

**COMBATER A FOME OCULTA:
ENTENDIMENTOS MÉDICOS SOBRE CONSUMOS
ALIMENTARES E BEM-ESTAR EM PORTUGAL NO SÉCULO XX
FIGHTING HIDDEN HUNGER:
MEDICAL VIEWS ON FOOD CONSUMPTION
AND WELL-BEING IN PORTUGAL IN THE 20TH CENTURY**

LEONARDO ABOIM PIRES
Universidade de Lisboa, ICS | Universidade de Coimbra, CEIS20
leonardo.a.pires@uc.pt
<https://orcid.org/0000-0001-6033-350X>

Texto recebido em / Text submitted on: 05/07/2023
Texto aprovado em / Text approved on: 09/01/2024

Resumo:

Como é que os médicos observavam e analisavam a alimentação dos portugueses durante o século XX? Para responder a essa questão, neste artigo revisitamos a presença dos regimes alimentares no pensamento médico durante o Estado Novo. Concluímos que as ideias sobre a alimentação e a nutrição se enquadravam numa lógica de promoção de melhoria da sociedade, em que os médicos surgiam como agentes privilegiados na correção de condutas que eram entendidas como prejudiciais. A construção da sua identidade profissional e intervenção social era assim feita de forma a reconfigurar padrões quotidianos, numa abordagem que ultrapassava classes e regiões, compondo uma noção integradora do país.

Palavras-chave:

Pensamento médico; regimes alimentares; nutrição; Estado Novo.

Abstract

How did doctors view and analyze the diet of the Portuguese in the 20th century? To find the answer to this question, in this article we revisit the presence of the food regimes in Portuguese medical thought during the *Estado Novo*. We conclude that, being in close articulation with scientific development, the ideas about food and nutrition were framed in a logic of promoting the improvement of society, in which doctors emerged as privileged agents in the correction of conducts that were understood as harmful. The construction of their professional identity and social intervention was thus done in a way to reconfigure daily patterns, in an approach that went beyond classes and regions, composing an integrating notion of the country.

Keywords

Medical thought; food regimes; nutrition; *Estado Novo*.

Introdução

A alimentação é uma das bases essenciais e insubstituíveis à sobrevivência dos seres humanos enquanto espécie. Comer e beber constituiu uma força motriz e uma das constantes na história da Humanidade, estando impregnada no quotidiano com variações espaciais, cronológicas e culturais. Sendo óbvias as suas implicações no desenvolvimento físico e biológico dos seres humanos e na saúde das comunidades, a progressiva afirmação da ciência levou a que a alimentação integrasse considerações que se refletiram, com peculiar ocorrência, na medicina.

Este ensaio⁽¹⁾ tem como foco analítico averiguar como os médicos, do ponto de vista das ideias em presença, «estruturaram as práticas, as mais quotidianas, moldaram os corpos e regeram os comportamentos» (Garnel 2003: 214) alimentares no Estado Novo. Os médicos foram um elemento avaliador e mediador sobre os consumos das camadas da população, sendo frequente verificar-se que «todos os balanços calóricos de proteínas, vitaminas e minerais são de facto normalmente comparados com os ótimos alimentos oferecidos por higienistas e nutricionistas» (Aymard

(1) A investigação para o presente trabalho foi financiada pela FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito de uma bolsa individual de doutoramento (SFRH/BD/06506/2020).

1975: 431). Através dos discursos poder-se-á examinar a percepção desta classe sobre a alimentação, as carências e as formas de as suprir.

Para o cumprimento de tal objetivo seguiu-se o postulado segundo o qual «o corpo social restringe a forma como o corpo físico é percebido» (Douglas 1973: 93), em que é entendido como matéria derivada de uma construção intelectual, assente num discurso científico que serve como mecanismo de diferenciação dos indivíduos na sociedade. A forma física do corpo surge como fronteira entre um e outro sujeito, separando-os a diversos níveis «o privado do público, o invisível do visível, a natureza da cultura» (Brasão 1999: 20). Dada a influência que a alimentação exerce no desenvolvimento da saúde humana, esta pode ser considerada como um pretexto para uma melhor compreensão dos conceitos em torno da regulação do corpo. Historiograficamente, a perspetiva histórica do corpo conhece contributos significativos (Barreiros 2016; Crespo 1990; Braga, Pilla, 2022; Brasão 1999), embora do ponto de vista da relação corpo / alimentação este seja um campo no qual se revela uma ausência de trabalhos.

No que ao período cronológico se refere (as décadas de 1930 e 1970), foi um período no qual o regime alimentar português sofreu alterações, motivadas pelas consequências de um desempenho económico positivo e uma inserção internacional que motivou um maior escrutínio sobre as práticas alimentares (Amaral 1999; Braga 2022; Freire 2011; Pires 2018a). Geograficamente, a nossa análise centrar-se-á no espaço continental, excluindo as investigações produzidas para o contexto colonial embora existissem contribuições nesse sentido para África (Cruz 1950; Xabregas 1952) e Ásia (Figueiredo 1959). Para escrever a história destas visões dispomos, sobretudo, de fontes impressas. Entre as mais relevantes e que constituem a base de artigo são as publicações científicas que orbitaram na esfera da atividade médica, tais como *Clínica, Higiene e Hidrologia, Gazeta Médica Portuguesa, Jornal do Médico, Medicina Contemporânea, Portugal Médico*, entre outras. Também não foram ignorados outros contributos, nomeadamente inquéritos ou relatórios produzidos em ambiente académico, como dissertações e teses.

Discursos do poder médico e práticas políticas face à alimentação

A consolidação do poder médico e o seu empenho militante para a regeneração da sociedade era algo que vinha a consolidar-se desde

os finais do século XVIII, com a crescente credibilização da ciência. Perante as novas consciencializações da imagem do corpo humano, desenvolvidas a partir do objetivo de passar de um entendimento da doença e das respetivas curas para uma promoção da saúde, a importância da classe médica cresceu paulatinamente. A prevenção acabou por se converter num desígnio e para que tal fosse efetivado foi necessário construir as bases para reordenar as práticas sociais que colocavam em causa a saúde pública.

Não foram apenas os avanços científicos, desde os métodos de diagnóstico até aos tratamentos medicamentosos, que proporcionaram cambiantes na intervenção dos médicos. As condições nosológicas exigiam que os médicos tivessem um olhar atento sobre diferentes elementos, «o que implicava ter em conta a política, a economia, as diferenças entre a cidade e o campo» (Garnel 2007: 150). Além da construção de uma identidade profissional, que no segundo pós-guerra levou a um processo de especialização, «no sentido de divisão de competências e responsabilidades» (Costa 2009: 48), o paradigma higienista enformou as atitudes deste grupo. Houve uma valorização social que converteu a medicina num serviço público, cuja visão construída pelos médicos deve ser interpretada como uma forma de melhorar a sociedade. «São os médicos os técnicos a quem incube a defesa da saúde, quer individual quer colectiva» (Correia 1940: 217), assim o afirmava perentoriamente Fernando da Silva Correia. Daí que a preocupação em examinar a alimentação, a nutrição ou as vitaminas tenha sido pretexto para acentuar como estas temáticas eram fundamentais para uma compreensão global dos problemas que afetavam as comunidades.

