho do Professor Gama Lobo, a consulta ao livro de Tombo, que contém o registro das doenças oftalmológicas, evidenciou dados interessantes. Nesse ano de 1897, havia 797 enfermos internados naquela unidade hospitalar, dos quais sete deles, estavam na enfermaria Dr. Ferreira de Araújo, especializada em moléstias dos olhos. Dentre os pacientes internados, houve dois pacientes: um homem pardo de 32 anos, internado por 24 dias; e um homem polonês de 34 anos, que ficou internado por 49 dias com o diagnóstico de *ophthalmia sympathica*, que o Dicionário Chernoviz (1890) assegura tratar-se da *gotta serena* ou hemeralopia; e uma paciente de 50 anos, que ficou internada por 46 dias com o diagnóstico de úlcera

de córnea; cujas doenças poderiam estar relacionadas à deficiência de vitamina A (SANTA CASA DE PELOTAS, 2020). Não há notícias sobre o tratamento médico empregado, mas chama a atenção o número prolongado de dias de internação dos pacientes para o tratamento. Também não se tem notícia das características ou do resultado obtido com o tratamento da úlcera de córnea. A imagem 1, a seguir, apresenta a sala cirúrgica do setor de oftalmologia, em 1897, na Santa Casa de Pelotas. A figura 2 mostra a saleta de espera e o consultório, onde eram atendidos os pacientes, no mesmo ano.

Imagem 1 - Sala operatória do serviço de oftalmologia da Santa Casa de Pelotas, 1897.



Fonte: Santa Casa de Pelotas.

Imagem 2 – Saleta de espera e consultório de oftalmologia da Santa Casa de Pelotas, 1897.



Fonte: Santa Casa de Pelotas.

7.5 Análise nosológica das causas de óbitos na população escravizada enterrada no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre- 1850 a 1885

A Santa Casa de Porto Alegre havia sido fundada em 1803 e possuía as mesmas atribuições das Santas Casas de origem portuguesa: prestar assistência médica e social aos desvalidos, excluídos e pobres. Assim, instituiu enfermarias para atendimento dos doentes, das crianças abandonadas, para assistência aos inválidos e dementes e atendimento médico, para a população em geral. Recebia emolumentos da Coroa Portuguesa e cobrava taxas para o atendimento de pessoas que podiam pagar (CUNHA, 2019). A principal vantagem, do ponto de vista da investigação proposta neste trabalho, para a utilização dos

dados fornecidos pela Santa Casa é que os diagnósticos das *causas mortis* dos escravizados foram anotadas por médicos.

De acordo com Cardoso (2003) e com Balestro (2017), os médicos eram escassos e a maior parte da população estava exposta aos serviços de curandeiros e pajés. O lixo estava acumulado por toda parte, não havia rede de esgotos, a comida era de péssima qualidade, baseada na carne de boi e nas frutas sazonais. A região de Pelotas, responsável pelo abastecimento de carne na cidade, fornecia produtos de baixíssima qualidade e contaminado com fezes, sangue e urina dos animais abatidos. Portanto, a situação sanitária era a mesma das outras províncias do império e as epidemias de doenças infectocontagiosas eram as principais causas de morte entre a população. Da mesma forma, pairava a insegurança alimentar, expondo à morte precoce os pobres e os escravos. Quando esses últimos adoeciam, eram enviados por seus senhores para tratamento na Santa Casa, que recebia pacientes de todos os cantos da província. Embora recebessem assistência médica por profissional habilitado, os relatórios de *causa mortis* apresentam termos vagos, como “morreu de apoplexia”, “morreu de repente”, “de moléstia interior”, “de ulceração” etc. À medida que as décadas vão passando, a qualidade da informação médica melhorava, de tal forma que, a partir de 1870, podem-se notar diagnósticos como: diabetes mellitus, insuficiência mitral; hemorragia cerebral. Não existe citação tácita do diagnóstico de hemeralopia, cegueira noturna, gota serena, oftalmia ou qualquer outro diagnóstico referente a moléstias oculares, provavelmente, por se tratar de estatística de *causas mortis*.

O serviço de oftalmologia da Santa Casa só seria criado nas primeiras décadas do século XX, e, portanto fora do recorte temporal deste trabalho. Assim, a investigação utilizou dados indiretos de prevalência das doenças relacionadas à desnutrição, como as disenterias,

doenças respiratórias e as verminoses. Os dados referentes à população infantil – de zero a 12 meses, e de 13 meses a 5 anos – são relevantes para fazer comparações com os dados da Mina de Morro Velho e com os dados do censo de 1872.

A tabela 8 apresenta a distribuição dos óbitos entre escravos registrados no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre, de 1850 a 1884. Os dados relativos a crianças foram separados de acordo com a sua idade, em: morte neonatal (com até 7 dias de vida); de zero a 12 meses de vida; e de 13 meses a 5 anos de vida. Foi relacionado o número total de óbitos por ano de ocorrência, independentemente da idade; os óbitos, cuja etiologia foi a mais prevalente entre todos: doença respiratória e doença intestinal; óbitos por tuberculose e por verminose. Esses últimos dados incluíram os adultos e as crianças de todas as idades, estimando-se a percentagem relativa aos óbitos em crianças de até 5 anos de idade.

Tabela 8 - Distribuição dos óbitos em crianças e adultos escravizados sepultados no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre - entre 1850 e 1885, em números absolutos.

Ano	Neonatal	0-12 meses	13 meses-5 anos	Doença respiratória	Doença intestinal	Tuberculose	Verminose	Total geral
1850	20	62	50	49	41	18	09	245
1851	18	75	65	59	96	19	04	392
1852	25	61	59	66	80	25	04	326
1853	19	45	55	65	58	22	08	303
1854	20	63	61	62	65	32	03	336
1855	16	52	64	53	799	35	05	1001
1856	19	38	47	48	93	19	04	248
1857	12	31	42	29	50	18	02	204
1858	17	24	41	41	50	17	03	91
1859	14	50	44	65	68	28	03	231
1860	17	34	40	51	44	25	04	199
1861	15	35	24	39	35	23	03	190
1862	13	37	31	41	45	21	02	204

A ESTÂNCIA DE GADO NO RIO GRANDE DO SUL

1863	16	39	36	40	41	27	02	212
1864	12	26	25	39	38	23	-	179
1865	11	50	36	38	63	26	-	254
1866	19	47	33	36	57	26	-	243
1867	12	34	26	33	96	19	-	291
1868	24	28	10	35	32	23	01	186
1869	24	32	28	33	31	18	01	177
1870	19	40	25	37	24	12	01	194
1871	23	24	19	36	34	15	01	185
1872	-	08	13	14	22	07	-	106
1873	-	-	10	38	22	24	01	111
1874	-	-	06	28	14	17	-	167
1875	-	-	08	30	15	18	-	120
1876	-	-	-	31	13	18	-	110
1877	-	-	-	09	09	03	-	83
1878	-	-	-	21	08	15	-	91
1879	-	-	-	17	11	08	-	78
1880	-	-	-	07	06	06	-	54
1881	-	-	-	12	09	10	-	55
1882	-	-	-	06	12	04	-	44
1883	-	-	-	08	09	08	-	41
1884	-	-	-	04	04	03	-	27
1885	-	-	-	01	01	-	-	03

Fonte: Santa Casa de Porto Alegre, 1850 a 1885.

No ano de 1851, a cidade foi assolada pela epidemia de febre tifoide com inúmeras mortes, demonstradas pela elevação dos enterros. Nota-se, por meio da análise dos dados da tabela acima, a confusão terminológica na enunciação da doença, por alguns médicos que atestavam os óbitos: a maioria refere-se a “febre tifoide”; outros, colocam- “*febre tífica*”. Ora, tifo, que nada tem a ver com febre tifoide. Em 1854, a cidade passou por surto de varíola, com aumento no número de óbitos e de enterros entre os escravos. Em 1855, a cidade viveu a mais grave epidemia de cólera, em que um terço da população pereceu, em apenas 2 meses. Entre novembro de 1855 e janeiro de 1856, contabilizou-se mais de 2 mil enterros de vítimas da cólera, mais frequente entre as crianças pobres e os escravos. O aumento acentuado no número de óbitos, em 1867, deveu-se a novo surto de cólera, dessa vez de menores proporções, em relação ao surto de 1855 (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, 2007).

Curiosamente, o número de crianças enterradas nesse cemitério começou a diminuir acentuadamente a partir de 1871, até tornar-se zero, a partir de 1876. A mortalidade infantil era elevada e, na média dos anos, situava-se próxima de 50% dos óbitos totais, na população escravizada, como informam os diagnósticos colocados nos atestados de óbito. No levantamento realizado por Karasch (2000), situou-se a taxa de mortalidade infantil de até 5 anos de idade, na década de 1840, na cidade do Rio de Janeiro, entre 50 a 70% dos óbitos totais. Porém o indicador mais fidedigno, em termos de análise estatística significativa para inferir a qualidade de vida e da assistência à saúde da criança, é a taxa de mortalidade infantil obtida pela divisão do número de óbitos, em menores de 1 ano de idade, pelo número de crianças nascidas vivas, multiplicada por mil, por ano.

Após análise dos dados, verifica-se a morte de 59,6 crianças por ano, em média, durante os 22 anos da pesquisa, em que há a anotação desses óbitos (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, 2007). A consulta ao site *Family Search* (2020), da Igreja Mórmon, que compila os nascidos vivos nas várias localidades do Brasil, desde 1688, contabilizou-se 438 nascidos vivos, para o ano de 1872, ano do único censo imperial dos escravos. Ao se utilizar esse dado, pode-se calcular a taxa de mortalidade infantil aproximada, em Porto Alegre, para o ano de 1872, baseando-se na média de óbitos durante 22 anos de registro de óbitos de crianças: de 136,07 crianças por mil nascidos vivos.

