

 Letícia Pereira Leão¹
 Nadja Maria Gomes Murta²

¹ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Departamento de Nutrição, Diamantina, MG, Brasil.

² Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Departamento de Nutrição, Programas de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente e em Estudos Rurais. Diamantina, MG, Brasil.

Correspondência
Nadja Maria Gomes Murta
nadja.murta@ufvjm.edu.br

O uso terapêutico dos alimentos em meados do século XIX

The therapeutic use of food in the mid-19th century

Resumo

Introdução: No decorrer do século XIX surgiram as primeiras informações a respeito das substâncias químicas contidas nos alimentos. A partir dessas descobertas, a higiene alimentar como meio terapêutico estabeleceu critérios para a prescrição de azote (nitrogênio) e carbone (carbono), bem como recomendações alimentares nos diferentes ciclos de vida e estados de convalescença. **Objetivos:** Este trabalho buscou analisar como e para que fins eram prescritos alguns alimentos cuja composição química era caracterizada pela presença do azote (nitrogênio) e carbone (carbono). **Metodologia:** Foram utilizados como fonte de pesquisa os cadernos de visitas (prontuários) de embarcações encontrados no Arquivo Histórico da Marinha Portuguesa, os tratados médicos do período e publicações referentes à história da ciência e nutrição. **Resultados e discussão:** Nos cadernos de visitas consultados (anos 1859 e 1863), as refeições à base de alimentos de origem animal (ricos em azote), como os caldos de carne e de galinha, foram as mais prescritas aos doentes, pois se pautavam nos princípios da dieta fibrinosa, que promovia a reparação tecidual e crescimento da matéria orgânica. **Considerações finais:** Ao longo dos dois últimos séculos, muitas teorias a respeito da função dos alimentos se modificaram, mas parte significativa de seus pressupostos foram constituídos no decorrer do século XIX.

Palavras-chave: Ciência da Nutrição. Recomendações Nutricionais. Dietoterapia. História.

Abstract

Introduction: During the 19th century, emerged the first information about the chemical substances contained in food. From these discoveries, food hygiene as a therapeutic mean established criteria for the prescription of nitrogen (nitrogen) and carbon (carbon), as well as dietary recommendations in the different life cycles and convalescent states. **Objectives:** This work sought to analyze how and for what purposes some foods whose chemical composition was characterized by the presence of nitrogen (nitrogen) and carbon (carbon) were prescribed. **Methods:** The visiting notebooks (medical records) of vessels found in the Historical Archive of the Portuguese Navy, medical treaties of the period and publications referring to the history of science and nutrition were used as a research source. **Results and discussion:** In the

consulted notebooks (years 1859 and 1863), meals based on animal foods (rich in nitrogen), such as meat and chicken broths, were the most prescribed to patients, as they were based on principles of the fibrinous diet, which promoted tissue repair and growth of organic matter. ***Final considerations:*** Over the past two centuries, many theories about the function of food have changed, but a significant part of their assumptions were made during the 19th century.

Keywords: Nutrition Science. Nutritional Recommendations. Diet therapy. Story.

INTRODUÇÃO

O final do século XVIII e início do XIX foram marcados por teorias que buscavam explicar a origem dos processos nutricionais. Do ponto de vista químico, pretendia-se esclarecer como os principais elementos formadores da matéria orgânica, oxigênio, “carbone” (carbono), nitrogênio e hidrogênio eram fornecidos ao organismo e como eram fixados ou eliminados (p. 18).¹

Os fundamentos da química moderna em torno da geração de calor foram fortemente influenciados pelas proposições científicas postuladas por Lavoisier. Com isso, concluiu-se que a formação de calor era um procedimento resultante da queima desses elementos (carbono, nitrogênio e hidrogênio) por meio da interação com o oxigênio. No final do século XVIII, o nitrogênio era concebido como componente característico da substância animal, e passou a ser intitulado no meio científico como “azote”.¹