Apesar dos reptos da classe médica, as entidades estatais seguiram «uma política minimalista no apoio aos mais desfavorecidos» (Alves e Carneiro 2013: 392), não demonstrando um empenho suficientemente convincente para a superação de problemas de saúde pública, alguns dos quais justificados pelos regimes alimentares praticados pela população portuguesa. A alimentação era visivelmente preterida face a outras vertentes. O combate a doenças como o sezonismo, a lepra ou a tuberculose tinha maior preponderância, inserindo-se na perceção do Estado Novo sobre a assistência na saúde⁽²⁾ que favorecia uma lógica

(2) Foram as leis publicadas para conferir cobertura legal à assistência médica como a luta contra a lepra (Decreto-Lei n.º 36450, de 2 de agosto de 1947); contra doenças contagiosas

sanitária e de manutenção da ordem. São disso exemplo as campanhas de luta antimalárica das décadas de 1930 e 1940 que acompanhavam a tendência europeia. Uma das críticas apontadas era a dispersão de serviços, repartindo-se entre o Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e de Bromatologia da Direcção-Geral de Saúde e outros organismos como o Ministério da Economia, o Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, a Inspeção-Geral dos Abastecimentos, entre outros. Aqui se pode vislumbrar a presença de um Estado que tem como finalidade «produzir o social e não proteger o indivíduo» (Rosanvallon 1990: 134), olhando as questões sanitárias como um todo, sem particularizar sujeitos.

Num momento em que a nutrição era entendida «como o «Problema nº 1» da moderna Saúde Pública» (Reis 1960: 25), alguns avanços foram sentidos. Em 1957, no Hospital de Santa Maria, foi criado o curso de dietistas, contando com nove cadeiras na sua estrutura curricular como Técnica Culinária, Tecnologia Alimentar e Bioquímica da Nutrição, justificando-se a pertinência da iniciativa com a «mudança radical na técnica das dietas e necessidade de eliminar técnicas alimentares condenáveis» (Forjaz 1957: 8). O estabelecimento de uma relação mais estreita entre práticas medicinais e hábitos alimentares levou a estudos conduzidos por Francisco António Gonçalves Ferreira e Maria Ernestina da Silva Graça de que resultaria a formação da Tabela de Composição dos Alimentos Portugueses, em 1961.

É desta maneira que se contabilizam convicções defensoras da criação de um organismo nacional coordenador de trabalhos sobre estes assuntos ou a fundação de um Instituto de Nutrição, com a capacidade de fazer investigação laboratorial e ensino (Ferreira 1952a). Anos mais tarde, outras sugestões foram feitas para a criação de um Gabinete de Iniciação e Divulgação Nutricional. Pensado para ficar na tutela do Ministério da Saúde e Assistência, os seus propósitos passariam «pela educação alimentar através de campanhas bem conduzidas por um corpo de médicos e visitadoras» para «ensinar o valor dos alimentos

(Lei nº 2036, de 9 de agosto de 1949); e contra a tuberculose (Lei nº 2044, de 20 de julho de 1950). Ainda antes, fora promulgado o Estatuto da Assistência Social (Lei nº 1998, de 15 de maio de 1944). Neste conjunto legislativo podem distinguir-se três modalidades de intervenção: «a assistência paliativa ou curativa (campo que procurava minorar ou curar os sofrimentos causados pela doença e ou miséria), a assistência preventiva (pelo combate das causas de doença e outros flagelos sociais) e a assistência construtiva (empenhada na melhoria das condições de vida)» (Garnel 2015: 409-410).

mais vulgares [...] entrar no domínio da economia doméstica [...] e procurar actuar sobre o senso administrativo de cada um» (Parreira 1972: 5). Só em 1976, com a criação do Centro de Estudos de Nutrição, é que foi concretizada esta ideia de uma unidade exclusivamente dedicada à vigilância alimentar e nutricional.

O governo do final da ditadura reavaliou o seu campo de ação, cujo terreno para o exercício da sua autoridade tinha de estar centrado na preservação da ordem vigente, e as novas sensibilidades que alastraram às instâncias políticas tornaram a saúde como um objeto político mais definido. A promulgação do Decreto-Lei nº 178/71, de 30 de abril de 1971, criou o Instituto de Acção Social Escolar, na dependência do Ministério da Educação Nacional. Atendendo aos preceitos legais, no artigo 7º, era dado destaque à questão alimentar, salientando-se a sua importância no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças e jovens, sendo «constantemente os erros que se cometem. Todos os dias encontramos crianças com deficiências que são causadas por uma má alimentação» (Soares, Monteiro 1972: 1). Para melhorar esta situação, o Estado criou os meios para um consumo alimentar racional nas escolas, solicitando a participação de profissionais de saúde e professores. No mesmo ano, o Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, fez nascer o Serviço de Educação Sanitária. De acordo com o artigo 36º, este pretendia «divulgar e promover a difusão de noções destinadas a ajudar o indivíduo e a família a alcançar e conservar a saúde por meio dos seus próprios actos e esforços», de forma a inculcar e promover melhores formas de alimentação no país. Estas iniciativas, inscritas nas políticas sociais marcelistas, atestam uma maior preocupação das entidades estatais na correção dos desequilíbrios dos regimes alimentares. Tal aspiração ia ao encontro da ideia de que «não basta ter mais alimentos para consumir; é preciso também aprender a consumi-los melhor. E a educação do consumo alimentar em Portugal está ainda por fazer» (Pereira 1964: 131).

Em síntese, filiando-se numa linha mais direccionada para a passagem de uma realidade baseada na doença para outra que vislumbrava os contextos socioeconómicos, a atitude estatal fez por abranger, nas suas políticas públicas, problemas até aí pouco relevantes, com incidência local e regional, como era a alimentação. Mais propriamente, foram criadas, organizadas e reformuladas as competências dos organismos públicos, expressão desse maior interesse governativo na interação entre regime alimentar e saúde pública.

Nutrição, padrões alimentares e disciplina do corpo

Da combinação entre «um melhor conhecimento das doenças e da sua patogenia, o crescimento dos recursos económicos e a vontade política» (Tubiana 2000: 347), a correspondência entre alimentação e saúde estreitou-se no século XIX⁽³⁾ notando-se, desde os primeiros anos desta centúria, a publicação de trabalhos em que «uma boa parte dos médicos não hesitou em ver na má alimentação das populações a responsabilidade pela existência de muitas doenças» (Braga 2000: 117). Com o avanço das tendências discursivas e das práticas, já no século XX, novas abordagens foram sendo geradas, fruto de um melhoramento da ciência médica em correlação com as intenções de alterar e corrigir padrões de consumo. Poder-se-á falar na afirmação da medicina social enquanto «aplicação da ciência e da arte da medicina aos agrupamentos humanos, às várias sociedades» (Garrett 1952: 104).