Quanto ao desaparecimento do registro de óbitos em menores de 1 ano de idade, em Porto Alegre, a partir de 1872, foram traçadas algumas hipóteses para esse evento. Em 1871, foi aprovada a Lei do Ventre Livre, alterando a condição de escrava da criança, para nova categoria social: a condição de ingênuo. De acordo com Cardozo (2012), isso fez com que os senhores de escravos disputassem a guarda dos ingênuos

com suas mães, tornando-os escravos até os 8 ou 9 anos, impingindo a eles o trabalho precoce. Talvez a causa da descontinuidade dos enterros, a partir de 1872, se devesse a sua condição de ingênuo, portanto isentando-se o senhor de pagar emolumentos por seu enterro, no campo santo, administrado pela Santa Casa. As epidemias sucessivas podem ter diminuído a população fértil ou a fertilidade das mulheres ou a população em idade reprodutiva, reduzindo os nascimentos. O censo de 1872 mostra que somente na cidade de Porto Alegre não havia crianças escravizadas de zero a 12 meses de idade. Outro fator que poderia estar implicado foi o surgimento de outros cemitérios na cidade, pois, em 1880, havia mais de 30 mil pessoas sepultadas no cemitério da Santa Casa, exigindo o sepultamento de corpos em outros locais. Contrariando completamente esses achados nos registros oficiais do censo de 1872, Cardozo e Moreira (2015), ao examinarem as certidões de batismo dos ingênuos, nas paróquias da cidade entre 1871 e 1876, encontraram o registro de 652 crianças registradas com esse cunho social, durante esse período. Assim, permanece a pergunta: se o cemitério da Santa Casa era o único da cidade, o único que enterrava escravos, e a mortalidade infantil era alta, onde foram enterradas as crianças?

Quanto à situação sanitária da cidade, sabia-se que era péssima. A mortalidade média por tuberculose atingiu mais de 10% por ano dessa avaliação entre todas as idades, especialmente entre adultos jovens, como também aquela decorrente da hiperinfestação por vermes intestinais, quase 1% das causas de morte, especialmente entre as crianças, assim como doenças estreitamente relacionadas às condições de desnutrição proteico e calórica.

Apesar das diferenças de tipos de alimentação nas diversas províncias do Brasil, durante o século XIX, a insegurança alimentar era, pelo visto, generalizada. Os dados mostram que, apesar da utilização

da carne de boi fresca pelos habitantes do Rio Grande, prevalecia a má qualidade dos alimentos e a desnutrição ou subnutrição da maioria das pessoas pobres e dos escravos. Como sempre, os mais prejudicados eram as crianças, cuja expressão máxima era a morte precoce por doenças infectoparasitárias e ligadas à fome e à subnutrição.

8 COMPARAÇÃO DE RESULTADOS NOS TRÊS CICLOS ESTUDADOS

8.1 Introdução

A deficiência de vitamina A causa, além da xeroftalmia e da cegueira, disfunção do sistema imunológico do paciente portador da doença, que afeta com maior frequência a criança e leva à morte por diarreia, disenteria e por doença respiratória (BRASIL, 2007). Assim, os resultados expressos, nesta seção, são apresentados para efeito de comparação entre a população escravizada das três diferentes atividades econômicas pesquisadas que utilizavam diferentes cardápios alimentares para a população do latifúndio cafeicultor do Rio de Janeiro, além da descrição da “dieta do escravo” e também as estatísticas de óbitos na população escrava, compilada pelo trabalho do Barão do Lavradio (1878). Nele, ele se utilizou de dados estatísticos apresentados pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1872, único documento do Império que contou a população escravizada para realizar as análises populacionais e as causas dos óbitos. Para a atividade semi-industrial de extração de ouro, na Mina de Morro Velho, foram utilizados os dados de alimentação, constantes na pela análise dos dados nosológicos, fornecidos pelos *Medical and Surgical Reports (ANNUAL REPORTS, 1850-1885)*, no qual o médico da Mina detalhava o número de nascidos vivos e de óbitos, bem como as causas dos óbitos e a estatística nosológica dos atendimentos no hospital da Mina. Para a análise dos dados de mortalidade por causa na estância de gado do Rio Grande do Sul, foi utilizada a descrição da dieta consumida nessa província, por meio da análise da estatística de óbitos dos escravos, sepultados no Cemitério da Santa Casa de Porto Alegre, de 1850 a 1885.

8.2 A dieta adequada para a criança de 5 anos no século XXI e sua comparação com aquelas dos 3 cenários econômicos durante o século XIX

Conforme já discutido nas seções anteriores, a mortalidade perinatal, durante o século XIX, era elevada, devido ao tétano umbilical. O desmame precoce da criança alimentada ao peito e a substituição de sua dieta láctea por feijão preto, angu e farinha de mandioca levava ao aparecimento das deficiências de vitamina A e de outros micronutrientes, levando a sua morte precoce por diarreia e doença respiratória. Neste trabalho, será utilizada, para efeito de comparação, a dieta fornecida para a criança de 5 anos, idade considerada, durante o século XIX, como último ano da infância (CHERNOVIZ, 1890). Para tanto, foi obtido exemplo de dieta, considerada adequada para a criança com idade entre 4 e 6 anos, aplicada pelo Instituto da Criança, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (2012). Essa dieta servirá como modelo de comparação nutricional em relação às dietas pesquisadas neste trabalho. A tabela 9, a seguir, apresenta a dieta para a criança, considerada com nutrição adequada de 5 anos, durante o século XXI, com ênfase no conteúdo calórico e na concentração de retinol.

Tabela 9 – Conteúdo calórico e teor de retinol (vitamina A) da dieta para a criança nutrida de 5 anos, do século XXI.

Refeição	Alimento	Quantidade em gramas	Conteúdo calórico (cal/100 g-1)	Teor de Retinol (mcg)
CAFÉ DA MANHÃ	1 iogurte	150	114,0	-
	Pera crua	120	75,6	-
ALMOÇO	Cenoura ralada crua	45	22,5	550,0
	Abobrinha refogada	45	12,6	-
	Arroz cozido	60	100,2	-
	Carne de vaca moída	45	52,7	1,0
	Feijão	50	175,0	2,5
	Pera crua	120	75,6	-
LANCHE	Pão integral	50	115,0	-
	Margarina	10	76,6	92,4
	Presunto magro cozido	25	85,4	-
	Queijo mozarela	25	88,2	62,5
JANTAR	Tomate	30	6,0	33,0
	Chuchu	45	14,0	1,0
	Arroz com ervilha	60	108,0	39,0
	Feijão	50	175,0	-
	Ovo mexido	70	151,2	350,0
	Banana	100	95,0	23,0
CEIA	Copo de Leite	200	108,0	78,0
TOTAL		1.300	1650,6	1232,4

Fontes: Franco (2009); Instituto da Criança (2012).

Verifica-se, após a análise da tabela 9, que existe o fornecimento de dieta diversificada e com quantidade de calorias adequada para a criança de 5 anos, com atividade física própria para a idade. São empregadas várias categorias de alimentos, como tubérculos, cereais, lácteos, com nítida preferência por alimentos integrais ou minimamente processados pela indústria alimentícia, e por vegetais e frutas cruas. Nota-se uma quantidade maior do fornecimento de retinol, por essa dieta: 1.232,4 mcg de retinol, para a necessidade diária entre 490 a 700 mcg, para a criança de 5 anos.

Deve-se acrescentar, ao conteúdo calórico total, a quantidade de calorias referentes a 15 ml de azeite de oliva, para refogar as hortaliças, ou seja, mais 132,6 calorias. Esse azeite apresenta em sua composição zero mcg de retinol (FRANCO, 2009; INSTITUTO DA CRIANÇA, 2012). A seguir, as tabelas 10, 11 e 12 apresentarão os resultados para o conteúdo calórico e o teor de retinol (vitamina A) encontrados por esta pesquisa, nos três cenários econômicos: o Rio de Janeiro; a Mina de Morro Velho, em Minas Gerais e; a estância de gado do Rio Grande do Sul, durante o século XIX.

Tabela 10 – Conteúdo calórico e teor de retinol (vitamina A) da dieta para a criança escravizada de 5 anos do século XIX, no latifúndio cafeeiro do Rio de Janeiro.

Refeição	Alimento	Quantidade em gramas	Conteúdo calórico (cal/100 g-1)	Teor de Retinol (mcg)
CAFÉ DA MANHÃ	Beiju	50	174,5	-
ALMOÇO	Farinha de mandioca	60	202,0	-
	Angu de fubá	120	424,1	79,2
	Feijão Preto	60	212,1	-
	Carne de vaca seca (charque)	80	236,4	-
	Peixe seco salgado	80	282,7	-
	Banha ou toucinho	10	9,0	2,5
	Banana	120	114,0	27,6
JANTAR	Farinha de Mandioca	60	202,0	-
	Angu de fubá	120	424,1	79,2
	Feijão Preto	60	212,1	-
	Carne de vaca seca (charque)	80	236,4	-
	Peixe seco salgado	80	282,7	-
	Banha ou toucinho	10	9,0	-
	Laranja	200	90,0	28,0
TOTAL		1.190	2221,2	216,5

Fontes: Franco (2009); Resultados da presente pesquisa.

Deve-se salientar, após a análise da tabela 10, que, a respeito dessa dieta encontrada no latifúndio cafeeiro do Rio de Janeiro, a carne de vaca seca (charque) era alternada com o peixe seco durante as semanas

do mês e ambos (um ou outro) eram oferecidos somente 2 vezes por semana. Assim, somou-se seu conteúdo calórico e obtive-se a média calórica dos dois alimentos. Esse valor foi dividido por 3,5, porque eles eram fornecidos 2 vezes por semana, para se obter o valor diário, em calorias, fornecido ao escravizado, por esses alimentos.

