

Cozinhas Paulistas: higienismo no sistema doméstico (1850-1920)

Gaya Maria Vazquez Gicovate*

Resumo: Este artigo observa a modernização da cozinha no Brasil a partir da abordagem de estudos de cultura material, tendo em vista que os consultórios médicos, laboratórios e hospitais teriam sido as matrizes das mudanças que ocorreram na cozinha com a eletrificação, a assepsia e a funcionalidade. Dessa forma, pretende-se averiguar se o higienismo foi introduzido no sistema doméstico por meio da cozinha, o objeto principal de análise, em fontes como plantas arquitetônicas, artigos, fotos, preceitos médicos, manuais domésticos, entre outros. A pesquisa que culminou neste artigo investigou essa hipótese em comportamentos, práticas, artefatos, arquitetura e organização racionalizada dos espaços médicos e laboratoriais, que foram incorporados ao ambiente doméstico, especificamente na cozinha. O recorte geográfico é a cidade de São Paulo devido a sua crescente influência política e econômica na passagem do Brasil Império para a República e no início da República. O recorte cronológico é o período de 1850-1920, quando é introduzida na cidade uma série de tecnologias e serviços públicos que possibilitaram as modificações do sistema doméstico.

Palavras-chave: Higienismo, Cultura Material, Cozinha

Kitchens of São Paulo: hygienism in the domestic system (1850-1920)

Abstract: This article focuses on the kitchen modernization in Brazil by the approach of material culture studies, considering that the medical offices, laboratories and hospitals would have been the matrix of changes that occurred in the kitchen with electrification, asepsis and functionality. In this way, we intend to investigate whether hygienism was introduced into the domestic system through the kitchen, the main object of analysis, in sources like architectural plans, articles, photos, medical precepts, domestic manuals, among others. The research that culminated in this article investigated this hypothesis in behaviors, practices, artifacts, architecture and rationalized organization of medical and laboratory spaces, which were incorporated into the domestic environment, specifically in the kitchen. The geographic cut is the city of São Paulo due to its growing political and economic influence in the passage from Brazil Empire to the Republic and in the beginning of the Republic. The chronological cut is the period of 1850-1920, when a series of technologies and public services were introduced in the city that made possible the modifications of the domestic system.

Keywords: Hygienism, Material Culture, Kitchen

* Mestranda em História na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Esse artigo se originou na pesquisa de iniciação científica "Cozinhas Paulistas: o higienismo no sistema doméstico (1850-1920)" financiada pela CNPq e orientada pela professora doutora Vânia Carneiro de Carvalho, e no projeto de mestrado orientado pela professora doutora Silvana Barbosa Rubino.

A modernização da cozinha no Estado de São Paulo entre 1850 e 1920 está relacionada à urbanização de São Paulo. Neste momento a cidade se moderniza seguindo o ritmo de crescimento da economia cafeeira e de acordo com o modelo europeu de civilidade. A introdução de uma série de tecnologias, como o abastecimento de gás e eletricidade, e serviços públicos, como a rede de esgoto e tratamento de água, influenciaram e modificaram o espaço urbano e também o sistema doméstico. Em torno de 1880, técnicos ingleses construíram um sistema de captação e distribuição de água potável vinda da Cantareira; em 1888, 5.000 edifícios já tinham água na cidade de São Paulo, segundo Carlos Lemos em sua obra *Cozinhas, etc.* (1978). Com o advento da água encanada, das redes públicas de abastecimento, com linhas de desvio de líquidos residuais dentro das casas, e os aperfeiçoamentos dos fogões, a cozinha paulista começou a se tornar limpa e clara, permitindo à classe média superpor funções sociais e de convívio íntimo às atividades já existentes de serviço.

A modernização da casa pode ser vista na reformulação de seu arranjo espacial e na criação de novos compartimentos. Essa reformulação demonstra como a especialização da casa possuiu ênfase nos papéis de gênero, de acordo com Vânia Carneiro de Carvalho (2008). Neste contexto, a cozinha, um ambiente feminino dentro do sistema doméstico, sofreu grande transformação. Apesar de se inserir em um movimento urbano capitalista ocidental amplo e com muitas convergências, as mudanças na cozinha tiveram diferentes matrizes na Europa, nos EUA e no Brasil.

Nos Estados Unidos, o motor da transformação foi a engenharia de produção, que buscou racionalizar o espaço e o trabalho fabril para garantir maior produtividade. A racionalidade do taylorismo e do fordismo foi aplicada à economia doméstica, gerando estudos sobre a movimentação feminina na casa, particularmente na cozinha, em relação à posição de seus instrumentos de trabalho, como a obra *The American Woman's Home* de Catherine Esther Beecher de 1869. As mudanças caminhavam no sentido da aproximação, planificação, compactação e contiguidade dos espaços da cozinha, abolindo espaços ociosos e a fragmentação da superfície, buscando poupar movimentos corporais, segundo Sigfried Giedion em *Mechanization takes command* (1948). Na Europa, o impulso foi arquitetônico e artístico: uma nova concepção de espaço nasceu de movimentos arquitetônicos modernistas do começo do século XX e buscou-se privilegiar questões práticas e funcionais como a necessidade de luz e de um ambiente

arejado, rompendo-se os lugares tradicionais da posição da cozinha, que poderia sair dos fundos para frente da habitação.