Para estas mudanças contribuiu o impacto de organizações internacionais como a *Food and Agriculture Organization* (FAO) que estabeleceu um quadro normativo sobre a alimentação através das chamadas *Recommended Dietary Allowances*. Seguindo as regras prescritas pela *National Nutrition Conference*, em 1941, estas eram adaptadas a cada estado-membro, onde se incluía Portugal. Mais tarde, em 1957, a Organização Mundial de Saúde e a FAO adotaram esse ano como pretexto para «chamar a atenção do Mundo [sobre] «A Alimentação e a Saúde»» (Forjaz 1957: 13) seguindo-se, em 1963, a organização, sob a égide da FAO, do I Congresso Mundial da Alimentação e da Semana Mundial da Fome, demonstrando como a alimentação se tornava cada vez mais presente no debate público.

Foi após a Segunda Guerra Mundial, principalmente a partir de 1950, que se deu «a todos os níveis a passagem definitiva para regimes dietéticos baseados nas proteínas «nobres»» (Sorcinelli 2001: 380). Assistiu-se à introdução e divulgação de produtos que até aí se encontravam arredados ou praticamente inexistentes da mesa da maioria dos portugueses, como óleos vegetais, margarinas, peixe congelado, e que podiam ser agrupados em diferentes grupos (Figura 1). Além disto, o aumento do consumo de carne, de leite e de frutas foram algumas das mutações a que se assistiu na fase final do Estado Novo e a que o pensamento médico não ficou alheio, embora a atenção sobre a nutrição já tivesse despertado anos antes.

(3) Para uma análise a este tema ver Crespo 1990: 247-257.

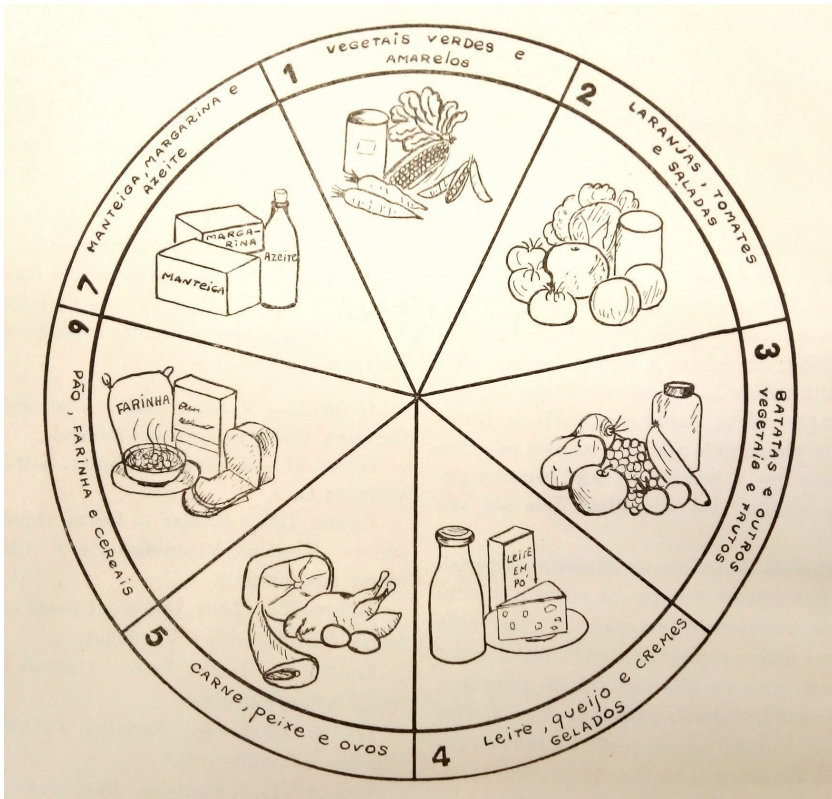


Figura 1 – Os sete grupos básicos da alimentação.
Fonte: Dantas 1956: 123.

No começo do século XX, as observações de nutrição em Portugal encontravam-se num estado muito inicial. Estas estavam inseridas dentro das ideias vegetarianas e naturistas⁽⁴⁾, difundidas por médicos como Augusto Ardisson Ferreira e Amílcar de Sousa, sendo este último fortemente crítico do consumo de álcool, tabaco e carnes e que à data da sua morte preparava uma obra sobre vitaminas que ficou incompleta⁽⁵⁾.

(4) Sobre o vegetarianismo em Portugal ver Braga 2022: 291-319.

(5) Uma abordagem biográfica sobre o médico pode ser lida em Braga 2019.

Os primeiros estudos mais elaborados sobre nutrição foram realizados por João Maia Loureiro que alcançou reconhecimento internacional enquanto investigador em Berlim, Zurique, Londres, Paris e Baltimore, ao abrigo de bolsas do Instituto de Alta Cultura. Desde os anos 30 que este médico examinou estas matérias, redigindo publicações científicas que colocaram a investigação realizada em Portugal no seio da comunidade internacional (Loureiro 1931). Importa evocar a sua participação em certos eventos como a conferência que proferiu no Instituto de Biologia Físico-Química de Paris, em maio de 1934, intitulada *Importância higiênico-social do estudo científico da alimentação*, na qual alertou para o facto de que «a alimentação para a maioria da gente só se apresenta como problema, quando escasseiam os meios financeiros de o resolver» (Loureiro 1934: 221). A sua morte prematura, em 1949, limitou a prossecução de mais investigações, embora certos colaboradores, como Moura Monteiro e Ivone Rodrigues, tenham continuado a ampliar os trabalhos sobre as ciências da nutrição. Nos anos seguintes outros ensaios versaram sobre

os princípios imediatos e alguns minerais dos principais tipos de queijo consumido em Portugal (M^a Ernestina S. Graça e Raquel C. Almeida) [Graça & Almeida 1948] e o da riqueza em vitamina A e caroteno da manteiga de diversas regiões do País (Janz e Gabriela Pinto) [Janz & Pinto 1949] (Ferreira 1952b: 35).

Mais tarde, Fernando da Conceição Rocha Faria, nutricionista do Ministério da Economia, encetou um dos mais sólidos contributos sobre a questão alimentar em Portugal e cujos resultados foram dados à estampa, em 1950, no livro *O Problema Alimentar Português*. Este médico realizou um levantamento estatístico contemplando a dimensão demográfica, a produção e o consumo de produtos desde os cereais panificáveis até ao mel, passando pelo bacalhau seco e salgado, conservas e animais de capoeira. Além do volume de informação recolhida, existiu um claro esforço em realizar uma perspectiva comparada com outros países da Europa Ocidental e Rocha Faria procurou concitar os elementos necessários para fazer uma tabela portuguesa de composição de alimentos, algo já feito em Espanha e França. Entre os aspetos mais relevantes desta obra está a criação de uma ««ementa-tipo» que pode considerar-se suficientemente equilibrada» (Faria 1950: 151) os cálculos do valor nutritivo (por

unidade de consumo e capitação), as porções edíveis e as estatísticas dos géneros alimentícios disponíveis.