Os viajantes estrangeiros¹⁰ descreveram que a alimentação do escravizado adulto situava-se em média, em torno de 1 libra (453,6 g) por refeição. Há relatos do fornecimento de beijus de farinha de mandioca no café da manhã e de frutas, bananas ou laranjas, nas fazendas de café do Rio de Janeiro. O jantar era da mesma qualidade e variedade do almoço, fornecendo-se os mesmos alimentos, de forma monótona (VON BINZER, 2017). Nota-se que a dieta oferecida ao escravizado do latifúndio cafeicultor do Rio de Janeiro apresentava conteúdo calórico com quase 600 calorias a mais que aquele fornecido para a criança do século XXI. A quantidade maior de calorias deveria fornecer mais combustível para o trabalho árduo do escravizado. Quanto ao teor de vitamina A, verifica-se que ela é quase 6 vezes menor na dieta do escravizado, do latifúndio cafeicultor do Rio de Janeiro. Verifica-se a ausência total de vegetais frescos na dieta e, ocasionalmente, em algumas fazendas, permitia-se a ingestão de frutas, geralmente bananas e laranjas, comuns nos pomares dos fazendeiros (VON BINZER, 2017).

10 As observações dos viajantes estrangeiros foram fundamentais para a elaboração do cardápio e podem ser consultados nas seções referentes aos cenários descritos nesta narrativa.

Tabela 11 – Conteúdo calórico e teor de retinol (vitamina A) da dieta para a criança escravizada de 5 anos do século XIX, na Mina de Morro Velho, em Minas Gerais.

Refeição	Alimento	Quantidade em gramas	Conteúdo calórico (cal/100 g-1)	Teor de Retinol (mcg)
CAFÉ DA MANHÃ	Chá de congonha	200	4,0	-
ALMOÇO	Farinha de mandioca	100	338,8	-
	Angu de fubá	120	424,1	79,2
	Feijão Preto	60	212,1	-
	Carne de vaca fresca	80	230,6	4,0
	Banha ou toucinho	10	9,0	2,5
	Banana	120	114,0	27,6
	Abóbora	50	20,0	50,0
	Fígado de boi	40	9,6	171,4
JANTAR	Farinha de Mandioca	100	338,8	-
	Angu de fubá	120	424,1	79,2
	Feijão Preto	60	212,1	-
	Carne de vaca fresca	80	230,6	-
	Banha ou toucinho	10	9,0	2,5
	Laranja	120	114,0	27,6
	Couve	50	12,5	50,0
TOTAL		1.320	2503,0	493,8

Fontes: Franco (2009); resultados da presente pesquisa.

Verifica-se, por meio da análise da tabela 11, que a dieta oferecida pela empresa inglesa *Saint John D'El Rey Mining Company*, na Mina de Morro Velho, em Minas Gerais, a seus escravizados era muito mais calórica que aquela fornecida pelos senhores de escravos do latifúndio cafeeiro carioca. O teor de vitamina A situava-se no limite inferior daquele considerado adequado às necessidades básicas desse microelemento. Porém, ela fornecia o dobro da concentração dessa vitamina em relação àquela, presente na dieta do Rio de Janeiro. Como havia abate de reses semanalmente, o fígado de boi era oferecido uma vez por semana aos escravizados da Mina. Assim, o conteúdo calórico e vitamínico desse

alimento foi dividido por 7, para se obter o valor diário. Como a couve e a abóbora aparecem nas descrições das hortas e os relatos incluem o uso de vegetais, supôs-se de seu emprego nessa dieta. O conteúdo calórico total era elevado, ficando relacionado ao trabalho extenuante realizado pelo escravizado. A horta plantada no terreno da Mina fornecia vegetais, folhas e frutas frescas que completavam a dieta oferecida aos trabalhadores da Mina, escravizados ou não. A alimentação desses trabalhadores era motivo de orgulho dos administradores ingleses da Mina, que se utilizavam dessas informações para justificar a escravidão perante a opinião pública da Inglaterra (ANNUAL REPORTS, 1850-1885).

Tabela 12 – Conteúdo calórico e teor de retinol (vitamina A) da dieta para a criança escravizada de 5 anos do século XIX, na estância de gado do Rio Grande do Sul.

Refeição	Alimento	Quantidade em gramas	Conteúdo calórico (cal/100 g-1)	Teor de Retinol (mcg)
CAFÉ DA MANHÃ	Chá mate	150	4,0	-
ALMOÇO	Farinha de mandioca	80	338,8	-
	Carne de vaca assada	100	287,7	4,0
	Charque gordo cozido	50	214,5	8,0
	Matambre cozido	50	105,5	6,0
	Banana	100	114,0	27,6
	Chá mate	200	4,0	-
JANTAR	Farinha de Mandioca	80	338,8	-
	Carne de vaca assada	150	287,7	6,0
	Charque gordo cozido	50	214,5	8,0
	Matambre cozido	50	105,5	6,0
	Banana	100	114,0	27,6
	Chá mate	150	4,0	-
TOTAL		1.270	2133,0	101,2

Fontes: Franco (2009); resultados da presente pesquisa.

Observa-se, pela análise da tabela 12, que apresenta os dados para a Estância de gado do Rio Grande do Sul, contrariamente ao pensamento de alguns viajantes como Couty (1881), Saint-Hilaire (1887) e

Freyreiss (1982), a alimentação com carne fresca e suas diversas formas de cocção, típica da Província do Rio Grande do Sul, não se apresentava mais “rica” em nutrientes, pelo contrário, a monotonia alimentar era a mesma. Essa dieta que privilegiava carnes gordas, como o peito de boi (Matambre), carnes grelhadas na brasa e o charque, apresenta o pior resultado para a quantidade de vitamina A, quase quatro vezes menos a necessidade mínima diária para a criança. O conteúdo calórico é elevado, como o obtido pelas demais dietas, embora apresente o menor valor. Outro complicador no aproveitamento de micronutrientes era a presença da ingestão de chá mate às refeições, o que poderia interferir na absorção de alguns deles pela presença de polifenóis (CUNHA, 2020). Comparativamente, a pior alimentação era aquela fornecida pelos fazendeiros do Rio de Janeiro, opinião que constava do trabalho original do Professor Gama Lobo (GAMA LOBO, 1865). Mesmo aquela dieta fornecida pelo estancieiro gaúcho a seus peões e escravos, baseada no emprego monótono da carne fresca e suas diversas formas de cocção, era pobre em micronutrientes, especialmente em vitamina A (CÂMARA CASCUDO, 2016). Pode-se realmente, com essa análise, afirmar que os administradores ingleses da Mina de Morro Velho ofereciam a seus trabalhadores uma condição alimentar muito melhor que os fazendeiros e estancieiros. Ressalta-se que as dietas pobres em vitamina A podem aumentar a frequência de mortalidade por doença respiratória, por diarreias e disenterias e por infestação verminótica.

8.3 Frequência de Mortalidade por doenças associadas à Deficiência de Vitamina A

A seguir, serão comparadas as frequências de mortalidade por doenças relacionadas à carência nutricional de microelementos, notadamente para a carência de vitamina A. Para efeito comparativo, será apresentada a tabela de mortalidade geral por essas três causas, para o século XXI e, a seguir, as tabelas relacionadas aos 3 cenários econômicos investigados por esta pesquisa.

As populações estimadas para cálculo foram obtidas pelos dados do Censo do IBGE de 1872, o trabalho do Barão do Lavradio (1878), os relatórios anuais da Mina de Morro Velho, os dados dos enterros no cemitério de escravos da Santa Casa de Porto Alegre e o número de nascimentos vivos registrados nas comarcas dessa cidade, durante o ano de 1872. Esse ano foi escolhido por ser um marco estatístico do Império, no qual, pela primeira vez, foi incluída a população escravizada.

As tabelas 13, 14 e 15 apresentam esses dados de mortalidade por essas 3 causas, nos 3 cenários econômicos estudados.

Tabela 13 – Causas de Mortalidade por 100 mil habitantes em 2017, no Brasil.¹¹

Doença	Taxa	Posição como causa
D. Respiratória	40,0	Terceira
Doença diarreica	3, 5	Trigésima sétima
Infestações por nematódeos intestinais	0,01	Centésima vigésima quarta

Fonte: Ministério da Saúde (2017).

¹¹ A lista completa apresenta 133 causas de mortalidade mais frequentes por 100 mil habitantes.

A análise da tabela 13, de causas de mortalidade no Brasil, mostra que a opção pela listagem dessas causas diz respeito à possibilidade do efeito comparativo, com as taxas de mortalidade por comorbidades relacionadas à deficiência de vitamina A, nos três cenários econômicos, estudados por esta pesquisa. Conforme os dados já apresentados no texto, as carências nutricionais graves, como a deficiência de vitamina A, levam à morte mais frequentemente, quando estão associadas às síndromes diarreicas e às doenças respiratórias. As hiperinfestações por nematódeos intestinais estão comumente associadas à deficiência de vitaminas. A tabela do Ministério da Saúde apresenta a frequência e a posição da causa, na lista das 133 *causas mortis* mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2017).

Tabela 14 - Causas de Mortalidade por 100 mil habitantes em 1875/76, no Rio de Janeiro¹²

Doença	Taxa
D. Respiratória	2354,8
Doença diarreica	9276,8
Infestações por vermes intestinais	692,3

Fonte: Jornal "O Globo" (1875-76).