De acordo com os pressupostos científicos da época, acreditava-se que as substâncias presentes nos alimentos tinham por função “reparar as perdas sofridas pelo organismo e lhe garantir material de funcionamento e crescimento”.² No período em questão, prevalecia a teoria de que a digestão era um processo mecânico e fermentativo. Pressupunha-se que as fibras dos tecidos animais selecionavam as substâncias alimentares que estavam ao seu redor e sugavam as mais apropriadas. Esse mecanismo ficou conhecido como assimilação, o que pode ser comparado ao que hoje é chamado de anabolismo (processo que constrói moléculas complexas no organismo).¹ Sendo assim, os alimentos de origem animal, compatíveis com a matéria orgânica do corpo humano, seriam assimilados. Já os alimentos do reino vegetal, com menor proporção de azote, primeiro seriam animalizados – transformados em matéria animal – para posterior assimilação.¹

Um procedimento inverso se dava paralelamente ao processo de assimilação. Presumia-se que, para realizar suas funções vitais, o organismo consumia as substâncias que constituíam seus tecidos, o que se chamou de desassimilação. Na linguagem científica atual, este processo representa o que se conhece por catabolismo (quebra de moléculas complexas em moléculas menores). Dessa maneira, acreditava-se que um mecanismo de desgaste e um de reparo da matéria orgânica ocorriam concomitantemente.²

Mais tarde, os alimentos constituídos por substâncias nitrogenadas seriam classificados como plásticos ou azotados – capazes de se converter em matéria tecidual. Os açúcares, o amido e as gorduras foram classificados como alimentos respiratórios ou não azotados – responsáveis pela formação de calor.³

Este trabalho buscou analisar como e para que fins eram prescritos alguns alimentos cuja composição química era caracterizada pela presença do azote (nitrogênio) e carbone (carbono). A pesquisa foi elaborada em torno das prescrições médicas que emergiam na Europa do século XIX, utilizando como fonte de estudo documentos e cadernos de visitas (prontuários) de embarcações contidos na Biblioteca da Marinha Portuguesa, especificamente em seu Arquivo Histórico, os quais descrevem as rações (porção alimentar diária) destinadas aos marinheiros. Também foram consultados os tratados médicos da época e as publicações a respeito da História da Ciência e Nutrição.

Os homens das armadas, dentre eles, os marinheiros – que serão tratados neste trabalho – foram os primeiros a ter a alimentação regulada pelo poder estatal. As rações eram formuladas para que os alimentos não acabassem durante as viagens, para garantia da saúde e atender às necessidades específicas dos doentes.⁴

A alimentação como forma da garantia e melhora do estado de saúde se integrava aos conceitos da Higiene, uma disciplina da Medicina que foi definida à época como “o estudo das coisas que são úteis ou nocivas ao homem, com o fim de prolongar a vida e conservar a saúde”.⁵ Desse modo, os cuidados dados aos marinheiros nos hospitais e enfermarias a bordo das embarcações e aos demais viajantes ficavam a cargo dos cirurgiões e facultativos que trabalhavam a partir dos pressupostos da Higiene Naval.

No decorrer do século XIX, em Portugal, foram formuladas e publicadas 12 tabelas de rações (porção alimentar diária) que eram destinadas tanto aos marinheiros que se encontravam em terra (fundeados), quanto em mar (à vela), sendo o maior quantitativo (75%) publicado a partir da metade do século XIX, em decorrência da consolidação do poder da medicina moderna e “do advento das primeiras tabelas de composição de alimentos”.⁴

Higiene alimentar como meio terapêutico

Jean Baptiste Fonssagrives, um higienista de renome do século XIX e autor de vasto acervo de publicações científicas do período, foi um dos propagadores dos conhecimentos que relacionaram os hábitos alimentares à conservação da saúde nas diferentes circunstâncias de vida.⁶ Em seu livro *Higiene Alimentar dos enfermos, dos convalescentes e dos valetudinários*⁵, abordou como a idade, o sexo, a herança genética, o estado fisiológico, a prática de atividade física e intelectual e as condições sociais afetavam diretamente a alimentação dos indivíduos. Nesse sentido, observa-se no médico oitocentista uma ampla visão acerca do fenômeno alimentar.⁷

Ferreira,⁸ outro médico oitocentista, definiu o alimento “como toda a substancia mineral, ou organica, que introduzida no tubo digestivo serve para reparar as perdas, e contribuir para o desenvolvimento do organismo” (p. 14). Descreveu que as controvérsias existentes no meio científico dificultavam o desdobramento de uma definição exata para o alimento, mesmo este já sendo previamente estudado, e tendo os conhecimentos sobre sua composição e função elucidados. Para ele, a ingestão adequada dos mesmos não era apenas um meio de reparar as perdas sofridas pelo organismo, mas também uma forma de promovê-los a um patamar de “medicação energética”.