No Brasil esse fenômeno de modernização do ambiente e racionalização do trabalho da cozinha ocorre de forma diferente dos Estados Unidos e da Europa. Nesta pesquisa a hipótese fundamental é que no Brasil a força motriz da modernização das cozinhas, e dos ambientes urbanos em geral, teria sido pautada pela medicina, ou melhor, pelo novo conceito de medicina higienista em voga no período. A problemática densidade populacional tornou-se característica comum nas áreas urbanas, criando problemas na oferta de moradias e um rápido adensamento e expansão da cidade. As moradias reformadas ou construídas às pressas para atender à demanda populacional visando o lucro pareciam propiciar miasmas – emanações nocivas as quais os médicos acreditavam corromper o ar e atacar o corpo humano, de acordo com Sidney Chalhoub em sua obra *Cidade febril* (1996). A existência de trabalhadores aglomerados nas proximidades dos locais de trabalho e subsistência, coincidindo com períodos de surtos epidêmicos, estimularam os médicos e gestores públicos a relacionar as doenças aos hábitos da população pobre da cidade.

A adoção de medidas higiênicas e organização estatal de serviços de Saúde Pública são medidas recentes em todo o mundo de acordo com o livro *História geral da medicina brasileira* de Lycurgo Santos Filho (1991). A medicina moderna científica nasceu nos fins do século XVIII como uma medicina social, que tem por trás certa tecnologia biopolítica do corpo social segundo Michel Foucault em “O nascimento da medicina social” (1984). É com a medicina social que surge a noção de salubridade, e, correlativa a ela, a de higiene pública, noção essencial da medicina social francesa do século XIX. Foucault entende o funcionamento da saúde coletiva como uma técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis a favorecer ou prejudicar a saúde.

É com as experiências práticas durante as guerras napoleônicas, as quais alertaram para os problemas de saúde pública, junto com a teoria política e social em desenvolvimento na França, que a noção de salubridade entra em questão. Nos anos de 1840, grupos de sanitaristas franceses realizam estudos acerca das comunidades urbanas, das condições de vida dos trabalhadores, de saneamento do ambiente e áreas urbanas, e da proteção da comunidade contra doenças transmissíveis de acordo com George Rosen em sua obra *Uma história da saúde pública* (1994). As grandes reformas sanitárias do fim do século XIX e início do

século XX nos Estados Unidos, Europa ocidental e Brasil se passam em um momento de liberalismo crescente, industrialização e maior concentração de riquezas. Porém, os ritmos e tempos da implantação dessas noções e práticas foram diferentes na Europa, nos EUA e no Brasil. No caso do Brasil podemos ver o conceito de Saúde Pública empregado na primeira metade do século XIX com a criação de instituições de inspeção sanitária como a Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro em 1829 (FILHO, 1991, p. 496).

A adoção de medidas higiênicas e organização estatal de serviços de Saúde Pública no Brasil começam ainda no governo imperial: em 1828 no Rio de Janeiro se organizou o primeiro serviço municipal de limpeza pública, que consistia em escravos recolhendo o lixo das ruas, casas e praças, e o serviço de esgoto na capital foi aprovado em 1857. As Câmaras Municipais já eram as responsáveis pela fiscalização, assistência e levantamento de dados sanitários desde a colônia na ausência dos poderes diretos da metrópole (FILHO, 1991, p. 261). No século XIX elas sofriam pressão do governo imperial para que estas adotassem providências em prol da higiene e saúde, como executar medidas de caráter profilático e defensivo quando declaravam as epidemias, de forma que, quando eclodiam epidemias, os presidentes das províncias exerciam uma verdadeira ditadura sanitária, segundo Lycurgo Santos Filho (1991). Todavia, as câmaras vão sendo destituídas de seus encargos relativos à fiscalização e execução destes serviços em 1850 com as designações de Comissões de Higiene Pública, subordinadas à Junta Central e ao Provedor de Saúde Pública, em províncias como São Paulo.

Em São Paulo as políticas sanitárias e a modernização dos hospitais datam da transição e começo da República: a Fundação do Serviço Sanitário em São Paulo ocorre em 1892, de acordo com Marcia Regina Barros da Silva em sua obra *Laboratório e a República* (2014), e no governo de Américo Braziliense é criado o Serviço Sanitário do Estado (Lei n. 12, de 28 de outubro de 1891). A saúde pública favoreceu a consolidação da microbiologia nos meios institucionais da ciência médica por meio da construção de estabelecimentos laboratoriais, com a inserção de atividades científicas que abrangem instituições públicas e particulares, segundo Marta de Almeida no seu livro *A república dos invisíveis* (2003). No debate historiográfico sobre medicina no Brasil, a introdução da microbiologia apareceu como momento de ruptura entre a velha e a nova medicina¹, e a criação do

¹ A nova medicina seria decorrente dos projetos modernizadores republicanos em contraposição à velha medicina dos tempos imperiais (ALMEIDA, 2003, p. 48). Afrânio Peixoto relaciona a velha

Instituto de Manguinhos (futuro Instituto Oswaldo Cruz) em 1900 foi o marco fundador dessa nova ciência experimental no país.