A tabela 14, que apresenta os dados para o Rio de Janeiro, foi estruturada com base em dados de mortalidade e suas causas, publicadas no Jornal "O Globo - Órgão da Agência Americana *Telegraphica dedicado aos interesses do commercio, lavoura e indústria do Rio de Janeiro*", em edições não consecutivas, de 25 de agosto de 1875 a 22 de abril de 1876, em 19 ocorrências obtidas com a pesquisa feita nos arquivos da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, utilizando-se a expressão de pesquisa no *browser*: "Estatística Santa Casa". Foram 23 estatísticas não consecutivas, cuja média de óbitos pode ser calculada em 6 óbitos por dia, nesse período, ou 180 óbitos por mês, aproximadamente. A capacidade diária de leitos da Santa Casa de Misericórdia nesse período era de, aproximadamente, 1.300 leitos, ficando a maioria ocupados; e a população internada era parte da amostra populacional da cidade do Rio de Janeiro. Assim, efetuando-se as proporções das doenças que se constituíam nas principais *causas mortis*, e utilizando-se uma população de 1.300 pacientes em média nas suas enfermarias, foi possível calcular as taxas de óbito por 100 mil habitantes, utilizando-se regra de 3 simples, como o cálculo realizado atualmente pelo IBGE (2017), para efeito de comparação. Como se vê, a frequência dessas doenças, que

12 Esta tabela foi construída através da análise de 23 listas constantes do Jornal "O Globo", das edições entre 25 de agosto de 1875 a 22 de abril de 1876, não consecutivas, disponíveis na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

estão intimamente relacionadas às condições de qualidade de vida e alimentação da população, apresenta taxas elevadíssimas, em relação ao século XXI: 59 vezes maior para a doença respiratória; até 6.923 vezes maior, para a doença verminosa. Infelizmente não foi possível obter dados para o ano de 1872, especificamente, porque não foi localizada essa estatística na consulta ao acervo da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Optou-se por utilizar esses dados estatísticos, os mais próximos possíveis, do ano de 1872.

Tabela 15 – Causas de Atendimento por 100 mil habitantes, em 1872, no Hospital da Mina de Morro Velho.¹³

Doença	Taxa
D. Respiratória	7067,7
Doença diarreica	1906,9
Infestações por vermes intestinais	2.465,1

Fonte: *Annual Reports da Saint John D'El Rey Mining Company (1850-1885)*.

A análise da tabela 15, relacionada aos atendimentos por causa no Hospital da Mina de Morro Velho, não espelha as causas de mortalidade. O que mais matava, nas operações de extração de ouro, eram os acidentes. Como se vê e já discutido neste trabalho, a doença respiratória era a mais prevalente nos atendimentos no hospital da Mina, devido às condições insalubres de trabalho no seu interior: a temperatura baixa e a presença de particulado suspenso, tornando o ar respirável em seu interior poluído. Essa situação ambiental prejudicou a suspeição da origem nutricional para a doença respiratória, nesse cenário econômico particular. As condições clínicas associadas à má

¹³ A lista foi obtida através da consulta ao *Annual Reports* de 1870. Trata-se de estatística de atendimentos clínicos e não de óbitos.

qualidade de vida e de alimentação também apresentaram números expressivos, indicando os mesmos problemas nutricionais presentes no latifúndio cafeeiro e na estância de gado. Embora os diretores da Mina tenham apelado para a melhoria das condições de saúde e de alimentação de seus escravizados, como justificativa para a imprensa londrina, que cobrava o fim da escravidão, verificou-se um número elevado de doenças relacionadas à desnutrição e às carências vitamínicas (ANNUAL REPORTS, 1850-1885).

O ano de 1872 foi escolhido para comparação, devido ao recenseamento do IBGE, que incluía, pela primeira vez, a população escravizada, em 1872. Segundo o trabalho de Libby (1984), havia 1380 escravos na Mina, em 1872, para uma população total de 2.150 trabalhadores. Os registros médicos descreveram 152 ocorrências para a doença respiratória, 43 para as doenças com disenteria e diarreia e 53 ocorrências de verminoses. Provavelmente, o número elevado de casos de verminoses devia-se ao fato de um diagnóstico clínico mais acurado. Ressalta-se que não há relato de mortes por essa causa na Mina de Morro Velho.

Tabela 16 – Causas de Óbito por 100 mil habitantes em 1872, no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.¹⁴

Doença	Taxa
D. Respiratória	2744,8
Doença diarreica	1780,4
Infestações por vermes intestinais	226,8

Fonte: Estatística de óbitos de escravos enterrados no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre (1850-1885).

¹⁴ A lista foi obtida através da consulta ao livro de registro de óbitos de escravos enterrados no cemitério da Santa Casa de Porto Alegre (1850-1885).

A análise da tabela 16, que registra a mortalidade por causa, obtido do registro de óbitos da Santa Casa de Porto Alegre, mostra a morte de crianças por infestação verminótica. Nesse cenário econômico, a causa da morte foi anotada pelo médico que emitiu o atestado de óbito do escravizado. O Recenseamento do IBGE de 1872 registrou 1.348 escravos na cidade de Porto Alegre, para a população urbana não escravizada de 44 mil pessoas. O registro de óbitos anotou 194 óbitos para o ano de 1872 (14% do total): 37 para doença respiratória, 24 por causas entéricas e 1 morte devido a vermes intestinais. As taxas foram, então, calculadas com base nesses dados, estimando-se a taxa para 100 mil habitantes.

Os resultados dessa investigação confirmaram a presença das várias nuances da deficiência de vitamina A, durante o século XIX, que estavam presentes no Rio de Janeiro, cuja primeira descrição médica da hemeralopia datou de 1821. Na Mina de Morro Velho, os médicos a descreveram desde 1851. Somente em Porto Alegre, cidade longe da capital do Império, que não contava com serviço de oftalmologia, inaugurado em 1911, foi encontrado um resultado, descrito, assim mesmo, durante o século XVII, nos escritos das Missões Jesuíticas. O primeiro serviço de oftalmologia na província do Rio Grande do Sul só foi inaugurado em 1897, quando se tem o registro de 3 pacientes internados na enfermaria de doenças dos olhos que apresentavam hemeralopia (*Amaurosis sympathica*) e um caso com úlcera de córnea (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS, 2020). As taxas de mortalidade infantil, extremamente elevadas, que espelhavam a baixa qualidade de vida e do cuidado com a criança de até 1 ano de idade, durante esse período, são significativas. A tabela 17 apresenta essas taxas, para todos os cenários estudados aqui, comparando-as, com aquela do Brasil atual.

Tabela 17 – Taxas de mortalidade para crianças de até 1 ano de idade, por mil nascidos vivos.

Local	Taxa
Brasil século XXI	12,4
Rio de Janeiro 1872	290,9
Morro Velho M.G. 1872	114,0
Porto Alegre 1872	136,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2017; Resultados deste trabalho.

A tabela 17 apresenta os dados referentes às taxas de mortalidade infantil calculadas para os 3 cenários econômicos durante o século XIX, com dados obtidos por esta pesquisa. A taxa de mortalidade infantil espelha a qualidade de vida, o nível socioeconômico e o nível de saúde para determinada população. Para efeito de comparação, lista-se a taxa de mortalidade infantil para o Brasil de hoje, que é considerada baixa, ou seja, menos de 20 (IBGE, 2019). Ao se fazer a análise desses dados, pode-se inferir que a menor taxa, entre os cenários econômicos pesquisados, é a de Morro Velho, realmente podendo-se supor que havia um tratamento de melhor qualidade em termos de alimentação e de qualidade de vida para as crianças escravizadas da Mina. Pode-se também supor que o resultado obtido entre as crianças escravizadas de Porto Alegre pode representar menor morbidade e mortalidade, decorrente do uso da carne fresca na alimentação. Não podemos deixar de chamar a atenção, porém, para os efeitos da subnotificação de dados, algo comum durante o século XIX, segundo o trabalho do Barão do Lavradio (1878). De toda forma, quando comparados com os dados de hoje, as taxas de mortalidade infantil durante o século XIX eram assustadoras. Os resultados encontrados neste trabalho representam, dentro das limitações impostas pelo tempo decorrido dos fatos e da má qualidade dos dados da época, uma relação bem próxima com a realidade desses 3 cenários econômicos, que possuíam grande contingente de escravos durante o século XIX.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil era uma das maiores economias que utilizava mão de obra escravizada durante o século XIX. A análise dos ciclos econômicos que empregavam grande contingente de escravizados nos permite afirmar que a escravização foi a força propulsora da economia brasileira. Esse processo cruel reduziu a condição humana do escravizado ao nível de simples mercadoria, que atendia unicamente aos interesses da elite minoritária dominante e detentora do poder econômico. Pior do que isso, legitimou a desigualdade interpessoal baseada nas diferenças de cor da pele. Entretanto, essa narrativa provou que a escravização não foi, no Brasil, processo homogêneo, evidenciado pelas diferenças encontradas durante a análise do tratamento dado aos escravizados nos 3 ciclos produtivos, aqui estudados. A deficiência de vitamina A foi estudada por este trabalho, devido à importância dessa doença carencial associada à desnutrição e à subnutrição nos dias atuais, ocupando a triste terceira posição, dentre aquelas relacionadas à deficiência de micronutrientes e, portanto, prevenível por ação de políticas públicas para melhoria das condições de vida dos brasileiros.

O ciclo cafeeiro do Rio de Janeiro mostrou uma massa escravizada grande, mal alimentada e que recebeu poucos cuidados de saúde. Esse tratamento desumano beirava à barbárie. A estratificação social era a marca principal da cidade e da província, com uma massa de pobres e escravizados habitando moquifos e cortiços, em condições sub-humanas de existência. O que mais chama a atenção, ao se observar esse cenário social da segunda metade do século XIX, foi a pressão da sociedade brasileira pelo fim da escravização e, mesmo com isso, o descaso com que a elite dominante tratava o fato de que a massa escravizada, uma vez libertada, legitimaria sua posição de componente social e, portanto,

sob responsabilidade do governo central. Esse comportamento se refletiu na formação social do povo brasileiro com suas enormes desigualdades sociais e econômicas, visíveis nos dias de hoje. A mortalidade infantil foi a mais elevada entre os ciclos estudados. A mortalidade por causa das doenças relacionadas à carência nutricional também foi muito elevada.