Ainda segundo o autor,⁸ a lista de alimentos existentes era bastante vasta e, com exceção do sal marinho e “phosphato de cal”, todos eram retirados do reino animal e vegetal. Com base nesta ideia, dividiu os alimentos em três grupos distintos: albuminoides, materiais gordos e “açúcares e féculas”. Para ele, a classificação em plásticos e respiratórios, que predominava, poderia até ser justa, mas não incontestável, uma vez que já existiam informações suficientes para superar essa divisão.

As recomendações de azote (nitrogênio) e carbone (carbono)

Em seu *Tratado de Higiene Naval*, Fonssagrives aborda como seria a recomendação dessas substâncias para um indivíduo sedentário (ração indispensável para conservação da vida), e para aqueles envolvidos em atividades laborais (homem de trabalho). A ração indispensável para garantia de boa saúde a um homem sedentário deveria conter 2g de azote e 42,02g de carbone para cada 10 kg de peso. Contudo, essa recomendação sofreria alterações quando destinada a um “homem de trabalho”: 12,50g de azote e 45g de carbone por cada 10 kg de peso para complementar a força que demandava seu ofício.⁶ Tais constatações possibilitam romper com a ideia de que as recomendações nutricionais foram constituídas no início no século XX, uma vez que estas já estavam incorporadas nos tratados médicos do século XIX.⁴ Além disso, observa-se que no período em questão a preocupação com a alimentação dos trabalhadores já se relacionava com a otimização da produtividade.

O autor ainda se dedicou a analisar a distinção entre a porção alimentar diária (ração) de diferentes marinhas, como pode ser observado no quadro 1, constatando que a ração das equipagens portuguesas continha maior proporção de azote em relação à Marinha inglesa e francesa, ou seja, era mais “animalizada” (reparadora) que estas. No entanto, era menos azotada que a ração das equipagens belgas, sendo esta a ração mais reparadora de todas. No que diz respeito à presença de carbone (carbono), a ração portuguesa apresentava menor concentração em

⁵ Que possui um estado de saúde vulnerável.

relação às demais, o que aponta para uma menor oferta de alimentos respiratórios (responsáveis pela formação de calor) em sua constituição. Quanto à concentração de gordura, a ração das equipagens portuguesas apresentava menor quantidade quando comparada à Marinha belga e francesa, sendo superior apenas à inglesa.⁶

Quadro 1. Composição da ração dos marinheiros a bordo em diferentes nacionalidades.

Países	Quantidades		
	Azote (nitrogênio)	Carbone (carbono)	Gordura
Bélgica	41,66g	594,79g	113,74g
França	26,04g	448,47g	97,87g
Inglaterra	30,91g	540,85g	34,24g
Portugal	33,68g	413,11g	85,93g

Fonte: Fonssagrives (1862a, p.468).

Alimentação nos ciclos de vida

Para Fonssagrives,⁷ os recém-nascidos representavam o grupo etário com maior susceptibilidade às infecções do tubo digestivo. Nesses casos, recomendava-se a adoção da dieta láctea, na qual os leites de diferentes origens ocupavam lugar central no regime alimentar. No caso específico dos recém-nascidos doentes que já consumiam “papas e caldos”, era indicado que fizessem o uso exclusivo do leite materno, o que evidencia que no século XIX os benefícios da amamentação já eram reconhecidos. Em casos de diarreias e cólicas recorrentes nos mesmos, era aconselhado que as mães modificassem a alimentação, aumentando o intervalo entre as refeições e consumindo alimentos mais leves.

O autor descreve que após o desmame e evolução dentária, quando a criança já estava exposta ao regime alimentar dos adultos, sua alimentação em casos de doença não apresentava mais particularidades. O indicado era que a criança, em qualquer eventualidade, tivesse uma alimentação relativamente forte. Na adolescência e idade adulta, seriam aplicadas as regras comuns da dietética. A idade não era uma condição suficiente para determinar a função dos alimentos para os indivíduos em estado de morbidez, com exceção de alguns casos na primeira infância e velhice.⁷ Cabe destacar que a ausência de recomendações alimentares para quadros de enfermidades na adolescência pode estar associada ao fato de que esta só foi reconhecida como uma fase da vida a partir do século XX.

