

volume

26/1

Dezembro/2020

ICH - UFPel

História em revista

revista do núcleo de documentação histórica

dossiê: História da Saúde, das Doenças e da Assistência

Esta é a primeira de duas especialidades em docas especialidades em para casamentos, baptizara casamentos, sudos e banquetes. É osados e banquetes. unica depositaria da aliancia depositaria da mada Guarana Espumantada Guarana Espu te e do eccellente chowao e do excelente lab Laeta, fabricados na Laeta, fabrican S. Paulo pelos Srs. Zos, Paulo pelos S molta Leoncio & Capotta Leoncio & J. Comodoro, Braso 191 Comodoro, Bra



Hist. Rev. Pelotas Número 26/1 p.1-402 dez. 2020

ISSN 2596-2876





**Obra publicada pela
Universidade Federal
de Pelotas**

Reitor

Pedro Rodrigues Curi Hallal

Vice-Reitor

Luis Isaías Centeno do Amaral

Direção de Gabinetes da Reitoria

Taís Ullrich Fonseca

Pró-Reitora de Ensino

Maria de Fátima Cossio

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Flávio Fernando Demarco

Pró-Reitora de Extensão e Cultura

Francisca Ferreira Michelon

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis

Mário Renato de Azevedo Jr.

Pró-Reitor Administrativo

Ricardo Hartlebem Peter

Pró-Reitor de Gestão da Informação e Comunicação

Julio Carlos Balzano de Mattos

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento

Otávio Martins Peres

Pró-Reitor de Gestão de Pessoas

Sérgio Batista Christino

Editora e Gráfica Universitária - Conselho Editorial

Pres. do Conselho Editorial: João Luis Pereira
Ourique

Repr. das Engenharias e Computação: Darci Alberto
Gatto

Repr. das Ciências Biológicas: Flávio Roberto Mello
Garcia e Marines Garcia (suplente)

Repr. das Ciências da Saúde: Francisco Augusto
Burkert Del Pino e Claiton Leoneti Lencina
(suplente)

Repr. das Ciências Agrônômicas: Cesar Valmor
Rombaldi, Guilherme Albuquerque de Oliveira
Cavalcanti (suplente) e Fabrício de Vargas
Arigony Braga (suplente)

Repr. das Ciências Humanas: Márcia Alves da Silva
e Cláudio Baptista Carle (suplente)

Repr. das Ciências Sociais Aplicadas: Carla Rodrigues
Gastaud

Repr. das Linguagens e Artes: Josias Pereira da Silva
e Eleonora Campos da Motta Santos (suplente)

Instituto de Ciências Humanas

Diretor: Prof. Dr. Sebastião Peres

Vice-Diretora: Profa. Dra. Andréa Lacerda
Bachettini

*Núcleo de Documentação História da UFPel – Profa.
Beatriz Ana Loner*

Coordenadora:

Profª Dra. Lorena Almeida Gill

Membros do NDH:

Profª Dra. Lorena Almeida Gill

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes

Técnico Administrativo:

Paulo Luiz Crizel Koschier

História em Revista – Publicação do Núcleo de Documentação Histórica

Comissão Editorial:

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes
Prof^a Dra. Lorena Almeida Gill

Conselho Editorial:

Prof^a Dra. Helga I. Landgraf Piccolo (UFRGS)
Prof. Dr. René Gertz (UFRGS) (PUCRS)
Prof. Dr. Temístocles A. C. Cezar (UFRGS)
Prof^a. Dra. Beatriz Teixeira Weber (UFSM)
Prof^a. Dra. Maria Cecília V. e Cruz (UFBA)
Prof. Dr. Marcelo Badaró Mattos (UFF)
Prof^a. Dra. Joan Bak (Univ. Richmond – USA)
Prof. PhD Pablo Alejandro Pozzi (Universidad de Buenos Aires).
Prof. Tommaso Detti (Università Degli Studi di Siena)

Editores: Angela Beatriz Pomatti, Éverton Reis Quevedo, Véra Lucia Maciel Barroso

Editoração e Capa: Paulo Luiz Crizel Koschier

Imagem da capa: Théobald Chartran(1849-1907) Laennec, no Hospital Necker, ausculta um tísico na frente de seus alunos (1816) (1889), mural, Salle Péristoryle da Sorbonne.

Pareceristas ad hoc: Marcelo Vianna (IFRS) | Luciana da Costa de Oliveira (UNISINOS) | Cristiano Enrique de Brum (PUCRS) | Ana Paula Korndorfer (UNISINOS) | Marlise Maria Giovanaz (UFRGS) | Ana Celina Figueira da Silva (UFRGS) | Joana Carolina Schossler (UNICAMP) | Danielle Heberle Viegas (UNILASALLE) | Micaele Irene Scheer (UFRGS) | Zingaro Homem de Medeiros (UFRGS) | Aristeu Elisandro Machado Lopes (UFPel) | Eduarda Borges (UFRGS) | Marcia

Regina Bertotto (UFRGS) | João Gabriel Toledo Medeiros (UNISINOS) | Rodrigo de Azevedo Weimer (Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul) | Jonas Moreira Vargas (UFPel) | Clarissa de Lourdes Sommer Alves (Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul) | Regina Célia Lima Xavier (UFRGS) | Leonardo de Oliveira Conedera (UDESC) | Beatriz Teixeira Weber (UFSM).

Editora e Gráfica Universitária

R Lobo da Costa, 447 – Pelotas, RS – CEP 96010-150 | Fone/fax: (53)3227 8411
e-mail: editora@ufpel.edu.br

Edição: 2020/2

ISSN – 2596-2876

Indexada pelas bases de dados: Worldcat Online
Computer Library Center | Latindex | Livre:
Revistas de Livre Acesso | International
Standard Serial Number | Worldcat | Wizdom.ai
| Zeitschriften Datenbank

UFPel/NDH/Instituto de Ciências Humanas

Rua Cel. Alberto Rosa, 154 - Pelotas/RS - CEP: 96010-770

Fone: (53) 3284 3208 -

<http://wp.ufpel.edu.br/ndh/>

e-mail: ndh.ufpel@gmail.com

*** obra publicada em janeiro de 2021.**



Dados de catalogação na fonte:

Aydê Andrade de Oliveira - CRB - 10/864

História em revista / publicação do Núcleo de Documentação Histórica.
Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas.
v.26/1, (dez. 2020). – Pelotas: Editora da UFPel, 2020.

1v.

Semestral

ISSN 2596-2876

1. História - Periódicos. I. Núcleo de Documentação Histórica.
Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas.

CDD 930.005

Os textos contidos neste volume são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores. Salvo informação explícita em contrário, o(a)(s) autor(a) (es) respondem pelas informações textuais e imagéticas contidas no presente volume. O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada artigo é de inteira e exclusiva responsabilidade dos mesmos.

SUMÁRIO

DOSSIÊ: HISTÓRIA DA SAÚDE, DAS DOENÇAS E DA ASSISTÊNCIA

APRESENTAÇÃO

INTRODUCTION

ANGELA BEATRIZ POMATTI, ÉVERTON REIS QUEVEDO, VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO 8

SAÚDE TEM HISTÓRIA 12

ENTRE DIFERENÇAS E SIMILARIDADES: UM ESTUDO COMPARATIVO A RESPEITO DOS OLHARES SOBRE A “SAÚDE” E A “DOENÇA” EM “MANUAIS DE MEDICINA POPULAR”, HOMEOPÁTICOS E ALOPÁTICOS, DE FINAIS DO OITOCENTOS 13
ANDRÉ PORTELA DO AMARAL

CIRCULACIÓN, PRÁCTICAS Y MEDICINA POPULAR. EM REFLEXIÓN SOBRE EL CURANDERISMO EM EL SIGLO XIX ARGENTINO 32
ASTRID DAHHUR

“O EXERCÍCIO DE CURAR SUPÕE O HÁBITO E COSTUME DE O FAZER”: BOTICAS E BOTICÁRIOS NO OITOCENTOS NO BRASIL MERIDIONAL 45
PAULO STAUDT MOREIRA E NIKELÉN ACOSTA WITTER

SOBRE AS VIRTUDES MEDICINAIS DOS INSETOS NA OBRA *PARAGUAY NATURAL ILUSTRADO* DE JOSÉ SÁNCHEZ LABRADOR S. J. (1776-1776) 67
ELLANE CRISTINA DECKMANN FLECK

DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS À ENGENHARIA DE TECIDOS: A HISTÓRIA QUE TEM REVOLUCIONADO A MEDICINA E SALVADO VIDAS 90
LAURA SCHÄFER E MARIA HELENA ITAQUI LOPES

DOENÇAS E HISTÓRIAS 105

AS DOENÇAS E O ATENDIMENTO AOS ENFERMOS NOS PRIMÓRDIOS DA OCUPAÇÃO DO CONTINENTE DE SÃO PEDRO (SÉCULO XVIII) 106
ROGÉRIO MACHADO DE CARVALHO

“MUI SEÑOR MIO, DESPUES DE HAUER RECONOZIDO LAS MEDIZINAS, PARESE QUE HA ENCONTRADO DE MENOS TODO LO QUE PARESE SU PAPEL”: UM ESTUDO SOBRE OS TUMORES NO PARAGUAI COLONIAL (SÉC. XVII-XVIII) 124
BERNARDO TERNUS DE ABREU