No ciclo da mineração, a alimentação mostrou-se menos pior, possivelmente pela pressão da sociedade inglesa da época, cujos administradores ingleses da Mina de Morro Velho utilizavam de uma alimentação mais diversificada e do fornecimento de assistência médica como desculpa para perpetuar a utilização da mão de obra escravizada. Esse comportamento diferenciado, ocasionado pela pressão social imposta por sociedade estrangeira, iria se refletir na qualidade de vida, especialmente das crianças, com menor mortalidade infantil nesse ciclo estudado. A assistência médica com hospital e médico inglês refletiu uma melhor qualidade de vida com ações de prevenção de doenças, como a instalação de chuveiro quente e de vacinação contra a varíola, poupando vidas e diminuindo a morbidade das doenças. A análise da frequência do atendimento por causa, doenças relacionadas à deficiência nutricional, mostrou resultados particulares, a saber: a maior frequência de verminoses, devido ao diagnóstico mais correto e; a maior frequência da doença respiratória, devido ao ambiente insalubre da mina, quando comparado ao dos outros ciclos, cujos escravizados não trabalhavam em ambiente confinado, como o da mina.

Já no ciclo da pecuária, o contingente de escravizados era menor, a relevância econômica era menor e poderia haver a interação mais cordial entre o senhor e o escravizado, atenuando as relações de poder, criando um ambiente de convívio menos bárbaro. Algumas autoridades sanitárias e mesmo médicos estrangeiros apregoavam, durante o século XIX, as ótimas condições de salubridade da província do Rio Grande

do Sul, o que se traduziria em uma melhor qualidade de vida de sua população. O uso da carne fresca na alimentação das pessoas seria outro fator preponderante na menor frequência das doenças carenciais, como aquelas vistas no latifúndio cafeicultor do Rio de Janeiro. Os resultados desta pesquisa comprovaram que, muito pelo contrário, a insegurança alimentar, espelhada pela mesma monotonia alimentar do Rio de Janeiro, estava disseminada por lá, com resultados expressos em uma significativa mortalidade infantil entre os escravizados e uma elevada frequência por doenças associadas à deficiência de vitamina A.

Apesar das condições heterogêneas da escravização, a má alimentação foi ponto flagrante, assim como as condições higieno-sanitárias do ambiente e das pessoas envolvidas. Além disso, havia pouco conhecimento médico sobre a etiologia e a fisiopatologia das doenças, incluídas as hipovitaminoses e outras deficiências nutricionais. Apesar das diferenças de tratamento e de alimentação dos escravizados nos 3 ciclos econômicos estudados, os sinais clínicos de deficiência de vitamina A, embora desconhecida a origem da deficiência em si, na época, eram visíveis e se expressavam por elevada mortalidade infantil e por causas de morte relacionadas às deficiências nutricionais, em todos os ciclos.

10 CONCLUSÕES

A Deficiência de Vitamina A era uma condição clínica grave encontrável somente em escravizados, do latifúndio cafeeiro, da Província do Rio de Janeiro, durante o século XIX?

Não. Este trabalho comprovou que a primeira citação de sinais/sintomas relacionados a essa deficiência no Brasil pôde ser encontrada desde 1821, em marinheiros da fragata francesa *Antigone*, caucasianos e sem relação com a escravização. A doença já era amplamente conhecida e descrita na Europa desde o século XVIII, só não se sabia tratar de deficiência de vitamina A, um elemento nutricional ainda desconhecido naquela época. O erro de interpretação comum dos higienistas brasileiros que achavam que as doenças, no Brasil, tinham um aspecto clínico diferente em relação à Europa levou o professor Gama Lobo a propor a sua *Oftalmia Brasileira*. Ao se analisar os outros ciclos produtivos, foi possível identificar sua presença na população escravizada e não escravizada, e que tal fato decorria de mesma insegurança alimentar representada pela monotonia alimentar que estava presente, independentemente do local estudado.

As circunstâncias sociais (alimentação, meio ambiente, relações familiares) e econômicas poderiam ter contribuído para a morte desses escravizados, nos três ciclos produtivos estudados neste trabalho?

Sim. Este trabalho comentou com riqueza de detalhes as péssimas condições de vida e de alimentação dos brasileiros, escravizados ou não, durante esse século. A monotonia alimentar com a ingestão de dieta desarmônica que utilizava alimentos de baixo teor nutritivo, especialmente no que se refere aos micronutrientes, levava à carência

nutricional múltipla, acentuando as taxas de mortalidade relativas às doenças carenciais. As relações sociais, como os costumes europeus de vestir e de ser, o pouco cuidado com a criança, a ausência de vacinação preventiva e a estratificação excessiva da sociedade, com uma massa de pessoas pobres vivendo em condições sub-humanas, também contribuíram para esse estado de coisas, independentemente do cenário econômico estudado. O tratamento mais humano, dispensado ao escravizados no Sul do país e na Mina de Morro Velho, atenuou, mas não impediu o aparecimento das deficiências nutricionais e do espectro clínico de doenças relacionadas a elas.

Como era a alimentação do brasileiro da época sob a ótica dos viajantes estrangeiros que visitaram o Brasil durante o século XIX e deixaram seus diários com as impressões sobre sua visita?

Monótona, focada no uso de alimentos de baixo teor nutricional, independentemente do cenário econômico estudado. Os viajantes europeus não compreendiam a monotonia alimentar e o uso mínimo ou ausente de legumes, vegetais e frutas frescas na alimentação dos brasileiros. Atribuíram esse triste fato à preguiça em plantar roças e à falta de educação do povo: mais de 90% analfabeto, abandonado à própria sorte pelo governo imperial e sem perspectiva de futuro, submetido ao regime de agricultura semifeudal. Os processos produtivos brasileiros de cultivo eram arcaicos e somente encontrados durante a Idade Média na Europa. A falta de uma cultura alimentar de um povo sem identidade étnica e a monocultura de exportação, que proibia o cultivo de outros produtos na terra do latifúndio, certamente contribuíram para esse estado de coisas. Os pilares da alimentação nacional eram, independentemente do ciclo produtivo estudado, calcados na farinha de mandioca ou de milho, no feijão preto e na carne seca. Esse regime alimentar se mostrou pobre em micronutrientes e responsável

pela morbidade e mortalidade elevadas, pelas doenças relacionadas à desnutrição e à subnutrição.

Como analisar o pensamento médico por meio da literatura médica da época, com sua impressão acerca desses eventos?

As duas escolas de medicina – Rio de Janeiro e Bahia – produziam conhecimento, porém ele não possuía base científica sólida e se baseava na experiência pessoal do médico. Havia a interpretação equivocada, proporcionada pela teoria do higienismo, de que a doença no Brasil era diferente daquela encontrada em diferentes locais do mundo. Embora associassem à hemeralopia à carência nutricional múltipla decorrente do erro alimentar e se mostrassem preocupados com a situação da desnutrição, principalmente das crianças, a Academia Imperial de Medicina não tinha influência nas políticas de higiene públicas e de saneamento. Na verdade, ela se constituía em palco para que seus membros apresentassem interpretações pessoais a respeito das doenças que assolavam o país. A prepotência de seus membros, o bairrismo institucionalizado e o desprezo pelas comunicações científicas que vinham de fora do país, principalmente o desprezo pela medicina portuguesa, produziram inúmeros exemplos de má interpretação da fisiopatologia das doenças, gerando erros na condução clínica dos pacientes e enfermos, com significativas consequências nos índices de morbidade e mortalidade durante o século XIX.

Quais estatísticas médicas de doenças indicaram a prevalência da Deficiência de Vitamina A, nesse período, nos três ciclos produtivos?

Infelizmente não foi possível levantar a estatística do serviço de oftalmologia da Santa Casa do Rio de Janeiro, que existia desde 1858. As várias visitas presenciais feitas ao serviço não conseguiram localizá-la.

Assim, foi necessário o uso da única fonte disponível, o trabalho de 1897, disponível na biblioteca da Academia Nacional de Medicina, que lista as causas de atendimento médico nesse serviço durante 3 meses. Os dados de mortalidade infantil que espelhavam a qualidade de vida da sociedade foram obtidos por meio do trabalho do Barão do Lavradio, que se utilizou de pesquisa nos cartórios de registro de nascimentos e mortes na cidade do Rio de Janeiro e nos dados do censo do IBGE de 1872. Os dados nosológicos das internações na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro foram obtidos por meio de pesquisa nos jornais desse período, que publicavam, em seus periódicos, as causas de mortalidade na cidade. Os melhores dados e mais completos foram aqueles disponibilizados pelos *Annual Reports*, da Mina de Morro Velho. Eles foram escritos por médicos com formação clínica europeia e são detalhados, com descrições a partir de 1851. O médico inglês da mina registrou os dados populacionais de nascimentos e óbitos e todas as causas de morte e de atendimento médico no hospital da mina. A pesquisa no Sul foi mais difícil, porque a Santa Casa de Porto Alegre não possuía serviço de oftalmologia, só fundado em 1911, e estava longe dos centros médicos brasileiros da época, o que inviabilizou o encontro de ocorrências para a hemeralopia, nessa unidade hospitalar. Porém, os achados de 3 pacientes com afecções oculares internados no primeiro serviço de oftalmologia do Rio Grande do Sul, na Santa Casa de Pelotas, em 1897, relacionadas com a deficiência de vitamina A, foram muito elucidativos de sua presença. Houve também o encontro de relato muito anterior dos jesuítas das missões gaúchas, durante o século XVII, em que se registrou o caso de uma criança com a cegueira noturna e sua cura posterior com a ingestão de “um óleo”. Foram feitas adequações numéricas nos dados de mortalidade da época e correções nos dados populacionais, devido ao fato de as diferenças de expressão nas taxas encontradas no século XIX (expressas para mil habitantes) para aquelas de hoje, serem expressas para 100 mil habitantes.

Qual o valor científico do trabalho do Professor Gama Lobo, confrontando sua descrição clínica com os resultados obtidos por este trabalho?