A velhice era entendida como um momento no qual o homem voltava a ser sozinho e concentrava suas forças na luta contra a deterioração orgânica que o ameaçava. Embora houvesse recomendações alimentares para esta etapa da vida, não havia um regime universal para o estado de convalescença dos idosos. Era aconselhado que lhes fossem ofertadas poucas refeições e em menores volumes, tanto para impedir desconfortos digestivos, como para evitar imperfeições nas “dentaduras” (próteses).⁷

Para os idosos acometidos por doenças cerebrais, o regime alimentar deveria ser à base de alimentos leves, ofertados em pouca quantidade e com horários predeterminados. Em presença de pneumonia, a recomendação era de que se alimentassem com maior frequência, sendo contraindicada a abstinência alimentar. Caldos e sopas eram tidos como restaurativos para esta enfermidade. De modo geral, o regime alimentar do idoso era responsável

por recuperar lhes os ânimos. Neste sentido, aconselhava-se o consumo de estimulantes como vinhos e condimentos alimentares.⁷

Alimentação nas enfermidades

De modo a exemplificar a importância da alimentação adequada durante as enfermidades, Fonssagrives⁷ revela que a atribuição dos alimentos como uma medicação energética não estava relacionada a uma função medicamentosa (farmacológica) dos mesmos, já que estes não seriam capazes de substituir a ação de certos compostos químicos. No entanto, a alimentação era considerada grande aliada no tratamento das enfermidades. Esclarece ainda que a utilização correta dos alimentos era o meio mais adequado para preservação da saúde, visto que as medicações formuladas em laboratórios tinham caráter transitório, cuja ação persistia por apenas algumas horas.

A importância dada à alimentação dos enfermos foi descrita no estudo de Esteves,⁹ pois à época acreditava-se que a “subalimentação” (alimentação insuficiente) durante as doenças consumia as forças dos indivíduos, e que se não fossem devidamente tratados, com foco principal no reforço dos componentes da dieta, poderiam logo chegar à morte. Nesse contexto, Fonssagrives⁷ descreveu cinco tipos de “dietas especiais”, destinadas essencialmente aos doentes: dieta negativa ou de abstinência, dieta seca, dieta vegetal, dieta fibrinosa e dieta láctea.

A dieta de abstinência se pautava na supressão relativa de alimentos, não devendo ser entendida como a privação absoluta dos mesmos. Como resultado da ausência de alguns alimentos, o processo de desassimilação (catabolismo) era otimizado e o de assimilação (anabolismo), se tornava mais lento. A ausência dos princípios nutritivos obtidos através da dieta fazia com que os processos de digestão buscassem no próprio organismo os meios para destruição e renovação orgânica.⁷

Era indicada em diversas doenças inflamatórias, porém o maior êxito de sua aplicação seria no tratamento da obesidade. Recomendava-se que a dieta de abstinência fosse combinada a exercícios e ao consumo de purgantes. Os alimentos consentidos deveriam ser da classe dos “respiratórios” (arroz, legumes, pão etc.), pois sua rica composição em carbone aumentava os processos de produção de calor (catabólicos) em detrimento dos mecanismos de reparação e crescimento (processos anabólicos).⁷

A dieta seca se baseava em considerável diminuição ou até mesmo na supressão de alimentos líquidos e tinha como objetivo reduzir o excesso de água que compunha os tecidos orgânicos. Os relatos encontrados na literatura revelam que nos primeiros dias deste regime alimentar os pacientes sentiam muita sede, mas aos poucos “criavam certo tipo de tolerância pelo poder do hábito, ou pela adaptação do organismo em resposta a falta de líquidos” (p. 461).⁷

Nessas condições, pressupunha-se “que os fluidos corporais se tornavam mais densos, os órgãos diminuam de tamanho, as veias subcutâneas achatavam-se, o pulso se tornava mais vagaroso, a urina mais escura e concentrada, além de presença de constipação e emagrecimento rápido” (p. 464).⁷ Esta dieta era indicada nos casos de poliúria, dispepsia, edema e, em alguns casos emergenciais, a dieta seca era considerada uma facilitadora na absorção de medicamentos quando se pretendia uma ação imediata dos mesmos. Recomendava-se a diminuição gradual da ingestão de líquidos e ao menos dois banhos por dia como forma de atenuar a sede. Os alimentos permitidos eram as frutas pouco aquosas, carnes, peixes, pão e sopas espessas.⁷