A investigação realizada pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia da Direcção-Geral de Saúde também deve ser convocada nesta análise. Foi ao abrigo deste organismo que Bernardino de Pinho e Fausto Cruz de Campos fizeram inquéritos alimentares de grande extensão: um entre os operários da Fábrica de Louça de Sacavém (1949); dois entre famílias rurais do Minho e Ribatejo (1950); e um nas cantinas das escolas primárias (1957). Estes esforços apresentam uma preocupação mais sociológica, que se coloca num plano mais generalizado, havendo similitudes com as monografias produzidas pelo Instituto de Serviço Social que foram «a síntese das motivações científicas deste programa de investigação renovado» (Ágoas 2021: 253). Fora do sector estatal outros inquéritos foram feitos, nomeadamente, o que foi realizado por Almeida Soares entre a população rural do Vale d'Este (Braga) (1945-46) e outro junto da população estudantil do Porto (1969-70).

Numa época em que os hábitos de consumo se alteravam, identicamente, as formas de conservação dos alimentos atraiu as atenções. Isto era algo que era debatido há anos e de que o Congresso Internacional para a Repressão das Fraudes, realizado em Genebra, em 1908, é exemplo. Já em Portugal, alguns organismos mostraram iguais preocupações como o Consórcio Português de Conservas de Peixe, onde nos seus laboratórios se fizeram «milhares de análises aos azeites, à sardinha e, sobretudo, ao problema do chumbo presente nas latas depois de esterilizadas» (Henriques 2022: 99), ou a Junta Nacional das Frutas que «começou a fomentar estudos bacteriológicos sobre o tomate, em 1946» (Pires 2018b: 101) para o seu uso em conservas. Perante a importância que os enlatados iam ganhando e demonstrado o valor que as conservas vegetais, de carne ou de peixe tinham na alimentação humana, as preocupações sanitárias e a apologia a uma fiscalização sanitária mais apertada tornaram-se mais presentes no discurso médico. Tratava-se de uma afirmação categórica da defesa do consumidor e da luta contra intoxicações. É neste âmbito que a classe médica entendia que «para combater eficazmente os agentes que alteram os alimentos, é necessário conhecer as suas propriedades, e sobretudo a acção dos agentes físicos e químicos sobre o seu desenvolvimento» (Brazão 1951: 220).

Apesar de alterações significativas, alguns fatores eram elencados para as dificuldades na correção dos hábitos alimentares. Entre estas contavam-se, além das assimetrias sociais e dificuldades de acesso,

costumes ou hábitos alimentares, muitas vezes altamente perigosos e responsáveis em certas regiões por doenças endémicas; ignorância do valor dos alimentos no que respeita aos seus contribuintes para o organismo [...] factores psicológicos, que interferem na escolha dos alimentos (Dantas 1956: 121).

Sendo fatores identitários regionais e culturais, o enraizamento de certas práticas mostrava que a sua aptidão para a mudança seria muito reduzida. Assim, António Almeida Garrett era categórico: «impõe-se, para todos, uma ampla e intensa campanha de higiene alimentar, elucidando sobre os prejuízos das dietas alimentares e sem correspondência energética com as necessidades orgânicas» (Garrett 1957: 413).

Num estudo de Francisco António Gonçalves Ferreira, a alimentação, para as diversas fases de uma pessoa, teria de ser pautada por valores nutricionais, entendidos como equilibrados. Vejamos o caso da infância e adolescência, presente na Tabela 1.

Tabela 1 – Rações alimentares equilibradas para crianças e jovens (gramas por dia)

Idades (anos)	Leite	Carne, peixe e ovos	Azeite	Pão	Legumes secos	Batata	Legumes verdes	Frutos frescos
Crianças								
2/4	750	50	10	60	3	70	130	70
4/6	600	50	10	80	5	100	175	100
6/10	600	105	10	150	10	150	250	150
Adolescentes								
10/12	600	125	10	250	10	200	275	150
12/15	500	160	15	300	20	300	300	150
15/20	500	200	10	400	30	350	350	170

Fonte: Ferreira 1952b: 10.

A alimentação nas escolas primárias estava no seio das preocupações médicas, concluindo-se a insuficiência proteica das refeições feitas em ambiente escolar. Por exemplo, no Porto foi sugerido que «a refeição fosse servida todos os dias da semana, sem exclusão dos sábados, e que se prolongasse desde o início ao final do ano lectivo» (Parreira 1959: 654). Para colmatar as carências nutritivas, era proposto que a farinha de soja fosse incorporada na feitura do pão e da sopa, mas também farinha de peixe, bem como a administração de óleo de fígado de bacalhau, atendendo ao «grande número de linfáticos existentes na frequência escolar» (Parreira 1959: 656).

O enfoque médico alastrava ao período do pós-parto e de lactação das mães. Uma das questões levantadas era sobre a alimentação artificial da lactente. Esta era uma temática discutida no século XIX para «encontrar o mais adequado substituto do leite de peito, sem causar prejuízos às crianças» (Crespo 1990: 254) concluindo-se que uma das opções passaria pela substituição do leite materno pelo de animais como as cabras⁽⁶⁾. Já no período novecentista, em 1923, foi introduzido um leite em pó semi-gordo com adição de hidratos de carbono, o Nestogeno, que demonstrou vantagens neste processo. Em 1955, foram conduzidas experiências com um leite da Casa Nestlé, o Semilco, mostrando que ambos eram melhores que a administração do leite de vaca fresco. As crianças alimentadas a Semilco tinham um aumento semanal de peso de 134 gramas; já as que eram aleitadas por leite de vaca tiveram um aumento de 90 gramas semanais. O leite artificial mostrou ter claras vantagens, mas o seu uso deveria estar reservado «a lactentes assistidas por pediatras ou internistas com conhecimento perfeitos de dietética infantil» (Ferreira, Pimentel 1955: 11). O saber científico apresentava a sua superioridade face a um certo conhecimento empírico das mães.

Retomando o estudo de Gonçalves Ferreira, focando agora os adultos, a configuração da alimentação englobava outros componentes (Tabela 2). Os conselhos médicos reforçavam a utilidade de produtos como os frutos frescos e o leite, adquirindo importância nos diferentes tipos de pessoas analisados, uma vez que «o leite é alimento único para as crianças, indispensável na adolescência e excelente nos adultos» (Pinho 1948: 98). Para as camadas mais velhas da população era sugerido que, à

(6) Sobre este tema ver Abreu 2016.

parte da ingestão de vitaminas, alguns alimentos constituíssem «a chave do problema alimentar das pessoas idosas» (Ferreira 1959: 45) como leite, vegetais verdes, frutos, queijo, peixe e carne magra.

Tabela 2 – Rações alimentares equilibradas para adultos (gramas por dia)

Categoria	Leite	Carne, peixe e ovos	Azeite	Pão	Batata	Legumes verdes	Frutos frescos	Vinho
Actividade média	350	145	30	400	300	300	150	250/500
Trabalhador de força média	400	145	40	600	350	350	200	500/1000
Mulher grávida	750	140	10	400	350	350	250	250/500
Mulher em aleitamento	1000	140	20	400	400	400	300	250/500

Fonte: Ferreira 1952b: 10.