O Dr. Gama Lobo descreveu com propriedade e com rigor científico as alterações oculares da xerostomia secundária à deficiência de vitamina A. Ele atribuiu com segurança a origem nutricional do problema médico, porém fez a interpretação equivocada da doença, atribuindo os sinais de uma doença universal, como exclusividade do Brasil; e pior ainda, ela estaria limitada a uma população específica: a criança escravizada, dos fazendeiros de café no Rio de Janeiro, porque, no Pará, seu estado natal, ela não existiria, devido às diferenças de tratamento, principalmente no que tange à dieta fornecida pelos senhores aos seus escravizados. Vários fatores parecem ter sido responsáveis por esse erro de interpretação: a doutrina higienista, que pregava que as doenças se modificavam nos trópicos, especialmente no Brasil, com seu clima quente e úmido; ao bairrismo e à prepotência dos médicos, que atribuíam grande importância às reuniões na Academia de Medicina, e que, na verdade, não influíam em nada nas políticas de saúde pública da época; a pouca importância dada pelos médicos brasileiros às descrições dos casos que eram publicados na literatura médica estrangeira e que chegavam ao Brasil com certo atraso. Um fato relevante encontrado por este trabalho foi a presença da comunicação do mesmo fato científico, um quadro oftalmológico relacionado à deficiência de vitamina A, por ele e por seu colega oftalmologista português, na mesma revista, com poucas páginas de intervalo e que ele, provavelmente, não leu ou não deu a devida importância.

Em resumo, esta pesquisa comprovou a importância do trabalho e das descrições médicas de Gama Lobo, no que diz respeito aos sinais oculares da deficiência de vitamina A. Independentemente do local estudado, a dieta monótona e de baixa qualidade nutricional foi a tônica no Brasil, durante o século XIX. O melhor tratamento atribuído

aos escravizados sob controle de empresa estrangeira pode ser comprovado com a análise das dietas e dos índices de mortalidade infantil, muito menor na Mina de Morro Velho que nos outros dois cenários econômicos estudados. A noção de o que havia de pior no Rio de Janeiro era a falta de carne fresca, com relação ao aparecimento de doenças carenciais, não pôde ser comprovada, pois a dieta da estância gaúcha, baseada exclusivamente no uso da carne fresca e seca, se mostrou tão pobre em nutrientes e tão monótona como aquela presente na capital do Império. A análise deste trabalho na totalidade permite afirmar que a deficiência de vitamina A existiu nos três cenários econômicos estudados e, em todos, estava relacionada à dieta desarmônica consumida pelas pessoas.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, L. F. de. **O Trato dos Viventes**: formação do Brasil no Atlântico Sul. São Paulo. Cia. das Letras; 2000.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. 7ª ed. v.7, n.2 Rio de Janeiro: p. 44; 1865. **Lições sobre oftalmologia da clínica Van Graef- fe**. Tradução Gama Lobo. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2019.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. **Da Ophtalmia Brasiliana pelo Dr. Gama Lobo**. Junho de 1865. p. 16-24. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2019.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. Seção Geral de 7 de novembro de 1850. v.5, n.1, p. 107-108, 1852. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. 12. ed. Rio de Janeiro: p.348-349; 1858. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. 1. ed. v.1, n.3, Rio de Janeiro: p. 206-218; 1861. **Parecer sobre a memória do Dr. Frederico Doellinger sobre a opilação, hipoemia e leucocitemia**. Disponível em:bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. 3. ed. v. 8, n. 1, p. 172-174, Rio de Janeiro; 1854. **Discurso do conselheiro Jobim**. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. 3. ed. v.1, n.1, Rio de Janeiro: p. 44; 1860. **Mappa Estatístico do movimento da enfermaria da clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina da Corte em 1860.** Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

ANNAES BRASILIENSIS DE MEDICINA. 5. ed. v.6, n.1 Rio de Janeiro: p. 139-146; 1852. **Memória acerca da amauroses.** Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

ANNAES DO PARLAMENTO BRASILEIRO 1826-1873. **Decreto da Assembleia Geral.** 18 de setembro de 1827, v. 5, n. 3, p. 49. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 07 jun. 2018.

ANNUAL REPORTS. *Medical and Surgical Reports.* Saint John D'El Rey Mining Company. Circular To The Proprietors 1850-1890. Disponível em: Centro de Estudos Mineiros. FAFICH, UFMG, Belo Horizonte.

ARCHIVO MEDICO BRAZILEIRO. **Lições Práticas sobre a Amaurosis pelo Dr. Caffé.** v. 4, n. 4, p. 84-87, 1847. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 12 dez. 2019.

AVÉ-LALLEMANT, R. **Viagem ao Rio Grande do Sul- 1858.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro; 1953.

AZEVEDO, L. C. de. Os esgotos da cidade do Rio de Janeiro. **Annaes Brasiliensis de Medicina**, v. 10, n. 1, p. 365-369, 1874. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 11 jul. 2019.

AZEVEDO, L. C. Os esgotos da cidade do Rio de Janeiro. Comunicação à Imperial Academia de Medicina. 6 de outubro de 1873. *In: Annaes Brasilienses de Medicina.* 1874 p. 365-374. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 03 abr. 2018.

BALESTRO, E. P. **Crenças, tradições e disputas: a epidemia de cólera em 1855**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em História). 2017. 83 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BARÃO DO LAVRADIO. [José Pereira Rego]. **Apontamentos sobre a mortalidade da cidade do Rio de Janeiro, particularmente das crianças**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878. Disponível em: V. Acesso em: 11 abr. 2019.

BARROS, J. D' A. História cultural e história das ideias. **Cultura on line**, v. 21, p. 1-24, 2005.

BERGAD, L. W. **Escravidão e história econômica: demografia de Minas Gerais 1720-1888**. Bauru (SP): EDUSC, 2004.

BERGAD, L. W.; GARCIA, F. I.; BARCIA, M. del C. **The Cuban Slave Market, 1790-1880**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL DO BRASIL. **A França no Brasil**. La France au Brésil. As viagens de Auguste Saint Hilaire. Disponível em: <https://bndigital.bn.gov.br/dossies/dossieantigo/matrizenacionais/figuras-de-viajantes/as-viagens-de-auguste-de-saint-hilaire/>. Acesso em: 03 fev. 2020.

BLOCH, M. A história, os homens e o tempo. *In*: BLOCH, M. **Apolo-gia da História ou O ofício do Historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BONJEAN, L. F. Memória sobre a Amaurose. **Revista Médica Fluminense**, v. 8, n. 2, p. 355-362; 1839. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 20/08/2019.

BOWMANN, W.; ROGERS, T. A. Britsch Ophtamologic Society Report. **BMJ**, v. 1072, n. 2, p. 83-85; 1881. Disponível em: <https://www.jstor.org>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRAGUET, A. **Viagem ao Rio Grande do Sul em 1845**. Florianópolis: EDUNISC, 1997. Livro original de 1874 publicado na Bélgica. Disponível em: bbm.usp.br. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRANDÃO, D. **A cozinha Baiana**. Salvador: Livraria Universitária, 1948.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Estatuto da Criança e Adolescente**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 07 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Aromas, cores e sabores do Brasil**. Cartilha para a Copa do Mundo de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vitamina_a.php. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. 1. reimpressão, Brasília (DF), 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Carências de Micronutrientes. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 20. Brasília (DF): 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Principais causas de morte (2017)**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/> Acesso em: 02 fev. 2020.

BURTON, R. F. **Travels in Brazil**. London: Tinsley Bros, 1869.

CALDEIRA, J. **História da Riqueza no Brasil**: cinco séculos de pessoas, costumes e governos. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2017.

CÂMARA CASCUDO. Luís da. **História da Alimentação no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Global, 2016.

CAMÕES, L. V. de. **Os Lusíadas**. 4. ed. Lisboa: Instituto Camões. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Governo de Portugal, 2000.

CAMPBELL, A. A. *et al.* Indonesian women of childbearing age are at greater risk of Vitamin A deficiency in families of spend more in rice and less on fruits and vegetables and animal-based foods. **Nutrition Research.**, v. 29, p. 75-81, 2009.

CARDOSO. F. H. **Capitalismo e Escravidão no Brasil Meridional: o negro na sociedade escravocrata do Rio Grande do Sul**. 5. ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2003.

CARDOZO, J. C. da S. A tutela dos filhos de escravas em Porto Alegre. **Rev. Latino-americana de História**, v.1, n.3, p. 88-98, 2012.

CARDOZO, J. C. da S., MOREIRA, P. R. S. Anjos marcados: o batismo dos filhos do ventre livre (Porto Alegre/RS - 1871-1888). **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais - RBHCS**, v. 7, n. 13, jul. 2015.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 71-80, 2005.

CARNEY, J. A. Fields of survival: foods of memory. *In*: CARNEY, J. A. **Geographies of race and food, fields, bodies and markets**. London: Routledge, 2016.

CARNEY, J. A.; ROSOMOFF, R. **In the shadow of slavery: Africa's bothanical legacy in Atlantic World**. Berkeley CA: University of California Press, 2010.

CARRON DU VILLARDS, J. F. **Guide pratique pour l'étude et les traitements des maladies des yeux**. Paris: Société Encyclographique des Sciences Medicales 2v., 1858.

CASTILLON, S. **Desiguais diferentes**: quilombolas e indígenas no Brasil. Portal de periódicos da Universidade de Campinas- UNICAMP: Resgate, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/resgate>. Acesso em: 27 maio 2019.

CASTRO, J. **A Geografia da Fome**: o dilema brasileiro pão ou aço. Rio de Janeiro: Antares, 2004.

CEM. Centro de Estudos Mineiros da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Acervos: Saint John D' El Rey Mining Company: **Annual Reports-1850-1880**. Curador: Prof. Dr. Douglas Cole Libby.

CHERNOVIZ DICCIONARIO DE MEDICINA POPULAR. Paris: Roger e Chernoviz, v.1, p. 130-131, 1890. Disponível em: bbm.usp.br Acesso em: 07 nov. 2019.

CLINICAL KEY. **Vitamin A**. Disponível em: clinicalkey.org. Acesso em: 21 abr. 2017.

COLLIÈRE, M.-F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CORÇÃO, M. A influência do gosto da cozinha portuguesa na história da alimentação no Brasil de Câmara Cascudo. **Est. Hist.**, v.25, n. 50, p. 408-425, 2012.

