

**RODRIGO OTÁVIO DA SILVA**

**Entre fantasmas e (in)hospitalidades: redescições do Hospital  
Miguel Couto em Natal (1927-1955)**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. André Mota

**SÃO PAULO  
2022**

**RODRIGO OTÁVIO DA SILVA**

**Entre fantasmas e (in)hospitalidades: redescritções do Hospital  
Miguel Couto em Natal (1927-1955)**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. André Mota

**SÃO PAULO  
2022**

# FICHA CATALOGRÁFICA

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Rodrigo Otávio da  
Entre fantasmas e (in)hospitalidades :  
redescrições do Hospital Miguel Couto em Natal (1927-  
1955) / Rodrigo Otávio da Silva. -- São Paulo, 2022.  
Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Saúde Coletiva.  
Orientador: André Mota.

Descritores: 1.Hospitais públicos 2.Assistência  
médico-hospitalar 3.Desconstrução 4.História da  
medicina 5.Saúde pública 6.Política

USP/FM/DBD-044/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

**RODRIGO OTÁVIO DA SILVA**

**Entre fantasmas e (in)hospitalidades: redescrições do Hospital Miguel Couto em Natal (1927-1955)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de São Paulo, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Assunção — Orientador

---

Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi — Examinador Externo (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia da Silva Pereira Castro — Examinador Externo (UERN)

---

Prof. Dr. Lincoln Moraes de Souza — Examinador Interno (UFRN)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos — Examinador Interno (UFRN)

## **DEDICATÓRIA**

Para minha mãe, Margaret Liana da Silva; minha avó, Joana Bezerra da Silva; e meu avô, José Mariano da Silva; a eles, entrego meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Nestes últimos quatro anos, tenho estado envolvido integralmente com a pesquisa acadêmica, cujo fruto mais expressivo, sem dúvida, é exatamente esta Tese que ora submeto à apreciação dos pares. A longa jornada contou com a presença inestimável de muitos colaboradores, sem os quais certamente o texto final jamais viria à luz. Nenhum homem é uma ilha, e por isso expresso aqui minha mais sincera gratidão a todos quantos tenham, de um modo ou de outro, irrigado o solo dessa pesquisa, abrandado meu coração, alimentado minhas esperanças, fortalecido minha fé, enfim, participado carinhosamente da construção de mim mesmo, da minha subjetividade como pesquisador. Como disse certa vez, sou devedor insolvente da bondade alheia e continuo a sê-lo. Não sendo possível nem imaginável um contra-dom de maior valia, dada a qualidade dos dons já recebidos, exibio aqui algumas palavras de agradecimento, penitenciando-me, desde já, por aqueles aos quais a minha memória porventura venha a pôr no limbo. Peço humildemente, então, amparo de Mnemósine nesta tarefa:

Agradeço ao Departamento de Medicina Preventiva da USP pela oportunidade que me conferiu em cursar as disciplinas do doutorado, estimulando, ao longo desses anos, um clima generoso de amizade e aprendizagem significativa;

Ao meu amável orientador André Mota, que, sempre cuidadoso e gentil, acolheu-me na minha estrangeiridade como a um amigo, demonstrou preocupação, dispensou cuidados fraternos e ainda me insuflou a esperança própria daqueles que sabem viver a solidariedade como uma hospitalidade incondicional;

Ao Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte, que forneceu a maior parte da documentação primária sobre o Hospital Miguel Couto, administrado à época de minha visitação pelo professor Doutor Cláudio Galvão;

Ao Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” – FMUSP, não apenas pelas fontes de seu acervo disponibilizadas, mas fundamentalmente pelo espírito de amizade e companheirismo que lá encontrei no momento crucial de minha chegada a São Paulo, virtudes sensivelmente encarnadas nos funcionários da instituição Gustavo Tarelou e Graça Alves, ambos profundamente competentes e afetuosos, exemplos inolvidáveis do trabalho amoroso na pesquisa. Também faço menção elogiosa ao Grupo de Estudos da história das práticas

médicas e de saúde (Salus), espaço de discussão e produção acadêmica interdisciplinar, que congrega pesquisadores de distintas áreas do saber, todos cultivadores, para minha felicidade, daquilo que Roland Barthes tanto apreciava: uma “política da gentileza”;

Ao amigo de conversações sobre *faits divers* Ewerton Luiz, que, em muitos momentos, ciceroneou-me acerca da vida na “pauliceia desvairada”, orientando-me pacientemente em questões acadêmicas e institucionais, bem como compartilhando de sua pesquisa e sonhos;

À minha amantíssima consorte Livia Maria, que há sete anos transborda os mais elevados sentimentos em mim, banhando-me com o refinado perfume das almas já ancestralmente mergulhadas na essência do Amor. Respiro, assim, o ar benfazejo e refecedor de sua presença na minha vida;

Devoto muito emocionadamente minha gratidão à trindade divina que me tornou o que sou: ao amor irrestrito de minha mãe, Margaret Liana da Silva, que tomou-me a mão ainda infante, já no cair da noite densa, para ensinar-me exangue as primeiras letras da caligrafia do coração; à minha avozinha querida de cabelos algodoados, Joana Bezerra da Silva, que, mesmo sem ter tido a oportunidade da educação formal, transmitiu-me as lições mais sublimes de amor incondicional; e ao meu avô, José Mariano da Silva, com quem pouco convivi, mas que foi o arquiteto-mor de todo esse projeto existencial de meu ser. A essa família dos laços de espírito, meu mais sincero penhor de gratidão;

À minha tia Sônia Jobim, por ajudar-me desapegadamente nesses momentos difíceis do doutorado, quando me vi distante do gorjear dos pássaros da minha terra;

À Capes, pela bolsa de estudo e pesquisa que alimentou minhas esperanças de um trabalho digno e honesto;

À Sâmia e Rejane, pelo trabalho árduo de normalização ABNT do trabalho;

À Miriam Regina, que muito delicadamente, emprestou sua *teknê* na Vancouver para transformar em ato o que apeas era uma potência no ceu das idéias.

## EPÍGRAFE

*Que os anjos construam hospitais para as almas sofredoras.  
Enquanto não o fazem, construirei para elas um palácio de  
sonhos.*

*(Honoré de Balzac)*



## LISTA DE SIGLAS

ABMT.....	Associação Brasileira de Medicina do Trabalho
ACB.....	Ação Católica Brasileira
AIB.....	Ação Integralista Brasileira
AM/RN.....	Associação Médica do Rio Grande do Norte
ANL.....	Academia Norte-riograndense de Letras
APE/RN.....	Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte
BC.....	Batalhão de Caçadores
CAP.....	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CBTU.....	Companhia Brasileira de Trens Urbanos
COC.....	Casa Oswaldo Cruz
CMM.....	Congregação dos Moços Marianos
DEE.....	Departamento Estadual de Estatística
DGSP.....	Departamento Geral de Saúde Pública
DHST.....	Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho
DNCr.....	Departamento Nacional da Criança
DNT.....	Departamento Nacional do Trabalho
DNS.....	Departamento Nacional de Saúde
DOH.....	Divisão de Organização Hospitalar
FAB.....	Força Aérea Brasileira
FISI.....	Fundo Internacional de Socorro Infância
FMUSP.....	Faculdade de Medicina Preventiva de São Paulo
HCJB.....	Hospital de Caridade “Juvino Barreto”
HCUrb.....	Grupo de Pesquisa História da Cidade, do Território e do Urbanismo
HM.....	Hospital Militar
HMC.....	Hospital Miguel Couto
IAP.....	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDORT.....	Instituto de Organização do Trabalho
IHG/RN.....	Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte
IPAL.....	Instituto de Proteção e Assistência à Infância

JFCB.....Juventude Feminina Católica Brasileira  
LBA.....Legião Brasileira de Assistência  
LBCMI.....Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil  
Mesp.....Ministério da Educação e Saúde Pública  
MM/RN.....Memorial da Medicina do Rio Grande do Norte  
MTIC.....Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio  
PNH.....Programa Nacional de Humanização  
PNHAH.....Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
PS.....Pronto Socorro  
RI.....Regimento Interno  
SAMDU.....Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência  
SAH.....Sociedade de Assistência Hospitalar  
SESP.....Serviço Especial de Saúde Pública  
SMC/RN.....Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio Grande do Norte  
SUS.....Sistema Único de Saúde  
TSN.....Tribunal de Segurança Nacional

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Quadro de funcionários do HCJB em 1909 .....	119
<b>Tabela 2</b> - Receitas e despesas do HCJB (1927 -1928).....	123
<b>Tabela 3</b> - Despesas do HMC entre 1939 e 1941 .....	139
<b>Tabela 4</b> - Credores do HMC entre 1938 e 1941.....	140
<b>Tabela 5</b> - “Rede” hospitalar em Natal entre 1909 e 1952 .....	192
<b>Tabela 6</b> - Lista de hóspedes no HMC em 1951. À época, a irmã Albertina de Melo cuidava dessa questão no hospital.....	252
<b>Tabela 7</b> - Dados demográfico-estatísticos da população de Natal na década de 1920 .....	335
<b>Tabela 8</b> - Municípios de procedência dos enfermos entre 1938 e 1947 .....	372
<b>Tabela 9</b> - Doentes de outros municípios e do estrangeiro recebidos no HMC entre 1937 e 1947....	375
<b>Tabela 10</b> - Exportação de açúcar e algodão entre 1943 e 1951 .....	431
<b>Tabela 11</b> - Víveres comprados pelo HMC em 1946 .....	434
<b>Tabela 12</b> - Móveis e utensílios da cozinha do HMC em 1927.....	438
<b>Tabela 13</b> - Utensílios do pavilhão e das enfermarias .....	439

## LISTA DE QUADROS E DIAGRAMA

<b>Quadro 1</b> - Quadro-síntese sobre os domínios e abordagens da historiografia sobre os hospitais do Brasil.....	84
<b>Quadro 2</b> - Corpo administrativo do HMC de 1938 a 1941.....	145
<b>Quadro 3</b> - Enfermeiros (as) do HMC em 1936.....	146
<b>Quadro 4</b> - Médicos e respectivas clínicas no HMC entre 1938 e 1941 .....	149
<b>Quadro 5</b> - Divisão interna do HCJB em 1927 .....	153
<b>Quadro 6</b> - Divisão do clero católico em 1943 .....	300
<b>Quadro 7</b> - Atos religiosos no RN entre 1937 e 1942.....	303
<b>Quadro 8</b> - Mercadorias compradas pelo HMC em junho de 1954 .....	436
<b>Diagrama 1</b> - Linha de ação da ACB, publicada em 1935 .....	308

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Localização do Hospital de Caridade com os primeiros equipamentos urbanos de Natal, no séc. XIX .....	110
<b>Figura 2</b> - Mapa da cidade do Natal e, em destaque, o Plano da Cidade Nova, traçado inicialmente por Jeremias Pinheiro da Câmara, em 1901, e concluído pelo agrimensor italiano Antônio Polidrelli, em seu conhecido master-plan, em 1904, abrigando os bairros elitizados .....	112
<b>Figura 3</b> - Master Plan da cidade do Natal elaborado pelo agrimensor Antônio Polidrelli .....	113
<b>Figura 4</b> - Mapa de Natal na década de 1920, com a distribuição dos bairros e a localização dos dois primeiros hospitais do RN. ....	115
<b>Figura 5</b> - Casa de campo de Alberto Maranhão, anterior a 1909.....	116
<b>Figura 6</b> - O Hospital de Caridade Juvino Barreto, cerca de 1910.....	116
<b>Figura 7</b> - As instalações do Café Petrópolis e a chegada do bonde elétrico ao “Belo Monte.....	117
<b>Figura 8</b> - Irmãs de Sant’Ana reunidas para foto .....	118
<b>Figura 9</b> - Enfermaria masculina do HCJB .....	126
<b>Figura 10</b> - Enfermaria feminina do HCJB .....	126
<b>Figura 11</b> - Fachada do Hospital de Caridade “Juvino Barreto” em 1923 .....	128
<b>Figura 12</b> - Foto da Usina do Oitizeiro a partir da linha de trem da Great Western, tirada pelo alemão Bruno Bougard em 1911 .....	134
<b>Figura 13</b> - Parte frontal do hospital, em fotografia tirada da residência de Fernando Gomes Pedroza, membro da SAH. A Casa de Detenção, construída em 1911, está ao fundo do hospital .....	158
<b>Figura 14</b> - Vista lateral do HCJB. Ao fundo, vê-se o Asilo de Mendicidade Padre João Maria, hoje o prédio do Centro de Turismo .....	158
<b>Figura 15</b> - Foto do interior da farmácia do HMC, tirada pela loja “Chic”, de João Galvão	174
<b>Figura 16</b> - Depósito da farmácia do HMC, tirada pela loja “Chic”, de João Galvão .....	174
<b>Figura 17</b> - Vista frontal do Hospital São João de Deus .....	192
<b>Figura 18</b> - Departamento de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. ....	193
<b>Figura 19</b> - Anúncios de clínicas em 1936 .....	195

<b>Figura 20</b> - Clínicas anunciadas em 1942.....	195
<b>Figura 21</b> - Anúncios médicos em 1952.....	196
<b>Figura 22</b> - Clínica Cardiológica e Sifiligráfica .....	200
<b>Figura 23</b> - Serviço de Radiologia.....	200
<b>Figura 24</b> - Clínica Cirúrgica.....	200
<b>Figura 25</b> - Propaganda no jornal com oferta dos serviços do médico que dirigia o HMC .....	201
<b>Figura 26</b> - Serviço médico oferecido na Farmácia Torres .....	201
<b>Figura 27</b> - Propaganda do consultório médico do chefe de clínicas do HMC.....	202
<b>Figura 28</b> - 21ª Batalhão de Caçadores, Natal, 1935.....	228
<b>Figura 29</b> - Entrada do 21ª BC .....	228
<b>Figura 30</b> - Teatro Carlos Gomes .....	229
<b>Figura 31</b> - Fachada do Quartel da Polícia Militar em 1935, após fogo intenso dos militares e civis comunistas.....	236
<b>Figura 32</b> - Visão lateral do Quartel da PM em 1935.....	236
<b>Figura 33</b> - Giocondo Dias .....	237
<b>Figura 34</b> - Quintino Clementino na prisão.....	238
<b>Figura 35</b> - Militar com metralhadora no 21ª BC, em Natal .....	239
<b>Figura 36</b> - Tenente “Zuza” recuperando-se no HMC após amputação do antebraço esquerdo.....	241
<b>Figura 37</b> - Membros do Comitê Comunista de Natal, em 1935. Da esquerda para a direita: Lauro Corte Lago (1), João Batista Galvão (2) e José Macedo (3) .....	245
<b>Figura 38</b> - Grande Hotel.....	248
<b>Figura 39</b> - Passagem do bonde em frente ao Grande Hotel .....	249
<b>Figura 40</b> - Pensão familiar em Natal.....	249
<b>Figura 41</b> - Pensão Rio Branco em 1942.....	250
<b>Figura 42</b> - Clínica Cardiológica e Sifiligráfica .....	251
<b>Figura 43</b> - Anúncios de hotéis em Natal .....	251
<b>Figura 44</b> - Hospital Miguel Couto em 1956. Na Revista Careta, a foto abaixo aparecia com a legenda: “Fachada do ‘Hospital Miguel Couto’, onde há hospedagem confortável e acolhedora” .....	257
<b>Figura 45</b> - Anfiteatro da Maternidade de Natal em 1950. À esquerda, na tribuna, discursa o escritor Luís da Câmara Cascudo .....	258

<b>Figura 46</b> - Januário Cicco na tribuna do anfiteatro da Maternidade durante a inauguração em 12 de fevereiro de 1950 .....	259
<b>Figura 47</b> - Sede antiga da Rádio Poti em Natal .....	259
<b>Figura 48</b> - Saudação do governador Sílvio Pedrosa ao escritor Gilberto Freire no Instituto de Educação .....	262
<b>Figura 49</b> - Plateia atenta ao discurso de Gilberto Freire no Instituto de Educação .....	262
<b>Figura 50</b> - Fachada do HMC. À esquerda do hospital, da balaustrada da rua, podia-se ver a praia .....	263
<b>Figura 51</b> - Praia de Areia Preta .....	263
<b>Figura 52</b> - Prédio da Maternidade em 4 de novembro de 1934, na ocasião de uma quermesse beneficente, com barracas montadas, uma instalação de luz e um carro Ford no portão de entrada.....	269
<b>Figura 53</b> - Quermesses realizadas para arrecadar recursos à construção da Maternidade de Natal.....	270
<b>Figura 54</b> - Parte do hospital no Campo de Parnamirim em 1944-45 .....	272
<b>Figura 55</b> - Prédio da Maternidade de Natal que sediou o Hospital Militar, década de 1940 .....	274
<b>Figura 56</b> - Hospital Militar nos anos 1940.....	274
<b>Figura 57</b> - Curso de enfermagem no HM de Natal .....	277
<b>Figura 58</b> - Aula do curso de enfermagem .....	277
<b>Figura 59</b> - 40 alunas em aula no anfiteatro do HM.....	278
<b>Figura 60</b> - Aula do curso no HM sob o olhar dos professores.....	278
<b>Figura 61</b> - Edifício Fernando Costa em [19--].....	282
<b>Figura 62</b> - Praia da Rampa em 1943 .....	282
<b>Figura 63</b> - Estação Natal da Estrada de Ferro do Rio Grande do Norte na década de 1930 .....	285
<b>Figura 64</b> - Hospital da Base Aérea de Natal em meados de 1940, localizada na chamada “Base Oeste”, distinta da base americana de “Parnamirim Field” .....	285
<b>Figura 65</b> - “Base Oeste” do Campo de Parnamirim, ocupada pelos brasileiros. À direita, o Hospital da Base Aérea.....	286
<b>Figura 66</b> - Maternidade de Natal.....	289
<b>Figura 67</b> - Congregados Marianos e militantes da Ação Católica no retiro de Carnaval de 1947, em Natal, no Colégio Santo Antônio.....	304

<b>Figura 68</b> - Capa da primeira edição de A Ordem, em 1935.....	305
<b>Figura 69</b> - Escola de Comércio de Natal.....	306
<b>Figura 70</b> - Sede do Centro de Imprensa CMM .....	306
<b>Figura 71</b> - Antiga Escola Doméstica, ainda na Ribeira .....	309
<b>Figura 72</b> - Colégio Nossa Senhora das Neves, cartão postal .....	309
<b>Figura 73</b> - Asilo de Mendicidade em Natal .....	312
<b>Figura 74</b> - Irmãs e alunos no interior do Instituto Padre João Maria.....	312
<b>Figura 75</b> - Capela do HMC .....	313
<b>Figura 76</b> - Freira em conversa com o político Café Filho, nas Rocas, em 1954 .....	314
<b>Figura 77</b> - Prédio da Secretaria da Saúde Pública, na Av. Junqueira Ayres, Cidade Alta .....	334
<b>Figura 78</b> - Fachada do HMC em Natal, década de 1920 .....	355
<b>Figura 79</b> - HMC na década de 1940.....	356
<b>Figura 80</b> - Retirantes nas imediações do Teatro Carlos Gomes.....	365
<b>Figura 81</b> - “Buteco” em frente ao HMC .....	366
<b>Figura 82</b> - Bonde puxado a burro em Natal (1918) .....	376
<b>Figura 83</b> - Linhas de bonde na década de 1920 .....	377
<b>Figura 84</b> - Bonde no Monte Petrópolis .....	378
<b>Figura 85</b> - Bonde no bairro da Ribeira durante a Segunda Guerra .....	378
<b>Figura 86</b> - Bonde linha Petrópolis na Ribeira (1942) .....	378
<b>Figura 87</b> - Bonde da linha Tirol (1940) .....	378
<b>Figura 88</b> - Propagandas de companhias aéreas em Natal no pós-guerra .....	380
<b>Figura 89</b> - A venda de bicicletas .....	381
<b>Figura 90</b> - Charge publicada em periódico em 1948, que mostra um passeio de bicicleta.....	381
<b>Figura 91</b> - Bondes, ônibus e carros em Natal, na região do Baldo (1943).....	382
<b>Figura 92</b> - Via de Ponta Negra (1948). A estrada fora aberta em 1923 .....	382
<b>Figura 93</b> - Estrada Natal-Parmanirim em 1943, um ano depois de sua abertura .....	382
<b>Figura 94</b> - Fichas dos primeiros motoristas admitidos pelo Miguel Couto .....	390
<b>Figura 95</b> - Documentos da compra de ambulância e construção de garagem .....	391
<b>Figura 96</b> - Ambulância Ford F-1 na porta do HMC. Era um carro-socorrista do SAMDU, saindo para atendimento .....	393
<b>Figura 97</b> - Demonstrativo do Pronto socorro em 1938.....	395



<b>Figura 98</b> - Demonstrativo dos serviços de Ambulatório e Pronto Socorro no HMC em 1946 .....	398
<b>Figura 99</b> - Jardim na parte descoberta do HMC .....	410
<b>Figura 100</b> - Nota pública de agradecimento publicada em jornal.....	419
<b>Figura 101</b> - Versão nacional do filtro “Léte”, [19--] .....	438
<b>Figura 102</b> - Manual do filtro “Léte”, década de 1920.....	438
<b>Figura 103</b> - Cozinha do HMC .....	442
<b>Figura 104</b> - Ficha da cozinheira Alzira de Oliveira Costa .....	443
<b>Figura 105</b> - Anúncios de jornal em 1935. O pedido por cozinheiras não exigia qualidades específicas, como a de enfermeiras .....	443
<b>Figura 106</b> - O fogão da cozinha do HMC .....	444
<b>Figura 107</b> - Nota de compra de carvão para o HMC .....	445
<b>Figura 108</b> - Fogão de 1944 .....	446
<b>Figura 109</b> - Fogão a carvão de 1936 .....	446
<b>Figura 110</b> - Antigo Matadouro de Natal .....	450
<b>Figura 111</b> - Mercado Público .....	450
<b>Figura 112</b> - Mercado Público na Cidade Alta, década de 1920 .....	450
<b>Figura 113</b> - Importação de gelo para o HMC em 1941 .....	451
<b>Figura 114</b> - Tecnologia de panificação .....	453
<b>Figura 115</b> - Cozinha do Hospital da Santa Casa de Santos, equipada pela empresa Wallig & Cia Ltda. Modelo de “cozinha moderna” .....	460
<b>Figura 116</b> - Vista ampliada da cozinha do Hospital da Santa Casa de Santos.....	460
<b>Figura 117</b> - Aparelhos para usos domésticos.....	465
<b>Figura 118</b> - Figura 19. Memorando da Confeitaria Modelo para o HMC em 1930 .....	466
<b>Figura 119</b> - O médico Varela Santiago Sobrinho e suas alunas do curso de puericultura na Escola Doméstica, em Natal .....	490
<b>Figura 120</b> - Sala de puericultura na Escola Doméstica, em 1926.....	491
<b>Figura 121</b> - Sede definitiva do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), no bairro de Petrópolis, em 1928 .....	492
<b>Figura 122</b> - Quadro da Seção de Maternidade no HCJB em 1928, sob a direção do dr. Januário Cicco e a administração da Mordoma Interina Leila Fumagalli.....	496

<b>Figura 123</b> - Causas das mortes no período entre junho de 1929 e julho de 1930, segundo boletim estatístico do Departamento de Saúde do RN.....	497
<b>Figura 124</b> - Documento da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância enviado à SAH em 1937.....	498
<b>Figura 125</b> - Mapa da Clínica Obstétrica no HMC entre julho de 1937 e junho de 1938.....	515
<b>Figura 126</b> - HMC informando ao delegado que o puerpério da indigente Severina de Souza terminou, tendo de ser removida para dar lugar a outra paciente (1938).....	520
<b>Figura 127</b> - Ações da LBA no RN em 1946. O atendimento a mulheres gestantes e crianças era a prioridade da seção estadual.....	530
<b>Figura 128</b> - Pedido de matrícula de Francinete Cabral na Escola de Enfermagem (década de 1940). O curso de auxiliar de escritório talvez lhe conferisse alguma vantagem.....	534
<b>Figura 129</b> - Solicitação de inscrição de Maria do Lorêto na Escola de Enfermagem (anos 1940).....	534
<b>Figura 130</b> - Gastos de uma gestante pensionista em 1940.....	536
<b>Figura 131</b> - Memorando de 1949. Geralmente, as baixas hospitalares eram requisitadas aos pobres por alguma instituição reconhecida socialmente. No caso da imagem abaixo, o pedido foi da Legião Brasileira de Assistência, na sua representação local.....	537
<b>Figura 132</b> - Os médicos Paulo Sobral e Joaquim Luz esterilizando as mãos.....	540
<b>Figura 133</b> - Entrega das premiações às genitoras pelo médico Januário Cicco.....	541
<b>Figura 134</b> - A foto mostra a criança Yvete nos braços de uma enfermeira, ao lado do pediatra Heriberto Bezerra.....	541
<b>Figura 135</b> - Na cama, a puérpera Elita Elina, cercada por cinco enfermeiras e serventes, logo após a cirurgia de parto.....	541
<b>Figura 136</b> - Fábrica de Fiação e Tecidos Natal. Na foto, nota-se o grande número de mulheres operárias, experiência típica deste ramo de tecidos.....	551
<b>Figura 137</b> - Comprovante de pagamento das taxas do MTIC e o termo de abertura cartorial de firma na 6ª Delegacia Regional do Trabalho, registrando os 20 trabalhadores do HMC regidos pela legislação trabalhista em 1942.....	578
<b>Figura 138</b> - Reações de entidades médicas a violência contra funcionários (1959).....	580

<b>Figura 139</b> - Nota de falecimento do médico Abelardo Mélo e convite para seu velório e enterro .....	581
<b>Figura 140</b> - Nota de falecimento de José Lucas do Nascimento, em 1943.....	582
<b>Figura 141</b> - Pedido de internação de condutor de trem.....	596
<b>Figura 142</b> - Detalhes de internamento no HMC de um operário segurado, em1949.....	597

## RESUMO

Silva RO. *Entre fantasmas e (in)hospitalidades: redescrições do Hospital Miguel Couto (1927-1955)* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Esta Tese toma como objeto o Hospital Miguel Couto em Natal (RN), entre 1927 e 1955. Nosso objetivo central é "desconstruir" certa narrativa hegemônica sobre o hospital que buscava replicar, no âmbito local, a perspectiva progressista-humanista da medicina do séc. XX, segundo a qual o hospital era o lugar da cura dos corpos enfermos ou danificados, marcado pela inserção da tecnologia médica e pela gestão organizativa moderna da ciência. Entendemos que tal narrativa, em verdade, sustentava uma topologia histórica em que o Hospital Miguel Couto ganhou centralidade na assistência à saúde local ao longo da primeira metade do século XX, subordinando, inclusive, os demais espaços hospitalares, pelo menos até a criação da Divisão de Organização Hospitalar, em 1941-2, quando a proposta de estruturação em rede da assistência hospitalar enfraqueceu, em certa medida, seu predomínio. Conjugamos na análise das fontes ferramentas conceituais da desconstrução derridiana, como "fantasma" e "hostipitalidade", e do neopragmatismo de Richard Rorty, qual "redescrição" e "rede de alianças", buscando desmontar a narrativa do progresso médico-hospitalar e concomitantemente liberando outras representações até então recalcadas. Do ponto de vista da inserção acadêmica e disciplinar, nosso trabalho se articula na interface com a Saúde Coletiva, encarada aqui como um "campo de conhecimentos", um "núcleo de saberes e práticas", fundamentando-nos na percepção de que as instituições, os discursos e as práticas da Medicina são também práticas históricas, ligadas a determinadas demandas sociais, a um mundo de relações complexas que não se fecham na corporação dos médicos com suas exigências de êxito técnico. A relação saúde-doença-sociedade possibilita o estudo da espacialidade hospitalar do Miguel Couto, na medida que o nosocômio se constituiu como parte de uma determinada "organização dos serviços em saúde", encarada em sua historicidade, ao longo de quase três décadas. Para desenvolver esse estudo, segmentamos o trabalho em cinco capítulos. O primeiro deles voltou-se para as questões teórico-metodológicas em particular, explicitando nossas escolhas em termos de campo, autores, conceitos e caminhos de pesquisa adotados. O segundo buscou articular a narrativa hegemônica sobre o Hospital Miguel Couto presente na documentação oficial, esboçando, já de saída, as inconsistências de uma tal representação do hospital. No capítulo 3, apostamos

metodologicamente na reconstrução de quatro narrativas paralelas a respeito de aspectos da história do Miguel Couto, visando desmontar a imagem dominante de um espaço hospitalar "neutro" e voltado para a cura dos pacientes e revelar outras possibilidades interpretativas, como o caráter ativo e "político" que acompanhou a instituição em sua trajetória. Nos dois últimos, abordamos o tema da hospitalidade no interior do Miguel Couto, reconstruindo, quando possível, certo "repertório sensível" nas relações entre corpo médico e pacientes, observando as variações históricas dessa preocupação com o cuidado e o bem-estar dos doentes. Por último, e à guisa de conclusão, pudemos perceber o caráter histórico e contextual do Hospital Miguel Couto como organização de saúde, que atravessou a primeira metade do séc. XX e suas profundas transformações sociopolíticas, econômicas e culturais, erigindo-se na assistência médico-hospitalar local como instituição centralizadora e dominante nas ações de saúde pública.

**Descritores:** Hospitais públicos; Assistência médico-hospitalar; Desconstrução; História da medicina; Saúde pública; Política.

## ABSTRACT

Silva RO. *Between ghosts and (in)hospitalities: redescrptions of the Miguel Couto Hospital (1927-1955)* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

This Thesis takes as its object the Miguel Couto Hospital in Natal (RN), between 1927 and 1955. Our main objective is to "deconstruct" a certain hegemonic narrative about the hospital that sought to replicate, at the local level, the progressive-humanist perspective of 20th century medicine, according to which the hospital was the place of cure for sick or damaged bodies, marked by the insertion of medical technology and the modern organizational management of science. We understand that this narrative, in fact, supported a historical topology in which the Miguel Couto Hospital gained centrality in local health care throughout the first half of the 20th century, even subordinating the other hospital spaces, at least until the creation of the Division. of Hospital Organization, in 1941-2, when the proposal of structuring hospital care in a network weakened, to a certain extent, its predominance. In the analysis of sources, we combine conceptual tools of Derridian deconstruction, such as "ghost" and "hostipitality", and Richard Rorty's neopragmatism, which "redescription" and "network of alliances", seeking to dismantle the narrative of medical-hospital progress and concomitantly releasing other representations hitherto repressed. From the point of view of academic and disciplinary insertion, our work is articulated in the interface with Public Health, seen here as a "field of knowledge", a "core of knowledge and practices", based on the perception that institutions, the discourses, and practices of Medicine are also historical practices, linked to certain social demands, to a world of complex relationships that do not close in the physicians' corporation with its demands for technical success. The health-disease-society relationship enables the study of Miguel Couto's hospital spatiality, as the hospital was constituted as part of a specific “organization of health services”, seen in its historicity, over almost three decades. To develop this study, we segmented the work into five chapters. The first one turned to theoretical-methodological issues, explaining our choices in terms of field, authors, concepts and research paths adopted. The second sought to articulate the hegemonic narrative about the Miguel Couto Hospital present in the official documentation, outlining, from the outset, the inconsistencies of such a representation of the hospital. In chapter 3, we methodologically bet on the reconstruction of four parallel narratives about aspects of Miguel Couto's history, aiming to dismantle the dominant image of a "neutral" hospital space focused

on patient healing and reveal other interpretative possibilities, such as character active and "political" that accompanied the institution in its trajectory. In the last two, we address the theme of hospitality within Miguel Couto, reconstructing, whenever possible, a certain "sensitive repertoire" in the relationships between the medical staff and patients, observing the historical variations of this concern with the care and well-being of patients. Finally, and by way of conclusion, we could see the historical and contextual character of Hospital Miguel Couto as a health organization, which spanned the first half of the 20th century. XX and its profound sociopolitical, economic and cultural transformations, erected in local medical-hospital care as a centralizing and dominant institution in public health actions.

**Descriptors:** Hospitals, public; Medical-hospital assistance; Deconstruction; History of medicine; Public health; Policy.

## NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: segue o modelo ABNT.

As outras normas de acordo com Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.



## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTAS DE QUADROS E DIAGRAMA

LISTAS DE FIGURAS

INTRODUÇÃO ..... 1

**CAPÍTULO 1 - ASSOMBROLOGIA, HISTÓRIA E HOSPITALIDADE: PRO-POSTA  
TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA O ESTUDO DO HOSPITAL  
MIGUEL COUTO E SUAS FANTASMAGORIAS ..... 11**

1.1 EXERGO: “[...] MANTENER SU CABEZA SIN RUMBO” ..... 11

1.2 TRADIÇÃO E HERANÇA CRÍTICA: O “SIM” HISTORIOGRÁFICO ..... 13

1.3 FISSURAS NO ESCUDO HISTORIOGRÁFICO: A ENTRADA  
DALINGUAGEM E A “CONTENÇÃO” DA HISTÓRIA ..... 21

1.4 HISTÓRIA DESCONSTRUCIONISTA COM/A PARTIR DE DERRIDA: AS  
TEMPORALIDADES DO PENSAMENTO-SÍSIFO ..... 38

1.5 DISSEMINAÇÃO E REDESCRIBÇÃO NARRATIVA: UMA COSTURA A MAIS  
..... 50

1.6 SAÚDE ( ) A CLIO!... O CAMPO DA SAÚDE E A HISTÓRIA ..... 53

1.7 HOSPITALOGRAFIAS: ABORDAGENS SOBRE A INSTITUIÇÃO  
HOSPITALAR ..... 59

1.8 METODOLOGIA E CORPUS TEXTUAL: ESPECTROS A (NO) (DO)  
CAMINHO...SEJAM BEM-VINDOS! ..... 85

1.9 AS FONTES COMO MÁQUINA TEXTUAL E OS “INDECIDÍVEIS” ..... 95

**CAPÍTULO 2 - ENTRE LEVIATÃ E BEEMOTH: NO “RASTRO CINTILANTE” DO  
HOSPITAL MIGUEL COUTO ..... 103**

2.1 UM ESPECTRO RONDA A SAÚDE: O ESPECTRO DA MISERICÓRDIA! ... 103

2.2 O FANTASMA DO “HOSPITAL DO MONTE” ..... 108

2.3 A HERANÇA DO “ESPÍRITO REALIZADOR”: AINDA O “PRIMEIRO  
PASSO” ..... 130

2.4 ADMIRÁVEL ADMINISTRAÇÃO NOVA ..... 132

2.5 OS “DOIS CORPOS” DO HOSPITAL ..... 142

2.6 CORPO MÉDICO DO HMC ..... 147

2.7 ARQUITETURA COMO “OFICINA” ..... 152

2.8	DES_ <i>FIANDO</i> TESTEMUNHOS E DISSEMINANDO NARRATIVAS.....	159
2.9	O HOSPITAL PADRÃO, PROGRESSIVO E FLEXÍVEL.....	161
2.10	DESMONTANDO A “MÁQUINA DE RECALCAMENTO” .....	186
2.10.1	Arquivo e documentação .....	187
2.11	MAIS UMA VEZ RE-TECENDO A ASSISTÊNCIA... ..	190
2.12	O INGRESSO DE MÉDICOS NOS QUADROS DO HOSPITAL .....	199
2.13	OS TENTÁCULOS DO LEVIATÃ.....	205
2.14	VERBAS, VERBUM.....	207

**CAPÍTULO 3. REVOLUÇÃO, MATERNIDADE, HOTELARIA E SERVIÇO  
 TEMPLÁRIO: REDESCRIÇÕES IMAGINATIVAS PARA UM  
 OUTRO HOSPITAL.....**

3.1	“CUIDADO ARQUEOLÓGICO” .....	218
3.2	QUEM CONTA UM CONTO, AUMENTA UM PONTO: CENAS DE UM HOSPITAL “CONTAMINADO” .....	227
3.2.1	1935: Corpo comunista e política de interpretação .....	227
3.2.2	O hospital para sãos e oentes .....	247
3.2.2.1	Os esponsais e a lua-de-hospital.....	254
3.2.2.2	Um poli(ho)spital: reuniões científicas, políticas e culturais .....	258
3.2.3	Um a outra guerra: HMC vs. Hospital Militar .....	268
3.2.3.1	De quase-Maternidade a Hospital Militar .....	268
3.2.3.2	A quem pertencia o prédio da maternidade? A “guerra das cartas”....	278
3.2.3.3	Uma pausa reflexiva: mas, quem conta mesmo essa história? .....	289
3.2.4	“É PRECISO QUE ELE CRESÇA”: OS BRAÇOS DA ORDEM.....	298
3.2.4.1	Cartografia das comunidades religiosas.....	299
3.2.4.2	Organizações religiosas e assistência .....	301
3.2.4.3	As filhas de Santana, os espaços rituais e as redes de dependência.....	311
3.3	E QUEM CONTA QUATRO CONTOS... ..	317

**CAPÍTULO 4. (IN)HOSPITALIDADE (PARTE I): ESPAÇOS E TEMPOS DE UMA  
 IMPOSSÍVEL NARRATIVA.....**

4.1	A VIA DA HOSPITALIDADE .....	321
4.2	MODOS DE ARQUIVAR: MAIS UMA VEZ A PROBLEMÁTICA DAS FONTES.....	330
4.2.1	A produção de documentos .....	330
4.2.2	Linguagem, realidade e acontecimento .....	341
4.3	A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR MODERNA .....	348

4.4	DIANTE DA PORTA: QUEM ENTRA?(OU MELHOR: ENTRA-SE?).....	355
4.5	O SERVIÇO EXTERNO.....	387
4.6	NOS RASTROS DA HOSPITALIDADE .....	405
4.7	RONDANDO A COZINHA: COMER TAMBÉM É (A)COLHER .....	426
4.7.1	Economia local, mercadorias em circulação e abastecimento hospitalar .....	429
4.7.2	A cozinha: espaço culinário e suas tecnologias.....	436
4.7.3	O quebra-cabeças alimentar: uma comida de hospital possível.....	453
<b>CAPÍTULO 5. (IN)HOSPITALIDADE (PARTE II): A MULHER-MÃE NO “TEMPLO DE LUCINA” E O CORPO-MÁQUINA DO TRABALHADOR.....</b>		
5.1	AS BOAS-VINDAS NO “TEMPLO DE LUCINA”: OS CUIDADOS COM A SAÚDE DA MULHER .....	471
5.1.1	A MEDICINA DA MULHER NO BRASIL: SABERES E ESPAÇOS .....	472
5.1.1.1	Os especialistas no corpo feminino .....	472
5.1.1.2	Os espaços de atendimento: as enfermarias hospitalares e a maternidade .....	475
5.1.1.3	Maternidade no HMC: enfermarias femininas e clínica obstétrica .....	485
5.1.1.4	O problema da infância e a questão de uma casa de saúde para as mulheres .....	486
5.1.1.5	A hospitalidade-útero.....	499
5.1.1.6	A seção de maternidade do hmc e os sinais de acolhimento à mulher-mãe:.....	511
5.1.1.6.1	Breve excursão sobre realidade Histórica E Linguagem.....	511
5.1.1.6.2	Hospitalidades instáveis e uma maternidade por vir .....	513
5.2.	O CORPO DO TRABALHADOR NO HOSPITAL: ENTRE O ACOLHIMENTO E A REPARAÇÃO.....	545
5.2.1	O trabalho e as fontes .....	545
5.2.2	Estrutura produtiva e empregabilidade da mão de obra .....	547
5.2.3	O corporalidade na visão médica de januário cicco .....	553
5.2.4	Corpo operário e hospitalidade maquinaica: .....	576
5.2.4.1	Médico, trabalhador e.... doente.....	576
5.2.4.2	Um “palácio” para os seus “servos”: o Miguel Couto e o trabalhador nosso de cada dia .....	583
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		
<b>604</b>		
<b>ANEXO 1 - Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX.....</b>		
<b>607</b>		
<b>ANEXO 2: Tipologia arquitetônica hospitalar.....</b>		
<b>627</b>		
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		
<b>637</b>		

## INTRODUÇÃO

Há alguns anos, já no doutorado, vi-me absorto na leitura de *A pele de onagro* (1831), de Honoré de Balzac (1799-1850). A história de Raphaël de Valentin, que, domado pela sede dos prazeres mundanos e poder, aceita a proposta de um antiquário para usar o misterioso talismã de onagro (pele de uma espécie de jumento do Oriente Médio), que realizaria todos os seus desejos. Angustiou-me saber que, em contrapartida, a cada pedido feito pelo jovem aristocrata, seu tempo de vida se encurtava, de modo que o personagem principal terminou sua aventura morrendo em plena juventude.

Tal foi o impacto que tive com essa leitura que cheguei até a sonhar com ela. Em meus devaneios, o antiquário (coincidentemente, tinha os traços físicos de meu orientador) entregava-me uma caneta especial, que só os alunos da FMUSP detinham. Dizia que ser mágica e eu escreveria a Tese com ela. O que desejasse formular por escrito seria feito com maestria. Contudo, a cada frase perfeitamente enunciada, a cada página belamente aprontada, eu perderia alguns anos de minha vida. No sonho, terminei a vida sem escrever a Tese: perdi ambas.

Aprendi a lição. Escrevi, então, esta Tese inscrevendo-me nela também, fazendo dela minha vida em curso, traçando-me ao mesmo tempo em que era traçado por suas linhas. O desenho de momento é o que revelo aqui, sem magia, fantasia ou desejos majestáticos. Somente um trabalho árduo, silencioso, com a sensibilidade de minha própria pele, mas acompanhada sempre de uma comovedora “nuvem de testemunhas”. O carinho e a amizade foram minha pele de onagro ao avesso: não me davam o que eu queria, mas o que eu precisava; não encurtaram minha vida, mas a prolongaram infinitamente.

O trabalho escrito nesta Tese se debruça sobre o Hospital Miguel Couto na cidade do Natal (RN), entre os movimentados anos entre 1927 e 1955. É um desdobramento de minha dissertação de Mestrado desenvolvida no Departamento de História da UFRN e defendida em 2012, intitulada “SAIR CURADO PARA A VIDA E PARA O BEM: diagramas, linhas e dispersão de forças no complexus nosoespacial do

Hospital de Caridade Juvino Barreto (1909-1927)”<sup>1</sup>, quando pesquisei o hospital desde a sua fundação, em 1909, até a sua passagem para as mãos de uma entidade privada, a Sociedade de Assistência Hospitalar, em 1927. Entendi que a continuidade dessa pesquisa com o hospital, agora em contexto histórico diferente, enriqueceria minha compreensão da relação entre as instituições médico-hospitalares e a sociedade em que estão inseridas, desnudando as marcas de historicidade que as abrem para a temporalidade humana e sua devenida própria.

Administrado pela SAH, o Hospital Miguel Couto (rebatizado com esse nome em 1935) atravessou em sua existência um longo e conturbado período de nossa história, que contou com o Golpe de 1930, a Intentona Comunista de 1935, o Estado Novo (1937-1945) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a Redemocratização pós-1945 e o retorno de Getúlio Vargas (1882-1954) ao poder em janeiro de 1951. Nesse percurso de instabilidade sociopolítica, também se foram forjando progressivamente nossas principais instituições de saúde e seu modelo assistencial centralizador, representado fundamentalmente pelo Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), em 1930, e, posteriormente, pelo Ministério da Saúde, em julho de 1953. Todas essas transformações afetaram, a seu modo, a estrutura e funcionamento da organização de saúde do Hospital Miguel Couto, revelando-nos, assim, distintas facetas do hospital e seus agenciamentos diante de cada momento experimentado.

Essa “poliedricidade” diante de diferentes configurações históricas atraiu nossa atenção, pois nos abria a possibilidade de explorar a instituição de saúde de forma a perspectivar seu movimento organizativo-burocrático e sua prestação de serviços sob certa angulação “desconstrutiva”, ressaltando seu caráter “fluido”, de algo “construído” pelos homens em determinada temporalidade específica, com toda a complexidade muito característica das relações socioculturais envolvidas. Poderíamos, com efeito, desnaturalizar certo posto de observação extra mundo em que comumente nos colocamos quando somos defrontados com a realidade médico-hospitalar, sairmos das esferas cristalinas eternas para o mundo sublunar dos homens, o que significa valorizar o espaço hospitalar como invenção, produto de relações de força, que conferiram ao nosocômio aspecto inacabado, aparente, sempre em jogo, possibilidade perpétua de modelagem, instaurando-o no campo do possível, da virtualidade, da potência: hospital

---

<sup>1</sup> Posteriormente transformado em livro: SILVA, Rodrigo Otávio da. *Sair curado para a vida e para o bem: o Hospital de Caridade Juvino Barreto e a construção de uma assistência médico-hospitalar em Natal (1909-1927)*. Natal: Caule de Papiro, 2019.

que poderia ter sido e que não foi. Essa instabilidade marcou a vida do Hospital Miguel Couto ao longo da primeira metade do século XX. O estudo dessa experiência hospitalocêntrica, na sua dimensão espaciotemporal, pode contribuir para entender melhor o processo de construção da instituição da Saúde Pública em Natal, os caminhos particulares que ligavam o hospital ao Estado na edificação de uma saúde vista, agora, sob o ângulo do coletivo.<sup>2</sup>

Essa explicitação do recorte objetual ainda não diz tudo. Ela traduz, em verdade, uma racionalização *a posteriori* do trabalho de pesquisa. O nosso objeto de estudo tomou da dimensão afetivo-emocional do pesquisador toda a sua força de existência, o impulso para irromper na “clareira”. Já na minha dissertação, eu decidi biografar o médico Januário Cicco, que, segundo alguns espíritas locais, ainda trabalha na Maternidade Escola Januário Cicco. Soube fortuitamente, naquela época, que minha amada avó chegou até a trabalhar com ele na década de 1940 (tenho, inclusive, a carteira de trabalho comprobatória) na referida instituição materno-infantil. Foi uma dupla felicidade: homenagearia o médico e a minha avó de uma só vez. Mas como? Lendo alguns textos escritos por Januário, informei-me de que ele havia sido responsável pela reinauguração do antigo Hospital de Caridade, criado em 1855 e fechado em 1906 pelo então governador Tavares de Lyra. Pensei, com efeito, que estaria ali a oportunidade de falar do médico, pela via do hospital, e honrar minha querida avó, já falecida. Foi assim que comecei a estudar o hospital. A Tese não escapou muito disso. Penso ser mais uma homenagem àqueles que me cativaram o coração, cada qual no seu devido lugar.

Conforme se vê, as vias de construção do objeto foram complexas e tortuosas, assinalando o zigzaguear de nossas escolhas, entre a razão e a emoção, como a própria vida. Obviamente que tal caminho foi obedecendo aos cânones da historiografia, de nada adiantando meu desejo (a pele de onagro de novo...) sem que pudesse contar com os arquivos, que são a condição de possibilidade da narrativa histórica.

---

<sup>2</sup> A noção de “coletivo” guarda certa complexidade e mereceria maiores esclarecimentos. Manejamos aqui consoante o entendimento da pesquisadora Maria Cecília Donnangelo, no trabalho apresentado no Seminário sobre Saúde pública, organizado pela FUNDAP, em 1981, que apresentava o coletivo (assumindo a imprecisão evidente do termo) no sentido de “novo público” das ações de saúde, sem desconsiderar as manifestações particulares, concretas, desse coletivo, produto de relações sociais e com especificidades próprias. Conferir: NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Rev. Saúde e Sociedade*, 3 (2): p.5-21, 1994, p.16-18.

Nosso trabalho de pesquisa documental teve início no segundo semestre de 2017, concomitante à matrícula no Departamento de Medicina Preventiva, vasculhando o Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte (APE/RN), compulsando as fontes nas 50 caixas-arquivo das estantes metálicas voltadas para a salvaguarda dos documentos do Hospital Miguel Couto, lutando contra escorpiões, famílias de ratos e algumas chuvaradas que rasgavam o teto do prédio. No mesmo período, levantamos as atas da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio Grande do Norte (SMC/RN), os textos da biblioteca da Academia Norte-riograndense de Letras (ANL/RN), as Mensagens dos Presidentes de Província na *Coleção Brazilian Government Documents, do Center for Research Libraries*, tendo continuidade no semestre seguinte, com a consulta aos volumes da Revista Médico-Social (1942-1945) no Museu Professor Carlos da Silva Lacaz e aos periódicos digitalizados da hemeroteca do Arquivo Nacional (RJ). No primeiro semestre de 2018, ingressamos efetivamente na Pós-graduação, inscrevendo-nos nas disciplinas obrigatórias e optativas oferecidas pelo programa, de modo a entrar em contato, ao longo do ano letivo, com a bibliografia teórica e metodológica específica sobre a área da saúde, da medicina e da assistência hospitalar no Brasil.

Com as leituras preliminares das fontes, emergia aos meus olhos uma organização hospitalar mais complexa do que imaginava, de tal maneira que, em muitas ocasiões, o Hospital Miguel Couto parecia dissolver-se na minha frente, como uma nuvem dispersa pelo vento. Era mesmo um hospital o que eu vislumbrava ali? Tantas eram as conexões que o hospital se agigantava para além, digamos, de suas funções ordinárias (cura dos doentes). Mesmo que inarticulada formalmente, havia uma “narrativa” estruturando (ou justificando?) muitos modos de relação com a cidade e seus poderes, com a população e sua saúde, que pareciam fazer de sua “política de hospitalidade” aos enfermos mais do que uma prestação de serviço oferecida por determinada organização em saúde pública. Como esse espaço hospitalar ganhou centralidade na assistência à saúde ao longo da primeira metade do séc. XX? De que modo o Miguel Couto se modelou como principal sujeito histórico na construção da assistência médico-hospitalar em Natal?

Na historiografia sobre os hospitais no Brasil que inventariamos não havia pesquisas que tematizassem esse “modo de ver” o espaço hospitalar, isto é, que trouxesse exemplos de hospitais oficiais, de preferência que não tivessem sua história atrelada às Santas Casas, e seu processo de construção histórica como assistência

médico-hospitalar. Normalmente, os trabalhos se concentravam nas Santas Casas ou submetiam o estudo da assistência nosocomial às pesquisas sobre saúde pública, reduzindo o papel das instituições hospitalares e sua dinâmica própria.

Nesse sentido, tivemos de formular nesta Tese uma abordagem teórico-metodológica um tanto particular. A partir das fontes disponíveis, articulamos determinados eventos e reconstruímos hipoteticamente uma narrativa que tornava inteligível certa posição que julgamos dominante no conjunto dos documentos examinados. Tal narrativa fazia do Miguel Couto o centro da assistência hospitalar em Natal, a principal instituição de saúde pública local, e que, por isso, intervinha ativamente nas decisões sobre os rumos do atendimento médico-hospitalar, enfeixando poderes de controle e intervenção nas demais organizações. Daí em diante, utilizamos ferramentas conceituais da desconstrução derridiana, como "fantasma" e "hospitalidade", e do neopragmatismo de Richard Rorty, como "redescrição" e "rede de alianças", para desestabilizar a narrativa reconstruída, fundada na representação clássica do progresso médico-hospitalar, e liberar, por conseguinte, outras representações até então recalcadas, plurivocalizando os sujeitos históricos porventura ocultados e abrindo o hospital para outros olhares que não o hegemônico produzido pelas lentes da medicina e da burocracia administrativa.

Trata-se, portanto, de um trabalho que exige a interdisciplinaridade, especialmente uma aproximação entre a História e a Área da Saúde. Articulamos, assim, a pesquisa desenvolvida aqui com o campo da Saúde Coletiva, vista aqui como um “campo de conhecimentos”<sup>3</sup> e um núcleo<sup>4</sup> de saberes e práticas, na linha das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, que se baseia no princípio de que as instituições, os discursos e as práticas médicas são históricas, ligadas a determinadas demandas sociais, códigos culturais, ideologias, pressões institucionais normativas, códigos legais e valores morais, um mundo de relações complexas que não se encerram na corporação

---

<sup>3</sup> PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, Salvador (BA), v.32, n.4, jun. 1998, p. 308.

<sup>4</sup> A noção de “campo” aqui utilizada apoia-se na proposta de um grupo de pesquisadores da área das Ciências da Saúde, que a define como “[...] espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas”, em oposição a “núcleo”, entendido como “[...] uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso”. (CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, v.5, n.2, 2000, p.220.)



dos médicos com suas exigências de êxito técnico.<sup>5</sup> O hospital é parte da “organização dos serviços em saúde”, e como tal se deixa marcar pela historicidade própria das instituições de assistência médico-social.

Para melhor apresentar o desenvolvimento de nossos argumentos, dividimos esta Tese em cinco capítulos ao todo. O primeiro deles se dedicou a descrever o quadro teórico e metodológico que orientaria nosso estudo, enquanto o segundo introduziu formalmente a narrativa do progresso médico-hospitalar do Hospital Miguel Couto presente nas fontes, trazendo já as primeiras tentativas de sua “desconstrução”. Os capítulos seguintes deram continuidade à tarefa desconstrutiva, buscando “redescrever” o hospital sob outras angulações, com destaque para a abordagem que recorria à temática da “hospitalidade”, que ocupou especialmente as últimas partes. De um modo ou de outro, procurou-se sublinhar nesse trajeto a dimensão política e simbólica da história do Miguel Couto, desnaturalizando tanto a visão progressista-humanista da instituição quanto a de “não-lugar” (ou de pretensa neutralidade) muito difundida na compreensão da organização hospitalar.

Intitulado *Assombrologia, História e Hospitalidade: pro-posta teórico-metodológica para o estudo do Hospital Miguel Couto e suas fantasmagorias*, o primeiro capítulo explicita os elementos essenciais que compõem o quadro teórico-metodológico da Tese, descrevendo os caminhos, ferramentas conceituais e alianças disciplinares que enformam nossa estratégia de pesquisa e escrita. Iniciamos com um longo balanço do campo da História a partir do esquema moderno/pós-moderno, buscando esclarecer, de saída, nossa perspectiva a respeito e a posição que entendemos ocupar nessa configuração disciplinar. Neste ponto, enfatizamos com um longo tópico a postura desconstrucionista de Derrida, com os “quase-conceitos” de “fantasma” e “hospitalidade incondicional”, assim como o pragmatismo do filósofo americano Richard Rorty, nos conceitos de “redescrição” e “redes de amizade”, tendo em vista com isso operar uma dupla função: desmontagem de uma narrativa hegemônica e aposta na pluralidade interpretativa mais rica e aberta sobre a organização hospitalar.

Ainda nesse itinerário do capítulo, esboçamos então uma historiografia sobre o campo da Saúde e o lugar ocupado pela História em seu interior, assim como as

---

<sup>5</sup> MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico. *Revista Médica* (São Paulo). 2012 jul.-set.;91(3). p.190; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, jun.-abr., 2014, p.1089-1090.

interfaces com a Saúde Coletiva e a Medicina. Reconstruímos também certa historiografia – que denominamos, no texto, de “Hospitalografias” - sobre a assistência hospitalar no Brasil, tentando, com efeito, localizarmos nosso trabalho nesse conjunto e especificar nossa possível contribuição. Por último, apresentamos os arquivos e as fontes utilizadas, explicando a compreensão que temos do processo de arquivamento, particularmente dos acervos médico-hospitais, e o modo como procederemos à leitura dos materiais selecionados.

Nosso segundo capítulo, denominado *Entre Leviatã e Beemoth: no “rastró cintilante” do Hospital Miguel Couto*, trabalhamos a narrativa do Hospital Miguel Couto como uma história do hospital moderno, “padrão”, “progressivo” e “flexível” e, nesse processo, sua luta para esconjurar os “fantasmas” da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital-hotel, que assombravam inclementes o futuro desejado para a instituição. Diferentemente do roteiro típico da assistência hospitalar no Brasil, o Miguel Couto não teve seu nascimento ligado a uma Misericórdia, mas se vinculou diretamente ao estado, só depois sendo administrado por uma sociedade civil, a partir de 1927, numa situação de semi-oficialidade. Num primeiro momento, ainda no séc. XIX, as autoridades reclamavam persistentemente dessa ausência. No correr do século seguinte, a situação se modificou: a Santa Casa passou a ser sinônimo de atraso, devendo o hospital se espelhar então no novo modelo de hospital moderno. As fontes deixavam claro o incômodo que era ser lembrado como Santa Casa ou até mesmo como hotel, pois se remetia, com isso, a um passado que em nada se identificava com as ideias da modernidade hospitalar. Tentava-se, assim, rasurar esse mesmo passado, narrando-se um presente mais afinado com os novos tempos.

Desde o início, demos visibilidade à narrativa do hospital moderno, reconstruindo certos aspectos como arquitetura e a organização dos corpos médico e administrativo, para, logo em seguida, mostrar o quanto tal visão da instituição ainda guardava dentro de si os mesmos elementos que desejava expurgar, vivendo, por assim dizer, assombrada permanentemente pelos fantasmas mencionados. Fizemos isso em particular a partir das seções: *Desmontando a “máquina de recalçamento e Mais uma vez re-tecendo a assistência...*, quando frisamos as aporias de uma tal narrativa e apontamos suas inconsistências internas como sinais de que tal história se encontra “out of joint”, como diria Hamlet.

Em *Revolução, maternidade, hotelaria e serviço templário: redescritões imaginativas para um outro hospital*, nosso terceiro capítulo, damos prosseguimento à desconstrução proposta anteriormente, agora explorando metodologicamente a pluralidade narrativa. Dessa vez, buscamos fugir daquele vocabulário típico das visões evolucionistas e progressistas com que trabalhamos antes, que chamamos de “linguagem dos começos e fins”, que impregnavam a narrativa do hospital moderno e nos colocavam em um tabuleiro com movimentos rígidos. Optamos estrategicamente por contar quatro histórias diferentes envolvendo o Miguel Couto no período estudado nesta Tese: (1) a participação na Intentona Comunista de 1935; (2) a luta travada com o Hospital Militar pela devolução do prédio da Maternidade de Natal para a SAH; (3) a aporia histórica de se lidar com o fato de que o hospital recebia doentes e também funcionava como hotel; e (4) a relação entre as ordens religiosas e as instituições da saúde da cidade, especialmente aquela desempenhada pelas Filhas de Santana no HMC. Com tais narrativas paralelas, procuramos realçar a dimensão “política” da instituição no contexto da assistência hospitalar na cidade do Natal, fazendo notar, assim, o fato de que a organização hospitalar não pode ser explicada simplesmente nos limites de sua lógica organizacional “interna”, mas requer o exame das redes de alianças e do capital de relações sociais construídas em determinado contexto histórico, ou seja, que o hospital se comunica permanentemente com as estruturas econômicas, sociopolíticas e culturais de uma dada sociedade, participando ativamente de seu jogo.

Os dois últimos capítulos compõem um mesmo bloco argumentativo, não obstante guardem suas especificidades, figurando cada qual, portanto, em espaços separados. Ambos têm seu funcionamento regido pela temática da “hospitalidade”, pela preocupação em receber o outro enfermo, focalizando nos encontros entre médicos e pacientes, os modos de cuidado praticados e a organização em geral do receber no HMC. O fio que guia essas últimas incursões é a tentativa de reconstruir os laços afetivo-sensíveis entre os atores sociais na vida hospitalar, assinalando as distintas formas de acolhimento promovidas ao longo do tempo na instituição, as instabilidades marcantes dessas hospitalidades que, não raro, podiam se converter em seu oposto, a hostilidade, talvez produto de uma tensão constitutiva mais antiga entre a “técnica” e o “humano” no ambiente médico-hospitalar.

No capítulo 4 - *(In)Hospitalidade (Parte I): espaços e tempos de uma impossível, narrativa*, abrimos com uma discussão teórica sobre a hospitalidade

enquanto conceito e campo de estudos, apresentando certa bibliografia especializada no tema. Nesse caminho, acabamos seguindo a perspectiva de Jacques Derrida, que questiona nossa intuição de que a hospitalidade seja *ipso facto* uma acolhida necessária e universalmente “calorosa”. Sua abordagem revela as inúmeras tensões que se constituem no interior desse “quase-conceito”, como ele prefere chamá-lo, que expressariam, no seu entender, mais um antagonismo do que alguma ordem permanente. A hospitalidade se efetivaria sempre num regime de soberania, em que a desigualdade entre hóspede e hospedeiro jamais poderia ser abolida: sempre há um “senhor da casa” e sua “lei”. A hospitalidade assim pensada também opera suas exclusões, pois não há hospital que não defina, em sua “ordem”, quem pode entrar e quem deve sair.

Ainda nessa parte, problematizamos mais uma vez as fontes nos arquivos, mostrando, dessa vez, as dificuldades de se abordar o hospital na perspectiva da hospitalidade como a instrumentalizamos de início. Em seguida, feitas as observações e apontadas as limitações das fontes disponíveis, aplicamos o conceito a quatro instâncias do Miguel Couto: a entrada no hospital, o ambulatório, o pronto socorro e a cozinha, cada um deles desenredando os diversos aspectos do acolhimento ao doente, como os sujeitos envolvidos, os discursos e as práticas de hospitalidade, assim como as assimetrias no atendimento e as escansões nas relações entre médicos e pacientes.

Intitulado *(In)Hospitalidade (Parte II): a mulher-mãe no “Templo de Lucina” e o corpo-máquina do trabalhador*, o quinto e último capítulo dá seguimento ao anterior, demorando-se, a seu turno, na Seção de Maternidade e nas Enfermarias Masculinas. Enveredamos pelos cuidados materno-infantis, descrevendo brevemente alguns aspectos da história da “maternagem” no Brasil e, depois, em Natal, como ponto de partida para a análise que empreenderíamos mais adiante sobre essa preocupação com o corpo da mulher-mãe no hospital e a hospitalidade que lhe cabia. Examinamos amiúde as informações provenientes da Clínica de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Miguel Couto, acompanhando as mutações históricas nos discursos e nas práticas atinentes ao corpo da mulher, tateando nelas traços de um “regime de sensibilidade” que pudesse iluminar os processos de acolhimento próprios à mulher-mãe. Escrutinamos os sinais de uma expressão mais afetivo-sentimental travada entre corpo médico e parturientes, percorrendo, para isso, a infraestrutura material do hospital, o serviço de clínicas e as

dependências das enfermarias, complementados por memórias médicas e registros nos jornais da época.

Esforço semelhante aplica-se ao trabalhador no Miguel Couto. Vasculhamos os dados da Clínica Civil, do Pavilhão dos Pensionistas e das Enfermarias Masculinas, discriminando a mão de obra que era atendida segundo a origem (campo/cidade) e as diferentes categorias ocupacionais, mormente os operários pobres, separando atentamente as várias camadas simbólicas que se apropriaram do corpo do trabalhador, como o Estado, os Institutos de Aposentadoria, as Seguradoras, os discursos médico-científicos (Medicina do Trabalho, p.ex.) etc., inventariando, quando possível, as práticas de hospitalidade dispensadas ao corpo-máquina.

Assim, com este derradeiro capítulo, esperamos cumprir aquilo que meu sonho com a “caneta de onagro” ameaçou interromper, passando às mãos dos leitores especializados a honra e a responsabilidade das críticas. Por segurança, nada mais desejarei. Como na canção de Mercedes Sosa, dou tão somente “Gracias a la vida, que me ha dado tanto”...

## CAPÍTULO 1 ASSOMBROLOGIA, HISTÓRIA E HOSPITALIDADE: PRO-POSTA TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA O ESTUDO DO HOSPITAL MIGUEL COUTO E SUAS FANTASMAGORIAS

a história faz sentido  
isso li num livro antigo  
que de tão ambíguo  
faz tempo se foi na mão de um amigo  
logo chegamos à conclusão  
tudo passou de um somenos  
e voltaremos  
à costumeira confusão  
*Minhas 7 quedas*, Paulo Leminski

Quem me dera  
um mapa de tesouro  
que me leve a um velho baú  
cheio de mapas do tesouro  
[...]  
isso aqui  
acaso  
é lugar  
para jogar sombras?

*Quarenta clics em Curitiba*, Paulo Leminski

### 1.1 EXERGO: “[...] MANTENER SU CABEZA SIN RUMBO”<sup>6</sup>

Seria, acaso, este capítulo lugar para jogar sombras? Demandaria a ordem da escritura acadêmica, institucional, o lançamento de sombras (podem ser arremessadas?) sobre seus próprios discursos de veridicção? Ou deveríamos, para conforto logocêntrico da *theorein* e júbilo da *epistemé*, pensar nessas páginas por vir como um mapa do tesouro?

Sim e não. Uma coisa e outra (que não são duas- rachadura nas idealidades matemáticas).

---

<sup>6</sup>Expressão utilizada por John Caputo para “definir” o pensamento derridiano, com base em uma Mesa-redonda intitulada *Una conversación com Jacques Derrida*, realizada na Universidade de Villanova, em 2 de outubro de 1994, e da qual participaram Jacques Derrida, John Caputo, Thomas Busch, Walter Brogan e Dennis Schmidt. Para acompanhar a reflexão completa, ler: DERRIDA, Jacques; CAPUTO, John. *La deconstrucción em una cáscara de nuez*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2009. p.138.

Essa aporética do “e” conjuntivo, mas *já* dis-junta, marca a impossibilidade que, ao mesmo tempo, possibilita todas as operações de sistema (teóricas, conceituais e categoriais) que entrarão em *jogo* na cena deste capítulo. Voltemos às sombras e aos mapas.

Sim, sim, lançaremos sombras e onde nem sequer se fez luz para começar, pois os começos, todos os começos, em tradicional Metafísica, sempre se dão sob a luz, com ela, a partir dela. E as sombras são duplas, como a duplicidade dos “sim” no início do parágrafo, afirmativamente à determinada *herança* historiográfica por vir. Sombras, aqui, desse modo, dizem respeito (já desrespeitando), à *tradição*, ao conjunto de produções, reflexões e escritos de natureza historiográfica, aquilo que os historiadores efetivamente disseram e escreveram. Sombras, pois nossas escolhas teóricas e metodológicas fazem-se com uma de-cisão, que cinde, separa, traça roteiros e caminhos, deixando, para tal, outros possíveis inatualizados, potências ocultas, mas que sempre espreitam, como espectros que insistem em obsidiar os vivos. Sombras também, fantasmáticas, como *operação metodológica*. Por em suspenso (*epoché*), nas fontes, afirmações, assombrar absolutos, tentativas de fechamento, clausuras. Acompanhar, espectralmente, movimentações inaudíveis de sujeitos, espaços, objetos, instituições, vendo sem ser visto, como viseira, a formação de pretensos centros, origens ‘não-originárias’, secundarizando ou marginalizando elementos, estruturas de exclusão.

Sombra como tradição no sentido do que se herda, criticamente herdando (seleciona-se, produzem-se cortes, há esquecimentos, faltas) e como operação de intervenção, trabalho de disseminação e não reencontro, ‘modo de fazer’ atento ao texto e suas linhas de força e sentido.

Assombrados, assombrando, mas com mapas! Cartografia que não se confunde com o mundo cartografado. Mapa provisório de um território ainda por palmilhar, que, em verdade, jamais será percorrido inteiramente, pois as idealidades não cobrem as empiricidades. Como já se disse, o mapa não é o território.<sup>7</sup> Um mapa dentre outros possíveis, *passé* e *pour l’avenir*. Como Leminski, “um mapa de tesouro que me leve a um velho baú cheio de mapas do tesouro”.

---

<sup>7</sup>Afirmção feita pelo matemático Alfred Korzybski na publicação de artigo na revista *Science and Sanity*, em 1933, defendendo o caráter limitado da percepção humana, que só abarca uma parte do mundo consoante as experiências vividas pelo sujeito. Ver: KORZYBSKI, Alfred. *Science and Sanity: an introduction to non-Aristotelian Systems and General Semantics*. 5<sup>o</sup> Edition. New York: Institut of General Semantics, 1994.

Assim, talvez, nossa história faça sentido e voltemos à costumeira confusão. Mas de que História estamos falando, mesmo?

## 1.2 TRADIÇÃO E HERANÇA CRÍTICA: O “SIM” HISTORIOGRÁFICO

Trata-se, nesta seção, de colocar-se em *posição*<sup>8</sup>, propor um lugar, diria, um observatório a partir do qual examinarei determinado objeto. Uma *posição*, sim, e também uma *proposta*, no sentido dado pelo historiador holandês Ankersmit à História, como uma relação entre Linguagem e Realidade efetivada em cada narrativa historiográfica<sup>9</sup>. De onde partir, então? Começemos (sempre enquanto encenação, e não origem “original”) com o **campo** e uma **tradição**.

De-finir.... Eis a tarefa. Definir é o gesto, ao mesmo tempo, necessário e impossível, de por fim (estabilizar) ao sentido/significado de uma palavra ou expressão, operação filosófico-literária de enclausuramento, fechamento, totalização, segundo um sistema semio-linguístico pretensamente estável. O problema é que essa finalização ou de-limitação esbarra, ao fim e ao “cabo” (na margem mesma), no fato de que a cada

<sup>8</sup> Derrida preferia metáforas espaciais que denotassem certa provisoriedade, imprecisão, possibilidade de mudança. É título de um livro de entrevistas: DERRIDA, Jacques. *Positions: entretiens avec Henri Ronse, Julia Kristeva, Jean Louis Houdebine, Guy Scarpeta*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1972 [Em português, consultar versão: DERRIDA, Jacques. *Posições*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001]. Não é o mesmo que *tomar partido*, indicando direção (sentido), mas conota movimento, multiplicidade, atitude. Diz respeito, metodologicamente, a uma *estratégia* mesma de intervenção, segundo Rafael Haddock-Lobo: “[...] um posicionamento frente aos fatos, aos textos, momentânea e singularmente” (HADDOCK-LOBO, Rafael. *Para um pensamento úmido: a filosofia a partir de Jacques Derrida*. 2007. Tese (Doutorado)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. p.70) [transformado em livro no ano 2011 e publicado pela editora carioca NAU]. Cf.: RODRIGUES, Carla. *Dois palavras para o feminino: hospitalidade e responsabilidades: sobre ética e política em Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p.45.

<sup>9</sup> Ankersmit, cerrando fileiras na discussão sobre a dimensão literária da História (retórica, poética e linguística), parte da afirmação de uma certa indeterminação entre linguagem e realidade, não se devendo confundir a narrativa do historiador com o passado da realidade. A História, para ele, seria o conjunto de declarações singulares extraídas de traços que o passado nos deixou em forma de documentos, inscrições, pinturas, construções etc, que constituem material para a narrativa historiográfica. Essa instabilidade linguagem/realidade faria com que cada narrativa produzida pelo historiador fosse como uma *tentativa de acordo*, uma *demonstração*, uma *proposta* (em oposição a regras) de como o passado *deveria ser visto*: “[...] cada narrativa histórica é uma *tentativa* ou *proposta* de definição, em um caso específico, a correspondência entre linguagem e realidade histórica. [...] O historiador é quem confere [...] unidade e coesão ao passado, por meio de sua proposta narrativa de como o passado deveria ser visto. Unidade e coesão não são propriedades do passado, mas da narrativa histórica proposta para a interpretação do passado” (ANKERSMIT, F.R. *A escrita da História: a natureza da representação histórica*. Londrina: Eduel, 2012.p.49 e 58). Ankersmit assim procede para se desvencilhar do conceito clássico de representação como apresentação da realidade do passado *novamente, in presentia*. Como tal *passado não está efetivamente presente*, mas apenas como criação da narrativa do historiador. Trata-se mais de apresentar o passado como uma proposta, uma forma de pensar sobre as coisas, só podendo ser considerada plausível diante de outros textos ou propostas de outros historiadores, intertextualmente. Só conhecemos o passado quando se apresenta, como apresentação.



termo-sujeito do enunciado há, para ele, um conjunto infinito de predicados, de modo que cada palavra ou expressão a pedir “esclarecimento” funciona como um significante vazio e não um designador rígido<sup>10</sup>. Há sempre, aqui, uma de-cisão, e, como tal, ela transforma o limite (entre-lugar) em movediço limiar (devir).<sup>11</sup>

Todavia, esse impossível é necessário, indecível, e solicita decisão. Propomos - recebendo e escolhendo como herança - certa abordagem desconstrucionista da História, como descrita pelo historiador norte-americano Alun Munslow<sup>12</sup>, articulada à virada linguística (“Linguistic Turn”, assim batizada por Richard Rorty) da década de 1970, que abriga em seu horizonte os postulados da indeterminação sociológica pós-moderna<sup>13</sup> e da natureza autorreferencial da representação historiadora, feixe de

---

<sup>10</sup> JENKINS, Keith. *Refiguring History: new thought on an old discipline*. London and New York: Routledge, 2003.p.35-36.

<sup>11</sup> NASCIMENTO, Evandro. *Derrida e a literatura: “notas” de literatura e filosofia nos textos da desconstrução*. São Paulo: É Realizações, 2015.p.267-271e p.284-287. O tema do “limite”, nessa passagem, apresenta-se como recurso retórico, mas não menos efetivo e até cognitivo. Em outro momento do texto, retomaremos essa noção com um uso mais próximo da tecnicidade filosófica derridiana, presente na conferência *Le passage des frontières* e no ensaio *Apories: Mourir –s’attendre aux ‘limites de la vérité*.

<sup>12</sup>Alun Munslow divide os historiadores, segundo critérios epistemológicos, em três abordagens: reconstrucionistas, construcionistas e desconstrucionistas. Essa classificação que reúne a historiografia é animada pela crença de que a história estrutura-se mais pela forma que pelos conteúdos, e toma como fio condutor quatro questões específicas sobre a natureza da história: 1) O empirismo garante a história como uma epistemologia? 2) Qual o caráter da evidência histórica e qual sua função? 3) Qual o papel do historiador e como ele utiliza a teoria social e os suportes explanatórios na compreensão histórica? 4) Qual a importância da forma narrativa da história para a explanação histórica? (MUNSLOW, Alun. *Desconstruindo a História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.p.12-29).

<sup>13</sup> O termo “pós-modernidade”, pelo menos desde a publicação de *A condição pós-moderna* de François Lyotard (1979) e embora o termo tenha sido empregado anteriormente pelo historiador Arnold Toynbee, apresenta um sem número de definições, normalmente em pares opostos com a Modernidade, e na tentativa de descrever certa contemporaneidade vivida após a Segunda Guerra Mundial como um desmonte e radicalização das conquistas dessa mesma Modernidade (o prefixo “pós” também seria uma das marcas dessa temporalidade). Alguns analistas, ainda no intuito de caracterizar a sociedade contemporânea, a chamam de “pós-industrial” ou “capitalista tardia”, “Pós-modernidade” (Perry Anderson e François Lyotard), “Modernidade Tardia” (Anthony Giddens), “Segunda Modernidade” (José Carlos Reis), “Super ou Hiper-Modernidade” (Gilles Lipovetsky e Marc Augé), “Regime de Historicidade Pós-Moderno” (François Hartog: nesse caso, pós-1989). Seja como “pós” ou “neo” modernidade, o termo é polêmico, quando não usado e abusado como discurso retórico de desqualificação de adversários políticos e ideológicos, e comparece no parágrafo apenas à guisa de ponteiro magnético da bússola, indicador da discussão existente, não sendo manejado como categoria orientadora de nosso trabalho. Historicamente, todavia, a pós-modernidade se estenderia do pós-guerra aos dias atuais, reverberando um mundo dominado pelo capitalismo euro-americano e pelo Mercado (de um ponto de vista marxista), assinalado pela descrença na Razão absoluta e universal (coerência global, imperativo categórico) e desconstruindo a metafísica humanista da subjetividade moderna. Cf.: AUGÉ, Marc. *Não-lugares* -introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 2005; GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002; HABERMAS, Jürgen. *O discurso filosófico da Modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000; LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004; LYOTARD, Jean-François. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002; VATTIMO, Gianni. *O fim da Modernidade: niilismo e hermenêutica na cultura pós-moderna*. São Paulo: Martins Fontes, 2007; BURKE, Peter. Pós-modernidade e pós-modernismo. In: \_\_\_\_\_. *História e teoria social*. São Paulo: Unesp, 2012. p.255. Para uma literatura mais

posições heterogêneas que se estruturou nos últimos vinte e cinco anos do século XX. Trata-se, nesse momento, de uma aproximação historiográfica, vazada numa (in)certa grelha epistemológica, da qual não dimana um conceito<sup>14</sup> propriamente dito de História nem uma definição *ipsis literis* (mais o segundo que o primeiro). Um ponto de partida, já partido e partindo para “Otro Rumbo”<sup>15</sup>. Tomemos, como bússola e em caráter provisório, a *definição* do historiador britânico Keith Jenkins, em sua “Re-thinking History”<sup>16</sup>:

A história é um discurso cambiante e problemático, ostensivamente sobre um aspecto do mundo, o passado, que é produzido por um grupo de trabalhadores que pertencem ao presente (esmagadoramente, em nossa cultura, historiadores assalariados), que conduzem seu ofício de maneiras reconhecíveis uns para os outros de maneiras que estão posicionadas em termos epistemológicos, metodológicos, ideológicos e práticos e cujos produtos, uma vez em circulação, estão sujeitos a uma série de usos e abusos que são logicamente infinitos, mas que na realidade geralmente correspondem a uma gama de bases de poder que existem naquele determinado momento e que estruturam e distribuem ao longo de um espectro dominantes/marginais os significados das histórias.(tradução do pesquisador)

Observação: recorrer à proposta de Jenkins, mesmo como operação heurística, não implica necessariamente, de nossa parte, a hospitalidade incondicional às suas ideias. Há, nesse fragmento textual, por exemplo, certo ar irônico com relação ao ofício do historiador, uma postura liberal burguesa desdenhosa com a comunidade dos historiadores, marcada por uma linguagem econômica nada esclarecedora

---

historiográfica sobre o assunto, conferir: REIS, José Carlos. *História & Teoria: historicismo, modernidade, temporalidade e verdade*. Rio de Janeiro: FGV, 2006; \_\_\_\_\_. *Teoria & História: tempo histórico, história do pensamento histórico ocidental e pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2016. Uma discussão mais epistemológica sobre a pós-modernidade historiográfica, ver nota 32.

<sup>14</sup>O conceito é uma formulação geral e abstrata passível de generalização, definindo classes de objetos, processos ou fenômenos, sintetizando o aspecto essencial ou as características existentes em comum entre esses objetos e fenômenos. Etimologicamente, provém do latim “concipere”, o qual significa simultaneamente “conter completamente” e “formar dentro de si”. Abstração formada na mente (presente nas teorias sobre o signo), juízo sobre algo. Essa ideia de “trazer à luz, como no parto, é a mesma que promove em Hegel a aceção do Ser que emerge como essência e a essência que emerge como conceito. Essa é, em síntese, a forma geral com que o conceito aparece na Filosofia, sempre travestido com uma roupagem da Lógica. Desviamos, aqui, dessa conceitualidade em virtude de uma crítica ao fechamento ou totalização que faremos mais adiante, quando abordarmos o pensamento derridiano e introduzirmos a noção indecível de quase-conceito. Em virtude de haver uma tensão permanente entre o todo conceitual e a sua inscrição empírica, sua falta de identidade total, é que se torna sempre impossível a realização plena das ideias, responder à pergunta “o que é?”. Desse modo, jamais poderemos saber o que é a história (em si). Cf.: BARROS, José D’Assunção. *Os conceitos: seus usos nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2016; para uma visão mais filosófica, consultar: HARDY -VALLÉE, Benoit. *Que é um conceito?* São Paulo: Parábola, 2013.

<sup>15</sup>Referência ao texto de Derrida, traduzido em espanhol, e cujo título original em francês é *l’autre cap*.

<sup>16</sup>JENKINS, Keith. *Re-thinking History*. London and New York: Routledge, 2003.p.31-32.

(“trabalhadores assalariados”, “circulação”, “produtos”, “usos e abusos”). Há, é claro, um valor retórico presente aí no sentido de afirmar o trabalho do historiador como pertencente a uma sociedade capitalista tardia e de mercado. Todavia, sem negar esse truísmo, lembramos a complexidade histórica dessa configuração social heterogênea, que ainda guarda lugar -e deve- à “resistência”, que não se limite a táticas e estratégias de integração à ordem, como mostraremos mais adiante.<sup>17</sup>

Ressalvas feitas, retomemos o fulcro da questão. A noção de “discurso”, como se pode notar, é central nessa definição e reenvia-nos, de pronto, à centralidade que a linguagem tomou na Filosofia do século XX e em todas as correntes de pensamento<sup>18</sup>, incluindo-se a própria historiografia pós-moderna, com a axiomática da “linguistic turn” dos anos 1970.

Quando falamos em linguagem, ao menos em sentido tradicional, aludimos a todo e qualquer sistema de signos ou de processo de simbolização, uma estrutura abstrata, em oposição à língua, fenômeno empírico. O signo, enquanto unidade<sup>19</sup> da linguagem, seria tudo aquilo que tem significado ou, mais amplamente, que indica ou remete para outra coisa. A significação, como relação entre o signo e aquilo que ele significa ou a que se refere, portanto, constituiria o processo de produção de significado<sup>20</sup>, tema central da linguagem. O esquema básico de seu funcionamento repousaria na estrutura triádica coisa-palavra-entidade mental (conceito ou ideia), presente no Tratado da Interpretação de Aristóteles e reproduzida de Agostinho (*De magistro*) a John Locke (*Ensaio sobre o entendimento humano*). Nesse triângulo semiótico, a palavra falada seria símbolo da “afecção da alma” (conceito ou ideia),

---

<sup>17</sup>REIS, José Carlos. A historiografia pós-1989: pós-modernismo, representações e micronarrativas. In: \_\_\_\_\_. *Teoria & História: tempo histórico, história do pensamento histórico ocidental e pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2012.p.69-138.

<sup>18</sup>Filosofia analítica da linguagem (Gottlob Frege, Bertand Russel, George Edward Moore, Ludwig Wittgenstein), semiótica (Charles Sanders Peirce e Charles Morris), positivismo lógico (Moritz Schlick, Rudolf Carnap e Otto Neurath), hermenêutica (Wilhelm Dilthey, Hans-George Gadamer, Paul Ricoeur), fenomenologia (Edmund Husserl, Martin Heidegger, Merleau-Ponty, Jacques Derrida) estruturalismo (Ferdinand Saussure, Lévi-Strauss, Roland Barthes, Roman Jakobson, Noam Chomsky, David Hilbert, Alfred Tarski), psicanálise (Freud e Lacan).

<sup>19</sup> Conforme a concepção de linguagem, as unidades de análise variam, podendo ser o signo (remete a algo além de si mesmo, um objeto na realidade), a palavra (signo linguístico pertencente a uma língua), proposição (combinação dotada de estrutura sintática) ou discurso (conjunto de proposições abordando um ou mais temas).

<sup>20</sup> Há várias noções de significado, as quais, para simplificar, reduzo a três principais: 1) o que dá sentido a uma palavra ou expressão (permite compreendê-la); 2) ao que a palavra se refere na realidade (extralinguística); 3) a ideia em nossa mente, que remete à coisa. A palavra “sentido” aparece algumas vezes como sinônimo de significado, significação no discurso, essência ou direção de movimento- arquia ou télos.

expressando convencionalmente o que está na interioridade, da mesma forma que a palavra escrita representaria a falada. Assim, entre o signo linguístico e a realidade, haveria o conceito (entidade mental) com conteúdo cognitivo e possibilitando acesso ao real. O conhecimento seria da ordem do conceito e não da linguagem.<sup>21</sup>

É exatamente esse mentalismo ou conceitualismo que será posto em xeque a partir da noção problemática de “representação” ou do conceito como “representação mental”<sup>22</sup>, liberando a linguagem de certa clausura metafísica de berço. Sendo as ideias entidades mentais, habitam, por natureza uma interioridade, são experiência privada: o problema do solipsismo ou isolamento da mente. Como ter acesso? A relação mente-mundo e entre mentes impossibilita, assim, a universalidade, a generalidade do conceito e a própria noção de verdade. Os primeiros filósofos da linguagem de tradição analítica, na esteira de Kant, propunham solucionar o problema encarando a linguagem como estrutura lógica, sintática, tendo a proposição como unidade básica de significação. Podia-se, agora, relacionar essa estrutura lógico-proposicional com a realidade, estatuída ontologicamente.

Ainda que rompendo com o subjetivismo, o mentalismo e o idealismo, tal posição com relação à linguagem, no sentido lógico-formal, pregava o isomorfismo entre linguagem e realidade, permanecendo uma concepção de representação do tipo “especular”: a tese do espelho ou reflexo, como estudou Richard Rorty<sup>23</sup>. Tratava-se, com o reforço do positivismo lógico do Círculo de Viena, de um projeto de fundamentação da ciência pela linguagem “depurada” da lógica.

A saída deu-se com uma virada pragmática nas décadas de 1940 e 1950, com a filosofia da linguagem ordinária de Wittgenstein (*Investigações filosóficas*, em 1952) e os trabalhos de John Austin e Gilbert Ryle: a preocupação deslocava-se da ciência para a prática social concreta, do privilégio cognitivo para o contexto de uso. A linguagem é constitutiva da experiência humana e seu caráter interativo e intersubjetivo passam a ser vistos sob a perspectiva do “jogo de linguagem”, sendo o significado uma propriedade emergente do uso e da práxis. Instalava-se o indeterminismo semântico, uma vez que o

---

<sup>21</sup> MARCONDES, Danilo. *As armadilhas da linguagem: significado e ação para além do discurso*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.p.13-38.

<sup>22</sup>Estamos trabalhando com a hipótese do professor de Filosofia da PUC-Rio Danilo Marcondes, e que serve bem aos nossos propósitos de articulação.

<sup>23</sup>Cf.:RORTY, Richard. *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

significado não dependia mais das palavras, mas das possibilidades de uso e das regras de determinadas situações sociais, intenções do falante e expectativas dos ouvintes.<sup>24</sup>

Tanto na Teoria dos Jogos de Linguagem quanto na Teoria dos Atos de Fala (*Speech Act Theory*), a linguagem rompia com sua função cognitiva e representacionista, não descrevia a realidade, mas agia sobre ela: a linguagem é um tipo de comportamento, indissociável da ação. Tal virada pragmática aponta na direção de um paradigma pós-metafísico, o qual romperia com o paralelismo linguagem/mundo dominante e sua busca ostensiva por uma teoria única que unisse lógica, matemática e epistemologia:

O papel da filosofia deixa de ser fundacionalista. Em lugar de buscar a comensuração, o fundamento, as verdades últimas, a essência, a filosofia passa a ter função terapêutica: os problemas filosóficos derivam do uso fora de seu emprego normal de termos como ser, essência, forma, substância. A gramática não precisa ser depurada pela análise lógica. Tal como ela está, está em ordem, satisfaz às finalidades da compreensão linguística praticada por nossas formas de vida.<sup>25</sup>

A historiografia, por sua vez, não demorou a flertar com esse movimento filolinguístico, uma “política de amizade” que se estreitou pelas portas disciplinares da linguística e da semiótica. Embora o contato ou a preocupação com a linguagem já possa ser detectada no final do século XIX, com a crítica interna dos testemunhos<sup>26</sup>, os encontros significativos ocorreram nas décadas de 1950 e 1960. Em 1952, Z. Harris propôs uma análise distribucional da frequência relativa do uso de determinadas palavras no texto como método de exame do conteúdo textual, a chamada Leximetria. Na década seguinte, Solla Price já articulava uma unidade lexical com outros lexemas do entorno e estudava, a partir dessa distribuição, os enunciados correlacionados a hipóteses extralinguísticas (em termos de ideologia).

---

<sup>24</sup>MARCONDES, Ibidem, p.39-45.

<sup>25</sup>ARAÚJO, Inês Lacerda. *Do discurso ao signo: introdução à filosofia da linguagem*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.p.101.

<sup>26</sup>A “Crítica Documental”, herdeira do Historicismo oitocentista, ganhou no final do séc. XIX, com a Escola Metódica alemã, contornos de cientificidade, e consistia na separação entre os documentos verdadeiros, autênticos, e as forjicações, na busca das chamadas “provas”. A crítica dos testemunhos dividia-se em interna, que analisava conteúdo do documento (questões de linguagem, por exemplo) e externa, que verificava as marcas de autenticidade material. Estabelecer os fatos para, em seguida, explica-los. Esse método crítico serviu de estrutura para duas importantes obras de Langlois e Seignobos, intituladas *Introduction aux études historiques* (1897) e *La Méthode historiques appliquée aux sciences sociales* (1901). Cf.: PROST, Antoine. Os fatos e a crítica histórica. In: \_\_\_\_\_. *Doze lições sobre a História*. Belo Horizonte; Autêntica, 2014.p.53-73; BARROS, José d’Assunção. Positivismo. In: *Teoria da História: os primeiros paradigmas: positivismo e historicismo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.p.73-106.

De posições mais metodológicas, ferramentas, as relações ganharam contornos mais teóricos quando o estruturalismo<sup>27</sup> alçou a linguística em modelo geral para as demais ciências humanas e sociais. A linguística do discurso<sup>28</sup>- conceito-chave - englobou e ultrapassou a fonologia (no que se refere ao tamanho das unidades de análise) ao demonstrar a existência de estruturas que organizam os grupos de frases em um discurso completo, influência dos formalistas russos e de Vladimir Propp. A partir de então, a análise do discurso, entendida como o conjunto de regras de formação dos enunciados e suas condições linguísticas e sociais de produção, bifurcou-se como possibilidades de abordagem na análise semântica do discurso, voltada para o conteúdo das significações, e a semiótica discursiva, interessada na expressão das significações e sua produção no sentido de esclarecer como algo chega a significar alguma coisa.<sup>29</sup>

Na análise semântica, predominou uma estatística aplicada a um corpus textual, com o estabelecimento de relações numéricas e probabilísticas entre as unidades menores do texto, Lexicometria logo englobada no método dos campos semânticos, que, normalmente, se utilizava de programas de computador para processar as informações. Na década de 1970, os métodos estatísticos passaram a ser aplicados às linguagens não-verbais, como a iconografia. A semiótica, entre os historiadores, foi apropriada no cruzamento com as denominadas “programações sociais do comportamento”, que buscavam explicar o comportamento social humano a partir de

---

<sup>27</sup>Uma das correntes de pensamento mais fecundas do século XX, o estruturalismo emerge como uma opção metodológica que pretendia dar conta do campo das Ciências Sociais. Dos Círculos Linguísticos de Praga e Copenhague, portanto, de base linguística, difundiu-se para a Antropologia (Lévi-Strauss), Psicanálise (Lacan), Crítica Literária (Barthes), Filosofia (Michel Foucault), Marxismo (Louis Althusser) e História (Braudel e as múltiplas durações com ênfase na *long durée*), com status de conhecimento científico. Na França, opôs-se ao pensamento sartriano, ao afirmar que são as linguagens como estruturas que constituem a realidade social e não a Razão ou o sujeito “em si” e “para si”. Da metáfora da sociedade ou cultura como linguagem, de modo geral, o conceito de estrutura ganhou três abordagens: a marxista, com as metáforas de “base” e “superestrutura”, sendo a primeira tomada pela economia; a estrutural-funcionalista, que designava um complexo de instituições como família, Estado, parentesco, sistema jurídico; e a dos estruturalistas de linha antropológica, que se preocupavam com os sistemas de pensamento ou de cultura. Privilegiava sistemas e processos em lugar de agentes sociais, propondo modelos sintéticos e sumários para a explicação das complexidades sociais, ou seja, uma forma de inteligibilidade global da humanidade. Sobre o assunto, conferir: DOSSE, François. *História do estruturalismo*. São Paulo: Edusc, 2007. vols. I e II; BURKE, Peter. Estruturalismo. \_\_\_\_\_. *História e teoria social*. Unesp, 2012.p.200.