A dieta vegetal compunha-se quase exclusivamente de raízes, plantas, frutas e algumas ervas. Fonssagrives⁷ observou que as pessoas que se submetiam a esse tipo de dieta apresentavam melhor estado de saúde. Era considerada bastante propícia nos casos de escorbuto já avançado e constipação grave. A couve e o agrião eram apontados como excelentes fontes curativas na presença desta enfermidade. Presumia-se que o consumo de frutas

aliviava os ataques de gota e que as tâmaras tinham grande eficácia nos distúrbios nervosos e infecções do trato urinário. Além disso, as uvas eram reconhecidas por suas virtudes no controle de doenças hepáticas, hemorroidas, dentre muitas outras. Considerava-se que a dieta restrita a vegetais e frutas por tempo prolongado seria insuficiente para atender às necessidades do organismo, demonstrando que, embora a importância dos vegetais na alimentação estivesse bem estabelecida, reconhecia-se que outras fontes alimentares eram necessárias para uma alimentação completa.

A dieta “fibrinosa” ou animal era composta predominantemente de carne, sendo indicada para todos os casos em que a “nutrição estava comprometida” (p. 506),⁷ pois era capaz de restaurar a composição do sangue e recompor as energias do indivíduo através de seu poder de reparação plástica (formação da matéria orgânica). O caldo de carne foi eleito pelos médicos como elemento essencial na reabilitação dos doentes. Fonssagrives instruíu que para a preparação do caldo medicinal fosse utilizado aproximadamente um quilograma de carne, quatro litros de água, 400 gramas de legumes verdes e sal.⁷

Desfrutariam grande benefício desta dieta os indivíduos anêmicos, desnutridos, com diarreias crônicas e disenterias. Nestas últimas, era recomendado o consumo da carne crua, o que muitas vezes resultava em aversão pelos pacientes, sendo o caldo a segunda opção. Para os portadores de diabetes, os alimentos de origem animal eram considerados o meio mais seguro no controle da doença, pois, ao serem digeridos, não aumentavam a quantidade de açúcar expelida na urina.⁷

Por fim, a dieta láctea, como anteriormente citada, estava pautada na substituição de quase todos os líquidos pelo consumo de leite. Este era tido como um dos alimentos mais completos em princípios nutritivos, devido a sua rica composição em carbone e azote. Foi incorporado na terapêutica alimentar dos doentes para os casos que necessitavam de uma alimentação rápida, moderada e reparadora. Os leites mais utilizados eram o de vaca, cabra, mulher, jumenta e égua.⁷

O tratamento de doenças por meio da oferta de dietas especiais era considerado um dos principais fatores na recuperação dos pacientes.⁹ Fonssagrives demonstrou em seu livro como essas e outras recomendações alimentares eram executadas no âmbito hospitalar. Seus estudos sobre o regime alimentar nos hospitais englobavam a constituição das rações e as vias e modos de alimentação.⁷

De modo a atender às necessidades das diferentes classes de pacientes, as rações deveriam ser variadas quanto à oferta de alimentos, respeitando as normas de cada tipo de dieta (negativa ou de abstinência, seca, vegetal, fibrinosa e láctea), uma vez que a dieta ordinária (livre) era constituída por caldos, sopas, pão, vegetais, frutas e alimentos de origem animal.⁷

No que se refere ao número de refeições destinadas aos doentes, o autor recomendava que estas fossem de três a quatro por dia, sendo que para uma boa nutrição, no mínimo duas deveriam ser mais substanciais (com maior número de alimentos) e uma leve (sopas e caldos). Apesar dessas recomendações, o número de refeições e os horários em que eram ofertadas estavam subordinados ao estado fisiológico do paciente, à vivacidade do apetite, à necessidade de reparação e à administração de medicamentos.⁷