A importância das vitaminas na compreensão das dietas

Como se observou, foram feitos trabalhos elucidativos sobre os benefícios e malefícios da ingestão de produtos e alimentos e aqui surge a importância das vitaminas, tema premente desde a formulação deste conceito, em 1911, por Casimir Funk⁽⁷⁾. Internacionalmente também foram dados passos nesse âmbito com a criação da *Health Organization of the League of Nations*, em 1921, e a publicação de relatórios anuais sobre nutrição.

Em Portugal, as vitaminas foram sendo alvo de reflexão. Em dezembro de 1925, M. Ferreira de Mira proferiu uma conferência na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em que traçou uma sinopse sobre a importância das vitaminas, focando casos de estudo nacionais e internacionais. Sublinhava que era relevante ter em consideração que se realizaram «por motivos de circunstâncias económicas difíceis durante

(7) Sobre o impacto desta descoberta veja-se Piro et al. 2010.

a guerra, e para muitas classes, difíceis também em tempo de paz» e que as «doenças de carência no meio europeu são um produto da civilização» (Mira 1926: 17). As implicações que as carências vitamínicas despoletavam constituíam a base para mostrar a importância de uma alimentação equilibrada. Esta consciencialização ocorria dado o reconhecimento de que «o erro dietético cometido nas crianças e adultos produz consequências graves, quando faltam na alimentação os factores acessórios; compromete-se não só o presente, mas o futuro» (Santos 1929: 3).

Pouco depois, em 1932, foi realizada por António Meliço Silvestre uma dissertação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra subordinada à *Higiene da alimentação: contribuição ao estudo das vitaminas*. A sua principal preocupação era encarar o provimento das condições para satisfação das necessidades do ser humano, não esquecendo que eram os alimentos as «substâncias introduzidas no nosso organismo para fazer face às despesas resultantes dos actos vitais» (Silvestre 1932: 21). Dessa forma, a alimentação devia

ser abundante em sais minerais e, como faltam alguns nas sementes, nos tubérculos e na carne, necessário se torna completar uma ração alimentar formada por estas substâncias, com folhas de vegetais, ovos, órgãos glandulares, elite e seus derivados (Silvestre 1932: 167).

A atenção sobre vitaminas e dietas alimentares foi reforçada durante a Segunda Guerra Mundial, em que a «sua sonoridade aliciante» tornava as vitaminas no «*alpha* e o ómega da ciência da nutrição» (Loureiro 1941: 100). Ainda que determinados prognósticos vaticinassem que «dentro de alguns anos [vitaminas e avitaminoses] desapareçam do vocabulário científico» (Morato 1941: 100), o interesse permaneceu. O estudo elaborado por Maria de Lourdes Oliveira, intitulado *As vitaminas na alimentação* (1942), é um exemplo dessas preocupações. Além da definição do que são vitaminas, quais as mais importantes e as respectivas propriedades de cada uma, neste trabalho são expostas regras para manter o equilíbrio vitamínico do corpo. Concluía-se que «as refeições devem ser combinadas de modo que em cada uma delas entrem alimentos fornecedores de energia e alimentos protectores» (Oliveira 1942: 8). A autora estava atenta às diferenças sociais pois «para as pessoas com poucos meios nem sempre é fácil obter alguns dos produtos mais caros» (Oliveira 1942: 9). Eram propostas variações como

substituir caldos de carne por caldos de legumes e hortaliças ou certos peixes, como o carapau, «que é muito barato no nosso País, prestam-se a grelhar e com um pouco de manteiga fazem um prato muito saudável e rico para as crianças» (Oliveira 1942: 9).

Um outro exemplo deu-se com a obra de Mário Monteiro Pereira, *As vitaminas*, em 1943, e inserida numa coleção designada «Biblioteca de Iniciação Médica», assinalando um intuito de divulgação científica entre o grande público. Dedicava uma análise aos tipos de avitaminoses existentes em Portugal, fornecendo elementos para a compreensão de como era feita a alimentação. A principal razão para que estas fossem frequentes sobrevinha da «exclusividade ou grande predominância no regime de um só alimento» (Pereira 1943: 177). Como a alimentação da população rural era «pouco rica em gorduras com a vitamina A», em que o leite, a manteiga e os ovos estavam quase ausentes, «a compensação da ausência de gorduras vitaminas deve ser dada pela carotena dos legumes», o que ocorria porque os trabalhadores rurais «comem alguns legumes como as couves e feijão, e é frequente as crianças comerem cenouras cruas, rabanetes e agriões» (Pereira 1943: 171). Na avitaminose D uma das resoluções passava pela «distribuição mais abundante dos ovos pelas populações trabalhadoras» (Pereira 1943: 175). Nas cidades «muitas pessoas têm prisão de ventre habitual e há também bastantes casos de anorexia» (Pereira 1943: 176), o que era causado pela deficiência em vitamina B1, sem esquecer como a falta de vitamina C potenciava casos de escorbuto, além da «falta de resistência às infecções, a má dentição e a insuficiência do crescimento» (Pereira 1943: 180). Por fim, «em muitas terras do Minho, Douro e Beiras, os homens do campo, além do pão, comem apenas um pouco de caldo de couves e feijões e meia dúzia de sardinhas pequenas» evidenciando a ausência da vitamina P.P. que originava o aparecimento de casos da pelagra, principalmente no Minho, «onde os casos se contam por milhares» (Pereira 1943: 178), apresentando características endémicas. Para tal, a introdução de uma porção diária de bacalhau, carne e maior variedade de legumes e vegetais era necessária. A ausência desta doença em algumas localidades, como a de Pombal e de Basto era atribuída «pelo consumo exagerado de vinho que aumenta consideravelmente o consumo de vitamina PP» (Campos 1955: 244).

É relevante verificar que nos anos da Segunda Guerra Mundial os estudos e livros de divulgação sobre as vitaminas ganham um lugar

mais destacado. Num tempo em que os hábitos alimentares foram fortemente condicionados pelas perturbações no abastecimento e consumo, a classe médica encetou um esforço visível para a observação dos fatores determinantes para que as necessidades energéticas e tróficas do corpo não se vissem afetadas por este contexto de confrontação bélica global.

Ideias e olhares médicos sobre a alimentação quotidiana

Se atendermos à realidade social portuguesa do pós-guerra, o que se destaca é o gradual contraste entre as urbes que se expandiam e os meios rurais imersos num atavismo de difícil superação. Tal dualismo encontrava consequências na alimentação, que estava dependente de fatores que a moldam como as atividades profissionais, a gestão pública, as infraestruturas de abastecimento⁽⁸⁾ ou a sazonalidade da produção agrícola. Sociologicamente, se nos grupos mais abastados, em que se «come excessivamente, dilatando o estômago e cansando o fígado e os rins» (Correia 1938b: 134), havia a «necessidade de corrigir a tendência para certos excessos alimentares»; nos estratos mais pobres que eram «uma massa mais considerável» era necessário combater a «subalimentação mais ou menos permanente» (Ferreira 1952b: 59) na qual estavam ausentes produtos como leite, hortícolas, carne, peixe e ovos. As complexidades em mudar tal situação partiam da:

grande variedade de alimentos, especialmente nas cidades em que os novos e rápidos meios de transporte e processos de conservação assim o permitem [...] pouca variedade de alimentos em regiões de difícil acesso, predominando na alimentação alimentos que não correspondem às necessidades básicas do organismo (Dantas 1956: 121).