O FENÔMENO IMIGRATÓRIO E O CONTROLE DO TRACOMA: REPERCUSSÕES DA DOENÇA 146
LEONOR C. BAPTISTA SCHWARTSMANN

PÁGINAS DE UM SABER MÉDICO: A PRESENÇA DA TUBERCULOSE EM TRABALHOS PUBLICADOS NO ARCHIVOS RIO-GRANDENSES DE MEDICINA	163
<i>BRUNO CHEPP DA ROSA</i>	
CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EXPOSIÇÃO “GRIPE ESPANHOLA: A MARCHA DA EPIDEMIA” DO MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL	186
<i>ANGELA BEATRIZ POMATTI E GLÁUCIA G. LIXINSKI DE LIMA KULZER</i>	
HISTÓRIA, MEMÓRIA E COMPORTAMENTOS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID-19	
<i>JANETE ABRÃO</i>	209
“SINTO FALTA DE ABRAÇOS”: OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA VIDA COTIDIANA DOS ALUNOS E ALUNAS DA UFPel	
<i>QUEZIA GALARCA DE OLIVEIRA, MILENA DA SILVA LANGHANZ E LORENA ALMEIDA GILL</i>	230
INSTITUIÇÕES E ASSISTÊNCIA: TRAJETÓRIAS	240
A SUPERLOTAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: IMPLICAÇÕES NA INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS ENTRE OS ANOS DE 1932 E 1937 (PORTO ALEGRE/RS)	
<i>LISIANE RIBAS CRUZ</i>	241
ESTIGMA DA LEPROSA: O MANEQUIM LÁZARO NA EXPOSIÇÃO DO MEMORIAL DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ	
<i>HELENA THOMASSIM MEDEIROS, JULIANE CONCEIÇÃO PRIMON SERRES E DIEGO LEMOS RIBEIRO</i>	258
A ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR MODERNA E A (RE) PRODUÇÃO DO VIVER SOCIAL NO HOSPITAL MIGUEL COUTO EM NATAL (1927-1955)	
<i>ANDRÉ MOTA E RODRIGO OTÁVIO DA SILVA</i>	276
A MATERNIDADE DO RIO DE JANEIRO: HISTÓRIA, ENSINO E ASSISTÊNCIA NO RIO DE JANEIRO	
<i>CAROLINE PEREIRA DAMIN PRITSIVELIS, ANTONIO RODRIGUES BRAGA NETO, ANTONIO CARLOS JUCA DE SAMPAIO, JORGE FONTE DE REZENDE FILHO E JOFFRE AMIM JUNIOR</i>	299
CENTROS DE SAÚDE E POSTOS DE HIGIENE: NOVAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARA NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS (RIO GRANDE DO SUL, 1928-1945)	
<i>GABRIELLE WERENICZ ALVES</i>	312
CUIDAR DE POBRES DOENTES NAS MEMÓRIAS DE ENFERMEIRAS RELIGIOSAS NA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (1956-1973)	
<i>VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO</i>	332

ARTIGOS LIVRES

ENTRE COIMBRA E VILA DO PRÍNCIPE: A ATUAÇÃO DO PADRE DR. MANUEL JOSÉ DA
FONSECA BRANDÃO NA PARÓQUIA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, COMARCA DO
SERRO DO FRIO, MINAS GERAIS, 1778 A 1797

347

DANILO ARNALDO BRISKIEVICZ

348

MODELOS DE ESPACIALIDADE NA HISTÓRIA E NA GEOGRAFIA – UMA COMPARAÇÃO
ENTRE A HISTÓRIA LOCAL FRANCESA E A REPRESENTAÇÃO DO ESPAÇO NAS GERAÇÕES
SUBSEQUENTES

JOSÉ D'ASSUNÇÃO BARROS

369

(RE)ESCRITURAS NEGRAS EM PÁGINAS BRANCAS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DO PROCESSO
DE PATRIMONIALIZAÇÃO DA SERRA DA BARRIGA

388

RAYANNE MATIAS VILLARINHO E ANA MARÍA SOSA GONZÁLEZ

História em revista

revista do núcleo de documentação histórica

Instituições e Assistência: Trajetórias

Esta é a primeira de duas especialidades em doc. especialidades em doc. para casamentos, baptizara casamentos, sudos e banquetes. É usado e banquetes. única depositaria da aliança depositaria da aliança Guarana Espumante Guarana Espumante e do excelente chow-chow e do excelente lab. Laeta, fabricados no lab. Laeta, fabricados S. Paulo pelos Srs. Z&S. Paulo pelos Srs. nolla Loureiro & Capotta Loureiro & J. Capoterra, Brasi. J. Capoterra, Brasi.

Esta é a primeira de duas especialidades em doc. especialidades em doc. para casamentos, baptizara casamentos, sudos e banquetes. É usado e banquetes. única depositaria da aliança depositaria da aliança Guarana Espumante Guarana Espumante e do excelente chow-chow e do excelente lab. Laeta, fabricados no lab. Laeta, fabricados S. Paulo pelos Srs. Z&S. Paulo pelos Srs. nolla Loureiro & Capotta Loureiro & J. Capoterra, Brasi. J. Capoterra, Brasi.



A ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR MODERNA E A (RE) PRODUÇÃO DO VIVER SOCIAL NO HOSPITAL MIGUEL COUTO EM NATAL (1927-1955)

MODERN HOSPITAL FOOD AND THE (RE) PRODUCTION OF SOCIAL LIVING AT THE MIGUEL COUTO HOSPITAL IN NATAL (1927-1955)

André Mota¹

Rodrigo Otávio da Silva²

Resumo: Este artigo analisa a alimentação no Hospital Miguel Couto na cidade do Natal (RN) entre 1927 e 1955, buscando capturar as representações e práticas alimentares na instituição no momento transicional de um modelo hospitalar caritativo para um modelo de “hospital moderno”, enfocando, no estudo, a materialidade da produção e do consumo alimentar no hospital a partir da abordagem de Jean-Pierre Corbeau e de seu conceito de “sequência do comer”.

Palavras-chave: Representações e práticas alimentares; Hospital Miguel Couto; sequência do comer.

Abstract: This article analyzes food at the Miguel Couto Hospital in the city of Natal (RN) between 1927 and 1955, seeking to capture the institution's food representations and practices at the transitional moment of a charitable hospital model for a “modern hospital” model, focusing, in the study, the materiality of production and food consumption in the hospital based on Jean-Pierre Corbeau's approach and his concept of “eating sequence”.

Keywords: Food representations and practices; Miguel Couto Hospital; eating sequence.

Instantâneos históricos: de Hospital de Caridade a Miguel Couto

Foi somente no séc. XIX, com a epidemia do *cólera-morbo*, que o governo do presidente Bernardo Pereira Passos criou a primeira instituição hospitalar do Rio Grande do Norte: o Hospital de Caridade, de 1855. Encravado na Rua da Salgadeira, antigo matadouro, e hoje Casa do Estudante, a referida casa de saúde não tinha as características de um hospital terapêutico. Segundo o presidente de província Antônio Bernardo de Passos, o prédio fora construído às pressas, reunindo todos os pedreiros da cidade e quase totalidade dos carpinteiros, tendo pouco mais de 176 palmos de comprimento e 53 de largura, acomodando cerca de 40 doentes do sexo masculino e outros tantos do feminino (RELATÓRIO, 1856, p.12).

No começo do séc. XX, o governador Alberto Maranhão investiu na construção de um novo hospital, em substituição ao da Salgadeira, intento alcançado com a compra de terreno no alto do Monte Petrópolis, facultando a construção do Hospital de Caridade Juvino Barreto, inaugurado em 1909.

¹ Historiador e professor Livre-Docente vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, atuando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail institucional: a.mota@fm.usp.br.

² Historiador e Doutorando no Departamento de Medicina Preventiva da USP, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob a orientação do professor Livre-Docente André Mota. E-mail: rodrigo.silva@fm.usp.br.

Figura 1. Hospital Miguel Couto.

Fonte: MIRANDA, 2014.

A assistência hospitalar na cidade do Natal não teve sua origem ligada à fundação de uma Santa Casa de Misericórdia. A segunda obra hospitalar (HCJB), contudo, gozou da presença das Irmãs Filhas de Sant'Ana, vindas da Bahia, em 15 de julho de 1909, a bordo do vapor “Acre”, sob a direção da Sórora Clemens Rizzi. (CASCUDO, 2010, p.332).

O antigo prédio do Hospital de Caridade foi cedido para a instalação da Escola de Aprendizes Artífices. Todo o material remanescente do hospital foi levado para o Hospital de Caridade Juvino Barreto, sob os cuidados de Januário Cicco, médico-cirurgião, e os antigos funcionários tiveram destino diverso: uns foram reaproveitados no novo hospital; outros, em repartições; e o restante esteve à disposição do Estado para realocamento funcional (MEDEIROS, 1960, p.39).

Em maio de 1927, um grupo de médicos, composto por Januário Cicco, José Lagrecca, João Crisóstomo Galvão Filho e Otávio de Gouveia Varela, reunidos no Hospital de Caridade Juvino Barreto, realizou duas reuniões de “preparação” (18 e 20 de maio) para fundar uma sociedade particular responsável por levar a cabo os antigos anseios políticos de instituição de uma saúde pública efetiva no Estado.

Acordado com o governador José Augusto Bezerra de Medeiros no próprio palácio do governo, que anuíra aos intentos da futura Sociedade de Assistência Hospitalar, a sociedade civil mantenedora foi, então, criada e instituída com sua hierarquia, regimento interno e convênio com o Estado, passando a funcionar efetivamente em 25 de maio de 1927, como registrado na ata da sessão de fundação da Sociedade de Assistência Hospitalar na capital do Estado do Rio Grande do Norte. Em 1935, como base na Cláusula V do aditivo do novo contrato³, a Diretoria resolveu prestar uma homenagem ao insigne médico carioca Miguel Couto, emprestando-lhe o nome próprio como patronímico ao nosocômio local, que passou a chamar-se, então, Hospital Miguel Couto.

Nesse contexto, a mudança de nome da instituição era significativa: aos olhos da nova sociedade administradora, a renomeação deveria marcar a passagem de um modelo hospitalar antigo, baseado nos princípios da caridade, recolhimento e exclusão, exemplificado pelas Santas Casas, para um modelo hospitalar moderno, visto como oficina, aparelhado, lugar de ensino, fundado em

³ Esse Termo Aditivo foi assinado em 24 jul. 1934 e se referia ao contrato celebrado em 30 de junho de 1927, entre o Governo do Estado e a Sociedade de Assistência Hospitalar.

preceitos técnicos (norte-americanos) e atendendo a todos indistintamente (RIBEIRO, 2016, não paginado). Portanto, essas mudanças ocorridas entre 1927 e 1935 expressam uma “carta de intenções” da nova administração e, ao mesmo tempo, marcam uma ruptura nas representações e práticas hospitalares do Hospital Miguel Couto, muito especialmente na questão da alimentação institucional, quando se pode perceber uma certa transição no nosocômio da alimentação popular para um regime nutricional hospitalar. Questão estratégica para os governos, a alimentação tornava-se chave no quadro da saúde da população local, e a alimentação hospitalar, em específico, tinha papel relevante nessa questão. Afinal, era necessária a recuperação do corpo saudável para o trabalho produtivo. Alongaremos o estudo até cerca de 1955, quando o HMC será transformado em hospital-escola e a temática alimentar tomará outros caminhos, agora guiados pelos saberes da Nutrição como ciência.