<sup>28</sup> A palavra discurso tem inúmeros usos, conforma a teoria semio-linguística que se esteja manuseando. Assim, podemos ter: 1) fala em oposição à língua; 2) enunciado, mensagem, texto; 3) conjunto de regras que encadeiam frases e grupos de frases na formação de enunciados; 4) enunciado segundo suas condições de produção. Cf.: GREIMAS, A. J.; COURTÉS, J. Discurso. In: \_\_\_\_\_. *Dicionário de semiótica*. São Paulo: Contexto, 2016. p.144-148.

<sup>29</sup>CARDOSO, Ciro Flamarion. História e textualidade. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (orgs.). *Novos domínios da história*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.p.225-227.

codificações difundidas no interior das próprias configurações societárias. Seja como teoria social do signo, seja como semiótica, as teorias semióticas, agora encaradas mais amplamente como dos sistemas de significação, passaram a servir de parâmetro para as demais ciências do homem, como a Antropologia (Lévi-Strauss e a Antropologia Estrutural) e a Literatura (Roland Barthes).

Entre os praticantes da arte de Clio, as influências da “linguistic turn” ou “semiotic challenge” se deram no seio dos *Annales*, no final da década de 1980, com a passagem de uma História das mentalidades para uma História Cultural, autodenominada Nova História Cultural (distinguindo-se da antiga e elitista “História da Cultura”).<sup>30</sup> Embora a década anterior tivesse enfrentado a questão do “retorno da narrativa”<sup>31</sup> e a discussão sobre a imaginação histórica (especialmente Georges Duby), foi no decênio seguinte que, sob o influxo do pragmatismo ou filosofia analítica à maneira de Rorty (sem olvidar as filosofias da linguagem de Wittgenstein e Austin/Searle), introduziu-se no campo da História teorias e métodos derivados de uma linguística estrutural, auxiliando no tratamento e abordagem de novos objetos, como a sexualidade, a vida privada, o cotidiano, o gênero dentre outros.<sup>32</sup> Do conceito de mentalidades da terceira geração dos *Annales* pós-1969 saltou-se para o de “cultura”, mormente em sentido semio-linguístico, dos “Quartos *Annales*” pós-1989.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup>Idem, *ibidem*, p.232.

<sup>31</sup>A expressão, talvez, não seja bem adequada, pois traduz a ideia de que a História já tivera momentos em que sua expressão escrita não se configurasse como narrativa. Seja como for, tal denominação de um problema ou questão ganhou visibilidade, entre os historiadores, no artigo de Lawrence Stone intitulado “O ressurgimento da narrativa: reflexões sobre uma nova velha história”, publicado na revista *Past and Present*, n.85, novembro de 1979, p.3-24.

<sup>32</sup>VAINFAS, Ronaldo. História das Mentalidades e História Cultural. In: \_\_\_\_; CARDOSO, Ciro Flamarion (orgs.). *Domínios da História: ensaios de Teoria e Metodologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.p.133-136.

<sup>33</sup> Remetemo-nos ao esquema utilizado pelo historiador José d’Assunção Barros baseado nos critérios de periodização por “fases” e no conceito de “geração”, obtendo-se a seguinte classificação: 1) Primeira Geração: a) 1929-1939 (Primeira fase dos *Annales*) - aliança entre Marc Bloch e Lucien Febvre; b) 1940-1956 (transição e primeiro ato da segunda fase dos *Annales*) - Lucien Febvre lidera o movimento e o institucionaliza; 2) 1956-1968: Segunda Geração dos *Annales* (segunda fase dos *Annales*, segundo ato) - Braudel lidera o movimento, institucional e historiograficamente; 3) 1969-1989: Terceira fase dos *Annales* - a terceira geração dos *Annales* assume o poder; 4) 1989: Quarta Geração dos *Annales*. Cf.: BARROS, José d’Assunção. *Teoria da História: a Escola dos Annales e a Nova História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.p.207-361: A escola: seus velhos e novos mestres.

### 1.3 FISSURAS NO ESCUDO HISTORIOGRÁFICO: A ENTRADA DA LINGUAGEM E A “CONTENÇÃO” DA HISTÓRIA

“Discurso cambiante e problemático”, asseverou Jenkins. Cambiante porque a História (emaisculação retórica) vem, ao peso de sua própria historicidade, dobrando-se sobre si mesma, assumindo o desgaste da temporalidade, a deveniência constituinte da entidade do (no) mundo: o que é a historiografia senão a (H)história da H(h)istória e, por conseguinte, assunção de perpétua “inadequação”, do “out of joint” shakespeariano? A proliferação de (in)definições do campo disciplinar (domínios, dimensões e abordagens) que pululam nos manuais testemunha essa dispersão conceitual e marca o caráter cambiante da disciplina: descrição do passado “tal como aconteceu”; estudo dos homens no tempo; estrutura verbal de um discurso narrativo em prosa; discurso de veridicção com pretensões de verdade e... *tant d'autres à venir*. «no puede existir ningún concepto singular, esencializado, trascendente acerca de la ‘historicidad genuína’»<sup>34</sup>, pontificou Linda Hutcheon, pondo de lado qualquer pretensão monista, historicista e não problemática do conceito de história. Isto ocorre não por deficiência de origem, como algo que pode ser corrigido num amanhã messiânico, mas por uma impossibilidade constituinte da linguagem e que possibilita, por outro lado, o bem-vindo pluralismo histórico, como bem descreveu o historiador norte-americano Hayden White:

De fato, se olharmos para a teoria e a prática históricas contemporâneas, devemos admitir que existem tantas perspectivas sobre teoria quanto modos de prática crítica em estudos literários. E isto por uma razão muito boa: o referente do termo "história" é tão indeterminável, é uma questão de contabilidade de princípios, como o termo "literatura" (ou, aliás, "filosofia" ou "ciência") em si. Assim, se alguém quisesse "corrigir" certas posições críticas lembrando seus proponentes da necessidade de um "senso de história" apropriado, seria tão legítimo corrigir o corretor lembrando-o de que a História da historiografia exhibe o mesmo tipo de confusão sobre o "sentido da história" que a História do criticismo exhibe sobre o "sentido da literatura".<sup>35</sup>(tradução do pesquisador)

Impossibilidade constituinte, pensada seja pela via da linguagem, seja pela “marca do tempo” (condição histórica), mas que também aponta na direção de uma “batalha” ideológica mais ampla e, em muitos aspectos determinante, travada entre posições distintas acerca do destino da resposta sobre “O que é história?” e sua

<sup>34</sup>HUTCHEON, Linda. *Una poética del postmodernismo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros: 2014. p.172.

<sup>35</sup> WHITE, Hayden. Historical Pluralism. *Critical Inquiry*, v. 12, n. 3, 1986, p. 482-483.



configuração em nosso tempo. Assim interpretou a questão da conceitualidade da História-conhecimento o historiador Keith Jenkins:

[...] podemos (e muitos de nós ainda o fazemos) exercitar um pouco de escolha e escolher entre as velhas certezas modernistas residuais (objetividade, desinteresse, os fatos, imparcialidade, verdade ...), a retórica e as formulações pós-modernas (leituras, posicionamentos, efeitos de realidade ...) ao invés de ir para um ou outro. Consequentemente, eu acho que é aqui, entre os antigos discursos da certeza e os novos discursos retóricos, que as atuais "batalhas" sobre "o que é história" e como o conhecimento histórico é metodologicamente "inventado" e com que finalidade.<sup>36</sup>

Em “Desconstructing History” (1997), Alun Munslow argumentou que tal disputa pela hegemonia da práxis historiográfica na contemporaneidade, da escolha de um ou outro ponto de vista (“velhas certezas modernas” ou “formulações retóricas pós-modernas”), passava inescapavelmente, do ponto de vista teórico, pela discussão sobre a natureza da História, especialmente a questão da possibilidade do acesso ao conhecimento histórico mediante sua representação narrativa. De acordo com o historiador norte-americano, tratava-se de responder a quatro questões fundamentais, que se baseavam no modelo de História narratológica de Hayden White: 1) “O

---

<sup>36</sup>JENKINS, Keith. Introduction: on being open about our closures. \_\_\_\_\_. *The Postmodern History Reader*. London and New York: Routledge, 1997.p.5. Exemplo dessa simplificação de matiz ideológica é o ensaio *História e paradigmas rivais*, do historiador Ciro Flamarion, presente no livro *Domínios da História*, que resume os embates em termos estritamente dicotômicos, quando dois (somente?) paradigmas se defrontam, estando a “verdade” da questão claramente no lado do articulista textual. Vale a pena conferir o comentário bastante equilibrado realizado pelo historiador José D’Assunção Barros no artigo *A historiografia pós-moderna*: “No campo da historiografia, poucos assumem explicitamente o rótulo de historiador pós-modernista. É mais comum, ao historiador simpático aos traços gerais do pós-modernismo histórico, falar na «história pós-moderna» como uma tendência de concepção historiográfica de nossa época que pretensamente já dominaria o quadro geral ou tenderia a se expandir. Por outro lado, também não é incomum que historiadores situados em posições radicalmente refratárias a certas inovações historiográficas (pós-modernas ou não) utilizem esta designação de forma depreciativa para alvejar o que consideram o campo adversário. Não que estejam sendo insinceros ao utilizarem a designação de «pós-modernismo» contra esta ou aquela corrente, pois geralmente buscam fundamentar a sua classificação em argumentação coerente, mas a questão é que por vezes cria-se uma falsa dicotomia paradigmática («nós» contra os «pós-modernos») como se no campo da historiografia atual só existissem dois grandes paradigmas”. (José d’Assunção Barros, «A historiografia pós-moderna», *Ler História* [Online], 61 | 2011, posto online no dia 24 Fevereiro 2016, consultado no dia 17 Março 2018. URL : <http://journals.openedition.org/lerhistoria/1655> ; DOI : 10.4000/lerhistoria.1655). Tal posicionamento ainda se afigura em outro texto, agora um pouco mais cuidadoso, inclusive adotando uma classificação da História extraída de um historiador desconstrucionista (Alun Munslow): “História e conhecimento: uma abordagem epistemológica”, prefaciando o livro *Novos domínios da História*. Cf.: CARDOSO, Ciro Flamarion. História e conhecimento: uma abordagem epistemológica. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Novos domínios da História*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 1-19. CARDOSO, Ciro Flamarion. Epistemologia histórica e pós-modernidade. *Diálogos*, DHI/UEM, v. 3, n. 3: 1-28, 1999; CARDOSO, Ciro Flamarion. História e paradigmas rivais. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (org.). *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011; CARDOSO, Ciro Flamarion. Crítica de duas questões relativas ao antirrealismo epistemológico contemporâneo. *Diálogos*, DHI/UEM, 02: 47-64, 1998; CARDOSO, Ciro Flamarion. Epistemologia pós-moderna, texto e conhecimento. *Diálogos*, DHI/UEM, v. 3, n. 3: 1-28, 1999.

empirismo pode legitimamente constituir a história como uma epistemologia separada?”  
 2) “Qual é o caráter da evidência histórica e que função ela desempenha?” 3) “Qual é o papel do historiador, da teoria social e da construção de marcos explicativos na compreensão histórica?” 4) “Quão significativa é a forma narrativa para a explicação histórica?”<sup>37</sup>.

Problema des-velado pelo Historicismo com sua radicalização da temporalidade. «Problemático»? Também e duplamente. A palavra vem do grego antigo e pode significar tanto a ideia de «programa» quanto a «bordadura de proteção em torno do escudo» ou «o próprio escudo». Ou seja, o problema<sup>38</sup> é, a um só tempo, o *fechamento* de um campo de questionamento (domínio, terreno, fonteira) e o questionamento mesmo. E foi isso que o chamado «giro linguístico» provocou nos escudos historiográficos: uma fissura, o que não significa que um dia tal historiografia tivesse sido inteira a si mesma, mas simplesmente que os historiadores pós-anos 1960 e, mais intensamente, pós-1989, se deram conta da importância determinante da linguagem em seus trabalhos:

O questionamento das velhas certezas adotou a forma do ‘giro linguístico’, que se baseia em duas ideias fundamentais: a de que a língua é um sistema de signos cujas relações produzem, por si mesmas, significados múltiplos e instáveis, fora de toda a intenção e qualquer controle subjetivo; e a de que a ‘realidade’ não é uma referência objetiva externa ao discurso, mas é sempre construída na e pela linguagem. Essa perspectiva afirma que os ‘interesses sociais’ nunca são uma realidade ‘pré-existente’, mas sim sempre resultado de uma construção simbólica e linguística, e considera que toda prática, seja qual for, se situa necessariamente na ordem do discurso.<sup>39</sup>

A História desconstrucionista, mesmo em sua heterogeneidade de posições, tem como “centro” de gravidade esse papel condicionante da linguagem nos estudos históricos: a linguagem e o pensamento (problema filosófico antigo e uma das linhas de interrogação da filosofia da linguagem contemporânea), em questões de conhecimento e comunicação, são inseparáveis, e a realidade é “construída” linguisticamente.<sup>40</sup> Tais postulados atravessam concretamente o *metier* dos historiadores, quando se põe em

<sup>37</sup> MUNSLOW, Alun. *Deconstructing History. Institute of Historical Research*, 1997, p.1.

<sup>38</sup> Gilles Deleuze distinguiu, e isto parece-nos crucial, entre problema e questão. O primeiro dizia respeito a uma abertura permanente, a um jogar sempre adiante a resposta, manter em suspenso, enquanto o segundo, a questão, é a demanda de uma resposta definitiva que, pede outra pergunta, mas que não anula a resposta anterior. Ficamos do lado do problema e é nesse sentido que pensamos quando pormos em discussão o “problema” da pesquisa em outro tópico.

<sup>39</sup> CHARTIER, Roger. *A história ou a leitura do tempo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.p.47-48.

<sup>40</sup> CARDOSO, *História e textualidade*, p.233.

discussão, por exemplo, o uso da *narrativa* como pressuposto historiográfico, seja como veículo e transmissão de conhecimento (posição reconstrucionista/construcionista), seja como fator constitutivo do conhecimento em história (posição desconstrucionista).

Esse primado da linguagem relaciona-se com as investidas do pós-estruturalismo contra o empirismo e a teoria da correspondência do significado, que sustentavam, de modo geral, um realismo epistemológico segundo o qual há uma realidade estável “lá fora” e ela pode ser acessada com precisão. Esse empirismo a ser batido, longa tradição que remonta ao séc. XVII, era doutrina epistemológica que postulava serem as crenças e ideias adquiridas e que o conhecimento da existência real se baseia na experiência no sentido fisicalista-sensualista. Nesse realismo físico adotado, os objetos físicos existiriam independentemente do pensamento, que os apreenderia mediante método indutivo.<sup>41</sup>

O estruturalismo ortodoxo provocou o primeiro abalo no empiricismo ao sustentar que percebemos e interpretamos o mundo real através de um dispositivo mental, inato, pré-existente ou *a priori*. Tal “estrutura” situava-se no nível consciente profundo e se expressava na gramática, no parentesco, nos mitos, nos padrões alimentares de consumo. Assim, qualquer acervo de informação deveria passar por essas estruturas pré-existentes e genéricas localizadas na mente dos indivíduos. Um sistema interno de compreensão impor-se-ia determinantemente ao mundo, desautorizando qualquer modalidade empiricista de reivindicar a validade de uma episteme “fundada” na *empiria* como fenômeno externo.

Tal ruptura tem seu marco decisivo na proposição da linguística saussuriana. Em seu *Curso de Linguística Geral*<sup>42</sup>, o linguista genebrino Fernand Saussure apresentou suas ideias sobre as relações entre as palavras e seu significado social. Para ele, a linguagem era um complexo com muitas variáveis que escapavam a um tratamento científico. Procurou desvencilhar-se das dificuldades de se estudar a linguagem que até então afligiam os linguistas, e dotar esse campo de um caráter científico:

[...] somente a língua parece suscetível duma definição autônoma e fornece um ponto de apoio satisfatório para o espírito. [...] Mas o que é a língua? Para nós, ela não se confunde com a linguagem; é somente uma parte determinada, essencial dela, indubitavelmente. É, ao mesmo tempo, um produto social da faculdade de linguagem e um conjunto de

<sup>41</sup> MEYERS, Robert G. *Empirismo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2017. p.233.

<sup>42</sup> Saussure lecionou em Genebra três cursos de Linguística Geral: 1906-7, 1908-1909 e 1910-11. O livro é produto das anotações de ex-estudantes ao longo de dessas séries de conferência, reunidos pela primeira vez em 1915 e publicado no ano seguinte, em 1916.

convenções necessárias, adotada pelo corpo social para permitir o exercício da faculdade nos indivíduos. Tomada em seu todo, a linguagem é multiforme e heteróclita; o cavaleiro de diferentes domínios, ao mesmo tempo física, fisiológica e psíquica, ela pertence além disso ao domínio individual e ao domínio social; não se deixa classificar em nenhuma categoria de fatos humanos, pois não se sabe como inferir sua unidade.<sup>43</sup>(grifos do pesquisador)

Na busca por uma unidade de análise mais sistemática, então, separou a língua (*langue*), estrutura inconsciente, conjunto de regras socialmente formado que permite toda e qualquer emissão significativa, da fala (*parole*), “ato individual de vontade e inteligência”, uso efetivo da língua como sistema de articulação da palavra com a coisa.<sup>44</sup> A língua, apartada do meio social, passou a ser vista como um sistema autossuficiente e fechado, cujo processo de significação diz respeito apenas à rede interna de diferenças. *Não haveria, portanto, nenhuma relação natural entre palavra e mundo*. Colocando a língua do lado da abstração, Saussure afastava-a do empirismo e dos problemas psicologizantes.<sup>45</sup>

As palavras seriam signos construídos a partir de dois elementos: o significante (a palavra) e o significado (conceito que a palavra representa). O essencial nesse esquema seriam as conexões arbitrárias entre os significantes num sistema de remessa que apontaria para o próprio sistema da língua e não para *fora dele* (entenda-se “mundo social”). O significante e significado viram-se apartados do referente. O privilégio da dimensão sincrônica em detrimento da dimensão histórica ou diacrônica da língua será explorada pelos estruturalismos como um golpe nas pretensões empiristas ao inverter a relação entre a linguagem e o mundo, dando primazia às estruturas linguísticas na compreensão da realidade social.

A arbitrariedade do signo, apartado do “social”, implica na compreensão da língua como uma expressão complexa e determinante de nossa experiência do mundo. A linguagem está sempre carregada de significado social. Ou melhor: a linguagem cria as próprias estruturas sociais em que vivemos, não podendo mais ser encarada como instrumento puro de transmissão de informações e conteúdos. As implicações dessa guinada no estatuto da linguagem são bastante complexas para os historiadores à medida que especialistas de outras disciplinas das Ciências Humanas e Sociais passaram

<sup>43</sup> SAUSSURE, Ferdinand de. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2012.p.41.

<sup>44</sup> ARAÚJO, Inês Lacerda. *Do discurso ao signo: introdução à filosofia da linguagem*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.p.28-30.

<sup>45</sup>DOSSE, François. *História do estruturalismo: o campo do signo*. São Paulo: Edusc, 2007.v.1, p.82.

a desfechar severas críticas ao status da História como epistemologia. Ainda no final dos anos 1960, o crítico literário Roland Barthes escreveu um ensaio intitulado *The Discourse of History*, no qual ele descreve as operações linguístico-poéticas da narrativa histórica:

O discurso histórico toma como certo, por assim dizer, uma dupla operação que é muito engenhosa. Em um ponto (esta ruptura é, obviamente, apenas metafórica), o referente é separado do discurso, torna-se externo a ele, seu princípio fundador e governante: esse é o ponto das *res gestae*, quando os discursos se oferecem simplesmente como história *rerum gestarum*. Mas, no segundo ponto, é o próprio significado que é forçado a sair e se confunde com o referente; o referente entra em relação direta com o significante, e o discurso, encarregado apenas de expressar o real, acredita-se autorizado a dispensar o termo fundamental em estruturas imaginárias, o que é o significado. Como em qualquer discurso que afirme "realismo", o discurso histórico apenas admite conhecer um esquema semântico com dois termos, o referente e o significante; a confusão (ilusória) de referente e significado é, como sabemos, a marca registrada de discursos auto-referenciais como o performativo. Poderíamos dizer que o discurso histórico é um performativo falsificado, no qual o que aparece como afirmação (e descrição) não é mais do que o significante do ato de fala como um ato de autoridade.<sup>46</sup>(tradução do pesquisador)

E, a seguir, conclui com um comentário sobre a “referencialidade” do texto historiográfico:

Em outras palavras, na História "objetiva", o "real" nunca é mais do que um significado não formulado, abrigado por trás do referente aparentemente todo-poderoso. Esta situação caracteriza o que poderíamos chamar de efeito realista. O significado é eliminado do discurso "objetivo" e ostensivamente permite o "real" e sua expressão. Para se juntar, e isto consegue estabelecer como um novo significado, o princípio infalível já declarou que qualquer deficiência de elementos em um sistema é em si significativa. Esse novo significado - que se estende a todo o discurso histórico e é sua propriedade em última instância distintiva - é o real em si, sub-repticiamente transformado em um significado acanhado. O discurso histórico não segue o real, ele não pode fazer mais do que significar o real, constantemente repetindo que ele foi feliz, sem que essa afirmação represente nada além do significado "outro lado" de todo o processo da narração histórica.<sup>47</sup> (tradução do pesquisador)

O referente histórico, no sentido de realidade extralinguística, segundo Barthes, não passaria de um “realistic effect”, apagado por operações puramente linguísticas: a narrativa histórica teria o mesmo estatuto da narrativa literária! Não se pode, é claro,

<sup>46</sup>BARTHES, Roland. The discourse of History. In: JENKINS, Keith (ed.). *The Postmodern History Reader*. London and New York: Routledge, 1997.p.121-122.

<sup>47</sup>Idem, *Ibidem*, p.122.

reduzir os questionamentos ao campo dos estudos da linguagem, embora sejam os mais agudos. Esse posicionamento que interrogava a História, do ponto de vista da linguística saussuriana, voltada para a dimensão discursivo-literária do “ofício” historiador, sua escritura mesma, também estava ligado a outras frentes disciplinares, particularmente, a da Antropologia Cultural ou Simbólica e do Novo Historicismo, como bem comentou Lawrence Stone<sup>48</sup>:

O segundo desenvolvimento, a princípio enormemente libertador e finalmente bastante ameaçador, provém da influência da antropologia cultural e simbólica, desenvolvida por um grupo brilhante de estudiosos liderados por Clifford Geertz, Victor Turner, Mary Douglas e outros. Seu trabalho influenciou muitos dos melhores historiadores da última década, especialmente na América e na França. Mas o historiador cultural e o antropólogo simbólico dividem a empresa, onde o último diz que "o real é tão imaginário quanto o imaginário". Isso presumivelmente significa que ambos são meramente um conjunto de códigos semióticos que governam todas as representações da vida; que o material é dissolvido em significado; e que o texto é deixado sem conexão com o contexto. [...] A ameaça vem do Novo Historicismo. À primeira vista um retorno bem-vindo ao estudo do texto em seu contexto geográfico, temporal, social, econômico e intelectual, revelou-se uma variante da visão simbólica e semiótica das produções culturais, em que a linguagem é o meio em que o real é construído e apreendido”. Como resultado, o Novo Historicismo trata de questões políticas, práticas institucionais e sociais como "roteiros culturais" ou conjuntos discursivos de sistemas ou códigos simbólicos. (tradução do pesquisador)

Malgradas as polêmicas suscitadas com os historiadores, mais acerbadas quando se referiam a Michel Foucault, o clima estruturalista era cientificista, buscando-se regularidades nos fenômenos, leis de explicação tão seguras quanto aquelas das ciências naturais. A “estrutura” era a chave de acesso ao mundo da rainha-ciência. Lévi-Strauss, especialmente *Les structures élémentaire de la parenté* (1948) e *La pensée sauvage* (1962), defendeu, sob uma inspiração da linguística saussuriana, invariantes para explicar os comportamentos universais que atravessavam a diversidade das sociedades humanas.<sup>49</sup>

Nessa mesma vaga tormentosa do estruturalismo, emergiram também críticas ao grau de abertura à mudança quando as estruturas mudam. Um «pensamento da

---

<sup>48</sup> STONE, Lawrence. History and Postmodernism. In: JENKINS, Keith (ed.). *The Postmodern History Reader*. London and New York: Routledgers, 1997.p.242-243.

<sup>49</sup>DOSSE, *História do estruturalismo: o campo do signo*, p.52-58.

diferença» se fazia mais forte e «filósofos da tormenta»<sup>50</sup>, para usar expressão de Elizabeth Roudinesco, desfecharam severas e radicais críticas ao conhecimento estruturalista que valorizaria por demais os padrões repetitivos do comportamento social e negligenciava a exceção. O padrão normal implicava um desvio na definição de exceção, que era marginalizada, secundarizada. O Bem e a Verdade estariam na «norma», implicando severos problemas éticos e políticos.

O pós-estruturalismo<sup>51</sup> aparece na cena histórica como a crítica a esses centros, normas, padrões gerados no seio do estruturalismo. O movimento, agora, é o de investir nos «limites» do conhecimento, apostando no limite mesmo como algo aberto e inapreensível, como cerne, diferença pura, positivo por si mesmo (sem oposição a centro). Não é o limite em termos matemáticos ou mensuráveis, mas a referência a estabilidades relativas a um dado ambiente, no qual nem centro (interior) nem fronteiras são confiáveis. Consigna-se, nesse movimento, certo «programa», voltado para o trabalho contra as verdades e oposições estabelecidas, a desconstrução das estruturas atuais para mostrar suas exclusões e uma afirmação do poder do limite como fonte de produção interminável de transformações e diferenças.<sup>52</sup>

O movimento histórico<sup>53</sup> nasce como reação a uma série de ideias filosóficas dominantes e como um modo revolucionário de pensar,

[...] uma total ruptura de nosso senso seguro de significado e referência na linguagem, de nosso entendimento, de nossos sentidos e das artes, de nosso entendimento da identidade, de nosso senso da história e do papel dela no presente e de nosso entendimento da linguagem como algo livre do trabalho do inconsciente.<sup>54</sup>

<sup>50</sup>Cf.: ROUDINESCO, Elizabeth. *Filósofos na tormenta*: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

<sup>51</sup>O prefixo “pós” aqui não denota um depois definitivo no sentido de ultrapassagem, conhecimento ascensional, dialética, o que seria ceder a um certo hegelianismo. Não é o que vem depois do estruturalismo, quando os obstáculos foram superados. “Pós” significa, nesse caso, algo “com” e “diferente”, um estruturalismo mais aberto e transformado.

<sup>52</sup> WILLIAMS, James. *Pós-estruturalismo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.p.13-17.

<sup>53</sup>É importante ressaltar que se trata efetivamente de um “movimento de pensamento”, heterogêneo, com diferentes formas de prática crítica, correntes de pensamento e profundamente interdisciplinar. É legatária de distintas forças intelectuais como a fenomenologia da existência de Hegel, a fenomenologia do Ser de Heidegger, o existencialismo de Sartre, as leituras estruturalistas de Freud feitas por Lacan, as críticas de Georges Bataille e Maurice Blanchot, a epistemologia de Gaston Bachelard e os estudos de ciência de Canguilhem, as leituras de Nietzsche feitas por Heidegger, Deleuze, Foucault, Derrida, Klossowski, Koffman, bem como as contribuições do estruturalismo linguístico de Saussure e Roman Jakobson, Claude Lévi-Strauss, Roland Brathes, Althusser e Michel Foucault. Cf.: PETERS, Michael. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

<sup>54</sup>Idem, *Ibidem*, p.16.

A questão da história ou a história como questão, a história como devir e sua devenida enquanto disciplina, vazada nessa grelha interpretativa, tem sido posta à prova, repensada não mais como certeza ou segurança, raiz ou solo, tornando-se permanentemente um problema para o pensamento:

Agora a História é mais uma vez um tema bem problemático. Pareceria estar inevitavelmente ligada a esse conjunto de supostos culturais e sociais aos quais se desafia e que condicionam nossas noções acerca da teoria e da arte: nossas crenças nas origens e nos fins, na unidade e na totalização, a lógica e a razão, a consciência e a natureza humana, o progresso e o destino, a representação e a verdade, para não mencionar as noções de causalidade e homogeneidade, temporalidade, linealidade e continuidade.<sup>55</sup>

A indeterminação linguística, o fracasso da teoria da referencialidade e da correspondência da verdade, a assunção da imposição teórica por parte do pesquisador e discussão da natureza da realidade redirecionam, por seu turno, a historiografia para um ambiente mais instável de inspiração pós-estruturalista. Nesse novo cenário, muitas vezes denominado de pós-moderno, as principais questões passam pelo novo entendimento do papel da linguagem no conhecimento e sua necessária crítica ao empirismo. O historiador norte-americano Alun Munslow aponta seis “princípios-chave” que teriam dominado a historiografia reconstrucionista/construcionista até então, fundada no empirismo galileano: 1) o passado é real e a verdade corresponde a essa realidade por meio da referencialidade e da inferência; 2) os fatos antecedem as interpretações; 3) Há uma separação clara entre fato e valor; 4) História e ficção não são a mesma coisa; e 6) a verdade não é uma perspectiva.<sup>56</sup>

Como vimos mostrando, o complexo de posições desconstrucionistas passa necessariamente pela noção de que o acesso ao conhecimento deve inelutavelmente ser mediado pelo mundo simbólico, pela linguagem, sendo o discurso historiográfico, por conseguinte, mais próximo da literatura do que da ciência: na escrita historiadora, a forma contaria tanto (ou mais) quanto o conteúdo. Isto significa, dentre outras coisas, que

[...] as experiências humanas estão inseparavelmente ligadas com as descrições que fazemos sobre elas. O que devemos fixar [...] é a consideração que, em última instância, a linguagem não é simplesmente um instrumento para nomear algo que ‘está lá’, ela não é neutra e ela é

---

<sup>55</sup> HUTCHEON, Linda. Historizando lo postmoderno: la problematización de la historia. In: \_\_\_\_\_. *Una poética del postmodernismo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros, 2014.p.169.

<sup>56</sup> MUNSLOW, Alun. *Desconstruindo a História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p.57.



capaz de moldar nossas próprias percepções sobre o mundo. Assim, se no passado as pessoas estavam habituadas a dizer: ‘se não tivesse visto, jamais acreditaria’, agora, seria o caso de dizer: ‘se não acreditasse, jamais teria visto’. Ou seja, os próprios sentidos, no caso, a visão, é de alguma maneira determinada pelo nosso conjunto de crenças e sobretudo pelo universo de linguagem que dispomos. A utilização dos sentidos não possui a neutralidade que muitos acreditaram que existisse. As experiências dos sentidos passariam pela moldagem da nossa fala.<sup>57</sup>

Epistemologicamente, o desconforto desse primado linguístico deve-se ao fato de que a narrativa historiadora passaria a comportar em si, em seus próprios mecanismos, a explicação histórica dos eventos, e não se comportaria como um simples veículo de conteúdos do passado. A História-disciplina teria de reconhecer nos seus produtos o imposicionalismo de certo enquadramento na linguagem e sua forma representativa, borrar a antiga distinção empirista-indutivista entre a *res gestae* e a história *rerum gestarum* (História-Geschichte)<sup>58</sup>, interrogando a visão reconstrucionista/construcionista da história como uma ciência que estuda o mundo real ‘lá fora’, factual e não-especulativa, empírica e não-apriorística, verificável, anti-hipotética, ideologicamente neutra, não-imposicionalista e objetiva.<sup>59</sup>

Barthes, como já aludimos, questionava esses pressupostos ao afirmar ser a História uma narrativa e, como tal, compartilhar dos mesmos mecanismos de produção da literatura ficcional, manejando o tropo do real e utilizando um truque epistemológico que consiste em situar o referente distante da significação arbitrária da linguagem, localizando-o em um mundo extralinguístico; efeito realístico, ilusão referencial. Em “O texto histórico como artefato literário” (1974), Hayden White enfatizou o caráter literário de escritura histórica e a imaginação como faculdade inescapável da atividade historiadora, vista por ele como “ficções verbais cujos conteúdos são tanto *inventados* quanto *descobertos* e cujas formas têm mais em comum com os seus equivalentes na literatura do que com os seus correspondentes na ciência”<sup>60</sup>.

A operação literária da narrativa como representação histórica englobaria um duplo mecanismo: codificação dos eventos e a posterior imposição de estruturas de

<sup>57</sup> SILVA, Rogério Forastieri da. *História da Historiografia: capítulos para uma história das histórias da historiografia*. São Paulo: Edusc, 2001. p.295.

<sup>58</sup> HARTOG, François. *Evidência da História: o que os historiadores veem*. Belo Horizonte, Autêntica, 2017.p.178.

<sup>59</sup>MUNSLOW, *Op.Cit.*, p.83.

<sup>60</sup> WHITE, Hayden. O texto histórico como artefato literário. \_\_\_\_\_. *Trópicos do discurso: ensaios sobre a crítica da cultura*. São Paulo; Edusp, 2014. p.98.

enredo pré-genéricas, que White qualificou em quatro tipos: metáfora, metonímia, sinédoque e ironia. Dito de outro modo: o acesso ao “passado” teria de ser enquadrado em modelos explicativos pré-configurados para que viessem a constituir uma narrativa. Limitação ao empirismo com que compartilhou Michel Foucault, ao descrever as “epistemes”<sup>61</sup> como estruturas de condição de possibilidade que uma época dispõe para pensar e dizer seus enunciados, desafiando a crença dos historiadores de poderem falar de um lugar “fora da história”, não-ideológico. A história escrita, então, seria mais um ato de imposição narrativa do historiador em relação ao passado recortado por ele, “[...] uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo caso [...]”<sup>62</sup>.

Nessa guinada estético-desconstrutiva, as “fontes” do historiador perdem paulatinamente sua ingenuidade, a ideia de pureza original:

[...] os historiadores têm se referido aos seus documentos como ‘fontes’, como se eles estivessem enchendo baldes no riacho da Verdade, suas histórias tornando-se cada vez mais puras, à medida que se aproximam das origens. A metáfora é vívida, mas também ilusória, visto que subentende a possibilidade de um relato do passado que não contaminado por intermediários.<sup>63</sup>

O que se costumava, por hábito cientificista, denominar “fato” deve ser pensado agora como um processo de configuração ou enquadramento imposto aos documentos, uma seleção do historiador diante de uma série de enunciados possíveis transformados, a posteriori, em “evidências” que, por sua vez, são coligadas ou configuradas junto a outras delas, compondo um textum, tecido no enredo/trama/intriga da narrativa historiadora. Inferências e categorias de análise moldam as informações documentais previamente escolhidas. Essa subjetividade no tratamento da “evidência” está no cerne

---

<sup>61</sup>Foucault usa o termo para descrever como a cultura organiza o conhecimento em dada época histórica. A epistemê reúne discursos isolados em uma estrutura de pensamento fundada em determinadas pressuposições comuns sobre a aquisição e produção de saberes. Esses pressupostos encontram-se fixados por processo de tropificação presente no nível profundo da consciência humana, e que são manipulados pelos historiadores, por exemplo, para o enquadramento de suas narrativas. Foucault fala em três epistemes entre o século XVI e o XX: a “episteme renascentista” (sécs. XV-XVI), a “episteme clássica” (Sécs. XVII-XVIII) e a “episteme moderna” (Sécs. XIX-XX). O conhecimento é organizado de forma diferente em cada uma dessas epistemes. Tais pressuposições ou organizações epitêmicas dão forma às representações narrativas e condicionam nosso acesso à “realidade”, mediante as codificações metafóricas de similitude e diferença. Cf.: FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 2007; FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

<sup>62</sup> FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 2011.p.53.

<sup>63</sup> BURKE, Peter. *Testemunha ocular: o uso de imagens como evidência histórica*. São Paulo: Unesp, 2017.p.23.

das interpretações pós-estruturalistas e desconstrucionistas e são alvo das reflexões de historiadores até antes mesmo de uma virada estética, quando se nota- isto não é muito difícil- que a totalização do passado é impossível quando consideramos, por exemplo, questões de arquivologia que apelam para o princípio da seletividade, seja ela ideológica ou não:

[...] os arquivos são em conjunto, um acervo organizado de documentos produzidos por uma instituição que, depois de proceder à sua escolha, vai juntá-los e conservá-los. Inseparáveis de uma instituição (servindo de justificação para seu funcionamento eles contribuem para credenciá-la), os arquivos formam um conjunto (pertinência é a base de sua organização) que serve de orientação para as escolhas. Arquivar tudo seria a ruína da própria ideia de arquivos, de modo que acabariam subsistindo apenas pilhas de papéis. Essa concepção de arquivos traduz a relação que uma sociedade mantém com o tempo: arquivar-se para guardar vestígios escritos de - fixa-se uma memória, a de - uma instituição, mobilizável no futuro. Entre passado e futuro, os arquivos pressupõem um horizonte histórico (mas não necessariamente relacionado com a profissão de historiador).<sup>64</sup>

A “História-retórica”<sup>65</sup> pós-moderna, nesse ponto, apenas radicaliza o que já estava recalcado na percepção dos historiadores: a ideia de que a História lida fundamentalmente com textos, desde o momento arquivado até à representação historiadora. As “fontes” (indícios do passado no presente) que comumente vasculhamos nos espaços arquivísticos são em sua maior parte textos, já carregados, como tais, numa malha interpretativa que, reorganizada pelo arquivo, ganha mais uma camada ou capa simbólica.<sup>66</sup> As complexidades da operação historiográfica<sup>67</sup> deveriam ser objeto constante de reflexão dadas as múltiplas variáveis em jogo na análise do discurso histórico.

---

<sup>64</sup> HARTOG, *Op. Cit.*, p.53.

<sup>65</sup> Idem, *Ibidem*, p.183. O termo usado por François Hartog busca nomear a pluralidade das formas narrativas de que dispõe o historiador no atual “regime de historicidade pós-moderno”, em oposição a outros modelos como a História-estrutural e a História-Geschichte. Expressão semelhante também foi utilizada por Perez Zagorin: “narrativist-ethorical conception of historiography”. Cf.: ZAGORIN, Perez. *Historiography and postmodernism: reconsiderations*. In: JENKINS, Keith (ed.). *The Postmodern History Reader*. London and New York: Routledgers, 1997.p.298.

<sup>66</sup> Cf.: RICOEUR, Paul. *A memória, a história, o esquecimento*. São Paulo: Unicamp, 2007; CERTEAU, Michel de. *A escrita da História*. Rio de Janeiro: Forense, 2017. Cap I: Fazer História, p.3-44; Cap.II: A operação historiográfica, p.45-111.

<sup>67</sup> As imagens da “oficina”, “operação”, “artesanato” remetem ao tema da *techné*, à fabricação e ao uso, que ainda perdura para caracterizar a História-disciplina, mas que igualmente - parece-nos- impediu os historiadores de refletirem mais filosoficamente seu campo. Quando convidados a discutir conceitos, por exemplo, alguns historiadores dão de ombros e dizem que preferem “trabalhar”, “produzir”, pois a História é o que os historiadores fazem dela! O que não deixa de ser um truismo blochiano, annalista, porém não manejado em uma matriz pós-estruturalista, mas num enquadramento moderno pouco reflexivo.

A abordagem pós-estruturalista das “fontes” históricas torna-se menos favorável ao empirismo quando a articulamos com a explanação que o historiador deve fornecer aos eventos estudados. A perspectiva analista, mormente braudeliana, ainda confiava no modelo de inferência da evidência factual com a dedução na base das generalizações sociológicas que confeccionavam leis abrangentes e gerais (Covering Law), tradição inspirada no artigo “The Function of General Laws in History” (1942), de Carl Hempel.<sup>68</sup> O historiador deveria submeter os acontecimentos a leis abrangentes e extrair deles previsões sobre o contexto em que os próprios eventos estavam inseridos. A proposta era tentadora, mas evidentemente bastante problemática visto que não há meios absolutos de separar adequadamente (nunca houve *adequatio*) a História como proposição, empirismo e teoria social. Os reconstrucionistas e construcionistas,

[...] ao mesmo tempo que aceitam a linguagem como veículo para ‘conceitos’ e/ou teorias sociais utilizadas, a maioria concorda que a definição explícita e escrupulosa de termos, conceitos e categorias regularmente empregados superará qualquer problema inesperado de colapso significativo e recusam-se a considerar a noção de que seus enquadramentos podem ter um efeito na natureza do passado que se propõem a descobrir.<sup>69</sup>

Os fatos não podem medir nem produzir, em qualquer cadeia de raciocínios lógicos, o conhecimento pretendido pelos historiadores, nem são portadores de significados transcendentais, apriorísticos, que não venham, qual monge budista, ser perturbados pela representação historiadora na forma de um relato narrativo. Esses mesmos fatos já se encontram em determinados suportes e coligados sob certos códigos linguísticos e semióticos: “[...] hoje reconhecemos que nunca houve e nunca haverá algo como um passado que expresse algum tipo de essência”<sup>70</sup>. O empiricismo não consegue articular fatos e valores, no sentido de fazerem os últimos derivarem dos primeiros, a não ser assumindo alguma forma de teoria do significado ou mesmo exorcizando a teoria em questão, apelando para um realismo difícil de sustentar na atualidade, como bem argumentou Keith Jenkins, apoiado nas observações de Gregor McLennan:

[...] na medida em que qualquer defesa do realismo requer o reconhecimento de que 'o acesso indireto ao passado é devida em parte

---

<sup>68</sup>HEMPEL, Carl. The Function of General Laws in History, *Journal of Philosophy*, v.39, n.2,1942, p.35-48. Em português, há uma versão no livro: GARDINER, Patrick. *Teorias da História*. Calouste Gulbenkian, 1969.

<sup>69</sup> MUNSLOW, *Op. Cit.*, p.73.

<sup>70</sup> JENKINS, *Introduction*: open being about our closures, p.6.

à incompletude e ao alcance da evidência e em parte ao papel estruturante da teoria em qualquer relato da ‘palavra real’. Consequentemente, porém, a maioria dos historiadores empiristas vê a teoria como "uma aberração indesejada que pode rapidamente se espalhar para uma doença intelectual", o empiricismo não é apenas uma teoria em si, mas também inadequada. [...] Pois o empiricismo como método, simplesmente não pode explicar o significado que dá à seleção, distribuição e ponderação dos "fatos" em narrativas acabadas. Os fatos não podem indicar seu significado como pensado onde inerente a eles. Para dar significado aos fatos, uma teoria externa de significância é sempre necessária.<sup>71</sup> (tradução do pesquisador)

A representação e a referencialidade caras ao empirismo não se sustentam nem sequer pelo apelo ostensivo ao contexto social como uma espécie de ontologia asseguradora de realidade última, fundação, origem, o referente onto-teológico divino. O “social” não é sinônimo de “real”, mas um signo convencionalmente entendido como significando a “própria realidade”.<sup>72</sup> Na leitura veyniana de Foucault, “[...] a sociedade, longe de ser o princípio ou o termo de toda explicação, precisa ela própria ser explicada; longe de ser última, ela é o que dela fazem a cada época todos os discursos e dispositivos de que ela é o receptáculo”<sup>73</sup>.

Não se está apostando, por aqui, em qualquer coisa que venha a ser um “panlinguisticismo” imperialista, como tão comumente se acusa a historiografia pós-modernista.<sup>74</sup> Nada disso. O esforço reflexivo que empreendemos é o de chamar a atenção para algumas certezas fossilizadas pelo tempo e uso, e que, como tais, não se abrem mais para discussão e revisão, *ad eternitatem*. Dar a pensar e dizer diferentemente, conversão do olhar e atitude, eis o que estamos capitalizando.

A metáfora da sociedade como linguagem não é recente nem novidade, pode ser datada, pelo menos, desde 1943, com *Estruturas elementares do parentesco* (Lévi-Strauss), e na publicação de *Investigações filosóficas* (Ludwig Wittgenstein), em 1953, baseando-se na observação “antropológica” de que o homem é produtor de símbolos e

<sup>71</sup>Idem, *Ibidem*, p.10. Os artigos de McLennan que discutem a relação entre empirismo e realismo, utilizadas na citação para embasar os argumentos de Jenkins, são: *History and Theory*, In: *Literature and History*, v.2, n.10, 1984, p.139-164; *Marxism and the Methodologies of History*. In: *Literature and History*, 1981, p.164 passim.

<sup>72</sup> SEWELL JR., William H. Reconfigurando o “social” na ciência social: um manifesto interpretativista. In: \_\_\_\_\_. *Lógicas da História: teoria social e transformação social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2017. p.323.

<sup>73</sup> VEYNE, Paul. *Foucault: seu pensamento, sua pessoa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p.45.

<sup>74</sup> CARDOSO, Ciro Flamarion. Epistemologia pós-moderna, texto e conhecimento. *Diálogos*, DHI/UEM, v. 3, n. 3: 1-28, 1999.p.18; CARDOSO, Ciro Flamarion. No limiar do séc. XXI. *Tempo*, Rio de Janeiro, vol. 1, n.º. 2, 1996, p. 7-30. p.4-7.

suas ações significativas não-linguísticas possuírem qualidades quase linguísticas.<sup>75</sup> O “social”, embora tenha sua “dureza” e “consistência” históricas (!), não é impenetrável como o manto geológico terrestre.

Por conseguinte, a própria representação historiadora do passado vê-se abalada em sua garantia de explicar o passado “tal como aconteceu”, pois, esse mesmo “social” situado no passado enquanto acontecimento terá de ser tomado pela escrita historiográfica como um relato histórico, sujeito à imaginação criadora e aos tropos linguísticos disponíveis. O uso da narrativa como modalidade de relato da História, narrativa de eventos verdadeiros (não-ficcionais), parece não fornecer as mesmas garantias de um outrora positivismo feliz. O fato de dispor os eventos numa narrativa, ligando-os por vínculos de causalidade, não divide sensivelmente os historiadores, aos menos em sua maioria, assumindo um espectro de posições internas bastante variado:

A história simplesmente é narrativa; ou que ela é essencialmente narrativa; ou que a história deve conter alguns elementos narrativos; ou que uma forma de história deve conter alguns elementos narrativos; ou que uma forma de história, em alguma proporção, e talvez a mais importante delas, narra. Tem sido sustentado também que é através da narração que os historiadores alcançam o que é especificamente histórico sobre a compreensão histórica; ou que a explanação histórica adquire sua estrutura distintiva em razão de sua ocorrência no curso das narrativas históricas. Tem até mesmo sido sustentado que as narrativas podem, elas mesmas, serem explanatórias em um modo especial; ou que a narrativa é por si só uma forma de explicação, senão, na realidade, autoexplanatória.<sup>76</sup>

Hayden White, por sua vez, agrupou os historiadores pró-narrativistas, genericamente, em dois grandes grupos: os defensores da narrativa “tradicional” e os proponentes da narrativa pós-moderna, ambas distinguindo-se uma da outra pela relação que estabelecem entre “historical story-telling” e “historical reality”, ou seja, o critério perpassava pelo poder cognitivo da narrativa em conhecer o passado. Analisando a narrativa tradicional na compreensão historiadora, ele descreveu e comentou três traços que marcariam sua identidade:

[...] primeiro, a narrativa é considerada um "recipiente" neutro de fato histórico, um modo de discurso "naturalmente" adequado para representar diretamente os eventos históricos; segundo, a história das narrativas geralmente emprega as chamadas linguagens naturais ou comuns, ao invés de técnicas, ambas para descrever seus súditos e

<sup>75</sup> Idem, *Ibidem*, p.327-328.

<sup>76</sup> DRAY, William apud MUNSLOW, Alun. *Desconstruindo a História*, p.93.

contar sua história; e terceiro, supõe-se que os eventos históricos consistem ou manifestam uma série de histórias "reais" ou "vivas", que só precisam ser descobertas ou extraídas da evidência e expostas ao leitor para que sua verdade seja reconhecida imediata e intuitivamente. [...] Obviamente, considero essa visão da relação entre a narração histórica e a realidade histórica como equivocada ou, no melhor dos casos, preconcebida. Histórias, como declarações factuais, são entidades linguísticas e pertencem à ordem do discurso.<sup>77</sup> (tradução do pesquisador)

Esses traços caracterizadores de um modelo narrativo tradicional<sup>78</sup> - discurso transparente, uso de linguagem “natural” e representação do vivido - vêm sendo questionados pela historiografia pós-moderna em nome de um discurso narrativo segundo duas formulações distintas, mas também convergentes: ora a de um círculo hermenêutico-mimético, à maneira de Ricoeur, ora na narratividade antiteológica e pós-hegeliana, de práticas e representações instáveis sob inspiração nietzschiana.<sup>79</sup>

Ao descrever a história como narrativa, Ricoeur a entende como a atividade de pôr os eventos da vida em intriga, compor uma trama ou enredo de modo a ligá-los numa unidade compreensível ao leitor, uma totalidade significativa.<sup>80</sup> Narrar é configurar ações específicas e discorrer sobre significados. O historiador retira do devir caótico do viver, da pluralidade e variedade de eventos e episódios discordantes, os materiais para sua história, articulando agentes e ações, objetivos e meios, reestruturando-os numa trama como necessários, apresentando ordem, verossimilhança e totalidade na produção de uma “intriga historiográfica”.<sup>81</sup> Mesmo não apostando mais numa “mimesis total”, Ricoeur ainda procura conciliar o caráter literário da escritura histórica com a proposta annalista “científica” conjugada pela articulação história-problema, documentação e atitude realista.

Paul Veyne, em *Como se se escreve a História*, afirma que o historiador narra intrigas, mistura de coisa materiais, fins e acasos, pedaço de vida que ele recorta à

<sup>77</sup> WHITE, Hayden. Historical emplotment and the problem of truth. In: Geoffrey Roberts (ed.), *The History and Narrative Reader*. London and New York: Routledge, 2001. p. 375.

<sup>78</sup> Tradicional aqui engloba tanto a narrativa rankeana do “Tratado-batalha”, contra a qual Bloch e Febvre se insurgiram, apostando num modelo conceitual de História, quanto à narrativa estrutural braudeliana. Em verdade, o critério são as formas de narrativa anteriores à retomada do pensamento nietzschiano pela filosofia francesa do século XX.

<sup>79</sup> REIS, José Carlos. Tempo, História e compreensão narrativa em Paul Ricoeur. In: \_\_\_\_\_. *Teoria & História: tempo histórico, história do pensamento histórico ocidental e pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2012.p.164-165; REIS, José Carlos. A especificidade lógica da História. In: \_\_\_\_\_. *História & Teoria: Historicismo, Modernidade, Temporalidade e Verdade*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.p.133-134.

<sup>80</sup> RICOUER, P. *Tempo e narrativa*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.p. 117.

<sup>81</sup> BARROS, José D’Assunção. *O tempo dos historiadores*. Rio de Janeiro; Vozes, 2013.p. 187.

vontade. A intriga não se guia necessariamente por uma ordem cronológica, mas é atravessada por diferentes ritmos temporais, narrando eventos que são o cruzamento de itinerários possíveis. As intrigas são um corte na realidade, um conjunto caótico de processos, onde agem homens e coisas. A História explica ao organizar uma intriga compreensível: “A história é uma narrativa de eventos [...]. Como o romance, a história seleciona, simplifica, organiza [...]. A história é, em essência, conhecimento por documentos”.<sup>82</sup>

Michel Foucault também conferiu ênfase à História como narrativa, porém, neonietzschiano, encara os discursos como práticas que estão no interior do real, dando-lhes forma e direção, coladas a práticas concretas de poder e dispositivos. Os objetos históricos seriam objetivações específicas e datadas e não objetos universais: só haveria práticas e não realidades definidas de uma vez por todas. Os saberes produzidos são narrativas que dão forma instável aos conflitos vividos.<sup>83</sup>

Em White, como já mencionamos, a narrativa histórica mistura-se à ficcional e torna-se atividade estética, ou melhor, ela emerge como a combinação de variados níveis (estético, ético, cognitivo e linguístico). São construções linguísticas e artísticas ligadas à imaginação construtiva e a estratégias retóricas, metafóricas e ideológicas, marcada, conseqüentemente, por convenções que impedem a narrativa de *com-fundir-se* com o passado “em si”. Entre as “fontes” e a narrativa, há inúmeros mediadores: espaços, silêncios, arquivos, tendência do historiador, relação instável significante-referente. A história “[...] não diz respeito apenas à verificação de evidências e configuração de fatos, e que a interpretação em si é um ato de criação linguístico e literário”<sup>84</sup>.

E é esta a complexidade a que a historiografia pró-narrativista desconstrucionista traz à tona: a proposta de que a narrativa histórica, no dizer de Jerzy Topolski, “proporciona a experiência estética como um resultado da atividade artística, mas fundamentalmente transmitir informações sobre o passado, bem como comunicar

---

<sup>82</sup> VEYNE, Paul. *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Brasília: UnB, 2014. p.18.

<sup>83</sup> REIS, José Carlos. Tempo, História e compreensão narrativa em Paul Ricoeur. In: \_\_\_\_\_. *Teoria & História: tempo histórico, história do pensamento histórico ocidental e pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p.166.

<sup>84</sup> MUNSLOW, *Desconstruindo a História*, 2009, p.104.



crenças por meio de retórica”,<sup>85</sup> de tal sorte que o conteúdo pretendido deste passado seja sempre problemático, embora possível e realizável, mistura de eventos, processos, acasos, materialidades, imagens.

#### 1.4 HISTÓRIA DESCONSTRUCIONISTA COM/A PARTIR DE DERRIDA: AS TEMPORALIDADES DO PENSAMENTO-SÍSIFO<sup>86</sup>

Vamos começar mais uma vez. Do começo encenado. Uma posição e uma proposta desconstrucionista da História como “discurso cambiante e problemático” na visão de Keith Jenkins, uma perspectiva pós-estruturalista que confere primado à linguagem em nossas relações com o mundo, sistema de signos funcionando como cadeia de significantes infinita. Esse já comentado “giro linguístico” alcança a historiografia, pressionando-a a repensar sobre as bases de seu modo de conhecimento dos entes em sua historicidade, ao menos em quatro pontos: epistemologia, regime de evidências, uso da teoria social abrangente e a forma narrativa.

Inspiradas particularmente em Nietzsche e Heidegger, mas sem esquecer dos “mestres da suspeita” Marx e Freud, esse desconstrucionismo emerge como reação a uma tradição cultural do pensamento filosófico europeu, de matriz grega clássica e tributária de certo ramo judaico-cristão, que redundou na constituição da ontologia metafísica ou metafísica platônica. De modo geral, o enfrentamento desse pensamento “logocêntrico” tem se dado no seio das correntes pós-estruturalistas de duas formas: 1) em sentido teórico-conceitual, evitando as definições cristalizadas e apostando na dinâmica conceitual chamada de auto-contestatória ou auto-questionante; 2) em caráter

---

<sup>85</sup>TOPOLSKI, Jerzi. O papel da lógica e da estética na construção de totalidades narrativas na historiografia. In: MALEBA, Jurandir (org.). *História & narrativa: a ciência e a arte da escrita histórica*. 2016, p.61. Topolski trabalha com um modelo narrativo dividido em estrutura horizontal e vertical. A primeira diz respeito a relações internas crescentes entre os enunciados, enquanto a segunda destina-se ao público e supondo algum grau de conhecimento do destinatário, e é formado de três subestruturas: informação, o que os historiadores pensam com fragmentos do passado; a retórica, instrumentos de persuasão a respeito da subestrutura; e a política (profunda) ou teórico-ideológica. Este modelo de camadas geológicas, ao fim e ao cabo, ao mesmo tempo que apresenta a estrutura narrativa em sua complexidade busca manter uma certa noção de “conteúdo” intocado, pretensamente real “em si”. Embora perfeitamente válido, neste sentido, apoiamo-nos mais no modelo tropológico de Hayden White para futuras explicações.

<sup>86</sup> Expressão utilizada pelo filósofo francês Jean-Michel Salanskis para caracterizar o “pensamento central” de Jacques Derrida, que, segundo ele, seria sempre um “eterno retorno”, acompanhado de Platão e Aristóteles, aos fundamentos e axiomas do pensamento ocidental: “[...] sempre tomar pé nos axiomas que ele conhece e se reconhece, a fim de levar sua ‘lógica’ até a contradição, e daí não se afastar, contudo, de sua ancoragem dogmática e metodológica, mas recomeçar a partir dela. Pensamento-Sísifo [...]”. (SALANSKIS, Jean-Michel. *Derrida*. São Paulo: Estação Liberdade, 2015.p.41-42.)

mais metodológico, mostrando “[...] o processo de formação de conceitos e valores que, pela força do hábito, foram naturalizados, isto é, passaram a ser vivenciados como a própria ordem do real. Desconstrução, portanto, corresponde a uma explicitação do caráter de constructo presente em noções que foram naturalizadas e, assim, concebidas como verdades, como necessariamente consensuais”.<sup>87</sup>

O pós-estruturalismo, com efeito, aparece como a possibilidade de interrogar os valores hegemônicos de uma cultura, que marginalizam minorias sociais não enquadradas em determinada régua axiológica dominante, desqualificação que acompanha *pari passu* certas categorias do pensamento rebaixadas pela filosofia. A tarefa da poética pós-moderna está em denunciar esse estado de coisas, incluindo os elementos rejeitados e abandonados, ressignificando-os com valores imprevistos. Sustenta-se, por conseguinte, que esse processo de depreciação categorial articula-se com disputas de ordem política alicerçadas em uma “lógica de exclusão dos opostos” ou “lógica da identidade”, baseada no princípio segundo o qual uma coisa não pode ser e não ser ao mesmo tempo (em termos de representação lógica:  $P \wedge (\neg P)$ ).<sup>88</sup>

Esse desconstrucionismo pós-estruturalista, procedimento geral de certo movimento, ganha com o pensamento de Jacques Derrida um certo estatuto “programático”, em que a Desconstrução, agora acoplada inescapavelmente à sua assinatura, invoca uma rede conceitual e uma série de gestos de natureza metodológica. A Desconstrução<sup>89</sup> derridiana, como a nomearemos daqui por diante, tem sido classificada ora como posição filosófica, ora como estratégia política ou intelectual, ora

---

<sup>87</sup>ALMEIDA, Sheyla Rodrigues de. Ontologia, Desconstrução e Historiografia. In: *Emoções, expressões, artes e ontologia(s) numa rede indisciplinada: intertextualidades e hipermediações da corporeidade, de um filme, um livro, um quadro chamados “Moça com brinco de pérola”*. Tese (Doutorado em Letras) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006, f. 71-72.

<sup>88</sup> Idem, *Ibidem*, f.71.

<sup>89</sup> Segundo Carla Rodrigues, o pensamento filosófico de Derrida é um permanente questionamento da pergunta “O que é?”, ou seja, um diálogo interminável com o que ele convencionou chamar de onto-teologia, metafísica que dominou o pensamento ocidental desde Platão, caracterizado pelo binarismo opositivo e a determinação do ser como presença. O que denominamos neste capítulo como Desconstrução derridiana recebe em outros lugares vários nomes renomes: pensamento do impossível (Fernanda Bernardo), pensamento do limite (Drucilla Cornell), um pensamento que treme (Mónica Cragolini), um “novo Iluminismo” (John Caputo), um pensamento que quer ir além (Paulo Cesar Duque-Estrada), pensamento úmido (Rafael Haddocck-Lobo), pensamento feminino (Carla Rodrigues) entre outros. O próprio Derrida deu várias versões, algumas bastante concisas como “Desconstrução é o que acontece”, “a experiência do impossível”, “a invenção do outro”, tantas quantas a s perguntas. Cf.: RODRIGUES, Carla. *Dois palavras para o feminino: hospitalidade e responsabilidade: sobre ética e política em Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: Nau, 2013.p.14.

como método de leitura, causando desconforto a muitos especialistas.<sup>90</sup> Em verdade, não se trata de um método propriamente, embora se faça *techné* em vários momentos, ou escola de pensamento, ainda que contando com seguidores, como a Escola de Yale formada nos Estados Unidos, mas pertence à ordem da “estratégia”, de um certo “posicionar-se” diante de, comportando uma ética em seu modo de intervenção. Em “Positions”, conjunto de entrevistas concedidas em 1972, Derrida afirma:

O que eu estava interessado naquele momento, o que estou tentando seguir de outras maneiras agora, é, ao mesmo tempo, uma "economia geral", uma espécie de estratégia geral de desconstrução.<sup>91</sup>(tradução do pesquisador)

“Estratégia geral” aplicada como genealogia estruturada de conceitos que procura aquilo que a história pode ter ocultado ou excluído, reprimido por interesse:

"Desconstruir" a filosofia seria como pensar a genealogia estruturada de seus conceitos no modo mais fiel, mais interior, mas ao mesmo tempo desde um certo tempo fora por indizível, indizível, determinando o que esta história poderia ter ocultado ou proibido, sendo história por essa repressão em algum lugar interessado.<sup>92</sup>(tradução do pesquisador)

A Desconstrução, que dá nome às operações filosófico-literárias praticadas por Jacques Derrida, consiste na “[...] apropriação e utilização de conceitos derivados de um sistema de pensamento para, ao final, mostrar como esse sistema não funciona”<sup>93</sup>. Todo o movimento de sua escrita (escritura) pretende desestabilizar o domínio da Metafísica platônica que funciona como hierarquia de termos, em que um deles é central e o outro marginal, produzindo-se, com isso, o recalque, o rebaixamento do termo secundário, estruturalidade originária do pensamento que alimentaria as diversas formas de sujeição e violência na história. Esse binarismo hierárquico e arbitrário “fundaria” o pensamento ocidental e suas categorias, sua visão de mundo e suas ações. Desmantelar (a *Destruction* e a *Abbau* heideggeriana presente em *Ser e Tempo*) essa onto-teologia seria aquilo que mobilizaria as estratégias desconstrucionistas derridianas.<sup>94</sup>

Esse abalo da metafísica pela via da linguagem, produzindo um ato de descentramento na estrutura do texto, é tributário de três discursos teóricos específicos:

<sup>90</sup> CULLER, Jonathan. *Sobre a desconstrução: teoria e crítica do pós-estruturalismo*. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997 .p.99.

<sup>91</sup>DERRIDA, Jacques. *Positions: entretiens avec Henri Ronse, Julia Kristeva, Jean Louis Houdebine, Guy Scarpeta*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1972. p.56.

<sup>92</sup> Idem, *Ibidem*, p.15.

<sup>93</sup>VASCONCELOS, José Antônio. *O que é a Desconstrução?* In: *Revista de Filosofia, Curitiba*, v.15, n.17, p.73-78, jul./dez. 2003.p. 76.

<sup>94</sup> *Ibidem*. p.73-4.

1) a crítica nietzschiana dos conceitos de ser e verdade, substituindo-os pelos conceitos de jogo, interpretação e signo; 2) a crítica freudiana da presença a si, do sujeito, da identidade, da consciência; e a 3) interrogação heideggeriana da metafísica, da ontoteologia e da determinação do ser como presença. Recolhendo essa herança filosófica, Derrida instituiu “operações” de intervenção que consistiam “[...] em denunciar num determinado texto [...] aquilo que é valorizado e em nome de quê e, ao mesmo tempo, em desrecalcar o que foi estruturalmente dissimulado nesse texto”.<sup>95</sup>Tais operações são chamadas por Derrida de “duplo gesto” ou “dupla ciência”, dois momentos constituintes da atividade desconstrutiva: inversão e deslocamento.<sup>96</sup> Voltemos uma vez mais a “Positions” e acompanhemos a descrição dessas operações feitas pelo filósofo franco-magrebino a Jean Louis-Houdebine:

Portanto, é necessário avançar um duplo gesto, de acordo com uma unidade que é ao mesmo tempo sistemática e como se tivesse sido removida de si mesma, uma escrita dividida, ou seja, multiplicada, o que eu chamei, em "a dupla sessão", uma dupla ciência: por um lado, passando por uma fase de reversão. [...] É, portanto, necessário, por este duplo escrito, precisamente, estratificado, deslocado e deslocado, marcar a lacuna entre a inversão que a estabelece, desconstrói a genealogia sublimadora ou idealizadora, e a emergência irruptiva. um novo "conceito", um conceito do que não é mais deixado, nunca foi entendido no regime anterior.<sup>97</sup>(tradução do pesquisador)

Exemplifiquemos essas aludidas operações com nosso objeto de estudo: o Hospital Miguel Couto. Em determinado texto-fonte, conhecido como *Exposição de Motivos*, que se destina a descrever para as autoridades estatais, pois o hospital era público, os trabalhos realizados no HMC, há constantes referências a hospitais particulares que recebem subvenções estaduais, sendo, por isso, duramente criticados. Instituiu-se ao longo desse texto, e por vários expedientes, uma hierarquia hospitalar: o HMC, posicionado no centro; os demais ocupando as margens. A análise derridiana, então, em um primeiro momento, inverteria tal relação (*renversement*) e buscaria valorizar os hospitais alvos do rebaixamento e secundarizar o HMC, mostrando o quanto este dependia dos demais para sua constituição identitária; em seguida, proceder-se a um deslocamento (*écart*), instabilizando essa nova centralidade, “abrindo” a conceitualidade de hospital mesmo para outros entendimentos (hospital

<sup>95</sup> SANTIAGO, Silvano. *Glossário de Derrida*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. p.18.

<sup>96</sup> HADDOCK-LOBO, Rafael. *Derrida e o labirinto de inscrições*. Porto Alegre: Zouk, 2008. p.19.

<sup>97</sup> DERRIDA Jacques. *Positions: entretiens avec Henri Ronse, Julia Kristeva, Jean Louis Houdebine, Guy Scarpeta*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1972, p.56-57.

abrigo, hospital-escola, hospital-cura, hospital-clínica) e expondo seu caráter de constructo histórico-social fundado em relações de poder.

Esse “método de leitura” desconstrutivo (“double séance”) carrega consigo uma concepção particular de linguagem, texto e textualidade. A linguagem é vista como um - dentre tantos outros - código de repetibilidade (*iterabilidade*), composto de *rastros* ou *marcas* que ganham valor segundo um sistema de diferenças que é infinito, como bem descreveu John Caputo:

Em lugar de pensar a linguagem de maneira clássica, como um conjunto de signos exteriores de pensamentos interiores já constituídos [...], Derrida, seguindo Saussure e a linguística moderna, pensa nos usuários da linguagem apelando a um código, ou seja, marcas ou rastros repetíveis que constroem ou constituem desde dentro certas unidades de significação como ‘efeitos do código’. Estes rastros não possuem um significado inerente em si mesmos, mas que seu significado é ‘arbitrário’ e ‘convencional’. [...] O significado (e a referência) é uma função da diferença, da distância ou o ‘espaçamento’ entre os rastros, o que se chama, de uma forma absolutamente séria, o ‘jogo de diferenças ou rastros.’<sup>98</sup> (tradução do pesquisador)

A “imagem do dicionário” funciona bem aqui. O significado e referência de uma palavra guarda relação interna com as demais. Localizamos uma palavra no dicionário graças a uma certa configuração gráfica (ortografia), mas também por um lugar semântico, conotação ou denotação, em relação a outras. O significado define-se de maneira diferencial, sempre com relação ao significado de outras palavras, não havendo qualquer delas que escape a esse jogo de remessas, algo externo à linguagem, como um “significado transcendental”.

Daí a afirmação -fruto de vários mal-entendidos -, presente em “Of Grammatology”<sup>99</sup>, de que “There is nothing outside of the text” (*il n’y a pas de hors-texte*, no original francês), expandindo o entendimento da linguagem como sistema diferencial de marcas ou rastros para tudo aquilo que costumamos nomear de “realidade”, apontando para uma “escritura geral”, um jogo do mundo. A própria linguagem, de agora em diante, formará um subconjunto da escrita em geral. A letra, o traço e a marca passam a ser a chave para a decodificação do mundo, que se transforma em um texto ou resultado das múltiplas textualidades. A afirmação de que “não há *fora*

---

<sup>98</sup> DERRIDA, Jacques; CAPUTO, John. *La deconstrucción em uma cáscara de nuez*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2009, p.120.

<sup>99</sup> DERRIDA, Jacques. *Of Grammatology*. Baltimore (Maryland): Johns Hopkins University Press, 1997.p.158.

do texto” sustenta-se em uma Teoria da Imanência em que materialidade e idealidade são faces de uma mesma moeda. Para existir, é preciso estar em suporte, inscrever-se em algo. Ser é ser-inscrito.<sup>100</sup>

É o conceito mesmo de “escritura” que está em jogo e tudo o que com ele se move:

Há algum tempo, de fato, aqui e ali, por um gesto e por motivos que são profundamente necessários, uma das seguintes palavras é uma das palavras “linguagem” para ação, movimento, pensamento, reflexão, consciência, inconsciência, experiência, afetividade, etc. Agora tendemos a dizer “escrever” para todos, menos o projeto não apenas dos gestos físicos da inscrição pictográfica ou ideográfica literal, mas também a totalidade do que torna isso possível; e também, além da face significante, a própria face significada. E assim dizemos “escrever”, pois tudo o que dá origem a uma inscrição em geral, seja ela literal ou mesmo distribuída no espaço, é estranho à ordem da voz: cinematografia, coreografia, é claro, mas também pictórica, musical, escultural “escrita”. Poder-se-ia também falar de escrita atlética, e com uma certeza ainda maior de escrita militar ou política em vista das técnicas que governam essas áreas hoje. Tudo isso é descrito apenas pelo sistema de notação secundariamente ligado a essas atividades e a essência dessas atividades.<sup>101</sup> (tradução do pesquisador)

Mesmo em seu aspecto vestigial, “matéria” (pensem no suporte de inscrição) que nos chega do “passado” - que herdamos, em verdade -, o que perdura são textos na sua mais ampla significação, dos escritos aos pictografados, e, portanto, dão-se a ler, a processos semióticos e linguísticos. O texto, em sentido derridiano, não se restringe, aqui, ao discurso ou livro na dimensão simbólica, representativa, ideológica ou ideal; o texto –ou mais propriamente textualidade – cobre, atravessando de dentro mesmo, as estruturas ditas “reais”, como a economia, a história, a sociedade, as instituições diversas.<sup>102</sup> Toda a espessura do real é um texto entendido como diferença na cadeia de textos. Sendo textos e devendo ser lidos, e é só o que temos, todo o passado pode ser

<sup>100</sup> “Basta que alguma coisa se inscreva para que o rastro dela ‘permaneça’ ou ‘reste’, correndo, é claro, sempre o risco de um apagamento posterior. A realidade da coisa é seu próprio rastro (*trace*). A ‘coisa em si’ nunca existiu, pois o que sempre ocupou o lugar da origem nada mais foi do que rastro, isto é, a marca de uma inscrição ‘arcaica’ que não se deixa apreender na oposição presença/ausência, nem muito menos pode ser assimilada aos limites logocêntricos de uma *arkhé* fundamental”. (NASCIMENTO, Evandro. *Derrida e a literatura: “notas” de literatura e filosofia nos textos da desconstrução*. São Paulo: É Realizações, 2015). Cf.: Pinto Neto, Moysés da Fontoura. *A escritura da natureza: Derrida e o materialismo experimental*. Porto Alegre, 2014. 299 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. p.191.

<sup>101</sup> DERRIDA, *Of Grammatology*, p.9.

<sup>102</sup>PINTO, Aline Magalhães. *A história transborda-sobre a noção de suplemento em Derrida*. In: Anais do 3º Seminário Nacional de História da Historiografia: aprender com a História? Ouro Preto: Edufap, 2009. p.1.

considerado (como se fosse) um texto. Esse passado é apropriado textualmente, estando sujeito à nossa imaginação, à criatividade mesma.

Isto quer dizer que nossa presença no mundo é sempre situada, já parte prenhe de implicações, pressuposições e crenças que envolvem nossas afirmações sobre os objetos, pessoas e instituições, o que requer do pesquisador um trabalho permanente de autocrítica sobre as categorias e operações postas em jogo na análise:

Todos estamos sempre já incrustados em diversas redes (sociais, históricas, linguísticas, sexuais - a lista continua hoje me dia até incluir redes eletrônicas, worldwide web), distintos horizontes ou pressuposições [...] Ter acesso diretamente as coisas mesmas das quais se falaram, o faremos somente através de outras marcas, outros horizontes, outras pressuposições sócio-linguístico-políticas, outras relações ou redes ‘diferenciais’ [...] Ninguém tem nunca um acesso privilegiado ao Segredo que com um sorriso descansa atrás de toda linguagem e de toda interpretação à espera de que nós tão somente toquemos a porta; todos estamos no mesmo barco textual juntos, forçados a obter o melhor resultado que podemos com os signos e as pistas que podemos recolher, trabalhando dentro de uma rede mundial ou outra. Não é que os textos e as linguagens não tenham ‘referentes’ ou ‘objetividade’ mas que o referente e a objetividade não são quanto parecem ser, não há um significado transcendental puro.<sup>103</sup> (tradução do pesquisador)

Nesses termos, o texto, que é a matéria-prima de nosso ofício, ganha em complexidade e densidade. As fontes do historiador devem ser vistas como “una multiplicidad de hilos y capas innumerables”<sup>104</sup>, produzindo numerosos efeitos semânticos, sintáticos, constataivos, performativos, estilísticos, retóricos, dos quais somente alguns são “escolhidos” na constituição e interpretação das evidências, neutralizando as demais. Um texto é um agregado de acontecimentos textuais. A desconstrução derridiana não é um “vale-tudo” interpretativo, uma destruição intempestiva e niilista do que quer que seja; é um movimento do “[...] pensar como aconteceu, como se faz alguma coisa que não é natural: uma cultura, uma instituição, uma tradição [...]”<sup>105</sup>. Nesse sentido, um aliado dos historiadores, que se empenham em desnaturalizar as instituições, relações, ações, práticas ou representações históricas que venham a estatuir-se como universais, quando em verdade são discursos particulares circunscritos sócio-culturalmente.

---

<sup>103</sup>DERRIDA, Jacques; CAPUTO, John, *La deconstrucción em una cáscara de nuez*, p.98-99.

<sup>104</sup> Idem, *Ibidem*, p.

<sup>105</sup>DERRIDA, Jacques. “O que quer dizer ser um filósofo francês hoje?”. In: \_\_\_\_\_. *Papel-máquina*. São Paulo: Estação Liberdade, 2004. p.308.

Essa concepção de linguagem e texto/textualidade derridianos desafiam o trabalho do historiador na medida que demandam outro tratamento com relação às fontes, ao uso da teoria e à representação narrativa, e requerem dos historiadores uma “consciência desconstrutiva” mais atenta à dimensão literária de sua operação historiográfica, sem que, com isso, venha a perder sua especificidade como disciplina: o conhecimento do “passado” a partir de documentos. A assunção da ficcionalidade (“interna”) de seu texto, aproximando-o de outros gêneros, em nada impede a compreensão de que a ficção “[...] é ‘um discurso que ‘informa’ do real, mas não pretende representá-lo nem abonar-se nele’, enquanto a história pretende dar uma representação adequada da realidade que foi e já não é”.<sup>106</sup> Embora não assinemos integralmente a posição de Chartier, a matriz disciplinar básica permanece *para qualquer crítica*: a existência de fontes e uma “intenção de verdade” sobre o “passado”. O questionamento, aqui, diz respeito aos limites de tal conhecimento consoante as novas demandas do tempo presente. Daí a aproximação com outros campos de estudo e reflexões teórico-conceituais que nos permitam ampliar nossos horizontes historiográficos, em nosso caso particular, com o pensamento derridiano.

Para a concepção de História que desenvolvemos aqui, a discussão sobre a temporalidade, tal como a realiza o filósofo franco-magrebino, abre possibilidades bastante esclarecedoras. Entre os historiadores, de modo geral, tem predominado um tempo iluminista e hegeliano, dominado pela linearidade (linear-dialético, para o caso hegeliano), progressivo, acelerado e teleológico, apontando vetorialmente para a realização da razão. Assim funcionou a temporalidade positivista comteana (sem projeto revolucionário, evolucionista), a temporalidade historicista (do Romantismo, celebrando as diferenças nacionais, os ‘Espíritos dos povos’, tempos lineares, mas múltiplos); a temporalidade do materialismo histórico (revolucionário, dialética das diferenças, acelerado e voltado para o futuro). Com exceção das propostas de Spengler e Toynbee na primeira metade do século XX, baseadas na ascensão, apogeu, queda e continuidade das civilizações (modelo circular-linear), foi o modelo iluminista que vigorou entre nós, informado pela tripartição passado-presente-futuro.<sup>107</sup>

Por sua vez, tal estrutura temporal clássica remontava à concepção metafísica de Aristóteles, no *Livro IV da Física*, em que o tempo era representado como pontos

---

<sup>106</sup> CHARTIER, Roger. *A história ou a leitura do tempo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. p.24.

<sup>107</sup> BARROS, José D’Assunção. *O tempo dos historiadores*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p.72-93.



sucessivos numa linha, figurando como “agoras”, presentes em si mesmos, de modo que o passado figuraria como um “agora” que passou e o futuro um “agora” que não veio, atuando como limite e subordinando o “antes” e “depois”, que nada mais são que outros “agoras”. Contudo, na passagem, prepondera o não-ser, o não-agora ainda: a ausência. Essa estranheza do tempo que faz com que ele jamais seja ele mesmo, sempre deslocando-se e assumindo uma incerteza espacial, extensa: o que está antes pode sugerir o que está atrás (no passado) e o que está à frente (no futuro).<sup>108</sup> Na explanação de Sean Galton, a Física de Aristóteles assume uma indeterminação insuperável:

[...] no passado chamamos de ‘antes’ o que está mais longe do ‘agora’ e de ‘depois’ o que está mais próximo, mas no futuro chamamos o mais próximo de ‘antes’ e o mais distante de ‘depois’. [...] não conseguimos decidir se o ‘antes’ está atrás ou à frente de nós. [...] O TEMPO *entra* e somos pegos em um deslocamento estranho, em uma incerteza que paira sobre nós de um ‘atrás’ que pode estar simultaneamente na parte traseira, no passado, e à frente, no futuro. O TEMPO *entra* em cena, e o agora não sabe se ele está indo ou vindo, se chegou *antes* de partir.<sup>109</sup>

Essa “desordem” do tempo, ou melhor, da temporalidade aristotélica linear, nos abre inúmeras possibilidades para se repensar a nossa relação com o passado (“antes do agora”), visto como sinônimo de história, fixo para todo observador, contendo nele mesmo as propriedades “do passado”, quando, em verdade, ele é construído a cada pesquisa, a cada investida de sentido, seja da parte dos historiadores, seja da parte de outros profissionais. O que temos, de fato, são apenas acontecimentos da ordem do sublunar, recortados conforme os interesses de pesquisa:

[...] isto não é negar, incidentalmente, o que aconteceu antes agora realmente aconteceu. De fato, isso precisa insistir. Mas a questão é que esses acontecimentos anteriores não eram em si mesmos "o passado" nem "a história"; eles eram apenas acontecimentos.<sup>110</sup> (tradução do pesquisador)

O que Derrida está sinalizando é a abertura para outras formas de lidar com o tempo que possam ir além da perspectiva moderna e ocidental fundada na “lei da

---

<sup>108</sup>MATTHES, Máira. *O espaçamento do tempo segundo Jacques Derrida*. In: Sapere Aude, Belo Horizonte, v.4, n.7, p.245-259, 1º se. 2013. Para discussão em detalhes, ver: DERRIDA, Jacques. Ousia and Gramme: note on a note from Being and Time. In: \_\_\_\_\_. *Margins of Philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985. p.29-67.

<sup>109</sup>GASTON, Sean. *Derrida: introdução*. Porto Alegre: Penso, 2012.p.88-89.

<sup>110</sup>JENKINS, Keith. *Refiguring History: new thought on an old discipline*. London and New York: Routledge, 2003.p.35.

sucessão” dos eventos ou estruturas, reservando lugar também para outras experiências da temporalidade que privilegiem o “empilhamento”, a “superposição”, a “imitação”, a “coexistência” e a “reabsorção”.<sup>111</sup> Um tempo como abertura absoluta para o futuro, que não feche o presente num presenteísmo circular que se fecha sobre si mesmo, negando o porvir outro. Não é “[...] el futuro relativo y previsible, programable e planeable (el futuro del ‘planeamiento estratégico’), sino hacia el futuro absoluto, la bienvenida abierta a uno al cual no puedo , em princípio, prever, lo *tout autre* cuya alteridade perturba los ciclos complacentes de lo mismo”.<sup>112</sup> Estrutura temporal que Derrida chamou de “messianismo”, que não deve ser confundido com os messianismos teológicos e filosóficos (Hegel, Marx, Heidegger), que sustentavam programas finalistas, escatologias de uma futuridade-já-sempre-presente, que abole o inesperado, a novidade, o por-vir mesmo:

O ‘messiânico’ [...] tem a ver com a estrutura absoluta da promessa, de um indeterminado absoluto, digamos, um futuro estrutural, um futuro sempre por vir, porvir. O futuro messiânico não é um presente futuro e não será provocado por um Messias determinado; não é simplesmente futural no sentido da estrutura mesma do futuro. O futuro messiânico é um futuro absoluto, a estrutura mesma do por-vir que não pode em princípio ocorrer, a abertura mesma do presente que faz impossível que o presente se inclua no círculo, se feche e se reúna em si mesmo. O messiânico é a estrutura do por vir que expõe a contingência e a desconstrutividade do presente, ao expor a alterabilidade do que gostamos de chamar ‘poderes que são’, os poderes que estão presentes, o poder prestigioso do presente.<sup>113</sup> (tradução do pesquisador)

Para o historiador, isso significa a valorização do acontecimento como singularidade, algo idiossincrático, não dissolvido pela universalidade e generalidade comuns da teoria social construcionista. Tal postura derridiana também ilumina um velho problema historiográfico: a retrodição, ou seja, olhar o passado já conhecendo seu futuro. Embora seja uma condição do conhecimento histórico, pois só podemos olhar o passado a partir do presente, o historiador deve estar atento ao que François Simiand, ainda em 1903, denominava de “mito das origens”, a ideia de que existe uma cadeia linear e única de acontecimentos em relação necessária de causa e efeito que pode ser

<sup>111</sup> HARTOG, François. *Evidência da história: o que os historiadores veem*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p.25.

<sup>112</sup> DERRIDA; CAPUTO, Op. Cit., p.183.

<sup>113</sup> DERRIDA, Jacques; CAPUTO, John, *La deconstrucción em uma cáscara de nuez*, p.189.

recuperada pelo historiador.<sup>114</sup> Evitando explicar a história como uma “profecia ao avesso”, o historiador deve estudar as situações históricas como se não conhecesse o seu futuro<sup>115</sup>, “escovar a história a contrapelo”<sup>116</sup>, como escreveu Walter Benjamin na Tese n.7 de suas *Teses sobre o conceito de história* (1940).

Essa valorização do acontecimento<sup>117</sup> como singularidade, descontinuidade que abre o novo, na esteira de Foucault, Deleuze e Guattari, desgarrando-se do teleológico-escatológico, dos princípios de *arché*<sup>118</sup> e *télos*<sup>119</sup>, permite-nos lidar com os eventos históricos como possibilidades abertas, levar em conta suas potencialidades não atualizadas, mas sempre possíveis enquanto horizontes: os acontecimentos não respondiam a leis gerais e abrangentes no sentido de que *tinham* de ser assim e não de outro modo. A relação potência-ato aristotélica desligada do princípio da *phýsis* grega, eis o sopro da acontecimentalidade derridiana, e o alívio da historiografia. E isso aponta

<sup>114</sup> BARROS, José d’Assunção. *O tempo dos historiadores*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.p.210-213; VEYNE, Paul. *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Brasília; UnB, 2014.p.121-125.

<sup>115</sup> ARÓSTEGUI, Julio. *A pesquisa histórica: teoria e método*. São Paulo: EDUSC, 2006. p.354.

<sup>116</sup> A expressão era endereçada particularmente ao materialismo histórico, acusado por Benjamin de imobilizar as ideias em nome de acontecimentos messiânicos (a revolução do proletariado). Cf.: BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre Literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Obras Escolhidas, v.1). p.225.

<sup>117</sup> Conferir discussão em: DOSSE, François. Uma metafísica do acontecimento. In: *Renascimento do acontecimento: um desafio para o historiador: entre Esfinge e Fênix*. São Paulo: Unesp, 2013. p.163.

<sup>118</sup> Tomo aqui como sinônimo de “origem”, “começo absoluto”. Marilena Chauí, no glossário de seu livro *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*, define o termo mais detalhadamente: “Esta palavra possui dois grandes significados principais: 1) o que está à frente e por isso é o começo e princípio de tudo; 2) o que está à frente e por isso tem o comando de todo o restante. No primeiro significado, *arkhé* é fundamento, origem, princípio, o que está no princípio ou na origem, o que está no começo de modo absoluto; ponto de partida de um caminho; fundamento das ações e ponto final a que elas chegam ou tornam. No segundo significado, *arkhé* é comando, poder, autoridade, magistratura; coletivamente significa: o governo; por extensão, reino, império. Com este segundo sentido, *arkhé* compõe as palavras que se referem às três formas do comando político: *monarkhía* (*mónos*: um) ou o comando de um só; *oligarkhía* (*oligos*: pouco numeroso, uns poucos) ou o comando de alguns ou pequeno número de famílias; *anarkhía* (*a*: não) ou o não comando, a falta de comando. Os dois sentidos estão fundidos na cosmologia e, posteriormente, na Metafísica de Platão e Aristóteles. É o princípio absoluto, eterno, idêntico e incorruptível de todas as coisas e que governa/comanda a realidade”. (CHAUÍ, Marilena. *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.p.495-496.)

<sup>119</sup> No sentido das Filosofias da história, o *télos* significa o fim do processo histórico, localizado em um futuro antecipável. Conferir definição filosófica pormenorizada do termo: “Fim, finalidade, conclusão, acabamento, realização, cumprimento; resultado, consequência; chegar a um termo previsto; ponto culminante, cume, cimo, alvo; formação e desenvolvimento completos, pleno acabamento; plenitude de poder de alguma coisa, soberania; o que deve ser realizado ou cumprido; o que é completo em si mesmo. O *télos* pode ser natural, isto é, determinado pela *phýsis* ou pela *ousía* de um ser. O *télos* também pode ser uma decisão humana, uma convenção estabelecida segundo o *nómos*. O *télos* é o que permite avaliar ou determinar o valor e a realidade de alguma coisa”. (CHAUÍ, Marilena. *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.p.512.)

para uma concepção de História “em migalhas”, que privilegia a diversidade, escapando a uma certa metafísica do conceito de História:

[...] embora eu tenha reservas sobre o conceito “metafísico” de história, muitas vezes uso a palavra “história” para outra cadeia conceitual de “história”: história em efeito ‘monumental’, ‘estratificado’, ‘contraditório’ [...]. Toda a tão necessária crítica de Althusser ao conceito hegeliano de história e à noção de totalidade expressiva, etc., visa mostrar que não há uma única história, uma história geral, mas histórias. diferentes em seu tipo, seu ritmo, seu modo de inscrição, histórias diferenciadas, etc.<sup>120</sup> (tradução do pesquisador)

Uma “ciência” dos acontecimentos singulares, de temporalidade estratificada, complexa, múltipla (Braudel consignaria tal posição), preocupada com os detalhes da acontecimentalidade, e atento sempre às sombras projetadas pelo evento e sobre o evento, pois é na região sonambúlica da história que emergem as camadas simbólicas do “antes do agora”, exame das forças constituintes do jogo, eis a aposta:

Não é a menor dignidade desta ciência hamaine chamada história que a preocupação por privilégio, em atos e instituições do homem, a imensa região do sonambulismo, o quase tudo que não é o puro despertar, a acidez estéril e silenciosa da pergunta em si, o quase nada.<sup>121</sup> (tradução do pesquisador)

Uma história como curso que não se deixe programar, movendo-se à deriva no sentido de aberta à futuridade, às infinitas possibilidades à disposição dos sujeitos e coletividades, que escolhem, em condições históricas dadas (espectros de Marx...), a sociedade em que desejam viver. John Caputo captou bem essa ideia de uma historicidade radical:

Ao privar-se da ideia tanto de rumo teleológico como de um escatológico, Derrida desenvolveu uma ideia mais livre e radical do sucesso histórico, pois que uma cultura se encontre ‘em movimento’ de uma maneira diferente ao de um rumo significa que se conserva mais radicalmente aberta a um ‘futuro’ (l’avenir), ao que está por vir (à venir). Assim, a história não é um rumo estabelecido de antemão com direção a um télos como se fora um presente-futuro, um futuro possível de prever, de panejar, de programar, de antecipar, de dominar. Por história entende, ao contrário, um zarpar sem rumo, em busca de algo ‘novo’. Uma história aberta, não-teleológica tal é ao que se refere

<sup>120</sup> DERRIDA, *Positions*, p.78-79.

<sup>121</sup> DERRIDA, Jacques. Force et signification. In: \_\_\_\_\_. *L’écriture et la différence*. Paris: Éditions du Seuil, 1967.p.11.