Com a construção da República sanitaria, a montagem do Serviço Sanitário estava dentro dos objetivos modernizadores da estrutura política republicana, de acordo com Marta de Almeida (2003). Na formação da sociedade republicana paulista, as demandas sanitárias estavam aliadas às demandas econômicas, posto que os cafeicultores careciam de um ambiente limpo, livre das doenças que assolavam os espaços urbanos, para a chegada dos imigrantes que substituiriam a mão de obra escrava. Se a saúde pública funcionava para fornecer condições para superar os problemas coletivos, nas propostas do regime republicano os direitos à instrução e à saúde vinham próximos porque estavam direcionados à constituição de um novo corpo social, segundo Marcia Regina Barros da Silva (2014). Nos debates sobre causas e modos de propagação de doenças epidêmicas no século XIX e XX, a medicina higienista passa a produzir o esqueleto ideológico básico para as reformas urbanas, que colocavam o ambiente urbano e as camadas mais baixas da população sob suspeita e constante inspeção, de acordo com Sidney Chaloub (1996).

O que configura a higiene como uma ideologia, como um conjunto de princípios destinados a conduzir o país ao 'progresso', é seu papel legitimador das decisões das políticas públicas a serem aplicadas no meio urbano. A ideologia higienista, enquanto discurso normativo e projeto de modernidade de parte das elites, buscou modificar hábitos que considerava 'incivilizados' e coloniais, segundo Rafael de Abreu e Souza no artigo "A epidemia do branco e assepsia das louças na São Paulo da belle époque" (2012). Para isso, procurou-se transformar os costumes da população, na tentativa de promover o 'progresso'. Os processos de organização sanitária e higiênica das cidades são considerados uma ação disciplinar e organizacional; a lógica da ordem médica seria o eixo da relação do Estado com a população, de acordo com Marcia Regina Barros da Silva (2014). Do ponto de vista científico, saúde, doença e instrução pública definiriam os contornos da reorganização da convivência dos indivíduos em sociedade.

Dessa forma, segundo Tania Regina de Luca em seu livro *Revista do Brasil* (1999), a higiene entra no cotidiano dos indivíduos com aparência científica,

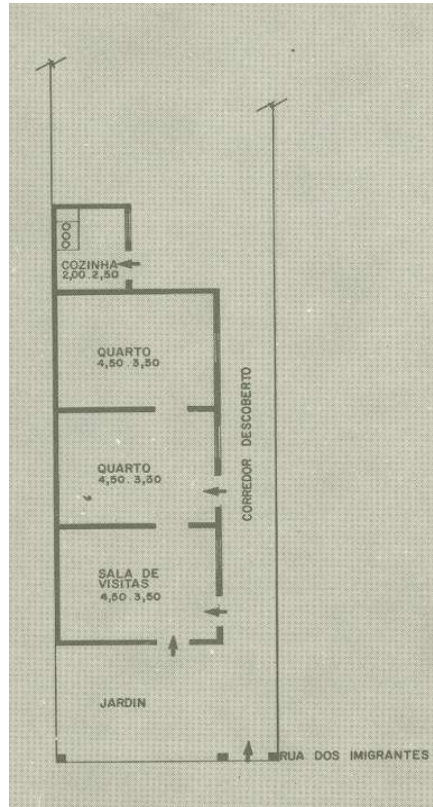
medicina às "medicinas curativas, remedeiras, terapêutica", já a nova medicina é a medicina da higiene, prevenção e profilaxia. Segundo ele, essa nova medicina é aquela que evita e faz desaparecer as doenças. Em seu artigo, ele ainda apresenta as ciências da família da Higiene, que engloba a Microbiologia, a Parasitologia, a Eugênica, entre outras. (PEIXOTO, 1918, p. 354-61).

concretizada por meio de inspeções, normas, cuidados e recomendações. Telarolli Junior afirma, em *Poder e Saúde* (1996), que a partir dos anos 1920 a educação sanitária passou a instruir sobre a higiene pessoal e doméstica, adentrando na vida particular dos cidadãos. Na abordagem higienista a eficiência dizia respeito enfaticamente aos métodos e equipamentos voltados para a melhor desinfecção dos ambientes, principalmente na cozinha, o laboratório do lar, como aparece no artigo "A cozinha moderna" da Revista Feminina (dez. 1917, p. 24). Os discursos higienistas adentraram as cozinhas, que viram seus espaços, equipamentos e procedimentos se modificarem graças às mudanças impulsionadas pelos novos conceitos de saúde.

Segundo Carlos Alberto Lemos em sua obra *Cozinhas, etc.* (1978), na casa roceira do bandeirante, a primitiva morada paulista, a cozinha era extrovertida, ou seja, fora de casa, seguindo a tendência de regiões de clima quente, como os trópicos, nas quais as habitações ficavam distantes do fogo. As zonas de serviços careciam de água, destarte o agenciamento destes ambientes domésticos pediam ligações com o exterior. Na falta dos recursos técnicos de hoje, as moradas eram secas, enxutas, e a falta d'água encanada contribuiu para a dispersão das atividades de limpeza e preparo de alimentos em locais improvisados. De acordo com Lemos (1978), as "cozinhas e demais dependências satélites [eram] tão ligadas ao exterior que fogão, tanque, bica, cisterna, paiol, despensa, curral e pomar confundiam-se num só complexo onde o clima e o elemento servil são determinantes" (p. 65). Os telheiros para lavagens eram como um apêndice molhado da casa enxuta, com águas de lavagens escorrendo pelo chão, chão, detritos e sobras, uma zona suja satisfazendo a função de limpeza, escondida e deixada em segundo plano.