É neste sentido que se encontram trabalhos que reproduziam lógicas discursivas assentes nas especificidades que caracterizavam os campos e as cidades. Como Gérard Vincent referiu «ao «vapor» das classes superiores opõe-se o carácter «pesado» (em sentido digestivo) das classes

(8) Para uma leitura introdutória sobre esta questão ver Pires 2022.

inferiores» (Vincent 1991: 318). Além das aludidas dificuldades, a classe médica notava que ela própria tinha contingências. Era acentuado que

se querem resolver o problema da assistência médica a todos os portugueses tem de considerar quanto custa ser médico rural e compensá-lo em medida igual à conferida ao médico dos meios urbanos; sem isso nada feito (Garrett 1960: 298).

A importância que foi dada à alimentação nos meios rurais poderia ter outras explicações. Para Fernando Namora, e partindo da sua experiência pessoal, isto advinha do facto de se estabelecer uma relação forte entre médicos e camponeses, levando a que se observe «a complexidade dramática do doente [...] um mundo palpitante que só ao médico se desnuda e que a ele se prende» (Namora 1950: 193).

O conhecimento dos regimes alimentares do campesinato era uma faceta importante na compreensão total das dinâmicas do meio rural. Além de que «a principal característica dos regimes alimentares rurais é a monotonia» (Société des Nations 1939: 5), podia-se acrescentar que esta se devia a uma «costuma miséria ou porque só aufere ganhos suficientes quando trabalha, e só trabalha parte do ano» (Garrett 1957: 406). Esta monotonia resultava de um consumo preponderante de cereais (trigo, centeio, aveia) com pouca diversificação face a outros produtos como carne, peixe ou fruta. A importância dos cereais aponta para um padrão comum na Europa do Sul, onde «a escolha tende a ser uma dieta de alta quantidade (calorias) em vez de uma dieta de alta qualidade (proteínas)» (Stolz, Baten, Reis 2013: 566), o que levava a que em Portugal existisse durante um largo período temporal um grande consumo de pão e um menor de carne. Por exemplo, os trabalhadores agrícolas do Norte (Porto, Vila Real e Braga) incluíam nos seus jantares, tomados ao meio-dia, caldos (de unto, de azeite ou verde), batatas, broa e couves ou feijão (Garrett 1936: 427-437). Por essa razão era indispensável uma modificação da alimentação para uma melhor introdução «de proteínas de origem animal, de fósforo, de cálcio e vitaminas», introduzindo outros elementos nas dietas das populações rurais, abandonando o «consumo de açordas e outros pratos constituídos quase exclusivamente por pão» (Mira 1948: 391-392).

O consumo de vinho é, incontornavelmente, mencionado nos trabalhos médicos. No panorama nacional, e não obstante a tendência

estrutural proveniente das décadas anteriores, foi nos anos 30 que o consumo de vinho aumenta consideravelmente (ver Tabela 3), a que não foi alheia a intervenção do Estado, de modo a cumprir determinados desígnios de cariz autárcico. Como ideia principal encontra-se a de que «os trabalhadores musculares, especialmente nos campos, consomem quantidade de vinho muito superior ao valor do consumo médio e que o consideram um alimento normal» (Ferreira 1956: 18).

Tabela 3 – Consumo médio de vinho comum por habitante

Anos	Quantidade (litros)
1916-1925	50,3
1926-1935	87,2
1936-1945	104,7
1946-1955	92

Fonte: Ferreira 1956: 17.

Sendo um dos elementos mais presentes no quotidiano, as bebidas alcoólicas encerravam uma dimensão social. Em doses excessivas eram potenciadoras de comportamentos disruptores da ordem das comunidades facilitando, estimulando ou exacerbando atitudes que, uma vez exteriorizadas, se precipitavam em transgressões e «a embriaguez era frequente, em especial aos domingos e dias santificados» (Casção 2011: 68). Surge assim uma certa ambiguidade: se o Estado encorajou o consumo do vinho, com objetivos económicos, a atitude social passou de tolerante a crítica destas dependências. A construção de regras alimentares era feita num duplo sentido: criar regras condicentes com princípios de ordem biológica (preservação da saúde) e formatar questões de ordem cultural (idealização de modelo de convivência que excluísse excessos). Os médicos foram convocados neste esforço de equilíbrio entre as esferas pública e privada, esboçando considerações reveladoras dos impactos nocivos do consumo desmesurado de álcool. Já no século XIX, a ideia prevalecente entre a classe médica era a que os males do alcoolismo se deviam não ao vinho, mas sim às bebidas destiladas.

Fernando da Silva Correia, além do mapeamento nacional do alcoolismo (Figura 2), demonstrou que se bebia mais nas regiões onde a colheita de vinho era maior, mas que eram «as classes marítimas, os operários e os trabalhadores

rurais são dos que mais abusam do vinho», que «o abuso de destilados predomina nas classes menos pobres» e, por fim «a luta contra o uso de vinho em crianças é um dos elementos mais importantes da puericultura» (Correia 1938a: 24). Este flagelo era potenciado pela «alcoholização das mulheres» e «de crianças e a impunidade dos pais que para ela contribuem» (Correia 1938b: 276). Aqui se observa como os conselhos dos agentes sanitários partiram de «um discurso higienista mais amplo, que condenava o alcoolismo e pretendia erradicar esse e outros vícios» (Freire 2010: 320).

Conclusões

As mudanças decorrentes da evolução científica criaram as bases para que práticas quotidianas, enraizadas pela passagem do tempo e condicionadas por diferentes fatores, fossem vistas como prejudiciais para a saúde pública. Os corpos passam a ser compreendidos por «um olhar anátomo-fisiológico» (Brasão 1999: 171) e um dos observatórios para isso foi a alimentação. No âmbito da ordenação e manutenção do corpo, o poder médico, quase como arauto da modernidade, pretendeu disciplinar regimes alimentares através de um saber científico que se foi apurando e que estava contextualizado nas mudanças socioeconómicas operadas no período em estudo. A construção de um equilíbrio entre consumo alimentar e condições de saúde foi sendo formulada por um conjunto de especialistas que não esgotaram os seus trabalhos numa classe social, numa região ou numa faixa etária.

Quando o centro da análise era a alimentação sobressaíram duas vertentes: os impactos na biologia humana e o estudo do modo de vida, sendo os corpos o mirante ideal para esboçar uma moderna abordagem sobre aspetos da vida privada e das comunidades. Vínculos antigos que os hábitos alimentares tinham consolidado, como o consumo de vinho, foram sendo abordados com uma preocupação, já consideravelmente enunciada nos séculos XVIII e XIX, na qual se sugere um esforço de reordenação do quotidiano. Entre o público e o privado, os médicos constituíram-se como figuras determinantes na reprodução de entendimentos técnico-científicos sobre como a comensalidade e a alimentação deviam ser praticadas. Foram similarmente as variações alimentícias entre grupos, nas quais entravam em conta fatores regionais, que ofereceram o subterfúgio para observações médicas sobre a realidade social, em que a crescente intervenção do Estado foi justificando as leituras feitas pela classe médica.