Derrida quando fala de ‘história’, que para ele significa que algo (um ‘acontecimento’) está sucedendo realmente, e vivendo (é-venir), estalando, desgarrando o curso circular do tempo greco-alemão. Para Derrida, a história não é programada por antecipação, não se a faz desenvolvendo-se dentro de um horizonte arqueo-teleológico pré-estabelecido, não se a mantém em seu curso por todo o momento, nem se conserva sua cabeça e seu rumo através de algum tipo de piloto automático ontológico.<sup>122</sup> (tradução do pesquisador)

História, portanto, será sempre “história de”, não teleológica, não escatológica, escrutinando os acontecimentos na sua singularidade, no que há de oculto, ensombrado, da ordem visibilidade invisível, sempre em movimento “sin rumbo”, não-orientado, mas *kínesis*, devir sublunar, construindo o passado (baseado em documentos) a cada investida, posto em discurso narrativo como produto da pesquisa, deslocando-se na incerteza e na tensão de lidar com a “estranha familiaridade” (*umheimlich*) do passado, compreensão da história que pode colaborar para um pensamento historiográfico mais afinado às demandas de uma sociedade democrática, plural, que deseja resistir às formas de totalitarismo de toda ordem, às dominações hierárquicas, excludentes e fundadas na desigualdade de um Capitalismo tardio globalizante.

## 1.5 DISSEMINAÇÃO E REDESCRIBÇÃO NARRATIVA: UMA COSTURA A MAIS

Nas operações da desconstrução derridariana, sobrevalorizam-se as possibilidades de multiplicar as identidades, como fruto do dismantelamento das máquinas textuais pelas operações da “dupla ciência”. Os efeitos da remontagem são o produto hermenêutico do trabalho desconstrutivo, que desestabiliza sentidos fixos, pretensamente sólidos e perenes. No ensaio *La dissemination*<sup>123</sup>, publicado na Revista *Critique* (1969), Derrida descreve operações que consistem em jogar com a pluralidade de sentidos de um termo para além da polissemia, que ainda se funda na oposição literal/metafórico. A ideia é romper essa paridade metafísica e abrir o sentido para o jogo infinito da linguagem. A disseminação, como ele a chamou, funcionaria como uma hermenêutica, com a diferença de que Derrida valorizava a irredutibilidade do sentido, questionando a própria ideia de sua existência. Com efeito, o sentido não se

<sup>122</sup> DERRIDA; CAPUTO, *La deconstrucción en una cáscara de nuez*, p.139-140.

<sup>123</sup> DERRIDA, Jacques. *La dissemination*. Madrid: Espiral, 2015.

reconstruiria numa unidade, como na interpretação textual tradicional (Gadamer, por exemplo), mas se disseminaria, sem ponto de ancoragem definitiva, sem repouso.<sup>124</sup>

Essa técnica, tal como pensada por Derrida, acaba nos conduzindo ao terreno da pluralidade interpretativa de modo radical, abrindo-nos, acima do desejo de eternidade, formas novas de pensar, dizer e agir. E isto se afina bem com a noção rortyana de “redescrição narrativa”, que apresenta a nossa relação histórica como uma “conversaço” que não se funda na argumentaço com finalidade de convencer alguém, provar, demonstrar a verdade, mas sim na atividade lógico-retórica de fornecer alternativas a narrativas já existentes, redescrivendo-as de modo a inventar novos mundos mais solidários, tolerantes, uma vez que desconhecemos a existência de uma instância histórica, universal e absoluta que esteja acima de todas as narrativas possíveis, uma “metanarrativa” capaz de julgar as demais. Modificando-se as práticas linguísticas no exercício das muitas conversaço, produziríamos mudanças nas práticas sociais. A descrição deste procedimento pelo próprio Richard Rorty é esclarecedora:

O método consiste em descrever uma porção de coisas de maneiras novas, até criar um padrão de condutas linguísticas que tente a geração em ascensão a adotá-la, com isso fazendo-a buscar novas formas apropriadas de comportamento não linguístico – por exemplo, a adoção de um novo equipamento científico ou de novas instituições sociais. Esse tipo de filosofia não trabalha passo a passo, analisando um conceito após outro ou verificando hipótese após hipótese. Ela funciona antes de forma holística ou pragmática. Diz coisas como “tente pensar nisso desta maneira”, ou, mais especificamente, “tente ignorar as questões tradicionais visivelmente fúteis, substituindo-as pelas seguintes questões novas e possivelmente interessantes”. Ela não finge dispor de um candidato melhor para fazer as mesmas velhas coisas que fazíamos quando falávamos da maneira antiga. Em vez disso, sugere que talvez convenha pararmos de fazer aquelas coisas e fazer outras, mas não defende essa sugestão com base em critérios antecedentes comuns ao velho e ao novo jogos de linguagem. Isso porque, na medida em que a nova linguagem for realmente nova, tais critérios não existirão.<sup>125</sup>

Nessa perspectiva, filosoficamente não fundacionista e mais distante da epistemologia, Rorty vê grande relevância no uso das narrativas como práticas pedagógicas e criativas, capazes de transformar o mundo ao redescrivê-lo. O que importa para ele é a diversidade narrativa que pomos à mesa na discussão, com seus

<sup>124</sup> SARAMAGO, Ligia. *Hermenêutica e desconstrução: por uma Ética da Leitura*. In: DUQUE-ESTRADA, Paulo César. *Desconstrução e Ética: ecos de Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p.69.

<sup>125</sup> RORTY, Richard. *Contingência, ironia e solidariedade*. São Paulo: Martins, 2007. p.34-35.

contrapontos, não necessariamente inimigos e elimináveis mediante qualquer lógica argumentativa. Talvez a riqueza esteja na leitura de um leque variado de experiências com as quais poderemos edificar a nossa própria. Nesse ponto, o Novo Testamento poderia até dialogar com o Manifesto Comunista, e deles tirarmos uma nova e mais rica perspectiva:

As crianças precisam ler a mensagem de fraternidade humana de Cristo em conjunto com o relato de Marx e Engels sobre como o capitalismo industrial e o mercado livre -indispensáveis como são hoje- tornaram muito difícil instituir essa fraternidade. Elas precisam ver as suas vidas como esforços no sentido de realizar a nossa potencialidade moral, inerente a nossa capacidade de comunicar as nossas necessidades e esperanças. Elas devem ouvir histórias sobre as congregações cristãs que se reuniam nas catacumbas e sobre os comícios de operários nas praças de metrópoles. De fato, ambos cumpriram papéis igualmente importantes no longo processo de realização dessas potencialidades. O conteúdo inspirador do Novo Testamento e do "Manifesto Comunista" não é diminuído pelo fato de milhões de pessoas terem sido escravizadas, torturadas ou terem morrido de fome a mando de pessoas sinceras ou moralmente sérias, que recitavam trechos de um ou de outro texto, a fim de justificar seus atos.<sup>126</sup>

Assim, podemos afirmar que a redescrição narrativa aproxima-se, para o que nos importa aqui, da disseminação derridariana na medida que o resultado da desconstrução do sentido pode configurar novas narrativas, mais ricas e abertas, que se diversificam na medida da conversação entre “redes de crenças e desejos”. Essa aproximação visa responder à pergunta “O que vem depois da desconstrução?”, identificando “positivamente” o produto dessa operação. A desconstrução, se assim podemos nos expressar, teria como efeito uma nova descrição do mundo, ou, pelo menos, a abertura de potências redescritivas, dado que se desmonta algo para se remontar mais adiante, e esse “mais adiante” há de ser algo distinto da situação anterior. Tal reconstrução instável, como sempre há de ser, será entedida aqui como uma redescrição narrativa, o produto da atividade desconstrutiva. Essa ponte que estabelecemos entre desconstrução e neopragmatismo<sup>127</sup> rortiano, através do conceito de redescrição narrativa, visa

<sup>126</sup> \_\_\_\_\_. Duas profecias. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 24 maio 1998. Caderno Mais! (Extraído de: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs24059808.htm>).

<sup>127</sup> O termo refere-se a uma corrente filosófica que faz uma releitura do pragmatismo clássico surgido nos Estados Unidos da América, ainda no séc. XIX, que teve como pioneiros Charles Sanders Pierce (1839-1914), William James (1841-1910) e John Dewey (1859-1952). Na década de 1920, filósofos ingleses e alemães, como Bertrand Russell e Max Horkheimer, desfecharam críticas a noções como “a verdade é o útil” e à compreensão da prática como sinônimo de êxito. A presença do positivismo lógico nas universidades americanas, defensoras de um atomismo linguístico como espelho da realidade, fragilizaram a posição pragmatista. Somente nos anos 1950, com os trabalhos de Orman Quine e Donald Davidson, o pragmatismo voltou ao debate internacional e a figura de Richard Rorty capitaneou essa

conferir peso epistemológico menor ao trabalho historiográfico e uma maior sintonia com a diversidade de pontos de vista registrados nas fontes, procurando não hierarquizá-las de primeira ou última mão, mas aproximá-las no modo da conversa.

## 1.6 SAÚDE ( ) A CLIO!... O CAMPO DA SAÚDE E A HISTÓRIA

História, como assumimos no tópico anterior, é sempre “História de” no sentido da singularidade do objeto, da concretude espaço-temporal única do evento. Da mesma forma, tal acontecimentalidade também se constitui sempre *para* um determinado sujeito de saber: uma *História-de* se faz tão somente numa *História-para* (Schopenhauer chamaria esta disposição de “representação para um sujeito” na sua obra magna *O Mundo como Vontade e como Representação*). Isto quer dizer que devemos atentar para os sujeitos que constroem os saberes, examinar técnicas aplicadas, métodos utilizados, instituições de produção, sistema de valores dominantes, rede de interesses que governam os sistemas interpretativos, algo como a noção de “campo” de Pierre Bourdieu deixa perceber ou mesmo a de “lugar social” de Michel de Certeau em sua “Operação historiográfica”. Pensamos aqui especificamente em circunscrever o estudo do Hospital Miguel Couto no campo da História da Saúde e sua objetivação na modalidade da História da Assistência Hospitalar.

Saúde é termo polissêmico que abre inúmeras possibilidades de estudo e pesquisa, com áreas, campos, setores e disciplinas variados. A palavra vem do Latim *salus*, que significa são, inteiro, salvo, dela derivando *saluus*, *solidus*, *soldus*, que

---

retomada. Cruzando filosofia analítica e pragmatismo, renovou a concepção clássica de experiência do pragmatismo e apostou no “comportamento linguístico”, advogando o abandono do paradigma epistemológico em favor do educacional, promovendo uma filosofia conversacional, anti-fundacionista e antirrepresentacionista. Criticando a filosofia tradicional cartesiano-kantiana, que privilegiou a epistemologia como área do saber, hierarquizando as disciplinas em especialidades mais ou menos nobres, Rorty preferiu investir na sabedoria como diálogo que na verdade como fundação e legitimação de autoridade. O conhecimento, para ele, era antes uma questão de conversação enquanto prática social, e não a busca de fundamentos absolutos. A função da filosofia era fornecer ferramentas para o uso de narrativas como elementos de formação, inventivando hábitos de ação que promovessem a solidariedade ampliada de nossa sensibilidade ao sofrimento do outro. Para mais informações, cf.: GHIRALDELLI, Paulo. *O que é pragmatismo*. Brasiliense, 2007; Idem. *Richard Rorty: filosofia do Novo Mundo em busca de mundos novos*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999; GHIRALDELLI, Paulo; RORTY, Richard. *Ensaio pragmatistas: sobre subjetividade e verdade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2006; RORTY, Richard. *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994; Idem. *Pragmatismo e política*. São Paulo; Martins, 2005; Idem. *Objetivismo, relativismo e verdade: escritos filosóficos I*. São Paulo: Relume-Dumará, 1997; Idem. *Contingência, ironia e solidariedade*. São Paulo: Martins, 2007; Idem. *Verdade e progresso*. São Paulo: Manole, 2005; Idem. *Consequências do pragmatismo* (ensaios: 1972-1980). Lisboa: Instituto Piaget, 1999.



expressam solda e soldados, todas remetendo à ideia de peça única, inteireza, completude. A etimologia grega não autoriza, com efeito, a fragmentação em partes constituintes: física, mental e social, por exemplo. Depois de certo ostracismo, foi retomada na proposta da Conferência Nacional de Saúde de 1988, quando expandiu o conceito de saúde para o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente trabalho, transporte, emprego, ócio, liberdade, oportunidade à posse de terra e acesso a serviços de saúde.<sup>128</sup>

Esse estado de higidez ideal tem variado bastante no tempo, podendo ser compreendido como ausência de doença, bem-estar biológico, psicológico e social, realização de potencialidades dentre outros, apontando para o âmbito de uma idealidade conceitual proveniente das mudanças promovidas pelo processo de democratização das sociedades ocidentais. Para além de fatores biológico-somáticos exclusivos, ela

[...] é interdependente das relações da convivência social historicamente determinada pela linguagem, política técnica, processos econômicos e padrões de consumo. [...] a higidez é presidida por uma lógica complexa, que considera os fatos da natureza e da sociedade, como também reconhece os ideais de busca da plenitude, da beleza, do gozo e da dignidade humana.<sup>129</sup>

Historicamente, a Saúde é um setor em torno do qual se formaram distintas áreas de estudo e atuação, conceitos e movimentos intelectuais que, em maior ou menor grau, corporificaram-se em instâncias acadêmicas e disciplinares bastante complexas de traçar, dadas as fronteiras histórico-institucionais devenientemente porosas e politicamente instáveis. Assim, a Saúde irrigou a área da Saúde Pública (a antiga e a “Nova”), o movimento Sanitarista, a Medicina Social, os departamentos de Medicina Preventiva (em substituição às Cátedras de Higiene, ligadas à Saúde Pública) e a Saúde Coletiva. De modo geral, a nomenclatura é atestadora das mudanças de concepção de saúde ao longo do tempo e, por conseguinte, da multiplicação de seus objetos, domínios e abordagens.

A Saúde Coletiva, por exemplo - e que nos interessa mais particularmente por aqui-, emergiu quando um grupo de profissionais da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social desejavam fundar um campo científico com uma orientação teórica,

---

<sup>128</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde: Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1988. p.11.

<sup>129</sup> CATÃO, Marconi do Ó. *Genealogia do direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.p. 141.

metodológica e política que privilegiava o social. Aliados ao movimento sanitário em luta pela democracia nas décadas de 1970 e 1980, militantes de esquerda ligados ao Partido Comunista Brasileiro apostavam em uma nova dimensão do saber para abordar a saúde, chamada então de Saúde Coletiva.<sup>130</sup>

Trata-se de um vasto campo marcado pela multidisciplinaridade e intersetorialidade, albergando em seu interior (se é que há algum) inúmeras concepções, enfoques, teorias, modelos, tecnologias e discussões, cuja síntese de seus enunciados conceituais seria tarefa por demais extensa, para não dizer sem fim. Entre 1983 e 2002, por exemplo, nada menos que quinze autores lançaram-se a revisões conceituais, metodológicas, disciplinares e relativas a saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva.<sup>131</sup> Dessa pleora de posições, e de um ponto de vista teórico-epistemológico, parece-nos mais produtiva entender a Saúde Coletiva como um “campo de conhecimentos”<sup>132</sup> de natureza interdisciplinar, um núcleo<sup>133</sup> de saberes e práticas, para a qual confluem diversas contribuições de outros campos de saberes, composta de

---

<sup>130</sup> Idem, *Ibidem*, p.159-160.

<sup>131</sup> Segue a lista de autores e obras: BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva* - Abrasco, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas; BODSTEIN, R. C. Ciências Sociais e Saúde Coletiva: novas questões, novas abordagens. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (2): 140-148, 1992; CANESQUI, A. M. As ciências sociais, saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995; CASTIEL, L. D. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus, 1994; COSTA, N. R. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da saúde coletiva no Brasil. *Saúde em Debate*, 45: 23-32, 1992; DONNANGELO, M. C. F. A Pesquisa na Área da saúde Coletiva no Brasil: a década de 1970. *Ensino de Saúde Pública e medicina preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1993; FLEURY, S. M. *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro; Relume-Dumará, 1992; LUZ, M. T. Novas realidades em Saúde, novos objetos em ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1997; LUZ, M. T. O campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. Disponível em: [www2.ghc.com.br/GepNet/nepetformacaoprofissionaltexto1.pdf](http://www2.ghc.com.br/GepNet/nepetformacaoprofissionaltexto1.pdf); PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. A Crise da Saúde pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Instituto de Saúde coletiva e Casa da Saúde, 2000; RIBEIRO, P. T. *A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil*, 1991. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; STOTZ, E. N. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1997; TEIXEIRA, S. M. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPS, 1985.

<sup>132</sup> PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* *Rev. Saúde Pública*, Salvador (BA), vol.32, n.4, jun. 1998, p. 308.

<sup>133</sup> A noção de “campo” aqui utilizada apoia-se na proposta de um grupo de pesquisadores da área das Ciências da Saúde, que a define como “[...] espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas”, em oposição a “núcleo”, entendido como “[...] uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso”. (CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, vol.5, n.2, 2000, p.220.)

disciplinas básicas como Epidemiologia, Planejamento e Administração em Saúde, as Ciências Sociais em Saúde, e *corpus* complementar, como Estatística, Demografia, Geografia, Clínica, Genética, Ciências Biomédicas entre outras. De acordo com Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho, pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, este vasto campo tem sua identidade própria assegurada pela adoção de determinados pressupostos básicos, dos quais ressaltamos especificamente os seguintes<sup>134</sup>:

- 1) “A Saúde, enquanto processo vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade, através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma *historicidade*.”
- 2) “as ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma *prática social* e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.”
- 3) “O Objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos *determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde*, e o estudo da *historicidade do saber e das práticas* sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltipla formação [...]”.

Os conceitos de “prática social”, “historicidade” e “produção social”, utilizados pelos pesquisadores baianos, remetem inelutavelmente para o caráter sócio-histórico dos conhecimentos e práticas da área da Saúde, concepção que se contrapõe à postura clássica dominante presente no campo da Saúde Pública sanitarista, historicamente assentada no biologicismo e universalismo naturalista do saber médico, centrado exclusivamente na figura do Estado como único promotor da saúde, deslegitimando qualquer consideração de ordem simbólica ou histórica a respeito das populações e práticas sanitárias.<sup>135</sup> O campo da Saúde Coletiva, portanto, teve sua emergência ligada às críticas desfechadas contra a Saúde Pública, ao seu regime teórico-conceitual e suas práticas, movimento possível graças à aproximação das Ciências da Área da Saúde com as Ciências Humanas e Sociais.

Na Medicina, por exemplo, as mudanças seguiram na direção crítico-ideológica ao Paradigma da Medicina em seu “modelo biomédico da atenção”, amplamente

<sup>134</sup>PAIM, Jairnilson; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Ibidem*. p.309.

<sup>135</sup>BIRMAN, Joel. A *Physis* da Saúde Coletiva. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15 (suplemento), p.11-14, 2005.

questionado a partir da década de 1940, e nos movimentos de reforma na área da Saúde originados nos anos 1980 e que vieram a ser conhecidos como “humanização”. As primeiras reuniram-se, inicialmente, em torno da proposta de uma Medicina Integral, que valorizava as necessidades emocionais e subjetivas das pessoas quando adoecem em detrimento da concepção tecnicista que encarava o doente apenas como corpo anátomo-fisiológico, hospedeiro da doença. Desse movimento, nasceram as “Humanidades Médicas”, disciplinas conexas ao ensino da prática clínica, que tinham objetivo de contribuir na formação médica com conteúdos de outras matrizes disciplinares, como Filosofia, Ética, Psicologia, Artes e Educação.

A “humanização”, por sua vez, ligou-se a movimentos políticos e ideológicos que incentivavam uma cultura profissional e uma prática médica mais interativa, mais intersubjetiva, tendo seus pontos de viragem no campo da Saúde Mental, com o movimento antimanicomial, e no campo da Saúde da Mulher, com a humanização do parto e do nascimento, mudanças que acabaram produzindo políticas públicas como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, em 2000) e a política Nacional de Humanização (PNH, em 2003).<sup>136</sup>

Essas transformações que atingiram a Medicina tiveram como preocupação primordial a relação entre médico e paciente, buscando romper o desgastado modelo biomédico em direção a uma referência identitária fundada na Humanização da Saúde.<sup>137</sup> As condições de possibilidade dessas rupturas no campo da Medicina, que permitiram a entrada de conteúdos e reflexões das Ciências Humanas no campo Biomédico, foram a percepção de que as instituições, discursos e práticas da Medicina são também práticas históricas, ligadas a determinadas demandas sociais, realizadas sob códigos culturais cambiantes, carregadas de ideologias, pressões institucionais normativas, códigos legais e valores morais, um mundo de relações complexas que não se fecham na corporação dos médicos com suas exigências de êxito técnico.<sup>138</sup>

Como se percebe, essas aproximações entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais e Humanas configuraram uma nova área de saber, a Saúde Coletiva, que tem

---

<sup>136</sup>RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Humanização e Humanidades em Medicina*. São Paulo: Unesp, 2012. p.16.

<sup>137</sup> Idem.Ibidem.p.34.

<sup>138</sup>MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico*. Revista Médica (São Paulo). 2012 jul.-set.;91(3). p.190; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 4, junho-abril, 2014, p.1089-1090.

como objeto as “necessidades sociais de saúde”, compreendidas em sua tessitura histórico-social. É nesse sentido que Jairnilson Paim e Almeida Filho delimitam esse campo:

[...] a Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/enfermidade em populações em seu caráter de processo social; investiga a produção e distribuição das enfermidades na sociedade como processos de produção e reprodução social; procura compreender, finalmente, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrenta-los.<sup>139</sup> (tradução do pesquisador)

Nesse “campo de conhecimentos” e “núcleo de saberes”, os estudos historiográficos nacionais em saúde (sob denominações diversas, como “nova história da medicina”, “nova história da saúde pública” ou “história sociocultural da enfermidade”) têm dedicado suas páginas na investigação do processo de modernização da sociedade, na construção simbólica e material do Estado, nas práticas de cura, nas respostas da sociedade às epidemias e nos agentes sociais de difusão da ciência médica, pesquisas mormente realizadas por historiadores, antropólogos e sociólogos.<sup>140</sup>

Na produção sobre história da saúde em São Paulo, para citar um exemplo bem documentado, entre o final do Império e os primeiros anos da República, a bibliografia concentrou-se sobre as políticas de saúde, os institutos de pesquisa, as sociedades de classe, a formação profissional e entidades filantrópicas (especialmente a Santa Casa de Misericórdia), doenças e epidemias (tuberculose, lepra e gripe espanhola).<sup>141</sup> Ainda no mesmo recorte, a produção historiográfica escarafunchava os arquivos médicos, de engenheiros, juristas, homens de ciências e intelectuais, procurando entender as ações sanitárias da Primeira República nos centros urbanos e seus “exércitos da saúde pública” bem como o ensino médico e seus embates no campo científico e

<sup>139</sup>ALMEIDA FILHO, Naomar de; PAIM, Jairnilson Silva. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica. *Caderno médico sociales*, (75).5-30. Centro de estudios sociales y sanitarios. Rosario, mayo 1999, p.15.

<sup>140</sup>CANESQUI, Ana Maria. Ciências sociais e Humanas: interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva. In: HORTALE, Virginia Alonso et al. (Org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.67.

<sup>141</sup> MOTT, Márcia Lúcia; FRANCISCO, Henrique Sugahara; FABERGÉ ALVES, Olga Sofia; SILVA, Douglas Cristiano Afonso da. Assistência à saúde, filantropia e gênero: as sociedades civis na cidade de São Paulo (1893-1929). In: MOTT, Maria Lúcia; SANGLARD, Gisele (Orgs.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011 .p.95.

intervencionista-estatista, aderindo, não raras vezes, ao discurso ideológico paulista, presente nas fontes, de progresso e pioneirismo no desenvolvimento da nação.<sup>142</sup>

Ainda que tenha obtido cada vez mais espaço no campo da Saúde Coletiva, essa historiografia da saúde gerada pelo “núcleo disciplinar” das Ciências Sociais e Humanas continua a ressentir-se de uma produção mais significativa na totalidade do campo. Entre 2003 e 2006, dos 256 trabalhos de pós-graduação (dissertações e teses) escritos na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, apenas 41 (16%) se originaram das Ciências Sociais e Humanas, contra 88 (34%) do núcleo Política & Planejamento e 76 (30%) da Epidemiologia, concentrando-se a maior parte deles na categoria da “abordagem sociocultural da saúde” (23), que desenvolve estudos sobre a influência do social nas políticas e no processo de saúde e nas redes de significados de grupos ou sujeitos.<sup>143</sup> E nesse acervo de produções acadêmicas, a História da Saúde acabou por ser marginalizada à sombra dos outros núcleos disciplinares e no interior do próprio núcleo das Ciências Sociais e Humanas.

## 1.7 HOSPITALOGRAFIAS: ABORDAGENS SOBRE A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

De modo geral, a instituição hospitalar nos Estados Unidos e na Europa tem sido objeto de estudo, pelo menos, desde o final da década de 1940 e nos anos 1950, com enfoque sociológico e grande ênfase na perspectiva funcionalista e weberiana, voltadas para a análise da organização social e funcionamento dos hospitais. É somente nos anos 60 e 70, que o espaço hospitalar será interrogado sob uma angulação histórica, notadamente em obras como *The hospital: historical sociology of a community institutions* (1963), de George Rosen; *História da loucura* (1961), *O nascimento da clínica* (1963), de Michel Foucault; *The Hospital: A Social and Architectural History* (1975), de John Thompson e Grace Goldin. Esses trabalhos pioneiros tinham em comum o fato de serem produzidos por profissionais de outras disciplinas que não a

---

<sup>142</sup>MOTA, André; CUNHA MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da. O discurso da excelência em solo paulista- marchas e contramarchas na criação e instalação do Hospital das Clínicas (1916-1950). In: MOTT, Maria Lúcia; SANGLARD, Gisele (Orgs.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). São Paulo: Minha Editora, 2011. p.133.

<sup>143</sup> NUNES, Everardo Duarte; MARCONDES, Willer Baumgarten; SILVA CABRAL, Cristiane. A Saúde Coletiva como prática científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: HORTALE, Virgínia Alonso et al. (Org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.115.

História, notadamente sociólogos, que discutiam o hospital a partir de uma sociologia histórica. M. R. Coe, por exemplo, em *Sociología de la medicina*, reclamará por uma abordagem histórica do hospital:

[...] mitos dos aspectos significativos do hospital moderno- aqueles que o diferenciam sociologicamente de outras instituições- são conseqüências de forças históricas. Não se pode compreender adequadamente a estrutura social do hospital se ela não é situada em sua perspectiva histórica.<sup>144</sup> (tradução do pesquisador)

O próprio George Rosen, na escassez de estudos sobre a temática, criticava os trabalhos anistóricos sobre a hospitalidade moderna, defendendo a importância de se relacionar a conjuntura histórica aos espaços hospitalários de cura:

Uma sociologia histórica do hospital neste sentido requer uma descrição das condições políticas e econômicas, da estrutura social, do sistema de valores, da organização cultural e das mudanças sociais em relação com as condições de saúde e as necessidades da população em diversos períodos históricos.<sup>145</sup> (tradução do pesquisador)

Outros autores também ligados à sociologia histórica avançaram e passaram a questionar sobre os “usos e percepções” sobre o hospital e as marcas de historicidade próprias desse objeto por “trás” de um nominalismo pretensamente universal que imputaria um conceito metafísico de hospital. Assim expressou L. Grandshaw, em livro editado com Roy Porter, esse ponto de vista: “¿Cómo se ha producido este cambio en la percepción y el uso? ¿ Hay alguna continuidad entre el hospital medieval y el moderno, o es la perpetuación del nombre hospital lo que nos lleva a engaño? ¿Qué es el hospital en la historia?”.<sup>146</sup> P. Horden, por sua vez, chegou a sugerir a criação de uma disciplina própria para estudar as instituições médicas assistenciais (é interessante notar que o autor advoga essa posição falando do interior de uma História Social da Medicina!).<sup>147</sup>

Malgradas as diferenças de formação e abordagem, tais estudos seminais enfocavam o hospital como espacialidade de intervenção médica, alimentados pela conceitualidade da Medicina Social e sua preocupação com a progressiva medicalização

<sup>144</sup>COE, R. M. (1973). *Sociología de la medicina*. Ed. Alianza, Madrid. p. 271-272.

<sup>145</sup>ROSEN, G. (1985). El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria. In: ROSEN, G. De la policía médica a la medicina social. Madrid: Siglo XXI, 1985. p. 316. Publicado em FREIDSON, E. (ed.). *The hospital in modern society*. New York: Free Press, 1963.

<sup>146</sup>GRANDSHAW, L.; PORTER, Roy (ed.). *The hospital in history*. London: New York: Routledge, 1989. p. 1.

<sup>147</sup>HORDEN, P. *A discipline of relevance: the historiography of the later medieval hospital*. In: *Social History of Medicine*. 1988, Vol. 1, n° 3, p. 359.

dos nosocômios, aspecto que foi tão bem descrito por Michel Foucault ao dedicar-se ao estudo do “nascimento do hospital” e à “política de saúde no século XVIII”, coligidas em *Microfísica do poder* (1979).

No Canadá, as pesquisas sobre o hospital foram marcadas pelo domínio de uma história institucional normalmente levada a cabo por funcionários ou associados do próprio hospital. Uma história-memória, progressista-linear, contando os feitos médicos dos « grandes homens ». Um dos primeiros trabalhos com essa abordagem foi o *Toronto General Hospital*, de 1913, escrito pelo doutor C. K. Clark. Nela, o autor glorificava o progresso cívico oportunizado pela revolução cirúrgica da antissepsia, fazendo ingressar o homem na fase do hospital moderno:

Quando você pensa nos avanços feitos desde o começo do séc. XVIII, antes de o mundo receber as bênçãos das descobertas de Lister e Pasteur, fica-se espantado com o desenvolvimento da medicina. Pegue o Hospital Geral em 1870 e compare-o com o General de hoje, e uma santa mudança pode ser tida como progresso.<sup>148</sup> (tradução do pesquisador)

Com exceção do estudo de Agnew Harvey, *Canadian Hospitals, 1920-1970: A Dramatic Half Century* (Toronto, 1974), inspirado, por sua vez, na iniciativa britânica de Brian Abel-Smith e Gwendolyn Ayers, a produção de uma História hospitalar manteve-se até a segunda metade do séc. XX fortemente assinalada por uma “história historicizante”. Autores como Edward C. Atwater e Kenneth M. Ludmerer, após uma revisão da historiografia hospitalar no Canadá e nos EUA, começaram a questionar essa história e propor a abordagem de temas que relacionassem o hospital ao mundo social, sugerindo o cruzamento de temáticas que extrapolassem o nível das abordagens individualizantes. Seguiram-nos nessa perspectiva de novos temas Thomas E. Brown, com seu estudo sobre os asilos do séc. XIX como formas estatais de controle, e Charles Rosenberg, que insistiu no estudo daquilo que ele chamou de “third force” nos hospitais, ou seja, no enfoque dado ao peso dos enfermeiros, atendentes e outros funcionários no processo decisório da instituição, revelando outra face da cultura médico-hospitalar.<sup>149</sup>

<sup>148</sup> C.K. Clarke *apud* CRAIG, Barbara Lazenby. *The Canadian Hospital in History and archives*. Archivaria (Journal of the Association of Canadian Archivists), n.21, Winter 1985-86, p.52.

<sup>149</sup>CRAIG, Barbara Lazenby. *The Canadian Hospital in History and archives*. Archivaria 21, p.53.



Ainda assim, historiadores da medicina como Wendy Mitchinson consideravam os hospitais área negligenciada de estudos, com pouco interesse dos historiadores da medicina social. As críticas, como se pode perceber, tinham caráter pontual, e não lograram alterar a historiografia-monumento que predominava. Ao menos, alguns historiadores como S.E.D. Shortt, já propunham uma problematização diferente sobre os hospitais que escapassem a uma devoção de uma visão progressiva do desenvolvimento do hospital, um deslocamento de questões que requeria novas respostas: Como explicar a passagem do hospital-caritativo do séc. XIX para o hospital do bem-estar? Qual a relação entre capitalismo indústria e a evolução do hospital no séc. XIX? O que se pode aprender com a experiência dos pacientes? Qual a natureza da força dos atendentes e enfermeiros e como essa sub-cultura hospitalar se relacionava com médicos e pacientes?, interrogava Shortt.<sup>150</sup>

De modo geral, a preocupação central, desde meados da década de 1980, tem apontado para o trabalho de constituição de arquivos hospitalares, problema grave no contexto canadense, e que inviabilizava a pesquisa. A *Association of Canadian Archivists*, em cooperação com a *Canadian Hospitals Association*, estudaram o tema, enviando pesquisas aos hospitais, e declararam, como resultado, que a situação dos arquivos hospitalares no Canadá era das piores.<sup>151</sup> Aliás, essa questão dos espaços arquivais também acometerá os estudos no Brasil e terá alguns trabalhos acadêmicos preocupados com a constituição e administração desses acervos.

Voltando ao contexto europeu, os historiadores direcionaram sua atenção para as chamadas Misericórdias ou Santas Casas<sup>152</sup>, espelhadas no modelo da Santa Casa da

---

<sup>150</sup> Idem, *Ibidem*, p.54-55.

<sup>151</sup> Idem, *Ibidem*, p.57-58.

<sup>152</sup> Tal instituição deve seu começo ao frade espanhol da Ordem da S. S. Trindade, Frei Miguel de Contreras. Nascido em 29 de setembro de 1431, em Valência ou Segóvia, e transferido para Lisboa em 1471, pedia esmolas entre os pobres, quando contou com o auxílio da Rainha D. Leonor, esposa de D. João II. Vendo a multidão de pedintes nas ruas, a rainha concebeu um plano mais vasto para abrigar a todos. Construiu inicialmente uma casa, onde funcionava uma enfermaria, e depois fundou a Irmandade da Misericórdia em Lisboa, baseada na regra de Florença, criada em 1350, e assumindo como obrigações o tratamento dos enfermos, casas para órfãos, expostos e desamparados, e filhos de mãe sem leite, o socorro a viúvas de bom comportamento, o pagamento de custas processuais para presos pobres etc. Com base nessa experiência, fundou a Misericórdia de Lisboa, em 1498, a primeira de Portugal e o Hospital de Caldas da Rainha. Nessa leva de construções, D. Manuel Completou a construção do Hospital de Todos os Santos, iniciado pelo seu antecessor, e erigiu o templo da Misericórdia de Lisboa, destruído pelo terremoto de 1755. Embora envolta em controvérsias, a primeira Casa de Misericórdia do Brasil teria sido fundada em 1543, por Brás Cubas, em Santos. Regressando de Portugal em 1540, Brás Cubas encontrou um novo porto na região, chamado Novo Porto de S. Vicente, que logo prosperou. Com o rápido crescimento demográfico, Brás Cubas teve a idéia de fazer um hospital para assistir aos doentes pobres da terra e aos que chegassem de navios. Iniciado em 1542, foi inaugurado em 1º de novembro de 1543, sob a

Misericórdia de Lisboa, fundada em 1498, e que detinham a administração dos hospitais. Isabel dos Guimarães Sá, especialista em cultura material na sociedade portuguesa, estudou detalhadamente no livro *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português, 1500-1800* as Santas Casas ao longo de três séculos, enfocando sua importância para o Império português, não apenas como espaço-abrigo para os pobres, mas também como lugar de construção simbólica de status para as elites aristocráticas. Semelhante preocupação de Isabel Sá também atravessa a obra *As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, agora em cores locais.

Na Península Ibérica, a temática da assistência hospitalar aparece normalmente na articulação entre Igreja, hospitais e poder secular, com privilégio para as Misericórdias. Na Universidade de Évora, em Portugal, realizou-se o seminário *Bispos, Cabidos e Assistência na Península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*, que foi publicado em livro pela historiadora Laurinda Abreu, em 2004, que reuniu historiadores brasileiros, portugueses e espanhóis, discutindo o papel dos hospitais naquelas sociedades, com especial ênfase para a Igreja no período moderno. Em 2005, também em Évora, houve o *XXV Encontro da Associação Portuguesa de História Econômica e Social*, contando com uma sessão temática intitulada *Assistência e caridade como estratégias de intervenção social: Igreja, Estado e comunidade (Península Ibérica, séculos XV-XX)*, reunido igualmente em livro por Laurinda Abreu, em 2007, e que traçava um panorama do hospital em Portugal e Espanha no regime temporal da longa duração. Trata-se de abordar o hospital a partir de uma História Social ligada à perspectiva braudeliana da longa duração, o que, em muitos casos, dissolvia as especificidades de cada evento-hospital em nome de uma pretensa unidade que escaparia ao devir temporal. Privilégio do geral em detrimento do particular, visão externalista da espacialidade nos-hospitalar.

---

invocação de Todos os Santos, daí o hospital chamar-se de Misericórdia de Santos. Essa prática de construir hospitais continuou ao longo da colonização: Bahia, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais. Todas essas Casas de Misericórdia se caracterizavam pela extrema pobreza. A manutenção era conseguida com muita dificuldade, através de esmolas, contribuições de irmãos, legados e doações de homens ricos (benfeitores). A contribuição do poder público era mínima, geralmente com a isenção da Siza (imposto cobrado sobre a compra e venda de mercadorias) e impostos. Eram regidas pelo compromisso de Lisboa, autorizado pelo Alvará de 19 de maio de 1618, que organizava a hierarquia de trabalho nesses hospitais com as figuras do Promotor, Mordomo, Mesário e demais Irmãos.

Nesses trabalhos, o hospital deixa de ser apenas o espaço das práticas médicas<sup>153</sup>, o lugar de construção de um saber médico por excelência e de atuação técnica desses herdeiros hipocráticos, um espaço de cura, e passa a ser problematizado a partir de uma abordagem da História da Saúde e da História Social, que desviará seu foco para outros sujeitos, de preferência coletivos, e para outras dimensões da espacialidade hospitalar. Exemplo dessa mudança de perspectiva podem ser observadas nos congressos acadêmicos da América Latina, como as *Jornadas Peruanas de História de la Ciencia, la Tecnología y la Salud - Medicina Social e Inclusión Social em Perspectiva Histórica*, ocorrido em setembro de 2007, em Lima, no Peru. Nesse seminário, houve uma mesa com o tema *Hospitales en perspectiva histórica*, que contou com duas importantes apresentações: o peruano Antonio Coello e o americano Brian Bauer mostraram a comunicação, evidências *arqueológicas del Hospital de San Andrés*, e a mexicana María Rosa Gudiño apresentou *Hospitales y pintura mural: salud y modernización em México, 1944-1958*. Arqueologia e Arte, solicitadas pela temática do processo de modernização, já sinalizam para outras possibilidades de estudo sobre o hospital, cartografando distintas dimensões, domínios e abordagens desse objeto bem como interfaces disciplinares.

No Brasil, essa tradição historiográfica de estudos sobre o hospital religioso, ou seja, os hospitais das casas de Misericórdia, tem seus representantes nos trabalhos de

---

<sup>153</sup> Refiro-me particularmente ao conjunto de trabalhos escritos sob a égide de médicos a partir da segunda metade do séc. XX e que portava informações gerais sobre a assistência hospitalar. Em *História Geral da medicina brasileira*, no seu primeiro volume, Lycurgo Santos Filho (1910-1998) dedicou o capítulo III do seu livro à “Assistência hospitalar”, descrevendo em detalhes as modalidades de hospitais existentes no Brasil até o séc. XVIII. É uma obra do gênero tratadístico, que procurou reunir o maior número de informações sobre o espaço hospitalar: história predominantemente descritiva, classificatória, tipológica. Pedro Drummond de Salles e Silva (1904-1998), em *História da Medicina no Brasil*, escreveu livro menos alentado, mas não deixou de abordar o fenômeno do hospital, dedicando a ele três capítulos: “Os hospitais mais antigos”, “Hospitais Militares” e “Leprosários”. A perspectiva historiográfica continuava a mesma de Lycurgo: história das origens primeiras, linear, teleológica. *Capítulos de História da Medicina no Brasil*, de Pedro Nava (1903-2000), trilhou o gênero ensaístico, abordando o objeto-hospital em seu capítulo “Charlatães, médicos, cirurgiões, cientistas, hospitais e academias do Brasil Colonial”. Nele, o espaço hospitalar, que aparece rapidamente e diluído na narrativa, figura exclusivamente como cenário de atuação dos médicos, geografia de superfície. Sua identidade é estabelecida como abrigo de doentes, espaço estrito de intervenção médica. A mesma perspectiva também pode ser encontrada em *História da Medicina e Vultos da Medicina Brasileira*, de Carlos da Silva Lacaz (1915-2002). Os historiadores do campo médico, nessa circunstância, não eram historiadores de ofício, mas profissionais da área médica, o que ajuda a explicar, em termos, a linha descritiva e não-interpretativa de suas obras. O hospital, por sua vez, afigurava-se nesses trabalhos como espaço vazio de significado, dominando as imagens de “local de amontoamento”, “depósito”, “extensão natural” da atividade médica. Toda essa historiografia aqui descrita compunha aquilo que chamamos *Antiga História da Medicina*, para a qual, preocupada em criar um panteão de médicos-heróis, o hospital só merecia descrição se fosse para ilustrar/demonstrar a prática médico-curativa.

John Russel-Wood e Roberto Machado, que abordaram o tema segundo uma compreensão da especificidade do contexto brasileiro. *Em fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755* (1981), Russel-Wood examina, sob a ótica da História Social, na longa duração e com vasta documentação, como a Santa Casa na Bahia tornou-se espaço exclusivo da elite branca que via na filantropia forma simbólica de status e ascensão social. Maria Renilda Nery, estudando a *A Santa Casa da Misericórdia na Bahia e a Assistência aos doentes no séc. XIX*, dirige suas lentes para a população enferma do hospital São Cristóvão, administrado pela Misericórdia baiana, reservando algumas páginas para o cuidado com os escravos, num tratamento mais “internalista” do hospital, sem perder de vista a aproximação da cidade com a instituição hospitalar. O estudo de Russel-Wood se insere na linha interpretativa de Laurinda Abreu, Isabel Guimarães de Sá, Maria Marta Lobo de Araújo, Maria Renilda Nery Barreto, que interpretavam essa instituição como subordinada às elites locais e um espaço de negociação de riqueza e pobreza, reproduzindo as relações de poder do Antigo Regime. Roberto Machado, em *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil* (1978), deteve-se, na linha da Medicina Social, no Hospital da Santa Casa do Rio de Janeiro, descrevendo-o entre os séculos XVI e XIX. Neste último caso, o uso quase exclusivo de fontes oficiais, todavia, trouxe alguns problemas interpretativos para o autor, incluindo sua tese foucaultiana sobre a medicalização do hospital.

Como se percebe, os trabalhos partiam inescapavelmente dos hospitais religiosos uma vez que a realidade brasileira tinha sua paisagem hospitalar dominada por tais instituições. Todavia, a ampliação das fontes e os modos de ver a configuração dessa espacialidade hospitalar sofreu variações: de espaço-abrigo para pobres e doentes, tomou uma dimensão simbólica, um observatório não somente para estudo das práticas médicas e enfermidades, mas também lugar de compreensão das relações sociais mais amplas, pautadas por interesses políticos, econômico-materiais e simbólico-culturais. O hospital, nessas obras, não é objeto exclusivo dos estudos médicos que visavam, em linguagem nietzschiana, erigir uma história-monumento ou história-antiquário, progressista-teleológico-linear, enaltecida da vitória dos médicos sobre as doenças, ou mesmo de religiosos que narravam a história dos hospitais do ponto de vista

caritativo-espiritual, de assistência à pobreza e salvação da alma, mas passavam a ser regidos por interesses e demandas acadêmicas.<sup>154</sup>

Essas reorientações no enfoque e na abordagem dos hospitais guardam relação com a institucionalização e configuração disciplinar presente nos programas de pós-graduação no Brasil, com a formação de projetos e grupos de pesquisa. Nesse sentido, o hospital como objeto de estudo tem-se situado de maneira pendular ora no campo da História, ora no vasto território situado no cruzamento de campos e setores diversos, denominado de Ciências da Saúde. Em se tratando da produção historiográfica nacional, o espaço hospitalar aparece incorporado frequentemente ao domínio da História Social, recortado, algumas vezes, na dimensão de uma História da Medicina. Na grande Área das Ciências da Saúde, congregando as ciências biomédicas e da saúde, o recorte objetal do espaço hospitalar encontra possibilidades especializadas de estudo em algumas áreas e linhas de pesquisa institucionais, como na Fundação Oswaldo Cruz, que, na área 23 de pesquisa, interconecta os campos da História, da Saúde e da Ciência, facultando, por exemplo, na Linha 23.7, o desenvolvimento de trabalhos sobre as concepções, práticas, *instituições* e políticas nos *campos da saúde e da medicina*.<sup>155</sup> Igual disposição institucional de pesquisa encontramos na Casa Oswaldo Cruz (COC), com Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, que apresenta três linhas de pesquisa, uma das quais, a História das Políticas, Instituições e Profissões em Saúde, alimenta o projeto de pesquisa *Estado e caridade: assistência à saúde (séculos XIX e XX)*, que tem produzido trabalhos sobre espaços hospitalares.<sup>156</sup>

Estudando a trajetória da importante revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, lançada em 1994 por iniciativa da Casa de Oswaldo Cruz, Jaime Benchimol procedeu a um levantamento minucioso da produção do periódico sobre História da Medicina e Saúde ao longo de treze anos. Nesse artigo, a história da saúde é apresentada como uma “vertente da historiografia” com amplo espectro de pesquisas:

---

<sup>154</sup>*Pari passu* a esta escritura historiadora, continuou a existir uma vasta produção não acadêmica realizada normalmente sob patrocínio de instituições hospitalares que buscam construir uma memória oficial, confortável e asséptica para esses estabelecimentos de saúde. Tais empreendimentos livrescos não apenas continuaram a ser produzidos como também permaneceram em volume superior à produção institucional acadêmica. Dessa lavra, listamos, como exemplos, o *Hospital Alemão Oswaldo Cruz (1897-1997)*, de Ernest Gunther Lipkau; *Hospitais de São Paulo: a arte de cuidar*; de Heloisa Helena Santos Pereira; *Valores humanitários: a história do Hospital Samaritano*, de Célia de Assis; e *História dos hospitais da capital paraibana*, de Delosmar Mendonça.

<sup>155</sup> Cf.: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/grandes-%C3%A1reas-tem%C3%A1ticas>.

<sup>156</sup> Cf.: <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/index.php/br/linhas-de-pesquisa/88-linhas-de-pesquisa/142-projetos-de-pesquisa-historia-das-politicas-instituicoes-e-profissoes-em-saude>.

[...] a história da saúde constitui uma vertente da historiografia dedicada ao entendimento de realidades ainda pouco estudadas, no Brasil e no continente, como por exemplo as interações entre as questões sanitárias e os processos sociais, culturais, econômicos e políticos; as relações de continuidade ou mudança nos padrões de comportamento, nas mentalidades e condições de vida das populações; o modo como diferentes grupos sociais e étnicos sofrem e/ou determinam políticas públicas e as ações de instituições médicas e sanitárias. A história social da saúde é uma via privilegiada para o estudo de novas áreas de interesse das ciências sociais, como as que se referem a gênero, percepções da ciência, representações culturais da doença e fenômenos característicos da pós-modernidade.<sup>157</sup>

Da totalidade de temas<sup>158</sup> sobre a História da Saúde, a História da Assistência Hospitalar foi contabilizada como parte da História da Saúde Pública porque não possuía “densidade” e sua produção “ser ainda residual”, não podendo, por conseguinte, constituir “tema autônomo”.<sup>159</sup> Isto aponta para uma quantidade ainda pequena de trabalhos publicados naquela revista acerca dos hospitais, o que parece condizente com a situação das pesquisas em outras instituições ligadas às Ciências da Saúde.

Embora os dados da pesquisa de Benchimol apontem para a inexpressividade quantitativa dos trabalhos publicados em Manguinhos - mas que serve, por dedução, de modelo para outros espaços de produção acadêmica e editorial no Brasil -, há uma relativa variedade qualitativa de domínios (objetos e temas) e abordagens nas pesquisas realizadas pela historiografia sobre o hospital, incluindo projetos mais amplos, ambiciosos e necessários de investigação como o *Inventário nacional do patrimônio cultural da saúde: bens edificados e acervos*, capitaneados desde 2007 pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, já contando com a participação, até o momento, de cinco publicações referentes aos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Santa Catarina. Número reduzido de estudos e pulverizado tematicamente, mas que assinala os caminhos tomados pela pesquisa histórico-sociológica acerca dos espaços de assistência hospitalar no Brasil.

<sup>157</sup>BENCHIMOL, Jaime L.; CERQUEIRA, Roberta C.; MARTINS, Ruth B.; MENDONÇA, Amanda. História, Ciências, Saúde – Manguinhos: um balanço de 12 anos de circulação ininterrupta. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.221-257, jan.-mar. 2007.p.229.

<sup>158</sup> Os temas escolhidos foram: História da Medicina; História das Doenças; História das Ciências da Vida; Sociologia das Ciências; História Natural; História social da Cultura; História da Saúde Pública; Epidemiologia; Área “Psi”; História dos Conceitos; Ética; Raça; Gênero; História Social das Profissões; Meio Ambiente; Personalidades; Museus. A pesquisa foi realizada com publicações entre 1993 e 2006, contando com 567 artigos, 44 notas de pesquisa, 43 textos para a seção Fontes, 140 colaborações para a seção Livros e Redes, 132 resumos de teses, 43 ensaios iconográficos (seção Imagens), 40 depoimentos e 18 debates.

<sup>159</sup> BENCHIMOL; CERQUEIRA; MARTINS; MENDONÇA, *Op. Cit.*, p.235.

Um desses domínios tomou como objeto a alimentação hospitalar, mirada sob o prisma de uma História sociocultural. Em *Transformações socioculturais da alimentação hospitalar*, as pesquisadoras Andresa Godoy, Guaraci Lopes e Rosa Garcia enveredaram por estudar a dietética hospitalar baseada em “procedimentos tecnocientíficos, mas também historicamente construída, criada e recriada em função de aspectos econômicos e socioculturais”<sup>160</sup>. Conjugando pesquisa documental<sup>161</sup> e história oral, elas interrogaram as primeiras instituições hospitalares de Campinas, revelando, malgradadas as péssimas condições de preservação das fontes sobre alimentação hospitalar, a importância das práticas alimentares para o entendimento do “modo de vida, do processo de trabalho, das representações de saúde e doença, da produção e da distribuição da alimentação nesse universo institucional”<sup>162</sup>.

Embora produzido por uma pesquisadora portuguesa do Instituto de Investigação Científica Tropical, *Discurso médico e práticas alimentares no Hospital Real de Moçambique no início do século XIX*<sup>163</sup>, publicada na revista de Manguinhos, pode ser incluído em nossa seleção historiográfica como trabalho gerador de modelos para o domínio examinado uma vez que circula em periódico nacional. Utilizando fontes diversas, como ementas, listas de compras e registros de refeições, a Eugénia Rodrigues estudou as mudanças na alimentação hospitalar introduzida por físico-mores europeus no Hospital Real de Moçambique no séc. XIX, buscando entender como essas mudanças estão relacionadas com o discurso médico europeu, ainda fundamentado nas teses hipocrático-galênicas, e que desconsiderava os hábitos alimentares da população moçambicana. A ideia da autora é mostrar que a alimentação estava ligada ao poder construído do discurso médico europeu enquanto este vigia, pois na sua ausência os costumes dietéticos tendiam a relaxar. Seu trabalho, portanto, fazia dialogar, a partir da alimentação hospitalar, as relações do poder enfeixadas no corpo médico e a situação de colonizados dos moçambicanos. Para o Império luso, a homogeneização cultural era estratégica e os médicos tinham importante papel nesse contexto. O funcionamento

---

<sup>160</sup>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. p. 1198.

<sup>161</sup> Instituições pesquisadas pelas autoras: Biblioteca Municipal de Campinas, do Centro de Memória da Unicamp e do Arquivo Edgard Leuenroth – Centro de Pesquisa e Documentação Social da Universidade de Campinas (Unicamp), o Centro de Cultura, Letras e Artes de Campinas (CCLAC).

<sup>162</sup>GODOY, LOPES, GARCIA; Op. Cit., p.1212.

<sup>163</sup>RODRIGUES, Eugénia. 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, abr.-jun. 2014, p.609-627.

interno do espaço hospitalar pode servir para compreender questões que extrapolam seus muros, ou até ser compreendidos melhor a partir de fatores exógenos, considerando-se aqui o par “dentro/fora” como recurso de operação heurístico-epistemológica.

Outro domínio aberto na historiografia hospitalar é o do estudo da constituição de arquivos e acervos acerca dos hospitais. Como vimos, no caso da realidade canadense, a existência de acervos sistemáticos nos hospitais é um sério problema, em geral causado por uma cultura médica pouco interessada na conservação de documentos e também pelo fato de essa preocupação demandar certa especialização profissional apropriada e despesas financeiras, requisitos que os hospitais não estão nem um pouco interessados em abraçar. Maria Renilda Nery Barreto, Professora e pesquisadora do Centro de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, escreveu um texto discutindo esse aspecto no caso da Maternidade Pro Matre, inaugurada em 1919, no Rio de Janeiro. No artigo *Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro*<sup>164</sup>, a pesquisadora descreve em detalhes o inventário das fontes desse acervo de mais de cem anos<sup>165</sup>, a partir da coleção de fontes do *Boletim da Pro Matre*, identificando suas potencialidades históricas para a pesquisa especializada. Ela aponta as dificuldades de conservação dos registros mostrando que muitos documentos foram descartados sem passarem por triagem e, não raras vezes, sem anuência da presidência.

Esse processo irregular de arquivamento se estende para outros acervos documentais da História da Saúde Pública brasileira, sejam eles arquivos e dos conjuntos documentais públicos ou privados. Na obra *História da Saúde: olhares e veredas* (2010)<sup>166</sup>, organizada por Yara Nogueira Monteiro, há na seção *Arquivos e fontes documentais* trabalhos que debatem a produção historiográfica (metodologias, possibilidades e potenciais de pesquisa) sobre os acervos da saúde. *No silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam*, Yara Aun Khoury discorreu sobre o projeto que gerou o *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil*, sua natureza,

<sup>164</sup>NERY BARRETO, Maria Renilda. *Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro*, v.18, supl.1, dez. 2011, p.295-301.

<sup>165</sup>Algumas das fontes consultadas pela autora: livros de atas da diretoria e do conselho fiscal; Livro de Ouro; documentos cartoriais; registros das campanhas organizadas com o propósito de angariar doações; cópias de publicações em Diário Oficial; doações e testamentos; cartilhas para orientação das mães; revistas médicas; livros de memória; recortes de jornais; boletins clínicos e administrativos; estatutos; procurações; plantas das sucessivas reformas empreendidas no edifício hospitalar; correspondências; e significativo acervo iconográfico, composto por fotografias.

<sup>166</sup>MONTEIRO, Yara Nogueira. *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.



características e o potencial dos conjuntos documentais, tanto para a História da Saúde como para a compreensão de trajetórias vividas, por meio das quais se forjaram dimensões da experiência social, profissional e de serviços públicos; em *Periódicos médicos em São Paulo entre 1889 e 1950*, Márcia Regina Barros da Silva estudou o papel das bibliotecas, as funções por elas exercidas, critérios de composição e manutenção de acervo, discutindo os critérios utilizados nessas coleções e mostrando como eles promoviam o descarte de preciosa documentação; *Enfermagem e memória: os centros de documentação das escolas de enfermagem do Rio de Janeiro*, de Almerinda Moreira, mostra acervos pouco conhecidos, descrevendo os centros documentação de Enfermagem e analisando a atenção que tem sido dispensada à memória da Enfermagem por meio da preservação de documentos e da pesquisa, discutindo a ausência de políticas de preservação; Jaime Rodrigues e Maria da Penha Costa Vasconcellos, em *Instituto de Higiene: uma visão a partir da trajetória profissional dos fundadores (Paula Souza e Borges Vieira)*, reconstruíram a história do Instituto de Higiene a partir do estudo da trajetória de seus fundadores no exercício de suas atividades, pesquisando documentação biográfica pessoal e relatórios institucionais pertencentes ao Centro de Memória da Saúde Pública. Todas essas iniciativas seguiam a linha de uma História da memória, apresentando as imensas lacunas e problemas no processo de arquivamento da memória da saúde no Brasil.

Discutiram-se também os hospitais como “lugares de memória” como parte de um patrimônio da saúde no Brasil. A perspectiva é a preservação material dos espaços hospitalares, sendo tombados pelo Iphan ou cuidados por órgãos estaduais e municipais. *Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil: uma questão emergente* (2015)<sup>167</sup>, de autoria da professora Juliane Conceição Serres, do Departamento de Museologia, Conservação e Restauro e Programa de Pós-graduação em Memória Social e Patrimônio Cultural/Universidade Federal de Pelotas, discute a necessidade de uma política dos bens em saúde que não se restrinja ao “monumental”, às excepcionalidades da edificação. Nos bens inscritos nos *livros de Belas Artes e Históricos*, no *Livro de Arqueologia, Etnografia e Paisagem* e no de *Bens inscritos no Livro Histórico*, a autora nota que as edificações hospitalares tombadas estão sempre associadas a alguma irmandade religiosa: são espaços anexos dessas instituições, pautadas por visões

---

<sup>167</sup>SERRES, Juliane Conceição Primon. Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil: uma questão emergente. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1411-1426.

internacionais monumentalistas. Sejam como patrimônio da saúde, sejam como patrimônio relacionado ao sofrimento, os hospitais, segundo Juliane, representam significativo repositório de vivências que marcaram nossa sociedade:

Ao analisar a construção desses hospitais, encontram-se pistas, indícios que permitem compreender os processos de tratamento, as relações entre saúde e doença, as concepções sanitárias, os espaços de vivência nessas instituições. Pode-se pensar a preservação de edificações hospitalares como testemunhos de narrativas históricas. [...] Ainda que, em muitos casos, esses hospitais tenham perdido a funcionalidade inicial, seja por avanços da medicina ou inadaptação aos usos contemporâneos, importa preservar a memória que conservam, discutir as concepções que os pautaram, preservar os documentos, como testemunhos de outros tempos, de outras concepções, testemunhos de vivências que marcaram a sociedade como um todo.<sup>168</sup>

Abordagem também seguida por Gisele Sanglard e Renato da Gama-Rosa Costa, no texto *Memória, História e patrimônio cultural da saúde: uma história possível* (2008), que inclusive aponta experiências sul-americanas de preservação da memória de instituições de saúde na forma da musealização, como o prédio da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Córdoba e o do Museu Histórico Hospital B. Rivadavia, na Argentina. No Brasil, os autores citam o Museu Emílio Ribas (antigo Desinfectório de São Paulo), o Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul e a Fundação Oswaldo no Rio de Janeiro.<sup>169</sup>

Talvez conexas à preocupação com o patrimônio da saúde, no princípio de “monumentalidade” dominante nos órgãos oficiais de preservação da memória nacional, a arquitetura hospitalar é o domínio de maior destaque na historiografia dos hospitais. Tanto que inspirou no projeto *Inventário nacional do patrimônio cultural da saúde*, de que já falamos, o subtítulo “bens e edificados e acervos”. Inspirou a preocupação, mas não determinou a abordagem teórico-conceitual, que analisava os hospitais em alguns artigos sob uma perspectiva crítica e mais rica do ponto de vista acadêmico, voltada para o entendimento do “passado nacional”<sup>170</sup> através da temática da saúde. No caso do Rio de Janeiro, Renato da Gama-Rosa Costa estudou a arquitetura hospitalar carioca segundo a tipologia clássica dos modelos higienista, pavilhonar e monobloco vertical,

<sup>168</sup> Idem, *Ibidem*, p.1422.

<sup>169</sup> SANGLARD, Gisele; Gama-Rosa Costa, Renato da. *Memória, História e patrimônio cultural da saúde: uma história possível*. In: PÔRTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FRÓES DA FONSECA, Maria Rachel; Gama-Rosa Costa, Renato da (Orgs.). *História da Saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.25-26.

<sup>170</sup> Os trabalhos, todavia, concentram-se nos estados do Sudeste e do Sul, com exceção da Bahia.

buscando compreender o processo de transformação do hospital caritativo-assistencial para o hospital tecnológico moderno. O autor pretendia contribuir, à revelia da historiografia realizada por arquitetos, com “estudos de caso”, mostrando como os diferentes hospitais cariocas se conformaram às relações entre as teorias e discursos médicos e as orientações dos arquitetos (cada vez mais presentes), ambos ligados inevitavelmente às políticas públicas estatais.

Renato Costa também investigou a arquitetura hospitalar em São Paulo, complexificando, dessa vez, as variáveis envolvidas com a inclusão do papel das ideias de Casimir Tollet entre os arquitetos brasileiros, as diretrizes políticas da Fundação Rockefeller e a importância da arquitetura funcionalista e racional de Le Corbusier. O modelo dos paradigmas higienista, pavilhonar e monobloco serviram de fio condutor no entrelace das mencionadas variáveis. Em *Arquitetura moderna e as instituições de saúde na Bahia nas décadas de 1930 e 1950*<sup>171</sup>, Nivaldo Vieira de Andrade Júnior volta-se para as edificações hospitalares (gerais e especializadas) construídas na malha urbana, examinando projetos de hospitais feitos por arquitetos (plantas, fachadas, estilos), procedendo a uma história das formas nas instituições hospitalares baianas, com especial destaque às instituições de atenção à infância, como o Hospital da Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil (atual Hospital Martagão Gesteira), e o combate à tuberculose, como o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose e o Sanatório Santa Teresinha. O trabalho procura mostrar como as instituições baianas de saúde foram construídas na perspectiva da arquitetura moderna entre os anos de 1930 e 1960, em uma história da arquitetura hospitalar mais voltada para arquitetos e engenheiros do que historiadores da saúde.

Essa visão geral dos estudos no domínio da arquitetura hospitalar, com exceções, parece replicar-se na maior parte dos trabalhos: apresentação do caráter geral dos hospitais sem discriminar distinções sensíveis como público/privado; inserção da relação modernidade arquitetônica-hospital numa historicidade muitas vezes cronológica sem correlações de variáveis sociais, econômicas e culturais. Em *Saúde e arquitetura em Belo Horizonte*<sup>172</sup>, os autores trazem, a nosso ver, duas novidades: a

---

<sup>171</sup> ANDRADE JÚNIOR, Nivaldo Vieira de. *Arquitetura moderna e as instituições de saúde na Bahia nas décadas de 1930 e 1950*. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de Souza; NERY BARRETO, Maria Renilda (orgs.). *História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011. p.101-145.

<sup>172</sup> TORRES SILVEIRA, Anny Jackeline; MARTINS, Cláudia Marun Mascarenhas; CÁSSIA MARQUES, Rita de. *Saúde e arquitetura em Belo Horizonte*. In: CÁSSIA MARQUES, Rita de;

menção à noção de “região hospitalar”, espaço de Belo Horizonte onde se concentravam numerosos equipamentos de saúde, e “Complexos Hospitalares”, área constituída de edifícios de diversas épocas, como o Hospital das Clínicas da UFMG e a Santa Casa de Misericórdia. Noções que tinham apenas papel de situar a convivência de estilos arquitetônicos muito próximos espacialmente, mas que apresentam enorme potencial de conceitualização e que ainda não foram explorados pela historiografia hospitalar a que tivemos acesso. O conceito de “rede hospitalar”, apontando para uma perspectiva das relações, foi usado mais sistematicamente por Gisele Sanglard<sup>173</sup> para estudar os espaços de atenção à saúde (hospitais, casas de saúde, policlínicas) no Rio de Janeiro entre 1906 e 1929, acompanhando a discussão de médicos, higienistas e filantropos sobre a assistência à saúde no estado, traçando os elementos da passagem da medicina liberal para a do estado de bem-estar. Essa ideia de rede também pode ser expandida para contextos mais amplos, como o fez Ivan Batista Coelho, que produziu uma síntese histórica, de matiz estrutural-funcionalista, sobre o parque hospitalar no Brasil, com ênfase para o Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>174</sup>

Uma seção temática presente também nesse balanço historiográfico é aquela dedicada à “população enferma” do hospital, aos doentes, seu perfil, terapêutica utilizada, modos de sociabilidade dentre outras questões. Maria Renilda Nery Barreto, em *Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista*<sup>175</sup>, analisou a história de uma instituição hospitalar pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Bahia – o Hospital São Cristóvão –, descrevendo sua trajetória, administração e funcionamento desde o século XVI até o final do XIX. A documentação utilizada possibilitou a realização de um estudo sobre a população doente daquele Estado com relação a cor, gênero, estado civil, naturalidade, faixa etária e ocupação, explicitando um quadro da relação saúde/doença na região. Há, nesse artigo, uma seção referente aos cuidados dos negros e outra dedicada aos índios e mestiços, algo bastante

---

TORRES SILVEIRA, Anny Jackeline; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (orgs.). *História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011.p.117-155.

<sup>173</sup> SANGLARD, Gisele. A Primeira República e a constituição de uma Rede Hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; GAMA-ROSA COSTA, Renato da (Orgs.). *História da Saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.59-87.

<sup>174</sup> COELHO, Ivan Batista. *Os hospitais no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016.

<sup>175</sup> NERY BARRETO, Maria Renilda. *Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista*. In: MONTEIRO, Iara Nogueira (org.). *História da Saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.p.49-63.

difícil de obter em registros hospitalares do séc. XIX. Esse tipo de trabalho se volta para a questão central de saber quem são os doentes, mas não de um ponto de vista estrito da história das doenças, observatório legítimo da História da Saúde, e sim dos atores sociais e suas múltiplas marcas identitárias. Utilizando-se de fontes que autorizam uma abordagem quantitativista, mescladas com materiais que se prestam mais apropriadamente a um enfoque interpretativo-hermenêutica, Maria Renilda pretende abordar a população enferma do Hospital São Cristóvão no domínio de uma História do cotidiano hospitalar. No artigo, contudo, o “cotidiano” a que ela se refere no título deve ser entendido como o cotidiano da população local reconstruído com as fontes fornecidas pelo hospital. Algo bem distinto de um cotidiano *no* interior do hospital, vivido nas dependências do Hospital São Cristóvão.

Essa preocupação com o cotidiano do hospital ganhou especial atenção no estudo realizado sobre o sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar em um hospital geral no município de São Paulo, de autoria da psiquiatra e professora da USP Ana Pitta. Nessa pesquisa, inspirada na psicodinâmica do trabalho e produzida na temporalidade do tempo presente, a autora analisa o cotidiano dos trabalhadores do hospital e desvela as dificuldades enfrentadas por eles num ambiente que tem como ofício a dor e a morte. É a dimensão do “sofrimento psíquico” que atinge o polo dos agentes de saúde, deslocando o olhar do doente-hóspede para o trabalhador do hospital, o agora “doente-anfitrião”. Embora não se alinhe ao campo historiográfico - seu conteúdo apresenta, todavia, uma angulação histórica quando aborda a conceitualidade da pesquisa e na apresentação do material teórico -, esse estudo contribui para a reflexão sobre a importância de abordar os processos de trabalho no hospital incluindo a formação das subjetividades do doente e também dos trabalhadores do espaço hospitalar.<sup>176</sup> Os processos de trabalho em saúde não podem ser subsumidos à medicalização- entendida caricaturalmente como o “poder médico” - orientada pela racionalidade instrumental moderna. Eles produzem efeitos nos corpos, nas experiências vividas de pacientes e de médicos.

Muito comum é o enquadramento do hospital como “equipamento urbano”, integrando uma História Urbana preocupada em contar uma história da territorialização do espaço urbano, sendo a Saúde um importante agente dessa expansão, ou uma História da Saúde Pública que vê nos hospitais aparelhos de políticas públicas de

---

<sup>176</sup>PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. 5ª ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

ordenamento e disciplinarização das cidades, não poucas vezes, inadvertidamente, caindo no mito da “modernização” bastante presente nas fontes do período. Nesses trabalhos, o hospital como objeto dissolve-se ante o uso das categorias de “cidade” e “estado”. Essa angulação da História da Saúde aparece em trabalhos bem recentes, que podem, já no próprio título, sinalizar para tal leitura historiográfica: em *Saúde Pública e cidade: um espaço de poder (Desterro-Florianópolis, 1823-1930)*<sup>177</sup>, Hermetes Reis de Carvalho afirmou que a “saúde pública constituiu uma forma de governo e de poder”, ajudando a estabilizar o regime republicano na cidade de Florianópolis e sua nova composição social de forças; em *Modernização em Florianópolis: a contribuição da saúde para a construção da cidade no governo Nereu Ramos (1934-1945)*<sup>178</sup>, Ana Albano Amora replica, em linhas gerais, o modelo de análise “equipamento urbano” manejado por Hermetes, o que se reflete no conceito de “território da saúde” que aparece em uma das seções do texto.

Em *Hospital: instituição e história social* (1991), José Leopoldo Pereira Antunes, professor titular da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, escreve uma História Social do hospital enquanto “formação institucional” de “atenção social aos doentes”, abarcando quatro dimensões da assistência hospitalar: cuidado assistencial, religioso, social e médico-terapêutico. Do ponto de vista teórico-conceitual, sua narrativa adotou um referencial foucaultiano clássico sustentado na conceitualidade do “poder disciplinar” extraído de *Vigiar e Punir*. Nesse “modo de ver” o hospital, tal espacialidade de saúde aparece como modo de disciplinar a vida urbana na Modernidade, adotando princípios de isolamento e exclusão que docilizam os corpos numa relação nova de “governamentalidade” da vida. O hospital é “machines a guérir” que combate as perturbações de ordem pública:

A desordem dos contágios: dos corpos misturados nas camas coletivas, da difusão da sarna, da proximidade entre feridos e doentes febris, dos altos índices de mortalidade até no meio de seus funcionários. A desordem econômica: dos recursos aos hospitais marítimos, nas regiões portuárias, como tática para burlar a fiscalização aduaneira nas cidades de mercadorias e objetos preciosos contrabandeados das colônias. A

<sup>177</sup>ARAÚJO, Hermetes Reis de. Saúde Pública e cidade: um espaço de poder (Desterro-Florianópolis, 1823-1930). In: AMORA, Ana Albano (org.). *História da Saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). São Paulo: Minha Editora; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.p.3-38.

<sup>178</sup>AMORA, Ana Albano (org.). Modernização em Florianópolis: a contribuição da saúde para a construção da cidade no governo Nereu Ramos (1934-1945). In: \_\_\_\_ (org.). *História da Saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). São Paulo: Minha Editora; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.p.39-88.

desordem militar: do internamento como subterfúgio para a deserção, da incapacidade dos hospitais militares em recuperar para a guerra os soldados enfermos ou feridos.<sup>179</sup>

A preocupação é com a externalidade do hospital, subordinado aos interesses da cidade e do Estado. Abordagem “externalista” que tem no hospital ponto de apoio das relações de poder sócio-históricas. Outro bom exemplo desse modo de ver o hospital é o trabalho *O discurso da excelência e solo paulista- marchas e contramarchas da criação e instalação do Hospital das Clínicas (1916-1950)*<sup>180</sup>, no qual os professores André Mota e Maria Gabriela Silva da Cunha Marinho estudaram a criação do Hospital das Clínicas no contexto das reformas centralizadoras do Governo Vargas, especialmente a Reforma Capanema. Nesse estudo, o hospital foi considerado um lócus privilegiado para entender os embates políticos locais entre as elites cafeicultoras opositoras ao governo varguista e os apoiadores do projeto centralista. A construção do Hospital das Clínicas participou desse enredo, que entrelaçava Saúde e Política num discurso identitário das elites paulistanas acerca do “destino manifesto” de São Paulo como carro-chefe que conduziria ao “progresso” da nação brasileira: o hospital como *tropos* de um discurso da “paulistanidade”.

Com a reestruturação pós-fordista do Capitalismo nas décadas de 1970 e 80, e a valorização de estruturas empresariais flexíveis- palavra da moda no jargão neoliberal -, o hospital passou a ser concebido como “empresa” em seu funcionamento e gestão, deixando de lado a antiga função assistencial caritativa e incorporando em seus planos uma visão da ordem da “estratégia”. Esse é um domínio novo explorado pela historiadora Denise Bernuzzi de Sant’Anna no texto *Guerra e paz: alguns cenários da vida hospitalar*.<sup>181</sup> Estudando a vida tecnológica e administrativa moderna dos hospitais após a Segunda Guerra Mundial na Europa e nos EUA, a autora descreve no tópico “máquina empresarial” como o modelo de administração hospitalar foi se alimentando das orientações empresariais do setor privado e transformando-se paulatinamente em grandes estruturas burocráticas. Distantes daquela visão de espaço-fortaleza, cárcere de

<sup>179</sup> ANTUNES, José Leopoldo Ferreira Antunes. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.p.161.

<sup>180</sup> MOTA, André; CUNHA MARINHO, Maria Gabriela Silva da. O discurso da excelência e solo paulista - marchas e contramarchas da criação e instalação do Hospital das Clínicas (1916-1950). In: MOTT, Maria Lúcia; SANGLARD, Gisele (Orgs.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011.p.133-170.

<sup>181</sup> SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. Guerra e paz: alguns cenários da vida hospitalar. In: MOTT, Maria Lúcia; SANGLARD, Gisele (orgs.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011. p.1-23.

corpos adoecidos, o moderno hospital é um hotel cinco estrelas, com projetos paisagísticos e espaços de lazer e repouso, esteticamente agradáveis, preocupados em oferecer ao doente um espaço mais adequado às suas referências culturais e artísticas. Investimento num modelo de “hospital-hotel”: “[...] o conceito de hotelaria vem sendo incorporado na área hospitalar. [...] a imagem de hospitais com cheiro de remédio e comida insossa tende a ser recusada em nome de uma nova performance ambiental.”<sup>182</sup> Gestão empresarial que, segundo a autora, tem de conviver com corpos cansados de trabalhadores, com baixas remunerações salariais e estresses pelas atividades vividas no ambiente interno da lida hospitalar.

Herval Pina Ribeiro, professor da Unifesp e trabalhando no campo da Saúde Coletiva, produziu uma síntese de história social do hospital, centrando-se no hospital moderno medicalizador e tecnológico, para discutir a crise da instituição hospitalar brasileira na atualidade. Nesse estudo, o espaço hospitalar como evento perde espaço e torna-se uma idealidade que serve como recurso heurístico para discutir os problemas da hospitalidade do tempo presente. Em *Hospital: história e crise* (1993), Herval privilegia a hospitalidade moderna em seu caráter “empresário-industrial” de produção da saúde, também manejando, com menor ênfase e não menos centralidade, o receituário foucaultiano de um poder disciplinar.

Nesse espectro historiográfico, há uma parcela de estudos voltados à análise das “práticas médicas” no interior do hospital. Beatriz Teixeira Weber analisou o processo de medicalização do hospital da Misericórdia de Porto Alegre entre 1889 e 1928, mostrando o tensionamento entre médicos e religiosas irmãs da Penitência e da Caridade da Ordem Terceira de São Francisco de Heythuizen.<sup>183</sup> Para a autora, a criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre foi o palco dessas lutas pelo controle da administração hospitalar da Misericórdia e da terapêutica hospitalar. Aline da Silva Medeiros, historiadora pela Universidade Federal do Ceará, abordou o funcionamento da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do séc. XX.<sup>184</sup> A discussão era sobre as práticas médico-obstétricas e a instauração de uma visão de “maternidade científica” que visava proteger os corpos da nação, o que mobilizava uma

---

<sup>182</sup> Idem, *Ibidem*, p.17.

<sup>183</sup> WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria/Bauru: Editora UFSM/EDUSC; 1999.

<sup>184</sup> MEDEIROS, Aline da Silva. A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.20, n.3, jul.-set. 2013, p.963-981.



nova concepção do espaço obstétrico, de formação das parteiras e de aplicação de conhecimentos médicos. Ainda no campo dessas práticas médicas, e na especificidade dos hospitais psiquiátricos, o historiador Gustavo Tarelw embrenhou-se particularmente na terapêutica dos tratamentos de choque aplicados no Hospital Juquery entre 1923 e 1937, quando da administração do médico e psiquiatra Antônio Carlos Pacheco e Silva, articulando hospital (psiquiátrico) e tecnologia médica na interface entre História, Ciências “Psi” e Saúde, alertando-nos para os perigos de uma Saúde pautada exclusivamente na racionalidade técnica, que, cada vez mais, no dizer de Jürgen Habermas, coloniza o mundo da vida.<sup>185</sup>

A transição do hospital-abrigo para o hospital moderno e tecnológico inspirou alguns estudos preocupados com a temática “filantropia e assistencialismo”, preocupados com as modalidades de emergência dos espaços de saúde e sua relação com políticas públicas. A partir dos anos 1920, muitos hospitais passaram a ser construídos por iniciativa de particulares, associações civis, sociedades de auxílio mútuo ou até pelo Estado (hospitais gerais), com forte ênfase nos hospitais especializados. Gisele Sanglard, especialista em História da Ciência da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, talvez seja a maior estudiosa do assunto. Ela estudou especificamente o assistencialismo no Brasil nas décadas de 1920 e 30, período de grandes mudanças na saúde pública: a Reforma Carlos Chagas criou o Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP) e, no seu interior, inspetorias de profilaxia, como a da Tuberculose, com o objetivo de administrar as ações profiláticas para determinadas doenças, ficando a construção de hospitais a cargo da filantropia. Aparecem nesses trabalhos a questão candente da relação entre o público e privado, a constituição de determinado modelo de saúde pública e a centralização progressiva da questão da saúde na esfera estatal.<sup>186</sup>

<sup>185</sup>TARELOW, Gustavo Querodia. *Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)*. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.

<sup>186</sup>SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro vol. 10(3):1095-98, set-dez. 2003; SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo. N.Sér.v.15.n.2.p.257-289.jul.-dez.2007; SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Médicos e filantropos a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *VARIA HISTORIA*, Belo Horizonte, vol. 26, nº 44: p.437-459, jul/dez 2010; SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Est. Hist.*, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, p. 71-91, janeiro-junho de 2014; SANGLARD, Gisele. Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010, p.127-147. SANGLARD, Gisele. A

Outra possibilidade de estudo sobre o hospital, agora partindo da Sociologia da Medicina, é o trabalho de Marconi do Ó Catão, professor do Centro de Ciências Jurídicas da UEPB. Em seu livro *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* (2011), Marconi investiga a “estrutura hospitalar moderna” (Cap.3) sob o ângulo da tecnologia médica, adotando um enfoque funcionalista do hospital moderno e analisando-o na dimensão de “organização burocrática” segundo o modelo da burocracia racional weberiana. O autor escolheu cinco aspectos da hospitalidade moderna que conformariam sua identidade como estrutura de controle social, produção de saber e reprodução da força de trabalho: a disposição física e sua simbologia, o poder médico e suas formas, a organização da divisão interna do trabalho, as funções do hospital e a racionalização das práticas médicas. Caracterização estática, pretensamente universal, como é próprio de um aporte sociológico tradicional, lembrando o caminho dos trabalhos da primeira metade do século XX na Europa, na linha dos pioneiros da Sociologia Médica, como Talcott Parsons, Henry Ernest Sigerist e Lawrence Henderson.

No Rio Grande do Norte, essa “explosão” temática no interior de um reduzido conjunto de materiais publicados em âmbito nacional não encontrou eco na produção historiográfica local acerca do espaço assistencial hospitalar. Mesmo com a existência de uma tradição institucional desde a década de 1920, contando com uma Faculdade de Farmácia (1920), uma Faculdade de Odontologia (1923), uma Escola de Enfermagem (1924), uma Sociedade de Medicina e Cirurgia (1931) e uma Faculdade de Medicina (1955), as pesquisas em História da Saúde estreitam-se em torno de um pequeno círculo de médicos e escritores, concentrados nos departamentos de Farmácia, Enfermagem e História da UFRN.<sup>187</sup> Luís da Câmara Cascudo, historiador potiguar, fez preciosas

---

construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*, n. 16, UFSC, p.11-33.

<sup>187</sup> Alguns dos trabalhos sobre Saúde: *História da Maternidade Escola Januário Cicco* (2000) e *História da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Norte* (1995), de Iaperi Araújo, do Departamento de Tocoginecologia; a dissertação *Passado e presente: a enfermagem do Hospital “Onofre Lopes”* (2005), de Djailson Carlos, defendida no Departamento de Enfermagem; *História do ensino farmacêutico no Rio Grande do Norte* (1992), tese de doutorado transformada em livro, de Maria Cecília Ribeiro, do Departamento de Farmácia; e a dissertação de mestrado de Gabriel Lopes Anaya, do Departamento de História, intitulada *Maus ares e malária: entre os pântanos de Natal e o feroz mosquito africano (1892-1932)*, que faz uma incursão na área da História da epidemiologia, estudando a relação entre espaço e doença sob a perspectiva da História Social. Além desses trabalhos de pós-graduação, deparamo-nos com pesquisas publicadas em artigos e capítulos de livro, como *A eugenia de um esculápio de aldeia: A "redempção da humanidade" nas mãos do dr. Januário Cicco*, escrito pelo professor da UFRN Raimundo Nonato Araújo da Rocha e o então mestrando Rodrigo Otávio da Silva, material publicado no livro *Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades*, organizado pelos professores André Mota e

referências à assistência à saúde no estado nas obras *História do Rio Grande do Norte* (1955), no capítulo “(I)Assistência médica na Capitania e Província. Epidemias. (II) Organização, reformas e transformações. Saúde Pública na República e sua evolução”, e a *História da Cidade do Natal* (1947), nos capítulos “Médicos e Saúde Pública” e “Hospital”, material estruturado com base em sua produção histórico-literária e jornalística entre os 1920 e 40, na publicação diária das “Actas Diurnas”, hoje republicadas em diversos volumes pelo Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte (IHG/RN), com o título de *O livro das velhas figuras*. Ambas as obras magnas do autor são irrigadas por uma visada histórica positivista, que fazem uma leitura substancializada do espaço hospitalar, visto como uma potência que progressivamente se atualiza na plenitude de um hospital terapêutico, tecnológico e moderno.<sup>188</sup>

Destoa desse registro historiográfico a dissertação: *Sair curado para a vida e para o bem: diagramas, linhas e dispersão de forças no complexus nosoespacial do Hospital de Caridade Juvino Barreto* (1909-1927), do historiador Rodrigo Otávio da Silva, defendida no Programa de Pós-graduação do Departamento de História da UFRN, em 2012. Nela, o historiador se debruçou sobre o Hospital de Caridade Juvino Barreto, instituição nosocomial localizada na cidade do Natal (RN), entre a Praia de Areia Preta e o Monte Petrópolis, focalizando-o no período compreendido entre 1909, ano em que o novo edifício hospitalar fora construído e inaugurado, e 1927, data da transferência de sua administração de domínio público para a recém-criada associação médica da Sociedade de Assistência Hospitalar (SAH), investigando as condições de possibilidade da emergência desse espaço hospitalar no ambiente urbano da capital do Rio Grande do

---

Gabriela S. M. C. Marinho, pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP; o trabalho *Práticas e saberes médicos em Natal: 1892-1924*, do professor Raimundo Nonato Araújo da Rocha, apresentado no IV<sup>a</sup> Encontro Cultura & Memória: história e trabalho, em Recife, 2009; os artigos do professor Iranilson Burity, que discutem doenças e epidemias: “Fora da higiene não há salvação”: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano (2003), *Mneme: Revista de Humanidades*, V.4 - N.7 - fev./mar. de 2003; “Por um beso em tu boca”: assistência à saúde bucal infantil na revista *SALUD Y SANIDAD* da Colômbia (década de 1930), em parceria com Laís Vasconcelos Santos (2017), publicado na revista *História: Questões & Debates*, Curitiba, volume 65, n.1, p. 97-118, jan./jun. 2017; A cidade gradeada pelo medo: peste e doença em Campina Grande no início do séc. XXI, em conjunto com Flávio André Alves Britto, publicado na revista *Fênix – Revista de História e Estudos Culturais* Setembro/ Outubro/ Novembro/ Dezembro de 2012, Vol. 9, Ano IX, nº 3; Só é sujo e doente quem quer (?) – Representações médicas na Paraíba do início do século XX, com Leonardo Querino dos Santos (2015), na *Revista de História Regional* 20(1): 130-148, 2015.

<sup>188</sup> Consultei para a análise as seguintes edições: CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Natal: Fundação José Augusto; Rio de Janeiro: Achiamé, 1984; Idem. *História da cidade do Natal*. Natal: EDUFRN, 2010.

Norte e buscando compreender as diferentes táticas e estratégias implementadas pelos sujeitos históricos envolvidos na constituição desse nosocômio.

Partindo de um corpus documental constituído de memórias médicas (tendo o Dr. Januário Cicco como observador privilegiado), informações presentes em jornais (*A República e Diário do Natal*), acervo fotográfico e extenso material de natureza administrativa e legal (discursos, exposições, falas, leis, relatórios e resoluções), Rodrigo Otávio analisou detalhadamente a geografia médica do HCJB, relacionando os discursos da Geografia e da Medicina na escolha da localização espacial do referido nosocômio hospitalar, bem como examinou a arquitetura do hospital, sua espacialidade interna, divisões, formas de controle do espaço, e, por fim, abordou as práticas médicas que se desenrolaram no seu interior, conduzindo-se, a esse respeito, a partir das experiências do chefe de clínicas do hospital, o Dr. Januário Cicco, destacando-se aí a discussão sobre a “ética” no trabalho médico-hospitalar. A percepção do HCJB como nosoespacialidade médica sempre em movimento, constituída segundo princípios taxonômicos baseados na diferença e na dispersão de forças, levou Rodrigo a articulá-lo teoricamente a partir do arsenal conceitual-metodológico do filósofo Michel Foucault, em especial suas reflexões da fase genealógica, centradas no fenômeno do poder, posição que permitiu valorizar o espaço hospitalar como construção, invenção, produto de relações de força, que conferiram ao nosocômio aspecto inacabado, aparente, sempre em jogo, possibilidade perpétua de modelagem que não tem matriz previamente definida, instaurando-o no campo do possível, da virtualidade, da potência: hospital que poderia ter sido e que não foi. Essa instabilidade marcou a vida do Hospital de Caridade Juvino Barreto ao longo das primeiras décadas do século XX.

Com efeito, a investigação dos diversos aspectos/elementos do espaço hospitalar do Juvino Barreto revelou novas dimensões da espacialidade médico-hospitalar, muito mais complexa do que a simples e corrente ideia de um lugar para abrigo de doentes: a plasticidade e fluidez do espaço, que não se deixava circunscrever aos limites da *empíria*, plasmando-se ao sabor das relações de força travadas entre os diferentes sujeitos; sua constituição como espaço de transição, heterotópico, fazendo conviver no seu interior elementos modernos com pré-modernos (médicos profissionais trabalhando com religiosas, pensamento cético da medicina positivista convivendo com a fé religiosa das freiras de Santana); a impossibilidade de se pensar o espaço hospitalar do HCJB enquanto unidade homogênea, estática, transistórica, naturalizando essa

espacialidade, sem se considerar as profundas diferenças, fraturas e deslocamentos que animavam sua própria existência, multiplicando as suas expressões identitárias.

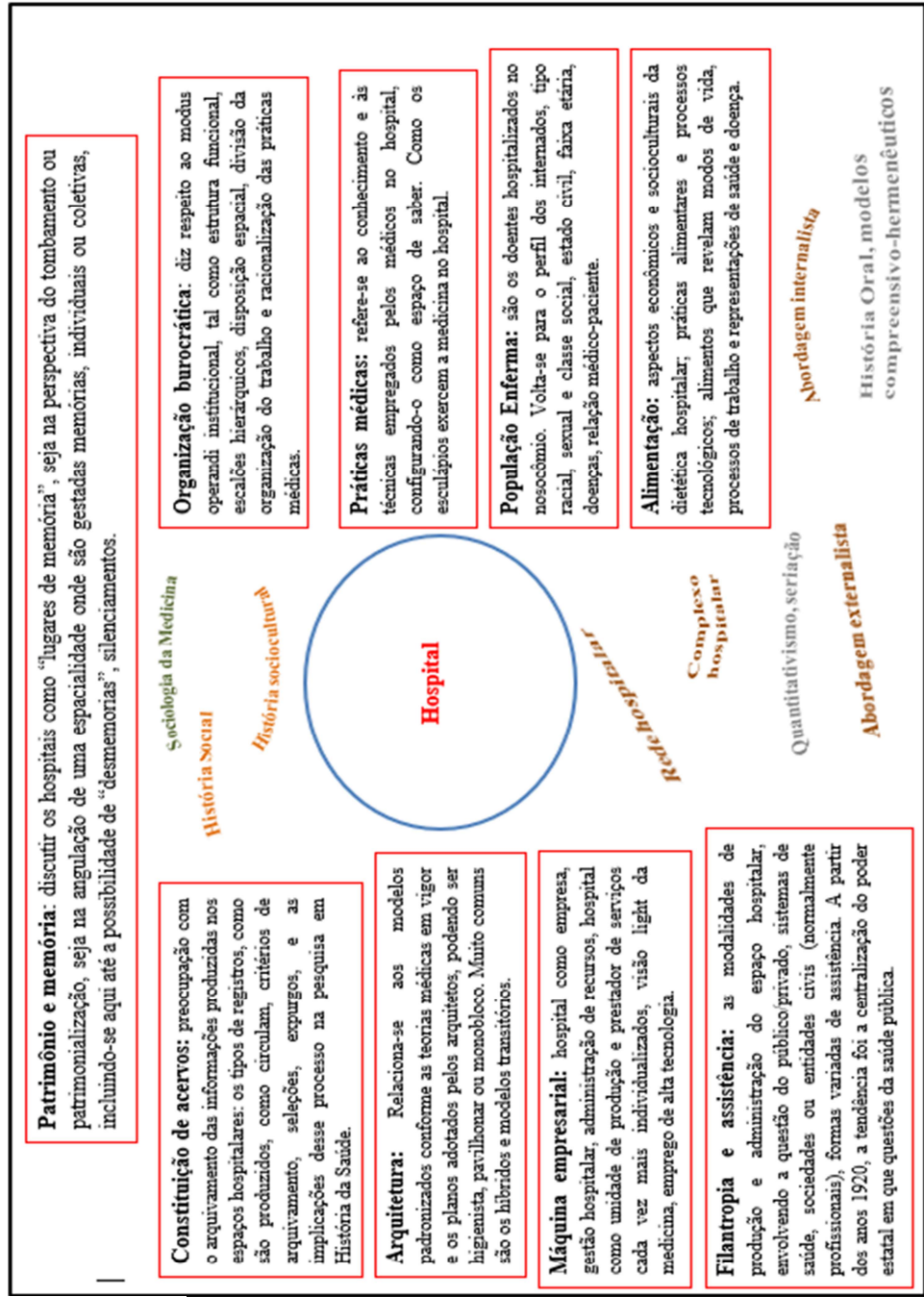
Como se pode depreender desse balanço historiográfico, há uma plethora de possibilidades de domínios e abordagens acerca do hospital, cada qual guardando suas peculiaridades de tratamento e interpretação. Alguns vieses, contudo, parecem dominar a paisagem das pesquisas. Em significativa parcela dos estudos citados aqui, o espaço hospitalar é visto de “fora”, no que convencionamos chamar de “abordagem externalista”, normalmente como instituição ou aparelho do Estado no controle do espaço urbano, tarefa essencial levada a cabo na figura da nascente saúde pública e suas políticas de saúde. O efeito desse “modo de ver” o espaço hospitalar é o esvaziamento de uma dinâmica própria ao hospital, interna e bastante complexa. Além disso, divisamos, no campo gnosiológico presente nos trabalhos, uma certa metafísica do espaço assistencial hospitalar que contém a pressuposição - não assumida - de que o hospital é um ser-dado, já-aí, uma *phýsis*, bastando apenas encontrar a *dýnamis* própria e seu *eídos*: pressupõem-se saber, de antemão, o ser-hospital. É como se, a cada pesquisa realizada, não fosse necessário se perguntar, mais uma vez, o que significava este tal “hospital” que aparecia nas fontes, afinal “todos já sabiam”.