Aspectos teóricos e metodológicos

Os estudos da alimentação atingem uma ampla variedade de aspectos da vida em sociedade, como bem assinalou a historiadora Eliane Morelli (2018, p.23):

A alimentação compõe-se de um conjunto de práticas que envolvem desde a produção dos alimentos até as técnicas de preparo, os artefatos e os serviços de mesa. O tema é amplo e comporta desde as análises econômicas centradas na produção, estocagem, comércio e consumo, as nutricionais e biológicas, até as históricas e culturais, que focalizam a alimentação como elementos simbólicos, compreendendo as formas de prepará-los e de consumi-los, o acesso aos produtos alimentícios e a resultante constituição de hierarquias e identidades sociais. Nessa linha, os estudos compreendem a alimentação muito além da necessidade e da sobrevivência humana, mas como símbolo econômico, social e cultural, pelo qual se manifestam continuidades e mudanças de uma sociedade.

Desse modo, situado entre o biológico e o cultural, como asseverou Claude Fischler (*apud* GOLDENBERG, 2011, p.254), o estudo da alimentação se tornou incontornavelmente tarefa inter e multidisciplinar (CARNEIRO, 2003, p.8; SANTOS, 1997, p.154-5), exigindo o trabalho de cooperação da História com outras disciplinas. Com efeito, o campo da História da Alimentação

[...] é extremamente rico de possibilidades temáticas que se oferecem ao historiador da cultura e a outros profissionais, como aqueles da área da Nutrição, contemplando a culinária, a alimentação e seus rituais de comensalidade, bem como as práticas alimentares.

Do exposto, a História da Alimentação, ocupando o seu lugar na História, busca estudar as preferências alimentares, a significação simbólica dos alimentos, as proibições dietéticas e religiosas, os hábitos culinários, a etiqueta e o comportamento à mesa e, de maneira geral, as relações que a alimentação mantém em cada sociedade com os mitos, a cultura e as estruturas sociais, ao sabor dos processos históricos. (SANTOS, 2005, p.20-21)

Elemento da cultura e atravessado pela historicidade, a alimentação é, portanto, pluridimensional e deve, por isso, ser investigada sempre com alianças disciplinares em consonância com o projeto de pesquisa desenvolvido.

A alimentação hospitalar constitui um recorte objetal bastante específico e ainda não recebeu dos historiadores no Brasil um olhar mais atento. Em extenso balanço historiográfico sobre o campo da História da alimentação, publicado nos *Anais do Museu Paulista*, os historiadores Menezes

e Carneiro (1997, p.24) lotaram o tema da alimentação hospitalar dentro do campo da Sociologia: “Dentro dos padrões de sociabilidade, não se pode esquecer a alimentação institucional: escolas, prisões, hospitais, navios, quartéis etc.” Ou seja, a temática não apresentava, entre os historiadores, um corpus de publicações que justificasse qualquer menção.

Décadas depois, e a situação não parece ter se alterado: continuamos com a impressão de que os doentes não comem no hospital. Tateando, ainda encontramos algumas pesquisas. Exemplo disso pode ser visto no artigo *Comida de hospital: história da alimentação em Goiás* (2007), da professora Sônia Maria de Magalhães, que estudou cuidadosamente os mapas de dietas dos enfermos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, no séc. XIX; em outro artigo, intitulado *Transformações socioculturais na alimentação hospitalar* (2007), Godoy, Lopes e Garcia abordaram aquilo que elas chamaram de “cultura alimentar hospitalar” das instituições de Campinas a partir do final do séc. XIX; na mesma direção, porém com delimitação temática mais pontual, Rodrigo Silva (2020) publicou na *Revista Ingesta* o artigo “*Querem matar de fome*”: médicos e “*bestas-feras*” na dietética do Hospital de Caridade Juvino Barreto em Natal (1909-1927), que se propôs a rastrear alguns aspectos da alimentação institucional do Hospital de Caridade Juvino Barreto (HCJB) na cidade de Natal, entre 1909 e 1927.

Os artigos usam estratégias metodológicas distintas para lidar com o objeto “alimentação hospitalar”. Em um deles, toma-se a dieta no hospital para se conhecer os hábitos alimentares da cidade, o espaço externo ao nosocômio; nos demais, a alimentação institucional é, ela mesma, o objeto da análise. Neste último grupo, de “abordagem internalista”, uma pesquisa articulou vários hospitais por meio do conceito de “cultura alimentar hospitalar” (incrivelmente não explicado no texto), enquanto a outra investigação se concentrou num único estabelecimento hospitalar.

Observa-se, com esse apanhado de trabalhos, portanto, uma certa “carestia historiográfica” acerca da alimentação hospitalar no Brasil. Quem deseja enveredar pela História da alimentação hospitalar no Brasil, portanto, terá de fazer uma profissão de fé nos arquivos e estar armado de uma bem treinada “imaginação histórica”. Nessa perspectiva, uma abordagem da alimentação na instituição hospitalar deve privilegiar o caminho completo realizado pelos alimentos desde a sua colheita até o seu consumo pelos pacientes, uma espécie de “economia do comer no hospital”:

Trata-se de considerar o comer como um fenômeno social total, começando com a decisão de cultivar ou de criar certos produtos em vez de outros; de fazê-los de forma efetiva (no seio de uma autarquia ou de forma mais industrial e mais deslocada, seguindo o percurso da história humana); de transformá-los, conservá-los, estocá-los (não sendo essas fases obrigatórias, no caso de autoconsumo ou colheita própria); transportá-los e comercializá-los [...] A sequência do comer se prolonga com a compra ou a decisão do cozinhar, depois com o ato culinário e as proibições, preferências e procedimentos aos quais obedece. Vem, então, o consumo propriamente dito... Solitário, comensal (com outras pessoas, sem que haja, necessariamente, uma troca) ou convival (a partilha inicia a comunicação que adquire, às vezes, a forma negativa de um conflito), regido por códigos e maneiras variáveis, segundo os tipos de consumidores e as formas de sociabilidade nas quais se inscreve. (CORBEAU, 2005, p. 228-229)

Essa economia ou circuito da alimentação, que Corbeau chamou de “sequência do comer”, não se restringiria tão somente ao fluxo material dos alimentos, “do garfo ao consumo”, mas

deveria incorporar aspectos da dimensão discursiva, do âmbito simbólico e do campo do imaginário. O conceito de “sequência do comer”, enquanto ferramenta teórica, revela-se bastante significativo, apontando possibilidades ricas quanto à análise da alimentação hospitalar. Sua proposta se aproxima bastante daquilo que Carneiro (2003, p.3) vê como a contribuição da historiografia para o campo:

O papel dos historiadores da alimentação, segundo a perspectiva das ciências humanas, deveria ser o de focar ao menos os seguintes problemas: a) a demanda por comida dentro de uma economia de subsistência e no interior dos mercados, as diferentes maneiras de conhecer, obter, adquirir, estocar, transportar e preservar alimentos, os diferentes tipos de mercados, os preços etc.; b) as forças e técnicas de preparação; c) as formas de consumo; d) o ambiente sociocultural e as avaliações individuais e coletivas (diferenças entre pratos ordinários e festivos, comida como divisão social, e como ação simbólica, religiosa e comunicativa); e os conteúdos nutritivos e as consequências para a saúde.

As preocupações desse estudo giram em torno da alimentação hospitalar e, portanto, na relação entre alimento e saúde no hospital, escolha que não dispensa da análise os outros aspectos descritos. Por isso, Corbeau construiu seu conceito incluindo a noção de “sequência”, de modo a valorizar o alimento como “totalidade”. Em nosso caso, isso quer dizer que a alimentação hospitalar deve ser abordada levando-se em conta os diversos modos de sua apresentação no contexto do hospital: como mercadoria, pois deve ser comprada e armazenada; como nutrição, pois deve ser preparada na cozinha consoante prescrição médico-nutricional adequada aos doentes internados; e como símbolo, pois a alimentação no hospital é significada no ato de comer (cor, cheiro, sabor, textura, forma etc.).

A partir das posições de Corbeau e Carneiro, a proposta de análise, portanto, consistiria em apostar na reconstrução da dietética hospitalar do HMC a partir de um certo percurso alimentar, que se inicia na aquisição dos produtos pela compra ou doação, passando por sua armazenagem, preparação das dietas na cozinha e, por fim, o consumo das refeições pelos doentes.

Desse modo, arriscamos afirmar, a título de hipótese, que o dietário hospitalar no HMC pode ser melhor compreendido a partir de uma articulação entre quatro pontos: 1) o processo de abastecimento dos alimentos; 2) a confluência e mobilização de saberes e tecnologias (medicina, nutrição, gastronomia); 3) aspectos da organização hospitalar (espaço da cozinha: fogão, armários, panelas; refeitório; despensa; copa; elevador); e 4) hábitos alimentares dos pacientes. Essa lista de elementos fornecerá a tópica do caminho que seguiremos neste artigo.

Imagens fragmentadas de uma “sequência do comer”: economia local, mercadorias e abastecimento hospitalar

Essencialmente agrícola, a economia do Estado era altamente dependente das condições climáticas locais e da demanda do mercado externo. A monocultura do algodão e a extração do sal sustentavam a renda estadual: só a cotonicultura gerava mais de 50% da arrecadação com o imposto sobre a exportação da fibra, e via-se às voltas com frequentes problemas de safras e a consequente baixa de valor do produto no mercado (MENSAGEM, 1925). Em urgências financeiras, o estado contraía dívidas com bancos estrangeiros (*Banque Syndicale Française, Bank of London & South America,*

p.ex.) através de empréstimos, onerando ainda mais o Tesouro. Esse declínio de receitas aliado a uma desorganização fiscal permanente gerava um quadro econômico de sensível precariedade.

Nas décadas seguintes, o algodão e o sal permaneceram o fiel da balança. Em 1936, a cotonicultura exportou 19.972.001 quilos, enquanto o sal, segundo colocado, contribuiu com seus 307.168.663 quilos. Outros setores também tiveram sua cota no mercado. A pecuária, com a aquisição de gado estrangeiro, notadamente o Zebu de Minas Gerais, fixou seu lugar na pauta de exportações. O açúcar ganhou algum fôlego. Em 1942, havia três usinas, duas em Ceará-Mirim e uma em Arês, além de outros 97 engenhos espalhados pelas cidades vizinhas e do interior. Entre 1943 e 1952, os minérios, especialmente a Scheelita, chegavam a contrabalançar o movimento pendular dos produtos agrícolas (CASCUDO, 1980, p.388-91), compensando-os em algumas ocasiões.

E essa fragilidade econômica afetava diretamente a vida da população. Isso porque a alimentação era extremamente dependente das importações de outros estados, como Ceará e Paraíba. Comprava-se fora do Estado cerca de 98% do arroz, 58% do feijão e 78% da farinha, o que tornava esses produtos certamente mais caros para o consumo local (CASCUDO, 1980, p.391-92). Nas Mensagens enviadas pelos governadores à Assembleia Legislativa, as relações de produtos importados incluíam, além das mercadorias já mencionadas, o açúcar, o café, o milho, a batata, a manteiga, o queijo, o mel de abelha, a cerveja e a rapadura. Entre as carnes, mereceram registro o peixe voador, o bacalhau e a charque.