O ciclo canavieiro transformou a marquise posterior da casa bandeirante na varanda, local de estar, de comer, de trabalhar; neste novo modelo de casa, chegava-se à cozinha pela varanda nos fundos. No período em que a produção agrícola hegemônica transitava da cana de açúcar para o café, a área de serviço foi anexada à grande varanda numa superposição das funções de estar e serviço neste espaço. A extroversão continuava, mas as casas passaram a ter duas cozinhas, uma interna, contígua à zona de estar, e a externa, a cozinha suja, do serviço pesado, a verdadeira cozinha, segundo Carlos Lemos (1978). A cozinha passou por uma compartimentação, apresentando-se com despensa anexa, quatinhos para guardados, ainda voltada para fora com portas para os quintais.

Como podemos ver nesta planta de 1893 da casa de Angelo Laviola na Rua dos Imigrantes, a cozinha está localizada nos fundos depois do segundo quarto, se tratando de uma cozinha externa por ter sua porta voltada para fora da casa próxima ao corredor descoberto.



Planta da casa de Angelo Laviola na Rua dos Imigrantes. LEMOS, 1978, p. 130.

De acordo com Vânia de Carvalho (2008), a cozinha moderna possui quatro compartimentos: copa, que seria o lugar de limpeza e onde eram feitas algumas refeições mais simples; cozinha, o local onde se encontra o fogão e ocorre o processamento dos alimentos; despensa, espaço de armazenagem; e uma última área onde ficavam as bacias de mármore (p. 252).

O termo “copa” – que até então designava o grande armário destinado a guardar a louça de uso cotidiano, as latas de biscoitos, os bules de chá, os vidros de remédios em uso, as frutas em amadurecimento, entre outros objetos do dia a dia – surge na segunda metade do século XIX em alguns projetos arquitetônicos (LEMOS, 1978, p. 132). No final do século, a copa foi transformada na sala que antecedia a cozinha e era passagem obrigatória entre a varanda e o resto da zona de serviço. Então “a copa digeriu a cozinha” (LEMOS, 1978, p. 119) como se estivesse se transformado numa sala agradável com a função de manter os donos da casa e suas visitas longe dos serviços e seus espaços, ou seja, as cozinhas,

áreas de dormitório dos empregados, quintais, garagens ou estrebarias. A copa seria um local de onde as donas de casa administrariam o trabalho doméstico e vigiarium suas funcionárias, dividindo-se entre a superposição de serviços domésticos e funções atinentes ao lazer, segundo Carlos Lemos (1978).

Na metade do século, os fogões ainda eram fixos de alvenaria e tijolos, tendo por combustível lenha, carvão de pedra ou coke². Todavia, conforme decorria a inserção das novas tecnologias, houve a troca pelos pequenos fogões a carvão vegetal, depois o fogão a gás, revestidos com materiais esmaltados que facilitavam a limpeza do ponto de vista da higiene, de acordo com João Luiz Máximo da Silva em sua obra *Cozinha Modelo* (2008). Nesse momento começou a se utilizar maciçamente a louça branca esmaltada na forma de recipientes para servir, como terrinas e sopeiras, já que a louça branca é relacionada com a assepsia, e o uso de materiais esmaltados e vidrados facilitavam em muito a limpeza da superfície dos recipientes, de acordo com Rafael de Abreu e Souza (2012).



Primeira foto do artigo A cozinha moderna. *Revista Feminina*, 1918. SILVA, 2008, p. 119.

Na primeira foto do artigo “A cozinha moderna” podemos observar do lado esquerdo da foto, na frente de grandes janelas, uma mulher com avental branco sentada mexendo em um pote apoiado numa mesa coberta com uma toalha de mesa branca. Ao lado desse espaço, no centro da foto, encontra-se mais à frente uma ilha de superfície branca com as laterais mais altas, as quais poderiam impedir que algo derramasse no chão; em cima dessa ilha, há utensílios de cozinha com cores claras. Do lado direito da foto, do fundo para a frente, encontram-se: painéis de alumínio penduradas na parede; embaixo das painéis uma mesa com dois níveis; ao seu lado está uma grande pia esmaltada branca em frente a outra

² Combustível subproduto do carvão mineral.

janela; e por fim temos outra mesa semelhante àquela do outro lado da pia. Este ambiente é iluminado e arejado, todas as superfícies dos móveis são planejadas, limpas, higiênicas, na mesma altura, e os planos ao lado da pia apresentam certa contiguidade.