Essa compreensão dos caminhos historiográficos já percorridos nos alerta quanto aos escolhos que devemos evitar ao estudar a espacialidade hospitalar do Hospital Miguel Couto, bem como oferecer um campo de possibilidades para trilhamento. O Hospital Miguel Couto, localizado em Natal, no Rio Grande do Norte, apresenta especificidades históricas que devemos levar em conta no seu estudo. Na periodização selecionada, entre 1927 e 1955, ele acompanha um período histórico turbulento, prenhe de acontecimentos significativos para a história do Brasil: o Golpe de 1930, a Intentona Comunista de 1935, o Golpe de 1937 que instaurou a ditadura do Estado Novo, o momento crítico da Segunda Guerra Mundial, incluindo-se nessa periodização o segundo governo Vargas (1950-1954), eventos e processos que transformaram sensivelmente a saúde pública no país. O Hospital Miguel Couto não atravessou todo esse período de intensas mudanças incólume: de algum modo, participou dessa devenida histórica de múltiplas formas, seja na institucionalização do ideário de um hospital moderno terapêutico e tecnológico, seja na consolidação da classe médica como produtora de saber, seja na formação de uma rede de assistência médica na cidade,

envolvendo vários conflitos entre diferentes atores sociais e instituições públicas e privadas.

Tal cadeia de acontecimentos imprimiu no hospital um caráter de espaço de cura “híbrido”, marcado pela plasticidade, pela fluidez. Situado na passagem de uma medicina liberal para uma medicina social, de um espaço-abrigo-caritativo para um espaço de cura, o Miguel Couto articulou engenhosamente o antigo e o novo, fazendo conviver temporalidades distintas na simultaneidade de sua singularidade, a despeito de um processo de homogeneização da hospitalidade na direção de um modelo tecnológico centralizado no Estado. Um “mosaico” não-intencional, um “texto (tecido) roto” no sentido de roupa velha costurada a pedaços de panos novos. Para tomar emprestado da conceitualidade de Foucault, diríamos que o hospital constituía uma “dispersão de forças”, uma fratura permanente: Hospital-limite... A multiplicação de imagens ou figuras que utilizamos (mosaico, tecido roto, dispersão de forças) reforça a atitude de “aproximação” do objeto, de não aprisionamento em determinadas malhas conceituais, permitindo-nos tomar contato com essa singularidade estilhaçada do hospital Miguel Couto. O hospital será tomado como “acontecimento”, singularidade complexa dada sua face intervalar, de transição, que não permite encapsulamento prévio, voltado ao abrigo de doentes, sim, mas usando outras tantas máscaras conforme os domínios e ângulos escolhidos. Espaço híbrido, de trânsito e transição, que será perpectivado numa ótica da História Cultural com preocupação mais internalista, sem abrir mão de um olhar externo, com ênfase nos domínios da “população enferma” e das “práticas médicas”.

**Quadro 1 - Quadro-síntese sobre os domínios e abordagens da historiografia sobre os hospitais do Brasil**



Fonte: Elaborado pelo autor

## 1.8 METODOLOGIA E CORPUS TEXTUAL: ESPECTROS A (NO) (DO) CAMINHO...SEJAM BEM-VINDOS!

Seja como “lei do que pode ser dito”<sup>189</sup>, no sentido de instrumento de limitação do pensamento, como afirmou Foucault, seja como “memória de dominação”<sup>190</sup>, posição defendida por Derrida, o arquivo é sempre e antecipadamente uma *política de arquivo*. *Arkhé* como origem e autoridade que comanda o arquivamento. Seleção, conservação e acessibilidade são princípios que produzem os documentos-suplementos como relação de poder.<sup>191</sup> Esse jogo de abertura e fechamento remete ao espaçamento arquivado como interpretação. Ele, desde o “começo”, não originário nem como presença, já se dá como interpretação. Como “relações de poder”, o historiador tem de decifrar o jogo arquivado de entregar-esconder. Isto *solicita* e demanda um exame atento da constituição/instituição histórica dos espaços arquivísticos para além de um discurso dominante de “origem” e “verdade” do passado, como se o arquivo fosse o grau zero da escritura, guardando o segredo transcendental do ser.

Sendo a memória uma falta originária - pois demanda sempre um lugar de consagração, uma técnica de repetição e uma determinada exterioridade -, o arquivo jamais constitui *mneme*, é sempre *hipomnésico*, lugar exterior, marcado por uma lógica da repetição, compulsão à repetição (reprodução, reimpressão) e, por conseguinte, trabalhando em nome do esquecimento. Dessa maneira, o arquivo entendido “como acumulação e capitalização da memória sobre algum suporte e em um lugar exterior”<sup>192</sup> é, a um só tempo, possibilidade dessa memória, seu arquivamento, como também sua própria destruição. Não há memória sem arquivo e todo arquivo é um suplemento de memória no sentido de ela não se bastar a si mesma, revelando ser fragmentada, espaçada, e só vindo a ser “como tal” na estrutura de prótese arquivado. O arquivo tanto produz quanto registra o evento.

Nesse jogo arquivado inescapável entre lembrar e esquecer, a História-disciplina participa ativamente desse complexo movimento pendular de idas e vindas entre o

---

<sup>189</sup> FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p.147.

<sup>190</sup>DERRIDA, Jacques. *Mal de arquivo: uma impressão freudiana*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.p. 11-15.

<sup>191</sup>ASSMAN, Aleida. *Espaços da recordação: formas e transformações da memória cultural*. Campinas: Unicamp, 2011.p. 368.

<sup>192</sup> Idem, *Ibidem*, p.23.



passado e o presente, interrogando essa memória evanescente consoante uma “lógica historiadora” própria, fundada no diálogo intensivo e constante entre o historiador, com suas perguntas e hipóteses (calibradas adequadamente aos materiais), e as evidências do comportamento humano no tempo (fontes).<sup>193</sup>

Esse “tribunal das evidências”, para ficarmos nessa imagem jurídica, segue um rito da pesquisa histórica, que parte da elaboração de perguntas sobre determinado campo da experiência histórica, continua na identificação e reunião da documentação dos acontecimentos no passado (pertinentes à pergunta formulada), com a aplicação de uma crítica metódica às fontes, tanto interna (confiabilidade do conteúdo) quanto externa (autenticidade), e tem seu termo na apresentação escrita, em que se conectam os eventos em sequências narráveis e capazes de serem explicadas.<sup>194</sup> Daí afirmar-se que o discurso final dos historiadores deve ser, “[...] a um só tempo, cientificamente interdisciplinar, artisticamente literário e experimentalmente multivocal”<sup>195</sup>.

O momento heurístico e crítico na pesquisa histórica, que engloba a problematização e o trabalho com as fontes, requer, portanto, essa lógica particular de investigação, escavando nesse território do “antes do agora”, como a toupeira nietzschiana do prefácio de Aurora, à procura das muitas vozes que se enredaram na tessitura do tempo. Nesse diálogo interminável com as fontes, mas com uma lógica de operação comum, a História-disciplina instala-se no *intermezzo* entre a memória e o esquecimento.<sup>196</sup>

Quando se reúne uma documentação em determinado espaço, classifica-se o material e o dispõe em armazenamento e segundo certas regras bibliônicas, por exemplo, restringindo-se o acesso para alguns e liberando-se para outros, impõe-se um certo leque interpretativo sobre toda a documentação arquivada, uma lei de arconte que imprime sobre ela um *nomos* característico de certos grupos sociais que instituíram o espaço arquivado: afinal, que “passado” construíram para mim? A percepção aqui deve ser dupla: a “falta” originária da memória aponta para uma estrutura própria do arquivamento graças à “pulsão de morte” que o governa; também importante é

---

<sup>193</sup> THOMPSON, Edward Palmer. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.p.48-50.

<sup>194</sup> RÜSEN, Jörn. *Teoria da História: uma teoria da história como ciência*. Curitiba: UFPR, 2015. p.188.

<sup>195</sup> BARROS, José d'Assunção. *A expansão da História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p.51.

<sup>196</sup> Referência à obra de Paul Ricœur *A memória, a história e o esquecimento* (2007), que analisa a relação entre experiência temporal e operação narrativa no trabalho do Historiador.

distinguir esse funcionamento inerente à inscrição como suporte daquele da ideologia<sup>197</sup> no sentido mais sociológico, que envolve o embate entre os grupos na imposição de determinada memória ao corpo social.

[...] o *mal de arquivo* se atém a esse destino: sempre finito e, portanto, seletivo, interpretativo, filtrante e filtrado, censurador e repressivo, o arquivo configura sempre um lugar e uma instância de poder. Fadado à virtualidade do ‘cedo ou tarde’, o arquivo produz o acontecimento, tanto quanto o registra ou consigna.<sup>198</sup>

Esse “mal de arquivo”, como o denominava Derrida, impele-nos a uma consideração mais atenta, *pari et passu*, da história dos arquivos e seus modos de arquivamento que serão manejados e sua respectiva documentação.

A documentação escrita que compulsamos provém de arquivos oficiais de natureza público-estatal ou de acervos de iniciativa privada, estes últimos mantidos por agremiação profissional ou instituição privada diversa. Com efeito, são marcados em sua formação, organização e disponibilidade de acesso por um arranjo interpretativo do passado ligado ao estabelecimento de uma memória institucional do estado, das elites locais ou de personagens a elas relacionados. O trabalho do historiador com esses arquivos, por conseguinte, deve operar-se na consideração de um triplo aspecto daquilo que a especialista em estudos da memória Aleida Assman designou como “status do arquivo”<sup>199</sup>: seu caráter variável e pendular entre memória funcional ou de armazenamento; sua instrumentalização da autoridade; e sua funcionalidade como repositório de conhecimento realocado. Isto significa que os arquivos estudados devem ser examinados como memória de armazenamento que constituem parte de uma *herança cultural* que se abre potencialmente a interpretações variadas:

‘Os arquivos que armazenam materiais’ devem ser ‘lidos e interpretados [...] se o seu conteúdo tiver de ser resgatado pela memória’. O arquivo adquire um significado de destaque como *memória potencial ou pré-condição material para memórias culturais futuras*. Além disso, o arquivo contém embutida em si uma memória

<sup>197</sup> Ideologia é um conceito bastante flexível nas Ciências Sociais e Humanas. Terry Eagleton, em *Ideologia: una introducción*, recenseia cerca de 16 conceitos mais comuns na atualidade. Tomamos aqui um sentido mais ampliado de ideologia como conjunto de crenças motivadas por interesses sociais ou ideias características de um determinado grupo social ou classe particular, que a impõe como universal ao restante do corpo social. Cf.: EAGLETON, Terry. *Ideología: una introducción*. Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1997.

<sup>198</sup> DERRIDA, Jacques. *Papel-máquina*. São Paulo: Estação Liberdade, 2004. p.66.

<sup>199</sup> ASSMAN, Op. Cit., p.369.

funcional na forma de memória de armazenamento, que é designada pelo nome de ‘herança cultural’[...].<sup>200</sup> (destaque nosso)

E é nessa direção que o filósofo Peter Sloterdijk, em *Derrida, um egípcio* (2006), compreende a noção derridiana de arquivo:

Para Derrida, os arquivos representam vicariamente o infinito no finito; assemelham-se a um prédio de paredes fluidas, como Salvador Dalí pôde perceber - na verdade, são mesmo como uma casa sem paredes, povoada por um número infinito de moradores, dotados de opiniões variadas e imprevisíveis.<sup>201</sup>

Na organização arquivística dos “acervos biomédicos” no Brasil, a produção e o armazenamento da documentação produzida no interior das instituições médico-hospitalares de saúde carece, em sua maioria, de uma política de arquivo. A rotina diária de trabalho na máquina nosocomial, o pouco tempo disponível e os recursos escassos obstaculizam o trabalho de memória da instituição de atenção à saúde, além, é claro, da ausência de pessoal qualificado para o exercício arquivístico ou biblioteconômico. A socióloga Yara Aoun Khoury, docente do Departamento de História da PUC/SP e coordenadora do Centro de Documentação e Informação Científica Professor Casemiro dos Reis Filho (Cedic/PUC-SP), levou a efeito um largo estudo sobre os arquivos das misericórdias no Brasil, analisando sistematicamente 110 Irmandades (de um total de 475) criadas entre o séc. XVI e 1900.<sup>202</sup> Em *O silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam*, Yara descreveu o estado dos arquivos encontrados durante a pesquisa:

Além das distâncias, algumas Santas Casas não tinham nem telefone para agendamento prévio das visitas. Exceção feita a alguns arquivos muito bem cuidados, como o de Porto Alegre, muitos se encontravam em depósitos, galpões ou salas, por vezes dispostos em caixas ou pilhas amarradas, expostas a goteiras, poeira, insetos e roedores, sem as condições mínimas de preservação. Os modos como esses arquivos são chamados nessas instituições – arquivo morto, inativo, almoxarifado, galpão, depósito – já anuncia a situação em que se encontram. Houve casos, como o de Vitória, no Espírito Santo (1545), em que as más condições de armazenamento não permitiram a consulta, nem mesmo para um levantamento geral preliminar; outros, como em Olinda,

---

<sup>200</sup> Idem, *Ibidem*.

<sup>201</sup> SLOTERDIJK, Peter. *Derrida, um egípcio: o problema da pirâmide judia*. São Paulo: Estação Liberdade, 2009. p.73.

<sup>202</sup> Cf.: KHOURY, Yara Aun. (coord.). *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, 1500-1900*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo/PUC-SP/Cedic/Fapesp, 2004, dois volumes.

Pernambuco, onde foi criada a mais antiga Santa Casa do Brasil (1539), em que o acervo não foi encontrado.<sup>203</sup>

Algumas dessas Irmandades, como a de Belo Horizonte, solicitaram o trabalho especializado de empresas para a guarda de documentos, enviando prontuários médicos de 1987 a 1998 para a empresa Memovip, por falta de espaço físico no Same (Serviço de Arquivos Médicos e Estatística).<sup>204</sup> E mesmo as instituições detentoras de algum acervo, como essas das misericórdias, sua administração pela direção do hospital é marcada pelo descaso e desconhecimento do valor dos documentos: na circulação entre o arquivo morto e o arquivo permanente, a documentação mais antiga é rapidamente descartada sem qualquer critério técnico adequado. Estudando os periódicos médicos em São Paulo entre 1889 e 1950, Maria Regina Barros da Silva, Doutora em História Social e professora do Departamento de História da FFLCH/USP, apontou outra característica do processo de arquivamento desses acervos biomédicos: seu caráter imediatista. Assim,

O conteúdo e o formato de cada conjunto são construídos a partir de fatores imediatos, tais como público-alvo, localização geográfica, “poder aquisitivo” da biblioteca, espaço físico e instalações. Outros fatores, complementares a estes, também devem ser levados em conta na hora de organizar tais instituições. As políticas culturais do país e da cidade em que a biblioteca se inscreve, as políticas científicas e os objetivos mais imediatos dos seus organizadores, públicos e privados; o instrumental tecnológico a que a instituição terá acesso.<sup>205</sup>

E mesmo quando são enviados a outras instituições de arquivamento, como as universidades, o material ainda terá seu valor de conservação ligado a “problemas de seleção de periódicos ou texto com maiores e melhores índices de aceitação, de impacto, de representatividade, em tal e qual campo de atividades”<sup>206</sup>. Os traços aqui descritos para as Irmandades e acervos universitários (bibliotecas ou Centros de Pesquisa) se estendem a outros arquivos biomédicos no Brasil, tanto públicos, sob a tutela do Estado ou município, quanto privados ou pessoais (fundações ou arquivos domésticos).

---

<sup>203</sup> KHOURY, Yara Aun. O silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam. In: MONTEIRO, Yara Nogueira. *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.p. 272.

<sup>204</sup> Idem, *ibidem*, p.276.

<sup>205</sup> DA SILVA, Márcia Regina Barros. Periódicos médicos em São Paulo entre 1889 e 1950. In: MONTEIRO, Yara Nogueira. *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.p.278.

<sup>206</sup> *Ibidem*.

De modo geral, a documentação dos arquivos biomédicos é visivelmente marcada por uma certa extensão temática em cruzamento com questões sócio-culturais locais. Nunca as encontramos apenas em seu nível técnico e institucional restrito à atividade médico-hospitalar interna, mas comumente se acomoda a questões econômicas, políticas, sociais e culturais da configuração societal mais próxima de que faz parte. Essa característica exige do pesquisador em saúde uma atenção maior ao caráter “relacional” do documento, aos múltiplos fios de textualidade que o envolvem.

No Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte, nosso principal acervo, a documentação sobre o Hospital Miguel Couto é bastante diversa não só quanto à forma, mas também com relação ao conteúdo. Predomina, contudo, um “espírito” de racionalização burocrática, maquinal. O hospital como um conjunto de engrenagens em serviço: matéria em movimento, corpo sem alma, vontade ou consciência. Deve-se evitar uma leitura “institucional”<sup>207</sup> das fontes, no sentido de uma ordem hermenêutica restituidora do sentido “privilegiado” conferido pelos sujeitos presentes nas fontes históricas ou pelos arcontes das operações do arquivo: reproduzir a arquiviolência instauradora do processo de arquivamento. A especificidade da tarefa metodológica, então, consiste em “desmontar” esse maquinário, essa bolha ou esfera, na linguagem de Peter Sloterdijk, pela reconstrução das relações que foram nele articuladas, introduzindo na documentação algo que a desestabilize, que a faça parar ou impeça seu movimento habitual. Invocar seus fantasmas, hospedar seus outros indesejados, eis o trabalho.

Tendo em mente esse caráter pendular do arquivo, entre a funcionalidade e o armazenamento, mas com potencial para “memórias culturais”, debruçamo-nos sobre cinco acervos históricos que condicionam a documentação sobre o Hospital Miguel Couto: o Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte; a Associação Médica do Rio Grande do Norte; a Academia Norte-rio-grandense de Letras; o jornal Tribuna do Norte; e o Museu Histórico Professor Carlos da Silva Lacaz (FMUSP).

No Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte (APE/RN), dispomos de extensa massa documental sobre o Hospital Miguel Couto acondicionada em 50 caixas-arquivo, dispostas em duas estantes metálicas no imenso galpão do acervo, que conta com cerca de 300 mil documentos espalhados em 180 m<sup>2</sup>, e de outras 9 caixas-arquivo guardadas em sala especial, contendo livros encadernados à francesa com informações

---

<sup>207</sup> Ao invés de uma leitura “institucional”, seguimos uma leitura do processo de “institucionalização” que aponta para a compreensão de uma construção social da realidade. Cf.: BERGER, Peter; LUCKMANN. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2014.

sobre inventário dos utensílios do HMC, apurados de farmácia do hospital, registro de empregados, livro de atas das reuniões da SAH, registro de pensionistas do hospital, livro de ponto da Maternidade e relatórios das reuniões da SAH.

Os documentos das estantes metálicas estão organizados por temas-conteúdo e cronologia, abrangendo um período compreendido entre o começo do século XX (1909) e a década de 1970, incluindo, de modo geral, materiais sobre o HMC e a Maternidade Escola Januário Cicco, que historicamente esteve ligada ao hospital. Essas caixas contêm documentos muito variados, mormente de natureza econômica e administrativa: folhas de pagamento, recibos, duplicatas, livros de ponto, autorizações, faturas, relações de pessoal, ofícios e correspondências, balanços financeiros, listas de funcionários, prestações de contas, exposições de motivos, memorandos, inspeções de saúde, guias de recolhimento, inventário, apurado de farmácia, registro de empregados, receitas, livro de atas, registro de pensionistas, despesas, livro de ponto da Maternidade, relatório da Sociedade de Assistência Hospitalar, contratos, folhas de pagamento, recibos, aluguéis de casas, obituários, coletas de nascimento, circulares, guias de recolhimento, matérias de jornais, certidões de nascimento, fichas de médicos, livros de credores, atas, movimento hospitalar dentre outras. Toda essa documentação histórica sobre o hospital (à exceção do material hemerográfico) foi resultado da “doação” do médico Onofre Lopes, antigo presidente da Sociedade de Assistência Hospitalar e ex-chefe de clínicas do HMC. Trata-se de parte do antigo acervo do hospital.

Do arquivo da sala especial, também manipulamos os exemplares do jornal *A República*, entre os anos de 1925 e 1955, muitos deles em péssimo estado de conservação. Esse periódico organizava-se na forma de livros encadernados à francesa, distribuindo-se por ano, de periodicidade semanal (duas ou três vezes), mal acondicionados em pilhas sobrepostas. Embora se trate de um único tipo de suporte, temos em verdade diversos gêneros textuais presentes nesse jornal, com informações normalmente situadas em duas colunas: *Decretos* e *Diversas*. Essas fontes hemerográficas são portadoras regulares de informações ligadas não apenas à medicina propriamente dita, com anúncios de farmácias, fármacos diversos, clínicos particulares, mas também as transformações urbanas, em termos médico-sanitários, com adequações construtivas e arquitetônicas rigidamente disciplinadas, segundo códigos estéticos e diretrizes higienistas advogadas e propaladas pela elite do Estado, que aspirava transformar a urbe natalense em cidade modelo, própria para uma vivência “civilizada”.

Ainda que veículos produtores das ideias das elites potiguares, os periódicos acima listados são úteis na medida em que permitem relacionar o saber e a prática médica com os interesses do Estado, forjando uma embrionária consciência médica na aproximação da medicina com a política.

Em tais periódicos, encontramos vasta documentação legal e administrativa, material que procurava regular, no âmbito do Estado, a prática médica, seja no seu exercício profissional, imediato e visível, seja no disciplinamento dos espaços médico-clínico-hospitalares, onde atuavam os profissionais da medicina. Regulavam e organizavam o serviço de saúde, autorizando doações fundiárias para construção de escolas e assistências hospitalares, como a Escola de Enfermagem e o Hospital Miguel Couto; autorizavam consórcio contratual entre Estado e estabelecimentos particulares, com vistas a melhorar o “socorro médico” no RN; incentivavam a produção de registros da atividade médica para esforço estatístico de interpretação do quadro da saúde no Estado, facilitando planejamento; e outras disposições miúdas, que nos permitem aproximar a figura do Estado ao espaço de cura do hospital.

No espaço da atual Associação Médica do Rio Grande do Norte (AM/RN), há um acervo ainda não catalogado da instituição. Fundada em 1931, com o nome de Sociedade de Medicina e Cirurgia do RN (SMC/RN), congregava as principais figuras do campo da Medicina do Estado, que se reuniam para discussão e apresentação de *trabalhos de pesquisa e reflexão médica*, que em geral duravam 30 minutos cada e tinham seu registro em 40 linhas datilografadas. Os resultados dessa práxis médica, das observações clínicas dos pacientes em hospitais, farmácias e consultórios particulares, foram enfeixados em brochuras de excelente qualidade, divididos por trimestres. Esses trabalhos e as atas de reuniões que registravam minuciosamente os debates não se encontram dispostos em prateleiras devidamente arrumados ou organizados/catalogados em uma lista para consulta; estão jogados ao chão, abandonados em meio à barafunda de outros materiais. São poucos trabalhos médicos publicados, que discutem a etiologia de doenças e tratamentos possíveis. Dentre eles, por exemplo, situa-se uma discussão realizada em 1933 acerca da temática da eutanásia, ensaio de autoria do médico Januário Cicco, então chefe de clínicas do Hospital Miguel Couto.

A Academia Norte-rio-grandense de Letras (ANL), agremiação literária de 1937, guarda em seu extenso acervo fontes importantes para se conhecer as personalidades médicas da cidade do Natal. Fora criado por um grupo de intelectuais à

frente dos quais estava o escritor Luís da Câmara Cascudo. Poesias, romances e novelas se constituem em fontes ricas sobre os saberes e as práticas médicas do período estudado, ao desvelar as preocupações da “classe” médica que se formava na urbe. Embora essa instituição literária tenha surgido em 1931, somente a partir de 1950 passaram a publicar sua própria revista, algumas delas com textos anteriores a essa data republicados como fac-símile. Nosso *corpus* estrutura-se em trono de 12 revistas, vindas a lume entre 1956 e 2014. O estudo dessas fontes literárias segue a linha que busca investigar as relações travadas entre grupos literários e profissionais da Medicina, a constituição de uma intelectualidade médica e sua influência na sociedade potiguar. Inúmeros escritos literários trazem como motivação temas ou discussões médicas, como podemos destacar no caso da novela *Euthanasia*, do médico Januário Cicco, ocupante da cadeira n.11 da ANL, cujo patrono fora o padre João Maria. No artigo “A eugenia de um esculápio de aldeia: a ‘redempção da humanidade’ nas mãos do Dr. Januário Cicco”, discutimos amiúde esse texto literário, mostrando sua importância para a compreensão dos ideais eugênicos sustentados por intelectuais e médicos da cidade do Natal nos anos 1930.<sup>208</sup> Além da produção cultural no domínio da Literatura, examinaremos as atas das reuniões, as separatas, as “recepções” dos Imortais, conjunto de fontes que nos permitem conhecer a vida dos membros da academia e suas ligações com o mundo social de que faziam parte. Como se pode notar, muitos deles eram médicos renomados, que viam seu ingresso na ANL como forma de reconhecimento social e fortalecimento da classe médica na cidade, que passava a gozar de prestígio e status.

O jornal *Tribuna do Norte* guarda acervo hemerográfico com exemplares de seu jornal a partir de 1950, ano de sua fundação pelo jornalista Aluizio Alves, que se tornaria, na década de 1960, um dos políticos mais influentes do Rio Grande do Norte. É ainda hoje o veículo de comunicação mais influente do estado. O acervo desse jornal nos permite cobrir o HMC, considerando nossa periodização, por cinco anos ininterruptos. Reúne, em geral, pequenas notícias sobre o atendimento de enfermos, tecnologias médicas, e observações diárias diversas.

Além dos acervos locais, de guarda pública, o Arquivo Nacional do Rio de Janeiro conserva digitalizados, em parte, alguns jornais que circulavam em Natal depois

---

<sup>208</sup> ROCHA, Raimundo Nonato Araújo da; SILVA, Rodrigo Otávio da. artigo A eugenia de um esculápio de aldeia: a “redempção da humanidade” nas mãos do Dr. Januário Cicco. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C. (Org.). *Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades*. São Paulo: USP; UFABC; CDG Casa de Soluções Editora, 2013.



dos anos 1930. Entre esses periódicos, temos o jornal da Ação Católica *A Ordem* (1935-1952), criado em 14 de julho de 1935 sob a orientação da Congregação Mariana e divulgado pela Diocese de Natal. Trata-se da primeira fase do jornal, que tinha como propósito “restabelecer a ordem em todos os setores da atividade humana”<sup>209</sup>, mas muito combativo em relação ao ideário comunista propagado no Estado. À parte sua orientação ideológica, esse jornal portava variadas informações sobre o HMC e sua trajetória em quase três décadas. *O Poti* (1954-1959) e o *Diário de Natal* (1950-1959), ambos ligados aos “Diários Associados” de Assis Chateaubriand, também veiculavam notícias sobre o HMC, mais esparsas e fragmentadas do que o periódico católico.

Do Museu Histórico Professor Carlos da Silva Lacaz, na Faculdade de Medicina da USP, a *Revista Médico-Social* mobiliza discussões sobre os hospitais no Brasil e no exterior, entre fevereiro de 1942 e julho-agosto de 1944. São dois volumes em brochura somando 18 revistas ao todo, que versam sobre questões hospitalares e médico-sociais muito importantes para nosso estudo porque seus artigos são assinados por influentes personalidades médicas do período e tratam amiúde de aspectos hospitalares relevantes que conectam diretamente com a história do Hospital Miguel Couto na fase da Segunda Guerra Mundial. O que costura, de modo geral, todos os artigos, é a obsessão com a implantação efetiva no Brasil do modelo do hospital terapêutico e tecnológico da medicina social, o chamado “hospital moderno”, mormente inspirado nos hospitais americanos, como o John Hopkins, caracterizados pelo uso de alta tecnologia, predomínio médico na administração nosocomial e sua arquitetura monobloco vertical.

Assim, a compreensão desses arquivos como “cuidado” do depósito físico e do suporte também deve incorporar, simultaneamente, a ideia de competência hermenêutica, uma vez que seus “arcontes” (seus organizadores e zeladores: estado, políticos, historiadores etc.) se comportam como guardiões da localização e “interpretação” das fontes. Os materiais são reunidos, identificados e classificados, formando uma unidade de configuração ideal, o que Derrida chamava de “poder de consignação”. São poderes que dão sentido, pretendem dizer a verdade:

[...] seria um ideal de apropriação, de posse, de ter a guarda dos arquivos -, gesto que estaria sempre associado, de forma inevitável, a uma violência fundadora, a violência do discurso que se autoestabelece

---

<sup>209</sup> A ORDEM. *Nossos propósitos*. Natal, 14 jul. 1935.

como lei, a uma assinatura, a um fundamento “místico” da autoridade.<sup>210</sup>

## 1.9 AS FONTES COMO MÁQUINA TEXTUAL E OS “INDECIDÍVEIS”

Os discursos são tentativas de afirmação e apropriação da verdade, não assentados em um pretense fundamento, mas na força, naquilo que Pascal indicava como “fundamento místico da autoridade”, numa força que sustenta a si mesma desde a fundação. O trabalho, então, com essas fontes, ou melhor, documentos-suplemento, implica a desconstrução dessa configuração, consignação-lei, desapossamento da competência interpretativa. Como se pode notar, a maior parte das fontes sobre o Hospital Miguel Couto na temporalidade recortada desta tese são de natureza administrativa, burocrática, que, como tal, pretende descrever o funcionamento hospitalar como uma racionalidade técnica, instrumental e também biomédica! Acatar essa “ordem” interpretativa é reproduzir determinada identidade imposta pelo estado e pelas elites locais da cidade do Natal como “sentido único”, “primeiro” e “originário” para o nosocômio: hospital tecnológico, moderno, administrado exclusivamente pelo corpo médico e seus conhecimentos científicos. Nem a ordem hermenêutica dos consignadores do arquivo nem a ordem interpretativa dos sujeitos históricos produtores das fontes arquivadas nas instituições. O trabalho aqui é de “desconstrução”, de desmontagem da “máquina textual” sobre o hospital para ver o que há dentro, e depois montar-disseminar em outro lugar (afinal, nossa re-montagem será outra interpretação).

Abordamos aqui as fontes a partir da conceitualidade de “máquina textual” querendo, com isso, capturar determinada característica do discurso escrito enquanto um dispositivo de funcionamento que guarda na sua economia de produção, circulação e consumo uma deriva interpretativa que extrapola a ideia de estabilização do sentido na figura do sujeito interpretante. É o reconhecimento de que o texto nos escapa, sempre foge, nunca é total porque sempre está em excesso consigo mesmo, sempre acomoda o incalculável, não o prevendo. É o entendimento de fazer as fontes dizerem aquilo que não desejavam oferecer em nível consciente, que se recusavam ou mascaravam, mas que guardaram inelutavelmente consigo. Em *De que amanhã* (2001), entrevista

---

<sup>210</sup> RODRIGUES, Carla. *Dois palavras*: hospitalidade e responsabilidade: sobre ética e política em Jacques Derrida. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p.41.

concedida a Elizabeth Roudinesco, Derrida expressou e comentou seu entendimento do conceito de “máquina” a que aludimos anteriormente:

Existe máquina em toda parte, especialmente na linguagem. Assim Freud, nossa referência comum e privilegiada, fala de economia, logo de cálculo inconsciente, de princípios de cálculo (realidade, prazer), de repetição e compulsão de repetição. *Definiria a máquina como um dispositivo de cálculo e repetição.* Desde que haja cálculo, calculabilidade e repetição, há máquina. Freud levou em conta a máquina da economia e o produto da máquina. Ora, existe na máquina um excesso em relação à própria máquina: ao mesmo tempo um efeito de uma maquinação e algo que frustra o cálculo maquinal.<sup>211</sup> (*destaque do pesquisador*)

A ideia de máquina em Derrida aponta para o funcionamento da escrita, o sistema de marcas que nos interessa, consoante sua capacidade de ser lida (identificação de marcas: legibilidade) e a possibilidade de ser repetida (ainda que diferencialmente: iterabilidade). Mesmo distante do sujeito da mensagem, a escrita ou texto continua a funcionar, a existir, desde que acomode a potência de repetição. Ainda que o destinatário não receba a mensagem, mas as marcas escritas guardam o potencial de ser lidas por algum outro receptor. É nesse sentido que a iterabilidade do texto configura um tipo de funcionamento maquinal, que escapa a um sentido totalizador, único.

A possibilidade de repetição e identificação de marcas, portanto, está implicado em cada código, tornando-o comunicável, transmissível, grelha decifrável, iterável para um terceiro, e então para qualquer usuário possível em geral. [...] O que é sustentado para o destinatário, sustenta-se também, pelas mesmas razões, para o emissor. Escrever é produzir uma marca que constituirá um tipo de máquina que é, por sua vez, produtiva, que meu desaparecimento, em princípio, não impedirá de funcionar e de produzir, produzindo-se a si mesmo, escrevendo e reescrevendo. [...] Para uma escrita ser escrita, deve continuar a agir e ser legível mesmo que o autor não possa mais responder pelo que escreveu, pelo que parece ter assinado, quer esteja provisoriamente ausente ou esteja morto, ou se em geral ele não suporta, com sua intenção ou atenção absolutamente atual e presente, a plenitude de seu significado, daquilo que parece estar escrito ‘em seu nome’.<sup>212</sup> (*tradução do pesquisador*)

Tomadas a partir dessa conceitualidade, as fontes tornam-se *já* no arquivo interpretações possíveis segundo determinados produtores de sentido e circunstâncias

<sup>211</sup> ROUDINESCO, Elizabeth; DERRIDA, Jacques. *De que amanhã: diálogo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p.65.

<sup>212</sup> DERRIDA, Jacques. Signature, Event, Context. In: \_\_\_\_\_. *Margins of Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press, 1982. p.315-316.

históricas de produção, devendo ser lidas numa grade interpretativa outra que libere, mesmo à contramão dos agentes históricos envolvidos, sentidos novos acerca do Hospital Miguel Couto e do seu “contexto” de pertencimento.

Para essa efração (arrombamento) da escritura histórica sobre o HMC, liberando novas potências de sentido, seguiremos uma lógica derridiana, traduzida aqui em termos de operações metodológico-conceituais, centrada em dois eixos heurísticos em torno dos “indecidíveis”<sup>213</sup> da “espectrologia” e da “hospitalidade”. Ambos os eixos e seus operadores, e assumidas suas diferenças, comungam de uma crítica a certa postura metafísica caracterizada por “[...] uma forma de pensar o múltiplo a partir do um, o outro a partir do mesmo, o diferente a partir do idêntico, a alteridade como uma alteração do mesmo, o diferente como uma degradação da identidade”<sup>214</sup>. A ideia, que é também uma tarefa, consiste em “suspender”, em um primeiro momento, uma certa representação dominante sobre o HMC presente na documentação dos arquivos, a do hospital tecnológico e moderno, impedindo seu fechamento interpretativo, sua hegemonia hermenêutica, para, em um segundo momento, assombrá-la com outras representações “recalcadas” na própria documentação, possibilidades outras de pensar o hospital e sua lógica hierárquica, binária e opositiva na qual o HMC ocuparia a centralidade e os demais espaços hospitalares uma posição secundária, marginal, no interior, como já mencionamos, de máquina textual, naturalizando essa estrutura histórica e, ao mesmo tempo, ocultando as relações de força que instituíram tais operações. O Hospital Miguel Couto não foi UNO, mas MÚLTIPLO; foi mais de um... e em temporalidades disjuntas.

A espectrologia é uma noção que emergiu na obra *Especters of Marx* (1993), que fazia uma releitura do pensamento de Marx em oposição a teses correntes sobre “o fim da história”, notadamente a interpretação de Francis Fukuyama no artigo *Fim da história?* (1989), presente na revista *The National Interest*. Era, em verdade, um

---

<sup>213</sup> Derrida chama de “indecidíveis” palavras de duplo valor que admitem um jogo de contradição e não contradição, que esgotam os princípios clássicos da razão, como o princípio da não-contradição ou identidade. Ao invés da lógica do “ou/ou”, a lógica do “nem/nem”: o termo “phármakon” em Platão era, *a um só tempo*, remédio e veneno, não se podendo decidir em definitivo sobre qualquer das alternativas; o “hímen” é o que separa, mas está dentro e fora ao mesmo tempo. Derrida manejava esses indecidíveis como forma de abalar a questão metafísica “O que é?”, revelando sua impossibilidade absoluta, pois desde sempre o ser já é diferença sem fundo. A lista desses termos é longa e incompleta, constando nela, por exemplo, *différance*, *khôra*, *fallus*, *style*, *phármakon*, *subjétil*, *hímen*, dentre outros. Cf.: DERRIDA, Jacques. *Dissemination*. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

<sup>214</sup> RODRIGUES, Carla. *Dois palavras para o feminino*: hospitalidade e responsabilidade: sobre ética e política em Jacques Derrida. Rio de Janeiro: Nau, 2013.p.89.

posicionamento político-filosófico e uma homenagem a Marx, Althusser e também dedicado a Chris Hani, revolucionário que lutava contra o regime do Apartheid e morto por um imigrante polonês que o acusava de ser comunista. Procedendo a uma “psicanálise do campo político”, Derrida procurava mostrar que o “espírito” do comunismo, no sentido de uma justiça social, ainda assombrava o mundo globalizado e seu pensamento único, e que uma prova da presença desse espectro são as muitas tentativas de seu luto com os “fins de história”, tentativas de “condenação à morte do imaginário”, de “extravio de um ideal ou de uma esperança”<sup>215</sup>.

É nesse diálogo entre a herança marxista e os discursos neoliberais da globalização que Derrida elabora a noção de “espectro” ou “fantasma”: “A forma da aparição, o corpo fenomenal do espírito, ei-la, a definição do espectro. O fantasma é o fenômeno do espírito”.<sup>216</sup> Aquilo que volta como herança, injunção, ou aquilo que vem, porvir, que nos assombra; os restos, traços ou rastros não totalizados. O espectro ou a espectralidade é sempre, no dizer de Rafael Haddock-Lobo<sup>217</sup>, um estado plural (espectros), marcado por quatro traços de sua fenomenalidade de aparição: a espera do aparecimento, o caráter de ver sem ser visto, o retorno e a injunção.

Pensado assim, o Hospital Miguel Couto constituiu-se como nosocômio “híbrido” fazendo parte de uma história fantasmática, conjurando múltiplos espectros indesejados, imprevistos, insistentemente retornantes: o *hospital-abrigo* dos primeiros tempos, muitas vezes chamado de “antecâmara da morte”, mas que posteriormente mostrou-se útil aos interesses do chefe de clínicas Januário Cicco, que utilizou, um tanto ambigualmente, a pobreza como marco de identidade do espaço hospitalar em outras querelas públicas com relação ao destino de verbas destinadas à Saúde no estado do Rio Grande do Norte; o *hospital-hotel*, com funções de hospedaria na falta de hotéis na cidade, questão sempre pendente nas críticas dos jornais e nas cartas trocadas entre autoridades médicas e políticos que viam nessa função exercida pela “ala dos pensionistas”, em particular durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), como uma vontade de poder do HMC, de fortalecer seus interesses políticos na rede nosocomial

---

<sup>215</sup>DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth. *De que amanhã: diálogo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.p.117. Essas expressões fazem parte de um comentário efetuado por Elizabeth Roudinesco, logo após resposta de Derrida sobre a esperança revolucionária no marxismo.

<sup>216</sup>DERRIDA, Jacques. *Espectros de Marx: o estado da dívida, o trabalho do luto e a nova Internacional*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.p.181.

<sup>217</sup> HADDOCK-LOBO, Rafael. *Para um pensamento úmido: a filosofia a partir de Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: Nau: PUC-Rio, 2011.p.66-78.

natalense em detrimento de outros espaços médico-hospitalares; *hospital-militar*, que alimentou intensa querela do HMC com as Forças Armadas na ocupação da Maternidade do Natal, transformada, no período da guerra, em hospital militar pelo exército brasileiro sem perspectivas de devolver o prédio; *hospital-tecnológico*, dessa vez, fantasma do porvir, do futuro, mas que assombrava os intentos do HMC, impelindo-o a ser o que ainda não era, espectralidade do novo, muitas vezes travestida de roupa velha.

A convivência com esses fantasmas-espectros, que promovem a disjunção, arruína a temporalidade com a multiplicação de tempos outros no tempo do mundo histórico do HMC, sepulta o discurso oficial totalizante das fontes históricas e nos apontam para outra “maneira de ver” o hospital, mais complexa na medida em que revela um espaço em trânsito, mesclado, híbrido. O método consiste na desconstrução-desmontagem daquilo que Elizabeth Roudinesco<sup>218</sup> nomeou de “máquina de recalçamento”. O espectro, desse modo, é o que vem à tona, que emerge porque fora ocultado, mas que *re*-aparece para acerto de contas com o princípio de realidade. O trabalho da História, nessa perspectiva, deveria ser visto mais como algo da ordem de uma “hantologia”<sup>219</sup>, uma espécie de “ciência da obsessão pelo passado não resolvido”<sup>220</sup>.

No outro eixo metodológico, solicitamos como operador conceitual a quase-nocção de “hospitalidade incondicional”, desenvolvida na obra *Of hospitality: Anne Dufourmantelle invites Jacques Derrida to respond* (2000)<sup>221</sup>. Nessas aulas, Derrida propõe uma leitura a partir de Levinas (em *Totalidade e infinito*) sobre a hospitalidade kantiana na obra *História universal de um ponto de vista cosmopolita*. Se objetivo é apontar os limites do pensamento kantiano sobre a hospitalidade ou o acolhimento. Segundo Derrida, Kant “condicionou” toda forma de hospitalidade ao solo, ao direito natural, à lei (força), à reciprocidade e à economia do dom, limitando a política do acolhimento somente ao amigo. Questionando essa condicionalidade ou fundamentação,

<sup>218</sup> DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth, *Op. Cit.*, p.102.

<sup>219</sup> Neologismo de Derrida para uma “ciência dos espectros”. Um jogo de palavras que se refere tanto à “ontologia” quanto ao pensamento de Lacan. “Hanter” é utilizado por Derrida para designar espíritos que visitam, frequentam, atormentam ou assombram os vivos. Trata-se de uma forma de falar sobre os temas da herança e tradição não mais sob uma ótica da ontologia metafísica, mas de um modo mais histórico.

<sup>220</sup> SLOTERDIJK, *Op. Cit.*, p.27.

<sup>221</sup> O livro reproduz duas sessões de aulas dadas por Derrida a convite de Anne Dufourmantelle: *Foreigner Question* (10 de janeiro de 1996) e *Step of hospitality/ no hospitality* (17 de janeiro de 1996), publicadas em francês com o título *De l'hospitalité: Anne Dufourmantelle invite Jacques Derrida à répondre*, em 1997.

Derrida recorre à conceitualidade levinasiana do “Outro totalmente outro” que antecede qualquer pergunta, qualquer identidade do mesmo, que solicita, desde antes e já, uma “resposta”. Haveria um “sim” anterior a toda determinação, demandando um acolhimento incondicional. A filosofia é, antes, uma ética, pois responde ao totalmente outro antes de tudo. A hospitalidade kantiana, com efeito, por mais que se faça ideal regulador, institui-se na forma da violência do poder ou da força da lei:

Não há hospitalidade, no sentido clássico, sem soberania de si para consigo, mas, como também não há hospitalidade sem finitude, a soberania só pode ser exercida filtrando-se, escolhendo-se, portanto, excluindo e praticando-se violência.<sup>222</sup> (nossa tradução)

O ideal cosmopolítico de Kant fundava-se em condições de hospitalidade universal para cidadãos ou súditos de Estados-nação, sendo estes os definidores das regras do acolhimento. Tal hospitalidade, embora apelando para a perfectibilidade, imporia sempre limites ao outro. Em seu lugar, Derrida fala de uma hospitalidade incondicional, pensada a partir de uma democracia por vir, com a extensão dos direitos do homem para além da “cidadania” do Estado-nação.<sup>223</sup> Derrida procede aqui a uma radicalização dos fundamentos da hospitalidade de modo que ela se abra para o outro antes da lei, seja acolhimento incondicional.

[...] para ser o que ela *deve* ser, a hospitalidade não pode pagar uma dívida, nem ser exigida por um dever: grátis, ela não ‘deve’ abrir-se ao hóspede nem ‘conforme o dever’, nem mesmo, para usar ainda a distinção kantiana, ‘por dever’. Essa lei incondicional da hospitalidade, se se pode pensar nisso, seria então uma lei sem imperativo, sem ordem e sem dever. Uma lei sem lei, em suma.<sup>224</sup> (nossa tradução)

Essa proposta derridiana de abertura ética, “traduzida” para nossos interesses historiográficos, permite discutir alguns aspectos importantes da constituição da população enferma do HMC. As regras de acesso ao hospital (dentro/fora) bem como sua estrutura arquitetônica em blocos e alas remetem a critérios de acolhimento que não são somente biomédicos, mas sociais, políticos, culturais e econômicos. Quem definia os limiares da entrada ou saída de doentes? Quem não recebia atendimento no hospital e por quê? Qual condicionalidade normativa (racionalidade técnica ou instrumental)

---

<sup>222</sup>DERRIDA, Jacques. *Of Hospitality*: Anne Dufourmantelle invites Jacques Derrida to respond. California;Stanford University Press, 2000.p.55.

<sup>223</sup> DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth, Op. Cit., p.120.

<sup>224</sup>DERRIDA, Jacques. *Of Hospitality*: Anne Dufourmantelle invites Jacques Derrida to respond, p.79.

fundava a organização interna do hospital? Com que “stakeholders”<sup>225</sup> o hospital mantinha relações na sua exterioridade institucional? A atenção à hospitalidade e suas condições remetem para o sistema de regras em funcionamento no interior do hospital e seu caráter discursivo heterogêneo bem como o estado de forças envolvidas na sua materialização. Em determinado momento histórico do hospital, a pobreza aparecerá como critério para atendimento aos enfermos, embora haja uma ambiguidade significativa com relação ao seu significado, havendo, na contramão desse discurso, algumas alas de pensionistas bastante privilegiados. A noção de “hospitalidade incondicional”, na sua estrutura de acolhimento a partir do outro, sem limites, questiona no HMC sua pretensa universalidade como hospital terapêutico e tecnológico, revela suas engrenagens, fazendo-nos enxergar a condicionalidade histórica de um “projeto” (no sentido heideggeriano de uma *possibilidade de ser* lançada e escolhida) e seu esforço de autocompreensão.

Essa posição historiográfica de “multiplicação das identidades” na abordagem histórica da assistência hospitalar do Hospital Miguel Couto - à revelia de uma determinada escritura hospitalocêntrica engenhosa - é a expressão de recusa à mitologia do hospital terapêutico e tecnológico ainda muito disseminada em certa historiografia brasileira sobre os espaços de cura, orientada por uma “metafísica da presença” ou “onto-teologia” que substancializou o hospital, retirando-o de um regime de historicidade específico e subsumindo-o numa teleologia que antecipou seu lugar no mundo dentro de um messianismo ou escatologia histórica. Dito de outro modo: o hospital tinha um destino a cumprir, a saber, o de ser moderno e tecnológico. Tal abuso historiográfico impediu-nos de compreender a experiência da instituição nosocomial como acontecimento singular, na textualidade histórica porosa e aberta de sua temporalidade. As interpretações das fontes históricas sobre o Hospital Miguel Couto parecem apontar muito mais para formas miscigenadas e híbridas de configuração sócio-histórica do que tipos marcados por pretensa unidade e pureza conceitual.

Nessa perspectiva, vimos na “caixa de ferramentas” derridiana desconstrucionista, com as quase-noções de *espectro* e *hospitalidade*, a prática histórica

---

<sup>225</sup> Termo utilizado pelo sociólogo Luís Graça e que se refere às instituições externas que se relacionam ao hospital ao longo de sua trajetória, como Igreja, Estado, tutela, administração, organismos de financiamento como a Segurança Social ou as seguradoras, profissionais de saúde, população-alvo, universidade, indústria farmacêutica, grupos de pressão, etc. Cf.: GRAÇA, L. *Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica* ([https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2\\_hospital.html](https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html)).



possível de desmontar essa “máquina histórica de recalçamento” e desinibir as outras representações de hospitais-potência que habitavam esquecidas na trama histórica dessa historiografia dominante e que, de algum modo, repetia certa interpretação da escritura presente na própria documentação histórica. Essa aproximação da História com a Desconstrução não se deu sem o devido filtro; ela buscou no corpus textual derridiano as categorias e as chaves interpretativas que eram permeáveis (com o trabalho de importação e tradução), a nosso ver, a uma “lógica” da pesquisa histórica e sua matriz disciplinar. Explicitamos isso na discussão sobre temporalidade em Derrida e sua concepção de História. Desse modo, a hospitalidade do Miguel Couto que emergirá nos próximos capítulos não pertencerá ao jogo estruturado a partir da questão “O que é o hospital? ”, pois escorregaríamos mais uma vez para dentro da cena da historiografia da qual nos desejamos afastar, disseminar. O que não quer dizer que não possamos “habitá-lo” ainda que provisoriamente. Há de se falar positivamente do hospital, agora, contudo, sob outro modo de questionar: “Por que não? ”. Desdobremos a interrogação: “Que ‘outros’ hospitais o Hospital Miguel Couto pode encenar na sua escritura histórica? Como ele pode ter-sido? É um desafio: manter juntos os vivos e os mortos, falar de Um com MAIS DE UM...

## **CAPÍTULO 2 - ENTRE LEVIATÃ E BEEMOTH: NO “RASTRO CINTILANTE” DO HOSPITAL MIGUEL COUTO**

Nada na terra se equipara a ele:  
criatura destemida!

Com desdém olha todos os altivos;  
reina soberano  
sobre todos os orgulhosos.

(JÓ 41:31-34)

### **2.1 UM ESPECTRO RONDA A SAÚDE: O ESPECTRO DA MISERICÓRDIA!**

18 de maio de 1927. Reunidos nas dependências do Hospital de Caridade “Juvino Barreto”, situado no alto do Monte Petrópolis, município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, os senhores Januário Cicco, João Crisóstomo Galvão Filho, José Lagreca e Otávio de Gouveia Varela (representando por procuração o comerciante Fernando Gomes Pedroza, que estava no Rio de Janeiro) deram início à assembleia tão aguardada. Secretariado por Otávio Varela, responsável, naquele momento, pelo registro escrito da “Ata da primeira sessão preparatória”, o médico Januário Cicco relatou a todos os presentes os fins daquele encontro, cujo objetivo

[...] era organizar uma Sociedade beneficente, com amplos poderes para dotar o estado de estabelecimentos de assistência hospitalar, propondo-se mesmo a entrar em entendimento com o governo do Estado, com o propósito de administrar os estabelecimentos mantidos pelo Estado, dada a ineficiência da administração oficial.<sup>226</sup>

O intento de criação de uma sociedade civil ou particular de cunho beneficente para administrar a assistência à saúde no Estado já figurava na letra da lei estadual, pelo menos, desde a Lei n.311 de 2 de dezembro de 1911. Composto de quatro breves artigos, o mencionado dispositivo jurídico esclarecia sinteticamente a natureza e o objetivo dessa relação contratual entre o Estado e determinada “corporação particular”, abrindo, portanto, a possibilidade de transferência da responsabilidade administrativa

---

<sup>226</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da primeira sessão preparatória de organização da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 18 mai. 1927, p.1.

das instituições de saúde para a iniciativa privada. O presidente da reunião, Dr. Januário Cicco, aproveitou a ocasião e leu o decreto<sup>227</sup>:

O Governador do Estado do Rio Grande do Norte: Faço saber que o Congresso Legislativo decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art.1ª. 'É o Governo autorizado a entrar em accôrdo com a sociedade que se organizar para *manter os serviços de Santa Casa de Misericórdia* dessa capital, passando para essa corporação particular os actuaes estabelecimentos da assistencia publica.

Art. 2ª. A tal associação o Governo concederia, dentro das consignações orçamentárias, uma subvenção annual, em prestações trimestraes, mediante as condições que forem estabelecidas no respectivo contracto, o qual, embora possa entrar desde logo em vigor, ficaria *ad referendum* do Congresso em sua primeira reunião.

Art. 3ª. Seria condição para cessão dos aludidos estabelecimentos a clausula de que, no caso de dissolução da sociedade, reverterão ao patrimonio do Estado, as benfeitorias e accrescimos porventura feitos nos mesmos estabelecimentos, independente de qualquer indenização.

Art.4ª. Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Rio Grande do Norte. 2 de dezembro de 1911. (a.a.) Alberto Maranhão, Francisco Pinto de Abreu.'(destaque nosso).

A referência, ainda no art.1ª do decreto, à Santa Casa como paradigma de assistência pública nos remete a uma característica particular da história da saúde no Estado: diferentemente da presença constante das Misericórdias na condução da assistência médico-hospitalar no plano nacional<sup>228</sup>, desde Brás Cubas em Santos (1543), o Rio Grande do Norte não contou com esse impulso organizador, cabendo exclusivamente à entidade estatal a administração das questões de saúde pública.

Ainda no Império, as *Falas e Relatórios* dos presidentes de província do Rio Grande do Norte registraram o interesse dos governos locais. No relatório apresentado à Assembleia Legislativa em 1862, Pedro Leão Velozo aventou<sup>229</sup>, pela primeira vez, a construção de uma Casa de Misericórdia, medida que solucionaria os problemas de assistência hospitalar da capital. A Lei n.819, de 11 de dezembro de 1877, autorizava a instalação de uma Santa Casa, assim como a Lei n.957, de 14 de abril de 1886, de igual

<sup>227</sup> Ibidem, p.2.

<sup>228</sup> SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil*. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004.p.60.

<sup>229</sup> Relatório apresentado à Assembleia Legislativa do Rio Grande do Norte na sessão ordinária do ano de 1862 pelo presidente da provincia, o comendador Pedro Leão Velloso. Maceió, Typ. do Diário do Commercio, 1862. p.11.

teor<sup>230</sup>. Em janeiro de 1887, quinze anos depois das rogativas de Leão Velozo, o presidente Antônio Francisco de Carvalho reforçou a intenção de uma Casa de Misericórdia, sem lograr êxito. Mesmo com a Assembleia votando a autorização, na forma da Lei Provincial n. 989, de 10 de março de 1888, Francisco de Carvalho ainda teve outra dificuldade: as religiosas procuradas não se dispuseram a realizar a tarefa. O nome da Ordem e os motivos da recusa não foram descritos.<sup>231</sup> Em 1921, em pleno período republicano, essa memória retornava na fala do governador Antônio de Mello e Souza, que lamentava a falta do pio estabelecimento no Estado:

Não pudemos conseguir até hoje a formação entre nós de uma dessas instituições conhecidas pelo nome de “Santa Casa”, ou outras de natureza semelhante, por meio das quaes a acção individual, embora auxiliada pelo poder público, desempenha essa categoria de deveres.<sup>232</sup>

Como se pode perceber, o desejo de ter em solo norte-riograndense uma Santa Casa de Misericórdia vinha de longa data, desde meados de 1860. E na Lei n.311, aludida na reunião do HCJB, a organização religiosa fora mais uma vez “evocada”, retornando pretensamente para assumir seu lugar, no *ainda-sem-lugar* do lugar. A *cena* estava montada. Era preciso - uma “necessidade histórica”, até – fazer a Santa Casa “falar”, plenamente presente a si naquele presente de maio de 1927, na já-ausência dela desde o começo. Observemos: a Lei n.311, “evocada”, afirmou que a organização responsável que se viesse a criar deveria “*manter o serviço de Santa Casa de Misericórdia*”, ou seja, “fazer as vezes de”, “substituir”, estar no lugar mediante similaridade funcional, “representá-la”, enfim, um suplemento de origem<sup>233</sup>. A sociedade civil que se instaurava supriria a falta ou ausência da Ordem religiosa

<sup>230</sup>CASCUDO, Câmara. *História da cidade do Natal*. 4ª ed. Natal [RN]: EDUFRN, 2010. p.335.

<sup>231</sup>Ibidem, p.332.

<sup>232</sup> MENSAGEM do Governador Antônio de Mello e Souza à Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte. 1921, p.17-18.

<sup>233</sup> Para o filósofo francês Jacques Derrida, *suplemento* é a qualidade da escritura enquanto forma de “manutenção” de uma “presença” que a fala não pode realizar. “[...] a fala, sendo natural ou ao menos a expressão natural do pensamento, a forma de instituição ou de convenção mais natural para significar o pensamento, a *escritura* a ela se acrescenta, a ela se junta como uma imagem ou uma representação. Faz derivar na representação e na imaginação uma presença imediata do pensamento à fala”. Trata-se, no dizer de Derrida, de um “socorro ameaçador” como resposta a uma situação de “miséria” da língua falada. Função suplementar do verbo que se desdobra como ‘acréscimo’, ‘excesso’ e também ‘substituição’ de uma presença. Este conceito derrideano funciona em sua teoria da escritura como um ataque à noção de representação de matriz platônica, ao considerar a escritura como criação e não mera derivação da fala, suplemento que produz imagens e ‘representações’ que não se circunscrevem a replicar os objetos primeiros. Esses suplementos podem dispor-se numa cadeia relacional, que não propriamente reproduz as coisas, os objetos da afecção, mas agora concebem outras coisas e objetos. Cf. DERRIDA, Jacques. *Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva, 2011.

mantenedora, “completando” sua razão histórica, “estando por ela”, preenchendo uma lacuna de ausência material, mas de presença mnêmica, histórica efetiva de alhures: uma prótese, curiosamente do todo, já sempre ausente. A nova sociedade cumpriria o *papel de Santa Casa*, tomaria seu lugar na ausência de Misericórdia... Ei-los todos reunidos ali para encarnar, qual *parousia*, o espírito que redimiria os esforços da Saúde no Estado.

José Lagreca, após comentário do presidente, pediu, contudo, a palavra e fez uma sugestão, melhor, uma correção de prumo, rasurando a história para retraçá-la noutra temporalidade. Acompanhemos a descrição do relator e médico Otávio Varela:

Terminadas as considerações do Snr. (sic) Presidente, usou da palavra o Snr. José Lagreca, que realçou a finalidade fundamente humana e altamente patriótica da sociedade que se estava organizando, sob tão elevados propósitos, e disse que, como a nenhum dos presentes eram desconhecidos os fins da presente reunião, pois de largos dias vinham todos concertando meios para a organização da sociedade em apreço, *não se deveria dar a denominação de Santa Casa de Misericórdia*, conforme o enunciado na Lei n.311, *mas a denominação de Sociedade de Assistência Hospitalar*, para lhe dar um *cunho de originalidade*, embora reconhecesse os grandes e inestimáveis serviços prestado por todas as Santas Casas de Misericórdia no Brasil.<sup>234</sup> (destaques nossos).

O espectro da Santa Casa recebia sua hospitalidade (absoluta?), seu espírito fazia-se “presente”, tinha acolhida entre todos. Todavia, Lagreca propunha outra roupagem, “odre novo para vinho novo”: *Sociedade de Assistência Hospitalar*, por “originalidade”. De que “originalidade” estava falando o porta-voz da proposta? “[...] porque, a seu ver, seria nesse sector de assistência a indigentes que a sociedade [...] citada agiria numa especialidade inconfundível [...]”<sup>235</sup>, concluiu Lagreca. A indigência, o doente pobre, marcava no texto toda uma genealogia histórica de significados que orbitavam em torno da filantropia cristã carregada pela figura da Santa Casa no Brasil. Esse “passado”, na sugestão de Lagreca, deveria ser apagado, rasurado, como num palimpsesto, para dar lugar a outro começo, mais um começo, messiânico, da tecnologia, dos médicos profissionais, da racionalidade médica. A “cunha” de Lagreca - a da “originalidade” - raspava o fundo do tempo histórico, inscrevendo ela mesma os traços de uma temporalidade desconjuntada, de um começo já diferido, im-possível:

---

<sup>234</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da primeira sessão preparatória de organização da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 18 mai. 1927, p.2.

<sup>235</sup> Ibidem.

como narrativa de origem, invocar a tradição histórica da Santa Casa, marcar filiação, paternidade, linhagem, e já nesse movimento mesmo de continuidade rasurar como diferença a instituição da SAH. “Estranha familiaridade” dessa suposta patri-linhagem de uma sociedade que já nasceu órfã...

O tropo de similitude (comparação) empregado, esse fio da textualidade legal, remete-nos a uma cadeia de significações que disjuntam, desarticulam as temporalidades: Santa Casa “e” SAH. Era preciso -mais uma vez a necessidade - começar já tendo começado, ser novo já sendo velho, seguir adiante dando alguns passos para trás! Havia uma história da assistência social no Estado que a nascente sociedade particular não desejava repetir, ao mesmo tempo evocava os presidentes de província, a Santa Casa que não houve, projetava a futura assistência nos moldes da Misericórdia. Partia-se, inelutavelmente, dela. A SAH deveria ser a “origem” da assistência médico-hospitalar, uma origem não-originária, que remetia a uma diferença anterior, uma ausência local, mas um espectro sempre retornante de outros lugares. A aporeticidade dessa “nova narrativa” borra os limites estabelecidos entre Misericórdia e SAH, fazendo da origem um começo já a caminho, e aquilo que deveria estar fora, agora é dentro, dividindo um *re-começo* im-possível.

Daí a evocação de espíritos.... Em 25 de maio de 1927, na Sessão de Fundação da Sociedade de Assistência Hospitalar, logo após uma segunda Sessão Preparatória, realizada cinco dias antes, no Hospital de Caridade Juvino Barreto, Lagreca mais uma vez tomou a palavra e

[...] historiou os dias de labor pela realização do acontecimento que se celebrava, com a festa íntima traduzida na cordialidade desta sessão de instalação da Sociedade de Assistência Hospitalar, e *evocou o espírito realizador do Governo do Dr. Alberto Maranhão*, que em 1909 reorganizou a assistência pública no Estado, inaugurando o Hospital Juvino Barreto, o primeiro passo para a conquista que se previa nos arroubos de amadurecido entusiasmo do dr. Januário Cicco, reunindo forças, ajustando energias, para distribuir com a colectividade o produto da civilização, na conquista segura dos recursos científicos, para a verdadeira assistência medico-cirurgica.<sup>236</sup>(destaque nosso).

Ah! O espírito de Alberto Maranhão! Melhor: o da família Albuquerque Maranhão! Mais um chamamento, memória de outro começo (e ainda não é primeiro),

---

<sup>236</sup> Arquivo Público do estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da Sessão de Fundação da Sociedade de Assistência Hospitalar, na Capital do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, 25 mai. 1927, p.7.

outra festa, não íntima como a de Lagreca, mas sensivelmente pública, altissonante, do alto do futuro bairro de Petrópolis... Voltemos um pouco ao tempo em que o espírito era carne.

## 2.2 O FANTASMA DO “HOSPITAL DO MONTE”

Em 12 de setembro de 1909, num domingo, o Hospital de Caridade Juvino Barreto fora oficialmente inaugurado. O acontecimento ganhou longa matéria no jornal *A República* do dia seguinte, que descrevia em detalhes a solenidade festiva:

Conforme noticiamos, realizou-se ontem, á uma hora da tarde, a inauguração do Hospital de Caridade Juvino Barreto.

Assistiram a esse fato, entre outras pessoas, o Exmo. Dr. Alberto Maranhão, acompanhado de sua exma. Família, seu secretário e ajudante de ordens, major Joaquim Soares e capitão Joaquim Anselmo, coronel Joaquim Manoel, presidente do govêrno municipal, Dr. Manoel Dantas e sua gentilíssima filha, senhorita Beatriz, Dr. Calistrato Carrilho, inspetor de Higiene, Dr. Pedro Amorim, diretor do serviço médico-legal da Polícia, coronel Joaquim Etelvino, Ricardo Barreto e Montano Emerenciano, representante desta folha.

Ao servir-se um copo de cerveja, S. Excia. Congratulou-se com a diretoria do estabelecimento e com o Doutor Januário Cicco, externando a excelente impressão recebida e declarando oficialmente inaugurado o Hospital de Caridade Juvino Barreto.

Tocou, durante o ato, a banda de música do Batalhão de Segurança.

Terminado este, fizemos, por nossa vez, minuciosa visita às dependências do estabelecimento.<sup>237</sup>

Bebidas, autoridades políticas e administrativas, banda de música: o hospital também era uma festa! O longo dia da celebração começara, em verdade, bem antes da 1h da tarde. Em torno das 8h da manhã, realizou-se uma missa a cargo do padre Moisés Ferreira do Nascimento, ajudado pelo acólito Antônio Fagundes, recheada de cânticos, cheiro de rosas, vela queimada e incenso.

Tarcísio de Medeiros, em artigo pela revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte (IHG/RN), a lume em 1959, conta com galhofa um episódio ocorrido com seu irmão durante a missa:

Meu irmão Humberto Medeiros, em jejum, meio estropeado da caminhada matinal, da rua das Laranjeiras ao Monte, não resistiu. Caiu com uma vertigem (sic), perdendo os sentidos. Removido em braços n'um quarto de primeira classe; e bastou o ar fresco do mar para

<sup>237</sup> A REPÚBLICA. 13 de setembro de 1909.

reanimá-lo, más, cronológicamente, ficou sendo o primeiro assistido da seção de pensionistas.<sup>238</sup>

E o incidente não parou por aí:

Depois, serviram um lauto café, e quem dêle provou, naquela ocasião, quanto mais açúcar botava, mais salgado ficava. Foi uma hilaridade geral, quando se descobriu o equívoco. Haviam colocado nos açucareiros, sal refinado, e, quem o fez, por uma singular e feliz coincidência, não sabia que dava a provar do secular símbolo da hospitalidade.<sup>239</sup>

A “vítima da fumaça”, e que se tornou inesperadamente o primeiro paciente do hospital, e a troca involuntária do açúcar pelo sal, são casos miúdos, banais, mas que revelam, aos olhos de Tarcísio de Medeiros, o ambiente descontraído do dia da inauguração.

A representação do hospital como espaço de celebração, de festa, é completamente diferente daquela relatada sobre a nossa primeira experiência hospitalar, o Hospital de Caridade, fundado 10 de setembro de 1855. Encapsulado no discurso administrativo dos presidentes de província, ou nos relatórios dos médicos que nele trabalharam, o Hospital de Caridade era visto como “Inferno de Dante”, “Hospital-depósito”, “Ante-câmara da morte”, *cadeia de suplementos* que remetiam para uma espacialidade da doença, da morte, e não da saúde, da vida.

Diferentemente, o HCJB fora edificado em zona de plena expansão imobiliária, entre o Monte Petrópolis e a praia de Areia Preta, região planejada na Intendência Municipal de Joaquim Manuel Teixeira de Moura para abrigar os principais bairros da cidade<sup>240</sup>: Tirol e Petrópolis, previstos na Resolução nº 55 de 30 de dezembro de 1901, no chamado Plano da Cidade Nova, “[...] um espaço criado e planejado para atender aos anseios da elite potiguar, tanto no que concerne à salubridade e higiene, quanto aos aspectos de estética urbana”<sup>241</sup>. Em frente ao HCJB, passava, desde 1915, uma linha de bonde.

<sup>238</sup> REVISTA do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte. MEDEIROS, Tarcísio de. *Ontem, Hospital do Monte, hoje Hospital “Miguel Couto”*. Vol.LIII, 1960, p.42.

<sup>239</sup> Ibidem.

<sup>240</sup> Até o final da década de 1920, a população da cidade do Natal estará distribuída nos bairros da Ribeira, Cidade Alta, Alecrim e Cidade Nova (Tirol e Petrópolis), além de uma área de subúrbio sem denominação oficial. Cf.: Mensagem lida perante a Assembleia Legislativa na Abertura da primeira sessão da 14ª legislatura em 1º de outubro de 1927.p.71.

<sup>241</sup> FERREIRA, Ângela Lúcia et al. *Uma cidade sã e bela: a trajetória do saneamento de Natal-1850 a 1969*. Natal: IAB/RN; CREA/RN, 2008. p.63.



Não estamos mais falando, portanto, do Hospital de Caridade de meados do século XIX, visto como ‘ante-câmara da morte’, ‘depósito’ de doentes, erigido às pressas para atender as exigências de um surto epidêmico, recolhendo a população pobre das ruas, evitando a difusão das moléstias em mais larga escala, tendo sua construção longe dos aglomerados urbanos. A antiga política isolacionista que costumava dispor o hospital fora do perímetro urbano cedia lugar a uma prática de inclusão do nosocômio à área urbana, perspectiva impulsionada graças às novas teorias médicas que resolviam os problemas do contágio e da infecção no interior do hospital, utilizando procedimentos de assepsia, desenvolvidos por Lister em 1867, de higiene e de um trabalho de enfermagem mais eficiente.<sup>242</sup>

**Figura 1** - Localização do Hospital de Caridade com os primeiros equipamentos urbanos de Natal, no séc. XIX



Fonte: Adaptado de FERREIRA et al (2008).

<sup>242</sup> SANGULAR, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.180.

O mais novo hospital passou a ser espaço digno de *ser visto*, pois estava localizado no cimo do Monte Petrópolis, região altaneira da cidade do Natal, de onde poderia facilmente dar-se ao olhar, como também para ser *dito e escrito*, figurando nos artigos de jornais, crônicas, ensaios. Visibilidade e dizibilidade, objeto de domínios discursivos que, em certa instância, “inventam” (*invenire*) o próprio espaço hospitalar, tornado objeto, circunscrito numa temática, remetido a teorias (conceitos) e enredado em estratégias<sup>243</sup>.

Esse novo *topos* do espaço hospitalar explica inclusive a própria iniciativa do articulista do jornal *A República* de 13 de setembro, Montano Emerenciano, quando propôs um “passeio” pelo interior do recém-inaugurado HCJB: “Terminado êste [a exibição da banda de música], fizemos, por nossa vez, minuciosa visita às dependências do estabelecimento”. A temática da “viagem”, própria de um período de efervescência dos meios de transporte e das comunicações, com a presença constante de vapores na zona portuária, e da “hospitalidade”, com seu sentido etimológico de acolhimento, recepção, se entrelaçam naturalmente na matéria do jornal, que apresenta o espaço hospitalar como uma “casa”.

O “Hospital do Monte”, então, como passou a ser chamado popularmente o Hospital de Caridade Juvino Barreto, “substituto” do mortífero Hospital de Caridade da Salgadeira (criado em 1855 e desativado em 1906, no governo de Tavares de Lyra), ergueu-se ligado aos discursos da Topografia e Geografia Médicas dos “bons ares” que, desde o séc. XVIII, relacionavam doença e meio ambiente.<sup>244</sup> Em 28 de outubro de 1912, o articulista Carlos D. Fernandes publicou extensa matéria no jornal *A República*, intitulada “Banhos de mar”<sup>245</sup>, comentando as inúmeras vantagens que a proximidade com o mar oferecia à saúde da população litorânea. Em 22 de março de 1913, o jornal *A República* comunicava a expectativa da chegada do hidroterapeuta Emiglio Coelho, vindo do Pará, com o objetivo de mostrar a “medicina” que adotava.<sup>246</sup> O próprio Hospital de Caridade Juvino Barreto previa a instalação de uma sala de hidroterapia nas suas dependências. Em 20 de maio de 1913, anunciava-se, sob o título “Banhos de

<sup>243</sup> FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010. p.43.

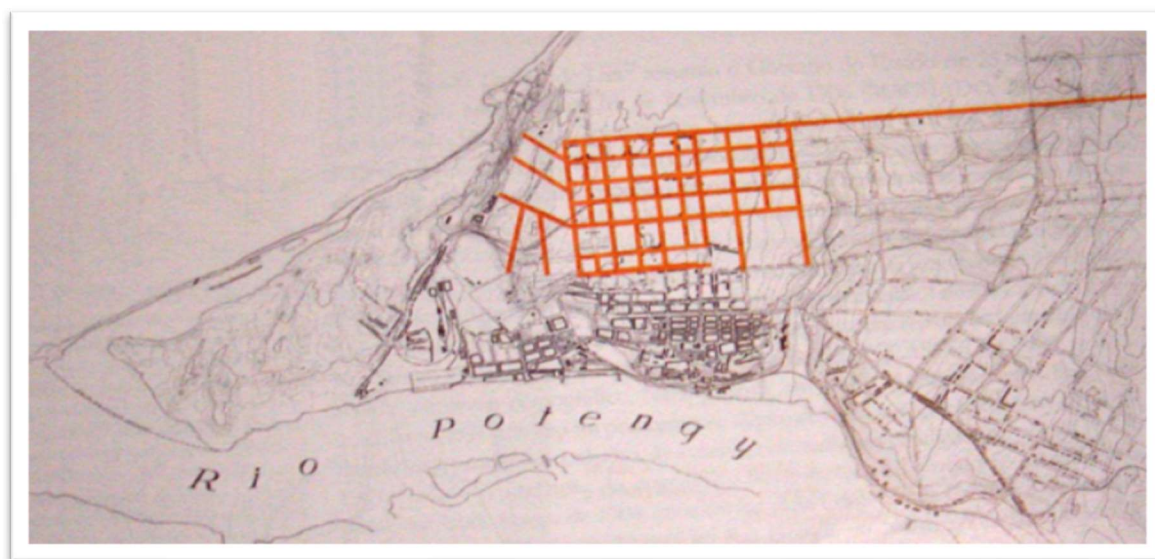
<sup>244</sup> ARRAIS, Raimundo; ANDRADE, Alenуска; Marinho, Márcia. *O corpo e a alma da cidade: Natal entre 1900 e 1930*. Natal [RN]: EDUFERN, 2008.p.83-84.

<sup>245</sup> Banhos de mar. *A República*, Natal, 28 de outubro de 1912.

<sup>246</sup> A REPÚBLICA. *Cura pela água*, 22 de março de 1913.

mar”, a disposição de alugar uma casa “própria para banhos”<sup>247</sup> na avenida que desce para a Praia de Areia Preta. No final da década de 1920, o costume do banho de mar já estava bem difundido, havendo até loja de roupas especializada, como a “Casa Braz Palatnik”, na Rua Ulysses Caldas, n.205.<sup>248</sup>

**Figura 2** - Mapa da cidade do Natal e, em destaque, o Plano da Cidade Nova, traçado inicialmente por Jeremias Pinheiro da Câmara, em 1901, e concluído pelo agrimensor italiano Antônio Polidrelli, em seu conhecido master-plan, em 1904, abrigando os bairros elitizados

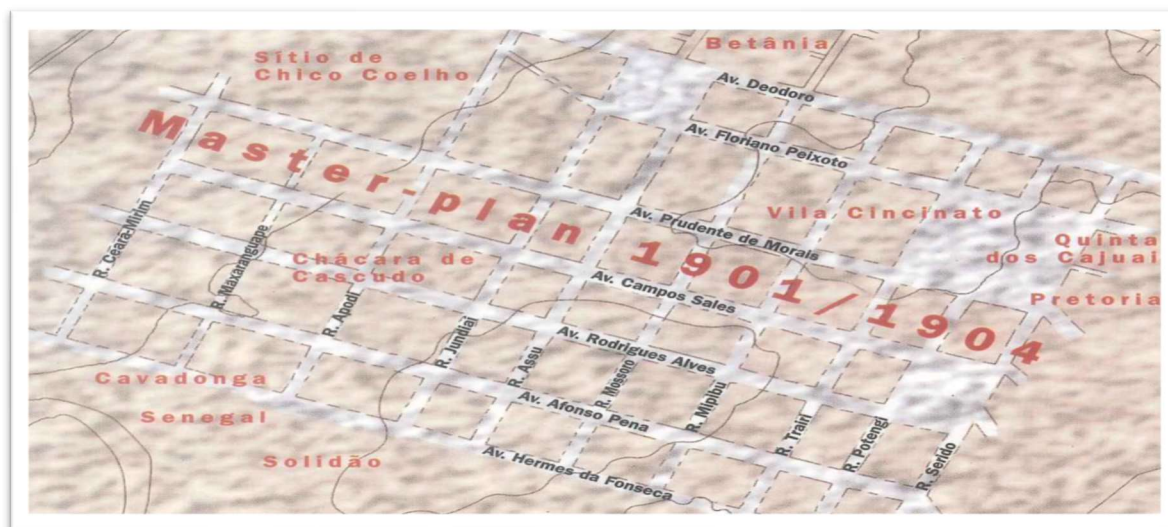


Fonte: FERREIRA et al. (2008).

<sup>247</sup> A REPÚBLICA. *Banhos de mar*, 20 de maio de 1913. Em 3 de junho do mesmo ano, o anunciante da casa para alugar ainda mantinha seu anúncio no jornal, com os mesmos dizeres, o que denota que ele não havia conseguido alugar a casa de veraneio no intervalo dos anúncios.

<sup>248</sup> A REPÚBLICA. *Roupas para banhos de Mar*, 27 de setembro de 1927.

**Figura 3** - Master Plan da cidade do Natal elaborado pelo agrimensor Antônio Polidrelli



Fonte: MIRANDA, 1999.

A Praia de Areia Preta era beira-mar bastante conhecida pela elite natalense da época e a casa de campo de Alberto Maranhão era de “veraneio”, isto é, o governador e a sua família iam passar o verão lá, descansando, respirando “ar puro”, longe do mefítico ambiente urbano da Ribeira, local de trabalho e comércio. Em 14 de outubro de 1905, o *Diário do Natal* publica, sob o título de *Dia a dia: Pobre Rio Grande do Norte IV*, um artigo que comenta sobre as vantagens do vento marinho para a saúde da população:

Na arte de arranjar benemerência, ninguém melhor maneja a política que o senador Pedro Velho, e nessa especialidade fazem justiça todos, inclusive os seus mais íntimo engossadores. Promovem o bem público e inventam uma cidade nova. A idéia é bella e se lhe reconhece o que seja de genial. A nossa cidade, além de velha feia, comprimia já a população em bairros apertados e mal servidos da higyene da natureza. Precisava a população natalense de respirar o ar saturado dos alcalóides marinhos de que é portadora a viação que vem das praias do Morcego e Areia Preta.<sup>249</sup>

Ou seja: os novos bairros da cidade, Tirol e Petrópolis, surgidos do plano de expansão urbana chamado de *Cidade Nova*<sup>250</sup>, tinham a vantagem, em relação à

<sup>249</sup> Dia a dia: Pobre Rio Grande do Norte IV. *Diário do Natal*, Natal, 14 de out.1905.

<sup>250</sup> Em 30 de dezembro de 1901, o intendente Joaquim Manuel Teixeira de Moura criou, pela Resolução n. 55, o terceiro bairro da cidade, a *Cidade Nova*. Recebendo 400\$000, o funcionário Jeremias Pinheiro da Câmara demarcou as avenidas projetadas, desapropriando ou vendendo as casas e choupanas dos moradores daqueles terrenos. As novas propriedades seriam ocupadas agora pela elite natalense, que passou a construir suas residências nessas terras e a identificá-las com diferentes títulos, como Pretoria, Vila Cincinato, Solidão, Cavadonga, Senegal, Chácara de Cascudo, Betânia, Dinamarca e Sítio de Chico

insalubre Ribeira, de receber “o ar saturado de alcalóides marinhos”, tido como importante fator gerador de saúde. Em 1908, a praia de Areia Preta tornou-se uma estação balneária, sendo recebida pelas elites da época com muito entusiasmo<sup>251</sup>. Em 1912, a Ferro Carril estendeu sua linha de bonde elétrico para o balneário, funcionando aos domingos e feriados,<sup>252</sup> partindo da Ribeira, passando pelo Monte Petrópolis e dirigindo-se à beira-mar.<sup>253</sup> O Hospital, encimando o “Belo Monte”, simbolizava, então, em sua geografia, alguns dos anseios das elites locais: a modernização do espaço urbano como forma de ingresso nos valores do mundo moderno.

---

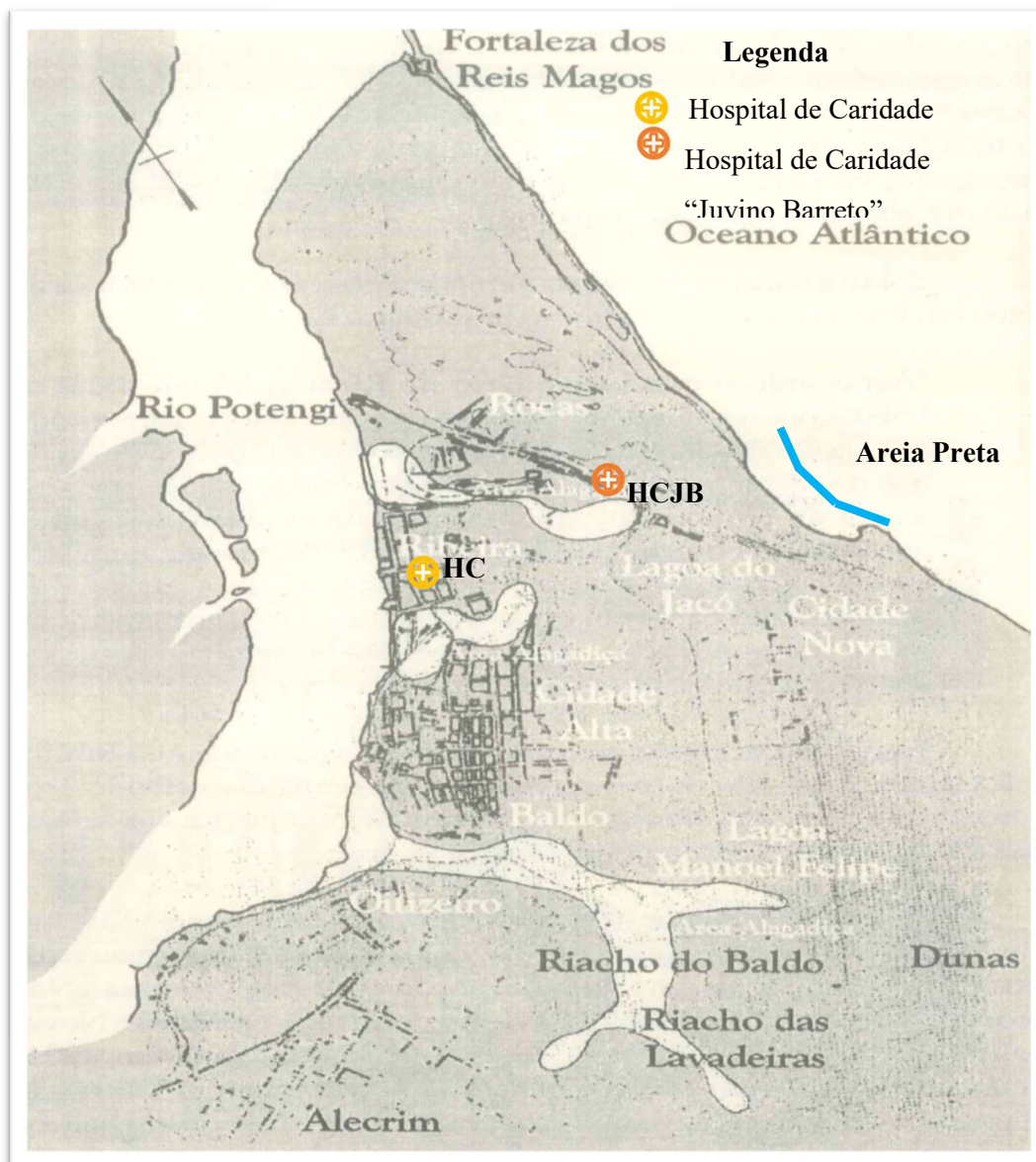
Coelho. Na época, chamava-se de Monte, Belmonte ou Belo Monte quase todo o atual bairro de Petrópolis, que, em sua parte norte, pertencia ao Sítio do Jacob, na zona limítrofe com a Ribeira, onde havia a Lagoa de Jacob, propriedade onde o governador Alberto Maranhão tinha sua casa de veraneio, futuro espaço do HCJB. Em 25 de fevereiro de 1908, a Intendência, através da Resolução n.118, nominou de Petrópolis a região do antigo Monte. Cf.:CASCUDO, Câmara. *História da cidade do Natal*. 4ª ed. Natal [RN]: EDUFRN, 2010.p.435-436.

<sup>251</sup>Em fins do século XIX, toda essa extensa faixa de terra ainda não fora efetivamente incorporada ao espaço urbano de Natal. A Cidade Alta terminava no sítio Cucuí, no lado direito da rua Ulisses Caldas, terreno pertencente à viúva do dr. Carneiro; do lado esquerdo, havia o antigo palacete do juiz federal Manuel Porfírio de Oliveira Santos, adquirido pelas irmãs Dorotéas e onde foi instalado, em 22 de fevereiro de 1902, o Colégio da Imaculada Conceição pelo bispo diocesano da Paraíba Dom Aduino Aurélio de Miranda Henriques. Esta última era uma larga zona coberta de matos e morros, aonde os poucos habitantes da região, abrindo picadas pelo caminho, iam a cavalo pescar ou caçar aos domingos. Era um recanto habitado por pescadores. Na época do chefe político Pedro Velho, os governadores, que costumavam passear a cavalo naquela área, já utilizavam a toponímia de *Cidade Nova* para identificar a região.Cf.: MIRANDA, João Maurício Fernandes de. *Evolução urbana de natal em 400 anos*. Natal [RN]: sem editora, 1999.p.64-65. CASCUDO, Luís da Câmara. *História da cidade do Natal*. 4ª ed. Natal [RN]: EDUFRN, 2010.p.435-436.

<sup>252</sup>MARINHO, Márcia. *Natal também civiliza-se: sociabilidade, lazer e esporte na Belle Époque natalense*. Natal: EDUFRN, 2011.p.59-60.

<sup>253</sup>ARRAIS, Raimundo; ANDRADE, Alenuska; Marinho, Márcia. *O corpo e a alma da cidade: Natal entre 1900 e 1930*. Natal [RN]: EDUFRN, 2008. p.110.

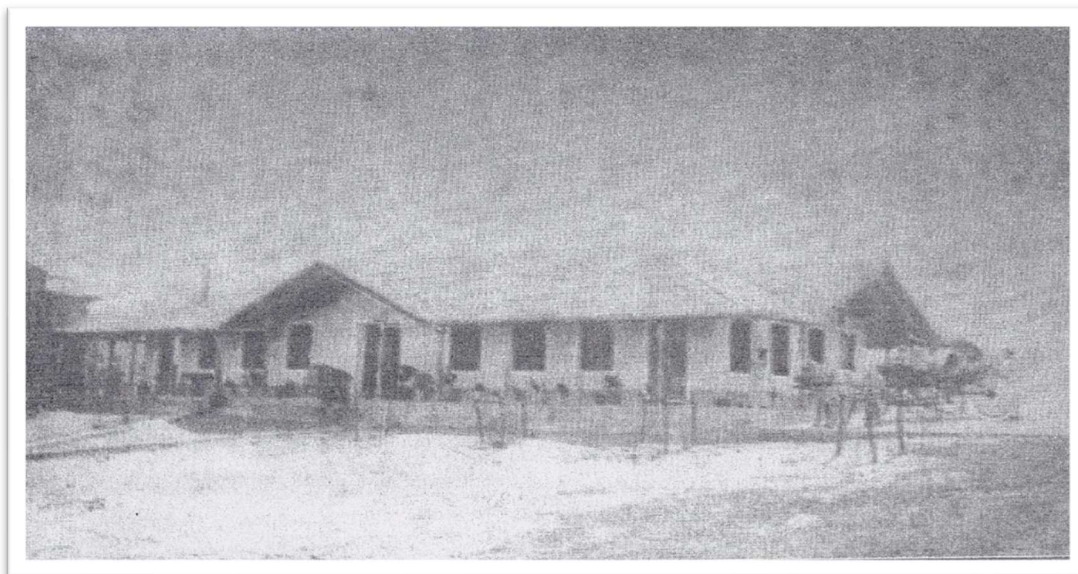
**Figura 4** - Mapa de Natal na década de 1920, com a distribuição dos bairros e a localização dos dois primeiros hospitais do RN.



Fonte: Adaptado de LIMA (2003).

O trabalho de edificação do prédio e acomodação das novas instalações foi lento. Segundo Tarcísio de Medeiros, colhendo informações de seus irmãos, todos os preparativos tiveram início no ano de 1905, com a reforma da casa de campo de Alberto Maranhão, atividade que estava a cargo do Diretor do Almoarifado do Estado, Teodósio Paiva. O casarão fora comprado pelo Estado com parte do dinheiro deixado por Juvino Barreto para doação aos mais pobres, contando ainda com auxílio de dona Inês, viúva do mencionado industrial, utilizado para adaptação do prédio.