Nem todos esses produtos se fizeram constantes no Porto de Natal. O mel de abelha entrou nas exportações em 1926, com três latas (186kg), e depois não vingou. Em duas listas, menciona-se o “mel de furo”, também conhecido como melaço, comumente utilizado na fabricação de cachaça e rum. A manteiga é registrada nas importações de 1928, com 1828 caixas, desaparecendo das listas. O queijo teve suas exportações em 1928, com 14 volumes (741 kg). A cerveja teve seu lugar em 1926 e no 1º semestre de 1927, com 2200 caixas (em mais de uma listagem, fala-se em “bebidas”, porém sem qualquer discriminação do tipo). A rapadura teve 642 volumes importados em 1926. Entre as carnes, o peixe voador só “voou” uma vez: 1926, com 33 volumes exportados (1870kg).⁴ Várias dessas mercadorias apenas transitavam pelo Porto de Natal, vindas de estados vizinhos, e se endereçavam a outras praças. Quais desses produtos eram comprados e estocados na despensa do Hospital Miguel Couto, compondo os ingredientes da culinária hospitalar? Questão da Esfinge... Vejamos mais algumas fontes.

Em 23 de maio de 1911, a Enfermaria Militar do Natal, sob o comando do 2º tenente intendente Henrique do Nascimento Gonçalves, lançou um edital com a lista de produtos exigidos aos comerciantes interessados, nela constando os seguintes itens: arroz, ovos, pães, frango, leite, vinho do Porto, goiabada, geleia, macarrão, feijão preto, farinha de mandioca, manteiga nacional e estrangeira, peixe fresco, tapioca, sal, chá verde, chá preto, carne de carneiro, carne verde de vaca, carne verde de porco, carne de charque, batatas, verduras, banha de porco, cerveja, massa para sopas, temperos diversos, linguiça, banana e laranja.⁵ Nessa lista, há uma variedade alimentar considerável,

⁴ As informações foram extraídas de diferentes passagens das Mensagens dos Governadores do Rio Grande do Norte de 1926 a 1930, mormente das seções sobre exportação e importação.

incluindo-se frutas, verduras, além das carnes de carneiro e porco, certamente de origem local, pois não se apresentavam entre os produtos importados.

Em 20 de abril e 2 de setembro de 1923, Manoel Eugênio apareceu cobrando ao Inspetor do Tesouro pagamento pelo envio de carne verde ao hospital (A REPÚBLICA, 23/5/1911); no mesmo ano, Francisco Câmara cobrava pelos de 110 kg de café moído fornecido aos estabelecimentos de assistência, no mês de junho (A REPÚBLICA, 9/6/1923), e os 95 kg do mês de agosto (A REPÚBLICA, 15/8/1923); em novembro, O. J. O'Grady exigia o pagamento do açúcar vendido para a Assistência Pública (A REPÚBLICA, 24/11/1923); em 1927, alguns alimentos figuraram como “gêneros condenados” pela “Inspeção Sanitária”, e que poderiam ser, talvez, de uso comum entre os habitantes da cidade: frutas, carne verde e de sol, “bacalhão”, carne de “xarque”, batatas, peixe salgado e “seco”, ossos (?), farinha, feijão, queijo, milho, bofe e linguiças (MENSAGEM, 1927, p.67-8); em 8 de maio de 1929, no expediente do diretor geral, o Departamento de Saúde Pública expediu um ofício mandando pagar a Senna & Irmão os pães e bolachas adquiridos (A REPÚBLICA, 15/5/1929); em 1936, o Dispensário Sinfrônio Barreto recebeu como doação 31 sacas de feijão, 38 sacas de farinha, 1116 kg de carne de charque e 5 sacas de arroz (A ORDEM, 6/6/1936).

Na descrição do movimento de 1946, encontramos uma lista dos víveres e o montante de gastos dispendidos com eles, que reproduzimos na tabela a seguir:

Tabela 1. Víveres comprados pelo HMC em 1946.

Produtos	carne	pão	açúcar	arroz	feijão
Despesa (Cr\$)	142.300,00	82.836,00	17.175,00	9.795,00	6.734,00
Produtos	leite	farinha	manteiga	banha	batata
Despesa (Cr\$)	18.663,00	18.320,00	7.920,00	3.525,99	3.000,00

Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de Contas de 1946, p.45-46.

Além do rol oficial do consumo de víveres, o relatório enumerou ainda os gastos com outros itens, como ovos, galinha, peixe, macarrão, massas alimentares, doces, verduras, frutas, sal e condimentos, mantimentos que alimentaram naquele ano, segundo a Prestação de Contas, cerca de 4513 pacientes hospitalizados.

Os produtos *in natura* ocupavam a maior parte das compras. Isso é explicável: o Estado era essencialmente exportador, e os estabelecimentos industriais minguavam: em 1950, eles somavam apenas 3421 fábricas (CASCUDO, 1980, p.391). Com efeito, os produtos industrializados tinham de ser importados, e os preços sobrepujavam os dos gêneros agrícolas. No Rio Grande do Norte, o melhor exemplo dessa presença do setor da indústria alimentar foi a reunião de diversos industriais e categorias econômicas da alimentação realizada em 1943, e que resultou na criação de uma ambiciosa associação patronal: Associação Profissional das Indústrias do Milho, Mandioca, Torrefação e

Moagem de Café, Refinação de Sal, Panificação e Confeitaria, Produtos de Cacau e Balas, Laticínios e Produtos Derivados (sic), Massas Alimentícias e Biscoitos, Cervejas e Bebidas, Doces e Conservas Alimentícias, do Frio e da Imunização e Tratamento de Frutas (A ORDEM, 12/5/1943). No pós-guerra, os produtos industrializados se fizeram notar com mais evidência. O quadro abaixo lista alguns desses produtos comprados pelo hospital.

Quadro 1. Mercadorias compradas pelo HMC em junho de 1954.

(1) caixa de leite moça, (1) caixa maisena de 400g, (18) latas de sardinha grande, (5) quilos de massa para sopa, (15) quilos de macarrão, (15) quilos de talharim, (30) latas extrato de tomate, (18) quilos de goiabada, (10) quilos de marmelada, (15) caixas de mate, (1) quilo de chá preto, (1) caixa de biscoito creme cracker, (4) latas de aveia, (1) lata – banha de 20 kg, (1) quilo de pimenta tipo reino, (3) sacos de milho, (6) latas de Flits, (6) caixas de Anil Calmon, (48) rolos de papel higiênico, (24) blocos de papel higiênico, (250) gramas de erva-doce, (2) sacos de açúcar, (36) latas de óleo YAYÁ, (5) quilos de colorau, (16) latas de ervilha, (36) Sapole Dado, (10) latas de banha de 1kg, (1/2) barril de bacalhau, (20) latas de azeitona verde, (2) latas de azeitona preta.

Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de Contas de 1954.

Com essas pistas, podemos agora adensar nossa questão com a descrição dos espaços de produção e consumo dos alimentos no hospital.

A cozinha: espaço culinário e suas tecnologias

Abordar o espaço culinário é também levar em conta a cozinha como espaço no sentido geográfico do termo: sua divisão interna, a disposição dos móveis e artefatos, o arranjo dos objetos (POULAIN; PROENÇA, 2003, p.252). Nesse sentido, a historiadora Maria Cecília (2003, p.125) captou melhor essa materialidade da cozinha:

A cozinha é considerada como o compartimento da habitação em que se preparam os alimentos. Sua atividade básica, e a etimologia do vocábulo o indica, é o cozer, isto é, o preparo de alimentos pela ação do fogo ou do calor, havendo, desde tempos imemoriais, diversos processos para a obtenção do fogo para a cocção, bem como do segundo elemento essencial, a água, o que explica, desde sempre, a itinerância ou a mobilidade da cozinha. Contudo, o que concede a função ao espaço é o equipamento, cuja presença será indicativa das operações que aí se desenvolvem. São várias as operações que se vinculam à cocção: limpeza, preparo, cozimento e serviço, além da recepção, armazenamento, conservação e distribuição dos gêneros alimentícios ou dos alimentos preparados, as quais, com o decorrer dos séculos, desenvolveram-se tanto nos exteriores quanto nos interiores e articularam-se com o local onde estava o fogo.

Com o foco na cultura material, nosso ponto de partida é um inventário de 1927. Nele, listaram-se todos os móveis existentes no HMC na transição administrativa do hospital para as mãos da Sociedade de Assistência Hospitalar. No ambiente do espaço culinário, constavam vários móveis, objetos e utensílios próprios de uma cozinha “coletiva e utilitária” (ROCHE, 2000, passim).

Tabela 1. Móveis e utensílios da cozinha do HMC em 1927.

Mobiliário	Utensílios
(1) grande fogão	(3) caldeirões
(1) mesa com pedra mármore	(4) marmitas
(3) mesas de madeira	(16) panelas e frigideiras
(1) armário	(7) tachos de cobre
(1) balança	(4) chaleiras
(1) caixão para depósito	(2) bules
(1) filtro “Léte”	(1) moinho* de café
—	(1) moinho de milho
—	(1) passador de carne

Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Guia de recolhimento 1927, 1930, 1936, 1938. Relação dos móveis existentes no Hospital de Caridade “Juvino Barreto” em 30 de junho de 1927, quando passou ao cargo da Sociedade de Assistência Hospitalar. Inventário feito por João Filho, 2º Oficial da Secretaria Geral do Estado. Natal, 1927, p.6 e 8. 10p.

Depois de comprados a granel e transportados ao hospital, os alimentos eram sopesados na balança para conferir com o pedido original e, em seguida, armazenados na despensa. Os equipamentos e utensílios da cozinha compõem o repertório material do fazer culinário do HMC, e comunicam, em sua natureza e forma, as técnicas cotidianas de manipulação dos alimentos (amassar, moer, misturar, coar, ralar, temperar) e as formas de preparo e procedimentos de cocção (assar, cozer, fritar).

Tabela 2. Utensílios do pavilhão e das enfermarias.