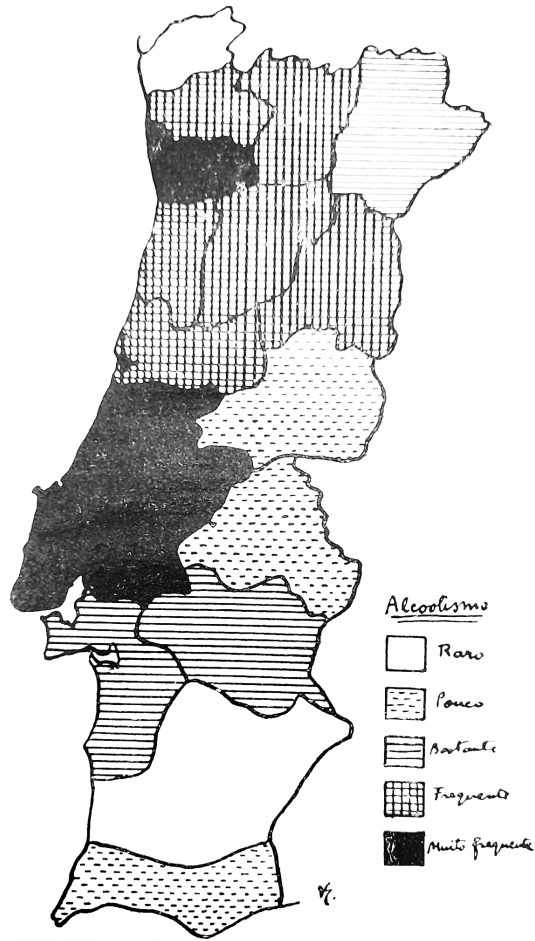


Figura 2 – Distribuição do alcoolismo por distritos.
Fonte: Correia 1938: 8.

Em síntese, e do ponto de vista dos conceitos sobre esta faceta do cotidiano, pode ser depreendido que os regimes alimentares constituíram um campo sujeito a modificações significativas. Para fundamentar as suas ideias, os médicos abriram um leque de investigações, não se esgotando nos temas estritamente científicos, que

num esforço persistente, formaram um quadro analítico, apresentando provas inequívocas de quais os caminhos a percorrer para a melhoria da alimentação e do bem-estar em Portugal.

Referências Bibliográficas

Fontes impressas

- Brazão, Luís Navarro (1951). "O calor na conservação dos alimentos", *Imprensa Médica*, XV, 12, 219-226.
- Campos, F. L. Cruz de (1955). "Carências alimentares no continente português", *Clínica, Higiene e Hidrologia*, XXI, 8, 237-245.
- Correia, Fernando da Silva (1938a). *Alguns aspectos do problema do alcoolismo em Portugal*. Lisboa: Imprensa Médica.
- « — » (1938b). *Portugal sanitário (subsídios para o seu estudo)*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde Pública.
- « — » (1940). "A responsabilidade dos universitários na sanidade da nação", *A saúde escolar: revista médica e pedagógica*, 5, 35, 209-226.
- Cruz, João Agostinho (1950). "Regime alimentício em Cabo Verde e o seu valor biológico", *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, 7, 337-395.
- Dantas, Louise Cohen da Cunha Telles (1956). "Os sete grupos básicos da alimentação", *Gazeta Médica Portuguesa*, IX, 1, 121-123.
- Faria, Fernando da Conceição Rocha (1950). *O problema alimentar português: subsídios para a sua resolução*. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Agrícolas.
- Ferreira, Nuno Cordeiro, Pimentel, Francisco Varela (1955). "O leite em pó semi-gordo na alimentação artificial do lactente", *Jornal do Médico*, XXVIII, 802-805, 3-11.
- Ferreira, Francisco António Gonçalves (1952). "Panorama dos estudos da nutrição em Portugal", *Clínica, Higiene, Hidrologia*, XVIII, 2, 35-37.
- « — » (1952). "Normas gerais da alimentação racional nas diferentes idades e situações fisiológicas", *Clínica, Higiene, Hidrologia* XVIII, 3, 59-71.
- « — » (1956). *O vinho e o problema alimentar do álcool*. Lisboa: Tipografia da L.C.G.G
- « — » (1959). "As bases da nutrição e da dietética em geriatria", *O Médico*, X, 383, 37-45.

- Figueiredo, J. M. Pacheco de (1959). "Contribuição para o estudo do problema de alimentação na Índia portuguesa e a sua influência sobre a saúde", *Arquivos da Escola Médico-Cirúrgica de Goa*, 32, 105-205.
- Forjaz, António Pereira (1957). "Alimentos-Medicamentos", *Anais Azevedos*, IX, 1, 8-14.
- Garrett, Almeida (1936). "Hábitos alimentares no Norte de Portugal", *Portugal Médico*, XX, 10, 427-437.
- « — » (1952). "Estruturação da medicina social", *Portugal Médico*, XXXVI, 2, 104-115.
- « — » (1957). "Para uma alimentação racional", *Portugal Médico*, XLI, 7, 389-413.
- « — » (1960). "Assistência e médicos rurais", *Portugal Médico*, XLIV, 4, 298.
- Graça, Maria Ernestina S., Almeida, Raquel C. (1948). "Contribuição para o estudo da composição química e valor nutricional dos queijos nacionais", *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, III, 81-186.
- Janz, Gonçalo J., Pinto, Gabriela C. (1949). "Contribuição para o estudo do teor em caroteno e vitamina A das manteigas portuguesas", *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, IV, 83-96.
- Loureiro, João Maia (1931). "Quelques points importants à considérer dans l'étude expérimentale de l'alimentation", *Arquivo de Patologia*, III, 1, 72-102.
- « — » (1934). "Importância higiénico-social do estudo científico da alimentação", *Medicina Contemporânea*, LII, 27, 221-224.
- « — » (1941). "Como deve ser hoje encarado o conceito de vitaminas", *Clínica, Higiene, Hidrologia*, VII, 4, 95-100.
- Mira, Ferreira de (1926). *As vitaminas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- « — » (1948). "Inquérito à alimentação e condições sanitárias do pessoal numa exploração agrícola", *Gazeta Médica Portuguesa*, 2, 371-393.
- Morato, Xavier (1941). "Noções gerais acerca de vitaminas e avitaminoses", *Clínica, Higiene, Hidrologia*, VII, 4, 100-104.
- Namora, Fernando (1950). "Profissão médica – varanda sobre a vida", *Portugal Médico*, XXXIV, 8, 192-194.
- Oliveira, Maria de Lourdes (1942). *As vitaminas na alimentação*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Agrícolas/Ministério da Economia.
- Parreira, Ludgero Lopes (1959). "A refeição nas cantinas escolares do Porto", *Jornal do Médico*, XL, 880, 654-656.