**Figura 5** - Casa de campo de Alberto Maranhão, anterior a 1909



Fonte: MIRANDA, 1999

**Figura 6** - O Hospital de Caridade Juvino Barreto, cerca de 1910



Fonte: BODAS de Ouro das Filhas de Sant'Ana, 1934.

E a formação de um corpo de funcionários também foi outro problema, dada a escassez de médicos diplomados e os poucos recursos públicos. O pai de Tarcísio, contando com a experiência na Santa Casa de Misericórdia de Recife, e convidado por Alberto Maranhão, tomou a direção das obras, sendo também o responsável, terminados, por viajar a Recife e travar contato com a Ordem das Filhas de Santana, que se ocupariam ad administração do futuro hospital.<sup>254</sup>

Em 17 de julho de 1909, conforme noticiou *O Diário do Natal*, as irmãs de Santana desembarcaram do vapor ‘Acre’, instalando-se no próprio prédio em remodelação. Eram cinco ao todo: Cosma Campani, Rosa Sampaio, Helena Maria de Menezes, Renoleta Mesati e Olindina Garavachia, que vinham desempenhar inicialmente funções de enfermagem, pelo menos até que o governo contratasse os serviços de cuidados com os pacientes, e tendo a remuneração de 200\$000 réis.

**Figura 7** - As instalações do Café Petrópolis e a chegada do bonde elétrico ao “Belo Monte”



Fonte: MIRANDA, 2014.

Um mês depois, em 10 de agosto, as irmãs Anna Ancilla Briccolli e Anna Benedetta Carrega realizaram com Alberto Maranhão as últimas negociações sobre a administração interna das enfermarias do hospital, ficando ajustado que a referida

<sup>254</sup>MEDEIROS, *Op cit.*, p.34-35.



administração seria da alçada da Inspetoria de Higiene Pública e que o Estado pagaria à irmã regente a quantia mensal de 350\$000 réis.

O decreto nº 205, de 21 de agosto de 1909, sacraliza a direção das irmãs no ainda Hospital de Caridade (o nome era antigo, mas o estabelecimento já era o de Petrópolis):

O Governador do Estado do Rio Grande do Norte, autorizado pelo art. 7º, §3º, da lei n. 268, de 1º de dezembro do ano passado,

DECRETA:

Art. 3º- O serviço do Hospital de Caridade será mediante contrato, por irmãs da Ordem das filhas de Santana, a cujo cargo ficará a administração interna do estabelecimento e direção das respectivas enfermarias.

§ Único- A irmã regente do serviço do Hospital se comunicará oficialmente com o Governador do Estado por intermédio da Inspetoria de Higiene, repartição a que fica subordinado o estabelecimento.

**Figura 8** - Irmãs de Sant'Ana reunidas para foto



Fonte: Acervo do HCUrb.

Tínhamos, então, as primeiras “funcionárias” do hospital, cujo novo nome só aparecerá em 31 de agosto de 1909, no decreto n. 206: “Estabelece a tabela do pessoal

interno do *Hospital de Caridade Juvino Barreto...*<sup>255</sup> Neste decreto, aparece o primeiro quadro oficial de funcionários do HCJB.

**Tabela 1** - Quadro de funcionários do HCJB em 1909

<b>Classificação</b>	<b>Gratificação</b>	
<b>Enfermeiro</b>	50\$000	600\$000
<b>Enfermeira</b>	50\$000	600\$000
<b>Cosinheiro</b>	50\$000	600\$000
<b>Lavadeira</b>	20\$000	240\$000
<b>Servente de pharmacia</b>	15\$000	180\$000
<b>Empregado do motor d'água</b>	30\$000	360\$000
<b>Servente de enfermaria</b>	30\$000	360\$000
<b>Hortelão jardineiro</b>	30\$000	360\$000
<b>Creado para compras e recados</b>	30\$000	360\$000

Fonte: Decreto n.206, de 31 de agosto de 1909.

O antigo prédio do HC fora cedido para a instalação da Escola de Aprendizizes Artífices. Todo o material remanescente do hospital foi levado para o HCJB, sob os cuidados do médico 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.<sup>256</sup>

Além das Irmãs de Santana, que exerciam diversas funções (“enfermeiras”, administradoras, capelãs, auxiliares de cirurgia, entre outras manifestações habituais de polivalência), o quadro administrativo-funcional era pequeno, modesto, como se pode bem depreender da tabela acima. Entre 1909 e 1920, a equipe médica restringia-se a dois asclépios diplomados: o médico-cirurgião Januário Cicco<sup>257</sup> (posteriormente Chefe de Clínicas) e o dr. Octavio Gouveia Varela (incorporado em 1915), ambos auxiliados pelo prático José Lucas do Nascimento, espécie de colaborador de “primeira hora”. Ocasionalmente, o médico Affonso Barata, Inspetor de Saúde do Porto, auxiliava

<sup>255</sup> A REPÚBLICA. 6 de setembro de 1909.

<sup>256</sup> MEDEIROS, *Op cit.*, p.39.

<sup>257</sup> Decreto n.205, de 21 de agosto de 1909.

Januário Cicco em algumas operações cirúrgicas, pequenas intervenções, “sem remuneração e acedendo espontaneamente”<sup>258</sup>, o mesmo se dando com o médico Calixtrato Carrilho, ex-diretor do antigo Hospital de Caridade e Diretor da Inspeção de Higiene

O quadro funcional arrastou-se assim por anos. Somente na década de 1920 apareceram os primeiros profissionais diplomados e aprovados mediante concurso: para o Laboratório de Análises, o químico Francisco Gomes Valle Miranda (1925); na Clínica Odontológica, houve o ingresso de Clidenor Lago (1926); na Clínica de Oftalmologia, Adolfo Ramires (1926).<sup>259</sup> Em 1927, seguindo o afluxo de novos médicos, incorporaram-se Ernesto Emílio da Fonseca, na Clínica Obstétrica; Luís Antônio Ferreira Souto dos Santos Lima, na Clínica Médica; Aderbal de Figueiredo, na Clínica Urológica; e José Tavares da Silva, na Clínica Cirúrgica.<sup>260</sup>

Embora tenha crescido o número de profissionais diplomados que entraram para os quadros do hospital nesse período, a equipe médica continuava modesta, considerando-se os dados de população e a inexistência de outro hospital geral no Estado. Segundo o Anuário Estatístico do Brasil<sup>261</sup>, Natal tinha em 1920 uma população de cerca de 30.696 habitantes (o médico Januário Cicco falava em 22 mil pessoas!<sup>262</sup>; o Departamento de Saúde, em publicação no jornal *A República* de 1º de julho de 1929, estimava em 22.722), enquanto a população do Rio Grande do Norte contava com 537.135 moradores.<sup>263</sup> De acordo com as anotações do médico Januário Cicco<sup>264</sup>, ao

<sup>258</sup> MENSAGEM do Governador Alberto Maranhão à Assembleia Legislativa do Estado Rio Grande do Norte, 1910, p.11.

<sup>259</sup> ARAÚJO, Iaperi. *Januário Cicco: um homem além de seu tempo*. Natal [RN]: EDUFRRN, 2000.p. 18-20.

<sup>260</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p.41-45.

<sup>261</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. 1936, p.46.

<sup>262</sup> CICCIO, Januário. Como se higienizaria Natal: algumas considerações sobre o seu saneamento. 1920. Reprodução fac-similar inserta no livro: LIMA, Pedro de. *Saneamento e modernização em Natal: Januário Cicco*, 1920. Natal [RN]: Sebo Vermelho, 2003. p.14.

<sup>263</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Achiamé; Natal: Fundação José Augusto, 1984. p.51. O Censo Demográfico de 1900 registrou uma população de 274.317 para o RN e 16.056 habitantes em Natal (5,85% da totalidade do Estado); no Censo de 1920, o RN alcançava o número de 537.135 moradores e sua capital, Natal, a cifra de 30.696 pessoas (5,71% do total da população). Cf.: IBGE. Conselho Nacional de Estatística, Serviço nacional de Recenseamento, Série Regional, vol. XV, t.1. Estado do Rio Grande do Norte: Censo Demográfico. Rio de Janeiro, 1956, p.32 e 34. Nas duas primeiras décadas do século XX, o Estado era composto de 37 municípios. Cf.: Ministério da Agricultura e Commercio. Directoria Geral de Estatística. Recenseamento do Brazil. Realizado em 1º de setembro de 1920. Rio de Janeiro: Typ. da Estatística, 1956, p.4. Acessado em: [www.archive.org/search.php?query=recenseamento do RN em 1920](http://www.archive.org/search.php?query=recenseamento+do+RN+em+1920).

<sup>264</sup> CICCIO, Januário. *Notas de um médico de provincia: ensaios de crítica médico-social*. Rio de Janeiro: Paulo, Pongetti e Cia., 1928. p.247.

longo de 19 anos, foram registradas cerca de 19000 casos de internação! Somente em 1919, de acordo com a Mensagem do Governador Ferreira Chaves<sup>265</sup>, foram cerca de 926 atendimentos no consultório médico.

Nada que se comparasse ao antigo Hospital de Caridade da Ribeira, de 1855, que mal tinha médico diplomado, revezando-se, em modo de visitas irregulares, Pedro Soares de Amorim (Diretor) e Calixtrato Carrilho, contando, aqui e acolá, com a colaboração, também avulsa, de Afonso Barata. Segundo o relatório do presidente Olinto Meira, todos os funcionários do Hospital de Caridade eram praças de polícia e recebiam soldo pelas novas funções, com exceção da enfermeira, do servente e do médico do Partido Público.<sup>266</sup> O número de funcionários do hospital e suas funções variaram ao longo dos anos em que o HC esteve em atividade. No jornal *A República* de 26 de janeiro de 1891, encontramos a citação do Decreto n.86 de 27 de dezembro de 1890, que, no seu art.2º, §4º, discrimina as despesas do Estado com relação ao Hospital de Caridade, mencionando um quadro de funcionários maior do que aquele da década de 1860, comportando os seguintes empregados: amanuense e seu ajudante, enfermeiro e ajudante de enfermeiro, enfermeira e ajudante de enfermagem, Cozinheira e ajudante de cozinha e dois serventes. Em 3 de dezembro de 1908, o mesmo jornal publicou a Lei n.268, de 1º de dezembro de 1908, que “fixa a despesa e orça a receita do Estado para o anno financeiro de 1909”. No seu Art.1º, §9º, o pessoal do Hospital de Caridade aparece com outra disposição, compondo-se agora de Director, Amanuense, Almoxarife, Enfermeiro-mór, dois enfermeiros e duas enfermeiras, cinco serventes, cozinheiro e ajudante de cozinha.

Reunindo um corpo médico restrito, só progressiva e irregularmente constituído e muito ao sabor de circunstâncias, a economia hospitalar do HCJB foi marcada frequentemente por atrasos de recursos, em geral minguados, escassos, produzindo-se na contabilidade da instituição registros de déficits constantes, ano após ano, num jogo interminável de ausências. Aliás, os governadores da Primeira República no Rio Grande do Norte multiplicaram queixumes quanto ao montante dos recursos financeiros disponíveis e, por conseguinte, sua impossibilidade de lidar com as necessidades da população local.

---

<sup>265</sup> MENSAGEM do Governador Ferreira Chaves à Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte. 1919, p.37.

<sup>266</sup> Relatório apresentado pelo presidente Olinto Meira à Assembleia Legislativa do Rio Grande do Norte, em sessão de 1863, p.74.

Na década de 1920, 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.<sup>267</sup> Em urgências financeiras, o estado contraía dívidas com bancos estrangeiros (Banco de França, Bank of London, 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.

Outrossim, mesmo considerando-se as baixas arrecadações e os déficits financeiros quase estruturais, é preciso produzir-se um “desvio” explicativo importante. A noção de saúde pública nos albores da República ainda não guardava um caráter normativo, de imperativo legal, que obrigasse os governos a zelar por ela, muito particularmente nas primeiras décadas,<sup>268</sup> de modo que, em certas declarações de receitas, que se pautam em uma hierarquia de prioridades, a saúde pública ocupou a seção para a qual são destinados os menores recursos em detrimentos de outras áreas. Entre janeiro e setembro de 1925, o balanço demonstrativo de receita e despesa do Estado, no tópico “despesa ordinária”, registrou um investimento cerca de 50 vezes menor no Departamento de Saúde Pública quando comparado com as despesas com “Passagens e Telegrammas” (!).<sup>269</sup> Não é à-toa que os governos do Estado tanto solicitavam uma Santa Casa: sua administração da assistência pública retiraria da alçada estatal esse constante “problema”.

---

<sup>267</sup> MENSAGEM de 1925, p.51.

<sup>268</sup> TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flávio COELHO. *História e cultura da medicina no Brasil*. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012.

<sup>269</sup> MENSAGEM de 1925, p.60.

**Tabela 2 - Receitas e despesas do HCJB (1927 -1928)**

<b>Pensionista</b>	41:172\$000
<b>Laboratório de Análises</b>	2:169\$800
<b>Diversos</b>	20:181\$290
<b>Subvenção do Estado</b>	100:000\$000
<b>Juros e Descontos</b>	263\$340
<b>Contribuições e Donativos</b>	2:422\$000
<b>Subvenção Municipal</b>	4:800\$000
<b>Medicamentos</b>	23:229\$660
<b>Alimentação</b>	61:342\$260
<b>Diversos gastos</b>	14:829\$400
<b>Pessoal</b>	28:239\$000
<b>Despesas de construção</b>	50:145\$320

Fonte: MENSAGEM, 1º out. 1928, p.37-8.

As maiores receitas do HCJB provinham de subvenções do Estado, regularmente atrasadas (em alguns casos, demoravam até 12 meses!) e dos municípios (poucos realmente contribuíram). A folha do “pessoal” era limitada, e incluía no começo somente a irmã regente e suas pupilas, não auferindo os médicos, anteriormente aos concursos (1925-6), remuneração do serviço hospitalar oferecido aos indigentes, que devia ser por “caridade”. Exceção feita, obviamente, nos casos de pensionistas, facultados pelas Caixas e Institutos de Pensões, mas cujo pagamento também era motivo de reclamações. O próprio chefe de Clínicas, Januário Cicco, extraía seus rendimentos de sua clínica particular na Ribeira, de consultas em farmácias e do atendimento particular em domicílio. O predomínio ainda era da medicina liberal. No próprio Hospital de Caridade, que antecedeu o HCJB, a “enfermeira” e o Médico do Partido Público figuravam na folha da administração financeira como “sem soldo”.

A disposição arquitetônica e o trabalho de engenharia levadas a cabo na edificação do HCJB guardaram inegavelmente a marca de um processo um tanto tortuoso de construções, reformas e expansões. O hospital mesmo nasceu da reforma da casa de veraneio da família Albuquerque Maranhão. Com o dinheiro doado por Inês Barreto, viúva do industrial e filantropo Juvino César Pais Barreto, a casa do “Belo

Monte” foi adquirida em 1905 e sofreu as intervenções necessárias à instalação do novo hospital.

Não conhecemos, além dos nomes de alguns trabalhadores, todas as mudanças que foram implementadas na casa. Na inauguração, todavia, o HCJB contava internamente, na sua ordem nosso-espacial, com uma capela, logo na entrada, à esquerda do visitante; Secretaria e Parlatório (que servia de gabinete de consultas); dormitório e rouparia; duas enfermarias (Santa Inez e Santo Alberto); dependências para pensionistas (1º e 2º classes); uma farmácia, sob direção de uma irmã religiosa e sob imediata inspeção de diretor clínico; e uma cozinha.

As enfermarias eram o espaço para o qual eram conduzidos os doentes que adentravam ao HCJB, sendo aí internados. Tratava-se de amplos espaços fechados e contínuos. Cada uma dessas “enfermarias” destinava-se ao acolhimento de doentes de um mesmo sexo, homens para uma, mulheres para outra, e dividiam-se em unidades menores chamadas de “salas”, compostas de “leitos” (camas de ferro) que abrigavam um grupo pequeno de pacientes, como informava o jornal *O Diário* de 14 de setembro: “Há uma enfermaria para homens, com 15 leitos, e outra com 12 para mulheres. Além dessas enfermarias, existem mais quatro quartos com leitos cada um”.<sup>270</sup>

O número de leitos e dependências variou ao longo do tempo, com as sucessivas reformas e ampliações. Luís da Câmara Cascudo<sup>271</sup> falava que, na inauguração, “O hospital tinha dezoito leitos”, informação corroborada pelo médico e estudioso da medicina em Natal, Iaperí Araújo:

O Hospital já nascera pequeno para a população. *Dezoito leitos divididos em seções de homens e mulheres*. Pouco a pouco, atendendo às necessidades, foi sendo ampliado, chegando o número de camas a setenta, incluindo uma enfermaria de mulheres com treze leitos e uma de parturientes.<sup>272</sup>

O HCJB foi se expandindo pouco a pouco conforme as circunstâncias que se apresentavam. Remodelações, pequenas reformas (caiação, limpeza, troca do piso etc.), aumento das dependências (novas enfermarias, jardim, seção de maternidade etc.), tudo

<sup>270</sup> O DIÁRIO. 14 de setembro de 1909.

<sup>271</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. *História da cidade do Natal*. 4ª ed. Natal: EDUFRRN, 2010.p.333.

<sup>272</sup> ARAÚJO, Iaperí. *Januário Cicco: um homem além de seu tempo*. Natal: EDUFRRN, 2000.p.16.

realizado ao sabor do momento, muitas vezes produto de doações<sup>273</sup>, como foi o caso de parte da herança deixada pelo industrial Juvino Barreto para a construção do próprio hospital. Com o tempo, a ampliação das dependências tornou-se indispensável, demandando alterações na estrutura material do edifício:

Estão sendo construídas três grandes salas destinadas ao recebimento de pensionistas de 1ª e 2ª classes, e serão brevemente installados gabinetes de bacteriologia e anatomia pathologica, bem como uma sala de hydroterapia e electricidade medica.<sup>274</sup>

Não somente o número dos leitos fora ampliado, mas o de enfermarias também, passando a comportar tipologias diversas de pacientes:

O setor masculino era dividido em cinco salas, todas sob o patrocínio de um santo que presidia a enfermaria, (...). [...] A enfermaria de *pensionistas* possuía um quadro de São João; a segunda enfermaria, para *soldados*, de São Sebastião; a terceira, para *doenças gerais*, de São José; a quarta, de *doenças venéreas*, entregues à guarda de São Roque, ficando a quinta para *marinheiros*, sob a proteção do Coração de Maria.<sup>275</sup>

---

<sup>273</sup>As doações para os estabelecimentos hospitalares constituíam prática comum, relacionadas ao caráter religioso da gênese dessas instituições. Os ideais de filantropia e caridade eram frequentemente estimulados pelas autoridades políticas do Estado, que viam na iniciativa privada o melhor meio de manter adequadamente as instituições de assistência social, principalmente nos Estados com problemas de receitas, como foi o caso do Rio Grande do Norte. No expediente do dia 7 de abril de 1898, constante no jornal *A República*, discriminou-se em detalhes uma lista de doações ao Hospital de Caridade e seus respectivos doadores: Juvino Barreto & C., com 500 jardas de algodão; Angelo Roselli, com 67 fronhas e 40 toalhas; Silva Mesquita & C., com 20 talheres; José Gomes Tinôco, com 39 “casas” de chúcaras de Agatha; Manoel Maria Lobato, com 23 jardas de madrepolão; Nicolão B. Gois, com de ex Ford (sic); Mello & C., 24 colheres de sopa, de metal; Olympio Tavares, com 35 calças; Urbano dos reis & C., com 30 calças; Miguel Joviniano, com 4 bules de flandres; José Lucas da Costa, com 1 pá de ferro e 2 grelhas; Antônio de Paulo, com 1 tacho; Matheus Petrovich, com 29 metros de chita; Pedro Duarte, com 16 metros de chita; Vicente Cicco, com 15 metros de chita; e Fabrício & C., com 16 cobertores de algodão. Ter seu nome ligado a uma lista de doação conferia status ao doador, visibilidade social. Em 1923, por exemplo, a Seção de Odontologia recebeu proventos dos dirigentes da antiga sociedade cooperativa de operários e funcionários da Estrada de Ferro Central, incluindo um prédio na Vila de Lages. Já na seção de Oftalmologia, Adolpho Ramires trabalhou com seu próprio material, adquirido em Paris por 13000\$. Cf.: MENSAGEM do Governador Antônio José de Mello e Souza à Assembleia Legislativa do Rio Grande do Norte. 1923, p.13.

<sup>274</sup> MENSAGEM do Governador Alberto Maranhão à Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte. 1910, p.10.

<sup>275</sup> ARAÚJO, *Op. cit.*, p.10.



**Figura 9** - Enfermaria masculina do HCJB



Fonte: HCUrb.

**Figura 10** - Enfermaria feminina do HCJB



Fonte: HCUrb.

Já em 1914, falava-se da necessidade de aumentar os compartimentos, do tamanho dos banheiros e colocação de aparelhos sanitários; em 1917, mencionava-se uma “remodelação completa”, sem descrição dos detalhes; em 1921, abria-se um posto de profilaxia de moléstias venéreas; em 1923, surgiam os gabinetes de Odontologia e Oftalmologia; em 1924, ensaiava-se o Laboratório de Analyses (só inaugurado em 1925), sob a responsabilidade do químico Francisco Gomes Varella e ampliação das

enfermarias das mulheres e um Laboratório Bacteriológico; a partir de 1923, funcionou anexo à farmácia o gabinete de manipulação de “empolas”, pequenos frascos selados de vidro contendo produtos farmacêuticos. Todas essas reformas no prédio do HCJB eram realizadas de modo pontual, sem a existência de um projeto que guiasse o conjunto delas. Expansão de estruturas e funções na forma de uma espécie de aritmética espacial: *mais* uma enfermaria, *mais* um gabinete, *mais* um anexo, *mais* sala de cirurgia... Soma das partes que não chegam ao todo, peças adicionadas que pedem outras peças.

A estrutura básica era composta de “enfermarias”, “salas” e “leitos”, constituindo o modelo comum dos hospitais da época, chamado de *Pavilhonar* ou *Higiênico*. Sua organização atendia a imperativos de higiene, pois o pavilhão isolava o paciente internado evitando o contágio com outras pessoas. O princípio do isolamento que regia a espacialidade médica tomava seu argumento da nascente bacteriologia, que advogava o combate às doenças em espaço separado, ou seja, em um pavilhão, seguindo este as recomendações de um hospital higiênico: amplas varandas, pé direito alto e sistema de refrigeração, que facilitavam a aeração e proporcionavam melhor conforto nos quartos.<sup>276</sup>

O interior das enfermarias do HCJB dividia-se entre as salas e os leitos dos doentes. As salas se comunicavam através de aberturas em forma de arco, sem portas. Tal disposição se relacionava com a preocupação geral que dominava a respeito da boa *circulação dos ares* no ambiente interno, princípio fundado na *aeração-miasmática* e posteriormente na *microbiologia pasteuriana*, teorias frequentemente combinadas pelo menos até a década de 1920, ares esses que deveriam ser purificados pelos ventos que provinham da praia de Areia Preta.

Dessa maneira, a organização espacial da enfermaria acompanhava as razões do discurso médico que dirigiram a própria localização do Hospital de Caridade Juvino Barreto: no alto de um monte e disposto em posição privilegiada do ponto de vista da qualidade e da direção dos ventos que sopravam da região da praia, no chamado *clima de altitude*. Os ares do oceano foram motivo de elogio do médico Januário Cicco, na obra “Como se higienizaria Natal”, em 1920:

---

<sup>276</sup> GAMA-ROSA COSTA, Renato da. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, Ângela (org). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.124.

A margem do oceano e cercada por montanhas de areia ou dunas, cobertas de exuberante vegetação, é batida pelo vento este-sueste constante e moderado, trazendo às riquezas de um ar marinho, leve, puro e tonificador. De clima temperado, a sua temperatura não excede de 32° á sombra.<sup>277</sup>

Contornos médico-topográficos que recebiam seus elogios também na linguagem literária do escritor Câmara Cascudo: “No cimo dos morros, o nosocômio olhava o mar, com as alegrias da luminosidade e os perfumes de cajueiros das dunas e salsugens das praias”.<sup>278</sup>

**Figura 11** - Fachada do Hospital de Caridade “Juvino Barreto” em 1923



Jardim lateral



Entrada principal do hospital



Fonte: CÂMARA, 1923.

<sup>277</sup> CICCO, Januário. *Como se higienizaria Natal: algumas considerações sobre o seu saneamento*. p.7.Reprodução fac-similar inserta no livro: LIMA, Pedro de. *Saneamento e modernização em Natal: Januário Cicco, 1920*. Natal [RN]; sebo Vermelho, 2003.

<sup>278</sup> CASCUDO, *Op. cit.*, p.333.

Essa arquitetura do HCJB replicava o modelo pavilhonar existente no Brasil, relacionado às epidemias que tomaram conta das cidades brasileiras, na segunda metade do século XIX.<sup>279</sup> A proliferação das doenças, como varíola e cólera, forçou mudanças na forma arquitetônica dos hospitais, adotando-se novas práticas que levaram ao investimento na separação das alas de enfermos, no isolamento das grandes concentrações urbanas e na atenção aos benefícios da aeração e do combate à umidade. Assim, no final da década de 1920, o hospital já apresentava uma estrutura arquitetônica reconhecível, ainda que sofrendo constantes remodelações.

Enfim, um outro hospital era entregue à população... pelas mãos (?) do espírito de Alberto Maranhão, “que [...]reorganizou a assistência pública no Estado, inaugurando o Hospital Juvino Barreto”<sup>280</sup>. Duas décadas se passaram desde a festa, as bebidas e o incenso. O prédio estava de pé. Os doentes internavam-se, os médicos e irmãs circulavam pelos pavilhões, enfermarias e salas. Haveria, então, o que *memorar?*

---

<sup>279</sup>Embora se levem em conta as longas reformas da Santa Casa do Rio de Janeiro entre 1840 e 1852, o modelo pavilhonar fora implantado pela primeira vez quando da construção do Hospício Pedro II, na praia Vermelha, lugar afastado da cidade e de boa aeração. Adotou-se a forma pavilhonar, com seis pátios internos, configuração comum aos estabelecimentos nosocomiais de Paris, que tinha no Hôtel-Dieu o grande modelo, composto de enfermarias, farmácia, salões e capela. A partir de então, até o final do século XIX, outros estabelecimentos nosso-espaciais foram construídos, como o Hospital da Beneficência Portuguesa, o Hospital São Sebastião e o Hospital Evangélico. Cf.: GAMA-ROSA COSTA, Renato da. *Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro*. In: PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.122-123. Os pavilhões do Juvino Barreto, por seu turno, guardaram sua genealogia ligada aos protótipos hospitalares do Norte e Nordeste, particularmente aqueles ligados à Santa Casa de Misericórdia do Recife. De lá, como nos informou o historiador Tarcísio de Medeiros, veio seu avô, Henrique Cândido de Medeiros, trazendo a experiência de anos de trabalho na Santa Casa, e aqui fora o principal agenciador da edificação do HCJB. O Hospital de Santo Amaro, por exemplo, administrado pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia Manoel Clementino Carneiro da Cunha, apresentava homologia estrutural com o Juvino Barreto, possuindo capela, sala de cirurgia e enfermarias para homens e mulheres. As salas e os leitos guardavam estreita similitude com os do HCJB, organizado em sala, com espaçamento regular entre as camas, janelas baixas e pé-direto alto. Cf.: BODAS DE OURO das Filhas de Sant’Anna no Brasil: 1884-1934. O Asylo de Mendicidade em Recife-Pernambuco. Rio de Janeiro: Escola Typ. Pio X, 1933.p.61-62

<sup>280</sup>Arquivo Público do estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da Sessão de Fundação da Sociedade de Assistência Hospitalar, na Capital do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, 25 mai. 1927, p.8.

### 2.3 A HERANÇA DO “ESPÍRITO REALIZADOR”: AINDA O “PRIMEIRO PASSO”

Voltemos a maio de 1927. Um pouco antes de La Greca. O Diretor da SAH, o médico Januário Cicco, saudava os companheiros da Diretoria pelo entendimento comum acerca da criação daquela sociedade beneficente, que era a

[...]ideia de se premiar à pobreza com um serviço hospitalar de mais amplos recursos, de vez que durante quasi (sic)19 annos jamais foram atendidas as suas solicitações ao governo do Estado, no sentido de se ampliar a lotação do Hospital Juvino Barreto, contando apenas 68 leitos, nem de dotar aquelle estabelecimento de instalações indispensáveis ao diagnóstico e tratamento medico-cirurgico. [...] A Sociedade que ora se instala levará a todos os lares, ricos e pobres, a confiança e recursos hospitalares efficientes e abundantes.<sup>281</sup>

Para o Diretor do novo hospital, então, a festa de inauguração em 1909, com as bebidas, banda de música e incenso, relatadas por Emerenciano, e as alegrias de luminosidade, perfumes de cajuais e salsugens de praia, pintadas por Cascudo, ainda não correspondiam ao sonho de um hospital terapêutico ou patológico. Algo não ia bem. O que não era tão festivo assim naquele “Belo Monte”?

Havia uma cisão no “espírito realizador”: um espaçamento entre o desejo do “espírito” de Alberto Maranhão e a “res” da realidade. Como vimos, o hospital funcionou precariamente até 1917, com apenas um médico e um prático, para além das irmãs. Mesmo depois de 1925, com abertura de outras clínicas, o quadro não se revelava suficiente para a demanda. Os recursos materiais eram escassos: o médico Adolpho Ramires, da seção de Oftalmologia, trabalhava com seu próprio material, vindo de Paris; a seção de Odontologia manteve-se com auxílio dos dirigentes da antiga sociedade cooperativa de operários e funcionários da Estrada de Ferro Central, incluindo a doação de um prédio na Vila de Lages. O déficit financeiro do hospital era estrutural, ano após ano, e a economia monocultora algodoeira do estado sofria com crises nas safras.

É curioso notar que, em 1920, o diretor do HCJB e Inspetor do Porto, realizou um estudo sobre as condições de salubridade de Natal, intitulado “Como se Hygienizaria Natal”, amparado em teoria médico-topográfica que amalgamava os “entes

---

<sup>281</sup> Ibidem, p.7.

miasmáticos” a uma epistemologia bacteriológica.<sup>282</sup> Os “bons ares” do Belo Monte, dos alcaloides marinhos, dos cajuais e salsugens praieiras sopravam das correntes de ar das teorias galeno-hipocráticas! A repartição interna do espaço pavilhonar também não parecia obedecer a critérios estritamente médicos, mas entrelaçava princípios heterogêneos de divisão do espaço hospitalar: reunia, a um só tempo, critérios de classificação nosológicos (por doença: “gerais”, “venéreas”), sexuais (homens x mulheres), econômicos (por renda: pensionista x indigente) e funcionais (“marinheiros”, “soldados”).<sup>283</sup> A modernidade decantada pelo “espírito realizador” das elites letradas da cidade parecia não ter caminhado como desejado...

Mas havia dado “o primeiro passo”! Sim, é isto mesmo! Foi o que La Greca disse ainda na Seção de Fundação: “o primeiro passo para a conquista” ...Do quê, exatamente? “[...]distribuir com a coletividade o produto da civilização, na conquista segura de recursos científicos, para a verdadeira assistência medico-cirurgica”<sup>284</sup>. A verdadeira assistência médico-hospitalar ainda não havia chegado, os recursos científicos eram inseguros e os produtos civilizacionais eram de poucos. A Sociedade de Assistência Hospitalar emergia, naquela circunstância, para corrigir, inclusive, uma “anomalia” do governo. O jornal *A República*, em matéria de 10 de julho de 1927, estampou em suas páginas:

[...]com a desoficialização do Hospital Juvino Barreto, quiz o governo do estado corrigir a velha anomalia administrativa que se registra entre nós, com a incumbência exclusiva do Estado de todos os serviços de saúde publica. [...] tem evidenciado os inconvenientes do regimen seguido por nós neste particular, e o exemplo que nos vem de toda a parte, da efficiencia da iniciativa particular, induziu o espírito do Senr. Presidente José Augusto a aliviar o Estado dos ônus que lhe vinha acarretando a sua ingerencia absorvente na organização de todas as modalidades da assistencia publica.<sup>285</sup>

---

<sup>282</sup>CICCO, Januário. *Como se higienizaria Natal: algumas considerações sobre o seu saneamento*. 1920. Reprodução fac-similar encartada no livro: LIMA, Pedro de. *Saneamento e modernização em Natal: Januário Cicco, 1920*. Natal [RN]: Sebo Vermelho, 2003.

<sup>283</sup> SILVA, Rodrigo Otávio da. *Sair curado para a vida e para o bem: diagramas, linhas e dispersão de forças no complexus nosoespacial do Hospital de Caridade Juvino Barreto (1909-1927)*. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em História, Natal, 2012. p.137.

<sup>284</sup>*Acta da Segunda Sessão Ordinaria da Sociedade de Assistencia Hospitalar*, 12 jul.1927. Sociedade de Assistência Hospitalar, Livro de Actas. p.12.

<sup>285</sup>*A República*. 10 jul.1927 apud *Acta da Segunda Sessão Ordinaria da Sociedade de Assistencia Hospitalar*, 12 jul.1927. Sociedade de Assistência Hospitalar, Livro de Actas. p.12.

Destarte, a SAH cumpriria a função de desonerar o Estado dos cuidados com a assistência pública em saúde, uma “monstruosidade administrativa, dotando o equipamento hospitalar, em especial, dos recursos científicos próprios de uma verdadeira medicina. Dito de outro modo: o HCJB e os demais aparelhos da saúde<sup>286</sup> deveriam ingressar na fase do serviço hospitalar moderno! E agora, por onde começar?

A “desoficialização” do HCJB e a instituição da SAH foram os primeiros passos. Cumpriria, então, pôr em marcha algum programa. De acordo com o Secretário Otávio Varela, escrivão das atas, o Dir. Januário falou em remodelação material do hospital, aumento do número de leitos e ampliação dos serviços, ao que o Mordomo José Lagreca, na mesma reunião, reforçou, insistindo na remodelação do prédio, em instalações novas, mais serviços com a contratação de médicos, acrescentando a necessidade de uma “Maternidade de Natal”.<sup>287</sup> Aí estava, portanto, o caminho a ser seguido. O espírito de Alberto Maranhão, evocado, *retournant*, deixara os primeiros passos (curtos, segundo a SAH). Dali em diante as obras- e se tratava de pensar no sentido mesmo de “obra” – acertariam o roteiro civilizacional da saúde pública norteriograndense. O hospital moderno seria o fio condutor de uma “cidade sã e bela”.

## 2.4 ADMIRÁVEL ADMINISTRAÇÃO NOVA

A passagem da direção e administração do Hospital de Caridade Juvino Barreto para as mãos da Sociedade de Assistência Hospitalar, festejada conforme descrição presente no editorial n.150 do jornal *A República*, de 10 de junho de 1927, marcaria o “começo” da gestão moderna do espaço hospitalar no estado. O contrato assinado entre a SAH e o Presidente José Augusto Bezerra, e que teria duração de 20 anos, alavancaria, finalmente, a assistência pública em saúde. Após a eleição da diretoria da nova sociedade benfeitora, inicialmente composta por Januário Cicco (diretor), Otávio Varela (Secretário), José Lagreca (mordomo) e João Galvão Filho (tesoureiro), publicou-se o estatuto da SAH em 30 de junho de 1927, após trâmite no Cartório, Junta Comercial e

---

<sup>286</sup> A Sessão Preparatória da SAH (20 mai.1927) é explícita e fala de transferir do Estado para a SAH o HCJB e todos os outros estabelecimentos.

<sup>287</sup> *Acta da Segunda Sessão Ordinaria da Sociedade de Assistencia Hospitalar*, 12 jul.1927. Sociedade de Assistência Hospitalar, Livro de Actas. p.13.

Alfândega, lido em reunião, devidamente registrada em ata, que esclarecia o convênio com o Estado.<sup>288</sup>

Ao longo de seus 25 artigos, salta aos olhos o interesse em definir as responsabilidades financeiras. Afinal, era disto que se tratava quando as vozes de *A República* houveram mencionado a tal “anomalia administrativa”. Determinou-se, então, que as receitas poderiam ser compostas de contribuições, subvenções, donativos, sócio-contribuintes, particulares e colaborações.<sup>289</sup> Ao Estado, caberia uma subvenção anual, variável entre 100\$000 e 500\$000 contos de réis, além do fornecimento de 1500 quilos de sabão e 4500 metros de tecido de algodão ao HCJB, entregues, mediante contrato, pela Companhia Indústrias Reunidas, como já ocorria anteriormente. Reservava-se também, conforme art. XIII do contrato com o estado, o governo a garantir acesso à iluminação elétrica e ao serviço telefônico, ao menos enquanto a Usina Elétrica do Oitizeiro<sup>290</sup> estivesse sob a responsabilidade estatal.<sup>291</sup>

---

<sup>288</sup> Arquivo Público do Estado do rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da segunda sessão preparatória, para a organização da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 20 mai. 1927, p.5.

<sup>289</sup>Arquivo Público do Estado do rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Sessão preparatória para a instalação da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 18 mai. 1927, p.3

<sup>290</sup>A construção da Usina do Oitizeiro foi realizada pela Empresa de Melhoramentos de Natal com ajuda do governo do Estado através de empréstimo financeiro no exterior, adquirido pelo governador Alberto Maranhão no valor de 350 mil libras esterlinas. A usina foi construída nas proximidades do Baldo, o antigo sítio do Oitizeiro, em seis meses. Em 1913, a Empresa de Melhoramentos de Natal foi substituída pela Empresa Tração Força e Luz Elétrica de Natal - E. F. e Luz de Natal, de propriedade do coronel Alfredo Solon. Após sete anos de serviços, o contrato foi rescindido e, em seu lugar, a Repartição de Serviços Urbanos de Natal, subordinada ao Tesouro do Estado e chefiada pelo engenheiro Ulysses Carneiro Leão, assumia o controle e administração dos serviços urbanos. Cf.: ANDRADE, Alenuska Kelly Guimarães. *A eletricidade chega à cidade: inovação técnica e a vida urbana em Natal (1909-1940)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em História, 2009. p.45-48.

<sup>291</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da primeira sessão ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 30 jun. 1927, p.10.



**Figura 12** - Foto da Usina do Oitizeiro a partir da linha de trem da Great Western, tirada pelo alemão Bruno Bougard em 1911



Fonte: CÂMARA, 1923

A ala dos pensionistas seria outra importante fonte de renda. Criada pelo médico Januário Cicco ainda no período anterior ao contrato, funcionava como importante fonte de receita, abrigando, regra geral, funcionários públicos e particulares não indigentes. Esta preocupação com as receitas tornou-se frequente, e não sem razão. O déficit constante do HCJB fora, como vimos, um empecilho aos investimentos na estrutura hospitalar. Daí a insistência do tesoureiro João Galvão Filho em afirmar, durante reunião da SAH, que

[...] os trabalhos a executar, dependendo de recursos financeiros, que presentemente eram nenhum, seriam realizados a medida que os cofres sociaes (sic) o permitirem, havendo, portanto, necessidade de crear (sic) fontes de receita, dentro da qual se pudesse executar o plano preestabelecido.<sup>292</sup>

<sup>292</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da segunda sessão ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 12 jul. 1927, p.13.

Para se ter uma noção da importância das receitas oriundas do atendimento aos pensionistas, em 1928, um ano após a assunção da SAH, elas já correspondiam a quase metade do total da arrecadação do HCJB (cerca de 41:172\$000 réis), rivalizando com principal receita do hospital, que eram as subvenções do Estado (100:000\$000).<sup>293</sup>

Essa importância dos pensionistas para o HCJB foi crescente e relacionava-se umbilicalmente com um movimento histórico previdenciário marcado pela criação da Lei Elói Chaves, em 1923, que instituía as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e subsidiavam a aposentadoria de seus associados, inicialmente a categoria dos ferroviários. Com a emergência do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e a aprovação do decreto-lei n.20.465 de 1º de outubro de 1931, essas CAPs integraram em seus estatutos a prestação de serviços médicos, ainda que sob certo controle e de modo secundário em relação à finalidade principal das aposentadorias e pensões.<sup>294</sup>

Entre 1933 e 1938, as CAPs foram convertendo-se em IAPs, Institutos de Aposentadorias e Pensões, multiplicando-se os institutos de amparo aos trabalhadores, como o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), que se desdobrou no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC), o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), e o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), dentre outros.<sup>295</sup> A Previdência Social tornou-se, nesse contexto, um grande comprador de serviços médicos, dialogando com instituições privadas, clínicas, hospitais e consultórios. O HCJB tinha neles um consumidor de serviços médicos indispensável.

A preocupação em melhorar a arrecadação para a assistência pública em saúde, mormente o hospital, tornou-se uma marca dessa nova administração por meio da SAH, em consonância com o entendimento de que o hospital na sociedade moderna deve contribuir “para conservar o maior valor econômico que pode existir: a saúde de uma

---

<sup>293</sup> RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada pelo presidente do Estado do Rio Grande do Norte á assembleia Legislativa e lida na abertura da primeira sessão da 14ª legislatura, em 1ª de outubro de 1928. Natal, Imprensa Oficial, 1928. p.37-38.

<sup>294</sup> FONSECA, Cristina M. O. A história da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretações e trajetórias. In: TEIXEIRA, Luiz Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Orgs.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.423.

<sup>295</sup> NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo de. Conselhos de Medicina: criação, trajetória e consolidação. *Brasília Médica*. 46(2):140-14. 2009, p.142.

nação”<sup>296</sup>. Os expedientes de receitas foram expandidos, entre os quais estava a incorporação de novos membros para a diretoria da sociedade civil. Na *Acta da 9º Sessão Ordinária da SAH* (p.26), realizada em 15 de junho de 1935, o tesoureiro João Galvão Filho

[...] considerando a falta de colaboração de outros elementos indispensáveis, à eficiência dos nossos trabalhos, propôs que desses poderes ao Snr. Diretor para nomear outros membros para a Directoria, de vez que as nossas sessões eram annuaes, e havia necessidade de se dividir os encargos; e por merecer a absoluta confiança da assembléa, o Snr. Director ficaria com a faculdade de escolher outros cooperadores nessa nobre missão de cuidar desinteressadamente dos protegidos.

A medida proposta foi acatada por todos. Aliás, nessa *Acta*, logo na apresentação dos participantes, já constava um novo membro, o médico Ernesto Fonseca, cumprindo a função de vice-diretor. A oficialização desse cargo fora ratificada na *10º Sessão Ordinária* (p.26), de 9 de junho de 1936, juntamente com o engenheiro Décio Fonseca, novo “consultor-técnico”, “[...] que se incumbiu de reconstruir o Hospital e construir a Maternidade, sem nenhuma remuneração”. Dali por diante, pouco a pouco, a diretoria ganhava “socio-contribuintes” que passavam a colaborar financeiramente com a SAH.

E tais modalidades de participação e colaboração também se estendem a outras categorias que não estritamente os médicos. Em 12 de junho de 1946, no salão nobre do hospital, a SAH acatou o nome do comerciante Pedro Silva para a Diretoria e, em virtude do falecimento do tesoureiro João Galvão Filho, seis meses antes, acabou por ocupar-lhe também a função.<sup>297</sup> Em 10 de fevereiro de 1952, três comerciantes de Natal são mencionados com suas contribuições para crianças nascidas na Maternidade: João Francisco da Mota, Antônio Justino Bezerra e Leon Dolfzou, que doaram, respectivamente, 5.000, 3.000 e 2.000,00 cruzeiros para as primeiras criancinhas nascidas naquele ano, mas que já vinham contribuindo com a “Casa da Mulher”.<sup>298</sup>

<sup>296</sup> SPENCER, William H. O hospital na sociedade moderna. In: *Revista Médico-Social da USP*. Ano 2, n.19, jul./ago. 1944, p.15.

<sup>297</sup> Livro da Sociedade de Assistência Hospitalar. *Acta da 24º Sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar*, para preenchimento da vaga aberta na Diretoria com o falecimento do consocio João Galvão Filho, e para a eleição do Tesoureiro da Sociedade. 12 jun. 1946, p.45.

<sup>298</sup> Livro da Sociedade de Assistência Hospitalar. *Ata da 31º Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar*, para a leitura do relatório do seu Presidente, sobre o movimento social de 1951. 10 jan. 1952, p.80.

Na década de 1940, a SAH ampliou suas receitas com o aluguel de casas construídas em terreno da sociedade. Até pelo menos 1952, a Irmã Regente Albina Vieira assinava o documento de recebimento do pagamento, entregando-o ao tesoureiro Pedro Augusto Silva. Posteriormente, o nome da irmã desaparece dos recibos e passam a figurar o presidente da SAH (depois da morte de Januário Cicco, em novembro de 1952), o médico Onofre Lopes, o tesoureiro Pedro Augusto Silva e o contador Manuel Rodrigues de Melo.<sup>299</sup> A saída do nome da Irmã Regente pode ser entendida como parte do processo de modernização da administração hospitalar, que progressivamente impunha pessoal especializado para a ocupação de cargos técnicos no hospital.

Completando o incremento das receitas, as quotas do Fundo de Assistência Hospitalar, enviadas pelo governo federal através da Divisão de Organização Hospitalar<sup>300</sup>, compunham aquelas subvenções fixas necessárias para o planejamento das atividades. Normalmente enviadas às instituições hospitalares que mantinham assistência gratuita, o FAH ligava-se a questões assistenciais relativas a alimentação, saúde e doença no internamento de pacientes. Na *Prestação de Contas* de 1947, a Diretoria da SAH fora auxiliada enormemente pelo governo federal com a verba de 358.900,00 cruzeiros, aliviando o déficit da instituição.<sup>301</sup> Em 1952, uma queda de receitas, notadamente as dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, só fora compensada graças a essa verba federal.<sup>302</sup>

Como se pode notar, a administração da SAH, mais afinada com uma metodologia científica contabilista e de gestão moderna, esforçou-se no sentido de

<sup>299</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Caixa 0827, Recibos do HMC de 1949 a 1962.

<sup>300</sup> Em março 1941, o ministro Gustavo Capanema propôs uma remodelação dos órgãos do Departamento Nacional de Saúde de modo a fortalecer a centralização normativa e a atuação federal na expansão dos serviços de saúde. Nessa nova organização, o DNS passou a ser composto pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Divisão de Organização Sanitária (DOS), Divisão de Organização Hospitalar (DOH), serviço de administração, delegacias federais e 13 serviços nacionais. A DOH, por sua vez, a cargo do médico Teófilo de Almeida, dividia-se em seções de edificações e instalações, organização e administração e assistência e seguro de saúde. A principal tarefa da política de saúde destinada à área hospitalar era a criação de uma rede brasileira de hospitais, integrando recursos da União, estados e municípios, em colaboração com a iniciativa privada, sociedades beneficentes, organizações mutuárias, institutos e caixas de pensões ligadas ao MTIC, empresas industriais, estabelecimentos rurais e a Cruz Vermelha brasileira. Cf.: FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.p.211 e 228-229.

<sup>301</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com exposição de Motivos apresentada á diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco, referente ao Hospital Miguel Couto no exercício de 1947. Caixa 0743, p.26.

<sup>302</sup> Livro da Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da 31º Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a leitura do relatório do seu Presidente, sobre o movimento social de 1951. 10 jan. 1952, p.80.

ampliar as receitas do hospital, podendo assim investir mais adequadamente nas necessidades de atendimento em saúde, sem depender exclusivamente das verbas do estado, pois

A administração hospitalar [...] é uma ciência, já hoje especializada, com ramificações numerosas, em problemas subsidiários e com complexidade bastante para exigir tirocínio especial, ao lado daquelas qualidades de boa vontade, altruísmo, dedicação e espírito de bem-servir.<sup>303</sup>

Esforço afinado com as autoridades da época que assinalavam na economia hospitalar a chave da modernidade na estrutura de saúde. O médico norte-americano William Robins, em *The Modern Hospital*, foi enfático nisso: “Os princípios dos negócios e da administração hospitalar acham-se intimamente conjugados; são, de fato, inseparáveis e o homem que não consegue suceder-se bem nos negócios nunca deveria dirigir um hospital”<sup>304</sup>. Embora as informações variem conforme o período considerado (durante a Segunda Guerra Mundial, as dificuldades tendiam a ser maiores do que nos períodos anteriores, p.ex.), algumas fontes nos permitem conhecer melhor os tipos de despesas que o hospital produzia.

No quadro das despesas, podemos identificar um gasto maior e constante com a dietética e a folha de pessoal, secundadas pelos itens “diversos gastos”, construção e medicamentos, que, juntos, parecem compor as despesas fixas da instituição no período destacado. É preciso incluir nessas despesas, de algum modo, os chamados “credores do hospital”. Nos arquivos da instituição, eles costumam aparecer nas “demonstrações de contas de receitas”, como empréstimos ou adiantamentos realizados por casas comerciais diversas. Elas acabam fornecendo, com isso, os nomes das parceiras comerciais regulares do hospital ao longo dos anos, e revelando a rede de contatos do nosocômio, para além, é claro, das notas de faturas emitidas e arquivadas. Tais credores marcavam, não raras vezes, o montante do déficit nas contas do hospital, embora fossem elas fossem saudadas, assim nos parece, normalmente em prazos mais alongados.

---

<sup>303</sup> I.M. Os corpos administrativos dos hospitais: as senhoras fazendo parte da Diretoria -renovação dos mandatos. In: *Revista Médico-Social da USP*. Ano 1, n.1, jun.1942, p.25.

<sup>304</sup> ROBINS, William E. Administração de um pequeno hospital. In: *Revista Médico-Social*, Ano 1, n.9, mai.1943, p. 20.

**Tabela 3 - Despesas do HMC entre 1939 e 1941**

DESPESAS	ANOS				
	1937-1938	1938	1939	1940	1941
<b>Alimentação e dietas</b>	109:008\$700	111:169\$300	110:194\$000	114:694\$000	151:324\$300
<b>Pessoal</b>	87:882\$300	84:608\$000	72:470\$000	82:935\$000	92:750\$500
<b>Construção</b>	39:670\$700	36:318\$400	29:253\$900	6:645\$000	20:737\$700
<b>Diversos Gastos</b>	57:819\$800	44:927\$700	38:142\$700	42:909\$600	50:911\$700
<b>Medicamentos</b>	52:707\$200	61:495\$600	25:041\$600	29:499\$900	59:712\$700
<b>Material cirúrgico, móveis e utensílios</b>	17:977\$400	9:164\$800	3:115\$300	?	4:189\$000
<b>Laboratório de Análises</b>	2:977\$100	?	?	?	?
<b>Juros e descontos</b>	5\$300	5\$300	?	91\$700	63\$000
<b>Gabinete de Radiologia</b>	896\$100	?	?	?	?
<b>Despesa de conservação</b>	?	?	29:253\$900	7:372\$600	4:042\$500
<b>TOTAL</b>	<b>368:944\$600</b>	<b>347:689\$100</b>	<b>278:217\$500</b>	<b>285:094\$600</b>	<b>383:731\$400</b>

Fonte Relatórios da SAH. Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Caixa 208, Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 6.

**Tabela 4 - Credores do HMC entre 1938 e 1941**

ANOS	CREDORES
<b>1938</b>	S. A. Wharton Pedrosa, Produtos Quimicos Ciba Ltda., G. de Matia & Cia., Ltda., A Quimica “Baier” Ltda., Casa Lohner S/A, Cia. Química Rodia Brasileira, G. Filiponi & Cia., Casa Stolze S/A.
<b>1939</b>	Casa Lohner S/A, G. Filiponi & Cia., Lutz Ferrando & Cia., S. A. Wharton Pedrosa, Johnson& Johnson do Brasil, Laboratórios Moura Brasil S/A, G. de Matia & Cia., Ltda.
<b>1940</b>	Maternidade de Natal, Galvão Mesquita & Cia., G. Filiponi & Cia., Gurgel Amaral & Cia., Loureiro Barbosa & Cia., Samuel de Gois, S. A. Wharton Pedrosa, Johnson& Johnson do Brasil, Laboratórios Moura Brasil S/A, Labs. Raul Leite S/A, Produtos Quimicos Ciba Ltda., Cia. Química Rodia Brasileira, Labs. Franco Bras Docta Ltda., Quimioterapica Brasileira Ltda., G. de Matia & Cia. Ltda., Paulo Proença & Cia. Ltda., W. S. Cremer S/A, J. Torres & Cia. Ltda.
<b>1941</b>	Maternidade de Natal, Lutz Ferrando & Cia., G. Filiponi & Cia., Cia. Química Rodia Brasileira, Casa Lohner S/A, A Quimica “Baier” Ltda., S. A. Wharton Pedrosa, S/A Panamericana Material Fotografic, Laboratorios Moura Brasil S/A, Comp. Merck Brasil S/A, General Eletric Raios X S/A, Quimioterapica Brasileira Ltda., Laboratório Eduardo Bezerra.

Fonte: Relatórios da SAH. Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Caixa 208, Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 6.

Já em 1914, falava-se da necessidade de aumentar os compartimentos, do tamanho dos banheiros e colocação de aparelhos sanitários; em 1917, mencionava-se uma “remodelação completa”, sem descrição dos detalhes; em 1921, abria-se um posto de profilaxia de moléstias venéreas; em 1923, surgiam os gabinetes de Odontologia e Oftalmologia; em 1924, ensaiava-se o Laboratório de Analyses (só inaugurado em 1925), sob a responsabilidade do químico Francisco Gomes Varella e ampliação das enfermarias das mulheres e um Laboratório Bacteriológico; a partir de 1923, funcionou anexo à farmácia o gabinete de manipulação de “empolas”, pequenos frascos selados de vidro contendo produtos farmacêuticos. Todas essas reformas no prédio do HCJB eram realizadas de modo pontual, sem a existência de um projeto que guiasse o conjunto

delas. Expansão de estruturas e funções na forma de uma espécie de aritmética espacial: *mais* uma enfermaria, *mais* um gabinete, *mais* um anexo, *mais* sala de cirurgia... Soma das partes que não chegam ao todo, peças adicionadas que pedem outras peças.

A estrutura básica era composta de “enfermarias”, “salas” e “leitos”, constituindo o modelo comum dos hospitais da época, chamado de *Pavilhonar* ou *Higiênico*. Sua organização atendia a imperativos de higiene, pois o pavilhão isolava o paciente internado evitando o contágio com outras pessoas. O princípio do isolamento que regia a espacialidade médica tomava seu argumento da nascente bacteriologia, que advogava o combate às doenças em espaço separado, ou seja, em um pavilhão, seguindo este as recomendações de um hospital higiênico: amplas varandas, pé direito alto e sistema de refrigeração, que facilitavam a aeração e proporcionavam melhor conforto nos quartos.<sup>305</sup>

O interior das enfermarias do HCJB dividia-se entre as salas e os leitos dos doentes. As salas se comunicavam através de aberturas em forma de arco, sem portas. Tal disposição se relacionava com a preocupação geral que dominava a respeito da boa *circulação dos ares* no ambiente interno, princípio fundado na *aeração-miasmática* e posteriormente na *microbiologia pasteuriana*, teorias frequentemente combinadas pelo menos até a década de 1920, ares esses que deveriam ser purificados pelos ventos que provinham da praia de Areia Preta.

No setor orçamentário, todo o trabalho da nova administração voltou-se, portanto, para a recuperação das finanças, praticando os princípios modernos da gestão hospitalar, como o cálculo anual das receitas e o planejamento das despesas (salários e suprimentos e eventuais), buscando-se afastar, dentro do possível, das receitas irregulares, como os donativos (chamadas de “receitas extraordinárias”), próprios dos hospitais pré-modernos, sempre ao sabor dos “protetores” e da volubilidade do mercado.<sup>306</sup> E o uso desses conhecimentos específicos era essencial para administrar um hospital moderno, “[...] afim de não impedir o progresso das instituições e continuar

---

<sup>305</sup> GAMA-ROSA COSTA, Renato da. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, Ângela (Org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.124.

<sup>306</sup> WHITECOTTON, G. O. Orçamento do hospital. In: *Revista Médico-Social; questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 2, n.22, dez.1944/jan.1945, p.41.



indefinidamente a adoção de sistemas inadequados aos tempos novos e às novas exigências da técnica assistencial”<sup>307</sup>.

O resultado dessa perspectiva científica de uma administração eficiente pode ser medido pelos dados referentes ao valor do patrimônio hospitalar. Em 1932, João Galvão Filho disse na assembleia da SAH que o patrimônio da sociedade, que se confundia naquele momento com o do hospital, saíra de 300 para 714 contos de réis.<sup>308</sup> Em 27 de janeiro de 1943, o médico e diretor Januário Cicco avaliou esse patrimônio em mais de 1 milhão de cruzeiros.<sup>309</sup> Em 12 de setembro de 1949, só o valor total das obras de reparo efetuadas pelo engenheiro Otávio Tavares no edifício alcançava a cifra de 2 milhões e 500 mil cruzeiros.<sup>310</sup> Em 15 de abril de 1955, registrada numa certidão datilografada pelo escrivão e tabelião público Armando de Lima Fagundes, no 3º Cartório Judiciário, o engenheiro Antônio Raimundo Tejo realizou uma vistoria no hospital a pedido da Prefeitura Municipal do Natal. Depois de minucioso escrutínio, o engenheiro concluiu: a totalidade dos bens do hospital estava avaliada em cerca de 37 milhões, 329 mil e 750 cruzeiros!<sup>311</sup>

## 2.5 OS “DOIS CORPOS” DO HOSPITAL

Como disposto no contrato de 1927, e dando continuidade à prática corrente desde o “Belo Monte”, o hospital manteria a presença das “Irmãs de Caridade” nos quadros de funcionários da instituição. E isto fundamentalmente pela ausência de profissionais diplomados para assumir as funções que as irmãs exerciam. Em 1937, dez anos depois da criação da SAH, reforçava-se a necessidade de preencher o quadro

---

<sup>307</sup> I.M. Os corpos administrativos dos hospitais: as senhoras fazendo parte da Diretoria -renovação dos mandatos. In: *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 1, n.1, jun.1942, p.25.

<sup>308</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. *Livro de Atas N.2*. Acta da Sexta Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para leitura de relatório e prestação de contas, do exercício de 1ª de julho de 1931 a 30 de junho de 1932. Natal, 14 de jul.1932, p.21.

<sup>309</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. *Livro de Atas N.2*. Ata da 17ª Sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar para a leitura do relatório anual apresentado pelo dr. Januário Cicco e eleição e posse de um membro da diretoria, cujo cargo se encontra vago. Natal, 27 de jan.1943, p.36.

<sup>310</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. *Livro de Atas N.2*. Ata da Primeira Pessão Extraordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para elevação de seu patrimônio social, autorização para mandar um emissário ao Rio de Janeiro e proclamação de tais benemeritos. Natal, 12 set.1949, p.53.

<sup>311</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Hospital Miguel “Couto”. Natal, Caixa 0750, Certidões (1955), 15 de abr.1955.

peçoal com técnicos habilitados: “Cumprindo obrigação de lei do Governo Federal, tem [teve?] o Hospital de contratar um técnico remunerado para a farmácia, até hoje, sempre exercida por uma das irmãs [...]”<sup>312</sup>. Assim, quando, nesse mesmo ano, enumeraram-se para a folha do pessoal cerca de “7 médicos, vários enfermeiros e alguns serventes”, devemos entender, para além dos esculápios, que as demais funções eram ocupadas ordinariamente pelas religiosas.

No art. XVII do convênio firmado com o Estado, previa-se a criação, dadas as condições, de uma escola de enfermeiras para suprir as necessidades do estabelecimento nosocomial,<sup>313</sup> o mesmo estando registrado no art. 33 dos estatutos da SAH. E é este último que é lembrado pelo consultor-técnico Olavo Vieira, ainda em 1947, quando se discutia a criação de uma Escola de Parteiras e os cuidados da Puericultura, afirmando que uma Escola de Enfermagem deveria ser incluída nos investimentos do hospital, ao que Ernesto Fonseca anuiu, indicando o próprio HCJB como espaço para lições ou demonstrações práticas e, conforme o próprio Olavo, deixando o anfiteatro da Maternidade para as aulas técnicas.<sup>314</sup> Em 1952, a tal escola ainda aguardava aprovação do Ministério da Educação e Saúde<sup>315</sup>.

Contudo, mesmo sem uma Escola de Enfermagem própria, o HCJB passou a contar com enfermeiros a partir de 1936, como atestam as folhas de pagamento de pessoal interno. Dali em diante, encontraremos esses profissionais, divididos nas enfermarias masculinas, femininas e nos pavilhões de pensionistas e as irmãs tomaram os postos eminentemente administrativos, mesmo quando as encontramos ainda lotadas em enfermarias, na farmácia, no pavilhão ou na sala de cirurgia: seu exercício aí não era de caráter terapêutico, mas auxiliar os médicos e enfermeiros em questões diversas, como o suprimento de materiais. É importante ressaltar que esse corpo de enfermagem deveria ter sido composto, em sua maioria, por “práticos”, mulheres com certa

<sup>312</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da 11ª Sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar para leitura do relatório e prestação de contas do exercício de 1ª de julho de 1936 a 20 de junho de 1937. Natal, 15 de jun. 1937, p.28.

<sup>313</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Livros de Ata N.2. Cópia do termo de contrato lavrado entre o governo do Estado e a Sociedade de Assistência Hospitalar para encarregar-se da administração e direção do Hospital de Caridade Juvino Barreto. Acta da Primeira Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 30 de jun. 1927. p.10.

<sup>314</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Livros de Ata N.2. Acta da 26ª Sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar, para o fim especial da criação de uma Escola de Parteiras na Maternidade de Natal. Natal, 19 out. 1947, p.48.

<sup>315</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Livros de Ata N.2. Ata da 31ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para leitura do relatório de seu Presidente, sobre o movimento social de 1951. Natal, 10 jan. 1952, p.79.

experiência no trabalho, e “aspirantes”, dos quais se requeria uma formação técnico-profissional. Segundo o capítulo VI do *Novo Regulamento*<sup>316</sup> do hospital, de 1943, tal formação deveria ser ministrada na “escola de enfermeiras” da própria instituição, que ainda não existia!

---

<sup>316</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Novo Regulamento do Hospital “Miguel Couto”, Cap.VI: Dos Enfermeiros. Natal, 1943, p.9.

Quadro 2 - Corpo administrativo do HMC de 1938 a 1941

1938		1939		1940		1941	
Responsável	Função	Responsável	Função	Responsável	Função	Responsável	Função
Aberarda Cortiani	Regente	Aberarda Cortiani	Regente	Aberarda Cortiani	Regente	Aberarda Cortiani	Regente
Amelia Vasco	Secretaria	Alfonsina Menezes	Secretaria	Alfonsina Menezes	Secretaria	Veronica Monteiro	Secretaria
Albina Vieira	Sala de Operações e Pavilhão de Luxo	Albina Vieira	Sala de Operação e Pavilhão de Luxo	Natalia Maia	Farmácia	Natalia Maia	Farmácia
Maristela Feijão	Farmácia	Natalia Maia	Farmacia	Albina Vieira	Sala de Operação e Pavilhão de Luxo	Albina Vieira	Sala de Operações e Pavilhão de Luxo
Carina Faicão	Casa de Saúde	Clementina de Andrade	Casa de Saúde	Casa de Saúde		Leticia Primeiro	Casa de Saúde
Honorata Rodrigues	8.ª, 9.ª e 10.ª Enfermaria de Mulheres e a 11.ª da Maternidade	Honorata Rodrigues	8.ª, 9.ª e 10.ª Enfermarias Femininas e a 11.ª da Maternidade	Clementina Andrade	Centro de Saúde	Inês Minelli	1.ª a 5.ª Enfermaria
Clementina de Andrade	6.ª Enfermaria Masculina e 7.ª Feminina	Francisca Blandini	Da 1.ª a 5.ª Enfermarias Masculinas	Francisca Blandini	1.ª a 7.ª Enfermaria	Clementina Andrade	6.ª e 7.ª Enfermaria
Francisca Blandini	Da 1.ª a 5.ª Enfermaria Masculina	Michelina Cazaraghi	Portaria e Capela	Honorata Rodrigues	8.ª, 9.ª e 10.ª Enfermaria Masculina e Maternidade	Honorata Rodrigues	8.ª, 9.ª e 10.ª Enfermaria Masculina e 11.ª da Maternidade
Michelina Cazaraghi	Portaria e Capela	Perpetua Sampaio	Cozinha	Michelina Cazaraghi	Gabinete Odontológico, Gabinete Otorrino e Portaria	Michelina Cazaraghi	Odontologia, otorrinolaringologia e Portaria
		Emerenciana Costa	6.ª Enfermaria Masculina e 7.ª Feminina	Emerenciana Costa	Rouparia e Lavandaria	Perpetua Sampaio	Cozinha
						Emerenciana Costa	Rouparia e Lavandaria

**Quadro 3 - Enfermeiros (as) do HMC em 1936**

	<b>Enfermaria Feminina</b>	<b>Enfermaria Masculina</b>	<b>Pavilhão</b>
<b>Mai.</b>	Generosa Gomes, Joana Sales, Francisca	Francisco, Afrodizio, João Guedes	Manoel Oliveira, Euclides, Sebastião, Matilde, Rosália, Maria de Jesus
<b>Jun.</b>	Generosa Gomes, Joana Sales, Ana, Maria de Jesus	José, Cândido Felix, João Guedes	Manoel Oliveira
<b>Jul.</b>	Generosa Gomes, Joana Sales, Ana	José, Cândido Felix, João Guedes	Manoel Oliveira Maria de Jesus
<b>Ago.</b>	Generosa Gomes, Joana Sales, Honoria Pereira	José, Cândido Felix, João Guedes	Manoel Oliveira Maria de Jesus
<b>Out.</b>	Generosa Gomes, Joana Sales, Honória	José, Cândido Felix, João Guedes	Manoel Oliveira
<b>Nov.</b>	Generosa Gomes	Manoel Martins	Maria de Jesus Manoel Oliveira

Fonte: Folha de pagamento do Hospital Miguel Couto em 1936 (APE/RN).

Efetivamente, dos anos 1930 em diante, o trabalho das Filhas de Santana foi progressivamente limitado às atividades administrativas e burocráticas da instituição. O mesmo *Regulamento* de 1943, no *Cap. I: Da instituição e seus fins*, marcou as fronteiras funcionais internas dos serviços hospitalares:

Art.2<sup>a</sup> – O Hospital será regulado por dois serviços distintos, um administrativo, a cargo de uma Regente ou Administradora, e um profissional, composto de tantos médicos, analistas, radiologistas, dentistas, Irmãs Religiosas, enfermeiras, parteiras e demais auxiliares técnicos quantos forem necessários para a boa marcha dos trabalhos.

Art. 3<sup>a</sup> – Todo o pessoal técnico será nomeado e dispensado pelo Diretor-médico. O pessoal subalterno será nomeado e demitido pela Administradora, ouvido o Diretor-médico.<sup>317</sup>

Tais fronteiras, que traçaram o lugar das irmãs na instituição nosocomial cada vez mais distantes das operações técnicas da medicina, sinalizavam, do ponto de vista

<sup>317</sup>Idem, ibidem, p.3.

organizacional, a modernização das relações intra-hospitalares. As questões médicas naquele momento passaram ser exclusivas do corpo médico, sendo o próprio Diretor da instituição um membro médico diplomado, que devia ser consultado em qualquer questão técnica ou profissional.

## 2.6 CORPO MÉDICO DO HMC

E isto para ficarmos estritamente nos corpos médico e administrativo, pois tínhamos, é claro, um sem-número de outros funcionários que completavam os quadros do hospital, sinalizando para o tamanho e importância da instituição. Em 1945, o Estado tinha na folha de pessoal para administrar o nosocômio 14 médicos, 14 irmãs e suas auxiliares, barbeiro, farmacêutico, dentista, radiologista, analista, cirurgião-chefe do Pronto Socorro e seus auxiliares, choferes e ajudantes, contabilista, enfermeiros especializados, porteiros, telefonistas, incluindo mais 26 servidores distribuídos na cozinha, lavanderia, necrotério, horta, jardins e serviços mortuários<sup>318</sup>...Era preciso, enfim, uma administração rigorosa, fundada em princípios científicos seguros. Ao hospital, então, imprimia-se um caráter técnico-científico próprio às exigências da modernidade, sendo preciso “[...] organizar tudo de novo em adaptação aos tempos novos e dar ao hospital o verdadeiro lugar que lhe compete no seio de uma comunidade”.<sup>319</sup>

Havia, assim, um corpo médico regular, chamado nos relatórios e prestações de contas de “chefes de clínica”, assistido por outro grupo, bastante irregular, que auxiliava o trabalho dos titulares. Além desses dois grupos, os chefes e os assistentes, encontramos médicos que atuavam nos pavilhões dos pensionistas, atendendo os casos de funcionários públicos e particulares que solicitavam cuidados. Parte desses últimos esculápios usavam as dependências do hospital para fins privados na ausência de clínica própria ou de recursos técnicos, sendo esses serviços taxados pela instituição. Vê-se,

---

<sup>318</sup> Arquivo do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmo. Snr. Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco, Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1945. Natal, 1945, p.7-8.

<sup>319</sup> O.P.A atualização dos serviços hospitalares. In: *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano I, n.7, mar.1943, p.9.

com isso, a presença efetiva e dominante dos representantes da medicina científica moderna no espaço hospitalar, dando a ele um caráter determinante de espaço de cura.

**Quadro 4** - Médicos e respectivas clínicas no HMC entre 1938 e 1941

1938		1939		1940		1941	
Chefes de Clínica	Clínica	Chefes de clínica	Clínica	Chefes de Clínica	Clínica	Chefes de Clínica	Clínica
Otávio Varela	Médica	Otávio Varela	Médica	Otávio Varela	Médica	Otávio Varela	Médica
Ernesto Fonseca	Obstétrica e Ginecológica	Ernesto Fonseca	Obstétrica e Ginecológica	Ernesto Fonseca	Obstétrica e Ginecológica	Ernesto Fonseca	Obstétrica e Ginecológica
Aderbal de Figueiredo	Urológica	Aderbal de Figueiredo	Urológica	Aderbal de Figueiredo	Urológica	Aderbal de Figueiredo	Urológica
Raul Fernandes	Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica	Raul Fernandes	Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica	Raul Fernandes	Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica	Raul Fernandes	Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica
Travassos Sarinho	Cirúrgica	Travassos Sarinho	Cirúrgica	Travassos Sarinho	Cirúrgica	Travassos Sarinho	Cirúrgica
Antônio Filgueira Filho	Dermo-Sifiligráfica	João Tinoco Filho	Dermo-Sifiligráfica	João Tinoco Filho	Dermo-Sifiligráfica	João Tinoco Filho	Dermo-Sifiligráfica
Álvaro Vieira	Cirurgião Adjunto e Médico Interno	Álvaro Vieira	Cirurgião Adjunto	Álvaro Vieira	Cirurgião Adjunto	Álvaro Vieira	Cirurgião Adjunto
Carlos Alberto Passos	Radiologia	Carlos Passos	Seção de Radiologia	Carlos Passos	Seção de Radiologia	Carlos Passos	Seção de Radiologia
Clidenor Lago	Cirurgião Dentista	Clidenor Lago	Cirurgião Dentista	Clidenor Lago	Cirurgião Dentista	Clidenor Lago	Cirurgião Dentista
<b>Assistentes</b>		<b>Assistentes</b>		<b>Assistentes</b>		<b>Assistentes</b>	
Teodulo Avelino	Médica	Teodulo Avelino	Médica	Joaquim Erelvino Cunha	Médica	Joaquim Erelvino Cunha	Médica
João Tinoco Filho	Obstétrica	João Tinoco Filho	Obstétrica	João Tinoco	Obstétrica	João Tinoco	Obstétrica
Onofre Lopes	Urológica	Onofre Lopes	Urológica	Onofre Lopes	Urológica	Onofre Lopes	Urológica
Manoel Vilar	Oto-Rino-Laringológica	Manoel Vilar	Oto-Rino-Laringológica	Manoel Vilar	Oto-Rino-Laringológica	Manoel Vilar	Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica
<b>Farmacêutico</b>				<b>Farmácia</b>		<b>Farmácia</b>	
Omar Lopes Cardoso				Nelson Macedo de Rezende		Múcio Galvão	
						Leitício Queiroz	

Fonte: Relatórios da SAH



Esse domínio da ciência médica no espaço hospitalar foi alcançando, progressivamente, os diversos âmbitos da instituição, tanto materiais, quanto simbólicos. Exemplo deste último aspecto foi a mudança de nome que o hospital sofreu em 1935. Como base na Cláusula V do aditivo do novo contrato<sup>320</sup>, a Diretoria resolveu prestar uma homenagem ao insígne médico carioca Miguel Couto, emprestando-lhe o nome próprio como patronímico ao nosocômio local, que passou a chamar-se, então, Hospital Miguel Couto. As razões foram claramente expostas na leitura de um relatório feita pelo secretário Otávio Varela durante uma reunião da SAH, em 15 de junho de 1935. Segundo ele,

[...]entendeu a Diretoria de dar ao novo estabelecimento de assistência hospitalar, digo pública, a denominação de Hospital “Miguel Couto”, porque as instituições científicas, quando razões de ordem material não burlam benefício prestado à colectividade, na sphaera da assistência pública, reclamam o patronato de uma celebridade médica, um bafejo mystico de um santificado, si a direção do estabelecimento está ao cargo de uma sociedade religiosa. Costuma-se, assim, recordar n’uma perpetuidade evocativa, aqueles que se dedicaram à obras constructoras da civilização, ou de fé, e nenhum mais do que esse, cuja vida foi a meditação sobre os sofrimentos alheios, ensinando a numerosas gerações a bondade e a sciencia médica. Tais foram as credenciais que mereceram immortalizar o nome do mesmo patrono nesta casa de assistência, ainda que o antigo patrono deste estabelecimento, industrial e bondoso de coração, tivesse outros títulos e seu nome já lembrado numa das ruas desta cidade.<sup>321</sup>

Expressava-se aí o desejo de distanciar-se do modelo caritativo-assistencial derivado das Misericórdias em prol de uma matriz médico-científica do hospital moderno. Nessa mesma direção, a SAH fundou um Grêmio Médico em 1945 “para a permuta de conhecimentos científicos, referentes a observações colhidas no ambiente hospitalar”<sup>322</sup>. Mediante exposição oral ou “apresentação dos observados”, relatavam-se casos observados nas enfermarias, sem a necessidade de provas de laboratório para a diagnose. Em 1947, o médico Odilon da Silveira alcunhou esses trabalhos de

<sup>320</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Termo aditivo ao contrato celebrado em 30 de junho de 1927, entre o Governo do Estado e a Sociedade de Assistência Hospitalar. Publica-forma, 24 jul. 1934.

<sup>321</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. *Livro de Actas n.2*. Acta da 9ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para leitura do relatório e prestação de contas de exercício de 1ª de julho de 1934 a 30 de junho de 1935. Natal, 15 jun. 1935, p.26.

<sup>322</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947, p.18.

“Instantaneos Clínicos” devido ao caráter “fotográfico” das apresentações, feitas, dado o pouco tempo destinando para a atividade, de modo muito restrito e superficial. O Grêmio compunha-se de um Presidente, 1º e 2º Secretários, um Orador e um Bibliotecário. Nesse mesmo ano de 1947, foram eleitos para o biênio 48/49, na respectivamente função, Otávio Varela, Joaquim Etelvino, Paulo Sobral, Álvaro Vieira e Carlos Passos.<sup>323</sup>

A iniciativa fora tão significativa aos olhos da classe médica do hospital que o presidente da SAH, Januário Cicco, na 5ª Sessão Extraordinária, propôs

A transformação do Grêmio dos Médicos do Hospital Miguel Couto em Centro de Estudos que tem por finalidade congregar os médicos dos diversos serviços da instituição, no esforço comum de estudar e desenvolver assuntos medico técnico-científicos, bem como apreciar o movimento das clínicas, apresentar conclusões, fazer investigações, observações, levantar estatísticas, relatórios, selecionar casos, examinar ocorrências diversas, que possam interessar ao progresso cultural da medicina.<sup>324</sup>

Ainda de acordo com ele, o Centro se reuniria mensalmente sob a responsabilidade do presidente ou vice-presidente da SAH, regendo-se por estatutos próprios. Haveria uma bolsa de estudos destinada aos médicos do Miguel Couto e da Maternidade Januário Cicco (criada em 1950) para estudos de especialização em São Paulo, Rio de Janeiro ou no exterior. Tal bolsa seria concedida anualmente a um dos médicos das duas instituições, segundo critério da diretoria da SAH, consistindo, no caso de curso no Brasil, de passagens de ida e volta e uma mensalidade de 1.500,00 cruzeiros no prazo de três a seis meses. Em se tratando de uma bolsa de estudos fora do país, a concessão se limitaria tão somente à mensalidade, a ser definida pela diretoria.<sup>325</sup>

A concessão ao candidato deveria ser feita mediante “matrícula como estagiário em estabelecimento de comprovada reputação científica e de indiscutível idoneidade intelectual”, tendo o contemplado a obrigação de fornecer mensalmente à diretoria um relatório das atividades desenvolvidas. Por sugestão do médico Onofre Lopes, a diretoria do Centro de Estudos seria composta por Olavo de Medeiros (1º Secretário),

---

<sup>323</sup> Ibidem, p.19.

<sup>324</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da 5ª Sessão Extraordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para Fundação do Centro de Estudos da mesma Sociedade. Natal, 20 jul. 1951, p.73.

<sup>325</sup> Ibidem.

Cleone Noronha (2º Secretário), Paulo Galvão (Bibliotecário) e Heriberto Bezerra (Tesoureiro).<sup>326</sup>

A criação desse Centro de Estudos visava fazer do Hospital Miguel Couto uma “verdadeira escola”, nos moldes das reflexões médicas realizadas na época. Embora não se tratasse ainda de um hospital-escola consoante o modelo oferecido pelas universidades, esse dispositivo de conhecimento serviria para melhorar os métodos de seus profissionais, obtendo um eficiente corpo de colaboradores. O progresso da ciência médica hospitalar dependeria de tais trabalhos e pesquisas estimuladas pela instituição. Como bem asseverou Antenor Soares Gandra, Assistente Médico Superintendente do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo,

Independente do enorme serviço à coletividade, pela contínua colaboração na obra comum de construção médica, o hospital que adotar êsses métodos de trabalho tirará vantagens próprias dessa prática que dispensam enumeração e isso porque, no dizer do eminente professor Flamínio Fávero, ‘pelo fato de que a prestação de serviços precisa ir num crescendo cada vez maior em perfeição, indispensável se torna que, concomitantemente, procurem os profissionais melhorar seus métodos e possibilidades’.<sup>327</sup>

Investia-se, assim, na figura do hospital como espaço *par excellence* de ensino e aprendizado da ciência médica, em oposição ao “hospital antigo” voltado exclusivamente para a caridade, o recolhimento e a exclusão.

## 2.7 ARQUITETURA COMO “OFICINA”

Esse movimento sintonizado com a modernidade hospitalar ganhou contornos específicos quando nos voltamos para a “estruturação da atividade de ocupação do espaço”. Como vimos, nosso hospital nasceu de uma casa de campo que teve de ser adaptada às novas necessidades funcionais. Isto quer dizer que seu plano, levado a efeito por Henrique Cândido de Medeiros, teve de obedecer, de um modo ou de outro, às circunstâncias materiais e orçamentárias disponíveis ao empreendimento. Ainda assim, com o passar do tempo, e afinando-se às orientações normativas da DOH a partir de 1941-2, o HCJB construiu-se funcionalmente, em seus aspectos arquitetônicos e

---

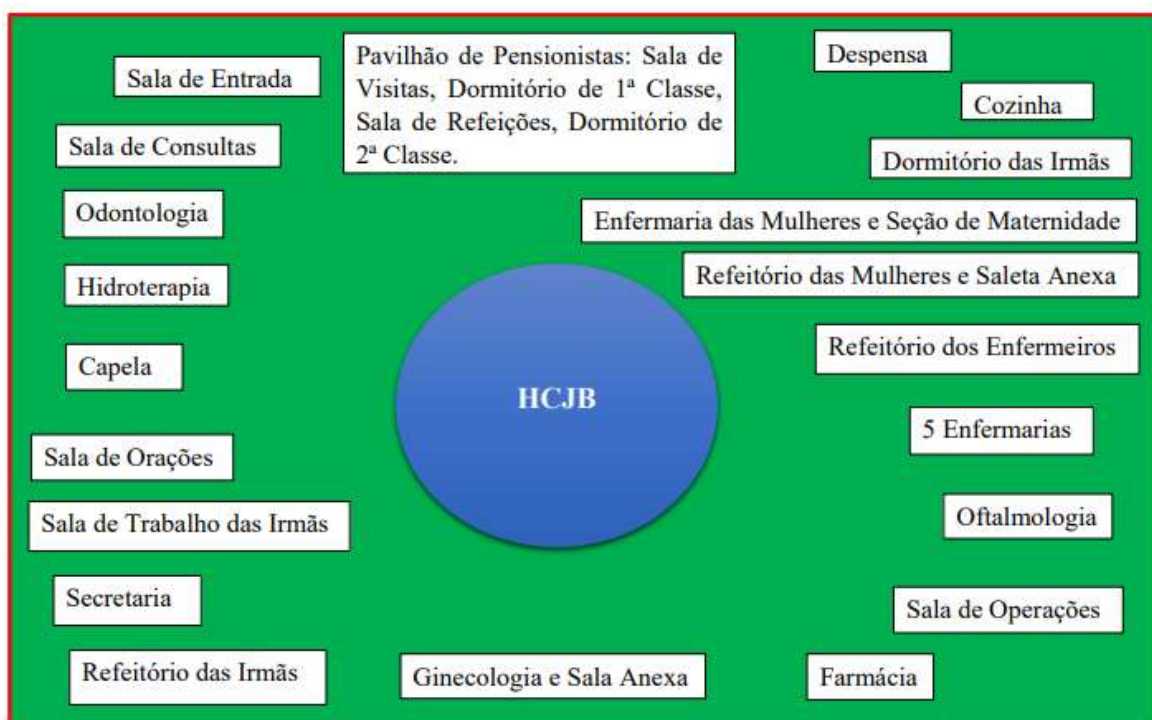
<sup>326</sup> Ibidem.

<sup>327</sup> GANDRA, Antenor Soares. Como estimular. In: *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 1, n.8, abr.1943, p.18.

preceitos técnicos, num hospital moderno consoante às exigências oficiais do Ministério da Educação e Saúde.

Em 1927, a estrutura espacial interna estava disposta conforme o gráfico acima. Nota-se um número significativo de dependências ocupadas pelas freiras de Sant'Ana (cinco, pelo menos), o que revelava ainda um traço distintivo daquilo que a Divisão de Organização Hospitalar qualificou de “hospital antigo”, ou seja, a divisão dos espaços entre médicos e religiosas. Do ponto de vista do exercício das práticas médicas, do contato direto com os enfermos, vimos que essa situação tomou outra direção a partir dos anos 1920, com a presença de médicos diplomados, e ao longo dos anos 1930, com a presença de enfermeiros (as) aspirantes e práticos (as).

**Quadro 5** - Divisão interna do HCJB em 1927



**Fonte:** 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, 2ª Oficial da Secretaria Geral do Estado. Natal, 1927, 10p.

Ao longo de quase três décadas, a contar da SAH, o hospital sofreu inúmeras alterações, entre reformas e ampliações. A partir de 1929, o estabelecimento hospitalar teria na direção desse processo o engenheiro-chefe das obras do Porto de Natal, Décio

Fonseca, que teria a função de, “sem nenhuma remuneração, [...] projetar as reformas do prédio e administrá-las”<sup>328</sup>, iniciando já com a construção da 2ª Enfermaria para as mulheres e a ampliação da 1ª Enfermaria de 14 para 20 leitos. Nesse mesmo ano e na leva de reformas encetadas por Décio, o comerciante Fernando Gomes Pedroza, representado na Diretoria da SAH por Otávio Varela, contribuiu com a doação de um motor à explosão para o abastecimento de água do hospital, questão crucial para as ampliações posteriores.<sup>329</sup>

Na década de 1940, sob o influxo da DOH, as construções hospitalares passariam a ser realizadas consoante a exigência, ao menos no nível técnico-normativo e institucional, da participação de um consultor técnico em edificação hospitalar (formado em cursos oferecidos pela própria DOH) e um arquiteto, de modo a configurar as estruturas arquitetônicas de uma feição moderna aos moldes norte-americanos.<sup>330</sup> Em 1949, além de Décio Fonseca, apareceu o nome de Aloísio Vieira, Consultor-Técnico da SAH, e do engenheiro e diretor de obras da Prefeitura Municipal Otávio Tavares,<sup>331</sup> e Gentil Ferreira de Souza, engenheiro e ex-prefeito da cidade do Natal durante a Segunda Guerra, já figurava na Diretoria da SAH nos anos 1950, e fora responsável pela assistência técnica na construção do terceiro andar do HMC.

Em 1930, foi construído um refeitório para a 2ª Enfermaria Feminina e ampliado o volume da caixa d'água, sustentada em colunas de cimento armado, para 75 mil litros, abrindo-se mais uma cacimba para abastecer essa caixa com volume suficiente. A par das reformas, investia-se também na “aquisição de aparelhos mais indispensáveis à therapeutica moderna, como a [...] instalação de uma diathermo-coagulação, mezas de cirurgia (...) para a sala de cirurgia”.<sup>332</sup> Até julho de 1931, iniciou-se a construção de um

---

<sup>328</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da 3ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a leitura de relatório e prestação de contas. Natal, 5 jun. 1929, p.16.

<sup>329</sup> Ibid.

<sup>330</sup> SOUZA CAMPOS, Ernesto. Diretiva indispensável na construção hospitalar. O exemplo da Santa Casa de Santos. O construtor e o arquiteto. In: : *Revista Médico-Social*: questões hospitalares e médico-sociais. São Paulo, Ano 2, n.24, abr./jun. 1945, p.75-6.

<sup>331</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da Primeira Sessão Extraordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para elevação de seu patrimônio social, autorização para mandar um emissário ao Rio de Janeiro e proclamação de tais beneméritos. Natal, 12 set. 1949, p.51 e 53.

<sup>332</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da 4ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a leitura de relatório e prestação de contas. Natal, 12 jun. 1930, p.17.

ambulatório, com suas dependências, Capela (ampliação), Farmácia e vasto dormitório para as Irmãs.<sup>333</sup>

Em 1933, o número de leitos para as mulheres subiu para 50 e o dos homens, para 70. A seção de Maternidade teve de ser quase que inteiramente demolida e reconstruída, recebendo mais 8 leitos, tendo no mesmo movimento edificado um ambulatório com consultório médico, sala de curativos e pequenas cirurgias, uma seção de odontologia, outra de Oftalmo-Otorrino-Laringologia, refeitório para doentes, cozinha, rouparia, estantes para material cirúrgico, leitos e material de esterilização.<sup>334</sup>

Entre 1934 e 1935, estavam em plena construção seis apartamentos de luxo no terceiro pavimento do hospital além da instalação de um elevador Otis, o primeiro instalado no Estado! Em carta de 24 de maio de 1935, 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. A descrição técnica dá-nos uma ideia das dificuldades do empreendimento e, por conseguinte, atestam a intencionalidade de dotar o hospital de um ar mais progressista:

[...] não haverá nenhuma dificuldade na montagem do elevador, desde que sejam respeitadas as medidas internas do passadiço, entre revestimentos, -de 1,230 x 1,710 ou seja: ‘em osso’ -1,270 x 1,750. A maneira mais aconselhável de construir a torre em questão é -em cimento armado, em fôrmas de cantoneira, ligadas por cintas (travessas), nos respectivos andares, e nos andares mais altos (andar térreo e 3ª andar); e, mais uma cinta divisória, usando-se uma das vergas da porta como parte da referida cinta. Dita cinta servirá para evitar a flambagem das chamadas ‘cantoneiras’. Finalmente, o esqueleto da torre deverá encher-se de alvenaria de tijolo.<sup>335</sup>

Caso a opção não viesse a ser a construção da torre em separado,

[...]pode-se optar pelo reforço da placa em que está assentada a machina, por meio de vigas, de preferência -de cimento armado, embutidas nas paredes que circundam a escadaria. Esta placa será

<sup>333</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da 5ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a leitura de relatório e prestação de contas do exercício de 1ª de julho de 1930 até 30 de junho de 1931. Natal, 9 jun. 1931, p.18.

<sup>334</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Acta da 7ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a leitura de relatório e prestação de contas do exercício de 1ª de julho de 1932 a 30 de junho de 1933. Natal, 10 jun. 1933, p.22.

<sup>335</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Elevador para o Hospital “Miguel Couto”. Caixa 0077. Carta da Otis Elevator Company. Rio de Janeiro, 24 mai.1935.

armada, considerando o ponto de reação ‘A’, sendo que, em conjunto com as ditas vigas, formará uma parte monolytica.<sup>336</sup>

A comunicação entre os andares, em verdade, sinaliza-nos para o novo sentido das construções, agora na verticalidade, e para a presença da tecnologia no espaço hospitalar, requisito de um estabelecimento hospitalar moderno. No Censo e Cadastro Hospitalar promovido em 1941-42 pela DOH de Teófilo de Almeida, na “Survey” geral, constavam 1234 hospitais, dos quais 646 seguiam um modelo antigo e 588, um modelo moderno; 928 apresentavam-se no padrão monobloco vertical e horizontal e 288 seguiam orientação pavilhonar.<sup>337</sup> Ou seja, o HMC fora edificado no modelo pavilhonar, mas as reformas empreendidas buscavam adaptar o antigo prédio às novas exigências técnico-científicas do Departamento Nacional de Saúde. Daí o sentido verticalizado, pouco a pouco, assumido pelas novas construções. O “hospital antigo”, baseado nos princípios da caridade, recolhimento e exclusão, com os médicos dividindo espaços com religiosas, cederia espaço ao hospital moderno, oficina, aparelhado, lugar de ensino, fundado em preceitos técnicos (americanos) e atendendo a todos indistintamente.<sup>338</sup>

Segundo Ernesto de Souza Campos, o tipo monobloco, ou o edifício em altura, traria inúmeras vantagens ao hospital, além da economia de terreno:

Economia de construção e manutenção.  
Facilidade dos transportes e, portanto, do movimento.  
Concentração das tubulações hidráulicas, térmicas, de esgoto, eletricidade, etc.  
Possibilidade de bons serviços operatórios, de raios X, radium, de fisioterapia e fisiodiagnósticos, de laboratórios, etc.  
Possibilidade de ter na direção de cada serviço um técnico de grande valor, bem remunerado, o que não seria possível em serviços multiplicados.  
Melhor disciplina interna e vigilância.  
Melhores condições de isolamento por pavimento do que em pavilhões dispersos.  
Maior afastamento do ruído, da poeira e da mosca, o que faz nos hotéis serem preferidos, apesar de mais caros, os pavimentos mais elevados.  
Mais íntimo contacto e cooperação do pessoal técnico.  
Facilidade de administração.<sup>339</sup>

<sup>336</sup> Ibid.