Vidros e louças	Louça do pavilhão	Utensílios das enfermarias
(12) pratos fundos	(12) chécaras de pó de pedra	(36) chécaras
(12) pratos rasos	(6) chécaras de porcelana	(36) pratos
(24) copos	(12) canecos para café	(6) tigelas
(12) cálices	(6) pratos grandes	(2) chaleiras
(12) chécaras pequenas para café	(10) pratos pequenos	(2) tachos de ágata
(12) chécaras grandes	(12) copos	(2) bules
(12) talheres	(6) cálices	(24) colheres de sopa
(12) colherinhas	(12) colheres de chá	(60) chécaras de ágata
	(12) colheres de sopa	(60) chécaras de louça
	(12) talheres	(48) pratos de ágata
	(4) açucareiros	(24) pratos de louça
	(4) bules de louça	(12) talheres
		(48) colheres de sopa
		(6) colheres de chá
		(1) açucareiro

Percebe-se, na utensilagem descrita na Tabela 2, o uso de artefatos de vidro, porcelana, louça e ágata, que são materiais mais resistentes ao calor e que conservam quentes os alimentos, acompanhando a tendência pós-1914 de produzir objetos de cozinha mais aperfeiçoados nessa qualidade. A mesma inclinação foi seguida pelas empresas metalúrgicas, que passaram a substituir o cobre pelo níquel, alumínio e metal inoxidável (FRANCO, 2010, p.239). Tem-se, com isso, uma valorização dos pratos e das bebidas quentes, como cafés, chás e sopas. O café, em particular, é sintomático. Constituiu-se na modernidade como uma bebida burguesa, “oposta ao álcool, sóbria, responsável auxiliar do trabalho” (CARNEIRO, 2003, p.93-94). Não sem razão, o HMC era acionado essencialmente por uma população majoritariamente pobre, composta de operários diversos, pequenos comerciantes, marinheiros, soldados, funcionários públicos etc., personagens típicos da vida laboral urbana do período.

Voltando ao mobiliário da cozinha, vemos que havia uma preocupação com a filtragem da água usada na preparação da comida do hospital. O filtro “Léte”, presente no inventário, era um aparelho de fabricação francesa bem difundido no Brasil. É importante lembrar que o HMC tinha muitos problemas com a questão do abastecimento de água: reservatório de volume insuficiente, ausência de ligação tubular com o sistema da cidade (durante bom tempo, usava-se um sistema de poços), as altas tarifas cobradas pelos órgãos locais.

Somente em 1945 (PRESTAÇÃO DE CONTAS, p.15), o serviço de água filtrada foi estendido a todo o hospital. A filtragem, assim, parecia estar ligada a questões médico-sanitárias. Desde os anos 1920, os médicos alertavam para a água como um veículo transmissor de doenças e epidemias, preocupados fundamentalmente com o saneamento do meio urbano, com foco na estagnação hídrica. Localizado no bairro da Cidade Alta, o HMC se inseria numa região foco de epidemias em Natal, devido à relativa proximidade com o matadouro público, ao forno incinerador de lixo e à gente pobre que morava no Passo da Pátria (FERREIRA, 2008, p.82). Segundo relatório do Escritório Saturnino de Brito de 1939, a captação da água da Natal se dava em um poço situado abaixo do nível do córrego do Baldo, contaminado por impurezas provenientes da própria cidade. De lá, a água era drenada e distribuída sem tratamento para toda a população (FERREIRA, 2008, p. 151). Em 1945, o Estado mandou sanear o hospital, ligando-o à rede de esgotos da cidade (PRESTAÇÃO DE CONTAS, p.15).

O fogão é outra peça-chave na cozinha do HMC. É possível que esse fogão da lista seja o mesmo adquirido em meados de 1911-2, como se pode deduzir de uma ata da Sociedade de Assistência Hospitalar de 1937 (p.28): “O fogão de cozinha precisa de ser substituído. Depois de 26 anos ininterruptos, estará em breve tempo imprestável”. Talvez fosse um grande fogão inglês, como o da Casa de Detenção, instalado entre 1924 e 1927 (MENSAGEM, 1924, p.49; MENSAGEM, 1927, p.160).⁶

Figura 1 - Cozinha do HMC.



Fonte: Coleção do HCurb (Departamento de Arquitetura da

⁶ A referência mais antiga a um fogão coletivo e utilitário é de 1895, no antigo Hospital de Caridade (1855), quando se registrava a “necessidade de substituir o fogão” (MENSAGEM, 1895, S5-1).

Como se vê na imagem, alguns móveis e utensílios culinários típicos podem ser identificados com facilidade: marmitas e uma tigela de ágata na mesa de madeira; a balança de pesagem; um “grande fogão” e, encimando-o, um repertório material de tachos, caldeirões, panelas e bules, como descrito na Tabela 2. Na lateral e ao fundo, espaços que poderiam configurar, talvez, uma divisão para o preparo de alimentos e uma despensa. A lâmpada no lado esquerdo da imagem, fixada à parede por um torno metálico em “S”, informa que o hospital dispunha de energia elétrica, o que pode ser confirmado pelo contrato da Sociedade de Assistência Hospitalar em 1927.

Os funcionários de avental branco, que literalmente posam para a foto, talvez fossem os ajudantes de cozinha. Afirmamos isso porque os anúncios que encontramos nos jornais pediam usualmente “cosinheiras” para firmar contrato de trabalho. Nesses mesmos anúncios, diferentemente dos pedidos por enfermeiras e demais funcionários, não se impunham restrições, qualidades ou referências, como o nível de escolaridade, o que nos leva a crer que esses cozinheiros eram essencialmente práticos oriundos das classes populares.⁷

As gavetas indicam o lugar para o depósito da lenha. Era um fogão de ferro a lenha, portanto. Normalmente, eram importados da Inglaterra⁸ ou dos EUA, tendo em São Paulo, no começo do séc. XX, seus primeiros modelos fabricados (SILVA, 2007, p.210). Ainda em 1946, incluíam-se nas despesas do HMC o querosene e a lenha (PRESTAÇÃO DE CONTAS, p.46). O uso do carvão como combustível trazia seus inconvenientes: a fumaça que invadia todo o espaço, manchando as paredes (o que implicava gastos com limpeza e pintura) e deixando forte cheiro no ambiente, além de promover aumento significativo da temperatura no recinto. E isso num espaço que foi caracterizado pela própria administração do hospital, nos anos 1940, como “acanhado e deficiente” (Ata da SAH, 1948, p.49). Anteriormente à reforma de 1947, a cozinha era pintada como “bolorenta e esfumada” (PRESTAÇÃO DE CONTAS, 1947, p.13). Então, por que não utilizavam um fogão a gás, já que este era fabricado no país?

No Brasil, a disseminação do produto veio com o reforço das propagandas da *Société Anonyme du Gaz*, de origem belga e instalada no Rio de Janeiro, e da *The São Paulo Gas Company*, de matriz inglesa e sediada em São Paulo (MENEZES, 2000, p.107, nota n.2). Embora o investimento da imagem publicitária mostrasse uma modalidade de fogão ligado aos signos da modernidade e atrelado ao discurso médico da higiene, a questão central para o HMC era outra. Talvez essa permanência histórica do fogão a lenha no hospital possa ser explicada pelos preços baixos do combustível (lenha ou carvão) e pela simplicidade de seus equipamentos.

É difícil acompanhar as mutações do espaço da cozinha, pois ele mudou bastante ao longo do tempo e na esteira do próprio hospital: da “velha cozinha acanhada e deficiente” para a “ampla,

⁷ Em 1935, por exemplo, no jornal *A Ordem*, anunciava-se no mesmo espaço de divulgação a necessidade de contratar “môças” enfermeiras e duas cozinheiras para o Miguel Couto. Para as primeiras, exigia-se “saber português e aritmética, não ser maior de trinta anos e gosar boa saúde”; Para as cozinheiras, nenhum requisito em especial. Cf.: A ORDEM. Natal, ano 1, n.120, 17 dez. 1935.

⁸ No Reino Unido, os primeiros fogões foram exibidos na Grande Exposição de 1851, que premiou o modelo *Improved Leamington Keatchmer*. Ele servia para cozinhar e fornecer água quente para toda a família, além de esquentar ferros de passar e aquecer as mãos. Cf.: WILSON, 2014, p.126.

arejada e higienica” corre um rio de modificações. O aumento progressivo do número de doentes internados e as pressões da Divisão de Organização Hospitalar para a implementação de um padrão de “Hospital Moderno” transformaram o HMC num canteiro de obras permanente: “Num estabelecimento como o ‘Miguel Couto’, que *não foi construído sob planta especializada*, é frequente á sua *adaptação* ás necessidades de um Hospital moderno, e daí, talvez, o fato de se gastar bastante com as reconstruções” (PRESTAÇÃO DE CONTAS, 1947, p. 13). Destaca-se na documentação uma divisão entre o “antigo” e o “novo” hospital. A percepção da diretoria era a de que o HMC já apresentava, naquela década, um desenvolvimento material mais afinado com as expectativas daquilo que se convencionou chamar de “Hospital Moderno”:

[...] cabe-me dizer que o velho Hospital, que [os membros da SAH] recebemos em 1927, não tem mais nenhuma das antiquadas dependências. A ultima que exigiu nossas atenções foi a bolorenta e esfumada Cosinha, agora construída em moldes modernos, ampla, bem iluminada e abundante de ar, dispoendo de moderna Despensa, sala de refeição para os auxiliares deste serviço, vasta Copa, Deposito para frutas, e de um pequeno Elevador para o transporte de alimentos para o andar superior (PRESTAÇÃO DE CONTAS, 1947, p. 13).

O primeiro elevador do hospital teve sua instalação na década de 1930. Em carta de 24 de maio de 1935 (APE/RN, Caixa 0077), a Otis Elevator Company, representada pelo seu Sub-Gerente L. A. Bukowitz, instruiu o Diretor do agora Hospital Miguel Couto sobre o processo de instalação do elevador, enviando plantas para a instalação da torre ou do reforço da placa da casa de máquinas. O monta-cargas (“pequeno Elevador”) de que fala o documento acima chegou posteriormente.

Os espaços de comensalidade do hospital também sofreram alterações. Em 1927, o “Relatório dos móveis existentes” descrevia um Refeitório das Irmãs, um Refeitório dos Enfermeiros, um Refeitório das Mulheres e Saleta Anexa. Em 1933 (Ata da SAH, p.22), encontramos uma referência à construção de um “refeitório para os doentes”, provavelmente obra do ano anterior. A multiplicação desses espaços nos anos seguintes pareceu seguir uma divisão do trabalho no hospital: em 1944, por exemplo, a instituição investiu na construção de uma sala de refeições para auxiliares de administração e outra para o corpo administrativo (Ata da SAH, p.41); e, em 1945, um refeitório para as Irmãs (Ata da SAH, p.43).