- « — » (1972). “A alimentação e a produtividade: Gabinete de Iniciação e Divulgação Nutricional”, *Jornal do Médico*, LXXVIII, 1505, 288-289.
- Pereira, Mário Monteiro (1943). *As vitaminas*. Lisboa: Editorial Inquérito.
- Pereira, Raul da Silva (1964). “O Problema Mundial da Alimentação e o caso português”, *Análise Social*, 2, 5, 119-131.
- Pinho, Bernardino de (1948). “O leite alimentar como problema sanitário”, *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, IV, 97-122.
- Reis, Carlos Santos (1960). *A nutrição e a saúde pública portuguesa*. Lisboa: Centro de Estudos Demográficos.
- Santos, João António Correia dos (1929). *O que são as vitaminas*. Lisboa: Laboratório do Iodal.
- Silvestre, António Melo (1932). *Higiene da alimentação: contribuição ao estudo das vitaminas*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Soares, Manuel Júlio Filgueiras, Monteiro, Maria Helena Brito (1972). *Alimentação racional*. Lisboa: Instituto de Acção Social Escolar / Ministério da Educação Nacional.
- Société des Nations (1939). *L'alimentation des populations rurales en Europe*. Geneve: Comité d'Hygiène.
- Xabregas, Joaquim (1952), “Considerações sobre a alimentação dos indígenas de Angola”, *Actividade Económica de Angola*, 31-32, 133-157.

Bibliografia

- Abreu, Laurinda (2016). “Portuguese experiences of artificial infant feeding in the late eighteenth century”, *Food & History*, 14,1, 55-79. <https://doi.org/10.1484/J.FOOD.5.113855>
- Ágoas, Frederico (2021). “Continuity through change: State social research and sociology in Portugal”, *History of the Human Sciences*, 34, 3-4, 243-265. <https://doi.org/10.1177/0952695120922099>
- Alves, Jorge Fernandes, Carneiro, Marinha (2013). “Estado Novo e discurso assistencialista (1933-1944)”, *Estudos do Século XX*, 13, 333-353.
- Amaral, Luciano (1999). “Alimentação”, in António Barreto e Maria Filomena Mónica (coord.), *Dicionário de História de Portugal: suplemento (1926-1974)*. Porto: Figueirinhas, v. 7, 87-89.
- Aymard, Maurice (1975). “Pour l’histoire de l’alimentation: quelques remarques de méthode”, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 30, 2-3, 431-444.

- Barreiros, Bruno (2016). *Concepções do corpo no Portugal do século XVIII: sensibilidade, higiene e saúde pública*. Famalicão: Húmus.
- Braga, Isabel Drumond (2000). *Portugal à mesa: alimentação, etiqueta e sociabilidade (1800-1850)*. Lisboa: Hugin.
- Braga, Isabel Drumond (2019). *Das origens do vegetarianismo em Portugal*. Lisboa: BNP.
- « — » (2022). *Vida familiar à mesa: Portugal, 1914-1945*. Lisboa: CTT - Clube de Colecionadores dos Correios.
- « — »; Pilla, Maria Cecília Barreto Amorim (eds.) (2022). *O corpo feminino em revista: alimentação, higiene e cosmética em Portugal e no Brasil (séculos XIX- XX)*. Évora: CIDEHUS.
- Brasão, Inês (1999). *Dons e disciplinas do corpo feminino: os discursos sobre o corpo na história do Estado Novo*. Lisboa: ONGCCCIDM.
- Cascão, Rui (2011). “À volta da mesa: sociabilidade e gastronomia”, in Irene Vaquinhas (coord.), *História da Vida Privada em Portugal: a Época Contemporânea*. Lisboa: Círculo de Leitores / Temas & Debates, 56-91.
- Costa, Rui Manuel Pinto (2009). *O poder médico no Estado Novo (1945-1974): afirmação, legitimação e ordenamento profissional*. Porto: Universidade do Porto Edições.
- Crespo, Jorge (1990). *A História do Corpo*. Lisboa: Difel.
- Freire, Dulce (2010). *Produzir e beber: a questão do vinho no Estado Novo (1929-1939)*. Lisboa: Âncora Editora.
- « — » (2011). “Produzir mais e melhor: Estado, agricultura y consumo alimentario en Portugal (1926-1974)”, *Ayer: Revista de Historia Contemporânea*, 83, 3, 101-126.
- Garnel, Rita Lino (2003). “O poder intelectual dos médicos: finais do século XIX - inícios do século XX”, *Revista de História das Ideias*, 24, 213-253.
- « — » (2007). *Vítimas e violência na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- « — » (2015). “Prevenir, cuidar e tratar: o ministério e a saúde dos povos (1834-1958)”, in Pedro Tavares de Almeida e Paulo Silveira e Sousa (coord.), *Do Reino à Administração Interna: História de um Ministério (1736-2012)*. Lisboa: INCM, 389-413.
- Henriques, Francisco (2022). *Indústria, comércio externo e intervenção pública: as conservas de peixe no Estado Novo (1927-1972)*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- Pires, Leonardo Aboim (2018a). “As mudanças económicas do pós-guerra e a questão alimentar em Portugal: padrões de consumo, tendências

- sociais e assimetrias regionais”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 18, 251-272. https://doi.org/10.14195/1645-2259_18_12
- « — » (2018b). *A Junta Nacional das Frutas: corporativismo, desenvolvimento industrial e modernização agrícola no Estado Novo (1936-1974)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- « — » (2022). “Alimentação e Abastecimento”, in Ana Isabel Queiroz, Bárbara Direito, Helena da Silva e Lígia Costa Pinto (eds.), *Pobreza e fome: uma história contemporânea*. Lisboa: Imprensa de História Contemporânea, 41-50.
- Piro, Anna, Tagarelli, Giuseppe, Lagonia, Paolo, Tagarelli, Antonio, Quattrone, Aldo (2010). “Casimir Funk: his discovery of the vitamins and their deficiency disorders”, *Annals of Nutrition & Metabolism*, 57, 2, 85-88. <https://doi.org/10.1159/000319165>
- Rosanvallon, Pierre (1990). *L'État en France*. Paris: Éditions du Sueil.
- Sorcinelli, Paolo (2001). “A alimentação e a saúde”, in Jean Louis Flandrin e Massimo Montanari (coord.), *História da Alimentação: da Idade Média aos tempos actuais*. Lisboa: Terramar, 371-381.
- Stolz, Yvonne, Batten, Joerg, Reis, Jaime (2013). “Portuguese living standards, 1720-1980, in European comparison: heights, income, and human capital”, *Economic History Review*, 66(2), 545-578. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.2012.00658.x>
- Tubiana, Maurice (2000). *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: Teorema.
- Vincent, Gérard (1991). “O corpo e o enigma sexual”, in Antoine Prost e Gérard Vincent (dir.), *História da Vida Privada: da Primeira Guerra Mundial aos nossos dias*. Porto: Afrontamento, 307-389.