<sup>337</sup> ALMEIDA, Teófilo de. A assistência hospitalar e um plano nacional para sua organização. *Revista Médico-Social*: questões hospitalares e médico-sociais. São Paulo, Ano 2, n.25, jul./ago. 1945, p.29.

<sup>338</sup>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.

<sup>339</sup>CAMPOS, E. de S. Evolução dos hospitais. In: Ministério da Saúde. *História e evolução dos hospitais* (volume1). Rio de Janeiro, 1944. p.51.

Ainda que tais diretrizes específicas fossem posteriores à instalação do elevador e às reformas pré-1941, a noção de uma administração hospitalar científica já participava do ideário médico, como a setorização da assistência, seguindo a divisão nas especialidades médicas, e o incremento da tecnologia, que representava o objetivo terapêutico dos cuidados com o paciente.

Daí as reformas e ampliações tornarem-se uma constante nos relatórios da SAH. O aumento do número de atendidos e internados crescia e novas acomodações eram indispensáveis para atendê-los bem como as necessidades internas dos trabalhadores do hospital. Em 1945, construíram-se não apenas 7 novas enfermarias para indigentes como apartamentos para as enfermeiras-chefas, refeitório para o corpo administrativo, copa, instalações sanitárias, jardins nas áreas descobertas e uma sala de projeções cinematográficas (!).<sup>340</sup>

Além das reformas frequentemente realizadas no prédio já existente, nos limites do terreno do Belo Monte, as ampliações de instalações receberam impulso das doações fundiárias do Estado. Em 14 de janeiro de 1946, o HMC incorporou aos seus terrenos a área ocupada pelo antigo presídio de Natal, que se limitava, ao sul, com a rua Joaquim Manoel e, ao norte, com as dunas, numa extensão de 273m de comprimento por 21 de largura. Sua integração estava prevista no artigo XX do contrato com o Estado, suprimido quando do aditivo na reforma contratual. A agregação do terreno permitiu isolar o hospital de seus vizinhos e possibilitaria a construção de uma padaria para a fabricação do pão hospitalar e de diversas massas essenciais à alimentação dos doentes. A diretoria da SAH cogitava, em 1947, construir também um lactário e um creche para ficarem próximas à Maternidade, plano que acabou por não se concretizar.<sup>341</sup>

---

<sup>340</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da 21ª Sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar, realizada em 25 de janeiro de 1945. Nata, 25 jan. 1945, p.41.

<sup>341</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar, pelo seu diretor Doutor Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947, p.15-6.



**Figura 13** - Parte frontal do hospital, em fotografia tirada da residência de Fernando Gomes Pedroza, membro da SAH. A Casa de Detenção, construída em 1911, está ao fundo do hospital



Fonte: MIRANDA, 2014

**Figura 14** - Vista lateral do HCJB. Ao fundo, vê-se o Asilo de Mendicidade Padre João Maria, hoje o prédio do Centro de Turismo



Fonte: DAVIM, 1999.

Com essa doação, a área pertencente ao HMC somava, segundo o engenheiro de obras da prefeitura Otávio Tavares, em vistoria relativa ao processo n.1521 de 24 de maio de 1947, cerca de 3976 m<sup>2</sup>, 3676 m<sup>2</sup> correspondentes aos três pavimentos constantes nas plantas anexas e 300 m<sup>2</sup> referentes, em parte, às lavanderias subterrâneas. Nessa área construída, já existiam mais dois elevadores da Otis Company além daquele instalado em 1935, sendo um deles na cozinha. O valor total do solo patrimonial

alcançava a cifra de 16 milhões e 264 mil cruzeiros.<sup>342</sup> Em 1955, como vimos, esse valor duplicou, chegando aos 37 milhões de cruzeiros. O HMC crescera tão vertiginosamente que, na vistoria e avaliação do engenheiro Antônio Ramos Tejo, a pedido do secretário de Viação e Obras da Prefeitura Municipal de Natal, o hospital constava, no item “e” de seu documento, com “terceiro pavimento e *quarto pavimento*”!<sup>343</sup> Explica-se, aí, talvez, aquele número de elevadores já nos idos de 1947.

Hospital moderno? Vejamos: administração científica, contabilidade precisa, domínio técnico da classe médica em questões de saúde, arquitetura verticalizada, respondendo aos novos imperativos bacteriológicos, abrigando um centro de estudos de casos clínicos... O HMC era, finalmente, uma “oficina”, espaço de cura e de ensino-aprendizagem! Em carta de 9 de agosto de 1937, o diretor da Companhia Chimica Rhodia Brasileira ousou pensar diferente, e enxergou um pouco mais:

ILLMO. Sr.  
 Dr. Januário Cicco  
 D. D. Director do hospital Miguel Couto  
 Avenida Nysa Floresta, 190  
 Natal, R. G. do Norte  
 Prezado Senhor Doutor:  
 Somos-lhes gratos pela acolhida reservada ao nosso Diretor, Dr. Marc de Sepibus, na ocasião de sua ultima passagem por Natal.  
 O referido senhor, de regresso de sua viagem ao Norte, nos transmitiu a optima impressão que colheu da visita ao *moderníssimo hospital* que V.S. proficientemente dirige, e queconstitue, sem dúvida, um padrão de glória para a organização hospitalar do Brasil.<sup>344</sup> (*nosso destaque*)  
 Moderníssimo!... Sim, mais do que moderno. Marc de Sepibus testemunhou.

## 2.8 DES\_*FIANDO* TESTEMUNHOS E DISSEMINANDO NARRATIVAS

A Direção da SAH descreveu em suas atas e relatórios as ações na construção e expansão do HMC como Hospital Moderno. A Companhia Chimica Rhodia Brasileira, parceira comercial regular da instituição, por sua vez, afiançava essa tal

<sup>342</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da Primeira Sessão Extraordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para elevação de seu patrimônio social, autorização para mandar um emissário ao Rio de Janeiro e proclamação de tais beneméritos. Natal, 12 set. 1949, p.52-3.

<sup>343</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Hospital Miguel “Couto”. Natal, Caixa 0750, Certidões (1955), 15 de abr.1955.

<sup>344</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Hospital Miguel “Couto”. Correspondência de 1937, Caixa 0077, Carta da Companhia Rhodia Chimica Brasileira ao diretor do Hospital Miguel Couto, 9 ago. 1937.

modernidade hospitalar: “moderníssimo hospital”, “padrão de glória”, afirmava. A narrativa (no sentido rortiano<sup>345</sup> do vocábulo) que apresentamos até aqui parece bastante convincente. Sua legitimidade nos campos ontológico e epistemológico como possível história-historiografia advém do trabalho de pesquisa no acervo biomédico referente ao HMC, doado ao Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte pelo antigo chefe de clínicas e ex-Reitor da UFRN, o médico Onofre Lopes. Com efeito, a articulação narrativa do “Hospital Tecnológico”, com a seleção dos fatos e sua disposição em ordem cronológica, ganha, sim, plausibilidade como interpretação historiadora. A tese do Hospital Moderno passou, então, a servir para recontar a própria história do Hospital Miguel Couto como uma “totalidade” em seu devir-desenvolvimento-progressivo rumo à sua autorrealização.

É essa a versão, rearticulada narrativamente pela pesquisa, com a qual nos deparamos nas fontes do APE/RN. A organização “burocrática” do acervo biomédico conduziria-nos a uma interpretação *avant garde* de que o Hospital Miguel Couto teria sido o carro-chefe da modernidade hospitalar no Rio Grande do Norte. Contudo, a questão lançada pelo historiador deve ser: Mas, teria configurado-se o HMC efetivamente como um Hospital Moderno entre as décadas de 1930 e 50? O que, porventura, poderia ter sido apagado ou esquecido nessa narrativa protocolar? Poderíamos formular narrativas concorrentes ou “enquadramentos” alternativos à interpretação hegemônica presente nas fontes?

Bem, examinemos uma questão por vez. Começemos pelo conceito de “Hospital Moderno” tal como aparecia nos textos produzidos pela Divisão de Organização Hospitalar (DOH), a partir de 1944.

---

<sup>345</sup> Para Richard Rorty, representante do neopragmatismo americano, a narrativa é um modo de redescritção de nós mesmos, das nossas relações com os outros e com o mundo, moldando redes de crenças e desejos individuais e coletivos, entendidas estas como comportamentos linguísticos. Por intermédio dos modos da percepção, inferência ou metáfora -estratégias descritivas -, criamos, construímos, adicionamos ou alteramos nossa crenças e desejos, contando histórias que dizem algo na forma de representações que funcionam como ferramentas que nos ajudam a lidar com o mundo, segundo propósitos determinados e contingentes, visando melhorar a comunicação e cooperação humanas. As descrições são hábitos de ação, que pedem o uso de razões ou argumentos aceitáveis em termos de justificações contextualizadas. Cf.: GHIRALDELLI JR, Paulo. *Richard Rorty: a filosofia do Novo Mundo em busca de mundos novos*. Petrópolis: Vozes, 1999.

## 2.9 O HOSPITAL PADRÃO, PROGRESSIVO E FLEXÍVEL

Em 1930, já na Segunda República, o Governo Provisório criou o Ministério da Educação e Saúde Pública, buscando sistematizar as diretrizes para uma saúde em âmbito nacional e marcando distância do modelo de assistência médica e filantrópica que marcara a história da saúde no Brasil durante séc. XIX. Embora já encontrássemos o órgão do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920, regulado juridicamente em 1923), ligado ao Ministério do Interior, realizando políticas de saúde, somente na década de 1930 as ações de saúde “[...] passaram a contar com o arcabouço institucional de um ministério que, não obstante ter sido criado em conjunto com a pasta de educação, pretendia ter amplitude nacional, com claras diretrizes normatizadoras e centralizadoras”<sup>346</sup>.

Após um período de instabilidade política, durante o qual a pasta fora ocupada por quatro ministros diferentes entre 1930 e 1934, o Mesp, agora sob a direção de Gustavo Capanema aliado ao DNS de João de Barros Barreto, deram início a um “período de intenso trabalho normativo, com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários, que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes”<sup>347</sup>. Ao longo de seu funcionamento, o Mesp sofreu várias reformas (1934, 1937, 1941), sendo a mais profunda delas a Lei n. 378 (13/1/1937), a Reforma Capanema, que estruturou e organizou o ministério no sentido de conferir-lhe alcance nacional juntamente com o recém-criado Departamento Nacional de Saúde (DNS). Ainda na direção reformista, em 2 de abril de 1941, o Decreto-Lei n. 3171 promoveu, dentre outras disposições, a criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), que teve suas competências e atividades iniciadas no ano seguinte, com a aprovação do regimento do DNS pelo Decreto n.8674 (4/2/1942).<sup>348</sup> A DOH passava a contar com uma Seção de Edificações e Instalações, Seção de Organização e Administração e Seção de Assistência e Seguro de Saúde, e

---

<sup>346</sup>FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.p.52.

<sup>347</sup>\_\_\_\_\_. História da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretações e trajetórias. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Orgs.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.p.414.

<sup>348</sup> RIBEIRO, Cecília. “Sistematização! Padronização! Especialização!”: o hospital geral no Brasil nos anos de 1940. In: 11ª Seminário Do.co.mo.mo\_br: o campo ampliado do movimento moderno, Recife, abril de 2016.p.2.

tinha como competência principal a criação de uma rede nacional de hospitais, elaborando projetos de construção, reformas, remodelações, adaptações e instalações.<sup>349</sup>

O Ministério da Educação e Saúde, na sua Divisão de Organização Hospitalar, encetou uma discussão sobre os hospitais gerais no Brasil, depois do censo de 1941-2, apresentando um entendimento de hospital moderno ancorado no projeto padrão flexível e progressivo, na esteira da experiência norte-americana. A partir de 1944, o Mesp passou a produzir diversos “livros e folhetos, instruções e sugestões, sôbre assuntos técnicos e práticos, referentes à organização e administração hospitalares e para-hospitalares, com o fim de levar a todos os recantos do Brasil, igualmente, o conhecimento atualizado, e o mais completo possível, acêrca de uma nova especialidade e da sua plena adoção entre nós”<sup>350</sup>. Esses textos foram resultado de discursos, aulas e conferências sobre os hospitais e sua organização, sendo reunidos na forma de livros e postos em circulação com diferentes títulos: *História e evolução dos hospitais*, de Ernesto de Souza Campos (1944, 1949, 1950 e 1954); *Iniciação da moderna organização hospitalar*, de Teófilo de Almeida (1944, 1949 e 1954); *Especialização na moderna organização hospitalar*, de Teófilo de Almeida e Ernesto de Souza Campos (1944, 1949 e 1954); *Aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar*, de Teófilo de Almeida, A. F. Silva Jardim, Daniel V. Garcia e José Amélio (1950); *Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar*, de Teófilo de Almeida (1954); *Construção e modernização da rede nacional de hospitais* (1949). Em 1965, todas essas publicações foram enfeixadas num único volume, intitulado *História e Evolução dos Hospitais*.<sup>351</sup> Como se pode notar, quase todas as publicações estiveram a cargo do médico Teófilo de Almeida, à frente do DOH entre 1941 e 1949, e do médico e engenheiro Ernesto de Souza Campos<sup>352</sup>, um dos fundadores da Universidade de São Paulo e Ministro do Mesp em 1946.

<sup>349</sup>BRASIL. Decreto n.8.674, de 4 de fevereiro de 1942.

<sup>350</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965.p.3.

<sup>351</sup> RIBEIRO, “Sistematização! Padronização! Especialização!”, p.2.

<sup>352</sup>Ernesto de Sousa Campos nasceu em Campinas (SP) no dia 21 de setembro de 1882, filho de Antônio de Sousa Campos, senador do Império, e de Rosa Cândida Bittencourt de Sousa Campos. Era descendente de uma família tradicional cujas origens remontam à época da colonização do território paulista. Fez seus estudos iniciais no Colégio Americano, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, bacharelando-se no ano de 1906 em engenharia pela Escola Politécnica de São Paulo. cursou mais tarde a Faculdade de Medicina de São Paulo, por onde se formou em 1919, especializando-se a seguir em protozoologia e anatomia patológica na Johns Hopkins Medical School, nos Estados Unidos. Regressando ao Brasil em 1923, tornou-se médico-assistente no Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, onde desenvolveu até 1925 pesquisas sobre a forma neutrópica do *Tripanossoma cruzi*, agente causador da doença de Chagas, e sobre

Todo o esforço dispendido pela DOH no sentido de implantar um novo entendimento de hospital partiu de uma crítica ao modelo de assistência dominante no Brasil centrado nas Santas Casas de Misericórdia, pautada pelo princípio da caridade, do recolhimento e pela convivência entre médicos e religiosos no interior dos espaços nosocomiais:

Os ensinamentos do passado, que é tóda a vida do Brasil, nos adverte que durante quatrocentos anos muitos e grandes recursos foram aplicados na assistência pública e em auxílios e subvenções; e que doações e donativos, sem conta, da caridade e da filantropia, reverteram em favor das *santas casas* e das *misericórdias* que se multiplicaram, acumulando algumas os mais opulentos patrimônios!

Até há pouco, apesar de sua incontestável benemerência, mostraram essas instituições uma uniformidade impressionante de acentuada deficiência de organização e de administração. Causa provada do seu menor desenvolvimento é a falta de orientação e o regime rotineiro em que viveram muitas dessas casas pias. Viviam quase abandonadas em mãos leigas ou descuidadas, sem qualquer contribuição dos governos além de modesta subvenção.<sup>353</sup>

No “sistema” caritativo-assistencial administrado pelas Santas Casas, os serviços prestados eram oferecidos preferencialmente aos pobres, entendidos, naquele contexto, como uma condição social caracterizada pela “privação de laços comunitários, de parentesco, patronagem e clientela que permitissem a inserção dos indivíduos em núcleos familiares, corporações de ofício e irmandades e a sua manutenção através deles”<sup>354</sup>, incluindo nesse espectro da pobreza crianças abandonadas, leprosos, presos,

---

ablastomicose brasileira. Em 1930, foi nomeado diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, tornando-se mais tarde, durante o governo estadual de Armando Sales (1933-1937), um dos planejadores do campo universitário do Butantã. De 1937 a 1938 dirigiu a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP). Em janeiro de 1946, no início do governo de Eurico Gaspar Dutra, eleito no ano anterior com o apoio da coligação formada pelo Partido Social Democrático (PSD) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Sousa Campos foi nomeado ministro da Educação e Saúde. Sob sua gestão novas universidades foram criadas no Paraná, na Bahia em Pernambuco, enquanto as universidades católicas do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Porto Alegre recebiam suas estruturas definitivas. No campo do sanitário, promoveu campanhas de prevenção à tuberculose e à malária, fundou o Instituto de Malariologia e deu início a um planejamento de proteção à maternidade e à infância. Deixou o ministério em dezembro de 1946, sendo substituído por Clemente Mariani, um dos udenistas que passaram a fazer parte do governo em consequência da aproximação da União Democrática Nacional (UDN) com o presidente Dutra. Sousa Campos atuou também na área diplomática, exercendo as funções de embaixador especial do Brasil na Colômbia, no Equador, no Chile, na Argentina e no Uruguai. Foi membro honorário do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, membro da Academia Paulista de Letras e do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, além de presidente do Pen Club de São Paulo. Faleceu na capital paulista no dia 1º de janeiro de 1970. Era casado com Celestina Brito de Sousa Campos, com quem teve cinco filhos. Verbete biográfico extraído de: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/ernesto-de-sousa-campos>.

<sup>353</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965. p.410.

<sup>354</sup>GANDELMAN, L.M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos sécs. XVI a XIX. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, vol.8, n.3, p.17.

escravos, soldados, marinheiros doentes, donzelas órfãs, mãe solteiras e viúvas. Os recursos financeiros das Misericórdias eram auferidos de entidades privadas através de ações voluntárias (legados, esmolas, doações) fundadas na caridade ou filantropia<sup>355</sup> e, cada vez mais frequente, de recursos públicos.<sup>356</sup>

A DOH, funcionando na perspectiva de um Estado de Bem-Estar Social de inspiração liberal, objetivava romper essa linha filantrópico-caritativa da assistência médico-hospitalar em favor de um sistema assistencial de saúde mais centralizado no Estado, ao qual caberia ações mais gerais, construindo uma relação público-privada mais delimitada e ancorada na concepção de “solidariedade social”. Do ponto de vista da assistência, essa mudança de orientação aparecia na determinação do DOH de investir, consoante a experiência de modernização nosocomial norte-americana, numa “nova especialidade hospitalar”:

A evolução dessas casas de caridade se processa, hoje, à luz do moderno conceito que transforma abrigos hospitalares em hospital-geral, em hospital para todos os doentes, para gratuitos e contribuintes, sendo ao mesmo tempo a oficina convenientemente aparelhada para o pleno exercício da medicina e da cirurgia e especialidades, servindo, igualmente, a tôdas as classes, e não somente aos indigentes.<sup>357</sup>

Com efeito, a proposta era afastar-se do entendimento do hospital como abrigo-caridade, como bem descreveu Cecília Ribeiro:

---

<sup>355</sup> A filantropia ou benemerência deve ser distinguida da caridade. O termo filantropia surge na modernidade iluminista desvinculada dos rastros da antiga piedade, e voltando-se mais para o sentido de utilidade social. Enquanto a caridade buscava atenuar o sofrimento do outro, a filantropia seria uma ação continuada e refletida, que, sem a intermediação da Igreja ou das irmandades, reunia pessoas que participavam de um mesmo movimento de identidade doadora, tendo a ver com convicções, espaço social ou grupo de relações. A ação social filantrópica, portanto, estaria despida da relação individual, religiosa e piedosa próprias de uma sociedade política anterior ao emergente Estado de Bem-Estar Social nas sociedades liberais. Ver: DUPRAT, Catherine. *Pour l'amour de l'humanité. Le temps des philanthropes: la philanthropie parisienne des Lumières à la monarchie de Juillet*. Paris: Éditions CTHS, 1993, t.1. A filantropia guardava ligações com o mundo do trabalho e provinha das reuniões sociais, de sociabilidade - chás beneficentes ou encontros sociais diversos, mas com o mesmo caráter. Cf.: SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Revista VARIA HISTÓRIA*, Belo Horizonte, vol. 26, nº 44: p.437-459, jul/dez 2010, p.438-439; SANGLARD, Gisele. A Primeira República e a constituição de uma rede hospitalar no Rio de Janeiro. In: PORTO, Ângela et al. (Orgs.) *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico*. Rio de Janeiro (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

<sup>356</sup> SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Orgs.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.p.153.

<sup>357</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965.p.410.

No hospital moderno “não há leito gratuito, há doente gratuito”. O uso recorrente do adjetivo “moderno” procurava distanciar o hospital da ideia de lugar de abandono e pouca eficiência e especialização, da “casa primitiva”, “refúgio do pobre”, lugar de “caridade”, mas também do “medo” do “horror”, que tanto recebe “o doente, como o aleijado, o velho, o idiota”, o que seria vencido e substituído pela ideia do “ambiente aprazível”, “alegre”, lugar do “conforto”, “ordem”, “asseio”, que inspira “confiança”, “garantia e alívio”, “consolo e esperança”. “O hospital não deve ser mais, em nossa terra, ‘a casa onde se tratam gratuitamente doentes pobres ou onde se agasalham pessoas pobres’, conforme a definição dos dicionários antigos ou que se lê até em edições recentes, como a do próprio Petit Larousse, edição de 1924”.<sup>358</sup>

O hospital moderno emergia, portanto, em oposição ao “hospital antigo”, como passaram a ser denominados os nosocômios administrados pelas Santas Casas. O novo modelo deveria prestar serviços de assistência a todas as camadas sociais indistintamente, e não apenas aos indigentes, configurando-se como uma verdadeira “oficina” de trabalho, devidamente aparelhada técnica e cientificamente, sendo ainda lugar de ensino e aprendizagem: uma escola médica ou hospital-escola.

Esse entendimento do aparelho hospitalar se espelhou na experiência norte-americana do final do séc. XIX e das primeiras décadas do séc. XX, tendo como modelo o Johns Hopkins Hospital (1889), em Baltimore, e o Peter Brent Birgham Hospital (1913), em Boston, e sendo importada para o Brasil pelo médico Teófilo de Almeida, que estudou a assistência hospitalar americana em viagem de três meses que realizou por esse país, oportunidade viabilizada com a intermediação da Fundação Rockefeller. Essa instituição já vinha atuando no Brasil desde 1916, tendo participado da Fundação da Faculdade de Medicina de São Paulo (1931), do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), do Serviço de Malária do Nordeste (1939), além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (1942).<sup>359</sup>O mesmo movimento de aproximação também envolveu Ernesto de Souza Campos, que colaborou em cursos oferecidos pelo DOH. Entre 1920 e 1922, ele foi Bolsista da Fundação Rockefeller, na Faculdade de Medicina da Johns Hopkins Hospital, e entre 1925 e 1926, fez viagem de seis meses para estudo de hospitais americanos, canadenses e europeus, solicitado oficialmente pelo governo de São Paulo. A referência norte-americana já se fazia sentir no plano internacional, disseminada através de fóruns, como a *Oficina Sanitária Pan-Americana* e em

<sup>358</sup>RIBEIRO, “Sistematização! Padronização! Especialização!”, p.3.

<sup>359</sup>FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p.176.



documentos como o *Modern Hospital Planning* (1951), que orientava a implantação do hospital moderno na Suécia.<sup>360</sup>

Como espaço de organização e produção do saber, o hospital nesse novo modelo deveria padronizar suas informações e práticas, produzindo censos, glossários, classificações e publicações. A modernização hospitalar era entendida como controle da informação com vistas a produção de conhecimento e ordenamento econômico da instituição. Daí a preocupação do governo Vargas em realizar o *Primeiro Cadastro ou Hospitalar* em 1941-2, reunindo fotografias, plantas e documentos sobre os hospitais no Brasil. Buscou-se uniformizar a linguagem da administração hospitalar tomando como referência as instituições da Associação Americana dos Hospitais e do Colégio dos Cirurgiões.<sup>361</sup>

O hospital moderno defendido pela DOH, em oposição ao antigo hospital de caridade, sobrevalorizava a dimensão da administração econômica, para “melhor economia e numa maior eficiência dos serviços de assistência”<sup>362</sup>. O domínio da autoridade médica, com a difusão da medicina clínica e suas especialidades, alterou a estrutura social interna hospitalar. A incorporação de novos grupos sociais, particularmente a figura do operário e as ideias de prevenção à indigência e redenção pelo trabalho, acabaram por influir na própria arquitetura hospitalar, agora pautada pela medicina higienista. A redefinição do perfil da população atendida ia além de questões sociais: critérios de triagem baseados em diagnósticos médicos determinavam o caráter da doença, se curável ou incurável, rejeitando-se, no caso de hospitais gerais, os inválidos, leprosos, alienados e aleijados.<sup>363</sup> A ênfase recaía no tratamento médico de cura e na extensão do atendimento.

A arquitetura hospitalar deveria observar, dali em diante algumas orientações e especificidades técnicas. A edificação obedeceria a um planejamento elaborado em duas etapas: inicialmente, o “consultor hospitalar” preparava um inquérito (“Questionário para inspeção prévia) e um programa; em seguida, realizavam-se um anteprojeto e um projeto definitivo por um arquiteto ou engenheiro. A figura do “consultor hospitalar”

---

<sup>360</sup>RIBEIRO, “Sistematização! Padronização! Especialização!”, p.5.

<sup>361</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965. p.91.

<sup>362</sup> Idem, *Ibidem*, p.406.

<sup>363</sup>SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (orgs.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.157.

ainda não existia no começo da década de 1940 e foi necessário, para tal, criar cursos de formação especializados. O DOH iniciou a oferta desses cursos ainda em 1943, ano de formação da primeira turma, e, em 1953, promoveu para arquitetos o *I Curso Nacional de Planejamento de Hospitais*, realizado no período entre 13 e 17 de abril, sob a orientação do Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB, departamento de São Paulo), coordenado pelos arquitetos Rino Levi e Jarbas Karman, trabalho que resultou no livro *Planejamento de Hospitais*, publicado em 1954.<sup>364</sup> Dois anos depois dessa proposta de especialização do arquiteto, entre 8 e 17 de julho de 1956, o IAB promoveu, mais especificamente, o I Curso de Projetos de Organização dos Hospitais do Recife, buscando orientar novas levas de arquitetos entendidos em projeto hospitalar.

O “hospital antigo”, na nomenclatura da DOH, fundava-se nos princípios de assepsia de Lister, sendo o receio da contaminação entre os doentes o motivo da descentralização do hospital em sistema de pavilhões distribuídos em extensa área, conhecido como hospital-jardim. Em 1925, a edição da *Enciclopédia Universal Ilustrada* descrevia as disposições gerais recomendadas para a construção de hospitais, todas sensivelmente baseadas em teoria contagionista pré-pasteuriana: 1) O hospital deve situar-se, sempre que possível, fora das cidades, em terreno sêco e salubre; 2) A área média deve alcançar 100 a 150 metros quadrados por leito; 3) É preciso dar grande importância à adução de água e drenagem dos produtos residuais e fluviais; 4) Os pavilhões devem ser paralelos e orientados de modo mais vantajoso, tendo em conta o clima e a direção dos ventos reinantes; 5) Devem ser separados, entre si, por pátios que tenham a amplitude de uma vez e meia a altura do pavilhão; 6) Entre os pavilhões devem existir avenidas ou jardins; 7) Os serviços que possam ser causa de infecções devem ser colocados de maneira a que os ventos não conduzam as emanações às enfermarias; 8) O prédio deve ser exposto à ação saneadora das correntes áreas; 9) Devem ser evitados os pátios fechados e saliências disponíveis; 10) Deve ser evitada a superposição de enfermarias; 11) As enfermarias de contagiantes e cirúrgicas em nenhum caso devem ter mais de um piso com enfermos; 12) As enfermarias não devem sofrer a umidade do solo, por isso devem ser erigidas sobre arcos de 2,00 de altura para circulação inferior de ar; 13) As superfícies exteriores devem ser submetidas quanto mais possível à ação saneadora do ar; 14) Cada enfermaria deverá ter no máximo 20 doentes de cirurgia e 30 de medicina; 15) Os doentes de cirurgia devem ter uma

---

<sup>364</sup>RIBEIRO, “Sistematização! Padronização! Especialização!”, p.8.

cubação de ar de 60 a 70 metros cúbicos, os de medicina de 45 a 50 metros; 16) O ar viciado deve ser expulso pela parte superior da sala; 17) Serão suprimidas nas salas todos os salientes inúteis; 18) Deve ser feito o saneamento por meio de W.C., bidets, com água abundante e sifões.<sup>365</sup>

Algumas mudanças científicas e técnicas importantes, sobretudo a partir da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), modificaram o panorama da organização hospitalar. O aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e a emergência de especialidades clínicas (otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia e cirurgia estética) passaram a demandar a ampliação de instalações e o uso de aparelhamentos mais complexos, exigindo mudanças no ambiente hospitalar. A fisioterapia e o fisiodiagnóstico ganharam significativa importância e elevaram as despesas com aparelhos, e os laboratórios, acompanhando o crescente desenvolvimento dos campos da imunologia, bacteriologia, parasitologia, anatomia patológica, química fisiológica, fisiologia, farmacologia e dietética, requeriam vários serviços e técnicos especializados nas novas atividades.

Esses elementos tecno-tecnológicos pressionaram no sentido de um retorno ao modelo de concentração do hospital. A distância entre os pavilhões, nesse novo contexto, tornava mais difícil o transporte de doentes, medicamentos, refeições, material de laboratório e a própria circulação dos médicos e funcionários. O sistema de águas e esgoto, a rede de eletricidade e a tubulação de aquecimento estendiam-se longamente, gerando altos custos de manutenção. Além dessa expansão dos serviços e o progresso técnico, o sentido da distribuição pavilhonar dispersa: o contagionismo pasteuriano demonstrava que o número de colônias microbinas reduzia-se com a altitude e, por conseguinte, o contato dos pavilhões com o solo, atraindo moscas e recebendo poeira, aumentava os riscos de contaminação. Por último, a popularização do concreto armado e das construções metálicas nas edificações, possibilitando o uso de elevadores e montacargas, reforçaram as possibilidades de uma construção verticalizada.<sup>366</sup>

Segundo Teófilo de Almeida, a resposta a essas mudanças foi a “concentração hospitalar em monobloco” com muitos pavimentos, originária dos EUA. Não se tratava apenas de ganhar mais espaço em solo. No dizer do médico e diretor da DOH, as vantagens do “novo tipo construtivo” eram múltiplas, dentre as quais ele destacava: 1)

---

<sup>365</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965. p.44.

<sup>366</sup> Idem, *ibidem*, p.48-9.

economia de construção e manutenção; 2) facilidade dos transportes e portanto no movimento do hospital, tanto do pessoal como do material; 3) concentração das tubulações hidráulicas, térmicas, de esgoto, eletricidade, etc; 4) possibilidade de bons serviços operatórios, de raios X, radium, de fisioterapia e fisiodiagnóstico, de laboratórios, etc; 5) possibilidade de ter na direção de cada serviço um técnico de grande valor, bem remunerado, o que não seria possível em serviços multiplicados; 6) Melhor disciplina interna e de vigilância; 7) melhores condições de isolamento por pavimento do que em pavilhões dispersos; 8) maior afastamento do ruído, da poeira e da mûsca, o que faz nos hotéis serem preferidos, apesar de mais caros, os pavimentos mais elevados; 9) mais íntimo contato e cooperação do pessoal técnico; 10) facilidade de administração.<sup>367</sup>

A disposição em monobloco, por seu turno, ganhava filigranas de uma tipologia descritiva<sup>368</sup> que revelava as variações técnicas possíveis de construção: do ponto de vista do sentido do bloco, poderia ser vertical ou sobre altura (bloco de vários andares) e de tipo horizontal ou sobre a superfície (de um ou dois pavimentos e ocupando uma maior área); segundo a planta, encarnaria um tipo definitivo e inalterável, uma modalidade progressiva ou flexível; e consoante a forma do edifício<sup>369</sup>, poderia ainda assumir as formas (num padrão de letras do alfabeto) “I”, “C”, “L”, “T”, “F”, “E”, “U” e “H”.<sup>370</sup>

Desse modo, apresentava-se uma resposta técnica, científica e econômica que permitisse dar conta dos custos crescentes com funcionários e, ao mesmo tempo, facilitar o controle da circulação de pessoas pelo hospital, obedecendo aos preceitos da

---

<sup>367</sup> Ibidem, p.51.

<sup>368</sup> Os textos publicados pelo DOH eram, via de regra, normativo-descritivos. Replicavam, muitas vezes, aulas destinadas a profissionais ligados ao trabalho hospitalar, mormente médicos e arquitetos. Daí o método classificatório que se fazia presente constantemente nas publicações, uma tentativa de organizar a realidade em princípios unificadores com vistas a difundir as orientações centralizadoras do Mesp. Assim, além dos sistemas de edificação, tipos de planta e formas do edifício, as instituições de saúde ainda eram agrupadas em mais sete tipos: quanto à clínica (hospitalar ou para-hospitalar); propriedade, manutenção e controle da instituição (oficiais ou de governo e não oficiais ou particulares, que podiam ser filantrópicas, de finalidade não lucrativa e de finalidade lucrativa); número de leitos (pequeno porte de 25 a 49 leitos, médio porte de 50 a 149 leitos, grande porte de 150 a 500 leitos e tipo extra ou especial com mais de 500 leitos; segundo a qualidade-quantidade da assistência prestada; se recebe ou não médicos recém-formados para internato; segundo a atuação do corpo clínico no hospital (fechada ou aberta). Cf.: *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965. p.90.

<sup>369</sup> Em classificações mais antigas, as formas do edifício eram de tipo basilical (semelhante a uma basílica ou catedral), tipo cruciforme (em forma de cruz, avião, dois pavimentos etc.) e o tipo palaciano ou quadrado, com área fechada e depois transformado em “U”.

<sup>370</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965. p.90.

bacteriologia da higiene e da medicina preventiva. A via da circulação vertical, com o uso dos elevadores e monta-cargas, por exemplo, buscava racionalizar as comunicações e o tempo do transporte no interior do hospital, como explicou o médico Ernesto de Souza Campos:

Mais seguro é o isolamento por andares do que em pavilhão, posto êste em imediato contato com o solo e com os que nêle transitam. [...]. Não se esqueçam da eficiência e rapidez do transporte vertical em relação ao horizontal, agravada êste pela dispersão dos pavilhões em vários pontos. [...] O transporte das refeições, que em um monobloco se faz simplesmente por meio de um monta-carga, no sistema de pavilhões se fará através de longos caminhos, em galerias ou subterrâneos, a não ser que se multipliquem as cozinhas, uma para cada pavilhão. [...] Por outro lado, vejamos a simplicidade de comunicações com os serviços de fisioterapia e fisiodiagnóstico, oferecida pelo tipo concentrado.<sup>371</sup>

O hospital moderno, na visão do DOH, fundava-se em dois pilares: o médico como consultor hospitalar e a arquitetura padronizada. Não à toa, Teófilo de Almeida costumava marcar o novo modelo de hospital-geral com as palavras de ordem: “Sistematização! Padronização! Especialização!”.<sup>372</sup> O monobloco cumpriria tais requisitos, sendo organizado, para tal, em setores ou divisão de casos por especialidade, com a sugestão de diretrizes para um projeto hospitalar de padrão máximo (pensemos num hospital com lotação mínima de 100 leitos), a repartição em uma dezena de setores, cada qual podendo ter suas próprias subdivisões: divisão econômico-administrativa, divisão dos serviços auxiliares da administração, divisão da dietética, divisão da admissão e registros, divisão do serviço social, divisão do serviço clínico central, divisão das clínicas ou corpo clínico, divisão auxiliar do diagnóstico e da terapêutica, divisão de enfermagem, divisão dos doentes externos ou ambulatório.

A padronização dos hospitais, contudo, deveria ser acompanhada por projetos que incorporassem um caráter “progressivo” e “flexível” na sua construção, como um “organismo ou sistema em evolução”, afirmou Teófilo de Almeida.<sup>373</sup> A ideia era edificar um hospital já prevendo futuras ampliações e alterações, como esclarecido pela Divisão de Organização Hospitalar:

*Hospital-tipo progressivo*: – é aquele planejado para ser construído por etapas, prevendo ampliações consecutivas, e para atender a necessidade num determinado período de 10, 20, 50 anos. *De tipo flexível*: – é usada esta palavra no sentido de maleabilidade; quando a planta de uma

---

<sup>371</sup> Ibidem, p.198.

<sup>372</sup> Ibidem, p.245.

<sup>373</sup> Ibidem, p.158.

instituição permite alterações da finalidade dos compartimentos ou dependências, sem prejuízo da boa sistematização das seções ou serviço e da circulação e interdependência. É o caso de um hospital, por exemplo, que possui uma grande sala para reuniões. Se ao cabo de 10 anos fôr necessário modificar ou ampliar as repartições e sua utilização, está prevista a transformação dessa ala em quartos ou enfermaria, e vice-versa. Atendendo a essa diferenciação, adotamos, como significado diverso, o termo *flexível*, significando adaptável.<sup>374</sup>

Com isso, também se ofereciam aos antigos estabelecimentos (“hospitais antigos”) possibilidades de adequação às novas diretrizes, de adaptação organizacional e arquitetônica. Afinal, a maior parte dos hospitais recenseados pelo DOH em 1941-2 ainda participavam das antigas estruturas de ação assistencial caritativa. No quinquênio de 1942-46, chamado de primeira fase, o DOH dedicou-se basicamente à formação de técnicos, à estruturação de uma linguagem técnica uniforme e à produção do Levantamento do Censo e Cadastro Nacional de Hospitais, deixando para a segunda fase (1947-51) a execução experimental e definitiva da rede hospitalar, inclusive contando com as primeiras verbas para a construção de hospitais.<sup>375</sup>

A descrição dos projetos construtivos, orientada pelos “conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar”, corre páginas a fio nos documentos, apresentando uma rede detalhada de princípios e práticas que deveriam ser seguidas nas edificações hospitalares, não cabendo aqui, pela extensão, serem reproduzidas *in totum*. Contudo, em *Postulados Fundamentais sobre Assistência e Organização Hospitalar*, Teófilo de Almeida descreve os aspectos determinantes do conceito de Hospital Moderno ou Padrão-Progressivo-Flexível:

Ao Hospital-padrão, protótipo do aprimoramento hospitalar no momento, se convecionou chamar: o “Hospital-Moderno”, bem planejado e bem construído; grande ou pequeno; geral ou especializado; aprestado para facilitar o diagnóstico e o tratamento, para favorecer e elevar a profissão médica e a seus profissionais, que sem o hospital vivem dispersos, sem os recursos indispensáveis. É, também, hospital para a rotina prática e ensino da Medicina, cirurgia e especialidades, da Enfermagem e da Dietética nos seus conceitos técnicos mais avançados. O hospital-moderno, sôbre ser hospital-oficina, é ainda o hospital para todos, em que o doente constitui o principal personagem e para seu benefício tudo concorre. É o hospital para todos os doentes, dos mais ou menos afortunados, contribuintes e

<sup>374</sup> Ibidem, p.90.

<sup>375</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão de organização Hospitalar. ALMEIDA, Teófilo (Dir.). *Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar*: compreendendo Plano da Rede Nacional de Hospitais, Hospital-Padrão-Progressivo-Flexível, Primeiro Censo Geral das Intituições, Normas, Instruções, Plantas. Rio de Janeiro: DOH, publicação n.5, 1949, p.35-6.

gratuitos e que servirá eficientemente, aos indigentes e desajustados sociais, os quais, só assim, com tais garantias, terão afinal assegurados o bom agasalho e o tratamento conveniente, que ainda não tenham até ao momento. Também não deve haver, no hospital moderno, uma medicina e uma cirurgia diferente, para o rico e para o pobre, pois o doente, seja qual for, será sempre um doente, e gozará seja como interno ou externo, da primazia de tôdas as atenções do hospital, pois êle, o doente, representa a razão de ser e o objetivo máximo da instituição. Dando assistência que for indispensável para cada doente, só poderá variar, para uns e outros, um maior conforto.<sup>376</sup> (grifo do pesquisador).

Segundo a DOH, então, o Hospital Moderno deveria estar assentado no tripé *autoridade médica/ espaço de ensino-aprendizagem/ atendimento a todos*. Bem, o conceito e seu detalhamento estão bem discriminados nas publicações oficiais a que nos reportamos na descrição dos planos de uma rede hospitalar por parte do Mesp. A questão agora diz respeito a saber se tais orientações foram aplicadas ou se fazem presentes no Hospital Miguel Couto. E aqui é importante fazermos alguns esclarecimentos. Mesmo se considerando a segunda fase das atividades da DOH (execução experimental), a essência da atuação desse órgão voltou-se para a orientação de projetos construtivos e em caráter de “sugestão”. Dirigia-se fundamentalmente a médio prazo e deveria levar em consideração as diferenças regionais e locais. O conceito, portanto, é normativo-regulativo! Aplicado direta e estritamente ao HMC, em especial ao período anterior a 1942, seria cometer um grave erro de análise, ainda que, desde a década de 1930, o Mesp já houvesse demonstrado preocupação com os hospitais gerais em termos de mudança da compreensão acerca assistência hospitalar. Mesmo depois de 1942, e considerando-se que, no conjunto de 77 cidades elencadas pela DOH, Natal havia sido contemplada como uma daquelas que receberiam projetos<sup>377</sup>, a operação também se mostraria pouco adequada, dada as dificuldades de

<sup>376</sup> Ibidem, p.11.

<sup>377</sup> No volume de 1949, Teófilo de Almeida registrou cerca de 77 cidades que receberiam projetos e assistência da DOH, sendo 40 no Nordeste e 20 em Minas Gerais: Amargosa, Andaraí, Anical, Barra, Barra de S. Maria Vitória, Barreiros, Belém, Belo Horizonte, Bocaiúva, Cabrobó, Caeté, Campanha, Campina Grande, Campo de Jordão, Canavieiras, Canoinhas, Caririnha, Casa Nova, Conquista, Cuiabá, Curaçá, Distrito Federal, Divinópolis, Djalma Dutra, Feira de Santana, Floresta, Fortaleza, Francisco Sales, Guandú, Goiânia, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itambé, Itaúna, Ituitaba, Januária, Jatinã, Juazeiro, Juazeiro do Norte, Laranjeiras, Livramento, Manga, Monlevade, Montes Claros, Natal, Nova Friburgo, Pão de Açúcar, Paracatú, Paratinga, Penedo, Petrolândia, Petrolina, Pilão Arcado, Pirapora, Poços de Caldas, Pomba, Porto da Folha, Propriá, Remanso, Rio Bonito, Rui Barbosa, Sabará, Santana do Livramento, Santos Dumont, São Francisco, São João da Boa Vista, São Lourenço, São Luiz, Serra Talhada, Surubim, Terezópolis, Ubaíra, Vitória e Xique-Xique. Para conferir: ALMEIDA, T. *Construção e modernização da rede nacional de hospitais*. Rio de Janeiro:DOH/MinistériodaEducaçãoeSaúde, 1949.

verbas disponíveis no Fundo de Organização Hospitalar para implementação das diretrizes nacionais.

Ainda assim, a noção de Hospital Moderno do Mesp parece guardar, em seus traços gerais, características de uma “mentalidade” que já se fazia presente na classe médica. A multiplicação das clínicas ainda na década de 1920, como vimos, indicava a especialização do saber médico, tendo na direção do hospital um médico diplomado e não uma religiosa. Aspectos dessa “modernidade hospitalar” - como preferimos chamar esse “moderno” anterior ao tipo ideal da DOH - podem ser encontrados, por exemplo, nos laboratórios que adentraram o HMC. Nos mesmos anos 1920, o HMC (à época denominado HCJB) sediou dois laboratórios importantes: o Laboratório de Analyses, criado em 1923 pelo governador Antônio de Melo e Souza e inaugurado somente em fevereiro de 1925, conduzido pelo químico Francisco Gomes Valle Miranda, e o Laboratório Bacteriológico, aberto em 1924,<sup>378</sup> estando capacitado para realizar “todos os exames microscópicos e pesquisas biológicas” necessários “á elucidação dos casos clínicos”, bem como fabricar “empopas de água bi-destilada (para injeções de 914), de saes mercuriais e outros medicamentos”.<sup>379</sup> A existência dos laboratórios introduzia a aparelhagem científica no hospital, como o microscópio, a radiografia e radiosopia, instrumentos para produção de vacinas e ampolas, arsenal cirúrgico dos diferentes gabinetes e a tecnologia da produção de medicamentos na farmácia, o que demandava pessoal especializado, com formação técnica em nível superior, ampliando o corpo médico do hospital.<sup>380</sup>

Em 1927, a própria farmácia do hospital também apontava essa especialização dos saberes na modernidade e, segundo a cláusula XI do contrato com a Sociedade de Assistência Hospitalar (SAH), tinha seus serviços controlados pelo Estado e servia, além do hospital, a “outros estabelecimentos de assistência”, tal a sua demanda, contabilizando entre as instituições atendidas o Orfanato Padre João Maria, o Leprosário São Francisco de Assis, a Enfermaria do Batalhão de Segurança, o Dispensário

---

Na documentação compulsada, todavia, não encontramos qualquer texto que confirmasse a chegada e a aplicação das orientações da DOH em Natal.

<sup>378</sup>RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da 12ª Legislatura em 1ª de novembro de 1925 pelo governador José Augusto Bezerra de Medeiros. Natal: Typ. D'A República, 1925. p.31 e 36.

<sup>379</sup>SILVA, Rodrigo Otávio da. *Sair curado para a vida e para o bem: diagramas, linhas e dispersão de forças no complexo nosoespacial do Hospital de Caridade Juvino Barreto (1909-1927)*. Dissertação (Mestrado em História) -Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em História, Natal, 2012. p.171.

<sup>380</sup>Idem, ibidem, p.174.



“Oswaldo Cruz”, a Casa de Detenção, o Ambulatório do Posto de Profilaxia de Doenças Venéreas, o Hospício dos Alienados, o Isolamento de São Roque, o Isolamento São João de Deus e da Enfermaria Militar.<sup>381</sup>

**Figura 15** - Foto do interior da farmácia do HMC, tirada pela loja “Chic”, de João Galvão



Fonte: Arquivo do HCUrB no Departamento de Arquitetura da UFRN.

**Figura 16** - Depósito da farmácia do HMC, tirada pela loja “Chic”, de João Galvão



Fonte: Arquivo do HCUrB no Departamento de Arquitetura da UFRN.

<sup>381</sup> RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante à Assembleia Legislativa na terceira sessão da 12ª Legislatura em 1ª de outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros [...]1927. Natal: Typ. D'A República, 1927.p.72.

A ampliação do atendimento a todas as classes sociais, como a DOH prescrevia normativamente em suas publicações, já acompanhava a rotina do hospital desde, pelo menos, a criação da ala dos pensionistas pelo dr. Januário Cicco. Embora envolto constantemente em penúria financeira, como atestam as persistentes reclamações e reivindicações da diretoria da SAH, o HMC parecia seguir respondendo à demanda geral da população. No relatório da SAH apresentado ao Interventor federal, referente ao período de 1ª de janeiro a 31 de dezembro de 1938, o diretor da sociedade que administrava o HMC atestou os esforços da instituição em atender de modo ampliado os doentes hospitalizados:

Sentimo-nos de algum modo compensados de tanta canseira, pelo resultado pratico de nosso *atendimento aos indigentes, como ás demais classes sociais*, dando a todos um amparo eficiente, quer na cura das moléstias cirurgicas, ou lutando contra as varias morbioses.<sup>382</sup> (destaque nosso).

Dois anos depois, no relatório a Rafael Fernandes, insistiu-se na afirmação de acolhimento indistinto:

[...]este estabelecimento é patrimônio do estado, serve ás necessidades de seus municípios, *acolhe pobres e ricos* e é administrado por uma sociedade sem haveres, com o único interesse de trabalhar pela coletividade, sem nenhum lucro material, nenhuma recompensa presente ou futura [...].<sup>383</sup> (destaque nosso).

O raciocínio também pode ser estendido aos trabalhos de reforma e ampliação do HMC. Como vimos, desde 1927, o hospital veio sofrendo intervenções arquitetônicas em nome de um ambiente dito “mais moderno” e isto era expresso nos relatórios e prestações de conta da instituição. Na Prestação de Contas com Exposição de Motivos referente ao exercício de 1947, o diretor do HMC comentou:

[...] cabe-me dizer que o velho Hospital, que recebemos em 1927, não tem mais nenhuma das antiquadas dependências. A ultima que exigiu nossas atenções foi a bolorenta e esfumaçada Cosinha, agora construída em moldes modernos, ampla, bem iluminada e abundante de ar,

---

<sup>382</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Relatório apresentado ao Governo do estado pelo Diretor-medico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1ª de janeiro a 31 de dezembro de 1938. Caixa 208, Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 6, Livro de Ponto da Maternidade, p.4.

<sup>383</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Relatório apresentado ao Governo do estado pelo Diretor-medico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1ª de janeiro a 31 de dezembro de 1940. Caixa 208, setor saúde, estante 7, prateleira 6, livro de ponto da Maternidade, p.3.

dispondo 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.<sup>384</sup>

O “velho Hospital”, a cozinha em “moldes modernos” e a “moderna Despensa” sugerem essa consciência da modernidade hospitalar. Neste caso em particular, considerando-se a data, a direção já estava sob o influxo das diretrizes da DOH. Em outro trecho do documento, isso fica bem claro:

Num “estabelecimento como o “Miguel Couto”, que não foi construído sob planta especializada, é frequente a sua adaptação às necessidades de um Hospital moderno, e daí, talvez, o fato de se gastar bastante com as reconstruções.<sup>385</sup>

Como um “organismo ou sistema em evolução”<sup>386</sup>, afirmava Teófilo de Almeida, o HMC cresceria, adaptando-se ao meio ambiente externo. Na década de 1930, portanto, a “modernidade hospitalar” - e esse é o nosso entendimento - apontava para a especialização médica no interior do HMC, expressa nas múltiplas clínicas que setorizavam o nosocômio, pondo em relevo a figura do médico na direção hospitalar, e na presença dos espaços laboratoriais, o de Análises e o Bacteriológico. Com efeito, isso quer dizer que a narrativa do Hospital Moderno, reconstruída aqui, presente na documentação de arquivo, então, conteria a descrição mais “adequada” da história do HMC entre 1927 e 1955, uma história do triunfo da técnica? Resposta: sim “e” não. Vejamos.

Ainda em 1959, no Relatório apresentado à SAH pelo próprio presidente Onofre Lopes, falava-se na construção de uma “dependência para as irmãs, constante de recreio, refeitório e sala de trabalhos”<sup>387</sup>, que denota a importância das religiosas para o hospital. O mesmo Relatório informa que, em 31 de dezembro, o HMC contava com cerca de quinze irmãs da comunidade de Santana e a Maternidade Januário Cicco,

---

<sup>384</sup>Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 0743. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal. p.13.

<sup>385</sup> Idem, *Ibidem*, p.13.

<sup>386</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: [s/n], 1965. P.158.

<sup>387</sup>Sociedade de Assistência Hospitalar. Relatório apresentado à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente dr. Onofre Lopes, referente ao “Miguel Couto”, Maternidade “Januário Cicco”, Serviço de Pronto Socorro, Escola de Auxiliares de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Pavilhão de Assistência Social à Infância e Hospital do Câncer. Natal, 1959, p.4.

inaugurada em 1950, outras dez religiosas<sup>388</sup>: o HMC celebrava àquela altura 50 anos de existência (12 de setembro de 1909) e seu funcionamento dependia significativamente do trabalho das religiosas! E isto se dava há anos a fio. Em 1947, a direção da SAH tecia elogioso comentário acerca da colaboração das irmãs:

Quero agora, antes de comentar os trabalhos deste modesto Hospital, tecer louvores às Filhas de Sant'Ana, a essas mensageiras da Caridade, tal qual pregou o Divino Mestre; a essas Samaritanas do Amor de Deus pelo sacrifício, curando chagas do corpo e misérias do espírito daqueles que se fizeram alma do diabo, insultando, pregando a falsidade, traindo bem-feitores. A essas doadoras de imensa bondade, credoras da nossa gratidão, porque *a elas a nossa instituição deve a moral, a ordem, a disciplina do nosso estabelecimento*, sob cujos influxos os nossos médicos obtiveram um percentual de curas, das ais brilhantes.<sup>389</sup> (destaque nosso).

A dependência em relação à Comunidade de Santana era tal que, ao longo de anos, mesmo com o trabalho valoroso das irmãs, pululavam em cartas as solicitações de mais mão-de-obra religiosa. Em carta recebida do Recife, datada de 24 de dezembro de 1949, Ana Agostinha explicou a impossibilidade de enviar mais irmãs para Natal, revelando o problema que a SAH enfrentava com o escasso número dessas religiosas. O documento vale a transcrição:

Sr. Diretor Januário Cicco  
DD. Diretor da assistência Hospital de Natal  
Louvado Seja Nosso Senhor

Acuso o recebimento de sua presada carta, datada de 22 do corrente e passo a responde-la.

Necessidade e urgência de irmãs. Tenho lutado com dificuldades extraordinárias para remover, deslocar pessoal de um posto a outro enfim selecionar um núcleo de irmãs que possa corresponder plenamente á finalidade da nova instituição. Contrario ao combinado

<sup>388</sup> Segue a lista das irmãs no HMC e as respectivas funções: Maria Orlando (Superiora), Maria Ignês Dias ( Secretária), Pierina Rocha ( Gabinetes de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Portaria), Fulgência Cremona (Farmácia, Raios x e Clínica de Repouso), Inês Minelli (Salas de Operações), Amassiles Rocha ( Banco de Sangue e 8ª e 9ª Enfermarias), Modesta Pereira ( da 10ª a 16ª Enfermarias), Maria Zélia Ximenes (Secção Santa Clara), Amabile Pereira ( Seções Santo Antônio e Santa Teresa), Assunção Teófilo ( 6ª Enfermaria e Secção São Luís), Redentor Borges (Secção São Joaquim), Olinda Pinho (da 1ª a 5ª Enfermarias), Emerentina Montenegro (Cozinha), Flávia dos Santos (Rouparia), Conceição Busatta (Lavanderia). Irmãs na Maternidade e respectivas funções: Abramina Galazzi (Superiora), Gabriela Freire Silva (servente de Enfermagem), Michelina Casiraghi (Servente de Enfermagem), Ancilla Ferreira Carvalho (Servente de Enfermagem), Bernarda Andrade Santos (Servente de Enfermagem), Elizabete Oliveira (Lavanderia), Leopoldina Lins (Rouparia), Luígina Vieira de Souza (Cozinha), Emília Reis (Secretária).

<sup>389</sup>Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 0743. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital "Miguel Couto" no exercício de 1947. Natal. p.29.

V.S me fala gora em 10 irmãs. É-me impossível Dr. Não disponho desse número de irmãs para aí. [...] as irmãs são poucas e as Casas existentes martirisam com excesso de trabalho um número pequeno de irmãs.

Irmã-Enfermeira, diplomada pela Escola Ana Nery. [...]. Naquela época que lhe falei, não havia em nosso instituto aqui no Brasil, nenhuma irmã com diploma oficializado de Enfermagem e a que hoje temos adoeceu seriamente no término do curso, terminando-o com dificuldades. [...]

Superior Sor Ana Albina. [...]. Na sua carta, está explícito o pedido que a Superiora Sor Ana Albina continue na direção do Miguel Couto, esquecendo assim o que já estava combinado entre nós e que lhe envie uma nova superiora. Não disponho de pessoal Dr. e isso já lhe declarei muitas vezes [...]. Agora, que mais uma vez vê confirmada minha necessidade, deixo-lhe livremente para escolher outra congregação. Sinto do íntimo d'alma escrever-lhe estas palavras. Elas vão ferir em cheio a confiança que V.S. tão bondosamente depositou em nosso Instituto. [...]

Dr. tenho o coração em pesar, mas é simplesmente a expressão da verdade que aliás sempre lhe confirmei desde o princípio de nossas negociações. [...]<sup>390</sup>

A correspondência é clara: não havia irmãs suficientes para a demanda da SAH, nem para o HMC nem para a Maternidade. Em 1959, havia em Natal a Escola de Auxiliares de Enfermagem, que preparava moças para os serviços hospitalares e organizações diversas (casa de saúde, ambulatórios, postos médicos). Ela funcionava com dificuldades devido à falta de enfermeiras diplomadas que prestassem os serviços de ensino. Ainda que em atividade, seu reconhecimento pelo Ministério da Educação continuava tramitando em sua última fase. Fora o SESP que vinha fornecendo quadros administrativos, como as duas enfermeiras diplomadas que ocupavam os cargos de Diretora e Vice-Diretora da instituição no final dos anos 1950.<sup>391</sup> Vê-se, com isso, que,

<sup>390</sup>Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0781. H.M;C- Corresp. Recebida - ano 1949.

<sup>391</sup>Sociedade de Assistência Hospitalar. Relatório apresentado à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente dr. Onofre Lopes, referente ao “Miguel Couto”, Maternidade “Januário Cicco”, Serviço de Pronto Socorro, Escola de Auxiliares de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Pavilhão de Assistência Social à Infância e Hospital do Câncer. Natal, 1959, p.5-6. No HMC, o corpo de enfermagem era comumente composto de leigos treinados no próprio serviço do hospital. Tratava-se, portanto, de pessoal sem especialização na área. Em 1942, encontramos à vista essa realidade: “[...]Ora, de ordinário, os nossos enfermeiros são criaturas inteligentes, cuidadosas, esforçadas, que aprendem sem especialização, isto é, sem curso, e porque lhes ensinamos alguma coisa, no decorrer dos trabalhos hospitalares. Falta-lhes a preparação cultural de profissão, conhecimentos que fazem do enfermeiro um poderoso auxiliar do médico, do cirurgião, do radiologista, do analista, de todos os que se dedicam às especializações. Disto também se ressentem o nosso Hospital, de alguma forma atenuadamente, porque os nossos auxiliares têm longo treino de serviço”. (Arquivo público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Interventor Federal Rafael Fernandes Gurjão pelo Dr. Januário Cicco, Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao “Miguel Couto” em 1942. Natal, 1942.p. 7.). Em

alguns anos depois do período que estudamos, a continuidade das irmãs na assistência hospitalar se fazia presente, ainda que de forma deficitária. A insuficiência na oferta de mão-de-obra especializada era problema recorrente.

Todavia, há algo mais sobre o assunto. À parte dessa questão de formação educacional e institucional de quadros, que nos situa bem no contexto histórico, é possível notar a persistência também de uma certa “atitude mental” própria das Santas Casas entre aqueles que advogavam a “modernidade hospitalar”. A leitura das fontes, de algumas em particular, torna-se sintomática dessa postura.

A análise que empreendemos no começo deste capítulo é esclarecedora. Mostramos que a Lei n.311, criada no governo de Alberto Maranhão, falava da criação de uma sociedade beneficente que fizesse o “papel de Misericórdia”. Ainda em 1921, o governador Antônio de Mello e Souza lamentava a ausência de uma Santa Casa no Estado. Havia o desejo expresso de um modelo de assistência caritativa nos moldes da Misericórdia, que não tínhamos. Mesmo em maio de 1927, na Primeira Sessão Preparatória, quando o Estado passava às mãos da SAH a administração do hospital e demais instituições de assistência à saúde, pairava nos “fios de textualidade”<sup>392</sup> das Atas de reunião da nova sociedade esse “impasse” entre o velho e o novo, entre o “cunho de originalidade” de uma “Sociedade de Assistência Hospitalar”, segundo Lagreca, e a evocação do “espírito realizador do Governo do Dr. Alberto Maranhão”, o “espectro da Misericórdia”. Instituir-se Misericórdia, de partida, ou configurar-se SAH, mas com “espírito” de Santa Casa? Veja-se isto, exemplarmente, no seguinte trecho da Prestação

---

outro trecho, de 1951, Januário Cicco escreveu sobre as dificuldades de formação de pessoal na enfermagem: “[...] Deus sabe a LUTA QUE SE TEM TIDO para transmitir a moças e rapazes conhecimentos técnicos, ou rudimentos de enfermagem a pessoas incultas, de educação precária, de índole má, impetuosos e desajeitados, desobedientes e improdutivos”. (Arquivo público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente Dr. Januário Cicco referente ao “Hospital Miguel Couto” e à Maternidade “Januário Cicco” no exercício de 1951. Natal, 1951. p. 9.

<sup>392</sup> O texto se faz do entrelaçamento de fios, compondo uma determinada textura, que esconde, ao primeiro olhar, sua lei de composição e a regra do jogo. A leitura é sempre um puxar de fio que costuma voltar para o tecido em posição distinta, configurando outra rede. Ler é escrever no sentido de acrescentar novas tessituras, nunca seguir os fios antigos para se chegar ao termo da linha. A metáfora é “produtiva” e orienta bem nossa posição com relação às fontes. Vejamos com Derrida: “A dissimulação da textura pode, em todo caso, levar séculos para desfazer seu pano. O pano envolvendo o pano. Séculos para desfazer o pano. Reconstituindo-o, também, como um organismo. Regenerando indefinidamente seu próprio tecido por detrás do rastro cortante, a decisão de cada leitura. Reservando sempre uma surpresa à anatomia ou à fisiologia de uma crítica que acreditaria dominar o jogo, vigiar de uma vez todos os fios, iludindo-se, também, ao querer olhar o texto sem nele tocar, sem pôr as mãos no ‘objeto’, sem se arriscar a lhe acrescentar algum novo fio, única chance de entrar no jogo tomando-o entre as mãos. Acrescentar aqui não é aqui senão dar a ler”. (DERRIDA, Jacques. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 2005.p.7).

de Contas da SAH em 1947, que se seguia a uma crítica acerba da falta crônica ou indisposição mesma de recursos financeiros da parte do estado potiguar: “Não fosse agora a ação construtora do atual Presidente da República [Eurico Gaspar Dutra], legislando sobre a proteção dos estabelecimentos de assistência, *tipo Santa Casa*, a *nossa* situação financeira seria angustiosa”<sup>393</sup>. A relação, ao menos no plano lógico-gramatical, de equivalência - que não se confunda com identidade - entre Santa Casa e HMC (“nossa”) é posta às claras. Reconstruída proposicionalmente de outro modo, teríamos: “Nossa situação financeira deixou de ser angustiosa graças à proteção do presidente aos estabelecimentos tipo Santa Casa”. Ou: “Sendo nosso estabelecimento do tipo Santa Casa, a proteção do presidente livrou-nos de situação financeira angustiosa”. Para não ficarmos tão somente na inferência ou na construção da arquitetura silogística, leiamos mais um trecho, situados parágrafos depois da citação anterior, ainda no mesmo documento:

[...]O general Eurico Gaspar Dutra, Presidente da Republica, estabeleceu em lei auxílios ás Casas de Beneficencia, tipo Santa-Casa, isto é, áquelas instituições que não distribuem dividendos, nem negociam com doentes, conforme o seu Decreto nº 22.099, de 18 de novembro de 1946; e por efeito dessa providencia, veio-nos aquele auxilio já comentado [...].<sup>394</sup>

O HMC era, portanto, do *tipo Santa Casa*, devemos atentar para o fato de que, antes de os governantes postularem a presença de uma Santa Casa, coube ao Estado a assistência pública, isto é, pleiteava-se, portanto, a passagem inversa: da administração estatal da saúde para a caritativa-religiosa! Essa aporeticidade<sup>395</sup> de algumas passagens textuais dos documentos, na forma como a lemos aqui, segundo uma orientação derridariana, impele-nos na direção de uma interpretação (entenda-se “desconstrução”)

<sup>393</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 0743. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal.p.18.

<sup>394</sup>Idem, Ibidem, p.28.

<sup>395</sup>Aporia é uma dúvida racional, resultado de uma dificuldade de raciocínio. Um impasse ou paralisia em que a razão encontra no processo de raciocinar. Vem do grego *aporos*, que quer dizer “sem saída” ou “sem passagem”. Entre os gregos, apontava para constrações entre dois juízos, diálogos inconclusivos ou igualdade de conclusões contraditórias (Aristóteles). É uma posição em que o caminho do pensamento pára, e, então, é suspensa a decisão. A leitura aporética seria aquela em que o leitor buscaria no texto esses impasses marginalizados, raciocínios não resolvidos e não resolvíveis que e se escondem em todos os textos e que revelam sua tessitura artificial, incompleta, sempre passível de desmoronar, desconstruir-se, que o sentido do texto atingirá invariavelmente uma indeterminação ou indecidibilidade. A aporia cria uma tensão que impede o sentido de se fixar, e mostra que o texto sempre diz algo que escapa às leituras convencionais. Na década de 1980, na fase da virada ético-política de sua obra, Derrida passou a explorar mais os raciocínios aporéticos como forma de abordar a desconstrução, questionando a universalidade e neutralidade da razão.

que, forçando os limites da textualidade, nas margens, rompe o tecido original, superficial, reconfigurando-o agora distintamente: a pretensa centralidade da leitura da história do HMC como “progresso”, linear-etapista-finalista, cede lugar para uma leitura de borda, nas franjas, valorizando o elemento subalterno, pretensamente inferior, qual seja, o modelo caritativo-religioso.

Uma “assombrologia” faz-se necessária. O espectro da Santa Casa era tal, em seu retorno invisível, mas *a-ssombrante* mesmo, que figurava ora no corpo da letra, ora como espírito, evocado. Não se sabia se a Santa Casa-espectro vinha do passado como fantasma, o indesejado do passado, ou “vinha” do futuro, como aquilo que virá mesmo, desejado ou não, rompendo o tempo da presença. Não se escrevia senão sob o espectro da Misericórdia. Daí a dificuldade em afirmar “o produto da civilização” e “os recursos científicos” sem o acolhimento fundador de uma Santa Casa, ou melhor, de um “espírito”. Impasse ou aporia que nos mostra a persistência de rastros dessa instituição (pensamentos, práticas, representações) na propalada “modernidade hospitalar”.

Esses rastros do “Hospital antigo” acompanharam -quando não, ultrapassaram e sobrepueram-se a - uma certa “consciência” do Hospital Moderno, e isto é perceptível nas várias atas, relatórios e prestações de conta da SAH. O HMC fora pintado com as cores de um hospital de caridade à maneira da antiga assistência caritativo-religiosa, rasurado, qual palimpsesto, para receber pinceladas da “nova assistência hospitalar”. Mesmo rasurado, sua escritura deixou marcas, cores vivas que, em muitas passagens, parecem brilhar mais do que as recém-coloridas. Embora se escrevesse que o hospital era indistintamente para todos, também se asseverava que seu fim era atender os pobres ou indigentes: o diretor da SAH e do HMC costumava chamar-se a si mesmo de “servidor da pobreza”<sup>396</sup>. A incorporação do “cliente rico” nos leitos do hospital, na ala dos pensionistas da Casa de Saúde anexa ao HMC, servia para auferir dividendos destinados à manutenção dos mais pobres, principal foco do hospital-geral:

É evidente a nossa atividade para evitar a escassez de meios e a nossa insolvabilidade, e daí a justificação de serviços remuneráveis ne seção de pensionistas, onde os clínicos do Hospital e os da cidade atendem á sua clientela civil, prestando ao mesmo tempo valioso auxílio á nossa sociedade, dando, indiretamente, algum recurso para o prestamento da

---

<sup>396</sup> Arquivo público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. p.11.



assistencia a indigentes, porque só a pobreza auferia lucros dessa receita de pensionistas.<sup>397</sup>

Apontava-se para a “modernidade hospitalar”- em termos de especialização de saberes no hospital e da presença de tecnologias médicas, geralmente mais na forma de uma “consciência” dessa modernidade do que de uma prática -, mas se mantinha um ideário da antiga caridade, como “nosso dever cívico, humano e *cristão*”.<sup>398</sup> Reclamando das receitas minguadas do hospital, o relatório da SAH de 1943 escrevia: “[...] o Hospital “Miguel Couto”, é, talvez, o único *estabelecimento de assistência a indigentes* do Brasil, que não é subvencionado pelo Ministério de Educação e Saúde”<sup>399</sup>. A passagem é clara: “estabelecimento de assistência a indigentes” ...Nessa plataforma de Neo-Misericórdia, encontravam-se as persistentes críticas às ações de filantropia no Brasil, “privativa de dois ou tres brasileiros emancipados, dotados certamente de uma cultura filosófica acima da fatuidade dos colecionadores de notas de Banco”<sup>400</sup>. Exigindo maior participação dos endinheirados nas ações sociais, o diretor do HMC, o médico Januário Cicco, dizia que “A filantropia no Brasil é uma figura retórica dos demagogos”<sup>401</sup>, estes pouco contribuindo para o “serviço de assistência a indigentes”, “a pobreza” ou aos “desherdados”:

[...] O nosso Hospital não recebe donativo de ninguém, nem tampouco estes fazedores de festas de falsa caridade, de Natal dos Pobres, mais (sic) lembraram-se de que nas enfermarias dos nossos serviços, ha necessidade de recursos para aquisição de plasma, de penicilina, de outros muitos medicamentos, de roupa, de instalações indispensáveis ao tratamento dos indigentes hospitalizados.<sup>402</sup>

<sup>397</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 208, Estante 7, Prateleira 6. Relatório apresentado ao Governo do Estado do Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, Dr. Januário Cicco, referente ao exercício de 1941.

<sup>398</sup> Arquivo público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. p.4.

<sup>399</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Interventor Federal General Antonio Fernandes Dantas pelo dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. Natal, 1943. p.2.

<sup>400</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 208, Estante 7, Prateleira 6. Sociedade de Assistência Hospitalar. Relatório apresentado ao Governo do Estado do Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, Dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1940. Natal, 1940. p.4.

<sup>401</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 0743. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal. p.17.

<sup>402</sup> Idem, Ibidem, p.17-8.

Embora se fale nos textos em “filantropia”, e o termo pertencia já ao *zeitgeist* de um Estado de Bem-Estar Social nascente, parece-nos que ele remetia mais ao sentido piedoso da *Caritas* que ao da solidariedade (no sentido da solidariedade orgânica de Émile Durkheim ou do princípio da laicidade de Weber). Remetia-se à filantropia como um misto de dever social (mais voltado para o estado) “e” *pietas* (mais voltado para o cidadão). Entende-se disso, então, a solicitação de participação dos mais ricos nas doações apelando-se para noções piedosas, como a generosidade, o desprendimento, a “caridade” ...

Entre nós, é doloroso confessar a indiferença pela sorte dos hospitalizados. Em principio entendem todos que só ao governo compete a assistência pública, como se não fosse *dever de todos* esse amparo aos deserdados.

Há trinta e três anos trabalhamos, sem descanso, no Hospital “Miguel Couto”. De uma simples casa de campo, fizemos um palácio, dentro do qual *faz-se a Caridade e pratica-se a Ciência*, sem que os ricos de nenhuma parte tenham contribuído de nenhum modo.

[...]

Para que não se tenha dúvida sobre a generosidade dos ricos, abastados, ou remediados, somos compelido a dizer que nunca, por mais farta que fosse a colheita no Agreste, e maior a do sertão, de ninguém e nenhum município, recebeu o mesmo Hospital um grão de feijão, um cristal de assucar [...] <sup>403</sup> (Destaque nosso).

E nesses confessados trinta e três anos de trabalho, via-se frequentemente tal qual Quixote que “se atreve a trabalhar de graça pela pobreza”<sup>404</sup>, sendo tido por muitos – assim imaginava - como “maníaco desprezível”<sup>405</sup> ( um topos retórico, é claro). Caridade e Ciência - nesta ordem, emaiusculadas como entidades metafísicas mesmo - assomavam no texto como princípios orientadores da organização hospitalar, convivendo em discursos cambiantes e pendulares, consoante as situações: ora é organização científica modelar, *stricto sensu* (ou seja, sem religiosas, neste caso), ora é beneficente voltada para os pobres, algo da ordem caritativa.<sup>406</sup> Esse amálgama de

<sup>403</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Interventor Federal Rafael Fernandes Gurjão pelo Dr. Januário Cicco, Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao “Miguel Couto” em 1942. Natal, 1942.p.2-3.

<sup>404</sup> Arquivo público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. p.4.

<sup>405</sup> *Ibidem*.

<sup>406</sup> Em boa hora: não estamos buscando aqui, na leitura aporética a que nos propomos, qualquer espécie de metafísica ou ontologia que venha a dirimir, de uma vez, essas “diferenças” que fazemos notar, ancorando-nos em alguma conceitualidade tranquilizadora presente em termos como “realidade”,

“narrativas” não devem ser entendidas tendo-se em mente um esquema conceptual teleológico que já dispõe, de partida, dos começos e dos fins. Nossa plataforma é o “acontecimento”: atentamos para a narrativa sem a camisa-de-força (mesmo que assumida pelos sujeitos) de uma “filosofia da História” guiando as ações humanas. “Os homens são mais quotidianos do que metafísicos”<sup>407</sup>, dizia o historiador Paul Veyne. Sob esta angulação, portanto, mais narrativa e acontecimental, aproximamo-nos da perspectiva do sociólogo Robert Castel, quando vê a transição (sem qualquer conotação evolucionista ou progressista, ao menos de nossa parte) da administração da Igreja para os leigos em termos de uma “colaboração”, menos disrupta do que se imaginava:

Mesmo do ponto de vista institucional, o papel da Igreja deve ser lido como continuidade mais do que ruptura com as exigências de uma gestão de base local. Se as principais práticas assistenciais se localizaram primeiro nos conventos e nas instituições religiosas, e se, durante muito tempo, a Igreja foi a principal administradora da assistência, sua passagem para autoridades laicas se deu sem interrupção. Aliás, houve menos passagem do que colaborações e encaminhamentos de uma pluralidade de instâncias, eclesiásticas e laicas, centrais e municipais, profissionais- como a ação das confrarias –ou pessoais – como as liberalidades das grandes personalidades -, cujas diferenças não decorrem, absolutamente, da oposição entre o “público” e o “privado”.<sup>408</sup>

Daí o termo “filantropia”, segundo Catherine Duprat, aceitar como significado tanto as obras de ação social caritativa ou humanitária quanto as obras de caráter religioso.<sup>409</sup> Em outro campo, como o da administração financeira, por exemplo, a SAH reconhecia o caráter variável, incerto e ocasional das receitas oriundas da filantropia – tópico que servia de crítica ao modelo da Misericórdia -, mas não insistia nem um pouco na eliminação dessas fontes de receita em favor da captação exclusiva dos recursos e sua distribuição pelo Estado, gerenciador moderno da saúde pública. Via-se um discurso em favor da modernidade hospitalar, em parte concreto, em parte retórico,

---

“experiência” ou “verdade” que possa sustentar um discurso “mais” verdadeiro que os demais. Não detemos uma metarranativa que esteja acima de nossas narrativas particulares, uma narrativa contada do Ponto de Vista (contrassenso!) do Olho de Deus. Estamos, neste sentido, mais próximos de uma ontologia sócio-histórica tal qual pensada pelo filósofo Richard Rorty, na esteira de Robert Brandom. Buscamos, sim, perceber num mesmo corpo textual motivos distintos que tecem uma textualidade histórica que, na superfície, deseja mostrar-se harmônica, única e total, sem rasgos ou costuras.

<sup>407</sup> VEYNE, Paul. *Foucault: seu pensamento, sua pessoa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p.198.

<sup>408</sup> CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 2009. p.81.

<sup>409</sup> SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Orgs.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.p.148-149.

que não abdicava da filantropia no espírito da *Caritas*. Essa concepção dos fins da hospitalidade alcançou os anos 1950, mesmo depois da emergência da DOH na década anterior. Em 1951, na entrega de certificados às alunas que terminaram o Curso de Auxiliares de Parto, organizado pela recém-inaugurada Maternidade Januário Cicco, o paraninfo da turma proferiu uma viva palestra abordando a importância da “seara do estudo e do amor á humanidade” para vencer a “miseria” e a “ignorância”, em seguida da qual, segundo o médico Januário Cicco, produziu-se um sepulcral silêncio na plateia. Segundo o diretor da SAH,

O silencio apontou para a vala comum, porque, infelizmente o Estado contribuiu para um *falso serviço social*, que não aponta, até agora, nenhum fruto do seu falso esforço pela sorte dos desherdados. *O nosso interesse cultural esta na beneficencia.*<sup>410</sup>(Destaque nosso).

O que salta desse relato é a crítica incisiva à “nova assistência social”, como aparecia nos documentos da DOH, que se fundava na contabilidade científica e nas receitas permanentes oriundas da organização estatal. O atraso ou a ausência das subvenções contribuía, desse modo, para minar esse ideário da hospitalidade moderna que, aliada, consoante nossa leitura, a uma atitude mental comum que cruzava medicina coletiva com práticas de caridade nos moldes cristãos, configuravam uma espécie de hospitalidade transicional, nem dentro nem fora, mas “entre”, de passagem.

Perspectivado dessa maneira, a narrativa “oficial” do HMC que viemos construindo soa problemática, sem ser necessariamente “falsa”, em desacordo com as fontes. Parte dela pareceu acomodar-se à textualidade disponível, em grau menos elaborado do a que se enunciava inicialmente. Especialidades médicas, laboratórios e maquinário faziam parte da realidade hospitalar, ao menos a partir do final da década de 1930. Contudo, a afirmação do engenheiro Marc de Sepibus, da Companhia Chimica Rhodia Brasileira, de que o HMC era um “moderníssimo hospital” esteve mais para vendedor tipo caixeiro-viajante e seus mecanismos de publicidade que um relato de bom-senso. De outro lado, algo do “antigo Hospital” legava-se: irmãs-enfermeiras, foco nos doentes pobres, filantropia piedosa.

A nova narrativa, agora, parece-nos mais rica, o quadro mais colorido, o tecido com mais fios... A ideia de se considerar distintas temporalidades à maneira

---

<sup>410</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade “Januário Cicco” no exercício de 1951. Natal, 1951. p.6.

braudeliana<sup>411</sup> parece apontar um caminho aceitável para a nossa questão. O “espírito da Santa Casa” teria encontrado repouso? Cremos que não. Ele continuará a assombrar e a liberar outros “espíritos” retornantes e incômodos. Há mais elementos a serem considerados. Desconstruída parcialmente a narrativa do “Hospital Tecnológico”, alcançamos, sim, uma narrativa mais rica, porém não menos problemática. Não basta “desmitificar” a proposta o HMC moderno; ele não pode ser abordado como se fosse uma mônada absoluta, a lançar luz sobre si mesmo. Percorremos um caminho em que o hospital explicava-se a si mesmo, a partir de sua escritura e em seus próprios termos: moderno ou proto-moderno? – eis o jogo de que não deveríamos participar mais. Talvez o que esteja em jogo mesmo aqui deva ser buscado em outro campo, com outros jogadores. Como entender a ausência de outras instituições hospitalares nesse conjunto documental de Relatórios, Atas e Prestações de Contas? Afinal, a SAH, como consta no contrato, não deveria administrar o *conjunto* da assistência pública? A narrativa totalizadora da modernidade hospitalar as teria digerido qual Cronos a seus filhos? A resposta à questão que lançamos “O que, porventura, poderia ter sido apagado ou esquecido nessa narrativa protocolar?” Deve seguir os rastros de outros espaços hospitalares na cidade do Natal à época do HMC. Os “Outros” ...

## 2.10 DESMONTANDO A “MÁQUINA DE RECALCAMENTO”<sup>412</sup>

Nossa narrativa, doravante, prosseguirá em outra trilha, mas sem olvidar os caminhos já traçados. Mudança de direção, conduzindo-se sob novo código de regras. Da discussão sobre a “modernidade hospitalar”, partiremos para o jogo da rede, das relações. A *cena* mesma do Hospital Moderno é tributária do encadeamento, das

---

<sup>411</sup> No artigo “A longa duração” (1958), coligido depois em *Escritos sobre a História* (1978), o historiador francês Fernand Braudel discutiu de forma inovadora a temporalidade histórica. Criticando a “dialética da duração” em Bachelard, voltada para o modo de percepção do indivíduo, ele pensará o tempo como composto de diferentes ritmos ou durações, propondo uma arquitetura tripartite, dividida entre curta (evento), média (conjuntura) e longa duração (estrutura), aplicando com sucesso o modelo a sua obra magna *O Mediterrâneo e o mundo mediterrâneo* (1949).

<sup>412</sup> Retiro essa expressão de Jacques Derrida, em seu diálogo com a psicanalista Elizabeth Roudinesco, publicado no livro *De que amanhã...Diálogos* (2001). Naquela altura da conversa, Derrida referia-se à figura de Hamlet como “a máquina de recalçamento em política”, querendo dizer, com isso, que a personagem de Shakespeare metonimizava bem uma espécie de “lógica geral da espectralidade”, um conjunto de questões (técnica, mídias, realidade virtual) recalçadas, ocultas, mas permanentemente presentes na discussão política e psicanalítica. Aqui, particularmente, manejo-a de modo menos refinado e elegante: expresso, com ela, os elementos esquecidos/ocultados da narrativa hegemônica sobre o HMC e o poder de, pela repetição, impor-se como única interpretação possível. Cf.: DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth. *De que amanhã...Diálogos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.p.102.

remissões, daquilo que Derrida chamou de *différance*<sup>413</sup> ou *pulsão diferencial*. Na impossibilidade de termos uma metanarrativa do hospital moderno, como um comando externo fora do tempo, ficamos com o *jogo do rastro* que remete indefinidamente a diferenças. Ou seja: a narrativa sobre o HMC deve remeter necessariamente ao outro dele, ao pretensamente pré-moderno, não-tecnológico, especializado e periférico. O HMC se construiu *na diferença dos* demais hospitais que se multiplicavam na ocupação do espaço da saúde em Natal. Considerando essa *pulsão diferencial*, empregaremos essa estratégia desconstrucionista com vistas a deslocar a suposta centralidade que a narrativa “oficial” montou para o HMC. E para tal, precisamos entender o papel da documentação sobre o hospital e seu arquivamento na “representação” (como encenação) da modernidade hospitalar.

### 2.10.1 Arquivo e documentação

Arquivo é tudo aquilo que retém em si acontecimentos passados que se deseja reter de forma ordenada, organizada, mas é, ao mesmo tempo, uma substanciação plural de conhecimento histórico, aberto para futuras interpretações, que dependerão sempre das circunstâncias históricas em que se produzirão. Nenhum dado passado, nenhum aspecto da memória permanece inalterado, em seu estado puro e original: sempre haverá leis, regras, interesses que orientarão os olhares para este ou aquele aspecto, para a

---

<sup>413</sup> Uma das muitas “palavras” postas em circulação por Derrida para fazer operar o trabalho de desconstrução. Para ser mais fiel ao glossário do filósofo franco-argelino, seria um “quase-conceito”, um “indecidível”. Em algumas ocasiões, era vista como sinônimo mesmo da desconstrução derridariana, uma construção gráfico-sonora que visava desestabilizar a própria noção de conceito. O neologismo *différance* é formado da palavra *différence* (diferença), com o “a” em lugar do “e”, produzindo uma alteração gráfica mas não sonora de modo a não se poder distinguir as palavras pelo som, mas somente pela escrita. Com isso, Derrida questionou a primazia da fonologia sobre a linguagem escrita, mostrando que a linguagem não é mera representação do som. Seu caráter fonético apontaria para o sentido de diferir, adiar, prorrogar ou remeter (de *differre* em Latim, *différer* em francês- adiamento, temporalização). A ação de remeter para mais tarde, que nunca acontece, empurrado para depois, sempre postergado para um futuro que nunca chegará. *Différance*, assim, supõe um processo de diferenciação. Além disso, pode ser entendida como um movimento que gera diferenças fora da oposição sensível-inteligível: tudo o que permite existir a diferenciação, um jogo que produz efeitos de diferença, origem não-plena, não-simples. Nesse caso, teria o sentido de não ser o mesmo, não ser idêntico, dessemelhar-se, ser outro, distinguir-se. Todo o esforço de Derrida aqui consiste em falar da diferença sem remeter ao modelo platônico-aristotélico da *mimesis* como imitação, uma forma de questionar toda forma de “presença” tal como foi edificada na Onto-teologia ocidental. Ele acreditava, com efeito, estar destronando o pensamento logocêntrico que sempre articulava a racionalidade em termos binários com relação hierárquica: bem/mau, certo/errado, verdadeiro/falso. Nenhum desses polos, agora, dominaria o outro de modo absoluto, sendo apenas uma arquitetura instável, histórica, um processo de diferenciação permanente, aberto à futuridade. Cf.: DERRIDA, Jacques. *Différance*. In: \_\_\_\_\_. *Margins of Philosophy*. Chicago; University of Chicago Press, 1982. p.1-27.

valorização de certos acontecimentos em detrimento de outros, de certas informações e não de outras.<sup>414</sup>

Assim, a compreensão desses arquivos como “cuidado” do depósito físico e do suporte também deve incorporar, simultaneamente, a ideia de competência hermenêutica, uma vez que seus “arcontes” (seus organizadores e zeladores: estado, políticos, historiadores etc.) se comportam como guardiões da localização e “interpretação” das fontes. Os materiais são reunidos, identificados e classificados, formando uma unidade de configuração ideal, o que Derrida chamava de “poder de consignação”. São poderes que dão sentido, pretendem dizer a verdade:

[...] seria um ideal de apropriação, de posse, de ter a guarda dos arquivos -, gesto que estaria sempre associado, de forma inevitável, a uma violência fundadora, a violência do discurso que se autoestabelece como lei, a uma assinatura, a um fundamento “místico” da autoridade.

No APE/RN, a documentação sobre o Hospital Miguel Couto é bastante diversa não só quanto à forma, mas também com relação ao conteúdo. Predomina, contudo, um “espírito” de racionalização burocrático-instrumental, máquino-funcional. O hospital como um conjunto de engrenagens em serviço. Deve-se evitar uma leitura “institucional”<sup>415</sup> das fontes, no sentido de uma ordem hermenêutica restituidora do sentido “privilegiado” conferido pelos sujeitos presentes nas fontes históricas ou pelos arcontes das operações do arquivo: reproduzir a arquiviolência instauradora do processo de arquivamento. A especificidade da tarefa metodológica, então, consiste em “desmontar” esse maquinário, pela reconstrução das relações que foram nele articuladas, introduzindo na documentação algo que a desestabilize, que a faça parar ou impeça seu movimento habitual. Invocar seus fantasmas, hospedar seus outros indesejados, eis o trabalho.

No acervo sobre o HMC, a disposição em ordem cronológica dos documentos e a sua abertura pública para consulta são as únicas marcas do que a literatura arquivística costuma designar por “arquivo histórico”. Nele, vê-se que os documentos não obedeceram ao “rito de passagem” descrito pela Teoria das Três Idades<sup>416</sup>: de um

---

<sup>414</sup>CORACINI, M.J.R.S. Memória em Derrida: uma questão de arquivo e de sobre-vida. In: *Cadernos de Estudos Culturais*, Campo Grande, MS, v. 2, n. 4, p. 125– 136, jul./dez. 2010.p.

<sup>415</sup> Ao invés de uma leitura “institucional”, seguimos uma leitura do processo de “institucionalização” que aponta para a compreensão de uma construção social da realidade. Cf.: BERGER, Peter; LUCKMANN. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2014.

<sup>416</sup>BELLOTTO, H.L. *Arquivo: estudos e reflexões*. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

precário arquivo corrente no hospital, do qual pouco ou nada sabemos, direto para o Arquivo Geral, sem qualquer tratamento técnico ou jurídico. Do arquivo hospitalar, por conseguinte, temos escassa referência, para além de algumas menções das atas de reunião da Sociedade de Assistência Hospitalar. Em 1927, na divisão interna do HMC, não constava nenhum espaço destinado a arquivo hospitalar.<sup>417</sup> Nos anos 1930, a palavra “arquivo” saltou pela primeira vez na documentação do hospital. Em compensação, não voltou mais. Em 1947, a SAH fundou um Centro de Estudos, que substituiria o antigo Grêmio dos Médicos do Hospital Miguel Couto, criado dois anos antes, e que tinha

por finalidade congregar os médicos dos diversos serviços da instituição, no esforço comum de estudar e desenvolver assuntos medico técnico-científicos, bem como apreciar o movimento das clínicas, apresentar conclusões, fazer investigações, observações, levantar estatísticas, relatórios, selecionar casos, examinar ocorrências diversas, que possam interessar ao progresso cultural da medicina.<sup>418</sup>

Ainda nesse mesmo ano, a SAH afirmava não haver um serviço de estatística nem sequer um fichário.<sup>419</sup> No Centro de Estudos, o médico Paulo Galvão assumiu a função de Bibliotecário, e a descrição das pesquisas sugere a existência de um “arquivo”. Isto é o melhor que temos sobre o arquivo hospitalar no Hospital Miguel Couto entre 1927 e 1955.

Toda essa fenomenologia do apagamento que descrevemos -as lacunas na constituição de um arquivo- implica a configuração de uma “interpretação” do hospital prévia ao trabalho do historiador. O arquivo abre a historiografia limitando suas possibilidades hermenêuticas. Assim, o que lemos nas fontes não é o passado “tal como ocorreu” do paradigma rankeano, mas uma possibilidade aberta, dentre outras razões, pelo “poder de consignação” daqueles que organizaram o arquivo, nomeando as fontes, dispondo em pastas ou caixas, pondo em ordem cronológica ou temática, publicizando uns documentos e pondo outros no segredo (ou descartando/destruindo). Nosso desafio,

---

<sup>417</sup> 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, 2ª Oficial da Secretaria Geral do Estado. Natal, 1927, 10p.