Para os pacientes internados em estado grave e com obstrução do trato digestivo superior, administravam-se as dietas por outras vias que não a oral. Diferentemente do suporte nutricional moderno (enteral/parenteral), este procedimento era considerado muito precário, mas era tido como o último meio para proteger os doentes da fome e inanição nos hospitais. Através de arriscados processos cirúrgicos, eram administrados tubos pela via respiratória, pelo esôfago ou estômago e, na impossibilidade destes, um canal para passagem da alimentação seria colocado diretamente no intestino ou administrado via retal.⁷

As soluções alimentares ofertadas nessas condições eram à base de caldo de galinha e gelatina (caldo da carne) ou um concentrado do cozimento de cevadinha com leite e duas gemas de ovos. Algumas normas para aplicação deste tipo de dieta determinavam que os alimentos aplicados por esses canais passassem previamente por uma digestão artificial. Era aconselhado acidificar levemente os caldos com algumas gotas de ácido clorídrico ou triturar os alimentos vegetais no estômago de um boi recentemente abatido.⁷

As prescrições alimentares contidas nos cadernos de visita das enfermarias a bordo

Os cadernos de visita das enfermarias referem-se a uma espécie de prontuário utilizado pelos médicos dos navios da Marinha portuguesa no século XIX, onde eram registradas as doenças ou complicações que acometiam os enfermos, incluindo o tratamento medicamentoso e as recomendações alimentares em cada um dos casos. Para esta pesquisa, foram utilizadas as informações contidas nos cadernos de visita das enfermarias a bordo da Corveta Dona Estephania (navio de guerra) cujo cirurgião responsável foi o Dr. José Antonio Maia,¹⁰ e da Barca Martinho de Mello (embarcação à vela com três mastros), sob responsabilidade do cirurgião Dr. José Maria de Mello Dias.¹¹ Neste último navio, os registros encontrados no caderno constam do dia 8 de junho a 30 de setembro 1863; já os dados inscritos no caderno de visitas da Corveta Dona Estephania correspondem ao período de 21 de maio a 27 de junho de 1859.

Segundo o Decreto de 22 de dezembro de 1852, do Serviço de Saúde Naval da Marinha Portuguesa, a localização das enfermarias a bordo seria definida pelos cirurgiões responsáveis de cada navio, os quais se incumbiam a escolher um local com os seguintes requisitos: bom estado de higiene, livre circulação de ar e ausência de qualquer objeto que não fosse utilizado para os cuidados de saúde. As refeições destinadas a esses locais deveriam ser preparadas por marinheiros a serviço dos doentes, em cozinha e fogão específicos. Ordenava-se que os utensílios utilizados por portadores de doenças contagiosas fossem atirados ao mar. A circulação nesses espaços era permitida apenas àqueles que prestavam algum serviço aos enfermos ou mediante autorização concedida pelo cirurgião.¹²

No que se refere às prescrições alimentares encontradas nos cadernos consultados, houve predomínio de alimentos de origem animal – preparações de caldo de carne (boi) com arroz e o caldo de galinha.^{10,11} Vale destacar que nesses caldos as carnes não eram o único elemento do prato, sendo acompanhadas por legumes. Tais recomendações estavam pautadas nos preceitos da dieta “animal ou fibrinosa”, a qual era rica em azoto. Este composto era formado por gelatina (colágeno), fibrina e albumina (porção proteica), que, segundo as teorias vigentes, estavam associadas à melhoria do fluxo sanguíneo através dos tecidos, com conseqüente reparação plástica durante as enfermidades. Os caldos ofertados aos doentes nas enfermarias eram preparados de modo que, no processo de cocção, a gelatina fosse totalmente extraída das partes sólidas de um animal.⁷

Em 1859, as doenças mais prevalentes no caderno foram aneurisma, angina, bronquite, catarro crônico, disenteria, embaraço gástrico (gastrite), febre intermitente, sífilis e úlcera em membros inferiores. Para disenteria, aneurisma e angina, foi indicado o caldo de galinha com arroz, enquanto para as demais foi recomendado o caldo de carne (boi) com arroz. No caso específico de febre intermitente, além do caldo de carne com arroz, foi prescrito o consumo de limonada cítrica. Para o catarro crônico, houve prescrição do caldo de carne com arroz no pequeno almoço (desjejum) e tapioca no almoço.¹⁰