Quer comessem juntos no refeitório ou mesmo nas enfermarias, em seus leitos, os doentes internados se alimentavam na presença uns dos outros, sem privacidade, exceção feita aos pensionistas e àqueles dos apartamentos de luxo. A própria arquitetura em arcos das enfermarias no HMC sinalizava para as práticas alimentares coletivas. A criação de espaços específicos de alimentação no interior do hospital, para além da cozinha, apontaria transformações importantes na alimentação coletiva da instituição. A distribuição segundo estratificações profissionais (médicos, enfermeiros, irmãs de caridade) e sociais (primeira classe, segunda classe, terceira classe) sinalizaria para o crescimento da complexidade funcional do hospital, com a aumento da demanda pelos serviços hospitalares, e para a formação de identidades coletivas entre os diferentes grupos envolvidos.

Duas instalações estiveram ausentes do espaço culinário: os frigoríficos para a conservação de alimentos e a padaria para massas hospitalares. Nas despesas do HMC, a alimentação sempre ocupou a dianteira, e dentre os itens dessa lista estavam a carne e o pão. As carnes

(particularmente charque) eram regulares nas importações. Alguns bairros tinham seus próprios mercados, como o Alecrim, a Ribeira e a Cidade Alta, que vendiam carne verde e de sol. Em 1ª de maio de 1937, na administração do prefeito Gentil Ferreira, criou-se o novo Mercado Público, um prédio de 56 m de frente por 82 m de fundo, próximo da antiga Intendência municipal (CASCUDO, 2010, p.190). Era o ponto de referência da cidade. O grande problema era que o HMC não dispunha de frigorífico para conservação. Como se fazia, então?

Embora sem fontes específicas para confirmar, muito provavelmente por meio de sal e gordura, ou mesmo da técnica da defumação, como se fazia na cozinha doméstica. Em memorandos⁹ dos anos 40, a empresa Lettieri aparecia importando gelo, água Caxambú e champagne para o hospital. O frigorífico para armazenamento e conservação dos alimentos baratearia a aquisição dos produtos e evitaria as sobras, tão comuns numa cultura de uso mais imediato.

A padaria era outra reivindicação. Sem uma instalação própria, as panificadoras é que abasteciam o nosocômio. Na década de 1940, no clima da Segunda Guerra, o aumento dos preços dos produtos afligia as contas do hospital, e o pão cobrava caro essa situação. A solução aventada foi a instalação de uma padaria própria para a produção de pão especial, de tipo hospitalar, e demais massas alimentares. Em 1947, surgiria uma oportunidade de concretizar a panificação hospitalar. Se a anexação da área do antigo presídio de Natal, como era esperado da cláusula XX do contrato com o Estado, viesse a ser realizada, a produção interna de pães do HMC estaria garantida. Era o que esperava a Sociedade de Assistência Hospitalar (PRESTAÇÃO DE CONTAS, 1947, p.15-6).

A incorporação tão desejada não veio a ocorrer, e a padaria, por conseguinte, não pode ser instalada. Para se ter uma ideia de quão dispendioso eram os gastos com o “pão hospitalar”, miremos as despesas de março de 1954, quase uma década depois do fim da Segunda Guerra: à exceção do empório de Omar Furtado (Cr\$33.768,00 cruzeiros), os gastos com a panificação ocupavam o segundo lugar (Cr\$10.686,00 cruzeiros) na lista de “Alimentação & Dietas”! (APE/RN, Caixa 0754) Se recuarmos para 1934, teremos situação similar: a Padaria Suíça cobrou 1:150\$000 mil réis ao hospital no mês de abril, enquanto Omar Furtado recebeu 1:630\$000 (APE/RN, Caixa 0752).¹⁰ Como se vê, o problema permaneceu insolúvel. Seja como for, isso é o suficiente para demonstrar a centralidade das massas na dieta nosocomial.

O quebra-cabeças alimentar: uma comida de hospital possível

A alimentação hospitalar no HMC pode ser acessada somente por via indireta, e é o que viemos fazendo até então. Afinal, como bem disse Robert Darnton (1987, p.7), “reconstruir mundos é uma das tarefas essenciais do historiador...”.

⁹ A mais antiga referência documentada é de dezembro de 1933, nas despesas da Farmácia. Junto com o gelo, havia também álcool, guaraná, suco de uva, creolina e açúcar. Cf.: APE/RN. Caixa 0752. Na década de 1910, a Empresa de Melhoramentos de Natal (1912) e a Empresa de Tração Força e Luz (1916) tinham entre seus serviços a produção de gelo.

¹⁰ Os valores variavam conforme os meses (trocando de posição com a empresa Cunha Maia & Cia.), mas a posição dos gastos com a panificação permanecia, em geral, a mesma.

No ensaio “Casos Clínicos”, o médico Januário Cicco¹¹ discutiu amplamente as causas das doenças e a necessidade da educação sanitária da população. Ele questionava os médicos que se aferravam à indicação de remédios e que se esqueciam da importância da alimentação para o restabelecimento da saúde. Criticava o que chamou de “alimentação má, excessiva e muito azotada” (CICCO, 1928, p.196). Ele acreditava na importância da dietética, mesmo sabendo das dificuldades de educar os enfermos em novos hábitos alimentares:

Mas contentemo-nos com a promessa das vantagens da dietética, ainda que só os indivíduos medianamente cultivados possam compreendê-la, porque o povo rude, o operário dos campos e cidades não concebe que o leite seja um alimento completo e a carne um veneno para os cirróticos. (CICCO, 1928, p.197).

Ele descreveu com fina ironia o comportamento dos pacientes nas enfermarias hospitalares, contando um caso de cirrótico internado que teimava em alimentar-se de carne, considerada à época um verdadeiro veneno para os doentes:

Quem moireja nas enfermarias dos hospitaes e se acostumou a observar o doente e o homem, guarda de certo a convicção de que a besta-féra escabuja como um corvo sobre a carniça, e nada a demove do propósito que lhe morde o bestunto. A convicção de todo o doente hospitalizado é que o querem matar de fome, e dahi o insucesso do seu tratamento; e mais lamentável é que a família do enfermo, nos dias de visita, consiga levar-lhe “*jabá*” e *farinha*, e algumas vezes um *vidrinho de cachaça*, sem que a vigilância possa obstar a quebra de regimen do cirrótico ou do brigthico. (CICCO, 1928, p.197-8).

O comentário do médico revela um conflito entre a alimentação prescrita do hospital e a culinária popular. Entre os mais pobres, a carne com farinha e a cachaça eram seculares na dieta comum. Há aqui um conflito de códigos alimentares. A dieta hospitalar, às vezes, se fazia acompanhar às escondidas da dietética popular mais arrojada... Comida de hospital não parecia muito bem vinda aos pacientes mais pobres. Nas dietas prescritas pelos médicos clínicos, a família do enfermo tinha papel fundamental, pois devia estar a par da alimentação adequada recomendada pelo médico ao paciente, o que nem sempre ocorria:

Quando o clínico termina os seus exames e toma a pena para prescrever a medicação que convém ao caso, muitas vezes mesmo antes das indicações therapeuticas, a família do doente pergunta logo “o que elle pode comer?” A esta ou aquella dieta, conforme a natureza da infecção ou afecção, as pessoas interessadas pelo enfermo objetam o regimen prescripto, dizendo que o doente não gosta de tal alimento, de qual massa, vomita os *caldos*, não supporta o *leite*, e indagam com azedume “si faria mal um bifezinho feito na manteiga fresca, sem

¹¹ Januário Cicco nasceu em 30 de abril de 1881, no município de São José do Mipibú, no Rio Grande do Norte. Era filho de Vincenzo de Cicco e Ana Albuquerque. Formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1906, defendendo a tese *Do destino dos cadáveres*. Retorna, em seguida, a cidade do Natal e passa a clinicar na Ribeira, na Av. Sachet. Exerceu o cargo de Inspetor de Saúde do Porto, e, em 1909, assumiu como chefe de clínicas o Hospital de Caridade Juvino Barreto, passando aí toda a sua vida profissional, quando a veio a falecer de um infarto em novembro de 1952. Foi o principal responsável pela criação do HCJB (depois Hospital Miguel Couto) e da Maternidade de Natal (1928). É, sem dúvida, a figura mais importantes da construção de uma saúde pública no Estado. É também autor do livro de memórias *Notas de um médico de província: ensaios de crítica médico-social* (1928) e da obra ficcional *Eutanásia* (1937), que polemizava com um tema tratado por ele desde 1933, quando publicou um pequeno texto médico-científico sobre a “Boa morte” na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio Grande do Norte.

banha nem pimenta do reino”? (CICCO, 1928, p.198-9).

O uso de caldos e líquidos era comum na dieta hospitalar. Sua justificativa do ponto de vista do discurso médico poderia variar. Em geral, no fim do século XIX, prevalecia uma teoria médica mais centrada nas fibras e nos nervos, distinta da fisiologia humoralista anterior.¹² O solidismo advogava que os vasos sanguíneos e os nervos eram como tubos pelos quais os fluidos percorriam o corpo tonificando os nervos (RODRIGUES, 2014, p. 612). A saúde, com efeito, ligava-se à desobstrução desses vasos para que os fluidos circulassem sem produzir fermentação.

Assim, era difícil educar um doente acometido de “esclerose atrophica” que costumava se alimentar de “feculentos”, “ovos”, “carne salgada” e “carangueijo”, convencendo-o a tomar um copo de leite ou a dar uma mordiscada em uma fruta tropical, práticas e hábitos alimentares que, para Janeiro, tinham sua explicação em questões de natureza econômica:

Uma garrafa de leite no Brasil custa uma fortuna, e o pobre nem se abalança a desejar uma chicara, ao menos, para matar o capricho do paladar!

As frutas? Não há; laranjas acidas, mangas, limas, a peso de oiro, e em certas epochas do anno. (CICCO, 1928, p. 202.)

De fato, o consumo de leite fluido não alcançava grandes parcelas da população mais pobre. Ele tinha na classe média que se formava nos núcleos urbanos seus consumidores. Talvez fosse mais comum a produção do leite nas propriedades de vaqueiros das periferias da cidade, produto, não raro, condenado pelas autoridades sanitárias devido à presença de contaminantes (TANCREDI; MARINS, 2014, p. 28-29).