Nesta pesquisa notamos que escritórios e consultórios médicos podem ter antecipado a eletrificação dos espaços domésticos e, dessa maneira, teriam influenciado a entrada dos equipamentos elétricos nas cozinhas. As melhorias nessas áreas de serviço são muito semelhantes às modificações propostas pela medicina para seus ambientes, sejam de materiais, sejam arquitetônicos, sejam em procedimentos abstratos que eram esvaziados de sentidos em relação à cultura dos empregados das casas. Conceitos de ordenação, racionalização e limpeza são preceitos caros à ideologia higienista e na administração da nova cozinha, constatando uma vez mais a necessidade do uso de objetos com superfícies laváveis e assépticas.

Propagandas sobre o mobiliário médico e cirúrgico e o equipamento eletrificado demonstram a afirmação de Vânia Carneiro de Carvalho (2008) de que “os consultórios médicos prenunciam a mecanização e a eletrificação da cozinha” (p. 259). Na propaganda de equipamentos eletromecânicos de precisão podemos ver uma mesa com rodinhas, fios saindo da superfície da mesa que possui lâmpadas, válvulas eletrônicas, botões e chaves de acionamento. Um dos fios liga o nível superior da mesa ao nível inferior (localizado entre o chão e o plano mais alto da mesa), onde estão localizados dois motores de bobina que funcionam por indução.



Propaganda de equipamentos eletromecânicos de precisão. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, jan. 1911. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

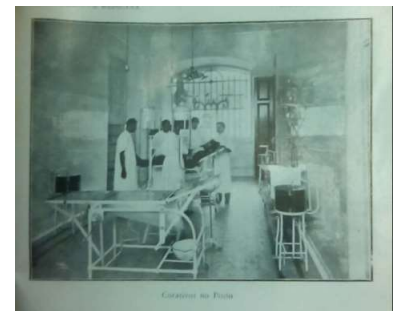
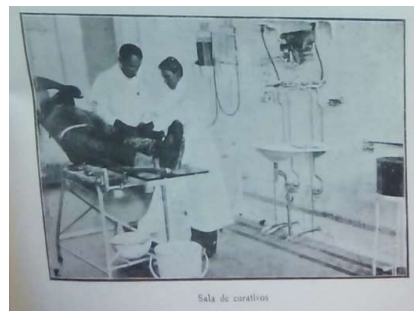
Abaixo da imagem se vê o título “A eletrotécnica”, títulos generalistas como este ou como “Eletricidade médica em geral” demonstram como essa tecnologia era nova nos espaços médicos nas primeiras décadas do século XX, portanto a eletricidade pode ter sido introduzida antes ou durante esse período, coincidindo com sua introdução na cozinha doméstica no final da década de 1920, de acordo com João Luiz Máximo da Silva (2007, p. 208), em algumas residências mais abastadas, mas que só terá seu uso expandido na cozinha planejada e racionalizada que se desenvolve no Brasil entre 1930-1945, segundo Maria Cecília Naclério Homem em sua obra *Cozinha e Indústria em São Paulo* (2015, p. 101-104).

Na série de publicações intituladas “Instituições Médicas do Brasil”, dos *Arquivos Brasileiros de Medicina*, no suplemento do nº 2 da publicação de maio de 1911, há fotos do 1º Posto Central de Assistência do Rio de Janeiro, fundado em 1907 e ampliado em 1910. Sobre este posto o artigo ressalta as modernas instalações que contam com eletrificação e comunicação telefônica interna e externa para atender os socorridos, e tratá-los no posto ou encaminhar os doentes ao hospital no menor tempo possível. As fotos demonstram espaços racionalizados e funcionais para agilidade e economia de tempo.



Sala de esterilização. Arquivos Brasileiros de Medicina, suplemento do nº 2, mai. 1911. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Na foto da sala de esterilização, podemos observar no centro da imagem um homem de pé vestido de branco operando um aparelho alto provavelmente de esterilização em cima de uma espécie de banco de cor escura. Trata-se de um aparelho alto cilíndrico dividido em duas partes: uma primeira parte é metálica com alavancas de acionamento, fios elétricos e canos nas laterais; a segunda parte, embaixo da metálica, é branca com algumas partes de encaixe de recipientes; ao lado direito dessa máquina encontra-se outra igual. Do lado esquerdo da imagem há um móvel branco com duas superfícies, no último nível há um aparelho preto e metálico ligado por um cano de cor escura ao aparelho descrito anteriormente. E do lado direito da foto vemos cerca de quatro prateleiras compridas de superfícies metálicas nas quais se encontram diversos objetos de tamanhos médios que variam entre cores mais escuras, metálicas e brancas.



Sala de curativos. Arquivos Brasileiros de Medicina, suplemento do nº 2, mai. 1911. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Já nas três fotos da sala de curativos podemos observar os processos do atendimento ao paciente. Na primeira imagem, vemos do lado direito os dois

homens de branco deitando um paciente numa maca de metal branca esmaltada; do lado esquerdo é possível ver uma sequência de superfícies semelhantes de vidro ou de metal de mesma altura com fios e canos; em cima, no fundo, há uma pia branca esmaltada com tubulações e fios ligados a alavancas na parede que, por sua vez, estão ligadas a dois objetos de vidro cilíndrico mais acima. Na segunda imagem vemos o paciente em cima da maca sendo examinado pelos médicos; observamos os artefatos descritos anteriormente agora em outro ângulo. E por fim, na segunda imagem podemos ver, em primeiro plano, outra maca sem paciente, o que permite observar seu mecanismo; atrás desta maca, quatro ou cinco indivíduos atendendo o paciente, e no fundo da sala uma grande janela com grades na vertical e uma porta de madeira maciça do lado direito.