Em 1863, os sintomas e doenças mais notificados foram anemia, disenteria crônica, cefaleia, dores abdominais, edema de membros inferiores, febre intermitente, dores no peito e dispnéia. Nesse ano, quase todas as prescrições foram de caldo de galinha, ocorrendo a recomendação de vinho para pacientes com febre sem estado grave. Além dessas doenças, identificou-se no caderno a ocorrência de um aborto. Os relatos demonstram

que a passageira sentia dores violentas de cabeça e na região lombar, sendo-lhe indicado o caldo de galinha – preparação comumente recomendada a gestantes e puérperas.¹¹

As informações encontradas nos cadernos estão em consonância com o grupo de enfermidades notificadas no trabalho de Rodrigues,¹³ que dedicou sua pesquisa às práticas alimentares dos doentes do Hospital Real em Moçambique (pertencente a Portugal) no início do século XIX. Entre as doenças em comum, destacam-se febres, disenteria, embaraço gástrico, edema e úlceras. Assim como nos navios, as febres intermitentes foram as mais frequentes em Moçambique. As preparações mais comuns ofertadas no referido hospital consistiam em canja ou caldo de pão pela manhã, e caldo de galinha com pão ou peixe no jantar. A dieta ainda contava com a presença de arroz, vinho, legumes, dentre outros.

No trabalho que Lopes¹⁴ desenvolveu sobre a alimentação dos doentes no hospital de Coimbra, no início do século XIX, também há destaque para a carne de boi e o caldo de galinha. Deste modo, é possível constatar que as prescrições alimentares dos referidos hospitais eram similares às encontradas nos cadernos de visitas das enfermarias a bordo.

O consumo do caldo de galinha foi por muito tempo recomendação exclusiva para o tratamento dos doentes. Soares (p. 34)¹⁵ descreve que “o caldo de galinha desfeita (como era chamado a princípio) retrata uma antiga tradição culinária em Portugal, antes mesmo dos portugueses chegarem à Índia e conhecerem a canje” (canja). Seu reconhecimento nos tratados médicos como uma das carnes mais aconselháveis para qualquer estado físico fez com que se tornasse protagonista na preparação de um prato com finalidades terapêuticas (p. 34).

A prescrição de limonada cítrica, tapioca e vinho também foi de grande benefício para a alimentação dos doentes.¹⁰ A limonada era tida como um revigorante aos ânimos, mas recomendava-se que fosse consumida em pequenas quantidades, uma vez que seu excesso poderia causar fortes desconfortos gástricos. A tapioca foi muito utilizada durante as enfermidades por ser considerada uma preparação leve e nutritiva, entretanto, era contraindicada em casos de diabetes, quando se aconselhava a privação do consumo de alimentos feculentos.⁶

As qualidades terapêuticas do vinho fizeram com que este se enquadrasse em duas categorias distintas: “alimento medicinal” e medicamento. Foi incluído na primeira delas devido a suas propriedades reparadoras. Já a segunda atribuição teve como justificativa seu elevado potencial estimulante. De todos os líquidos fermentados, era considerado o mais útil aos membros da Marinha. A explicação era que a excitação produzida pelos vinhos impedia que os indivíduos sofressem de fraqueza e debilidade orgânica em climas quentes. Em regiões muito frias, os estímulos causados pela bebida aumentavam a “calorificação” (maior produção de calor) do organismo, permitindo que os doentes fossem mais resistentes às baixas temperaturas.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento da química no século XIX, os conhecimentos relativos à composição de alimentos e ao processo digestório (assimilação e desassimilação) passaram a determinar quais seriam os mais apropriados para o consumo. Desse modo, os médicos da Marinha portuguesa estabeleciam o conteúdo das rações (porção alimentar diária) de marinheiros saudáveis e enfermos de acordo com os princípios científicos da medicina moderna.

Nesse sentido, a “dieta fibrinosa ou animal” foi a mais recomendada aos doentes nas enfermarias a bordo. Como visto ao longo deste trabalho, esta foi considerada pelos cirurgiões como a mais rica em azote (nitrogênio), elemento que ficou conhecido por promover a reparação tecidual e o crescimento da matéria orgânica. Constatou-se que essa substância, ao suscitar o ganho de massa corpórea, restituía as forças dos pacientes.