O impacto da chegada do Serviço Especial de Saúde (SESP), 1942: da nutrição à alimentação hospitalar

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, a partir de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, trouxe entre suas funções iniciais as ações sanitárias que pudessem abranger as regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. Num segundo momento, já no período do pós-guerra, sua permanência acabou por abranger diversas regiões brasileiras, refletindo em espaços rurais e urbanos ações e prescrições que buscassem, por um lado, suas premissas norte-americanas, mas, por outro lado, em interações com os órgãos internacionais e de grupos brasileiros preocupados com a temática que envolvia as questões desenvolvimentistas do período, tendo as questões de saúde pública e de sua produção um espaço central. Assim, durante a década de 1950, o SESP tornou-se o grande prestador de serviços de saúde pública em regiões-alvo dos planos desenvolvimentistas do Estado brasileiro. Em 1949, a agência assinou o primeiro de uma série de contratos com estados do Nordeste para "organizar serviços de saúde pública em áreas de importância econômica e qualificar pessoal para os departamentos de saúde estaduais", trabalho que se intensificou com a criação da Comissão de

¹² Para mais informações: GOMES, 2013.

Valorização do Vale do São Francisco (CAMPOS, 2006, p. 211).

Numa pauta tão abrangente, o SESP objetivou a formação de quadros técnicos, com especial atenção à enfermagem e à educação sanitária, extrapolando para temas específicos, atuando em diversas áreas como a engenharia sanitária, a administração hospitalar, a assistência médica e a educação sanitária, fazendo chegar, nas zonas urbanas e rurais, questões da nutrição e das tipologias alimentares (CARDOSO, 2009, p.81 et seq.). A incorporação dessa pauta nas instituições hospitalares, conforme podemos acompanhar nas ações que se deram no Hospital Miguel Couto, não se daria sem movimentações internas que, aos poucos, foram incorporando prescrições, utensílios e práticas até então desconhecidas do viver hospitalar, além de uma leitura regional e local (SPRAGUE, 1955, passim).

Nesse sentido, assumindo as ações e concepções em torno da educação sanitária e da nutrição, que já vinham se dando pelo Nordeste via SESP, o Ministério da Saúde ofereceria um curso de médicos nutrólogos e nutricionistas no Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), um pela Prefeitura do Rio de Janeiro e outro de dietistas do Instituto de Higiene de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944, p.275). Em 1943, a Comissão Brasileiro-Americana de Gêneros Alimentícios promoveu no Rio de Janeiro um curso intensivo para auxiliares de alimentação, custeando a estadia com bolsas e contando com a participação de algumas potiguares (A ORDEM, 14/8/1943). Em janeiro de 1949, um funcionário do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), Aparício de Carvalho Teixeira, veio a Natal selecionar futuras alunas para um curso de nutricionista no Rio de Janeiro, com o objetivo de aproveitar as diplomadas em restaurantes e cozinhas dietéticas espalhados pelos país (A ORDEM, 20/1/1949).

Exemplarmente, podemos perceber a distinção, na dieta hospitalar, entre o alimento mais pesado e o mais leve, classificação baseada na fisiologia da digestão. O hospital seria o lugar da leveza. Trata-se de outro vocabulário e outro registro alimentar: agora, o funcional, terapêutico. Não que questões gastronômicas no sentido de valorização do gosto e da sensibilidade do comer estivessem ausentes das preocupações da equipe médica do hospital. Nos anos 1940, vimos emergir esse interesse pela alimentação como prazer: “[...] é interessante que a distribuição do alimento obedeça a certas regras, dando-lhe aparência apetitosa, para induzir o inapetente a consumi-la, atraído pelo cheiro e pelo aspecto” (PRESTAÇÃO DE CONTAS, 1946, p.34).

Em suas considerações, o chefe de clínicas do HMC demonstrou um saber sobre os aspectos nutritivos dos alimentos, valorizando muito especialmente as plantas da flora brasileira e condenando os alimentos azotados (p.ex., carne, café e chá), por serem muito estimulantes e não fornecerem material suficiente para as excreções. Insistiu na importância de incorporarmos alimentos nacionais na ração alimentar, orientando as proporções conforme as necessidades do corpo adoecido (CICCO, 1928, p.200-202).

Os anos 1940, por exemplo, confirmam essa preocupação com a dietética. Em 1942 (PRESTAÇÃO DE CONTAS, p.6-7), a Sociedade de Assistência Hospitalar se queixou da falta de um serviço de nutrição no hospital a cargo de um(a) nutricionista especializado(a), tendo de “entregar ao critério de leigos e ao sabor dos cozinheiros a defesa alimentar do doente”. Em 1947 (PRESTAÇÃO DE CONTAS, p.34), falava-se no aumento de investimentos em “vitaminoterapia” e

no cociente alimentar dos internados, principalmente as cotas de leite, carne e pão.

O dietário do HMC não contou com o especialista desejado. As prescrições alimentares ficavam a cargo dos médicos, mas a preparação e combinação dos elementos seguia, como se disse, ao sabor dos cozinheiros e das irmãs que trabalhavam na instituição. Ao que tudo indica, estas últimas é que lidavam mais diretamente com a alimentação. Como Regente, uma das irmãs autorizava a compra dos mantimentos; como responsáveis pela cozinha, participavam do *modus faciendi* das refeições; como autoridades nos pavilhões e enfermarias, elas tinham participação na distribuição dos pratos. Em 1959 (RELATÓRIO, p.4), a irmã Emerentina Montenegro tomava conta do espaço culinário!

A DOH afirmava que, em um Hospital Padrão Máximo, o espaço culinário deveria ser formado por uma

Cozinha geral completa, convenientemente equipada, em ligação com pequenas instalações para dietética, aparelhagem de refrigeração, câmaras frigoríficas ou simples geladeiras. Fácil transporte e rápida distribuição da comida, carros térmicos e elevadores, se possível. Bem organizado serviço de orientação dietética que compreende a administração da cozinha, copas e refeitórios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944, p.152.)

Falava-se em uma Divisão de Dietética, que “envolve a técnica da nutrição e a aquisição, preparo e distribuição dos alimentos, o controle das cozinhas e copas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944, p.152). Essa organização, por sua vez, baseava-se num princípio de racionalidade do espaço e das operações, que servia tanto para a cozinha doméstica e privada quanto para a utilitária e coletiva, como a do hospital:

a cozinha racional: aquela que é especialmente organizada e ocupa um espaço reduzido, em vista da economia de tempo e de energia humana. Deve ser clara, arejada e bem iluminada por janelas e luzes noturnas, e ter aspecto alegre. Considera três grandes centros de atividades: armazenamento e conservação; limpeza e preparo; cozimento e serviço, apresentando-os em perfeita conexão entre si, mediante a melhor disponibilidade do equipamento e das janelas, além de relacioná-los com as peças que compõem a habitação. O trabalho será simplificado pela disposição e pela automação dos aparelhos auxiliares. Móveis e aparelhos se integram às superfícies contínuas e compactas, contidos todos em um espaço menor e mais bem utilizado, apto a atender à necessidade de economia de passos e de movimentos do usuário (HOMEM, 2003, p.126).

Comer já não era sinônimo de nutrir-se, como apontava artigo de 1938: “Comer significa ingerir determinadas substâncias por prazer ou para mitigar a fome; nutrir-se [...] significa absorver substâncias assimiláveis e úteis ao organismo” (A ORDEM, 23/1/1938). Um bom exemplo dessa nova postura pode ser visto no texto publicado no jornal *A Ordem* (p.2), na Seção Donas de Casa, em 30 de junho de 1943. Intitulado “Uma bôa cozinheira”, o escrito aponta as qualidades que deve apresentar o (a) praticante do ofício de cozinhar:

O Dr. Helen S. Micebell que dirigiu o serviço de nutrição da administração de Reservas Federais, definiu uma bôa cozinheira do seguinte modo: “Uma bôa cozinheira (ou cozinheiro) é quem sabe conservar o valor nutritivo dos alimentos, tornando-os tão apetitosos que se tornam dispensáveis quaisquer recomendações para que gostemos do que mais bem nos faz ao organismo”. [...] Insisto especialmente sobre “valor nutritivo” e “gostemos”, pois não faz muito tempo quase toda a gente acreditava que para cozinhar bem

era indispensável fazer bolos de encher a vista e confeccionar molhos complicadíssimos. Se conzinhar (sic) antigamente era considerado uma arte misteriosa, hoje é verdadeiramente ciência, embora deva ter, também, o seu aspecto artístico.

Instava-se que a “cozinha moderna” fosse aliada da técnica e da racionalidade (HOMEM, 2003, p.126). O Ministério da Saúde (1944, p.276) opôs a dita nova cozinha ao que chamou de “cozinha familiar”, descrevendo os equívocos deste último modelo e que deviam ser evitados: “Mantinha-se o critério empírico das cozinhas familiares. Comprar quantidades arbitrárias de gêneros, prepará-los, obedecendo em parte aos hábitos de alimentação e de acordo com os poucos recursos de instalação e boa vontade do pessoal disponível”(destaque nosso).

Com efeito, a cozinha do HMC em muito se aproximava do “modelo familiar” descrito acima. Os equipamentos necessários ao funcionamento da cozinha foram se instalando muito lentamente e ainda de modo bastante precário. O fogão e a pia não se fizeram acompanhar de uma geladeira ou *freezer*, ou melhor, de qualquer moderno aparelho elétrico que auxiliasse nas operações culinárias.

Mesmo já contando com produtos industrializados, que pareciam predominar nas listas de compras, a maior parte da culinária hospitalar foi dominada pela comida mais “artesanal”, com uso de produtos *in natura*. Carnes, pão, bolachas, cafés, chás, sopas e caldos faziam o cotidiano dos doentes internados. Bolos feitos pela cozinha? Nem sinal na documentação. Não há registro da entrada de matérias-primas como bicarbonato de sódio e fermento em pó (de soda, de cerveja ou inglês), este último já produzido no Brasil desde 1934.¹³ Temos notícias de confeitarias na cidade, algumas das quais comparecem em memorandos enviados ao HMC: em 1930, a confeitaria Modelo de Arthur e Lima forneceu artigos de festa para o hospital (APE/RN, Caixa 0746).

Contudo, a situação não era a mesma para todos. Os apartamentos de luxo certamente tinham melhor sorte. As champagnes importadas pela casa comercial Lettieri não pareciam se destinar aos doentes mais pobres nem aos pensionistas de 3ª classe, meros operários. Em 1934-5, o HMC construiu seis apartamentos de luxo no terceiro pavimento do edifício. Era desses apartamentos que o HMC tirava a renda complementar à minguada receita dos governos. A alimentação hospitalar adequava-se aos estratos sociais, conforme o adoecido fosse indigente, pensionista ou hóspede dos apartamentos de luxo.