<sup>418</sup> Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da 5ª Sessão Extraordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para Fundação do Centro de Estudos da mesma Sociedade. Natal, 20 jul. 1951, p.73.

<sup>419</sup>Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 0743. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947. p.29.



assim, é realizar a leitura protocolar dos materiais diversos, e encontrar a interpretação hegemônica que irrompe das fontes, encarando-a como uma “memória de dominação”, imposta, produto de uma relação de forças resultante naquele enquadramento apresentado no arquivo.

## 2.11 MAIS UMA VEZ RE-TECENDO A ASSISTÊNCIA...

O quadro assistencial hospitalar norte-riograndense entre 1855 e 1909 organizou-se a partir de dois traços fundamentais: 1) a existência cronológica de dois espaços de cura na cidade, o primeiro dos quais representava a velha concepção do hospital-abrigo, depósito de doentes, marcado pela provisoriidade, enquanto o segundo nasceu sob o signo do “novo”, apoiado na teoria médica dos “bons ares” (versão da Teoria dos Miasmas) e engastado na zona visível e rica da cidade; 2) em ambos, vigorou a administração pública direta, destoando da experiência modelo nacional da presença de uma Santa Casa de Misericórdia na condução da assistência pública de saúde.

A ausência de uma Santa Casa na administração da assistência pública de saúde no Estado já era alvo das preocupações do governo local no começo do séc. XX. Em 2 de dezembro de 1911, o governador Alberto Maranhão aprovou a lei n.311 que permitia ao governo criar acordos com uma sociedade para fornecer “serviços de Santa Casa de Misericórdia”. Em maio de 1927, um grupo de médicos, 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.

Ainda no primeiro encontro, José Lagreca sugeriu chamar-se a nova instituição de Sociedade de Assistência Hospitalar “[...]para dar-lhe um cunho de *originalidade*, embora reconhecesse os grandes e inestimáveis serviços prestados por todas as Santas Casas de Misericórdia no Brasil”<sup>420</sup>. Acordado com o governador José Augusto Bezerra de Medeiros no próprio palácio do governo, que, segundo Januário Cicco, anuíra aos intentos da futura SAH, a sociedade civil mantenedora foi, então, criada e instituída com sua hierarquia, regimento interno e convênio com o Estado, passando a funcionar

---

<sup>420</sup> ARQUIVO Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 198. Sessão Preparatória da Sociedade da Assistência Hospitalar. Ata da primeira sessão preparatória da instalação da Sociedade de assistência Hospitalar. p.2.

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.

Sem nos estender aos detalhes técnico-administrativos, importa-nos sublinhar nessa documentação dois aspectos: a ideia, nas palavras de Lagreca, de “originalidade” predicada à SAH; e a quase identificação entre SAH e o HCJB. A noção do “novo”, mais tarde, em determinado sistema de diferenças linguísticas, também chamado “moderno”, será um traço importante na configuração de um discurso mais amplo sobre o caráter do HCJB (denominado a partir de 1935 de Hospital Miguel Couto).

É igualmente paradigmático que, na documentação administrativa da SAH, o HCJB/HMC seja mencionado quase que exclusivamente em detrimento de outras espacialidades médico-hospitalares, já existentes na cidade. Lembrando que a recém-criada “sociedade benfeitora”, a ela deveria caber o cuidado com a assistência pública em saúde, e isso incluía desde os orfanatos até hospitais especializados. O HMC, sob a administração da SAH, era descrito como a *origem* de um pensamento da saúde na cidade do Natal, *logos* médico-hospitalar, centramento da assistência pública.

**Tabela 5 - “Rede” hospitalar em Natal entre 1909 e 1952**

Hospitais	Ano	localidade
Hospital Infantil Varela Santiago	1936	Cidade Alta
Hospital de Caridade Juvino Barreto (Miguel Couto a partir de 1935)	1909	Petrópolis
Hospital São João de Deus (rebatizado Sanatório Getúlio Vargas, em 1943)	1912	Quintas
Hospital da Marinha	1944	Alecrim
Hospital dos Pescadores	?	Rocas
Policlínica (Hospital Luís Soares)	1939	Alecrim
Casa de Saúde São Lucas	1952	Tirol
Maternidade (Escola Maternidade Januário Cicco em 1952)	1942	Petrópolis
Centro de Saúde (posteriormente Hospital Evandro Chagas, 1943)	1935	Alecrim
Liga Norte-rio-grandense contra o Câncer	1949	Alecrim
Hospício de Alienados	1921	Alecrim

Fonte: Tabulado a partir das informações fornecidas por: CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro: Achiamé; Natal: Fundação José Augusto, 1984.

**Figura 17 - Vista frontal do Hospital São João de Deus**

Fonte: Jornal *A ORDEM*, n.4, 19 jul. 1935.

**Figura 18** - Departamento de Saúde Pública do Rio Grande do Norte.



Fonte: Jornal *A Ordem*, n.9, 25 jul. 1935.

No “Primeiro Censo e Cadastro Hospitalares” da DOH, realizado em 1941-2, o RN contava com 6 instituições hospitalares, concentradas em três municípios dos 42 existentes, para atender uma população de 774.464 habitantes, excogitando-se os estabelecimentos de atendimento de lepra, tuberculose e doenças mentais (estes perfaziam juntos 4 hospitais especializados). Em Outubro de 1956, o jornal *O Poti* informou que o diretor da DOH, Xavier Fernandes, enviaria uma verba de 3 milhões para hospitais do Estado, distribuindo-a entre 13 instituições, listando-os nominalmente: em Natal, o HMC (400 mil), a Policlínica do Alecrim (400 mil) e o Hospital São João (100 mil); em Pau dos Ferros, o Hospital Centenário (150 mil); em Baixa-Verde, o Hospital Geral (100 mil); em São Miguel, o Hospital Geral (100 mil); em Alexandria, o Hospital de Alexandria (400 mil); em Martins, o Hospital de Martins (400mil); em Santa Cruz, Hospital Geral (100 mil); em Nova Cruz, o Hospital Imaculada Conceição (150 mil); em Ceará-Mirim, o Hospital e Maternidade (400 mil); e, em Goianinha, a Sociedade de Assistência Social (200 mil).<sup>421</sup>O Anuário Estatístico de 1965 tabula o total de 13 organizações hospitalares em Natal em 1962, das quais 7 são oficiais e 6 privadas, 5 gerais e 8 especializados. Obviamente, a situação já se apresentava distinta

<sup>421</sup>*O Poti*. 2 milhões e 500 mil cruzeiros para melhoramentos nos hospitais de Mossoró, Pau dos Ferros e Areia Branca e para construção de ambulatórios nos municípios menores de nosso Estado. Natal, 31 out. 1956, n.621.

estatisticamente com relação à finalidade dos estabelecimentos e a proporção público/privado, embora o número ainda fosse pequeno para uma população de 162.527 habitantes na capital. Em 1950, essa população já alcançava a cifra de 103.215 pessoas.<sup>422</sup> Era este o quadro de distribuição dos estabelecimentos hospitalares no período.

Entre 1927 e 1955, como pudemos constatar, vários hospitais foram criados, realidade bem distinta daquela relativa aos primeiros 20 anos do séc. XX, quando o HMC via-se solitário na oferta de serviços médicos na cidade, e sempre às voltas com problemas de subvenções do Estado e quadro profissional deficiente. Dentre os novos hospitais, pelo menos três eram de atendimento geral: o Hospital do Seridó, criado em 1936; a Policlínica do Alecrim, de 1939; e o Hospital São Lucas, estabelecimento hospitalar privado, fundado em 1952. No HMC, à exceção das freiras de Sant'Anna, que cobriam desde a administração até ao trabalho de enfermagem, o médico chefe de clínicas tinha de se haver com um prático, José Nascimento, mais conhecido como “O Enfermeiro”, e com o médico Otávio de Gouveia Varela, que ingressou no nosocômio apenas em 1917. Somente a partir de 1926, com a entrada, mediante concurso, do oftalmologista Adolfo Ramires e o dentista Clidenor Lago, paulatinamente o HMC foi ampliando suas clínicas e consolidando seu prestígio junto à sociedade local. Em 1947, o HMC atendeu cerca de 15.011 pacientes, dos quais 4672 hospitalizados, segundo o caso, nas seções de Maternidade, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia, Dermatologia e Sífilis, Clínica Médica, Pronto Socorro, Casa de Saúde, Ambulatório e Odontologia, além de contar com Laboratório de Análises, Farmácia e Radiologia.<sup>423</sup>

Entre a década de 1930 e 1950, portanto, multiplicaram-se os hospitais no Estado, ainda que poucos, considerando-se a densidade demográfica, e concentrados na capital (dos seis estabelecimentos em 1942, três deles situavam-se em Natal, incluindo-se o HMC). Na Ata da Primeira Sessão Preparatória da SAH, em 18 de maio de 1927, falava-se em criar estabelecimentos hospitalares e administrá-los, assistência médica e amparo aos pobres, com vistas a melhor organizar os serviços da assistência pública. Embora o contrato explicita inicialmente que, já no Art.1º, a administração da

---

<sup>422</sup>INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil: 1965. Situação demográfica, população recenseada, p.34.

<sup>423</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947, p. 29-33.

assistência à saúde pela SAH ocorreria através do Hospital de Caridade<sup>424</sup>, ficava claro que o interesse do Estado seria transferir não apenas o HCJB para a sociedade beneficente mas igualmente *todas as outras instituições de assistência médica*, e isto foi expresso pelo governador José Augusto de Bezerra de Medeiros, conforme relatou o médico Januário Cicco na Segunda Sessão Preparatória.<sup>425</sup>

Figura 19 - Anúncios de clínicas em 1936

21-2-1936

### INDICADOR MEDICO

<p><b>DR. ABELARDO CALLAFANGE</b> CLINICA DE CRIANÇAS Consultorio — Rua dr. Barata, 200 (alto da Casa Gondim) diariamente de 8 às 11 e de 15 às 17 horas. Residência—Rua Assá, 705 — TYROL —</p>	<p><b>DR. J. NEVES</b> Clínica Médica Geral Therapeuticamente específica da Syphilis. Tratamento das doenças da pele. Pneumias microscópicas da genitura no sangue, nas secreções, nos exsudatos, transudatos. Consultorio:—Rua Dr. Barata, 200 das 8 às 10 e das 14 às 16 horas. Teleph. 122 Residência:—Avenida Apody, 201 Telephone 34</p>
<p><b>DR. ADOLPHO RAMIRES</b> Medico oculista Consultorio e residencia: RUA CEL. BONIFACIO (antiga Santo Antonio), n. 722 CONSULTAS: das 10 às 18 horas</p>	<p><b>Dr. Leão Gomes de Souza</b> Clínica medico-cirurgica 2as., 4as. e Gas. Das 13 às 16 horas RUA: — Dr. Barata, n. 200— 1. andar</p>
<p><b>Dr. Assis Miranda Pereira</b> Clínica Médica de adultos e crianças Doenças do aparelho digestivo Consultas: Das 12 às 16 h/2 Consultorio: R. Dr. Barata—200 (alto da Casa Gondim) Residência: Areia Preta—298</p>	<p><b>DR. RICARDO BARRETO MEDICO</b> Consultas com exame de Raio X e radioscopia do coração, pulmão e ossoes. SOSOOO Das 8 às 11 e das 13 às 17 horas NOTA: Gratias aos pobres das 8 às 9, todos os dias CONSULTORIO. Rua Dr. Barata, 210 Res.—Avenida Honório, 511</p>
<p><b>Dr. Honor Marcelino</b> (Especialista em doenças de Senhoras e partes) Tratamento das inflamações crônicas dos ovários, do útero e Fallopia e partes, pelo processo do Prof. Hübner. Tratamento das perturbações da gravidez e da infecção após o parto. Consultorio:—Luzerna Caldas, 88 Consultas: das 10 às 18 horas diariamente Residência—rua 13 de Maio, 543</p>	<p><b>DR. TEDDULO AVELINO</b> Clínica medica Tratamento das doenças internas (especialmente coração, vasos, — pulmões, e da siphilis em suas diversas manifestações) Consultas—das 14 às 17 horas diariamente Consultorio:—Luzerna Caldas, 88 Residência—Av. Deodoro, 601</p>
<p><b>Dr. José Ivo</b> Doenças do adulto e da criança Doenças das Senhoras Consultorio:—Rua Dr. Barata, 200—1. andar Residência:—Av. Dois, 702—ABCERIN NATAL</p>	<p><b>DR. TRAVASSOS SARINHO</b> Ex-interno do Prof. Barros Lima Cirurgião do Hospital M. Cento. OPERACOES—Doenças das Senhoras e Vias urinarias Consultorio:—Rua Dr. Barata, 200—1. andar—Diariamente das 11 às 15 horas Residência:—Rua Felipe Camarão, 435—Phone 58 NATAL</p>
<p><b>Dr. A. Martins Fernandes</b> Clínica medica e molestias das crianças Praça João Maria, 56 — Teleph. 267 Consultas: das 12 às 15 horas Residência: rua 13 de Maio, 482</p>	

Fonte: *A Ordem*. 21 fev. 1936

Figura 20 - Clínicas anunciadas em 1942

**DR. CLAUD MEDEIROS**  
Chefe da clinica dermatologica do Hospital Miguel Couto  
**DOENÇAS DA PELE E SIFILIS**  
CONSULTORIO: Rua Ulisses  
Caldas, 66—1. andar  
Das 14 às 17 horas  
Residência: Rua Trairi, 522  
—NATAL—

**Dr. Gisella Teixeira**  
Cirurgiã-Dentista  
Ex-assistente da cadeira de Clinica Odontologica da Escola de Odontologia anexa á Faculdade de Medicina da Bahia. Ex-assistente do serviço odontologico do Hospital Santa Izabel da Bahia e de Assistência Dentaria Tripartita do Rio de Janeiro.  
Clínica Cirurgica — Pedese e Ortodontia  
Consultas: de 8 às 11 horas e das 14 às 17 horas  
Cont.: R. DR. BARATA 201 - I.  
Phone 2598

**DR. TRAVASSOS SARINHO**  
CIRURGIA GERAL  
Cons. — Edifício Aureliano Sala, 6  
Res.—Travessa Acre, 277—Fozes, 58

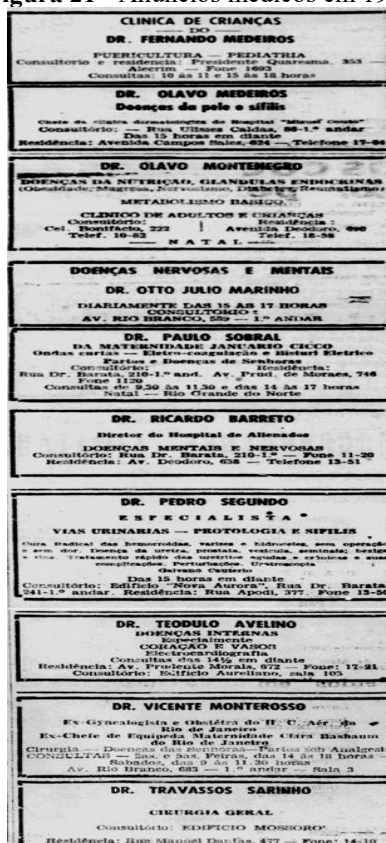
**Odete Roseli**  
CIRURGIA DENTISTA  
Consultas: 8 às 11 e das 13 às 17 horas  
Mantem para empregados no commercio proferença de Horário  
Consultorio — Av. Junqueira Aires, 628

Fonte: *A Ordem*. 11 nov. 1942

<sup>424</sup> Mensagem lida perante a Assembleia Legislativa na abertura da Primeira Sessão da 14ª Legislatura em 1º de outubro de 1927 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros. Natal: Typ. D'A República, 1927. p.61.

<sup>425</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Ata da Segunda Sessão Preparatória para a organização da Sociedade de Assistência Hospitalar. p.5.

Figura 21 - Anúncios médicos em 1952



Fonte: *A Ordem*, 4 jan. 1952.

As instituições de saúde estavam sob a responsabilidade do Departamento de Saúde, que publicava no jornal *A República* os dados em boletins.<sup>426</sup> Posteriormente, percebe-se uma tendência da SAH em dar o tom no conjunto da assistência. No final da década de 1950, por exemplo, a capa do relatório da SAH enumera os espaços “oficiais” de exercício dessa sociedade beneficente: Hospital Miguel Couto, Maternidade Januário Cicco, Serviço de Pronto Socorro, Escola de Auxiliares de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Pavilhão de Assistência Social à Infância e Hospital do Câncer.<sup>427</sup> As grandes campanhas de profilaxia no Estado, muito atuantes nos anos 1920, passaram a ter seu epicentro no próprio HMC à medida que os laboratórios e a farmácia do hospital se

<sup>426</sup> Os Boletins de Estatística Demográfico-Sanitária passaram a ser elaborados em 1921, pela Inspetoria de Higiene de Natal e descreviam dados de mortalidade e moléstias responsáveis pelas mortes, sendo publicados mensalmente. Cf.: FERREIRA, Ângela Lúcia et al. *Uma cidade sã e bela: a trajetória do saneamento de Natal (1850-1969)*. Natal: IAB/RN; CREA/RN, 2008. p.68.

<sup>427</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0830. Relatório apresentado à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente, Dr. Onofre Lopes, referente ao Hospital “Miguel Couto”, Maternidade “Januário Cicco”, Serviço de Pronto Socorro, Escola de Auxiliares de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Pavilhão de Assistência Social à Infância e Hospital do Câncer, no exercício de 1959. Natal, 1959.

tornaram imprescindíveis na tarefa de identificação das moléstias e produção de medicamentos.<sup>428</sup>

Neste ponto, parece-nos que há um entrelaçamento nos fios do tecido entre a narrativa de um “Hospital Moderno” e a narrativa de uma “rede hospitalar” que mal esboçamos. A atitude mental persistente de uma modernidade hospitalar no HMC, mesmo que não propriamente de um Hospital Moderno nos moldes da DOH, atravessou incólume a primeira metade do séc. XX, ao menos nas fontes do APE/RN, sem graves questionamentos ou mesmo dúvidas sobre possíveis limitações dessa formulação. A documentação produzida pela SAH pouco se referiu a outras hospitalidades existentes. Por que esse gesto de esquecimento?

Quando mencionadas, elas costumavam aparecer enredadas em situações argumentativo-retóricas que favoreciam determinados interesses do HMC. Elas não se tornavam “visíveis” por elas mesmas, sendo seu regime de aparição o da ordem da *mimesis*<sup>429</sup>: no esquema origem-cópia-simulacro, estabelecimentos como os hospitais especializados tinham sua identidade conformada como *diferença do (em relação ao) original*, pontificado pela figura do HMC. Essa tentativa de “centramento” da instituição do HMC no contexto da assistência pública em saúde em Natal em detrimento, por conseguinte, das demais unidades hospitalares, que passaram a ocupar as margens do sistema, conduz-nos para uma narrativa em que os fios da textualidade se cruzam na direção de um tecido mais político, de jogo de forças. Não por acaso, o presidente da SAH era o próprio diretor e chefe de clínicas do HMC, sendo assessorado,

<sup>428</sup> O Serviço de Profilaxia da Sífilis, criado pelo Decreto n. 137 de 28 de março de 1921, esteve a cargo do hospital, tendo aí instalado seu posto, e merecendo registro no tomo XIII do Office International D’Hygiène Publique, órgão criado em 1907 em Paris com o objetivo de administrar as convenções sanitárias internacionais e o serviço de coleta e disseminação de informações epidemiológicas sobre os sistemas de saúde no mundo.

<sup>429</sup> Termo grego antigo que significa “imitação”. Em geral, seu entendimento na tradição interpretativa do Ocidente, particularmente no campo da Literatura, ligou-se ao modelo formulado em Platão, no livro X da República, e na *Poética* de Aristóteles. Extraído dessas matrizes, o mimetologismo, então, buscaria explicar a duplicação das coisas a partir da repetição de um original como cópia e a da cópia como simulacro. O caminho de maior proximidade ou afastamento em relação à origem determinaria o grau de conhecimento verdadeiro da realidade do mundo e das coisas, e isto viria acompanhado de uma escala valorativa e hierárquica que sempre supunha a origem como superior às cópias e estas em detrimento do simulacro (cópia da cópia). Desse modo, o HMC era o modelo de hospital, a origem (nem sempre cronológica) da prática moderna hospitalar, devendo, portanto, assumir seu lugar na organização da assistência pública de modo a irradiar seu modelo, em cópias, é claro, para os demais estabelecimentos hospitalares do porvir. Para mais esclarecimentos sobre a temática, indicamos: NASCIMENTO, Evandro. *Derrida e a literatura*: “notas” de literatura e filosofia nos textos da desconstrução. São Paulo: É Realizações, 2015; LIMA, Luís Costa. *Vida e mimesis*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995; Idem. *Mimesis*: desafio ao pensamento. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000; Idem. *História. Ficção. Literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006; Idem. *Mimesis e modernidade: formas das sombras*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.



por sua vez, por médicos e funcionários que também lotariam no HMC suas atividades profissionais de assistência. Esse “logocentrismo” expresso no par antinômico HMC/demais hospitais parecia comandar a história da estruturação da assistência médico-hospitalar de Natal ao longo da primeira metade do século XX.

Nesse novo curso narrativo, então, o desejo da modernidade hospitalar que hierarquizava a assistência à saúde, ocultando outros hospitais ou subordinando-os ao esquema binário e opositivo da estrutura HMC/demais hospitais, funcionava como uma vontade de poder em realização, um esforço de “totalização” da história da assistência hospitalar norte-riograndense consoante o modelo “hospitalocêntrico” imposto pela própria instituição do Miguel Couto. Produziu-se, com efeito, uma narrativa como Totalidade,

[...] um modelo de trofismo auto-referente e violento, dialeticamente afirmativo, que se fecha em sua própria racionalidade autojustificante e que se alimenta de tudo o que é diferente, ou seja, que efetiva o sonho dos séculos: neutralizar toda e qualquer diferença que esteja ao alcance de sua lógica.<sup>430</sup>

Ou, de outro modo, uma narrativa em que

Os mais fortes e vencedores se reservam o sagrado direito de definir efetivamente a sua Verdade, sua Justiça, seu Bem – dos quais sua Lei e sua Ordem (e as de seus lacaios) constituem o posto avançado. Eles crescem e se impõe (sic), com violência aberta ou disfarçada, sobre tudo o que, em lhes sendo diferente, não lhes é indiferente. Esta é a sua lógica real, sua verdade; e sua Verdade é sua Totalidade.<sup>431</sup>

Nesse movimento histórico-narrativo de totalização, no sentido levinasiano proposto por Ricardo Timm, a diferença real é subsumida na diferença lógica, o Mesmo, na sua dinâmica imanente de crescimento, integra o Outro como síntese, redução, trabalho da Razão que se apropria de toda exterioridade.<sup>432</sup> O Outro da narrativa, no caso, os hospitais esquecidos da modernidade hospitalar, autofagicamente desaparecem na composição do HMC-Leviatã e, quando emergem, são acessórios da compreensão do sucesso do Hospital Moderno. Com tal perspectiva, essa última narrativa, pondo em xeque as demais, ou as rearticulando, parece-nos querer avançar na compreensão de

<sup>430</sup>SOUZA, Ricardo Timm de. *Ética, Utopia e Fundamento - o fim da Totalidade e a Recorrência do Real: Igualdade, Tempo e Diferença na aurora do novo século*. In: \_\_\_\_\_. *Em torno à diferença: aventuras da alteridade na complexidade da cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2008. p.67.

<sup>431</sup> \_\_\_\_\_. *Leste Europeu e enfrentamento de Totalidades*. In: \_\_\_\_\_. *Em torno à diferença: aventuras da alteridade na complexidade da cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2008. p.63.

<sup>432</sup> \_\_\_\_\_. *Lévinas e a Razão Ética*. In: \_\_\_\_\_. *Razões plurais: itinerários da Racionalidade Ética do séc. XX: Adorno, Bergson, Derrida, Lévinas e Rosenzweig*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.169.

situações concretas que iluminem esse movimento de totalização. E mais: que libertem os outros da Totalidade, “[...]aquele que chega de *fora*, fora do âmbito do meu poder intelectual, de minha inteligência que vê e avalia o mundo”<sup>433</sup>.

Que rastros dessa “totalização” a textualidade histórica dos arquivos nos teria legado? Nesse momento, vamos optar por trazer fios *de fora* para o tecido textual de nossa narrativa. Recorreremos às memórias médicas, esparsas em livros autobiográficos, escritas por esculápios que atuaram no HMC. Com elas, poderemos avaliar até que ponto essa nova história de totalização ou esforço de “neutralização da diferença”<sup>434</sup> ganharia força ou, ao menos, ampliaria nossos horizontes compreensivos nessa “conversação” que chamamos de Tese.

## 2.12 O INGRESSO DE MÉDICOS NOS QUADROS DO HOSPITAL

O “centrismo” do HMC, apontado em nosso horizonte narrativo, fora alvo, na primeira metade do séc. XX, de algumas críticas de médicos que estiveram envolvidos com o hospital. Até a década 1930, dominava a medicina clínica, mormente domiciliar, ficando os casos de intervenção cirúrgica destinados aos hospitais das maiores cidades, geralmente entidades filantrópicas. Os médicos recém-formados costumavam procurar as portas dos hospitais para trabalhar, ainda que de forma gratuita, entre os indigentes, pois seria a chance de fazer-se conhecer entre os clientes. Aqueles que não ingressavam nos quadros dos hospitais, abriam suas clínicas ou reuniam-se em sociedades civis para fundar um outro estabelecimento hospitalar, como fora o caso do Hospital São Lucas na década de 1940. Desse modo, pertencer à equipe de um hospital geral capitalizava prestígio à profissão médica, dando-lhe publicidade.

E isto ajuda a entender a prática de divulgação dos serviços médicos mediante montagem de peça publicitária, aliando frequentemente atividade privada de consultório com exercício público no HMC, que se tornou uma marca expressiva e habitual nos periódicos da cidade. Uma leitura atenta desses materiais hemerográficos, revela o quanto o sucesso profissional naquele ambiente ainda provinciano dependia essencialmente de uma vinculação de trabalho com o principal hospital geral da cidade,

---

<sup>433</sup> \_\_\_\_\_. Por uma Teoria da Responsabilidade Social. In: \_\_\_\_\_. *Em torno à diferença: aventuras da alteridade na complexidade da cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2008. p.140.

<sup>434</sup> Idem. O século XX e a desagregação da Totalidade. In: \_\_\_\_\_. *Totalidade e desagregação: sobre as fronteiras do pensamento e suas alternativas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996. p.18.

de modo a construir uma identidade médica reconhecível entre a população. Daí as distintas propagandas apelarem para a imagem do HMC como estratégia retórica de persuasão.

**Figura 22** - Clínica Cardiológica e Sifiligráfica

**Dr. Teodulo Avelino**  
**DO SERVIÇO DE CLÍNICA**  
**MÉDICA DO HOSPITAL**  
**"MIGUEL COUTO"**

Doenças do coração vasos e pulmões

Tratamento da sífilis nas suas diversas manifestações

Consultas—das 14 às 17 horas diariamente

Consultorio: Edifício Aurellano —1. andar—sala 2—Praça Augusto Severo, 250—Fone 349

Residência:—Av. Deodoro, 604

Fonte: *Jornal A Ordem*, 5 ago. 1937.

**Figura 23** - Serviço de Radiologia

**Raios X**  
**Medicina Interna (TUBERCULOSE PNEUMOTORRAXE)**  
**Dr. Carlos A. Passos**

Chefe do Serviço de Radiologia do Hospital Miguel Couto  
 Ex Assistente técnico do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose  
 Ex Assistente do Serviço de Rato X e Tuberculose do Prof José Silveira, da Faculdade de Medicina da Bahia  
 Consultas das 16 às 18 horas  
 Consultorio: Edifício Aurellano—sala 4—1. andar—Phone 349  
 Praça Augusto Severo 250  
 Residência: Av. Junqueira Ayres, 417—Phone 279

Fonte: *Jornal A Ordem*, 9 fev. 1938.

**Figura 24** - Clínica Cirúrgica

**Dr. Travassos Sarinho**  
**Cirurgião do Hospital Miguel Couto**

Cirurgia geral. Doenças das Senhoras  
 — Vias urinarias —

Consultorio: Rua Dr. Barata, 231—1.  
 Das 14 hs. em diante.

Residência: Av. Deodoro, 638 — Phone 58

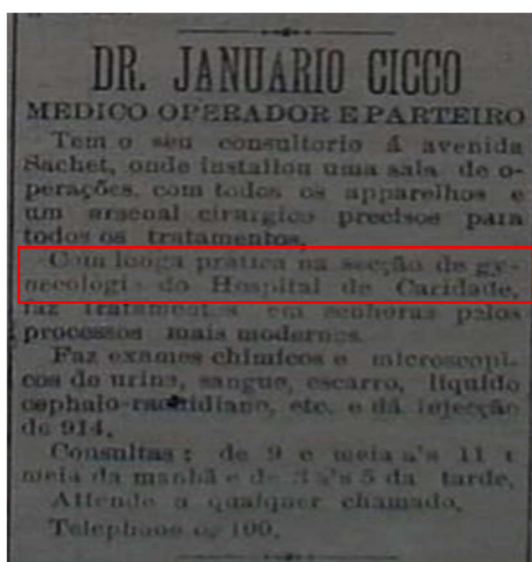
Fonte: *Jornal A Ordem*, 25 jul. 1935.

Exemplo dessa rarefação de emprego para os médicos naquele período pode ser ilustrada com a história profissional do próprio médico diretor do HMC. Desde 1906, quando regressara a Natal, abriu uma clínica na Av. Sachet, no térreo da casa onde morava, sendo depois transferida, em 1910, para a rua Senador José Bonifácio, n.17.<sup>435</sup> Quando assumiu a função médica no hospital (1909), suas atividades como clínico geral

<sup>435</sup> A REPÚBLICA. *Dr. Januário Cicco*, 26 de julho de 1910.

tiveram continuidade, praticamente sem interrupção. Na época de Januário, a formação médica era geral, não havendo especialidades como conhecemos hoje. Ao longo da carreira, o próprio médico buscava se identificar com alguma área ou domínio de sua profissão. Assim, Januário informava receber qualquer caso de operação e ainda acrescentava a “otorrinolaringologia”. Com o tempo, percebemos que as escolhas feitas com relação às “especialidades” acabavam mudando, talvez com o objetivo de atrair mais a clientela. E a referência ao trabalho no hospital já se fazia anúncio de jornal em 1º de dezembro de 1913, como “operador e parteiro”.<sup>436</sup>

**Figura 25** - Propaganda no jornal com oferta dos serviços do médico que dirigia o HMC



Fonte: A REPÚBLICA. *Dr. Januário: médico operador e parteiro*, 1º de dezembro de 1913.

**Figura 26** - Serviço médico oferecido na Farmácia Torres

**Pharmacia Torres**  
 DO PHARMACEUTICO  
**Joaquim Torres**  
 RUA DA CONCEIÇÃO, 16

Drogas chimicamente puras, productos chimicos e pharmaceuticos de todas as procedencias.  
 Consultas medicas a qualquer hora no **CONSULTORIO DA PHARMACIA**; attende-se com urgencia todos os chamados medicos.  
 Recettuario aviado com promptidão e segurança sobre a responsabilidade do proprietario, pharmaceutico **JOAQUIM TORRES**, que attende a qualquer hora da noite em sua residencia, á avenida Rio Branco, 21 todos os misteres profissionais.

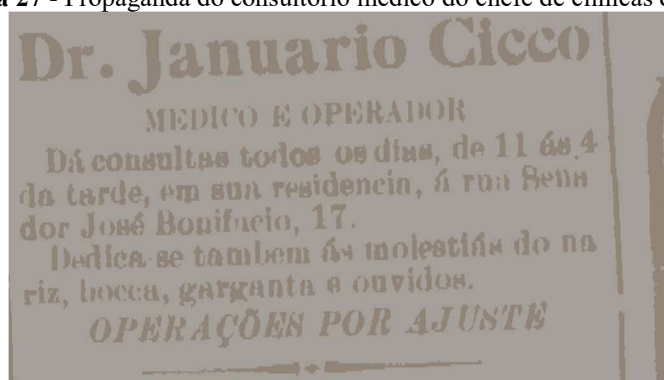
**HORARIO DO CONSULTORIO**

Dr. Paulo de Abreu	— consulta das 8 ás 9 horas — manhã
Dr. Affonso Barata	“ “ 11 “ 12 “ “
Dr. Paula Antunes	“ “ 12 á 1 hora — tarde
Dr. Mario Lyra	“ “ 1 ás 2 horas “
Dr. Januário Cicco	“ “ 3 “ 4 “ “
Dr. Calistrado Cordeiro	“ “ 4 “ 5 “ “

Fonte: A REPÚBLICA. *Annúncios*, dezembro de 1910.

<sup>436</sup> A REPÚBLICA. *Dr. Januário: médico operador e parteiro*, 1º de dezembro de 1913.

Figura 27 - Propaganda do consultório médico do chefe de clínicas do HMC



Fonte: A REPÚBLICA. *Dr. Januário Cicco*, 26 de julho de 1910.

De volta à av. Sachet, seu consultório atendia agora a “senhoras”, usando-se “os processos mais modernos”, utilizando, inclusive, sua experiência na “seção de gynecologia” do hospital como argumento de competência! Seus serviços também incluíam consultas em farmácias, como a do farmacêutico Joaquim Torres, na Av. Rio Branco, atendendo das 15 às 16h.<sup>437</sup> Assim, o trabalho no hospital geral da cidade acabava funcionando como boa peça de propaganda dos serviços da medicina liberal. Entende-se agora o quanto fazer parte destes estabelecimentos hospitalares tornava-se importante para os médicos e o quanto seu ingresso neles requeria esforço e, também, uma “rede de lealdades” disposta a interceder pelo demandante a vaga.

Não raras vezes, encontramos relatos que apontam o HMC como uma barreira para o exercício médico de profissionais. Clóvis Travassos Sarinho, médico-cirurgião, alegava que o diretor “procurava selecionar com muito rigor, entre os médicos, aqueles que desejavam trabalhar no Hospital, exercendo além disso as suas funções junto aos colegas com excesso de autoridade”<sup>438</sup>. A ausência de serviços de urgência, normalmente mantidos pelas prefeituras, alimentava, no dizer de Sarinho,

[...] a preocupação de muitos colegas, especialmente dos mais novos, que sentiam a necessidade de expandir suas atividades profissionais, reconhecendo, porém, as dificuldades que tinham de enfrentar. Quem quer que tentasse a prática da medicina em Natal até o ano de 1944 teria que se adaptar a exigências e a determinadas normas adotadas no único hospital geral existente em nossa capital.<sup>439</sup>

<sup>437</sup> A REPÚBLICA. *Annúncios*, dezembro de 1910.

<sup>438</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p.39.

<sup>439</sup> \_\_\_\_\_. *Casa de Saúde São Lucas: notas sobre a fundação e primeiros anos de funcionamento*. Natal: [s/d], 1981. p.9.

Os médicos Hermes Caldas Bivar e Lauro dos Guimarães Wanderley eram norte-riograndenses e tiveram sua candidatura negada nesse “rígido” processo avaliativo.<sup>440</sup> Bivar era de família de médicos, filho de Celso Caldas, e morava em Recife, onde trabalhou como cirurgião durante alguns anos no serviço de Pronto Socorro. Mais tarde, mediante concurso, tornou-se livre-docente na Faculdade de Medicina. Wanderley, por seu turno, fez carreira em João Pessoa, tornando-se cirurgião de elevado conceito entre os médicos paraibanos, fundador da Faculdade de Medicina da Paraíba, da qual foi diretor. O currículo dos candidatos - construído posteriormente, é claro -, serve-nos de baliza para avaliar o controle do ingresso de médicos no HMC. E isto não foi caso isolado.

O médico Olavo de Medeiros, aluno do conhecido professor Eduardo Rabelo<sup>441</sup> no Rio de Janeiro, e mesmo sob indicação de colegas do hospital, teve de aguardar longo período de espera. Pensava em desistir quando chegou-lhe o convite para trabalhar em clínica especializada, a dermatológica. Como o lemos, esse controle é expressão de um “centrismo”, no sentido derridariano, que o HMC exercia na assistência à saúde da capital, e que reforça a construção da narrativa de “neutralização da diferença” que já esboçamos. Colocar-se no centro do atendimento à saúde, como único hospital geral, recrutando médicos em concursos (?) que mais pareciam testes na

---

<sup>440</sup> Idem, *ibidem*, p.10.

<sup>441</sup> Nasceu em 22 de setembro de 1876, em Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro. Filho de Eduardo Rabello e de Maria Teodora dos Reis Rabello. Doutorou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1903, defendendo a tese intitulada “Hematologia da anquilostomíase”. De 1904 a 1915 foi auxiliar-técnico e assistente do Laboratório Bacteriológico da Saúde Pública. Especializou-se em radiologia e fundou o “Instituto do Rádio da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”, instituição pioneira na radioterapia brasileira que funcionava na antiga capital. Como docente foi professor da cadeira de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi sócio fundador e diretor da Fundação Gaffrée e Guinle. Eleito Membro Titular da Academia Nacional de Medicina, em 1917, com memória intitulada “Dermatomicoses”. Durante o tempo em que esteve na instituição exerceu o cargo de Presidente da Seção de Medicina Especializada (1930-1931) (1931-1932) (1932-1933). Nomeado Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, quando lhe coube redigir a primeira legislação antivenérea no Brasil. Fundador da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a qual presidiu no período de 1925 a 1940. Foi sócio fundador da Sociedade Brasileira de Radiologia. Com auxílio de amigos e graças ao seu imenso prestígio social, Rabello construiu entre 1930 e 1931, o Pavilhão São Miguel, transformado em notável Clínica Dermatológica e sede de sua Cátedra, na Faculdade de Medicina. Foi Professor de Clínica Dermatológica da Faculdade Nacional de Medicina. O Dr. Eduardo Rabello tem o seu nome perpetuado no Hospital de Geriatria e Gerontologia, localizado no bairro de Campo Grande, Zona Oeste do Rio de Janeiro. Faleceu em 8 de agosto de 1940, no Rio de Janeiro. **Extraído de:** [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=294](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=294).

construção de “laços de lealdade”<sup>442</sup> na formação da equipe do hospital. A fala de Sarinho a esse respeito parece-nos elucidativa:

Tudo faz crer que, à época, já funcionava um bom serviço de informações. Que houvesse um certo rigor na seleção daqueles que deviam compor o corpo clínico do hospital, não resta dúvida que era até conduta salutar, mas nem sempre pesavam no julgamento as principais qualidades dos candidatos. O fato a que aludimos não ocorria em outras cidades, onde, pelo contrário até facilidades existiam para entrada de novos médicos, o que só podia contribuir para maior eficiência dos serviços hospitalares.<sup>443</sup>

Tal “serviço de informações” que o médico dermatologista aventou nessas memórias parecia ser prática já conhecida entre os esculápios. Quando o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC) instalou sua delegacia em Natal, deliberou realizar logo um concurso para provimento dos cargos em diversas especialidades. A totalidade das provas deveria ter sido realizada nas dependências do HMC, como era de se esperar. Contudo, a pedido de um dos candidatos, a prova de cirurgia fora transferida para a Casa de Saúde. Assim, o postulante a vaga garantia que as incompatibilidades com a direção do HMC não interfeririam no resultado da avaliação.<sup>444</sup> Não sabemos se o “Serviço de Informações do Hospital” funcionou dessa vez... Mesmo em se tratando de memórias pessoais, de qualquer modo, é plausível, sim, fiarmo-nos nesses relatos, que conferem certa plausibilidade à narrativa hospitalocêntrica que se adensa por aqui. E eles se enredam bem com outros “agregados de acontecimentos”, como (1) as frequentes intervenções políticas em outros estabelecimentos hospitalares e as (2) discussões a respeito da destinação de subvenções do Estado aos hospitais. Puxemos, então, alguns fios mais dessa textualidade de Penélope.

---

<sup>442</sup> Richard Rorty usa o termo “lealdade” como substituto da noção kantiana de uma obrigação moral universal do agir, que categoricamente resolveria o conflito das relações entre diferentes grupos. Pautado na ideia hegeliano-marxista de que a lei moral é produto de uma rede concreta de práticas sociais, Rorty prefere descrever o comportamento moral em termos de lealdade que de justiça. Desse modo, a razão prática não deveria guiar-se nos universais, com a suposta “autoridade” da razão; o caminho seria o da conversação como um processo de chegar a um acordo pela persuasão, afastando a dicotomia razão/sentimento e apostando no entendimento como “graus de coincidência de crenças e desejos”. Com efeito, os médicos que entravam no HMC o faziam em grau de lealdade que os habilitava a fazer parte do “grupo dos médicos do hospital”. As dificuldades na entrada criavam certa coincidência das “redes de crenças e desejos” na constituição dos quadros de funcionários. Cf.: RORTY, Richard. A justiça como uma lealdade maior. In: \_\_\_\_\_. *Filosofia como política cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.p.89 et seq.

<sup>443</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Casa de Saúde São Lucas: notas sobre a fundação e primeiros anos de funcionamento*. Natal: [s/d], 1981. p.11.

<sup>444</sup> Idem, *Ibidem*, p.39.

## 2.13 OS TENTÁCULOS DO LEVIATÃ

Algumas fontes nos permitem conjecturar, ao menos, certo grau de ingerência do HMC nas atividades de outros nosocômios hospitalares. De acordo com o Termo do Segundo Aditivo<sup>445</sup>, assinado pelo governador Antônio Fernandes Dantas, em 14 de fevereiro de 1945, estabelecia-se a criação do Serviço de Pronto-Socorro (PS) do HMC, a ser organizado, regulamentado e executado pela SAH. Sancionado pelo Decreto-Lei nº363/45, o Serviço de PS teve sua tão aguardada inauguração realizada em 30 de dezembro de 1945, e compunha-se de dois tipos de serviço, como previsto na documentação oficial: externo, cujos atendimentos seriam prestados fora do espaço hospitalar (escola, ruas, fábricas, estabelecimentos comerciais), e interno (internamentos de urgência). Seu Regimento determinava que o esse serviço deveria compor-se de médicos, enfermeiros e de mais auxiliares sob inteira responsabilidade da SAH; oferecer serviços gratuitos aos indigentes ou remunerados aos pensionistas, conforme valores estabelecidos pela Diretoria; e, ter como sede da função o HMC. Além do mais, orientava-se que fosse um serviço ininterrupto e equipado com ambulatório, raio-x, farmácia, sala de operações, de ortopedia, serviço de hemotransfusão, enfermarias para indigentes e apartamentos para contribuintes.<sup>446</sup> Tratava-se, portanto, de um serviço de urgência para pronto atendimento aos enfermos.

Neste mesmo ano, com alguns meses de antecedência, um grupo de médicos fundava, em 18 de outubro, uma sociedade com o objetivo de criar uma Casa de Saúde, embrião do futuro Hospital São Lucas. Inicialmente composta de uma dezena de membros, a associação desejava suprir a carência de hospitais na capital, em especial de um Pronto Socorro. Meses depois, em dezembro... o Diretor do HMC criou o Serviço de PS e “convidou” o médico-cirurgião José Tavares da Silva para chefiar tal serviço. Ocorre que Tavares pertencia, àquela altura, ao grupo da Casa de São Lucas e já não tinha vínculos com o HMC desde 1934, quando abandonou a clínica cirúrgica por desentendimento com o médico Januário Cicco.<sup>447</sup> Coincidência? Sarinho não digeriu

---

<sup>445</sup>Rio Grande do Norte. Termo do 2º aditivo ao contrato celebrado entre o Governo do estado e a SAH. Natal (RN),1945.

<sup>446</sup> Rio Grande do Norte. Decreto-Lei nº363. Criação do Serviço de Pronto Socorro a cargo da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal (RN),1945.

<sup>447</sup> Efetivamente, na Prestação de Contas de 1945, José Tavares aparece chefiando o Serviço de PS: “[...]compenetrados do seu elevado alcance, entregamos a sua chefia ao conceituado cirurgião, Dr. José Tavares da Silva, que por sua vez convidou para os cargos de Inspetores outros cirurgiões e médicos de reconhecido mérito”. (Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência



bem: “O convite ao colega foi para retirá-lo do nosso grupo, e em parte, o objetivo foi alcançado”.<sup>448</sup>

Outro caso emblemático dessa lavra ocorreu, dessa vez, com a Policlínica do Alecrim, o segundo hospital geral de Natal em condições de receber casos de clínica médica, cirúrgica geral e obstétrica. Projetado pelo engenheiro Gentil Ferreira de Souza (prefeito de Natal durante a Segunda Guerra), sua construção teve início em 1º de outubro de 1942, e começou a funcionar em 1º de março de 1944. No lançamento da pedra fundamental, estavam presentes importantes autoridades do Estado como o Interventor Federal Rafael Fernandes Gurjão, o Desembargador Antônio Soares, o presidente do Tribunal de Justiça, o Almirante Ari Parreiras, o General Cordeiro de Farias, o Arcebispo de Natal, D. Marcolino Dantas, e outros tantos médicos. O comparecimento dessas autoridades revelava o prestígio de que gozava o novo estabelecimento.<sup>449</sup>

Na época, o atendimento às parturientes costumava ser feito em uma das enfermarias do HMC, pois ainda não havia uma maternidade na cidade. A Policlínica resolveu, então, instalar uma enfermaria de dez leitos destinada a mães indigentes, e tendo como chefe o médico Etelvino Cunha. A manutenção dessa enfermaria, dado que a Policlínica não amalhava recursos suficientes, estaria dependente de subvenção da Legião Brasileira de Assistência, instituição criada por Darcy Vargas para atender as famílias dos soldados que iam à Segunda Guerra e que acabou se estendendo posteriormente aos indigentes em geral. Tudo parecia correr bem, quando... o Interventor Federal General Fernandes Dantas informou à Policlínica que, a pedido de Januário Cicco, “a quem não podia faltar por haver entre ambos antiga amizade”, não poderia continuar com o convênio antes acertado. A Sala Maternal, como seria chamada a nova enfermaria, nasceria natimorta, sem ver a luz do dia.<sup>450</sup> O médico Clóvis Sarinho relatou que essa postura do diretor do HMC não era pontual, como se pode imaginar,

---

Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Ubaldo Bezerra pelo Doutor Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. Natal, 1945. p.26-27). Na inauguração do PS, em 30 de dezembro, Tavares ainda pronunciou discurso: “[...] o Dr. José Tavares da Silva pronunciou brilhante oração, que se constituiu numa lição de traumatologia, na qual os seus grandes conhecimentos plasmaram conceitos de notável científico”. (Ibidem, p.27-28).

<sup>448</sup> SARINHO, Clóvis de Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: [s/l], 1988. p.103.

<sup>449</sup> Idem, *ibidem*, p.77.

<sup>450</sup> \_\_\_\_\_. *Fatos, episódios e datas que a memória gravou*. Natal: Nordeste Gráfica, 1991. p.132.

mas teria se expressado em diversas ocasiões, combinando advertências pessoais com críticas às próprias instituições:

Antes o Dr. Januário já havia repreendido o Dr. Etelvino Cunha, seu colega, amigo e antigo cliente. O Dr. Januário não admitia que outros se dispusessem a criar serviços hospitalares, e a prova disso foi a inimizade com o grande médico norte-riograndense Varela Santiago desde o começo de sua vida profissional. O mesmo prêmio receberiam aqueles que mais tarde construíram a Casa de Saúde São Lucas. Além disso, no caso em estudo, o novo Hospital, na sua opinião, era uma **Pocilga**.<sup>451</sup>

A mesma LBA, um ano depois desse episódio, fora alvo de suaves encômios pelo diretor do HMC durante a Prestação de Contas da SAH:

A Legião Brasileira de Assistência considerou que qualquer contribuição que se fizesse ao Hospital “Miguel Couto” estaria prestando assistência ao soldado combatente, pois de ordinário os que estão recolhidos a esta casa são pais, ou filhos, ou irmãos, parentes, enfim, daqueles que lutaram noutra parte do mundo pelas liberdades democráticas, contra a tirania e a prepotência, contra o totalitarismo e a ruína integral do homem, e veio ao nosso encontro, dando-nos o auxílio de cr\$ 50.000x [cruzeiros], pela mão generosa de Dona Dulce Pinto Dantas, digníssima Presidenta da Comissão estadual da benemérita Instituição, contribuindo assim para a aquisição das cem camas necessárias às novas instalações.<sup>452</sup>

## 2.14 VERBAS, VERBUM...

Nesse mesmo movimento hospitalocêntrico – apostamos, por aqui, nossas fichas em tal narrativa -, esbarramos em frequentes críticas da SAH a casas de saúde, sejam organizações comerciais, sejam sociedades por ações, que receberiam subvenções estatais indevidamente, na base de relações de “camaradagem” nada republicanas ou democráticas. Assim, pelo menos, asseverava a diretoria da SAH. Na década de 1940, a diretoria dessa sociedade beneficente relatou vários desses casos, sempre no contexto de precariedade financeira do HMC. Queixava-se da má distribuição das cotas oriundas dos departamentos de assistência pública. Na Prestação de Contas de 1943, o diretor do HMC reclamou da verba anual endereçada ao Asilo São Francisco de Assis no valor de

---

<sup>451</sup> Ibidem, p.79.

<sup>452</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Ubaldo Bezerra pelo Doutor Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. Natal, 1945. p.16.

cr\$ 268.800 cruzeiros anuais para manter um número fixo de 180 isolados, sem a complexidade de uma assistência total, enquanto o HMC houvera recebido somente cr\$ 152.760 cruzeiros no ano para dar conta de 10.229 doentes, incluindo-se o salário do barbeiro e a despesa do telefone, sendo 3174 internados e 7055 do Ambulatório. De acordo com o responsável pela Prestação de Contas,

Esta demonstração não quer dizer que se dê menos à Colônia São Francisco; ao contrario, que se lhe dê muito mais, para a instalação de recursos que lá não há, para maiores possibilidades científicas para aquele isolamento de leprosos; mas que se não restrinjam os auxílios ao nosso nosocômio, onde são atendidos todos os casos da cidade e interior do Estado e, principalmente porque o Hospital “Miguel Couto” é patrimônio do Estado, patrimônio cultural também, legado precioso aos estudiosos de amanhã.<sup>453</sup>

No mesmo documento, o diretor deu início a uma série de críticas desfechadas ao uso da Maternidade de Natal como Hospital Militar, ataques que durarão até o começo dos anos 1950, já no pós-guerra.<sup>454</sup> Em 1945, em outra Prestação de Contas, o alvo agora era uma Casa de Saúde, propriedade de uma Sociedade por ações, que não teria, por lei, direito a subvenções do Estado nem contratos comerciais autoridade pública. Tal Casa de Saúde tinha apenas 20 leitos disponíveis e recebia uma verba de cr\$ 150.000 cruzeiros, algo equivalente ao que recebera o HMC ao longo de dez anos, mas atendendo clientela bem mais numerosa, como foi em 1944, com 3163 atendimentos médico-cirúrgicos. Argumentava Januário Cicco que uma sociedade comercial, que visava produzir dividendos entre acionistas, não teria direito de receber subvenções do Estado, muito menos aquela quantia. E procedeu a um cálculo do valor diário do leito para comprovar as diferenças entre o HMC e a referida Casa de Saúde:

Suponhamos que os vinte leitos estiveram ocupados o ano inteiro; que cada doente esteve em média, num cálculo otimista, dez dias em cada leito. Esses vinte leitos teriam dado assistência a 730 enfermos, e o leito-dia teria custado vinte cruzeiros e cinquenta e quatro centavos, cr\$ 20,54 centavos, referentes aos 150.000,00 cruzeiros, para o total dos doentes. [...] Evidentemente, o estado foi enganado, pois quando o Hospital “Miguel Couto” tinha de subvenção apenas 150.000,00 cruzeiros, durante dez anos, dando hospitalização a 2982 doentes, com

---

<sup>453</sup>Arquivo Público Estadual do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Interventor Federal General Antonio Fernandes Dantas pelo dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. Natal, 1943. p.4.

<sup>454</sup> Essa questão é central para nosso trabalho, e constituirá uma importante inflexão narrativa. Deixaremos para entramá-la no próximo capítulo.

Pronto Socorro, Ambulatório, em cujo serviço foram beneficiados, em 1944, exatamente, 5295 doentes, o preço do leito-dia foi de pouco mais de seis cruzeiros.<sup>455</sup>

Em 1946, suas críticas subiram o tom. Passou a afirmar peremptoriamente que o Estado “desviava” dinheiro para subvencionar Casas de Saúde pertencentes a sociedades comerciais, o que estaria, segundo ele, em desacordo com o Decreto-Lei n.527, de 1º de julho de 1938, capítulo II, alíneas C e D, Art. 6º. A correção dessa suposta distorção, no entender do diretor do SAH, seria reverter esse subsídio ao HMC, pois este funcionava como “estabelecimento semi-oficial” cujo patrimônio pertencia ao Estado e servia aos mais pobres. É importante notarmos que o chefe de clínicas do HMC costumava aliar as exigências dos compromissos financeiros do Estado com a assistência pública a uma encarniçada resistência à prática médica vista por ele como uma “medicina mercenária” ou “indústria de doentes”:

O Estado beneficiará a sua gente mandando reverter a importância que ilegalmente dá a certa Casa de Saúde, ao Hospital “Miguel Couto”, por espírito de elementar justiça, pelo dever de melhor acautelar os dinheiros do povo e para a exata aplicação as nossas necessidades hospitalares. Os governos não devem ter amigos na distribuição da Justiça; as coisas publicas devem ser cuidadas com a severidade da lei, dentro das normas do direito e do dever cívico. O comercio, sob qualquer aspecto ou modalidade, ficará para aquele que explora suas vantagens, dentro da procura e da oferta. A medicina não deve ser mercenária, e as instituições que negociam com doentes teem o mesmo lampejo dos bazares e armarinhos. Nesses estabelecimentos não há o interesse pelo próximo, mas aneio de fortuna, lucro fácil pelos exploradores da industria de doentes. Não é a mesma coisa que se exige da remuneração dos doentes contribuintes, nos hospitais beneficentes, porque essa paga irá se converter em beneficios á pobreza, melhorando-se as instalações hospitalares, adquirindo-se recursos para a cura dos desfavorecidos [...].<sup>456</sup>

As críticas desfechadas por Januário Cicco às práticas médicas de “bazares e armarinhos” revelam o conflito entre sua visão da medicina como “uma técnica moral-dependente, que apontava à construção de vínculos de confiança no encontro

---

<sup>455</sup>Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº Snr. Ubaldo Bezerra pelo Doutor Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. Natal, 1945. p.4.

<sup>456</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743.Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. p.29.

clínico”<sup>457</sup>, alimentada pelo imaginário da vocação (“não trabalho por dinheiro”<sup>458</sup>, afirmava), e uma medicina liberal mais voltada para o mercado, dando já os primeiros passos no caminho de um “projeto tecnológico e assistencial” de uma “medicina tecnológica”.<sup>459</sup>O diretor do HMC colocava, portanto, as Casas de Saúde na condição de uma medicina mercadológica, no jogo da oferta e procura entre os “deglutidores de dinheiro fácil”. Daí a denúncia sobre a situação de “maior vergonha” do Asilo dos Alienados e o “suplicio” do Isolamento dos Tuberculosos, ambos os estabelecimentos vivendo em estado de precariedade, graças ao “desvio das subvenções” dos cofres do Estado para os “magnatas das Casa de Saúde”, que promoviam festas de caridade e quermesses para obter doações do comércio e famílias bem como contratos e subvenções públicas.

E as estratégias descritas para arrecadar fundos, segundo o diretor do HMC, eram muito variadas, cultivando promessas diversas e publicidade:

[...] rodam pela cidade os magnatas das Casa de Saúde, estampando na imprensa estatísticas astronômicas de benefícios prestados, com proclamações de curas maravilhosas, publicando falsas entrevistas sobre suas inegualáveis instalações para a atração do dinheiro alheio e, pior do que tudo, anunciando a cura nesses próximos dias e volta à atividade de um paralisado, desenganado por sumidades, na matéria e que, infelizmente, só no outro mundo levantará para pedir a Deus um pouco de juízo para os débeis mentais. Quem não se esqueceu do convite a certo bispo resignatário, para residir na famosa Casa de Saúde, também não olvidou a exploração que se iria tentar, às custas de um sacerdote septuagenário.<sup>460</sup>

---

<sup>457</sup>SCHRAIBER, Lilia Blima. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza em la práctica profesional del siglo XXI*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2019. p.5.

<sup>458</sup>Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade Januário Cicco no exercício de 1951. Natal, 1951. p.7.

<sup>459</sup>No livro *El médico y la medicina* (2019), compilação de duas outras obras, *O médico e seu trabalho: Limites da liberdade* (1993) e *O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança* (2008), Lilia Blima trabalhou com relatos históricos de médicos paulistas de quatro áreas da medicina (clínica, cirurgia, pediatria e ginec obstetrícia), entre 1930 e 1985, estudando como tais histórias de vida revelavam as mudanças ocorridas na profissão médica ao longo da segunda metade do séc. XX. Segundo Lilia Blima, a estruturação da organização médica e assistencial podia ser dividido em dois períodos: a medicina liberal, do pequeno produtor de consultório privado, e a medicina tecnológica, que transitaria entre 1960 e 1980, desembocando, daí por diante, na medicina empresarial centrada no hospital, marcados pela tensão entre o assalariamento e a gestão empresarial da saúde. Nessa perspectiva, a atividade da medicina era pensada por Januário como a aliança entre a prática médica vocacionada tradicional e a medicina liberal ainda não “dependente” do mercado no sentido das emergentes organizações médicas tipicamente empresariais como a sociedade por ações ou organizações comerciais.

<sup>460</sup>Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência

Em 1951, relatou-se até um hospital “fantasma” que teria recebido cr\$ 200.000,00 cruzeiros, enquanto o HMC recebera uma verba federal de cr\$ 90.000,00 para administrar os 418 leitos existentes no hospital!<sup>461</sup> As alegações acerca do Asilo do Alienados e do Isolamento dos Tuberculosos, ao contrário do que podem revelar à primeira vista, entram na retórica januariana como elementos que substancializam o argumento hospitalocêntrico do HMC. E os “outros do Miguel Couto” ... podiam falar? Aí entra aquela “fenomenologia do apagamento” à que aludimos em outra seção: o arquivo que produz esquecimento, a arquiviolência originária alertada por Derrida. A fala do outro “enquanto tal” só pode “aparecer” como *re-presentação*, no sentido teatral do termo, como cena cujo roteiro coube ao HMC escrever. Na política do arquivo, a singularidade do Outro, da Diferença, toma o lugar do Mesmo, apagando-se no jogo do movimento histórico de totalização articulado na narrativa hospitalocêntrica.

“Enquanto tal”, não mesmo. Não como aparição...não como chama... Mas, como cinza! Sim, “restância” do traço, daquilo que se quis evitar, pois algo sempre resta depois da queima. “A maldade humana, a má vontade de uns, a perversidade de muitos e a inveja de outros atribuem-nos qualidades negativas [...]”<sup>462</sup>, disparou o chefe de clínicas do HMC, em 1939. Em 1942, no chamado esforço de guerra, o HMC cedeu ao exército Brasileiro a Maternidade do Natal para sediar o Hospital Militar. A partir de então, inaugurou-se uma querela que durou até meados de 1950, quando, então, a maternidade, agora rebatizada Maternidade Januário Cicco, finalmente abriu suas portas ao público. Em 1945, ainda no seio dessa controvérsia, Januário enviou um “Recurso” ao Ministro da Guerra, relatando as “informações tendenciosas” que o diretor do Hospital Militar teria feito circular entre os militares. Antes de reproduzir a carta, preambulou:

[...] achei de justiça encaminhar ao Snr. Ministro da Guerra o RECURSO abaixo, pondo em evidencia o impatriotismo do responsável também pelo estado de ruínas e sujeira do prédio, que lhe foi confiado, desse palácio que é o edifício da Maternidade de Natal,

---

Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p. 30-31.

<sup>461</sup>Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Presidente Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade Januário Cicco no exercício de 1951. Natal, 1951. p.7.

<sup>462</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 208, Estante 7, Prateleira 6. Relatório apresentado ao Governo do Estado pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, Dr. Januário Cicco, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1938. p.7.

tão maltratado pelos inimigos da pobreza honesta, desses mesmos que em torno da ação da Sociedade de Assistência Hospitalar criaram uma atmosfera de antipatia perante o seus superiores, convencendo-os até de que eu, na qualidade de Diretor de uma Sociedade beneficente havia avançado sobre o Hospital “Miguel Couto” e queria avançar sobre a Maternidade, como transformára o Hospital “Miguel Couto” em Hotel”.<sup>463</sup>

Parecia, assim, que o HMC, no entendimento de algumas autoridades militares locais, avançava infrene nos diferentes territórios da saúde, “deglutidor” ... Januário defendeu-se da acusação, apresentando seu arrazoado:

Declarada a guerra e constituída aqui uma base americana, a falta de hotéis nesta cidade exigiu da nossa colaboração ao esforço de guerra uma pequenina parcela de bôa-vontade; e á pedido do então Interventor Federal, dr. Rafael Fernandes, accedemos ao imperativo do momento, permitindo que nos seis apartamentos de luxo do Hospital “Miguel Couto” fossem alojados hospedes ilustres, entre os quais lá estiveram almirantes, generais e ministros brasileiros; Marie Curie, a Rainha das Indias, a princezinha sua filha e comitiva; embaixadores de muitos paizes em guerra com o Eixo, em transito, fugindo da curiosidade publica, e interessados no sigilo de sua passagem por esta cidade; e os recebi como doentes, em cura de repouso. Esse estado de coisas durou o tempo da guerra, e apesar disso nunca faltou apartamento para hospitalizar doentes de alta categoria desta cidade, e muitos médicos de Natal lá estiveram, nesse tempo, com suas Senhoras, para os cuidados de maternidade, com outros para tratamento de moléstias cirúrgicas.

[...]

Não desceríamos a inverter a função do Hospital, trocando a sua utilidade nosocomial pelo mercantilismo de um Hotel, e a prova está na nossa atitude recusando a diaria de 200 cruzeiros por pessoa, nos apartamentos de luxo, oferecidos para a exclusividade de portentosa Companhia de Aviação.<sup>464</sup>

Hotel?! Sim, é isso mesmo. *Hospes* (hóspede) é matriz latina de hospital e hotel, denotando as antigas casas de assistência que costumavam albergar enfermos, peregrinos e pobres, de modo que a etimologia das palavras guarda história comum, berço partilhado no exercício dos séculos.<sup>465</sup> Com efeito, de que se queixavam, então, os “inimigos da pobreza honesta”? Acusavam o HMC de *fazer-se* hotel... Prospectivamente, de fato, esta prática de hospitalidade, alegadamente “imperativo do

<sup>463</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p.14.

<sup>464</sup> Idem, ibidem, p.14-15.

<sup>465</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944. 588p. p.7.

momento”, pareceu institucionalizar-se na década seguinte. Em 17 de julho de 1958, mais de uma década depois, o jornal local *O Poti* relatou a chegada de congressistas para uma Reunião dos Diretores de Faculdade, ficando os visitantes hospedados na Escola Doméstica, no Grande Hotel (pertencente ao controverso político Teodorico Bezerra) e o Hospital Miguel Couto.<sup>466</sup> E isto porque os hotéis eram relativamente escassos na cidade. O Coronel e escritor potiguar Umberto Pelegrino, diretor da Biblioteca do Exército, comentou essa situação em uma crônica de seu livro *Nossas Vidas, Nossas Almas*, editada pela própria Biblioteca do Exército. Sob o título de *Minha Cidade*, Umberto descreveu sua hospedagem no HMC e procurou explicar sua escolha da estadia:

Somente uma vez, ao visitar Natal, senti-me meio preguiçoso, menos ativo, menos anejo. Foi o caso que me vi alojado num daqueles apartamentos do “Hospital Miguel Couto”. Vem a ser esta a melhor hospedagem em Natal, porque o hotel, construído pelo Estado, inutilizou-se entregue a um figurão político que o transformou em hospedaria do interior, tão reles quanto lucrativa. Foi por isso que a Direção do “hospital do Miguel Couto”, onde havia excelentes apartamentos, concordou em abrigar alguns hóspedes especiais. Mas, como a solução desse certo, inclusive para o hospital, que acrescentou a sua receita, *a hospedagem excepcional se tornou rotineira*, mais um andar de apartamentos foi construído, e hoje quem vai a Natal e deseja conforto, em ambiente de ordem e agrado, busca o “Miguel Couto”.<sup>467</sup>(destaque nosso).

E continuou descrevendo as vantagens do HMC como hotel, evocando, a partir delas, suas memórias sentimentais da cidade e do “Belo Monte”:

Mas, além das instalações confortáveis e do tratamento excelente, aos cuidados das Irmãs de Santana, aquela hospedagem singular tem a vantagem da situação, pois o Hospital está localizado no ponto mais bonito de Natal, o Monte, como se chamava antigamente. E foi assim que me vi alojado num apartamento, através de cujas janelas se desdobrava a paisagem de minha paixão juvenil: o amplo e misterioso mar que se avista do Monte, o sugestivo Forte dos Reis Magos, o estuário azul do Potengy...Era custoso desprender-me da minha janela... Quantos anos, anos, quantos, desde menino, sonhara com uma oportunidade assim, sonhara morar ali, ali viver ao menos uns dias, até fartar-me de olhar o mar visto do Monte!<sup>468</sup>

Deixando de lado o elitismo (“hospedaria de interior”) e as posições políticas de Pelegrino (“figurão político”), efetivamente o HMC fazia parte do circuito hoteleiro da

<sup>466</sup> O POTI. *Chegam hoje...* Natal, 17 jul. 1958.

<sup>467</sup> O POTI. *Minha Cidade*. Natal, n.1118, 29 jul. 1958.

<sup>468</sup> *Ibidem*.



cidade. Essa opinião também já fora expressa alguns anos antes, quando da abertura de um novo hotel no litoral. O articulista d'*O Poti*, Moreira Aguiar, comentou a inauguração de um hotel na Avenida Circular, na praia, entre os bairros de Petrópolis e Rocas. Construído por José Fernandes Sobrinho, com a doação de terreno da prefeitura por Silvio Pedroza, o Hotel Avenida se oferecia com opção no cenário precário da hospedagem em Natal. Moreira Aguiar, quatro anos antes de Pelegrino, já fazia o mesmo diagnóstico dos hotéis da cidade:

[...] não temos bons hotéis. O chamado “Grande Hotel”, tornou-se, em comparação com o progresso da cidade, pequeno e sem conforto para atender às exigências dos hóspedes ilustres ou de comerciantes e indústrias fazem questão de pagar bem, para melhor serem servidos. Os demais hotéis e pensões são de uma pobreza quase franciscana. A alimentação, no geral, é boa. Mas as instalações são simplesmente suportáveis, na falta de coisa melhor... Quando se deseja hospedagem de gosto mais apurado, o jeito é socorrer-se de apartamento de luxo no Hospital “Miguel Couto”, em Petrópolis. Ou, sinão, abusar das amizades dos amigos, pedindo-lhes abrir as portas de seus palacetes, o que já tem acontecido.<sup>469</sup>

*Fazer-se hotel*.... Uma injunção histórica, alegou Januário Cicco. Curiosamente, ela tendeu à institucionalização, como vimos. A permanência dessa prática de hospedagem no HMC dependeu de um certo reconhecimento social que ultrapassou as fronteiras do próprio hospital, e relaciona-se com um movimento de expansão urbana e demográfica da urbe durante a Segunda Guerra Mundial: não havia, à época, infraestrutura para acomodar tamanha dinâmica migratória. Talvez, isso forneça um contexto compreensivo a mais. Mas... é preciso lembrar que os hóspedes do HMC eram “lustres”, políticos, homens de letras, membros das Forças Armadas...

Bem, retomemos as operações retóricas do presidente da SAH. O diretor do hospital tomou a desaprovação do HMC-hotel de um modo bem particular, num jogo de linguagem específico: de um lado, a medicina “sacerdócio”, vocacional; de outro, a medicina liberal de mercado, “mercantilista”. O problema posto, com efeito, fora localizado na arena deontológica, da ética profissional, para não dizer no bojo mesmo de uma *weltanschauung* (cosmovisão) januariana. O “imperativo do momento” (ou seja, a singularidade do evento) e a disponibilidade de “apartamento para hospitalizar doentes de alta categoria desta cidade” pareciam refutar os contendores no sentido de mostrar que o hospital não deixou de cumprir sua função, qual seja, a “utilidade nosocomial” de

<sup>469</sup> O POTI. *Hotel na Avenida Circular*. Natal, 1 set. 1954, p.7.

atender aos enfermos (sintomaticamente, não citou os doentes pobres, mas os de “alta categoria”).

E se puséssemos toda a argumentação a partir de outro jogo, que não o “deontológico-mercantilista”? Pensemos, agora, nos termos do paradigma da caça: “havia avançado”, “queria avançar”. O caçador avança sobre a presa... ou tomemos a metáfora belicista: avançar no território do inimigo.... Porque o HMC e a Maternidade seriam essas presas ou território de butim e pilhagem? Talvez a presença de autoridades no hospital capitalizasse prestígio para sua direção e, na ampliação dos “laços de lealdade”, fortaleceriam-se os interesses da instituição. Novamente, a “gravidade” do HMCentrismo, fortalecendo um pouco mais a narrativa hospitalocêntrica enredada até aqui.

É curioso notar que, de jogo para jogo de linguagem, uma espécie de *Geist*<sup>470</sup> “sopra” toda essa “conversação” comum, como que ditando o caminho, as derivas possíveis, os limites de ultrapassagem. Ou melhor: assombra o discurso, a narrativa hospitalocêntrica, fantasmagoriza a escritura “em marcha”, faz avançar por medo de voltar. É o fantasma do “Hotel”! *Hospes* mais uma vez... Críticos retóricos do HMC e o diretor do nosocômio se movem para longe do “hotel”, que retorna no discurso como aquilo que não deve mais vir, incômodo “espírito” que insiste em perturbar a ordem do espaço de cura moderno, memória que evoca o “hospital antigo”, o *Hôtel Dieu* de Lyon, o Hospital de Caridade, a Misericórdia e sua fórmula *infirmis et pauperis*. Ambos os campos em disputa esconjuram a hospedaria, buscam exorcizar a autoimagem do HMC como paragem, estalagem samaritana, que evoca as origens cristãs do espaço hospitalar no Ocidente. O Hospital Moderno se configurou como local de cura das doenças, em oposição ao Hospital Antigo, onde os doentes internavam-se para morrer, receber os últimos cuidados para a salvação da alma. Por isso, o diretor do HMC insistiu ser

---

<sup>470</sup> Palavra que, em alemão, significa “sopro”, “espírito”, “alma”, “fantasma” (Cf.: *Wahrig*: dicionário semibílingue para brasileiros. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2011. p.420-421). Jacques Derrida utilizou essas noções e toda uma gama de “aparições”, de modo mais detido, na obra *Espectros de Marx* (1993), com o objetivo de analisar o legado do pensamento de Karl Marx para as questões da contemporaneidade, em especial o Neoliberalismo e a Globalização. Anteriormente, a questão da “lógica da espectralidade” apresentou-se nos livros *Do Espírito*: Heidegger e a questão (1987), quando anuncia: “Falarei da aparição, da chama e das cinzas”; em *Políticas da amizade* (1994), nos caps. 4 e 5, respectivamente sobre o “amigo aparecido” e a espectralidade do político; *Força de lei* (1994), além do filme *Ghost Dance* (1983), dirigido por Ken McMullen, trabalhando a relação do cinema com os fantasmas. De modo geral, seu exame do fantasmático foge às questões metafísicas do verdadeiro e do falso, concentrando-se na aparição e suas condições. Um estudo da memória, da lembrança de uma não presencialidade. (Cf.: HADDOCK-LOBO, Rafael; RODRIGUES, Carla; AMITRANO, Alice Serra Geórgia; RODRIGUES, Fernando (Orgs.). *Heranças de Derrida*: da ética à política. Rio de Janeiro: Nau, 2014.v.1). No cap.1, descrevemos melhor os usos que fazemos dele aqui, nesta tese.

passageira aquela situação de hospedagem de autoridades, respondendo ao apelo de seus detratores.

Uma “espectrologia”, diríamos com Derrida, fez tremer o solo comum dessa conversação. Cada qual, por seu turno, fez do “retornante” um ponto de apoio para sua retórica, consoante as relações de força envolvidas, retecendo narrativas diversas, que identificamos como hegemônica, concorrentes ou alternativas, incluindo a nossa própria leitura, acadêmica, de tese. Compete-nos, e é esta a proposta, disseminar<sup>471</sup> as possíveis conversações (plurivocidade) presentes na documentação, montando enredos plausíveis, de modo a perspectivar o HMC de uma forma mais rica, plural, cercando o objeto de múltiplos olhares, sem excogitar de apontar (um “ponto” não axiomático) a (s) narrativa (s) que, no exame deste trabalho, parecem dizer “mais e melhor” sobre o HMC. Essa “conversação” ambiciona trazer novos elementos para a discussão, sem incorrer no fechamento ou totalização da história narrada, mais próxima de uma razão ética (levinasiana) ou liberal<sup>(472)</sup> (rortyana). Hospital Moderno, modernidade hospitalar,

---

<sup>471</sup> Vale, neste ponto, uma precisão relativa ao uso desse operador de leitura, uma distinção esclarecedora entre Hermenêutica e Desconstrução. De um modo geral, as abordagens interpretativo-hermenêuticas trabalham com a possibilidade de resgatar o sentido que desapareceu na vivacidade da conversação, apostando numa unidade do sentido típica da metafísica, fortalecendo uma tradição de ênfase na autoridade e verdade dos textos. Em Derrida, há a rejeição dessa ideia de sentido único, original, bem como uma crítica ao conceito de logos. Para ele, o sentido é constantemente desconstruído, dissemina-se, havendo-se uma inequívoca indecidibilidade permanente quanto ao sentido do texto. A linguagem não ofereceria qualquer segurança no que diz respeito à verdade de seus conteúdos, sendo cada texto *uma história das várias leituras construídas como persuasivas ou influentes*. A leitura seria uma atividade de negociação rigorosa e inventiva, reinvenção e reconfiguração, constituindo-se sempre uma leitura como herança. Interpretar seria fixar um sentido imutável; disseminar seria libertar as possibilidades muitas ocultadas por uma leitura estabilizadora, seja como encontro, seja como doação. Por isso, Derrida preferia falar em disseminação ou invenção, embora escrevesse o vocábulo “interpretação” em seus textos. Para uma boa distinção entre interpretar e disseminar, indicamos: SARAMAGO, Lígia. *Hermenêutica e Desconstrução: por uma Ética da Leitura*. In: DUQUE-ESTRADA, Paulo César (Org.). *Desconstrução e Ética: ecos de Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.p.65-77; DERRIDA, Jacques. *La disseminación*. Madrid: Espiral Editorial Fundamentos, 2015 (O capítulo tomado é o *La disseminación* (p.429-549), baseado em ensaio publicado na revista Critique, de 1969).

<sup>472</sup> Tomamos o vocábulo distinto do sentido clássico de racionalidade “metódica”, de “satisfação de critérios passíveis de ser estabelecidos antecipadamente”. Pensamos na direção das reflexões do filósofo norte-americano Richard Rorty e, por isso, reproduzimos aqui trecho de sua obra que comenta o significado de razão liberal: “[...] a palavra significa algo como ‘sadio’ ou ‘razoável’, mais do que como metódico. Ela nomeia um conjunto de virtudes morais: tolerância, respeito pelas opiniões daqueles que estão à nossa volta, disposição para escutar, confiança na persuasão mais do que na força. Essas são as virtudes que os membros de uma sociedade civilizada precisam possuir, se a sociedade deve perdurar. Segundo esse sentido de ‘racional’, a palavra está mais próxima significativamente de algo como ‘civilizado’ do que de algo como ‘metódico’. [...] Nessa construção, ser racional é simplesmente discutir qualquer tópico – religioso, literário ou científico – de um modo que evita o dogmatismo, o defensivismo e a indignação justa”. (RORTY, Richard. *Objetivismo, relativismo e verdade: escritos filosóficos I*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. p.57-58). Em *Pragmatismo e política*, ele descreveu: “[...] é, de modo geral, sinônimo de tolerância – a habilidade de não ficar demasiado desconcertado diante do que é diferente de si, a capacidade de não responder agressivamente a essas diferenças. Essa habilidade acompanha um desejo de alterar os próprios hábitos- não somente de conseguir mais do que

hospital híbrido, hospital em rede, hospitalocentrismo... Multiplicando perspectivas em torno do HMC enriquecemos nossa visão a respeito dele, proporcionamos um diálogo aberto entre os “presentes”, entre o passado e o presente-futuro, mas não sem rigor. Que “outros” podem ainda compor a trama/enredo de uma narrativa e fazer deriva na nossa compreensão do HMC? *Cena* para o próximo capítulo.

---

anteriormente se queria, mas de se remodelar em um diferente tipo de pessoa, que quer coisa diferentes daquelas que queriam antes. Ela também acompanha uma confiança mais na persuasão do que na força, uma inclinação para conversar antes do que brigar, queimar ou banir. É uma virtude que capacita indivíduos e comunidades a coexistir pacificamente com outros indivíduos e comunidades, vivendo e deixando viver, e agrupando novos, sincréticos e comprometidos modos de vida. Assim, racionalidade nesse sentido é pensada, algumas vezes, como em Hegel, como quase sinônimo de liberdade”. (RORTY, Richard. *Pragmatismo e política*. São Paulo: Martins, 2005.p.78.).

### CAPÍTULO 3. REVOLUÇÃO, MATERNIDADE, HOTELARIA E SERVIÇO TEMPLÁRIO: REDESCRIÇÕES IMAGINATIVAS PARA UM OUTRO HOSPITAL

(...) toda pesquisa nas ciências humanas (...) deveria implicar um cuidado arqueológico, isto é, retroceder no próprio percurso até o ponto em que algo ficou obscuro e não tematizado. Só um pensamento que não esconde o próprio não-dito, mas incessantemente o retoma e o desenvolve, pode, eventualmente, pretender a originalidade.

Giorgio Agamben, *Signatura rerum* (ebook, posição 62 de 2622)

(...) A SOMBRA NÃO É A SUBSTÂNCIA, isto é, não é substância essa mancha escura, impalpável e imponderável, formada á tona das águas, sobre os muros e sobre a Terra, quando a luz se esmaga no massiço dos corpos, projetando á distancia a forma imprecisa das coisas; nem é sombra esse pecado que a velhice deixou atrás de si, naquela mocidade que os anos acabaram, nesse poente de uma vida que se foi indo aos poucos, marcando em cada ruga do rosto o canteiro de uma Saudade. Também não é substância o fantasma que o caminheiro assusta quando o plenilúnio projeta na estrada a figura amorfa dos seres. Iguamente não é sombra aquilo que evoca o mistério dos túmulos, e ás caladas, cria temores e dúvidas; nem é sombra essa incerteza do amanhã, na comunhão dos bens materiais, para a consistência da vida; nada do que vos disse é substancia. Mas é substancia essa coisa sutil e delicada, que fala do espírito e lembra da alma, no plenário da Imortalidade.

*Relatório da SAH* (1945), Januário Cicco

#### 3.1 “CUIDADO ARQUEOLÓGICO”

Na reflexão sobre o seu método de trabalho, em *Signatura Rerum* (2010), o filósofo Giorgio Agamben afirma a necessidade de se refazerem “incessantemente” os passos da pesquisa, de “retroceder no próprio percurso até o ponto em que algo ficou obscuro e não tematizado”. Na caminhada, algo sempre fica para trás: uma fonte não examinada, um silêncio não explorado, uma conexão não realizada. Levar em conta que tudo poderia ter sido diferente. É preciso, portanto, voltar e reexaminar os passos e os sinais, recomeçando outra vez. Esse procedimento de regressão ou cuidado arqueológico, como explicado por Agamben, supõe que a pesquisa se constitua como uma investigação sempre aberta, pois não pode ser apartada de seu contexto particular de atuação e de seus objetos.

No capítulo anterior, repetimos a fórmula derridariana do MAIS DE UM para reforçar nossa impossibilidade de clausura historiográfica. Tecemos narrativas

diferentes entre si – concorrentes - segundo a articulação dos “acontecimentos-intriga”<sup>473</sup> selecionados, explorando a potencialidade de “dizer o novo” de cada uma delas. Assim, configuramos três narrativas distintas: a) a do Hospital Moderno da DOH, o “Hospital-Padrão-Progressivo-Flexível”, que funcionava com base na autoridade médica, na construção do espaço como ensino-aprendizagem e no atendimento a todos os pacientes; b) a da modernidade hospitalar segundo o HMC; c) e a do HMC como um tipo “híbrido”, a meio caminho do Hospital Moderno do Mesp, mas com traços persistentes de uma instituição caritativo-filantrópica.

Como se pode notar, as narrativas listadas acima, ainda que guardando distância umas das outras, apresentam, no fundo, uma estrutura comum: a valorização do “moderno”. O modelo era o Hospital-Padrão do Mesp, planejado pela Divisão de Organização Hospitalar, e a questão que orienta as narrativas, portanto, consiste em saber o quão próximo ou distante o estabelecimento hospitalar se encontrava desse padrão oficial. O paradigma mesmo não é interrogado. E isso se explica pelo fato de que essa “estrutura comum” é a estrutura dominante de uma época, o jogo de linguagem expresso na documentação do período histórico que analisamos. Ao partir desse vocabulário das “origens” e dos “fins”, da conversação em termos de “progresso” e “modernidade”, multiplicamos as narrativas, mantendo-nos, porém, ainda nos limites das regras dadas.<sup>474</sup>

O HMC se revelava, nos relatos médicos da SAH, como um verdadeiro “palácio”, um “Palácio da Mãe Pobre”, dizia Januário Cicco. A poetisa Stella Wanderley Benevides (A ORDEM, 15 set. 1945), por sua vez, em trecho de seu poema *Aquarelas de Minha Terra: Petrópolis*, cantava: “Numa nuance de magestade, /A um lado da paisagem ve-se o hospital:/ “HOSPITAL MIGUEL COUTO” /O Anjo da

---

<sup>473</sup> Eventos ou acontecimentos que, na tessitura da intriga, fornecem o fio condutor para a totalidade significativa da narrativa temporalmente ordenada. Cf.: MOTTA, Luiz Gonzaga. *Análise crítica da narrativa*. Brasília: UnB, 2013.p. 98-9.

<sup>474</sup> Posta em circulação no séc. XVIII, na modernidade de vertente iluminista, o vocábulo “progresso” nasce como uma certeza teórica (Voltaire, Turgot, Condorcet), a de que a Razão, una e universal, levaria infalivelmente o homem a operar no mundo consoante fins racionais na direção do “melhor”. Esse espírito da Ilustração, fundado nas luzes e no progresso da Razão, encarnou-se em algumas figuras históricas, ou melhor, num certo jogo de linguagem que passou a contar com as ideias diretrizes de humanidade, civilização, tolerância e revolução. Restrita no séc. XVIII aos EUA e Europa, alcança o Japão em 1867, e no séc. XX, alimenta as questões do Terceiro Mundo. Entre 1930 e 1980, o conceito de progresso sofre sua lenta debacle, em especial causada pelos impactos das duas grandes guerras mundiais. Cf.: LIMA VAZ, Henrique Cláudio de. *Antropologia filosófica I*. 6.ed. São Paulo: Loyola, 2001.p.93-95; LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Tradução Bernardo Leitão et al. São Paulo: Unicamp, 1990. p.244-275; SILVA, Kalina Wanderley; SILVA, Maciel Henrique. *Dicionário de conceitos históricos*. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2009. p.131-2.

Caridade/ Enxuga, ali, sorrindo, lágrimas amargas”. “Magestade” com a qual uma “nota do dia” (A Ordem, 15 set. 1945) comungou em periódico local: “[...] entre dificuldades e êxitos, vai o Hospital vencendo e se impondo cada vez mais, naquele monte, que domina a cidade e o mar”. Vitória, imposição e domínio que se explicaria, segundo a Companhia Chimica Rhodia Brasileira (APE/RN, Caixa 0077, correspondência de 1937), a partir do relato de seu Diretor Marc Sepibus, pela tecnologia médica empregada no hospital, “[...] moderníssimo hospital que V.S. tão proficientemente dirige, e que constitue, sem dúvida, um padrão de gloria para a organização hospitalar do Brasil”.

A majestade, o palácio, o padrão de glória... são metáforas de um jogo de linguagem definido, em que as coisas do mundo são dispostas segundo uma metafísica de hierarquias e teleologias. O HMC, assim, era tido como moderno, ou desejava sê-lo, conforme participava do jogo da técnica-tecnologia, do positivismo médico, da arquitetura padrão-progressista-flexível da DOH, do projeto ilustrado, enfim, de uma cidade “sã e bela”. E isto fazia parte da conversação em todo o período estudado, fornecendo o vocabulário comum daquele que, na terminologia do historiador François Hartog, era o “regime de historicidade” hegemônico.

Ou seja, o HMC carregava na tinta do “Hospital Moderno” porque participava de uma sociedade que se estruturava em torno dos valores da modernidade. Embora seja muito mais a “cosmovisão” de uma elite que se queria ilustrada, e não exatamente o modo de vida de todos os habitantes (a maioria vivia no campo e a indústria era incipiente), os signos que circulavam e alimentavam as conversas diárias e a produção escrita de impressos pertenciam à linguagem do progresso, seja para afirmá-lo, seja para negá-lo.

Com efeito, a estratégia das “redescrições imaginativas”<sup>475</sup>, que mobilizamos nas diferentes tramas<sup>476</sup> para o HMC, permitiu-nos, até certo ponto, multiplicar pontos

---

<sup>475</sup> Redescrição, redescrição imaginativa ou redescrição narrativa são tomadas aqui como sinônimos. Fazem parte da proposta crítica de Richard Rorty contra posturas metafísicas dualistas, que dividem a realidade entre aparência e essência, sendo esta última a razão de ser do pensamento filosófico, ou seja, a busca da verdade como essência. Opõe-se à “descrição” como modalidade de representação da realidade enquanto tal. Aproxima-se mais do enfoque narrativo que do teórico-científico.

<sup>476</sup> Chamamos de trama “uma mistura muito humana e muito pouco ‘científica’ de causas materiais, de fins e de acasos; de uma fatia da vida que o historiador isolou segundo sua conveniência, em que os fatos têm seus laços objetivos e sua importância relativa. A palavra trama tem a vantagem de lembrar que o objeto de estudo do historiador é tão humano quanto um drama ou um romance [...]. Essa trama não se organiza, necessariamente, em uma sequência cronológica: como um drama interior, ela pode passar de um plano para outro; [...] A trama pode se apresentar como um corte transversal dos diferentes ritmos

de vista sobre o hospital, rearranjando os eventos a partir de um certo vocabulário escolhido para a nova descrição. Esse perspectivismo, contudo, reconheceu determinada limitação: a linguagem metafísica do progresso. Tal jogo de linguagem restringiu nossas possibilidades redescritivas, acabando por limitar nossas ações narrativas. Para a pergunta “O HMC era um hospital moderno?”, as respostas não poderiam jamais ultrapassar a lógica binária do “sim” e do “não”, e voltaríamos a cair na velha armadilha da questão – pouco produtiva – dos antigos *versus* os modernos.<sup>477</sup>

Embora a documentação do período histórico que analisamos esteja atulhada por esse vocabulário das “origens” e dos “fins”, cabe-nos fugir para as margens, vislumbrar outras fronteiras, até mesmo ultrapassá-las a ver o que podemos encontrar alhures. Entrar em um *tour de force* com a linguagem das fontes em busca de caminhos alternativos, surpreender os discursos históricos monocórdicos, puxar os fios mais escondidos do tecido do tempo.

Ainda seguiremos a estratégia da redescrição narrativa, buscando, dessa vez, afastar-nos um pouco mais da clausura imposta por esse jogo de linguagem ainda bastante metafísico. De qualquer modo, o esforço inicial cumpriu sua utilidade como redescrição: desestabilizar a univocidade de sentido, permitindo “ver los diferentes momentos desde diferentes puntos de vista, para mostrar que nadie, incluido uno mismo, ocupa un punto de vista privilegiado”<sup>478</sup>. A narrativa hegemônica sobre o HMC sofreu seus primeiros sismos, fazendo vir à luz algumas de suas fissuras constitutivas. O trabalho agora consistirá em explorar pacientemente essas brechas, mantendo-as abertas e forçando outras rupturas. Nesse sentido, manteremos o perspectivismo como proposta, na configuração de tramas, como entendida pelo historiador Paul Veyne.

Procurando escapar, como de costume, da lógica dos “começos” e “fins”, apostaremos ainda na tática de “assombrar” o hospital, no modo da espectrologia derridariana. Os fantasmas da “Santa Casa” e do “Hospital-hotel” ainda arrastarão suas correntes no chão e nos corredores do HMC, inquirindo os homens sobre o seu lugar na história. Apostaremos na multiplicação de narrativas, deslocando os sujeitos e as cenas,

---

temporais, como uma análise espectral: ela será sempre trama porque será humana, porque não será um fragmento de determinismo”. (VEYNE, Paul. *Como se escreve a história*: Foucault revoluciona a história. Trad. Alda Baltar e Maria Auxiliadora. 4. ed. Brasília: UnB, 1998. p.20.)

<sup>477</sup>LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Tradução Bernardo Leitão et al. São Paulo: Unicamp, 1990. p.149-178.

<sup>478</sup> GARCÍA-LORENTE, José Antonio. *Richard Rorty: uma alternativa a la metafísica occidental* [e-book]. Barcelona: Laertes S.A. de Ediciones, 2012. posição 2031.



à procura de perspectivas outras, de aberturas para modos de ver alternativos, de angulações distintas e provisórias, limites ou marginais, que possam surpreender mesmo a representação hegemônica sobre o hospital enquanto máquina de curar. Cada uma das narrativas tecidas neste capítulo funcionará independente das demais, com seu próprio enredo, personagens e ações, todas envolvendo o HMC no período delimitado para o nosso objeto. Individualmente, cada qual cumpre sua tarefa: minar, a seu modo, a pretensa unidade da narrativa hegemônica do “hospital moderno”, solicitando dessa representação um pedido de explicações, uma redescrição alternativa.