A importância do carbone (carbono) entre as prescrições médicas pôde ser identificada a partir dos pressupostos da dieta de abstinência, nos quais os alimentos respiratórios seriam preferidos, uma vez que a formação de calor deveria ser superior ao crescimento da matéria orgânica. Sendo assim, a necessidade de energia para a degradação tecidual excedia a quantidade de energia fornecida pela ingestão de alimentos, o que fez desta dieta a mais indicada para os casos de obesidade.

Dado o exposto, pode-se considerar que muitas das teorias a respeito da função dos alimentos para a saúde humana se modificaram em função da evolução científica. Desta forma, as fontes utilizadas para construção deste estudo demonstraram que as noções de síntese e degradação de biomoléculas (assimilação e desassimilação), gasto energético (produção de calor), terapia nutricional (enteral e parenteral) e aleitamento materno foram herdadas pelos conhecimentos construídos durante o século XIX.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); ao Instituto de Ciências Sociais (ICS-Lisboa), à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG), ao Arquivo Histórico da Marinha Portuguesa e à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

REFERÊNCIAS

1. Santos KMO. O desenvolvimento histórico da ciência da nutrição em relação ao de outras ciências. São Paulo: Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência; 1989.
2. Lemos, AM. Noções elementares de anatomia, physiologia humana, hygiene e primeiros socorros a prestar nos accidentes mais vulgares. Lisboa: Ferreira & Oliveira Livreiros; 1905.
3. Couto LMS. Alimentação no Brasil Imperial. São Paulo: Educ; 2015.
4. Murta NMG. O acaso dos casos: estudos sobre alimentação-nutrição, cultura e história. (Tese). São Paulo: Pontifca Universidade Católica de São Paulo; 2013.
5. Franco FM. Elementos de hygiene ou dictames theoreticos, e práticos para conservar a saude, e prolongar a vida. Lisboa: Natypografia da Academia; 1814.
6. Fonssagrives JB. Tratado de hygiene naval ou da influencia das condições physicas e moraes em que está o homem do mar. Lisboa: Imprensa Nacional; 1862.
7. Fonssagrives JB. Higiene alimentícia de los enfermos, de los convalescientes, de los valetudinários: ó el régimen considerado como médio terapêutico. Madri: Imprensa Española; 1865.
8. Ferreira AM. Alimentação como meio therapeutico. (Dissertação). Porto: Eschola Medico-Cirurgica; 1870.
9. Esteves A. Estar enfermo e ser pobre: assistência à saúde no Alto Minho de oitocentos. Cic. de vid, inst e est fam de sob. 2005:668-669.
10. Maia, José Antônio. Caderno de Visita da Corveta D. Esphania. Arquivo Histórico da Marinha Portuguesa. Lisboa. Comedorias, Gêneros e Rações. Caixa 112, pasta anos 1854 a 1869. (Arquivo Geral da Marinha); maio-jun. 1859.
11. Dias, José Maria de Mello. Caderno de Visita da Enfermaria da Barca Martinho de Mello. Arquivo Histórico da

Marinha Portuguesa. Lisboa. Comedorias, Gêneros e Rações. Caixa 112, pasta anos 1854 a 1869. (Arquivo Geral da Marinha); jun-set. 1863.

12. Maia JA. Estudos sobre hygiene, administração e legislação naval. Lisboa: Tipographia Universal; 1859.
13. Rodrigues E. Discurso Médico e práticas alimentares no Hospital Real de Moçambique no início do século XIX. Hist, Cien e Saude. 2014;21(2):609-627. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000200009>.
14. Lopes MA, Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários (meados do séc. XVIII – meados do séc. XIX). Hist da saúde e das doen. 2012:147-164.
15. Soares C, Macedo, IC. Representações sociais, histórica e cultural da canja de galinha: estudo de fontes históricas e fontesorais de uma população de idosos. Demetra. 2016;11(1):27-46. <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.16717>.
16. Silva JX. Breve tratado de hygiene militar e naval. Lisboa: Natypografia da Academia R. das Sciencias; 1819.

Colaboradoras

Leão LP atuou na concepção e desenho, análise e interpretação dos dados e redação; Murta NMG atuou na concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do estudo.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 09 de novembro de 2020

Aceito: 28 de novembro de 2020