Nessas imagens do posto notam-se os espaços claros, iluminados, contíguos, compactados e planejados com cores brancas e metálicas junto com equipamentos elétricos de modo a possibilitar a praticidade e a economia de tempo e de trabalho, assim como ocorre nos espaços racionalizados das cozinhas modernas. Também nota-se o uso de mobiliário articulado com rodas possibilitando uma mobilidade maior e mais fácil em relação à função dos aparelhos empregados no atendimento médico.

Na mesma série de artigos publicados pelo *Arquivos Brasileiros de Medicina*, agora no suplemento do nº 1 da publicação de março de 1911, há um artigo com fotos dos laboratórios do Instituto de Patologia Experimental Oswaldo Cruz. Esse instituto, mais conhecido como Instituto Oswaldo Cruz, foi fundado em 1901, sob o nome de Instituto Soroterápico Federal e, em 1907, ficou independente da Diretoria de Saúde Pública. A revista *Brasil-Médico* também possui um artigo sobre o Instituto Manguinhos, em seu nº 44, publicada em 22 de novembro de 1906, antes do instituto ficar independente. O instituto, também conhecido como Instituto Manguinhos, dedicava-se ao preparo de soros e vacinas, mas também ao estudo de doenças infecciosas e ao ensino de bacteriologia, microscopia, parasitologia e, principalmente, à medicina aplicada à higiene.

Aqui temos duas fotos do laboratório de estudo da peste. A primeira, do *Brasil-Médico*, é de antes da sua reforma em 1906; nela é possível observar o ambiente claro e azulejado, com grande janela no centro da imagem, em frente a qual há uma mesa branca esmaltada com um banquinho ajustável; em cima da mesa vemos potes de vidro; há fios ligando esta mesa a outra mesa semelhante do lado. Do lado esquerdo há um armário branco com porta de vidro preso na

parede com prateleiras, onde se encontram potes de vidro; embaixo, um balde branco. Do lado direito também há um armário semelhante, porém maior e com as portas escura. Na segunda foto, a do *Arquivos Brasileiros de Medicina*, vemos a sala de um ângulo maior, observamos as paredes, mesas, armários e portas brancas azulejadas ou esmaltadas. Nessa imagem há uma coifa branca no fundo, do lado esquerdo, que lembra em muito as coifas e exautores das cozinhas modernas.



Laboratório para o estudo da peste. *Brasil-Médico*, nº 44, 22/11/1906. Biblioteca de Saúde Pública da USP.

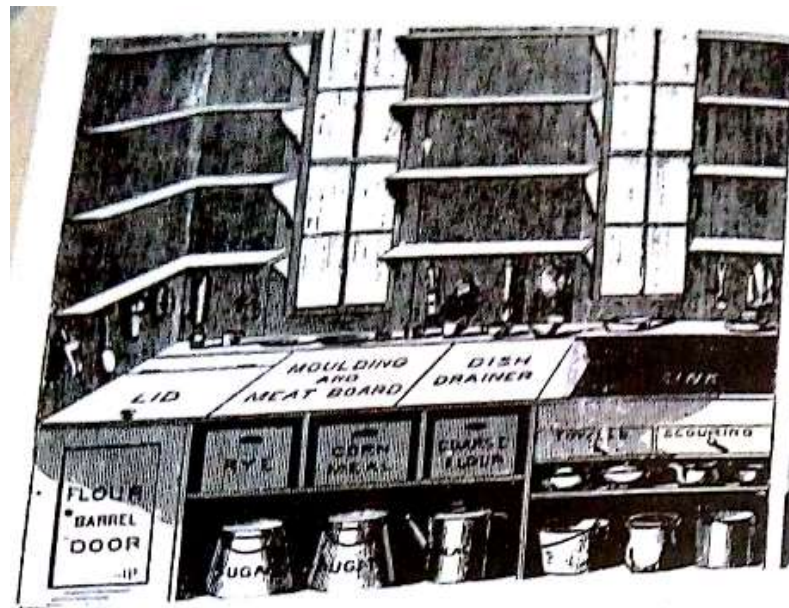


Laboratório da peste. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, suplemento do nº 1, mar. 1911. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Durante a pesquisa observamos como os hospitais e consultórios médicos podem ter servido de modelo para as modificações da cozinha paulista com superfícies claras, azulejadas, de fácil lavagem, e o uso de vidro e porcelana. As imagens descritas mostram laboratórios com grandes janelas que possibilitam a ventilação e iluminação, com ambientes claros e brancos; podemos ver o uso de armários de vidro e algumas peças de metal. Sobre as bancadas e mesas brancas encontramos potes de vidro, assim como instrumentos e aparelhos com muitos

fios, demonstrando que esses espaços já tinham eletricidade e equipamentos elétricos. Sendo uma informação relevante frisada nos artigos mencionados acima, pode demonstrar que se tratava de uma novidade e inovação tecnológica. Assim, estes laboratórios apresentam características de organização espacial, matérias-primas e arquitetura semelhantes às encontradas nas cozinhas domésticas modernas.