Considerações finais

Parece-nos ter havido um predomínio dos alimentos *in natura* em detrimento dos produtos industrializados. Uma incursão no processo de abastecimento alimentar do hospital, seu aparato comercial e logístico, revelou-nos os itens mais presentes nas dietas dos enfermos: carnes (especialmente charque ou de sol), feijão, arroz, milho, farinhas (trigo e mandioca), leite (mais raro) e pães.

¹³ Em 1931, a empresa Fleischman recebeu autorização para funcionar no Brasil e, em 1932, edificou sua primeira fábrica de fermento em pó em Petrópolis (RJ). Em 1923, o fermento ROYAL chega dos EUA ao Brasil e, em 1934, começa a ser fabricado no país. Eram itens muito comuns nas prateleiras de secos e molhados ou drogarias.

Embora determinadas refeições diárias, de algum modo, pareçam respeitar o chamado tripé colonial da carne, do feijão e da farinha (SILVA, 2005, p.40-1), deve ter ocorrido um certo choque de regimes alimentares no processo de transição entre uma alimentação popular e as práticas dietéticas médico-hospitalares. Os apontamentos do médico Januário Cicco nos sugerem esse conflito. Por seu turno, as sopas e os caldos muito provavelmente tenham ocupado a cena noturna dos doentes. Entre os líquidos, o café e o chá circularam correntemente pelas enfermarias e pavilhões do edifício. Os bolos eram raros, comprados nas confeitarias locais ou padarias, e deviam servir às classes dos andares superiores, junto com vinhos e espumantes importados.

O exame da cozinha e de sua materialidade colocam-na na categoria de “cozinha familiar”, como proposta pela DOH. As reformas empreendidas procuraram melhorar a situação, ampliando o espaço, iluminando mais adequadamente o recinto e arejando o ambiente com janelas. A multiplicação dos refeitórios, nessas reformas, apontava uma crescente especialização funcional no interior do hospital, e deveria reforçar os laços de identidade dos distintos grupos ocupacionais ou profissionais, expressando as diferenças nos ritos e códigos de comensalidade. A ergonômização ainda contou com a instalação de um elevador monta-cargas para a condução dos alimentos e distribuição mais eficiente das refeições. O saber médico-nutricional acerca da alimentação dos enfermos indicava as possibilidades ideais de uma nova prática alimentar. Todavia, a ausência de uma nutricionista e de um departamento dietético colocavam as refeições ao sabor dos cozinheiros e das religiosas de Santana.

Vale ressaltar que estamos falando de um hospital beneficente, semi-oficial, administrado por uma sociedade civil composta por médicos. Os leitos foram preparados para receber os doentes pobres, indigentes, que, muitas vezes, viam no hospital a cura para os seus achaques patológicos e, ao mesmo tempo, um abrigo da miséria e da fome.

Assim, abordar a alimentação hospitalar no Miguel Couto é um desafio para o historiador, que dispõe de tão limitada documentação a respeito. Porém, ao mesmo tempo, seu estudo pode revelar aspectos fundamentais da instituição, imperceptíveis quando relegados ao limbo historiográfico. Dizemos especialmente aqui da percepção do espaço hospitalar como um “espelho” do mundo social, com suas hierarquias e desigualdades. Quem come, onde come, quando come, com quem come e de que modo o faz: eis as pistas que procuramos seguir nessa trajetória de reunir e montar cacos de um espelho em pedaços que nunca se encaixam bem. Reconstruir mundos é isso. Como bem disse Braudel (1995, p.12), às vezes é preciso caminhar pela “zona espessa rente ao chão”, cheirar, sentir, tocar, ouvir... e, talvez aí, chegar a ver. Não temos mais o espelho desse passado. Entregamos aqui um mosaico.

Fontes

Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte (APE/RN)

Caixas 0077, 198 (Atas da SAH), 0743 (PRESTAÇÃO DE CONTAS: 1946 e 1947), 0744, 0746 (Memorandos: 1930 a 1960), 0750, 0752 (despesas de 1954), 0754 (PRESTAÇÃO DE CONTAS: 1939, 1942, 1943, 1945, 1951, 1954, 1958).

Periódico: A República (1911, 1923 e 1929)

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro

Mensagem de Governador (1921-1930)

Periódicos: A Ordem (1935-1952), O Diário de Natal (1950-1959) e O Poti (1954-1959)

Arquivo do jornal A Tribuna do Norte (RN)

Periódico: A República (1950-1955)

Museu Histórico Professor Carlos da Silva Lacaz

Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais. São Paulo, 1942-1945.

Arquivo do HCUrb

Fotos do arquivo organizado pelo grupo de estudos História da Cidade e Urbanismo, do Departamento de Arquitetura da UFRN.

Relatórios Presidenciais Provinciais: RN (*Center for Research Libraries Global Resorts Network*)

RELATÓRIO apresentado a Assembleia Legislativa Provincial do Rio Grande do Norte pelo presidente, o dr. Antonio Bernardo de Passos, no ano de 1856.

MENSAGEM dirigida ao Congresso Legislativo do Rio Grande do Norte pelo Dr. Pedro Velho de Albuquerque Maranhão, Governador do Estado, por ocasião de abrir-se a sessão extraordinária da 2ª Legislatura, em 31 de janeiro de 1895.

Materiais diversos

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. *História e evolução dos hospitais*, Rio de Janeiro, 1944.

CICCO, Januário. *Notas de um Médico de Província*. Rio de Janeiro: Empresa Graphica Editora, 1928.

Referência bibliográfica

ABRAHÃO, Eliane Morelli. *História da alimentação: cadernos de receitas e práticas alimentares*, Campinas: 1860-1940. Campinas: Pontes Editores, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SPRAGUE, Eleanor M. (org.). *Recomendações para o Funcionamento da Cozinha nos Hospitais do S.E.S.P.* Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, 1955.

BRAUDEL, Fernand. *Civilização material, Economia e Capitalismo – Séculos XV-XVIII*. V.I: As Estruturas do Cotidiano. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

CAMPOS, André L. V. *Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARDOSO, José Leandro Rocha. *Educando os educadores: Ciências sociais e educação sanitária na experiência do SESP (1950-1960)*. Rio de Janeiro, Tese de doutorado, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2009.

CARNEIRO, Henrique. *Comida e sociedade: uma história da alimentação*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus,

2003.

CASCUDO, Luís da Câmara. *História da cidade do Natal*. Natal: EDUFRN, 2010.

_____. *História da alimentação no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Global, 2011.

CORBEAU, Jean-Pierre. Alimentar-se no hospital: as dimensões ocultas da comensalidade. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (org.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 227-238. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/v6rkd>>. Acesso em: 09 ago. 2020.

DARNTON, Robert. *Boemia literária e revolução: o submundo das letras no Antigo Regime*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

FRANCO, Ariovaldo. *De caçador a Gourmet: uma história da gastronomia*. 5.ed. São Paulo: Senac, 2010.

FERREIRA, Ângela Lúcia; EDUARDO, Anna Rachel Baracho; DANTAS, Ana Caroline; DANTAS, George (coord.). *Uma cidade sã e bela: a trajetória do saneamento de Natal (1850-1969)*. Natal: IAB/RN; CREA/RN, 2018.

GALVÃO, Cláudio Augusto Pinto. *Um apóstolo entre nós*. Natal: Jovens Escribas, 2017.

GODOY, Andresa Michele; LOPES, Doraci Alves; GARCIA, Rosa Wanda Diez. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1197-1215, out./dez. 2007.

GOLDENBERG, Miriam. “A comida como objeto de pesquisa” – uma entrevista com Claude Fischler. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.223-242, 2011.

GOMES, Ana Carolina Vimieiro. *Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)*. Belo Horizonte: Fino Traço; Campina Grande: EDUEPB; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

HOMEM, M. C. N. Princípio da racionalidade e a gênese da cozinha moderna. *Pós. Revista do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da FAUUSP, [S. l.]*, v. 13, p. 124-154, 2003. DOI: 10.11606/issn.2317-2762.v13i0p124-154. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/posfau/article/view/47751>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. Comida de hospital: uma história da alimentação em Goiás. *História Revista*, Goiânia, v.12, n.2, p.253-275, jul./dez. 2007.

MEDEIROS, Tarcísio de. Ontem, Hospital do “Monte”, Hoje “Miguel Couto”. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte*. Natal, v. 53, 1960, p. 33-46.

MENESES, Ulpiano Bezerra de; CARNEIRO, Henrique Soares. História da alimentação: balizas historiográficas. *Anais do Museu Paulista*, São Paulo, v. 5, p. 9-91, jan./dez. 1997.

MENESES, Ulpiano Bezerra de. O fogão da *Société Anonyme du Gaz*. Sugestões para uma leitura histórica de imagem publicitária. *Projeto História*, São Paulo, n. 21, p. 105-119, nov. 2000.

MIRANDA, João Maurício Fernandes de. *Natal foto-gráfico: do passado ao presente*. Brasília: Senado

Federal, 2014.

POULAIN, Jean-Pierre; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev. Nutr.*, Campinas, 16 (3): 245-256, jul./set., 2003.

RIBEIRO, Cecília. “Sistematização! Padronização! Especialização!”: o hospital geral no Brasil nos anos de 1940. In: *11ª Seminário DOCOMOMO_BR: o campo ampliado do Movimento Moderno*. Recife, 17 a 22 de abril, 2016.

RODRIGUES, Eugénea. Discurso médico e práticas alimentares no Hospital Real de Moçambique no início do século XIX. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 609-627, abr./jun. 2014.

SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. Por uma História da Alimentação. *História, Questões & Debates*, Curitiba, n. 26-27, p. 154-171, 1997.

SILVA, João Luiz Máximo da. Transformações no espaço doméstico – o fogão a gás e a cozinha paulistana, 1870-1930. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo, v.15, n.2, p.197-220, jul.-dez. 2007.

SILVA, Rodrigo Otávio da. “Querem matar de fome”: médicos e “bestas-feras” na dietética do Hospital de Caridade Juvino Barreto em Natal (1909-1927). *Revista Ingesta*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 223-250, 2020. DOI:10.11606/issn.2596-3147.v2i1p223-250. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistaingesta/article/view/167892>. Acesso em: 21 out. 2020.

TANCREDI, Rinaldini C. P.; MARINS, Bianca Ramos. Evolução da higiene e do controle de alimentos no contexto da saúde pública. In: MARINS, Bianca Ramos; TANCREDI, Rinaldini C. P.; GEMAL, André Luís (org.). *Segurança alimentar no contexto da vigilância sanitária: reflexões e práticas*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014, p. 15-36.

WILSON, Bee. *Pense no gafo! Uma história da cozinha e de como comemos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014.