COUTY, L. L'alimentation au Brésil et dans le pays voisin. **Révue de Hygiène et de Police Sanitaire**, n3, 1881. Disponível em: www.biusante/parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90113x1881x038p=186. Acesso em: 10 maio 2018.

COVEY, H. C.; EISNACH, D. **What the slaves ate: recollections of african american foods and foodways from slave narratives.** Santa Barbara CA: Greenwood Press, 2009.

CROMWELL, A. **Africans contribute to American culture.** Athens GA: Georgia University Press, 2014.

CUNHA, C. S. **Aspecto Sócio-Político-Religioso da deficiência de Tiamina (vitamina B1) no Colégio do Caraça e no Asylo D’Ajuda no final do século XIX.** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Tese de Doutorado em Ciências. Rio de Janeiro, 2020.

CUNHA, C. S. **Trajatória da Transfusão de Sangue no Brasil 1877 a 1916.** 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2019.

DE LOS RIOS FILHO. A. M. **O Rio de Janeiro Imperial.** 2. ed. Rio de Janeiro: Topbooks, 2000.

DEBRET, J. B. **Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil.** Belo Horizonte: Itatiaia, 2008.

DREYS, N. **Notícia Descritiva da Província do Rio Grande de São Pedro do Sul.** Porto Alegre: EDPUCRS; 1990.

DU PORT, F. **The decade of medicine or the physician of the rich and the poor.** Berlin: Springer Verlag, 1988.

DUARTE, J. R. L. **Ensaio sobre a hygiene da escravatura.** These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. Nacional, 1849.

ELIAS, R. Feijoada: breve história de uma instituição comestível. **Textos do Brasil**, n. 13, p. 33-39; 2010. Disponível em: dc.itamaraty.gov.br/imagensetextos/revistatextosdobrasil/portugues/revista-13-mat6.pdf. Acesso em: 01 set. 2019.

EWEN, C. R. **From Spaniard to Creole: the archeology of cultural formation at Puerto Real, Haiti**. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1991.

FAMILY SEARCH. **Registros de nascidos vivos nos cartórios de Porto Alegre 1871-1873**. Disponível em: https://www.familysearch.org/search/record/results?birth_place=Porto%20Alegre%20RS&birth_year_from=1871&birth_year_to=1873&count=20. Acesso em: 22 jul. 2020.

FAO Food and Agriculture Organization of the United Nations. **The state of food security and nutrition in the world**. Roma, 2017. Disponível em: <https://www.fao.org/3/a-1769.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

FLORES, M. **História do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Ediplat; 2003.

FRANCO, G. **Tabela de Composição Química dos Alimentos**. 9. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

FREYRE, G. **Vida Social no Brasil nos meados do século XIX**. 4. ed. São Paulo: Global, 2008.

FREYRE, G. **Açúcar: a sociologia do doce**. 5. ed. São Paulo: Global, 2007.

FREYRE, G. **Casa Grande e Senzala**. 21. ed. São Paulo: ALCCA XX, 2002.

FREYRE, G. **Ingleses no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Top Books, 2000.

FREYRE, G. **Novo Mundo nos Trópicos**. 3. ed. rev. São Paulo: Global, 2011.

FREYRE, G. **Sobrados e Mocambos**. 14. ed. São Paulo: Global, 2003.

FREYRE, G. **Sociologia da Medicina**. Rio de Janeiro: É realizações; 2009.

FREYREISS, G. W. **Viagem ao interior do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1982.

FRIEIRO, E. **Feijão, angu e couve**. 2. ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1982.

GAMA LOBO, M. da. Da Ophtalmia Brasiliana. **Annaes Brasiliensis de Medicina**. p. 16-24, jun. 1865. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2019.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **As paraplegias no Asylo D’Ajuda em Lisboa de 1858 a 1862**. Ano de 1867: 1 (8); p.70. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Hemeroteca Digital Brasileira da Biblioteca Nacional. Acesso em: 02 dez. 2019.

GAZETA MÉDICA DE LISBOA. **As paraplegias no Asylo D’Ajuda em Lisboa de 1858 a 1862**. Ano de 1865; p. 252, 253, 258, 267, 272, 274, 275, 276, 315, 317, 321, 350, 355, 412, 413, 425. Disponível em: google.books.org. Acesso em: 02 dez. 2019.

GAZETA MÉDICA DE LISBOA. Da Ophtalmia Brasiliana pelo Dr. Gama Lobo. **Revistas dos Jornaes**. Ano de 1865. p. 430. Disponível em: google.books.org. Acesso em: 02 dez. 2019.

GIULIANO, G. Provitamin A biofortification of crop plants: a gold rush with many miners. **Current Opinion in Biotechnology**, n. 44, p. 169-180, 2017.

GOMES, L. **1808**. São Paulo: Planeta, 2007.

GOMES, L. **1822**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

GOMES, L. **Escravidão**: do leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares. v. 1, Rio de Janeiro: Globo Livros, 2019.

GOUVÊA, H. S. de. Contribuição para o estudo da hemeralopia e da xerophthalmia por vício de nutrição. **Gazeta Médica Brasileira**: revista quinzenal de Medicina, Cirurgia e Pharmacia, v. 1, n. 1, p. 13- 16; 1882. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 07 jul. 2019.

GOUVÊA, H. S. de. **Les Manifestations Oculaires de L'Eplepsie**. Paris: G Steinheil Editeur, 1897.

GRAHAM, M. **Diário de uma viagem ao Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1990.

GROPPER, S. S.; SMITH, J. L.; GROFF, J. L. **Nutrição Avançada e Metabolismo Humano**. 5. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

HARARI, Y. N. **Sapiens**: uma breve história da humanidade. Porto Alegre: L e PM, 2017.

HOLLANDA, S. B. de. **História Geral da Civilização Brasileira**: a época colonial. t.1, v.2, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

HOLLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil**: 500 anos de Povoamento. Disponível em: [ibge.gov.br/500 anos/povoamento](http://ibge.gov.br/500%20anos/povoamento). Acesso em: 17 ago. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil**: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro; 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=297884&view=de>. Acesso em: 17 ago. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 1872**. Disponível em : <https://biblioteca.ibge.gov.br/bibliotecacatalogo.html?id=225477&view=detalhes>. Acesso em: 17 ago. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua de Mortalidade de 2018**. Disponível em: ibge.gov.br/tabuademortalidade2018. Acesso em: 17 ago. 2019.

IMBERT, J.-B. A. **Manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros, generalizado as necessidades medicas de todas as classes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1839.

INSTITUTO DA CRIANÇA. Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Meu Pratinho Saudável**: programa alimentar para crianças de 6 a 10 anos. São Paulo: Latinmed, 2012.

ISABELLE, A. **Viagem ao Rio da Prata e ao Rio Grande do Sul**. Brasília: Edições do Senado Federal N° 61; 2006.

JARDIM, D. G. **Algumas considerações sobre a hygiene dos escravos**. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 13 de dezembro de 1847.

JOBIM, J. M. da C. Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro. **Revista Médica Brasileira**, v. 6, n. 2, p. 345-360, 1841. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 ago. 2019.

JORNAL DO COMMERCIO. Domingo, 26 de agosto de 1859. **Curso de moléstias dos olhos do Dr. Drognat Landré**. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 05 jul. 2020.

JORNAL DO COMMERCIO. Segunda Feira 16 de março de 1863, p.2. Hygiene Publica. **Terapeutica dos tubérculos pulmonares**. Óleo de fígado de bacalhao. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 03 abr. 2019.

JORNAL DO COMMERCIO. Edição de 13 de novembro de 1844, p. 2. **Anúncios**. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 03 abr. 2019.

JORNAL DO COMMERCIO. Sábado, 28 de outubro de 1858. **Retificação a pedido de Carron de Villards**. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 11 jun. 2020.

JORNAL DO COMMERCIO. Sessão da Câmara Provincial. **Debate sobre a mudança do Asylo de Santa Leopoldina para uma rua do Fon-seca**. Ano 1859: 236 (1) suplemento. 26 de agosto de 1859. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 11 jun. 2019.

JORNAL DO COMMERCIO. Sexta feira, 07 de abril de 1872. **Curso proferido pelo Sr. Vieira Souto na sessão de 16 de agosto**. v. 236, n. 1, p. 02, 1859. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 03abr. 2019.

JORNAL DO COMMERCIO. Sexta feira, 18 de julho de 1851. **Notícia sobre a cegueira do 1º ten. da Armada Joaquim Lúcio de Araújo**. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 03 abr. 2020.

JORNAL DO COMMERCIO. Sexta-feira, 02 de fevereiro de 1865. **Higiene na Infância**. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 02 dez. 2020.

KARASCH, M. C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro 1808-1850**. São Paulo: Cia. Das Letras, 2000.

KOSTER, H. **Travels in Brazil**. 2 v. 2. ed. London: Longman, 1817.

LACERDA, A. C. de. **Economia Brasileira**. 6. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

LANGSDORFF, Georg Heinrich von. **Os Diários de Langsdorff 1821-1829**. 3 v. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: bbm.usp.br Acesso em: 03 maio 2019.

LELLIS, F.; BOCCATO, A. **Os Banquetes do Imperador**. São Paulo: Senac, 2013.

LEMOS, M. T. T. B. **Alberto Torres**: contribuição para o estudo das ideias do Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Estudos Americanos, 2018.

LERNER, G. **The Creation of Patriarchy**. New York: Oxford University Press, 1986.

LIBBY, D. C. **Trabalho Escravo e Capital Estrangeiro no Brasil: o caso de Morro Velho**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1984.

LIMA, A. A. **Voz de Minas**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

LOBO, E. M. H. **História do Rio de Janeiro: do capital comercial ao capital industrial e financeiro**. Rio de Janeiro: IBMEC, 1978. 2V.

LUCCOCK, J. **Notas sobre o Rio de Janeiro e partes meridionais do Brasil durante uma viagem de 10 anos neste país 1808-1818**. Belo Horizonte: Itatiaia; 1995.

MARC, A. **Le Brèsil**: excursion a travers ses 20 provinces. Paris: Au journal Le Brèsil, 1890.