Aqui temos a imagem do que seria a ordenação ideal para os espaços de preparação e limpeza esquematizada por Catherine Brecher em 1869. Notamos as superfícies bem iluminadas, de tamanho mínimo, localizadas na altura da cintura, com o centro de armazenamento embaixo da mesa. As prateleiras e gavetas coincidem com as superfícies de preparação para facilitar o trabalho. É uma organização semelhante à encontrada na fotografia do laboratório de estudos da peste do Instituto Manguinhos.

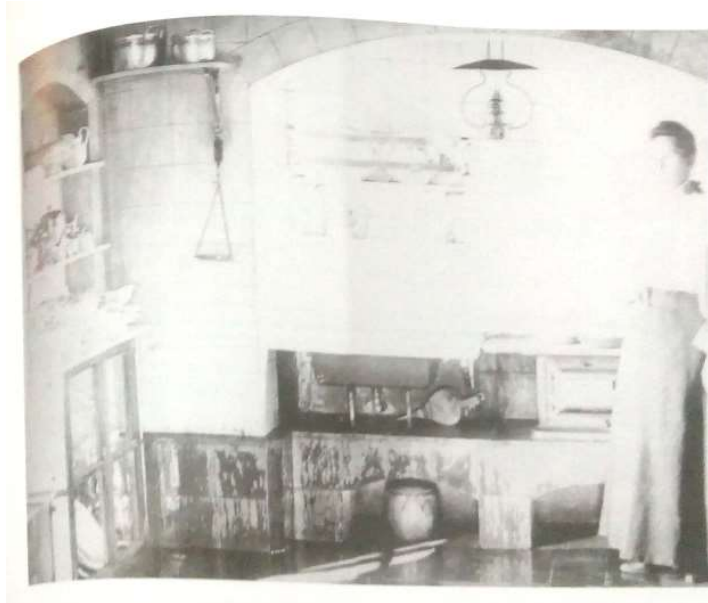


Superfícies de trabalho contínuas. *The American Woman's Home* de Catherine Brecher. GIEDION, 1948, p. 524.

Ambientes assépticos, de superfícies laváveis e desinfetáveis, lembram em muito a cozinha moderna com seus ladrilhos e azulejos brancos, objetos de porcelana esmaltada, e armários e potes de vidro. Segue a fotografia da cozinha da residência de Victor Dubugras, construída entre 1896 e 1897 na alameda Eugênio de Lima, a título de comparação:

Neste ambiente claro notamos a pia branca esmaltada formando uma superfície contígua com uma mesa ao seu lado. Do lado direito da imagem há um

armário embutido com prateleiras brancas em cima de um armário com portas de vidro; em ambos vemos utensílios de alumínio e porcelana. As paredes são azulejadas até o teto semelhantes ao encontrado nas imagens dos laboratórios acima. Mas a iluminação é de lampião a gás, como vemos na parte superior da imagem, e a cozinha ainda conserva algumas características sujas e escuras, como é possível observar na parte inferior da fotografia.



Cozinha da residência de Victor Dubugras. *HOMEM*, 2015, p. 225.

Todas essas características caras ao sanitarismo e higienismo talvez já fossem empregadas em cozinhas de hospitais e instituições médicas, como esta do Instituto Pasteur em Paris, fundado em 1888, que, além das superfícies laváveis, também apresenta claridade e iluminação. Como podemos ver na fotografia, essa cozinha possui coifas metálicas em cima do fogão, iluminação elétrica, grandes painéis de alumínio, chão azulejado, paredes com azulejos até sua metade e pintadas com tinta esmaltada da metade para cima. No centro da cozinha há uma ilha de cor clara com um aparelho mecânico em cima na beirada esquerda; do lado direito da ilha há uma mesinha de metal com dois planos e em cada uma das superfícies há potes de alumínio, possuindo rodas para possibilitar sua mobilidade.



Cozinha do Instituto Pasteur. *Hopitaux: Maisons de Santé, Maternités, Sanatoriums*. 1925. Biblioteca Central da Escola Politécnica da USP.

Pelos assuntos abordados nos artigos é possível notar a circulação dos médicos, junto com suas ideias e opiniões, principalmente a influência que exerciam nos assuntos públicos sanitários. Sobre a inserção da classe médica em diversos assuntos dos espaços públicos e privados, há no nº 22 e 23 dessa mesma revista (publicados em 8 e 15 de junho de 1914, respectivamente) um amplo debate sobre a regulamentação dos empregados domésticos, visando a preservação higiênica dos seus patrões. Essa fonte corrobora a ideia de que os Códigos de Posturas e o regulamento do Serviço Sanitário estabeleciam as responsabilidades dos patrões e os deveres dos criados, visando precaver as famílias do perigo da contaminação física e “moral”, segundo Maria Izilda de Matos em seu artigo “Porta adentro” (1994, p. 206 e 207), de tal modo que a presença dessa categoria é vista como ameaçadora, de acordo com Simone Adriani dos Santos em sua dissertação *Senhoras e criadas no espaço doméstico* (2015, p. 88-92).