MARIA, C. A. B. de. **Bioquímica Básica**. Rio de Janeiro: Intermédica; 2014.

MAWE, J. **Viagem ao interior do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1978.

MELLO, H. G. de. **Estatística do Serviço de Oftalmologia do Hospital da Misericórdia 13 de março a 10 de maio de 1897**. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères; 1901.

MEMORIA ACERCA DA AMAUROSIS pelo Dr. José da Silva Guimarães. **Annaes Brasiliensis de Medicina**, v. 6, n. 2, p. 139- 140; 1852. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca Acesso em: 25 jun. 2019.

MENDES, J. C. **Estudo sobre a Hemeralopia**. Lisboa; Rio de Janeiro: Imprensa Nacional Do acervo do Real Gabinete Português de Leitura, 1862.

MEYER, M. O estranho julgamento do escravo Nazário: assassinato e abrandamento da pena. In: **X Mostra de Pesquisa do Arquivo Público do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre; 2013.

MILLER, A. **Soul Foods: the suprisig story of American cuisine**. Chape Hill: University of North Carolina Press, 2013.

MITCHELL, P. B. **Plantation Row slave cabin cooking: the roots of soul food**. Chatham VA: Mitchells Publications, 1998.

MONSMA, K. Escravidão nas Estâncias do Rio Grande do Sul: estratégias de dominação e de resistência. In: **5º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional**. Curitiba, 2011.

MOREIRA, Nicolau. Relato sobre a tuberculose no Rio de Janeiro. **Revista Médica**, v. 21, n. 1, p. 332-336, 1875. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 11 set. 2018.

MOTTA, E. F. da. “Sufría allí una pobre india de cruels dolores de parto”: um estudo sobre a saúde da mulher indígena e sua atuação como curandeira na província jesuítica. In: **X Mostra de Pesquisa do Arquivo Público do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre; 2013.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria**: diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

MURRAY, R. K. *et. al.* **HARPER Bioquímica Ilustrada**. 28. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2009.

MUSEU HISTÓRICO da Cidade de Piraí no Vale do Paraíba Fluminense. **Inventários das fazendas de café de 1850 a 1880**. Piraí (RJ), 2020.

NASCIMENTO, A. **O centenário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro 1829-1929**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1929.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cobertura Populacional Mundial pelo número absoluto de médicos**. Genebra, 2018. Disponível em www.oms.org_cobertura_medico_habitante_ano. Acesso em: 11 abr. 2019.

PEDRAGLIA, K. A. Da Retinite Pigmentosa. **Gazeta Médica do Rio de Janeiro**, v. 1, n. 1, p. 9-11; 1864 Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 03 jul. 2019.

PEREZ, S. **Histoire de médecins**: artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours. Paris: Perrin, 2015.

PHILLIPS, U. B. **Life and Labor in the Old South**. New Haven: Yale University Press, 1929.

PINTO, N. G. A escrava Olina, filha de Eva e neta da africana Rosa Catarina: as relações familiares na escravaria de Maria Angélica Barbosa. *In*: **X Mostra de Pesquisa do Arquivo Público do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre; 2013.

PRADO JUNIOR, C. **Formação do Brasil Contemporâneo-Colônia**. 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PREGER, C. M. **Doktors**: contos de Memória- médicos alemães, austríacos e húngaros no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Libretos; 2011.

PRINGLE, J. **Observations on the diseases of the army**. Edimburgh; 1764. Disponível em: google.books.org. Acesso em: 11 dez. 2019.

QUEIROZ, E. **A Ilustre Casa de Ramires**. Lisboa: Luso Livros, 2013.

REGO, J. M.; MARQUES, R. M. (org.). **Economia Brasileira**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

REVISTA Médica Brasileira. **Discurso do Conselheiro José Martins daCruz Jobim sobre a alimentação da gente pobre do Rio de Janeiro em1835**. Rio de Janeiro, p. 345-360, 1841. Disponível em: <http://bndi-gi-tal.bn.gov.br/hemeroteca-digital>. Acesso em: 04 abr. 2018.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Global, 2015.

ROCHA, H. Hilário de Gouvêa: 1843-1923: ophtalmia brasiliana- xeroftalmia cachetica. **Hist. Ophtalm. Intern.**, n. 3, p. 273-86, 1985.

RODRIGUES, N. **Complexo de Vira-latas**. Projeto Releitura de 2019. Disponível em: http://www.releituras.com/nelsonr_viralatas.asp. Acesso em: 11 set. 2019.

ROSÁRIO, A. J. do. **Influência dos alimentos e bebidas no moral do homem**. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. Nacional, 1839.

RUGENDAS, J. M. **Viagem Pitoresca através do Brasil**. São Paulo: Martins, 1985.

SAINT-HILAIRE, A. P. de. **Segunda Viagem do Rio de Janeiro a Minas Gerais e a São Paulo**. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1938. Disponível em: bbm.usp.br. Acesso em 20 out. 2019.

SAINT-HILAIRE, A. P. de. **Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Itatiaia, 2000.

SAINT-HILAIRE, A. P. de. **Voyage a Rio Grande do Sul (Brésil)**. Orléans: H Heluison Libraire-Éditeur; 1887. Disponível em: bbm.usp.br. Biblioteca Guita e José Mindlin USP. Acesso em: 12 out. 2019.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS. ARQUIVO HISTÓRICO DO MEMORIAL. **Livro de Registro do Movimento de Enfermos do Hospital**. Seção de Oftalmologia (1894-1898). Pelotas (RS), 1989.

SANTA CASA DE PORTO ALEGRE. **Africanos na Santa Casa de Porto Alegre: óbitos dos escravos sepultados no Cemitério da Santa Casa 1850-1885**. EST edições. Porto Alegre, 2007.

SANTOS JÚNIOR, A. F. dos. **Hypoemia intertropical**. These de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. de Laemmert, 1863. Disponível em: bn.digital.br/hemeroteca. Acesso em: 11 set. 2019.

SANTOS, L. M. P.; BATISTA FILHO, M.; DINIZ, A.S. Epidemiologia da carência de Vitamina A no Nordeste do Brasil. **Bol. Sannit Panam.**, v. 120, n. 5, p. 525-537, 1996.

SEMBA, R. D. **Handbook of nutrition and ophthalmology**. Plymouth: Springer, 2007.

SEMBA, R. D. **The Vitamin A story: lifting the shadow of death**. Basel: Karger, 2012.

SHIELDS, D. **Book Farming**: Thomas Jefferson and the Necessity of Reading in the Agrarian South. Charleston: Univ South Carolina Press, 2016.

SILVA, Alberto da C. e. **A enxada e a lança**: a África antes dos portugueses. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

SILVA, L. S. História Cultural em ponto e contraponto: sobre a noção dos métodos e conceitos da história cultural. **Semiões**, v. 7, n. 1, 2013.

SILVA, O. P. A mineração em Minas Gerais: passado, presente e futuro. **GEONOMOS**, v.3, n.1, p.77-86. Disponível em: http://general.igc.ufmg.br/geonomos/PDFs/3_1_77_86_Silva.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

SIMONSEN, R. C. **História Econômica e Social do Brasil**. 6. ed. São Paulo: Cia Ed. Nacional, 1978.

SPIX, J. B.; MARTIUS, C. F. P. von. **Reisen im Brasilien 1817-1820**. München: Erster Theil, 1823. Disponível em: bbm.usp.br. Acesso em: 15 set. 2019.

STEWART, A. J.; DEVLIN, P. M. The history of small pox vaccine. **Journal of Infection**, v. 52, p. 329-344, 2006.

STRUNTZ, E. C.; SUCHDEV, P. S.; ADDISS, D. G. Soil-transmitted helminthiasis and vitamin A deficiency: two problems, one policy. **Trends in Parasitology**, v. 32, n.1, p.10-18, 2015.

TEUSCHER, R. **Algumas observações sobre a estadística sanitária dos escravos nas fazendas de café do Rio de Janeiro**. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro Rio de Janeiro: Typ. De Villeneuve, 1853.

TORRES HOMEM, J. V. **Lições de Clínica Médica**. Rio de Janeiro: Lopes e Veiga, 1882.

TOUSSAINT-SAMSON, Adèle. **Une parisienne au Brésil**. Paris: Paul Ollendorf editeur, 1883. Disponível em: bbm.usp.br. Acesso em: 21 set. 2019.

TYDEMANN, E.A., *et.al.* Effect of carrot microstructure on bioaccessibility in the upper gastrointestinal tract. **J. Agric. Food Chem.**, v. 58, n. 17, p. 9847-54, 2010.

US GOVERNMENT. Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. National Academies. **Dietary Reference Intakes (DRI's): Recommended Dietary Allowances in Vitamins**; 2001. Disponível em: www.nap.edu/catalog/10026.html. Acesso em: 20 nov. 2018.

VON BINZER, I. **Os meus romanos**: alegrias e tristezas de uma educadora alemã no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2017.

VON ESCHEVEGE, W. L. **Pluto Brasiliensis**: memórias sobre as riquezas do Brasil em ouro, diamantes e outros minerais. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1982. Disponível em: brasiliana.com.br/brasiliana/colecao/obras/138/pluto-brasiliensis. Acesso em: 11 maio 2019.

WHO. World Health Organization. **Global Prevalence of Pulmonary Tuberculosis and associate risk factors worldwide**. Genève: 2015 Disponível em: www.who.int. Acesso em: 20 dez. 2019.

WHO. World Health Organization. **Global Prevalence of Vitamin A deficiency in populations of risk**. Genève: 1995-2005. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 22 dez. 2019.

WILLIAN, E. **Capitalismo e escravidão**. 1. ed. traduzida. São Paulo: Cia. das Letras; 2012.

YALÉ, E. F. La vie quotidienne des esclaves sur l'habitation dans la Saint-Domingue française aux XVIII siècle: regards des planteurs, des voyageurs et d'autres européens. **Histoire**, p. 1-174; 2011.