A racionalização dos serviços domésticos está na ordenação e limpeza nesta sociedade que dispunha de grande quantidade de mão de obra servil, e que continuava essencialmente artesanal com amplo preconceito em relação ao trabalho braçal, segundo Vânia Carneiro de Carvalho (2008). As medidas de higiene devem ter dificultado o trabalho e aumentado o tempo empregado na execução das tarefas como lavar constantemente, alvejar, polir, lustrar, secar e expor ao sol. Em nosso país, a figura da empregada doméstica não desapareceu, diferente do que ocorreu em outros países americanos, isso devido ao grande contingente de força de trabalho flutuante proveniente da abolição, da intensa

migração e do êxodo rural, segundo Maria Izilda de Matos (1994). Dessa forma a cozinha brasileira permanecia estigmatizada como território exclusivo da empregada, que carregava marcas da escravidão recente.

A tradição das casas senhoriais segregou a área de serviço às proximidades da senzala: a cozinha era ao ar livre, sem água corrente, sem guarda-comidas, junto de fossas e do acúmulo de lixo, de acordo com Vânia de Carvalho (2008, p. 251). As zonas de serviços modernas ainda estavam vinculadas ao quintal onde fica o tanque, sob o telheiro. A legitimação do *status* de poder do chefe de família era justamente a distância da cozinha, segundo Carlos Lemos (1978). Os quartos de “criadas”, que a princípio se localizavam nos porões ou em puxados anexos às cozinhas, passam à edícula separada da construção central, e assim a ex-escrava passa à situação de empregada assalariada, categoria que surge pós-abolição.

A estetização dos cômodos solenes e o princípio de organização das casas paulistas satisfaziam as obrigações simbólicas ligadas a funções psicossociais de domínio e estabilidade, de acordo com Simone Adriani dos Santos (2015), ao passo que as melhorias tecnológicas tornavam os saberes da empregada ultrapassados, e sua presença desprestigiada, por ser relacionada a um risco à salubridade do ambiente doméstico asséptico. Dessa forma, a separação entre área de estar e de serviço reflete a segregação e diferenciação entre donos da casa e funcionários, “patrões e serviçais”.

Referências Bibliográficas

Fontes

A cozinha moderna, *Revista Feminina*, dez. 1917, p. 24.

Arquivos Brasileiros de Medicina, suplemento do nº 1 e do nº 2, mai. 1911. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

BEECHER, Katherine Esther (1869). *The American woman's home*. New York: Rutgers University Press, 2002.

Brasil-Médico, nº 22 e 23, 8 e 15/6/1914. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Brasil-Médico, nº 44, 22/11/1906. Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Hopitaux: Maisons de Santé, Maternités, Sanatoriums. Paris: Ch. Massin & Cie Editeurs, 1925. em Biblioteca Central da Escola Politécnica da USP.

Bibliografia

ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. Bragança: Edusf. 2003.

CARVALHO, Vânia Carneiro de. *Gênero e artefato: o sistema doméstico na perspectiva da cultura material – São Paulo, 1870-1920*. São Paulo: Edusp, 2008.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DE LUCA, Tania Regina. *Revista do Brasil: um diagnóstico para a (n)ação*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

FILHO, Lycurgo Santos. *História geral da medicina brasileira*. Vol. I e II. São Paulo: Hucitec, 1991.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. O Nascimento da Medicina Social. In: _____. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GIEDEON, Sigfried. Mechanization Encounters the household. In: _____. *Mechanization takes command: a contribution to anonymous history*. New York: Oxford University Press, 1948.

HOMEM, Maria Cecília Naclério, *Cozinha e Indústria em São Paulo: Do Rural ao Urbano*. São Paulo: Edusp, 2015.

LEMOS, Carlos Alberto Cerqueira. *Cozinhas, etc.: Um Estudo sobre as Zonas de Serviço da Casa Paulista*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

MATOS, Maria Izilda Santos de. Porta Adentro: 'Criados de Servir' em São Paulo de 1890 a 1930. In: BRUSCHINI, Cristina & SORJ, Bila (org.). *Novos Olhares: Mulheres e Relações de Gênero no Brasil*. São Paulo: Marco Zero/Fundação Carlos Chagas, 1994. pp. 193-212.

PEIXOTO, A. *A antiga e a nova medicina: a higiene*. RBR, v.8, n.32, p.354-61, ago. 1918.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernando da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, Simone Adriani dos. *Senhoras e criadas no espaço doméstico, São Paulo (1875-1928)*. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA, João Luiz Máximo da. *Cozinha Modelo*. São Paulo: Edusp, 2008.

_____. Transformações no espaço doméstico – o fogão a gás e a cozinha paulistana, 1870-1930. Anais do Museu Paulista. v. 15. n.2. jul.-dez. 2007.

SILVA, Márcia Regina Barros da. *O Laboratório e a República: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOUZA, Rafael de Abreu e. A epidemia do branco e a assepsia das louças na São Paulo da Belle Époque. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, out.-dez. 2012, p.1139-1153.

TELAROLLI JUNIOR, R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996. p. 223.