O espaço hospitalar, até então empurrado para a espacialidade do “não-lugar”, no sentido do antropólogo Marc Augé, como espaço que não forma identidade, história ou sentido, passa a disseminar sentidos novos e mesmo divergentes. As distintas tramas oferecidas aqui ocorrem de arrastar o hospital para dentro das preocupações urbanas mais cotidianas, dos conflitos sociais, das práticas e representações de seu tempo. As narrativas são viróticas, contaminam o espaço hospitalar, inoculam no HMC o programa da “diferença”. Saltam daí as insuspeitadas ideologias, as redes de relações, os poderes políticos, as comunidades de fé, toda a dispersão das forças que outrora se fazia crer como una e homogênea. O “dentro” do hospital, desse modo, continuava como uma dobra do “fora”.

Foi assim que, no capítulo anterior, procuramos “desconstruir” a imagem do HMC como um “hospital moderno” segundo o modelo da DOH. Segundo ela, o Miguel Couto deveria reproduzir, em escala local, a história maior do progresso da ciência médica e da incorporação de novas tecnologias ao cotidiano das instituições de saúde, voltadas para a reparação material do corpo vulnerável. Toda e qualquer “diferença” que não se encaixasse nos valores e na visão de mundo que meta-organizavam tal narrativa histórica seriam marginalizados ou ocultados. Entrementes, essa representação do hospital, como buscamos demonstrar, não era ingênua. Na verdade, a tecnologia e o conhecimento médicos eram especialmente reivindicados *para* o HMC, até então o único hospital geral de Natal, e, à medida que a SAH ampliava seus poderes de intervenção na rede de saúde, as demais instituições começaram a ganhar críticas e sofrer pressões no sentido de não usurparem prerrogativas “próprias” ao Miguel Couto. O capítulo 2 serviu, com efeito, a esse trabalho de desmontagem de tal autorrepresentação que a diretoria da SAH deu do HMC e do lugar das demais organizações médicas nessa topologia política.

Seguindo esse esforço desconstrutor, este capítulo trará quatro narrativas distintas, mas todas envolvendo, mais ou menos ativamente, a participação do Hospital Miguel Couto: a situação do hospital durante a Intentona Comunista de 1935; a luta travada com o Hospital Militar pela devolução do prédio da Maternidade de Natal para a SAH; a aporia histórica de se lidar com o fato de que o hospital recebia doentes e também funcionava como hotel; e a relação entre as ordens religiosas e as instituições da saúde da cidade, especialmente aquela desempenhada pelas Filhas de Santana no HMC. A estratégia de dispersão das narrativas consiste aqui em, ao narrar diferentes acontecimentos que tiveram o hospital como um de seus agentes históricos envolvidos nas ações, acentuar certa dimensão “política” da instituição no contexto da cidade do Natal, chamando a atenção, com isso, para a organização hospitalar a partir de seus enredamentos em determinadas relações de força que não se limitavam ao contexto organizacional do HMC, evidenciadas na interdependência desigual entre médicos e pacientes e estruturada conforme o balanço entre os variados condicionamentos e a posse de recursos estratégicos (saberes especializados e domínio da informação, p.ex.)<sup>479</sup>, o que nos levaria, no dizer de Graça Carapinheiro (2005, p.12),

[...] a travessia pelos cenários médico-hospitalares onde se localiza a problemática do poder dos profissionais na organização, salientando as diferentes formas de sua protagonização das relações sociais no hospital, dando relevo à sua posição objectiva nos sistemas de tratamento, às suas ideologias profissionais, à natureza de seus saberes, e à construção de suas formas de poder-saber, percorrendo em latitude e longitude a estrutura social formal e informal do hospital.<sup>480</sup>

Neste capítulo em particular, não é essa a “travessia” que desejamos realizar. O posto de observação se deslocará da “organização” – é disso que falou o excerto acima – para o olhar da “instituição”, procurando capturar, nesse movimento, a rede de alianças da qual o HMC participou e o capital de relações sociais que acumulou no processo de interação em determinada configuração urbana. A “perspectiva da instituição”, ou seja, aquela que faz a ponte com o mundo social fora da organização hospitalar, significa lidar com as diversas agências de poder político no interior da sociedade, sem limitá-las à instância do Estado, que consideramos ser apenas uma delas. Em termos estratégicos, estamos pensando aqui o poder como relação, algo que se exerce em diferentes pontos

<sup>479</sup> TAVARES, David. *Introdução à sociologia da saúde*. 2. ed. Portugal: Almedina, 2019. p.130-131.

<sup>480</sup> CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4. ed. Porto: Afrontamento, 2005. p.12.

da rede social. Destronar o Estado como poder central não implica desconsiderar sua importância como célula política, mas tão somente relativizar seu alcance a partir da consideração de outros tantos focos de poder que configuram a relação entre governo e governados. É assim que Michel Foucault questionava uma certa leitura do poder e do político centrada na figura do Estado e seus aparelhos.<sup>481</sup> O local e o contingente passaram a merecer atenção, e as hierarquias ganharam instabilidade constitutiva:

O ápice e os elementos inferiores da hierarquia estão em uma relação de apoio e de condicionamento recíprocos, eles se ‘sustentam’ [...] estas táticas foram inventadas, organizadas a partir de condições locais e de urgências particulares. Eles se delinearão por partes antes que uma estratégia de classe se solidificasse em amplos conjuntos coerentes.<sup>482</sup>

Assim, cada intriga apresentada neste capítulo tem lá sua configuração particular dessas relações de poder, ora envolvendo o Estado mais diretamente, ora apelando para circunstâncias mais localizadas dos conflitos de forças. O foco é variado e é preciso ter isso em mente para se apreender as variações e as estratégias em jogo. Essa orientação em direção às relações externas serve para evidenciar que a eficiência das atividades produtivas do hospital não se encerra nelas mesmas, mas que dialogam permanentemente com as estruturas econômicas, sociopolíticas e culturais de uma dada sociedade:

[...] o hospital repercute e traduz nas suas escolhas políticas, as orientações políticas gerais, e reflecte, de acordo com a configuração própria da sua estrutura de poder, as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social, constituindo assim um espaço de ação de grupos, cujos fins, legitimidade e quadros de referência não se localizam apenas no hospital. Por fim, acaba por ser um lugar de mediação entre as opções econômicas de base e as condições e exigências do seu próprio sistema de produção.<sup>483</sup>

Tal relação com o mundo social fora do hospital, contudo, não se cumpre na modalidade do espelhamento puro e simples. Seu fluxo é filtrado consoante pertinências, ocorrem apropriações, processos adaptativos e de acomodação próprios da organização em destaque. Assim,

---

<sup>481</sup> GOUVÊIA, Maria de Fátima Silva. A história política no campo da história cultural. *Revista de História Regional* 3(1):25-36, 1998. p.29-30.

<sup>482</sup> FOUCAULT, Michael. “O olho do poder”. In: \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. 9 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990. p. 221-2.

<sup>483</sup> CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4 ed. Porto: Afrontamento, 2005. p.23.

[...] não se trata de fazer do hospital um lugar de repercussão mecânica das orientações político-ideológicas dominantes, na mesma medida em que não é possível atribuir-lhe uma autonomia total. Retém e usa, segundo uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores, embora decalcado do modelo geral das normas e valores sociais. Adapta-se às mudanças políticas e econômicas, mas conserva uma importante margem de definição e de tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares particulares e a ele correspondem processos específicos de produção e reprodução de poder.<sup>484</sup>

Isto equivale a dizer que a compreensão da instituição hospitalar deve passar pelo seu lugar na sociedade e na forma de organizar os serviços de saúde em sua época, ou seja, o hospital deve ser lido a partir das suas marcas de historicidade impressas em determinado contexto espaciotemporal. Foi a isso que Coriolano Ferreira (1959: 345 e 346) fez referência quando descreveu a condição histórica do hospital:

[...] a abundância e a miséria, a paz e a guerra, a liberdade e a opressão, tudo se refletiu na vida dos hospitais. E se o homem foi rural ou citadino, se foi sedentário ou migrante, individualista ou coletivista, dado a puras ideias ou a positivismos fechados, sempre a sua imagem se projetou por inteiro nos hospitais que foi fundando e mantendo. [...] os hospitais de intenso fervor religioso são governados por prelados, por ordens monásticas ou delegados, os hospitais reais por provedores directamente responsáveis perante a coroa; os hospitais de comuna por comissões municipais, o hospital cientista do séc. XIX por médicos; o hospital personalista do séc. XX por administradores que a si próprios se têm por representantes da comunidade.<sup>485</sup>

As práticas discursivas, as interpretações e os comportamentos que são abordados nas histórias produziram também representações sobre o hospital, acerca de sua natureza, estrutura e modo de ação, configurando estratégias simbólicas em meio a uma “luta de representações”<sup>486</sup>, que implicavam concretamente acesso a recursos e

---

<sup>484</sup>Ibidem.

<sup>485</sup> FERREIRA, Coriolano. O Hospital de Hoje e do Futuro. Lisboa, *Separata do Boletim de Assistencia Social*, Ano 16. p.345 e 346.

<sup>486</sup> Com “representação”, não estamos querendo dizer algo como meramente subjetivo, ligado ao discurso e, portanto, distante do real, situando-se em oposição às “estruturas” (essas, sim, reais) do mundo social. Diferentemente, e seguindo as reflexões de Roger Chartier nesta questão, assumimos que os sistemas de classificação e percepção são instituições sociais que incorporam as divisões da sociedade como representações coletivas e que engendram atos ou práticas construtoras da realidade social. Com noção de “representações coletivas” (modos de pensar ou valores impostos a uma sociedade), oriundas de Durkheim e Mauss, a compreensão das configurações sociais passa a levar em consideração a análise dos esquemas de percepção e avaliação pelos quais os diferentes grupos recortam e classificam o real; a observação das práticas que impõem determinado reconhecimento de identidades sociais; e as objetivações concretas e institucionais que tornam visível a existência dos grupos e o lugar reivindicado naquela organização social. Disso resulta que as identidades sociais resultantes são produtos “[...] sempre de uma relação de forças entre as representações impostas por aqueles que têm poder de classificar e nomear e a definição, submetida ou resistente, que cada comunidade produz de si mesma” e traduzem o

poderes conferidos pelos órgãos estatais que orientavam a saúde pública local. Daí a importância em descrever esses mecanismos de poder que buscavam desequilibrar as relações de força em favor do HMC, e se apropriar, nos termos de Bourdieu, dos “meios de participação política” desigualmente distribuídos.<sup>487</sup>

Essas práticas e representações sociais de que falamos acima atuavam na injunção de determinada “ordem” na rede de serviços médico-hospitalares que, como tal, mascarava os antagonismos existentes e naturalizava as exclusões de sua experiência constitutiva.<sup>488</sup> Dito isso, para desestabilizar ou complicar essa ordem imposta, procuramos explorar a política e o poder a partir das representações sociais e das práticas discursivas, em aproximações com o simbólico.<sup>489</sup> O objetivo é desconstruir a representação hegemônica que o hospital conferiu a si mesmo ao definir-se como espaço de cura, domínio exclusivo de aplicação da ciência médica e de seus valores. Desse modo, o capítulo investirá na dimensão política do hospital, sublinhando os modos como a instituição participou ativamente da construção da assistência médico-hospitalar na cidade, intervindo sempre no sentido de assegurar seu lugar destacado nessa rede que se formava.

---

[...] o crédito à representação que cada grupo faz de si mesmo, portanto, à sua capacidade de fazer com que se reconheça a sua existência partir de uma exibição de unidade” (CHARTIER, Roger. O mundo como representação. In: \_\_\_\_\_. *À beira da Falésia*. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: UFRGS, 2002. p.73). Translocando para nossa discussão, queremos afirmar que a autorepresentação produzida pelo HMC como principal instituição de assistência médico-hospitalar foi uma forma de ordenar a realidade da rede pública de saúde, impondo uma classificação em que o HMC ocupava lugar de destaque nessa relação, engendrando práticas que viabilizassem o reconhecimento dessa identidade social imposta. A ideia, com isso, é explorar as práticas sociais agenciadas pelo hospital com vistas a ampliar sua rede de relações e poder de influência.

<sup>487</sup> Neste sentido, Pierre Bourdieu aproxima-se de Foucault ao pensar a política em termos de relação. Seu conceito de “campo político” traz essa marca: “O campo político é definido como um espaço relativamente autônomo, dependente de um universo de regras, crenças e papéis próprios. É “o lugar em que se geram – na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos – produtos políticos, problemas, programas, análises, comentários, conceitos, acontecimentos, entre os quais os cidadãos comuns, reduzidos ao estatuto de ‘consumidores’, devem escolher. E escolher com grandes chances de mal-entendidos, pois o acesso aos meios de participação política aí se distribuem de forma desigual, tanto do ponto de vista socialização quanto da posição no espaço social”. (CANÊDO, Leticia Bicalho. Campo político. In: CATANI, Afrânio Mendes et al. (org.). Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p.91.)

<sup>488</sup> BURITY, Joanildo. Hospitalidade, amizade e os imperativos da ordem social. In: LOPES, Alice Casimiro; SISCAR, Marcos (org.). *Pensando a política com Derrida: responsabilidade*, tradução, porvir. São Paulo: Cortez, 2018. p.123-4.

<sup>489</sup> FALCON, Francisco. História e poder. In: CARDOSO, Ciro Flamarion. *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.69.

## 3.2 QUEM CONTA UM CONTO, AUMENTA UM PONTO: CENAS DE UM HOSPITAL “CONTAMINADO”

### 3.2.1 - 1935: Corpo comunista e política de interpretação

Hay una evocación que impide al presente cerrarse sobre sí y confinar al pasado a lo que ya ha sido, porque siempre hay una promesa “que habría podido perderse para siempre y aún puede perderse si no se la descubre, inscripta en las líneas de lo actual”.

Derrida, Gabriela Balcarce

[...] os fantasmas são manifestações de uma cultura, de um povo, de uma certa comunidade, e dizem muito sobre essa comunidade.

Os fantasmas da colônia, Rafael Haddock-Lobo

Sábado, 23 de novembro de 1935. Às 19h30min, o pessoal da guarda do 21<sup>a</sup> Batalhão de Caçadores notou uma movimentação incomum ocorrendo no pátio do quartel. Meia hora antes, as sentinelas já haviam notado certa agitação da soldadesca. Agora, alguns homens armados se acercavam do oficial de dia, e não pareciam ser membros da recém-criada patrulha de rua que protegia os bondes contra assaltos. Observando melhor, perceberam se tratar de três homens empunhando armas, todos integrantes do Batalhão: o soldado Raimundo Francisco de Lima, o sargento-músico Quintino Clementino de Barros e o cabo Giocondo Alves Dias. Portando um fuzil-metralhadora, Giocondo gritou: “Os senhores estão presos em nome de Luís Carlos Prestes”, detendo de imediato o sargento José Farias de Almeida, comandante da guarda do quartel do 21<sup>o</sup> BC, o Oficial-de-Dia, tenente Abel Cabral, o tenente José Cícero de Souza e o sargento João Barradas.

**Figura 28** - 21ª Batalhão de Caçadores, Natal, 1935



Fonte: *Natal ontem e hoje*, 2006. Foto de João Galvão.

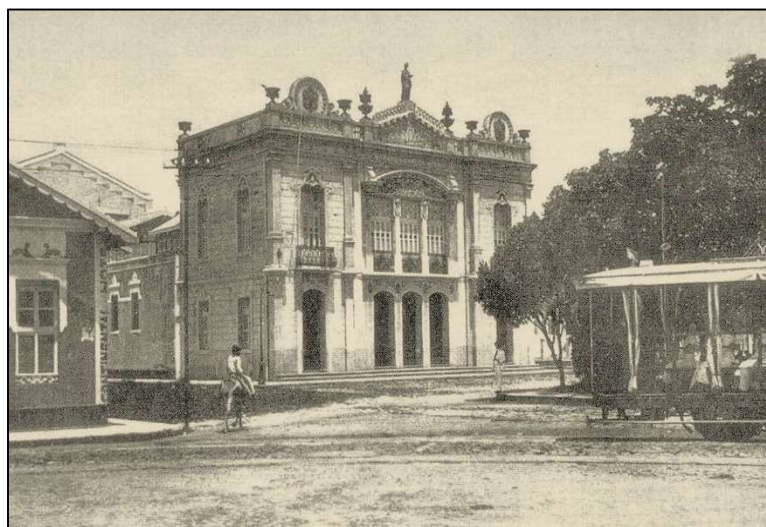
**Figura 29** - Entrada do 21ª BC



Fonte: ESCOREL, 2002

Sob o comando de sargento Clementino e do sargento Eliziel Henrique Diniz, outro grupo armado ocupou prontamente o quartel. Os oficiais de plantão foram detidos e levados ao cassino do Batalhão, que os acomodou como prisioneiros. O cabo Giocondo libertou os presos que estavam no xadrez e determinou o toque de recolher. Ao ouvir os repetidos toques, os soldados que estavam nas imediações logo afluíram ao quartel. No pátio, um cabo e um sargento distribuíram fardas e armas aos soldados que adentravam o prédio. Os toques de recolher e os disparos efetuados para o alto sinalizavam, como combinado, o começo do motim. Entre os revoltosos, alguns civis engrossavam as fileiras, especialmente salineiros ligados ao Sindicato da União dos Estivadores, presidido por João Francisco Gregório.

**Figura 30** - Teatro Carlos Gomes



Fonte: Wikimedia

Dominado o quartel, Quintino e Eliziel, então, orientaram as tropas amotinadas para a ocupação de pontos-chaves da cidade. Nessa logística insurrecional, cabo Giocondo e outros companheiros rumaram na direção do Teatro Carlos Gomes, com a missão de prender o governador Rafael Fernandes Gurjão e demais autoridades presentes, que, àquela hora, estavam no teatro participando da formatura de uma turma do Colégio Santo Antônio, pertencente aos Irmãos Maristas. Seguindo Giocondo com o plano que lhe fora dado, prosseguiu convicto para a tomada do teatro, quando, inesperadamente, “houve um tiroteio, um dos recrutas que ia conosco atirou num soldado da polícia, na Delegacia da Rua São Tomé.

*No tiroteio fui ferido, levei três tiros e tive de ir ao hospital”<sup>490</sup>...*

**[Corta!!! ]**

**[Façamos uma breve pausa na cena. Sigamos, agora, para os anos 1980, e vejamos como os fantasmas do futuro evocam os do passado]**

---

<sup>490</sup> DIAS, Giocondo. *Os objetivos dos comunistas: artigos, entrevistas e um depoimento*. São Paulo: Novos Rumos, 1983. p.152.



Domingo, 1 de julho de 1984. O jornal *O Poti* publicou, em página cheia, o texto “O fascínio de Hitler chegou aqui”, dando início, com isso, à série intitulada “Pequena história do Integralismo no RN”, composta, ao todo, de oito reportagens sobre a presença do movimento fascista no estado entre 1933 e 1937. Sob a responsabilidade do jornalista Luiz Gonzaga Cortez, os textos eram fartamente ilustrados e foram escritos com base em entrevistas com personagens que viveram na época dos acontecimentos, além de consulta a bibliografia sobre o assunto. Em 7 de novembro de 1984, a “Pequena história do Integralismo no RN” teve o seu encerramento na reportagem “Guerrilha de salineiro durou dois anos”.

Não demorou muito para que outra empreitada jornalística viesse a lume. Em 26 de maio de 1985, um ano depois, portanto, da série sobre o Integralismo, ainda no mesmo periódico, outro importante grupo de reportagens passou a circular n’*OPoti*: “O comunismo e as lutas políticas do comunismo na década de 30”. Na sua reportagem de estreia, deu voz a um vendedor de jornais chamado Gastão Costa Nunes, que, embora não fora comunista, participou do movimento insurrecional, indo, como muitos outros, para o 21<sup>a</sup> Batalhão de Caçadores, e lá, vestindo farda e armando-se de mosquetão, partiu, sob ordens, para vistoriar o Hotel Internacional<sup>491</sup>, na rua Chile. Distinta das publicações sobre o Integralismo, a série sobre o comunismo, dessa vez, se alongou mais pelo jornal, ganhando uma longevidade de vinte reportagens, só finalizando em 24 de novembro de 1985, com o texto “Agente da polícia antecipou a revolta”.

Como justificar a publicação dessas duas séries? O que teria levado o jornal *O Poti* a investir nessas matérias? O jornalista Luiz Gonzaga Cortês, coordenador das pesquisas e autor dos textos publicados, forneceu algumas pistas. Na abertura da série sobre o comunismo, ele abriu a reportagem com o seguinte comentário:

Assim como os chamados ‘grandes historiadores’ patricios da política brasileira nunca se preocuparam no aprofundamento do estudo científico dos movimentos de massa de Direita, no Brasil e no RN, os pesquisadores norte-riograndenses não tiveram a iniciativa de pesquisar a participação da ‘arraia-miúda’ no Movimento Comunista de 35 no território potiguar. [...] Como a pesquisa histórica e política no Rio Grande do Norte sempre foi elitista e acomodada ...<sup>492</sup>

<sup>491</sup> Um dos poucos hotéis da cidade na época, localizado na Av. Tavares de Lyra, e pertencente a David França.

<sup>492</sup> O POTI. Gastão queria derrubar governo em 35. Natal (RN), 26 mai. 1985. n.p.

No trecho acima, Cortez acusa a historiografia nacional e local, tanto de Direita quanto de Esquerda, de esquecer o tema das massas na história. Seu trabalho, portanto, pretendia contribuir para preencher essa lacuna historiográfica, abordando as ideologias do integralismo e do comunismo no Rio Grande do Norte de um ponto de vista mais próximo das classes populares. Segundo Cortez, tocar nesses temas era, de algum modo, urgente. Na quarta reportagem sobre o Integralismo, o jornalista redarguia, em seu texto, a um leitor imaginário, objetando: “[...] os que consideram esta reportagem como tentativas de soerguimento do integralismo, lembramos a frase do historiador Hélio Silva: ‘Não podemos esperar 50 anos para se escrever sobre História’”<sup>493</sup>.

Desse modo, aliado a uma crítica aos historiadores, quase nos termos de uma “History From Below”<sup>494</sup>, Luiz Gonzaga também argumentava com a impossibilidade de esperar mais. E por que a pressa, então? Primeiramente, porque os personagens envolvidos nos acontecimentos já corriam em idade avançada, sendo necessário, o quanto antes, recolher entrevistas que pudessem se constituir em fontes para a pesquisa. Depois, porque o próprio contexto histórico em que vivia o jornalista demandava uma “revisão” do passado recente. Estávamos em fins da Ditadura Civil-Militar, com perspectivas de retomada da democracia. Era preciso encontrar novos caminhos para a República, e o olhar da história poderia fornecer as pistas de um novo “horizonte de expectativa”.

A série sobre o Integralismo dispontou, como vimos, em julho de 1984, na expectativa da redemocratização, pelo menos desde o anúncio da “transição lenta, gradual e segura” da chamada Abertura Política no governo de Ernesto Geisel (1975-1979) e continuada no mandato de João Batista Figueiredo (1979-1985), e a série sobre o Comunismo, por sua vez, teve seu início e seu termo já em plena alvorada do regime democrático, no governo do presidente José Sarney. Falar das massas, nesse contexto, evidenciava, portanto, certa afinção com o momento histórico singular.

Temário urgente, sem dúvida,, mas igualmente sensível. Lidar, àquela altura, com essas ideologias exigia sempre longas e, não raro, acaloradas exposições de motivos. A “resposta” de Luiz Gonzaga ao leitor de seu texto expressou bem esse clima. Certos processos históricos ainda estavam sendo acomodados em determinadas chaves

<sup>493</sup> O POTI. Nazismo disfarçado deixa espaço para muito engano. Natal (RN), 22 ago. 1984. n.p.

<sup>494</sup> Tendência historiográfica inglesa, notadamente de orientação marxista, que buscava contar a história do ponto de vista das massas anônimas ou dos indivíduos comuns. Para mais informações, cf.: SHARPE, Jim. A história vista de baixo. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 1992. p.39- 62.

interpretativas, pois não se tratava somente do passado como “ter-sido”, mas especialmente do passado como “ser-possível”, ou melhor, da leitura dos eventos/acontecimentos/processos tendo em vista o futuro almejado naquele presente vivido. Em prefácio ao livro *A Insurreição comunista de 1935*, o professor de Filosofia na Unicamp João Quartin de Moraes descreveu com precisão essa hermenêutica histórica conflituosa:

A Insurreição Comunista de 1935 deixou trauma profundo na memória política brasileira. Ano após ano, década após década, a direita vem retomando, à guisa de exorcismo, a tentativa, iniciada por Felinto Muller e outros algozes da polícia política getuliana, de assassinar moralmente o fantasma da “Intentona de 1935”, apresentando seus protagonistas como marionetes teleguiados a partir de Moscou. A esquerda, não podendo negar o caráter quixotesco desastroso da empreitada, oscilou entre salientar, com apologética, mas unilateral fidelidade, sua inspiração antifascista e recusar, conforme o velho adágio de que as derrotas são órfãos, qualquer identidade, ainda que quanto aos fins, com o malfadado ato de força.

Entre o ódio ritualmente realimentado dos caçadores de comunistas (todos os anos a cúpula do Exército repete, a 27 de novembro, lúgubre cerimônia em que a homenagem aos mortos do lado governamental é largamente sobrepujada pelos vitupérios lançados contra a memória dos insurretos) e o embaraço, quando não a indiferença dos muitos que, na esquerda, julgam mais simples esquecer ou ignorar, do que compreender e assumir o espaço aprofundado para a análise da tragédia enquanto tal, isto é, enquanto fato histórico, tem permanecido estreito.<sup>495</sup>

Entre “ódio” e “embaraço”, o fato é que os fantasmas do passado teimosamente voltavam a assombrar os vivos, lembrando a estes que alguma coisa estava “out of joint”, fora da ordem. Em suas duas séries de artigos para *O Poti*, o jornalista Gonzaga Cortez evocava a coorte de espectros do integralismo e do comunismo para o trabalho interminável - mas necessário - do luto. Por que interminável? Não haveria, por certo, descanso? A frequência ou visitação dos fantasmas, dado que o presente é sempre heterogêneo a si mesmo, só pode receber lugar ou hospedar-se em políticas de interpretação<sup>496</sup>. A “obsidiologia” posta em movimento por Cortez, ao e(in)vocar a massa de espectros da história potiguar, só pode afirmar-se, no dizer de Evando Nascimento, enquanto *polemos*, no conflito, com estratégias, argumentações e efeitos:

<sup>495</sup> MORAES, João Quartin de. Prefácio. In: COSTA, Homero de Oliveira. *A Insurreição Comunista de 1935*. Natal: EDUFRN, 2015.

<sup>496</sup> NASCIMENTO, Evando. O debate Foucault e Derrida: políticas da interpretação. In: LOPES, Alice Casimiro; SISCAR, Marcos (org.). *Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir*. São Paulo: Cortez, 2018. p.18-9.

O verdadeiro intérprete brinca com fogo, que, ao mesmo tempo e segundo o paradigma iluminista, dá a luz da razão, mas também pode trazer a destruição de quem o manipula. A história de Prometeu constitui o mito originário, que associa a luz da razão à eterna loucura do sofrimento. Interpretar é arriscar-se por caminhos não trilhados, sem saber exatamente aonde vão dar. E não há *pensamento* (...) sem interpretação, menos ainda sem avaliação em sentido nietzschiano. Ali onde algum sentido precisa ser proposto para que outros sejam deslocados, onde valores devem ser articulados para que outros sejam subtraídos [...]<sup>497</sup>

E a afirmação dessa “aposta estratégica” não é consoante um espírito belicoso *per si*, mas uma condição de imanência:

Se há um *polemos*, e irreduzível, não é, em última análise, devido a qualquer gosto pela guerra, e menos ainda pela polêmica. Há *polemos* quando um campo se determina como campo de batalha à falta de metalinguagem, de um lugar de verdade exterior ao campo; não há um ponto de referência absoluto e a-histórico; e a ausência dessa referência, e a conseqüente historicidade radical do campo, faz com que o campo seja necessariamente deixado à multiplicidade, à heterogeneidade; segue-se que estarmos no campo é necessariamente estarmos inscritos num *polemos*, ainda quando não tenhamos especial gosto pela guerra. Existe um destino estratégico, destinado ao estratagema da discussão da verdade do campo.<sup>498</sup>

Ou seja: repondo a questão, Luiz Gonzaga Cortez convidava os fantasmas do fascismo e do comunismo no RN para ocuparem novamente a cena do presente e testemunharem mais uma vez, de modo que o jornalista-pesquisador possa surpreender “em cada fala uma estratégia mínima de deslocamento da reflexão do outro, a fim de dar vez e lugar a sua própria elocução”<sup>499</sup>.

Nesse labor de obsidiologia histórica, interessam-nos, particularmente, alguns espectros revolucionários, vultos hospitalares, fantasmas da “padiola”. Que podem dizer-nos acerca do hospital naquele momento? Que lugar teria ocupado o HMC (até recentemente Hospital de Caridade Juvino Barreto) nesses quatro dias de agitação insurrecional em 1935? A pergunta não é despropositada, e já veremos. Em 29 de novembro de 1935, dois dias após o término do levante, o jornal *A República* registrou o saldo dos tiroteios e escaramuças daquilo que o periódico – um tanto inviesadamente – chamou de “terror extremista”:

<sup>497</sup> Ibidem.

<sup>498</sup> DERRIDA, Jacques; FERRARIS, Maurizio. *O gosto do segredo*. Lisboa: Fim de Século, 2006.

<sup>499</sup> NASCIMENTO, *Op. Cit.*, p.19.

Durante os sucessivos tiroteios verificados nos diversos bairros desta capital e no interior foram feridas, entre outras, as seguintes pessoas (sic): Francisco Lopes, Horácio Antônio, Francisco Vital da Silva e Raimundo Alves Pereira, soldados do 21º BC. Joaquim Barbosa, Antonio Gervásio, Severino Mendes e João Barbosa da Silva, praças do Batalhão Policial Militar. Geraldo Palma da Rocha; Manoel Ribeiro de Souza, ferido em Ponta Negra; Ideval Barros, soldado do 21º BC., ferido em Panelas; Arnaldo Lira, ferido na Vila Cincinato; Pres. José Paulino de Medeiros, ferido no Quartel do BPM.

Entre outras mortes, podemos registrar as seguintes pessoas: - Otacílio Werneck, morto em sua residência, á rua general Glicério, no bairro da Ribeira; José Pedro Celestino, morto na Detenção; Maria Carmen Tavares, morta no Tirol; Arthur mangabeira e Gervásio Mangabeira, morto numa povoação no município de São Tomé.<sup>500</sup>

Eram passados apenas dois dias do calor dos eventos. A lista dos feridos bem como as baixas do conflito sofreria alterações em contabilidades posteriores. Seja como for, a maioria dos envolvidos eram militares que pertenciam ao 21ª Batalhão de Caçadores, epicentro da insurreição, e ao Quartel do Batalhão da Polícia Militar, que resistiu ao fogo cerrado dos revoltosos. Formavam, por assim dizer, a coletividade fantasmagórica nos artigos de Cortez, desfilando seus nomes para uma outra narrativa (“terror extremista”, agora?), assombrando os albores da redemocratização. Acerto de contas? Talvez. O certo é que os espectros sempre aparecem para disjuntar a ordem, reclamar lugar onde se pensa não haver mais lugar para eles (ao menos para alguns).

### **[Retomemos a cena, agora com todos os fantasmas em ação]**

No caminho houve um tiroteio, um dos recrutas que ia conosco atirou num soldado de polícia, na Delegacia da rua São Tomé. No tiroteio, fui ferido, *levei três tiros e tive que ir ao hospital*. O restante dos camaradas foram alertados e fugiram do teatro.

Como continuou a saga de Giocondo e sua patrulha?

[...] os oficiais que estavam no teatro foram ao quartel de polícia, os da polícia e do exército. O sargento Amaro, comandante do grupo que ia tomar o quartel, começou a atirar de chegar lá, o que não fazia parte das instruções. Pelo contrário, ele devia ter ido calmamente e ocupado, pois teria o apoio do cabo da guarda. Com o ocorrido, houve tempo para que os oficiais do teatro – em número de 19 – fossem para o quartel de polícia e para que o Governador se refugiasse no Consulado Chileno, indo após para um navio de guerra mexicano que estava no porto. Estes

---

<sup>500</sup> A REPÚBLICA. A malograda rebelião no estado. Natal, n.1466, p.8, 29 nov. 1935. In: CORTEZ, Luiz Gonzaga. O chefe da polícia caiu numa cilada. Natal, *O Poti*, 22 set. 1985.

dezenove oficiais, o comandante da polícia e muitos oficiais do exército comandaram a resistência no quartel de polícia, durante 19 horas. Isto não estava previsto nos nossos planos. *E eu no hospital...*<sup>501</sup>

Segundo o cabo revolucionário, seus colegas mantiveram a operação em curso e foram ao teatro. Quando lá chegaram, as autoridades já haviam se retirado. Minutos antes, ouviram tiros (dados pelo sargento Amaro nas proximidades do Quartel da Polícia Militar) e logo saíram todos os oficiais, partindo de imediato para o batalhão, e o governador para o Consulado do Chile. E Giocondo ainda no HMC...

De manhã cedo, quando os médicos me examinaram e verificaram que os ferimentos não tinham gravidade que se pensava cá fora do hospital. Vi que podia andar e fui para o quartel.<sup>502</sup>

Na manhã seguinte, 24 de novembro, ele já estava de volta ao campo de batalha, retornando ao movimento insurgente. Efetivamente, Giocondo esteve no hospital. O 1<sup>a</sup> cabo telegrafista do Exército, lotado no 21<sup>a</sup> Batalhão de Caçadores, João Wanderley, revelou seu espanto com a situação do companheiro: “Cheguei a ficar pálido e lívido quando vi Giocondo com a cabeça enfaixada. Causou muita preocupação o ferimento em Giocondo, pois ele era um dos cabeças do movimento”<sup>503</sup>. Sua permanência no hospital ao longo dos dias 23 e 24 de novembro parece bem atestada.

---

<sup>501</sup> DIAS, Giocondo. *Os objetivos dos comunistas: artigos, entrevistas e um depoimento político*. São Paulo: Novos Rumos, 1983. p.152.

<sup>502</sup> Ibidem.

<sup>503</sup> O POTI. Giocondo quase morre com 17 facadas. Natal (RN), 21 jul. 1985. n.p.

**Figura 31** - Fachada do Quartel da Polícia Militar em 1935, após fogo intenso dos militares e civis comunistas



Fonte: *Natal ontem e hoje*, 2006. Foto de autor desconhecido.

**Figura 32** - Visão lateral do Quartel da PM em 1935



Fonte: *Natal ontem e hoje*, 2006. Foto de autor desconhecido.

Todavia, essa versão de Giocondo acerca de sua passagem pelo HMC mereceu correções significativas por parte do médico Clóvis Travassos Sarinho, que o teria atendido ainda no sábado em que dera entrada. De acordo com o médico chefe de Clínica Cirúrgica,

O cabo Giocondo Dias apresentava dois pequenos ferimentos em um antebraço. Foi feito o atendimento entre 20 e 21 horas, e logo após o paciente retirou-se, voltando no dia seguinte (domingo, 24) pela manhã,

para novos curativos. Os outros médicos do hospital eram os Drs. Otávio Varela, Ernesto Fonseca, Aderbal de Figueiredo, Raul Fernandes e Antônio Martins Fernandes. Eu chefiava a clínica cirúrgica dos indigentes desde o mês de agosto. Os médicos não se encontravam no hospital na noite do sábado quando lá cheguei porque nenhum deles tinha obrigação a cumprir àquela hora.<sup>504</sup>

Sarinho, a convite de Januário Cicco, havia se transferido do Hospital do Seridó, em Caicó, para assumir a Clínica Cirúrgica no HMC em 1º agosto de 1935.<sup>505</sup> Durante a Insurreição, o “Dotozim Novo”, como ficara conhecido ainda em Caicó, atendeu dezenas de feridos, chegando a instalar-se no hospital durante todo o movimento: “Cheguei no sábado à noite, às 20h, e só me retirei do hospital na terça-feira à tarde”<sup>506</sup>. Entre os atendidos, estava o cabo Giocondo.

Na versão de Sarinho, portanto, o chefe da Insurreição Comunista não saíra na manhã de 24 de novembro, mas sim retornara para fazer novos curativos. Deve ter permanecido lá por mais tempo. Na tentativa de entrar no quartel, os tenentes do 21ª BC Luiz Abner Moreira e João Telles foram presos. Quintino Clementino, um dos líderes do movimento insistiu para que os oficiais aderissem à causa. Levou, então, João Telles ao hospital, *durante a tarde*, para falar com Giocondo Dias, que não obteve sucesso no convencimento aos membros de farda.<sup>507</sup>

**Figura 33** - Giocondo Dias



Fonte: CDHMP/DHnet e Rede Estadual de Direitos Humanos RN. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/memoria/1935/combaterentes/giocondo/dados.htm>>. Acesso em: 25 de jul. de 2020.

<sup>504</sup>O POTI. Dias: errei ao mandar fuzilar três. Natal (RN), 7 jul. 1985. n.p.

<sup>505</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Fatos, episódios e datas que a memória gravou*. Natal: Nordeste Gráfica, 1991. p. 101.

<sup>506</sup> O POTI. Dias: errei ao mandar fuzilar três. Natal (RN), 7 jul. 1985. n.p.

<sup>507</sup>COSTA, Homero de Oliveira. *A Insurreição Comunista de 1935*. Natal: EDUFRRN, 2015. p.100.



**Figura 34** - Quintino Clementino na prisão



Fonte: ESCOREL, *Assalto ao poder*, 2002.

A réplica de Sarinho, com respeito ao trânsito de Giocondo pelo hospital, parece ser pontual: o líder do movimento esteve no HMC no dia 23, com dois ferimentos no antebraço; recebeu cuidados médicos e retornou no dia seguinte para mais curativos. Foi hospitalizado? O médico não informou. Mas o sapateiro José Praxedes de Andrade, secretário de aprovisionamento do Governo Popular Revolucionário e membro da direção regional do Partido Comunista do Brasil, deixou seu relato sobre Giocondo. Segundo o jornalista Moacyr de Oliveira Filho, que entrevistou o sapateiro-operário em Salvador, no ano de 1984, o cabo revolucionário que liderou o movimento pouco participara dos eventos depois do tiroteio com um policial a caminho do Teatro Carlos Gomes:

O fato é que o cabo Giocondo Dias, um dos principais responsáveis pela precipitação do levante, acabou tendo uma participação bastante reduzida na Insurreição de 1935. Depois de levantado o 21<sup>a</sup> BC, Giocondo é ferido e hospitalizado, só deixando o Hospital nas horas finais do movimento. “Giocondo não participou de mais nada. Ele foi ferido na cabeça e levado para o hospital. Daí em diante, ele não viu mais nada até a madrugada do dia 27 quando reapareceu” – conta Praxedes.<sup>508</sup>

Nesse sentido, o sapateiro Praxedes foi mais longe ainda que o médico Clóvis Sarinho, ao afirmar que um dos líderes revolucionários da primeira hora não havia passado disso mesmo, ou seja, da primeira hora, da irrupção do movimento. Em entrevista de dezembro de 1981, concedida aos jornalistas José Paulo Netto, Luiz

<sup>508</sup> OLIVEIRA FILHO, Moacyr de. *Praxedes: um operário no poder - a Insurreição Comunista de 1935 vista por dentro*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1985. p. 59-60.

Arturo Obojes e Regis Frati, da Voz da Unidade, o cabo Giocondo conta que, saindo do hospital, em 24 de novembro, partiu para o quartel e lá encontrou o cabo Carneiro prestes a desertar, pois a resistência do quartel persistia horas a fio. Não parece ter surtido efeito, nem mesmo com a ameaça de fuzilamento feita por Quintino Clementino: Carneiro e alguns outros acabaram por desistir do assalto.<sup>509</sup>

**Figura 35** - Militar com metralhadora no 21<sup>a</sup> BC, em Natal



Fonte: Acervo do jornal *O Globo*, 4 dez. 1935

Os relatos aqui de Sarinho, Giocondo e Praxedes são bem posteriores aos eventos, cerca de 50 anos depois. Nesse conflito de narrativas, está em jogo não apenas a reconstrução histórica precisa dos acontecimentos, mas também, e inelutavelmente, a interpretação hegemônica deles. Insinuar que o cabo Giocondo esteve todo o tempo numa cama de hospital implicaria reforçar, no sentido da atuação individual, uma imagem negativa da atuação do personagem e, do ponto de vista coletivo, uma visão desfavorável acerca da própria Insurreição Comunista.

Seja como for, a “saga” de Giocondo Dias ainda teria outro capítulo no HMC. Segundo o sargento telegrafista do 21<sup>a</sup> BC, João Wanderley, em depoimento a Luiz Gonzaga Cortez, Giocondo estava escondido na Fazenda Primavera, no município de Lajes (atual Jardim do Seridó), antiga propriedade da ex-prefeita Alzira Soriano. Depois de um conflito com seu amigo Paulo Teixeira, foi ferozmente esfaqueado, sendo salvo da morte pelo comerciante Genésio C. de Macedo.<sup>510</sup> A versão do sargento telegrafista foi confirmada ao jornalista pela filha de Genésio:

[...] é verdade que Giocondo Dias, homiziado na Fazenda Primavera pelo seu amigo Paulo Teixeira, recebeu 17 cutiladas. O fato foi presenciado por Nezinho Procópio, Capitão João Pedro, delegado de

<sup>509</sup> Ibidem, p.157.

<sup>510</sup> O POTI. Na Praia do Meio se tramou a revolta. Natal (RN), 10 nov. 1985. n.p.

polícia de Lajes e autor da prisão de Giocondo Dias. “Giocondo dias não foi morto porque meu pai chegou na hora *h*. Giocondo estava amarrado numa árvore e sendo esfaqueado pelo amigo furioso”, contou Fátima.<sup>511</sup>

Dessa vez, quem recebeu o paciente no HMC foi o médico Onofre Lopes, que tratou dos seus ferimentos, não tendo sido feita, ao que nos consta, a internação de Giocondo(!).<sup>512</sup> Esse caso um tanto nebuloso da passagem do líder da Insurreição pelo hospital é atravessado por uma “dupla hermenêutica”: de uma lado, a “guerra narrativa” de Giocondo *versus* Sarinho-Praxedes; de outro, o campo do “trauma profundo da memória política brasileira” de que falou o filósofo João Quartin, e no qual o jornalista do periódico *O Poti*, Luiz Gonzaga Cortez, resolveu se movimentar.

Nesse conflito hermenêutico, assombrado de ponta a ponta, devemos nos instalar na tensão entre os polos, sem aguardar qualquer síntese dialética. O caso particular de Giocondo nos interessa como sintoma do mal-estar, do trauma, do fantasma que não se deixa apaziguar. Qual o seu “verdadeiro” lugar nessa trama? O procedimento fantasmagórico visa liberar o espectro de Giocondo, que não parou de assombrar. Nesse sentido, ele se fez presente no HMC e, ao mesmo tempo, não se fez; qual espectro, revelou-se para melhor se ocultar. Sua passagem pelo HMC “contaminou” o hospital, arrastou-o, deslizando, para o acontecimento traumático. Giocondo, o “corpo comunista”, enredou o hospital na revolução.

Assim sendo, naqueles quatro dias, o HMC recebeu outros tantos feridos em suas alas e enfermarias. Militares rebeldes, civis militantes da causa, ou simplesmente observadores dos eventos, frequentaram os leitos do único hospital geral da cidade. Em depoimento ao jornal *O Poti*, em 1985, o escritor Otacílio Cardoso, que, à época, tinha 16 anos, relatou o que viu durante visita a um amigo internado no HMC:

Agora já não tenho certeza se foi nesse dia ou no imediato, terça, que fomos ao Hospital Juvino Barreto visitar um conhecido nosso – Joaquim Barbosa -, soldado da polícia, que fora ferido no assédio ao quartel. O ferimento, felizmente, não era grave: o Joaquim ficou apenas com um braço ligeiramente defeituoso e foi reformado como cabo. Mais tarde foi trabalhar na B. Naval, de onde já deve ter-se aposentado. Quando deixávamos o Hospital, vinham trazendo numa padiola um rapaz, vítima de peixeirada lá pras bandas da Redinha. Conhecia-o de vista, era filho do alfaiate Joca Lira. Integralista ardoroso, imprudentemente entrara a discutir com um adepto da revolução, que o

<sup>511</sup> Ibidem.

<sup>512</sup> O POTI. Dias: errei ao mandar fuzilar três. Natal (RN), 7 jul. 1985. n.p.

ferira mortalmente. Outro que morreu entre o sábado e o domingo, atingido propositadamente por arma de fogo, foi o agente da costeira, Otacílio Werneck. Morava numa casa nas proximidades da Igreja do Bom Jesus. Chegara ao portão para saber o que estava ocorrendo, quando o alvejaram. Conheci o meu xará – como ao outro – apenas de vista. De civis mortos só me recordo destes.<sup>513</sup>

Dentre as vítimas do conflito, a maior parte era de militares envolvidos no assalto ao quartel da Polícia Militar, na rua da Salgadeira, no centro da Cidade. No cerco ao quartel da PM, foram feitos pelos rebeldes cerca de 27 prisioneiros entre os militares que resistiram à tomada do prédio. O motorista Sizenando Filgueira da Silva, fardado de sargento do 21ª BC e membro do Partido Comunista do Brasil desde 1932, notou que o tenente José Paulino de Medeiros havia recebido uma rajada de metralhadora no tronco e no antebraço esquerdo e o enviou de imediato ao HMC.<sup>514</sup> De acordo com o médico Travassos Sarinho, “O Tenente Zuza Paulino chegou ao hospital pouco depois das 15h do domingo, apresentando um ferimento grave. Depois de terminado o ataque ao Quartel de Polícia, onde se houve com muita bravura em defesa da legalidade. Sofreu amputação do braço em seção plana, praticada pelo cirurgião dr. José Tavares”<sup>515</sup>.

**Figura 36** - Tenente “Zuza” recuperando-se no HMC após amputação do antebraço esquerdo



Fonte: Acervo do jornal *O Globo*, 4 dez. 1935.

Na descrição do atendimento ao tenente “Zuza”, presente na sétima reportagem da série sobre “O comunismo e as lutas políticas do RN na década de 30 (VII)”, o médico-cirurgião Travassos Sarinho referiu-se ao militar internado como bravo defensor da legalidade. O cirurgião do HMC não estava somente elogiando a tal bravura como

<sup>513</sup> O POTI. O fim da revolução pareceu carnaval. Natal (RN), 14 jul. 1985. n.p.

<sup>514</sup> O POTI. Giocondo quase morre com 17 facadas. Natal (RN), 21 jul. 1985. n.p.

<sup>515</sup> O POTI. Dias: errei ao mandar fuzilar três. Natal (RN), 7 jul. 1985. n.p. Disponível em: 7 jul. 1985. n.p.

uma virtude guerreira em geral. Havia mais nisso. Na série de artigos anteriores sobre o Integralismo, mais exatamente na quarta reportagem, Sarinho explicou ao jornal sua simpatia ideológica na época:

Naquele tempo, existia a Ação Integralista, de direita, e a Aliança Nacional Libertadora, comandada pelo Partido Comunista Brasileiro, que tentou me aliciar. Muitos estudantes daqui que não eram comunistas, assinaram o manifesto da ANL. Eu não assinei, porque vi que era uma preparação de um amplo movimento comunista. Então, entrei na Ação Integralista, que tinha um trabalho de ação social mais amplo do que a ANL. Para os pobres, construímos escolas, ambulatórios médicos e odontológicos, lactários, etc. Eu nunca me arrependi de ter sido integralista, muito pelo contrário, pois era uma grande escola de civismo e patriotismo que reuniu católicos, protestantes e espíritas, pretos e brancos e, inclusive, ateus não marxistas. Muitos católicos procuraram a AIN porque acharam o movimento espiritualista, anticomunista, etc.<sup>516</sup>

Para Sarinho, o comunismo não possuía as melhores respostas aos problemas nacionais, uma vez que “acerta no diagnóstico e erra no tratamento, tira a liberdade do homem”<sup>517</sup>. Embora simpatizante do movimento integralista, ele só veio a frequentar de fato as fileiras da AIB em 1937, e ainda por alguns poucos meses, devido ao decreto de Vargas determinando o fechamento dela. Em 1950, chegou até a ser suplente de deputado estadual pelo Partido de Representação Popular (PRP) no RN, cuja matriz nacional fora criada por Plínio Salgado em 1946.<sup>518</sup>

Esse envolvimento político, ora mais velado, ora mais ativista, de médicos ou de profissionais da saúde para com as ideologias do integralismo e do comunismo não era incomum. Na própria insurreição de 1935, por exemplo, um dos chefes do movimento na região do Agreste era o médico Orlando Azevedo, formado na Alemanha, que organizou a invasão da cidade de Nova Cruz em 26 de novembro, e que foi, posteriormente, no Tribunal de Segurança Nacional, condenado a 2 anos de reclusão.<sup>519</sup> O dentista Nizário Gurgel, líder do Partido da Aliança Social em Canguaretama, participou vivamente do movimento: em 25 de novembro, foi o responsável pela ida, junto a soldados do 21<sup>a</sup> BC, ao navio mexicano “G 24”, ancorado no porto de Natal, para negociar a saída de alguns militares e civis que haviam se refugiado na

<sup>516</sup>O POTI. Nazismo disfarçado deixa espaço para muito engano. Natal (RN), 22 ago. 1984. n.p.

<sup>517</sup> Ibidem.

<sup>518</sup> Em particular, consultar a seção “Atividade política” na obra autobiográfica: SARINHO, Clóvis Travassos. *Fatos, episódios e datas que a memória gravou*. Natal: Nordeste Gráfica, 1991.

<sup>519</sup> COSTA, Homero de Oliveira. *A Insurreição Comunista de 1935*. Natal: EDUFRN, 2015. p.119.

embarcação. Foi igualmente condenado pelo TSN a 2 anos de prisão.<sup>520</sup> Além deles, constam na lista dos sentenciados no RN mais 2 farmacêuticos, 2 enfermeiros e outro dentista.<sup>521</sup> Quase uma década depois, encontraremos alguns seguidores de Esculápio, que passaram pelo HMC, eram associados à SAH, ou ainda prestavam serviços no hospital, como Jacob Volfzon, Otávio Lamartine e Manoel Vilaça, integrarem a direção do Partido Comunista em Natal no idos dos anos 1940.<sup>522</sup>

O clima político-ideológico na época era tal que dificilmente conseguimos imaginar algum indivíduo ou grupo social que se fizesse alheio de todo às discussões e embates que se davam no cotidiano mesmo da cidade. E, nessa situação tensionada, até a ordem do discurso entrava em cena para marcar vivamente qual o lugar dos sujeitos históricos naquele espaço político e social. Um documento de julho de 1937, assinado a lápis e imputando lavra à Diretoria de Saúde Pública, buscou fornecer garantias legais de que o HMC não se envolvia com questões ideológicas outras, senão com a prática da medicina:

Atesto ainda, a bem da verdade, que os diretores dessa benemérita instituição, bem como os membros do seu corpo médico, e todo o pessoal subalterno, são todos possuidores de qualidades morais e profissionais excelentes, não havendo um só que professe ou propague doutrina ou ideologia contrária à ordem social e política reinantes no país.<sup>523</sup>

Por conseguinte, a filiação de Sarinho ao integralismo, assumido publicamente *a posteriori* e com muitas ressalvas, assim como a adesão de Orlando e Nizário ao ideário comunista, permite-nos dilatar um pouco mais nossa compreensão do hospital como uma prática histórico-social, ligada a determinadas demandas, realizadas sob códigos culturais cambiantes, carregadas de ideologias, pressões institucionais normativas, códigos legais e valores morais, um mundo de relações complexas que não se fecham na corporação dos médicos com suas exigências de êxito técnico.<sup>524</sup>

Essa dimensão relacional do hospital, no modo de seu *ser-com-o-outro* que marca sua existência histórica e social, sua abertura ao mundo e ao Outro, impele-nos no caminho de uma compreensão do espaço hospitalar que transborde uma visão

---

<sup>520</sup> Ibidem, p.105-6.

<sup>521</sup> Ibidem, p.198-9.

<sup>522</sup>O POTI. *Na Praia do Meio se tramou a revolta*. Natal, 10 nov. 1985.

<sup>523</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0750.

<sup>524</sup>MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico*. Revista Médica (São Paulo). 2012 jul.-set.;91(3). p.190; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, N. 4, jun.-abr., 2014, p.1089-1090.

biomédica do nosocômio estritamente como “máquina de curar”, apartada de qualquer contexto histórico ou rede de relações extra-muros. É isso que assinalamos anteriormente quando expressamos a passagem de Giocondo pelo HMC como “contaminação”, fórmula derridariana que acentuava a “impureza” do evento, remarcando-a como diferença numa rede de outros acontecimentos. Considerado assim, o HMC pode, portanto, revelar-nos dimensões mais ricas de sua historicidade ou mesmo novas conexões, até então despercebidas, em sua vida socioinstitucional.

Além de receber feridos dos embates em novembro de 1935, o hospital no contexto da revolução parece ter tido participações, digamos, mais politizadas. Em 18 de janeiro de 1936, o jornal de orientação católica *A Ordem* ecoou a fala do médico e deputado Abelardo Callafange na Assembleia Constituinte Estadual, que afirmava ter sido o preso João Baptista Galvão “[...] recusado, apesar de doente, no Hospital Miguel Couto, por ser comunista”<sup>525</sup>... O que reiterou, em tom mais comedido, no dia 21, dizendo que “não censurara a administração do Hospital Miguel Couto, mas commentara o facto incrível de se achar ás portas da morte o preso político João Batista Galvão e não ter sido admitido tratamento no Hospital”<sup>526</sup>.

João Galvão, então com 25 anos de idade, houvera sido o “Ministro da Viação e Obras Públicas” do “Governo Popular Revolucionário” de 1935, em Natal. Seu filho, Cipriano Santa Rosa Galvão, em entrevista para *O Poti* em 1985, contou que seu pai passara vários dias sem comunicação no quartel da PM, sendo, com certa frequência, levado para Morro Branco, atrás do Esquadrão de Cavalaria, no Tirol, e lá era torturado. Com base no relato de Cipriano, o jornalista Luiz Gonzaga Cortez narrou o drama de João Galvão:

Os PMs promoviam sessões de fuzilamento simulados ou encostavam os fuzis na nuca dos presos, enquanto um sargento ou oficial da PM contava até três e dava ordem de “Fogo! ” As torturas psicológicas foram muitas, conta Cipriano Galvão, acrescentando ainda que o sargento PM Aristides Cabral era o mais cruel torturador, apoiado pelo dr. Ivo da trindade.

Batista Galvão passou 18 meses na cadeia, principalmente na Casa de Detenção (hoje, Centro de Turismo). Nesse período, em consequência dos espancamentos, perdeu um rim. “Ele apanhou tanto que um companheiro de cela, um homicida comum, conhecido por Chico Caetano, certa vez não permitiu que ninguém batesse nele e ainda ameaçou os policiais, dizendo: “esse rapaz já apanhou demais e hoje

<sup>525</sup> A ORDEM. A Assembleia Constituinte Estadual. Natal, ano 1, n.145, 18 jan. 1936.

<sup>526</sup> A ORDEM. Assembleia Constituinte Estadual: ainda a Prefeitura de Natal. Natal, 21 jan.1936, ano 1, n.147.

não vou deixar ninguém bater nele. Quem entrar aqui morre. Eu não tenho nada a perder”. E os policiais não entraram. Depois, achando que ele ia morrer, pois estava muito doente, mandaram-no para uma casa da Praça André de Albuquerque, transformada em Presídio Político, onde hoje funciona o Sindicato dos Contabilistas. Como disseram que ele ia morrer, a família o conduziu, numa cama, pelas ruas da cidade, desde o presídio até a casa de minha avó, na Av. Rio Branco. Mas na casa de minha avó ele melhorou e novamente retornou para o presídio e casa de detenção.

O médico José Ivo Cavalcanti, ao vê-lo em péssimo estado de saúde, decidiu tratá-lo gratuitamente, no Hospital Miguel Couto (hoje “Onofre Lopes”), tendo a família se cotizado para mantê-lo em um quarto de segunda classe.<sup>527</sup>

O discurso de Callafange na Casa Legislativa assinalava a recusa do prisioneiro pelo HMC. O depoimento de Cipriano, por sua vez, contava as torturas sofridas pelo pai, e só mencionava o hospital a partir da intervenção particular de um médico, o dr. Ivo Cavalcanti. Talvez, o tratamento oferecido pelo samaritano do HMC tenha ocorrido logo após as denúncias do deputado estadual. De qualquer maneira, o internamento foi particular e dependeu de uma iniciativa individual, e não da hospitalidade do HMC.

**Figura 37** - Membros do Comitê Comunista de Natal, em 1935. Da esquerda para a direita: Lauro Corte Lago (1), João Batista Galvão (2) e José Macedo (3)



Fonte: *Arquivo Nacional*, 2 dez. 1935

E mais: não nos parece ter sido um caso isolado. Dias depois, em 28 de janeiro de 1936, o mesmo jornal narrou algumas das discussões levadas a cabo na Assembleia Constituinte Estadual. Entre os deputados, estava o parlamentar de oposição Sandoval Wanderley, conhecido político e ligado à tradição sindicalista de Café Filho no estado. Depois de uma discussão de pareceres sobre as emendas ao projeto da Constituição, e

<sup>527</sup> O POTI. *Na Praia do Meio se tramou a revolta*. Natal, 10 nov. 1985.



após fala do deputado João Marcellino, Wanderley tomou a palavra e falou emocionado sobre o padecimento de uma determinada mulher, que o havia tocado em seu íntimo. Era uma denúncia. O jornal católico registrou:

O sr. Sandoval Wanderley diz que se não tivesse alma, que é a revelação da divindade no ser humano, e não lhe palpitassem os sentimentos de piedade diante do sofrimento alheio e de revolta em face das injustiças, não ocuparia a tribuna naquele momento.

Fala ainda com emoção que sentiu ao vêr o pranto de uma mulher que o procurara para interceder em favor do seu marido, preso em virtude dos acontecimentos de novembro, atacado de cholerina na prisão e que pretendia a remoção da Casa de Detenção para o Hospital “Miguel Couto”. Diz a sua surpresa quando, ao dar os primeiros passos neste sentido, verificou que a administração daquele Hospital resolvera não receber presos políticos. Acha que isso é mais do que uma falta de caridade, é uma monstruosidade.

O sr. Marcellino indaga se o hospital depende da Saúde Pública. Depois esclarece que ele é apenas subvencionado.

O orador diz que não discute no momento senão que se trata de salvar a vida de um homem, não se devendo vêr nelle apenas o culpado. Acha que está sendo cometida uma monstruosidade. Termina lançando o seu protesto contra a medida tomada pela administração, achando que ella constitue uma afronta aos brios christãos da nossa terra.<sup>528</sup>

É evidente que o clima instaurado na Assembleia Constituinte fora tomado de ódios e ressentimentos políticos antigos e que, naquela circunstância, inflamou os ânimos ainda mais com os eventos recentes da Intentona. Não há dúvida disso. Para se dar conta, bastaria acompanhar as discussões acaloradas no parlamento, repletas de denúncias e achincalhes ao longo de todas as reuniões. O deputado Callafange, apoiado por sua bancada, trocava farpas com os partidários do prefeito Gentil Ferreira ao acusar o mandatário de ser sócio da construtora *Souza, Tavares e Cia. Ltda.*, atentando contra a “moralidade pública”, de demissão em massa de funcionários como perseguição política, de compra de uma limosine e de aumentar os próprios vencimentos.<sup>529</sup> Os adversários, por seu turno, respondiam atacando Callafange na Assembleia e expondo defesas no periódico *A Razão*. Callafange, eleito pela legenda da Aliança Social (aproximação do Partido Social Democrático e o Partido Nacional Socialista), e que também era médico (clanicava para crianças em seu consultório particular e, em 1935, como médico-assistente do Centro de Saúde do Alecrim), vinha de uma tradição ligada ao cafeísmo e tinha laços estreitos com os comunistas da Aliança Nacional Libertadora.

<sup>528</sup>A ORDEM. Assembleia Constituinte Estadual: declaração do deputado Felismino Dantas – agradecimento do bispo diocesano. Natal, 28 jan. 1936, Ano 1, n.153.

<sup>529</sup>A ORDEM. A Assembleia Constituinte Estadual. Natal, 21 jan. 1936, Ano 1, n.147.

Tratava-se, portanto, de vicissitudes da política local que já fermentavam desde a Revolução de 1930.<sup>530</sup>

Ainda que as acusações contra o HMC possam ter sido alimentadas, entre outras razões, por ranços políticos, é preciso atentar para o fato de que toda essa querela teve a cobertura realizada por um jornal interessadamente comprometido com a Igreja Católica, no interior da qual, inclusive, muitos sacerdotes haviam aderido ao Integralismo entre 1932 e 1937, esperando, com isso, fazer frente ao movimento comunista.<sup>531</sup> Atendendo o jornal ao chamado da comunidade católica, não haveria motivo para silenciar diante dos discursos de Callafange e Sandoval, que representavam uma bancada com forte penetração sindicalista e comunista.

De qualquer modo, as acusações proferidas pelos deputados Abelardo Callafange e Sandoval Wanderley não receberam, em nenhum momento, qualquer réplica dos demais parlamentares, o que nos leva a crer que o corpo doente no HMC poderia ter colorações ideológicas. Desse modo, o “corpo comunista” de alguns daqueles presos políticos, como o corpo comunista, preso e torturado de João Batista Galvão, não logrou reconhecimento da instituição hospitalar, tornando-se um corpo recusado, marginal. Teriam seus corpos uma anatomia e uma fisiologia estranhas? Cremos que não. O corpo biomédico emascarou-se corpo ideológico e acabou por converter-se no Outro do hospital.

### 3.2.2 – O hospital para sãos e doentes

Ah, se nêsse vasto campo de silêncios ocultos  
Se dessa planície longínqua  
Fizéssemos brotar algum sentimento.  
Há que recorrer a uma fôrça de fora.  
(*Interiores de uma manhã de inverno*, Miguel Cirilo Filho)

Se o HMC, a julgar pelas denúncias no parlamento estadual feitas por deputados oposicionistas, resistiu ao acolhimento de comunistas feridos na Intentona de 1935, por motivação ideológica, o hospital não se furtou, todavia, a receber outra demanda da cidade do Natal: a hospedagem de visitantes. É nessa época que temos a notícia de que

<sup>530</sup> Para mais informações, consultar: SPINELLI, José Antônio. *Getúlio Vargas e a oligarquia potiguar: 1930/35*. Natal: EDUFRN, 1996.

<sup>531</sup> MAINWARING, Scott. *Igreja Católica e política no Brasil (1916-1985)*. Tradução Heloísa Braz de Oliveira Prieto. São Paulo: Brasiliense, 2004. p.49.

o hospital passou a reservar apartamentos de luxo em suas instalações para receber futuros hóspedes, inaugurando a funcionalidade hoteleira. A justificativa era a mesma usada para a criação do pensionato de luxo destinado aos clientes particulares na década de 1930: auferir renda para a manutenção do estabelecimento hospitalar.

De fato, a cidade do Natal se ressentia de hotéis e pensões. Em 1938, o *Almanak Laemmert* informava a existência, na época, de nove estabelecimentos de hospedagem na capital potiguar: o Hotel Avenida (Rua Nísia Floresta, 223), o Hotel Internacional (de propriedade do Sr. David França, localizado na Avenida Tavares de Lira, 115), o Palace Hotel, (também de David França, na Rua Chile, 106), a Pensão Brasil (na Rua Senador José Bonifácio, ou Rua das Virgens, nº 168), a Pensão Familiar (de Maria Cabral, na Rua Junqueira Aires, 417), a Pensão Central (Rua José Bonifácio), a Pensão Moderna (na Rua Senador José Bonifácio) e a Pensão Natal (Avenida Rio Branco).<sup>532</sup> Em maio do ano seguinte à publicação do *Almanak*, inaugurava-se o Grande Hotel em Natal, construído pelo Estado e posteriormente arrendado ao comerciante Theodorico Bezerra, membro da Associação Comercial e proprietário da empresa Theodorico Bezerra & Cia.

**Figura -38 - Grande Hotel**



Fonte: SMITH JÚNIOR (2003)

---

<sup>532</sup> Almanak Laemmert (Guia Geral do Brasil). Rio de Janeiro, 1938, p.762 (Hotéis e pensões). Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/acervo-digital/almanak-administrativo-mercantil-industrial-rio-janeiro/313394>. Acesso: 28 ago. 2020.

**Figura 39** - Passagem do bonde em frente ao Grande Hotel



Fonte: SMITH JÚNIOR (2003).

Durante a Segunda Guerra (1939-1945), as dificuldades se intensificaram. Com uma população de 45 mil habitantes, Natal passou a receber uma avalanche de hóspedes, e o Grande Hotel, mais bem preparada hospedaria da cidade, teve de repartir sua clientela com o HMC. Muitas empresas e organizações, sendo a maioria norte-americanas, instalaram suas próprias acomodações para passageiros e funcionários, surgindo daí as conhecidas “Staff Houses” da Panamerica, da Standarde da USO.<sup>533</sup>

**Figura 40** - Pensão familiar em Natal

<b>Pensão Familiar</b>		Estabelecimento exclusivamente familiar
DE		—
<b>MARIA CABRAL</b>		—
<b>AVENIDA JUNQUEIRA AIRES—417</b>		Cosinha de primeira ordem sob a direção de competente mestre
Subida da Ribeira, próximo à Estação da Central		—
<b>PREÇOS MODICOS</b>		Quartos confortáveis e higienicos
—		—
—		Bondes à porta
—		Telefone 279
Garage para automoveis e acomodações para caminhões		—
SERVIÇO DE RESTAURANT A-LA-CARTE		—
—		10—

Fonte: jornal *A Ordem*, 29 ago. 1940, p.3.

<sup>533</sup> DIÁRIO DE NATAL. Apesar de menor ainda é intenso o movimento de aviação na capital potiguar. Natal, 30 jan. 1950, n.p.

**Figura 41-** Pensão Rio Branco em 1942



Fonte: SMITH JÚNIOR (2003).

Mesmo no pós-guerra, o problema ainda continuou a produzir incômodo. No texto *Crônica Social* (1948), publicado no jornal *Diário de Natal*, o articulista Danilo criticou o que chamou de “sério problema urbano”:

Um avião da linha internacional da Panair pernoitou há três dias em Natal e os seus passageiros não tiveram poso condigno. Mais uma vez gritou aos nossos ouvidos o problema da hospedagem. O próprio concessionário do único hotel merecedor desse nome que possuímos foi franco em declarar que estamos em uma verdadeira crise de recursos para atender aos passageiros em transitio. Nem em Parnamirim, nem na cidade, criaturas certamente fatigadas da longa travessia atlântica e das exaustivas etapas sul-americanas encontram ao menos onde repousar bem durante algumas horas.<sup>534</sup>

Para resolver a questão, algumas empresas internacionais de aviação transferiram seus passageiros e viajantes comerciais para escalas em Recife, como a *Royal Dutch Airlines* (KLM) e a *Scandinavian Airlines System* (SAS). Outras companhias mantinham tripulações prontas em Natal, que substituíam a equipe dos aviões, fazendo o abastecimento e retomando de imediato a viagem. Algumas, ainda, simplesmente acomodavam os passageiros em dependências provisórias da própria Base Aérea.<sup>535</sup>

<sup>534</sup>DIÁRIO DE NATAL. Danilo, *Crônica Social*, Natal, 18 nov. 1948. n.p.

<sup>535</sup> DIÁRIO DE NATAL. Apesar de menor ainda é intenso o movimento de aviação na capital potiguar. Natal, 30 jan. 1950, n.p.

**Figura 42-** Clínica Cardiológica e Sifiligráfica



Fonte: A Ordem, 4jul. 1946, p.3

**Figura 43 -** Anúncios de hotéis em Natal



Fonte: A Ordem, 8 abr. 1943, p.2.

Essa questão da falta de hotéis, ao que nos parece, não era um problema exclusivamente local, mas afetava todo o território nacional. Em 31 de julho de 1944, o presidente da República assinou um decreto-lei que, dentre outras providências, isentava de impostos os estabelecimentos de hospedagem que, a partir daquela data, viessem a ser construídos no prazo de cinco anos.<sup>536</sup> No artigo 4º desse decreto, por exemplo, disciplinava-se, para que os hotéis gozassem das vantagens legais, um número mínimo de quartos com salas de banho privativas: “Rio de Janeiro (DF) e São Paulo (capital) 200 quartos; Porto Alegre, Curitiba, Niterói, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Natal, Fortaleza e Belém 80 quartos; nas demais capitais e no interior de quaisquer Estados 40 quartos com 20 salas de banho e privativas”<sup>537</sup>.

<sup>536</sup>A ORDEM. Para solucionar a falta de hotéis: isentando de impostos os estabelecimentos que se construirão no prazo de cinco anos. Natal, 1 ago. 1944, p.2.

<sup>537</sup> Ibidem.

**Tabela 6 -** Lista de hóspedes no HMC em 1951. À época, a irmã Albertina de Melo cuidava dessa questão no hospital

<b>Hóspedes</b>	<b>Custos (cruzeiros)</b>
<b>Lenthold Alfr (?)</b>	720,0
<b>Giordanni Guerra</b>	1.920,0
<b>Mario Alfieri</b>	8.500,0
<b>Raul Flynn</b>	180,0
<b>Aceplas (?) Backhonser</b>	180,0
<b>Ary Dias Bacellar</b>	360,0
<b>Sidney Ross Company</b>	600,0
<b>Idem</b>	120,0
<b>Murillo Falangola</b>	380,0
<b>Eça Duarte Vieira</b>	480,0
<b>Maria Coeli Martins</b>	500,0
<b>Joaquim José Lagreca</b>	1.650,0
<b>Adalgiza de Melo</b>	9.000,00
<b>Casio (?) Rodrigues</b>	1.280,0
<b>Enos (?) Costa</b>	1.200,0
<b>José Wilson Barcellos</b>	440,0
<b>Clenio Cordeiro</b>	240,0
<b>Herold Herbert</b>	240,0
<b>Gerard Furtado</b>	1.125,0
<b>Samuel Rizzo</b>	120,0
<b>Idem</b>	<i>rasurado</i>
<b>Transporte</b>	37.636,0
<b>Total</b>	<b>67.541,0</b>

Fonte: APE/RN. Caixa 0754. Renda de Hospedagem, 1951.

Com efeito, em vista dessa precariedade na estrutura hoteleira, o hospital acabou assimilando, então, esse novo serviço. No tópico “Verbas, verbum...”, no capítulo anterior, explicitamos a verdadeira “máquina de guerra” movida pela SAH contra casas de saúde e hospitais da cidade ao longo da década de 1940. Como vimos, nos relatórios

da SAH no período, o HMC teria cedido, a pedido do Interventor Federal Rafael Fernandes Gurjão, seis apartamentos de luxo para “almirantes, generais e ministros brasileiros; Marie Curie<sup>538</sup>, a Rainha das Índias, a princezinha sua filha e comitiva; embaixadores de muitos países em guerra com o Eixo, em trânsito, fugindo da curiosidade pública, e interessados no sigilo de sua passagem por esta cidade [...]”<sup>539</sup> E ainda segundo o relatório de Januário Cicco, diretor da SAH e responsável pela escrita do documento, esse estado de coisas duraria tão somente o “tempo da guerra”... Mas, não foi isso o que aconteceu. Os aposentos confortáveis do hospital continuaram a receber hóspedes ao longo da década seguinte. O que era para ser, nas palavras do diretor, apenas “imperativo do momento”, acabou por tornar-se, mais à frente, uma prática costumeira, como bem descreveu o escritor Umberto Peregrino em visita a Natal em 1956:

[...] a direção do “Hospital Miguel Couto”, onde havia excelente apartamentos (sic), concorreu em abrigar alguns hóspedes especiais. Mas, como a solução desse certo, inclusive para o Hospital, que acresceu a sua receita, a hospedagem excepcional se tornou rotineira, mais um andar de apartamentos foi construído e hoje quem vai a Natal e deseja instalar-se com conforto em ambiente de ordem e agrado, busca o “Miguel Couto”.<sup>540</sup>

De fato, e isto não se pode negar, as hospedagens no HMC funcionavam como renda a mais nas sempre frágeis finanças da instituição. Esse reconhecimento das necessidades econômicas do hospital levou, em julho de 1957, o jornal Diário de Natal a questionar as autoridades políticas do Estado acerca da intenção de construir um luxuoso hotel na cidade, propondo, em lugar dele, a edificação de um novo prédio para o HMC:

[...] jamais se justificaria a construção de um hotel de luxo em Natal. E por que não se constrói um Hospital?  
[...] Sabemos que o nosso Hospital Miguel Couto atravessa grandes dificuldades. O seu corpo médico realiza milagres de dedicação para manter o estabelecimento em funcionamento normal. A situação se tornou tão grave que há mesmo dificuldades em se internar um indigente. Imaginemos, agora, o contraste das cousas, quando o Hotel de luxo estiver em construção, na Av. Deodoro. A obra suntuária ficará olhando, lá em baixo, os casebres da rua do Motor e terá diante

<sup>538</sup> Em seu livro de memórias, a prestigiada cientista não rendeu os melhores encômios à cidade do Natal em sua passagem nos idos de 1941.

<sup>539</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946*. Natal, 1946. p.14.

<sup>540</sup> O POTI. PEREGRINO, Umberto. *Impressões indiscretas e sentimentais (II)*. Natal, 13 abr. 1956, n.p.



de si o prédio do Miguel Couto, um hospital que bem merece melhor amparo.

Ainda é tempo do sr. Governador mudar de projeto. E no mesmo local destinado ao Hotel, façamos erguer um novo e magnífico prédio para o Hospital Miguel Couto.<sup>541</sup>

Assim, tendo de escolher entre um novo hotel e um hospital, a preferência do jornal recaiu sobre o último, mesmo se admitindo a ausência histórica de hospedagens de qualidade na cidade. A esta altura, não nos interessa interrogar, como fizemos no capítulo anterior, se realmente era necessário que o HMC viesse a dispor seus apartamentos de luxo para a estadia de hóspedes, fazendo-se de hotel. As fontes não dão margem a dúvidas sobre as carências de hospedagem em Natal nem muito menos ao caráter econômico de sua oferta pelo HMC. Não se trata mais disso. Nosso foco é outro. Examinando as notícias veiculadas nos jornais da época, podemos notar que o HMC não apenas recebia como anfitrião seus hóspedes “ilustres”, oferecendo seus melhores aposentos. Havia algo mais. O hospital cedia alguns espaços para a realização de atividades bem variadas, que iam desde conferências e palestras, passando pela divulgação de livros de literatura, até a importantes tertúlias políticas.

### 3.2.2.1 Os esponsais e a lua-de-hospital

Nos anos 1950, surpeendemo-nos com as notícias dadas por veículos de imprensa informando sobre a estadia de recém-casados no hospital. É isso mesmo! Após a cerimônia de “enlace matrimonial”, os nubentes partiam ansiosos (a determinação da afecção aqui é por minha conta) para o apartamento de luxo do Miguel Couto. Leiamos uma dessas notas, sob o título bastante objetivo de “Núpcias”, registradas pelas páginas do jornal:

Teve lugar no dia 29 deste, nesta capital, o enlace matrimonial do jovem Elmer Petrowsky, industrial em Minas Gerais, com a srta. Ivanise Capistrano Caldas, filha do sr. Agamenon de Souza Caldas, Inspetor Regional dos Correios e Telégrafos, nesta cidade, e de sua esposa Cora Capistrano Caldas. O ato civil foi celebrado na residência dos pais da nubente, à rua Fontes Galvão, presidido pelo juiz Veríssimo de Melo, sendo testemunhado por parte do noivo, pelo sr. João de Brito Namorado e esposa, e por parte da noiva, Luiz Antônio de Santos Lima e esposa. Às 17.30 horas, foi realizada a cerimônia religiosa, no Santuário de Santa Terezinha, em Tirol, sendo celebrante o Cônego Luiz Wanderlei, servindo de padrinhos, por parte do noivo, o sr. Royers Robert Davis e a srta. Ítala Capistrano Caldas, e por parte da noiva,

<sup>541</sup> DIÁRIO DE NATAL. Por que não, um hospital? Natal, 30 jul. 1957, n.p.

seus genitores. Os recém-casados estão hospedados no Miguel Couto onde permanecerão até a partida para Minas Gerais, onde fixarão residência.<sup>542</sup>

Pela descrição, o HMC não nos pareceu propriamente o local escolhido para a “lua-de-mel”, mas apenas pouso passageiro do casal enquanto não se dava a viagem planejada para Minas. Desconhecemos o período da estadia e os detalhes acerca do “serviço de quarto” no hospital-hotel, o que nos seria muito útil na reconstrução do evento. De qualquer modo, a prática de casais hospedarem-se no HMC não se restringiu a Elmer e Ivanise. Outros casais continuaram a “internar-se” amorosamente nas suítes do Miguel Couto. No ano seguinte, em janeiro de 1951, o sargento da Força Aérea Brasileira (FAB) Renato Rodrigues e Elizeth Cavalcanti tiveram a sua oportunidade. Após cerimônia doméstica e ato religioso na igreja, o novo casal acomodou-se em um dos apartamentos de luxo do HMC. Embora um tanto enfadonha, creio que a notícia merece nossa citação integral por esclarecer certos aspectos familiares e sociais ali envolvidos:

Sábado último realizou-se nesta capital, o enlace matrimonial do jovem Renato Rodrigues Cunha Lima, sargento da FAB, servindo na Base Aérea de Natal e filho do sr. Antônio Fernandes da Cunha Lima, juiz de Direito em Porto Alegre, e de sua esposa d. Adaifa (sic) Rodrigues Cunha Lima, com a srta. Erizeth (sic) Neves Cavalcanti, filha de sr. Manoel Neves Cavalcanti, comerciante e proprietário nesta praça, e de sua esposa d. Izabel Xavier cavalcanti. A cerimônia civil foi efetuada na residência dos pais da noiva, à rua Santo Antônio n.731, sendo presidida pelo juiz Arnaldo Neto, servindo de padrinhos, por parte do noivo, o sr. Alceu Alcântara Monteiro, capitão aviador da FAB e sua progenitora, e por parte da noiva, o sr. Floriano Cavalcanti, desembargador em disponibilidade do Tribunal de Justiça do Estado e esposa d. Dulce Cavalcanti. O ato religioso foi celebrado na Catedral, pelo monsenhor João da Mata Paiva, vigário geral da diocese e acolitado pelos padres Neves Gurgel e Humberto Galvão, sendo testemunhado, por parte do noivo, pelo sr. Pedro Nóbrega da Cunha Lima e esposa d. Bertilde Guerra Cunha Lima e por parte da noiva, o professor Ulisses de Gois e esposa d. Alice Carrilho de Gois. Após esse ato, seguiu-se um corpo de automóveis até a residência dos pais da nubente, sendo nesta ocasião sido servida a todos os convidados, parentes e pessoas amigas, uma lauta mesa de salgados, doces e bebidas, falando no ensejo o desembargador Floriano Cavalcanti, fazendo uma salvação aos recém-casados. Ainda fizeram uso da palavra os srs. Capitão Alceu Monteiro, Manoel Cavalcanti Filho e o tenente Joaquim Neves Cavalcanti, irmão da nubente, que agradeceu comovido, em nome da família.

---

<sup>542</sup> DIÁRIO DE NATAL. Nupcias. Natal, 2 ago. 1950, p.5.

Os recém-casados, que são elementos de destaque nas sociedades natalense e portalegrense, vêm recebendo muitas felicitações dos seus parentes, amigos e colegas, tendo tomado comodo em apartamento de luxo do Hospital Miguel Couto.<sup>543</sup>

A descrição do casamento, que também recebeu o título de “Núpcias”, revela mais do que o casamento em si. Ela explicitava uma intrincada teia de relações sociais que envolviam o casal em questão, que aproximava famílias de prestígio (Cunha Lima, Gois, Cavalcanti), com figuras intelectuais (Ulisses de Gois) e políticas (Floriano Cavalcanti) conhecidas da cidade. A cerimônia na Catedral, a “comitiva de automóveis” e a “lauta mesa” expressavam com clareza o lugar social dos nubentes. De famílias abastadas de Natal e do município de Portalegre, a presença do casal nas acomodações de luxo do Miguel Couto revelavam não apenas a precariedade das hospedagens da cidade – lembrem-se de que já havia outros hotéis e pensões na capital, em particular o Grande Hotel, construído ainda na Segunda Guerra – mas também a “rede de alianças”, para retomar a expressão de Rorty, que articulava o hospital aos círculos de prestígio político e social da urbe natalense. E tais ligações seriam indispensáveis tanto para o HMC como para a própria SAH que o administrava, pois essa rede de relações ajudaria a promover os interesses do hospital, e isso desde o pedido de subvenções e verbas (federais, estaduais ou municipais), sempre escassas e pagas com atraso, até mesmo garantir a centralidade da assistência médico-hospitalar na cidade em detrimento de outras instituições médicas públicas e privadas que, pouco a pouco, em especial com o projeto da Divisão de Organização Hospitalar, passaram a integrar o corpo hospitalar de Natal.

Não sem razão, todas as notícias costumavam figurar na coluna “Crônica Social”, que procurava destacar a vida e os acontecimentos das personagens e grupos mais prestigiadas da sociedade local. Veja-se, por exemplo, a descrição do casamento do sargento da Marinha de Guerra Raimundo Ramos e de Ceu Guimarães Assunção, filha de importante proprietário do município de Santana dos Matos:

Depois da solenidade que contou com o comparecimento de certo número de parentes e amigos dos jovens nubentes e daquele casal que desfrutaram de *grande círculo de relações de amizade* nesta capital se dirigiram todos para a acasa dos tios da nubente onde foi oferecido um lauto café com finas iguarias. Às 10 horas daquele mesmo dia os

---

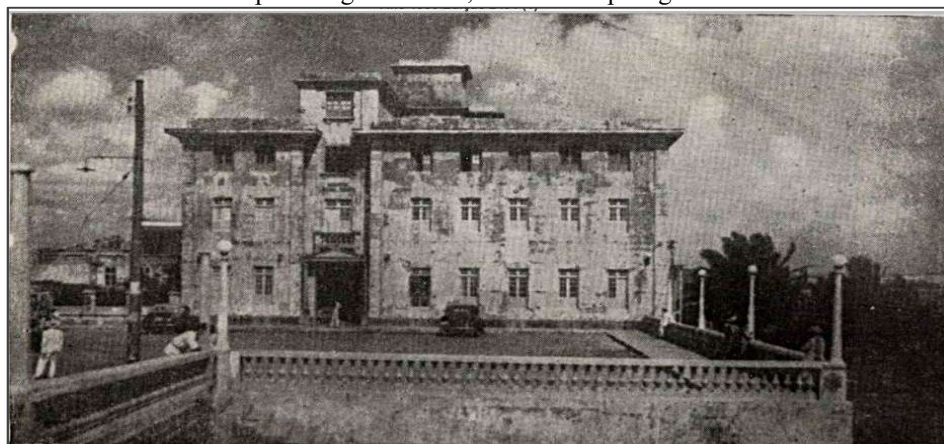
<sup>543</sup> DIÁRIO DE NATAL. Núpcias. Natal, 4 jan. 1951, [s.n.].

recém-casados rumaram para o Pavilhão de Luxo do Hospital Miguel Couto onde fixaram residência por alguns dias.<sup>544</sup> (grifo meu)

O tal “grande círculo”, obviamente, deve ser lido, para além da multiplicidade gratuita de afecções ou “contatos do coração”, como extensão mesma da rede de sociabilidade urbana que marcava o grau de prestígio e valor dos grupos sociais. Nesse sentido, talvez a própria hospedagem nos apartamentos de luxo do HMC pudesse funcionar como símbolo dessa distinção: ficar por alguns dias ali, naquele cômodo, forneceria os traços sensíveis do lugar social dos recém-casados (almejado ou efetivo) naquela sociedade. No caso de Raimundo e Ceu, não parece fazer sentido hospedar-se no HMC já que o noivo estava lotado na capital, no Centro Almirante Tamandaré, e a sua “prendada senhorinha” vivia, ao que parece, na casa dos pais em Santana dos Matos.

Com efeito, o hospital não se mostrava somente como um “espaço de cura” para os doentes ou desvalidos da sorte. Seu devir-histórico ganhava tais contornos de complexidade que, muitas vezes, temos a impressão de que os limites entre “o dentro” e “o fora” da instituição foram simplesmente rasurados, borrados ou perdidos. Essa *hybris* de sua historicidade alcança diferentes aspectos do hospital, em distintos momentos. Tudo funcionava como se, a cada passo, a cada mudança realizada, a história do hospital fosse impedida de fechar-se, de enclausurar-se em qualquer espécie de medida, digamos, “virtuosa”. Cuidar dos doentes não bastava. O hospital era MAIS...

**Figura 44** - Hospital Miguel Couto em 1956. Na Revista Careta, a foto abaixo aparecia com a legenda: “Fachada do ‘Hospital Miguel Couto’, onde há hospedagem confortável e acolhedora”



Fonte: Revista Careta, 1956.

<sup>544</sup> A ORDEM. Núpcias. Natal, 19 dez. 1952, p.2.

### 3.2.2.2 Um poli(ho)spital: reuniões científicas, políticas e culturais

Sim, era mais. Era lugar onde se tomava a palavra.

Em maio de 1950, representantes do Serviço Nacional do Câncer, Alberto Coutinho e Amador Campos, vieram a Natal observar os doentes de câncer tratados pela Liga Norterio-grandense de Defesa contra o Câncer. Na cidade, fizeram uma “palestra popular” na Rádio Poti, um serviço de cirurgia no HMC e pronunciaram uma conferência no anfiteatro da Maternidade Januário Cicco, patrocinada pela SMC/RN e pela Liga.<sup>545</sup> A Maternidade, recém-inaugurada, e o HMC eram ambos administrados pela SAH. Com a criação da Maternidade, as palestras, quando não podiam realizar-se no hospital geral, passaram a ser proferidas nas suas dependências.

Na última semana de abril de 1952, o HMC sediou os “trabalhos preparatórios” e as “sessões plenárias” de um importante encontro com representantes do Fundo Internacional de Socorro Infância (FISI) para discutir como usar as reservas dessa instituição em favor das crianças no país. Além da chefe da Missão no Brasil do FISI, Gertrudes Lutz, o evento contou com a participação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), sob a presidência do seu Diretor de Divisão de Proteção Social, Flamarion Costa, do Diretor do Departamento Estadual de Saúde Pública e executor do Plano FISI no Rio Grande do Norte, Álvaro Vieira, e alguns representantes dos estados do Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.<sup>546</sup>

**Figura 45** - Anfiteatro da Maternidade de Natal em 1950. À esquerda, na tribuna, discursa o escritor Luís da Câmara Cascudo



Fonte: ARAÚJO, 2007.

<sup>545</sup> DIÁRIO DE NATAL. Proveitosa a estadia em Natal, dos delegados do Serviço N. Contra o Câncer. Natal, 5 jun. 1950.

<sup>546</sup> DIÁRIO DE NATAL. Encerradas as reuniões do FISI. Natal, 2 mai. 1952. p.2.

**Figura 46** - Januário Cicco na tribuna do anfiteatro da Maternidade durante a inauguração em 12 de fevereiro de 1950



Fonte: ARAÚJO, 2005.

O colóquio acabou se estendendo em outras atividades, como um jantar americano com “pratos especiais”, “finas bebidas” e “sobremesas deliciosas” oferecido na Maternidade Januário Cicco, e organizado por Álvaro Vieira. Nessa ceia, compareceram o governador Silvío Pedroza, Dr. Américo de Oliveira Costa, o Secretário Geral do Estado Crezo Bezerra, Januário Cicco, da SAH, delegados dos estados, médicos e outras autoridades. Ainda entre os trabalhos do encontro, também houve uma palestra concedida por Gertrude Lutz à Rádio Poti, importante radiodifusora da cidade.<sup>547</sup>

**Figura 47** - Sede antiga da Rádio Poti em Natal



Fonte: Tokde História. Acesso em: 12 dez. 2020. Disponível: [tokdehistoria.com.br/2019/08/04/65-anos-da-primeira-apresentacao-de-luiz-gonzaga-em-natal/#\\_ftn12](http://tokdehistoria.com.br/2019/08/04/65-anos-da-primeira-apresentacao-de-luiz-gonzaga-em-natal/#_ftn12).

<sup>547</sup> Ibidem. p.3.

Tratava-se, como se pôde notar, de receber um evento de envergadura nacional, realizado, em maior parte, no interior do HMC. Em outras oportunidades, algumas palestras foram proferidas no anfiteatro da própria Maternidade. Um mês depois do FISI realizar seu encontro, o diretor da SAH palestrou nesse mesmo anfiteatro pelo Centro de Estudos Médicos, com o tema “O homem de amanhã”, sendo, ao final, homenageado com uma cabeça de bronze feita pelo escultor Leonardo Lima.<sup>548</sup> Em 26 de fevereiro de 1953, o psiquiatra Aluísio Câmara conferenciou sobre “Alguns aspectos clínicos da epilepsia”, contando com uma audiência de membros da SMC/RN, do Centro Médico do Miguel Couto e da Sociedade de Assistência a Psicopatas.<sup>549</sup>

A porta de entrada desses encontros costumava ser aberta pelo HMC e pela SAH, ora ocorrendo em dependências do hospital, ora ocorrendo no anfiteatro da Maternidade (inaugurada em 1950). Em alguns casos particulares, como atividades culturais, poderia dar-se que o evento tivesse sua realização em ambiente externo à instituição. Assim aconteceu em 6 de abril de 1946, quando o prefeito de Natal, Silvio Pedroza, patrocinou a execução de recitais de piano ao ar livre para estabelecimentos hospitalares da cidade. Instalado no alto de um caminhão, o pianista Oriano de Almeida tocou para os órfãos do Instituto Padre João Maria, para os idosos no Abrigo Juvino Barreto, para os filhos dos lázaros no Educandário Oswaldo Cruz e, por fim, para os doentes no Hospital Miguel Couto.<sup>550</sup> Embora, nesse caso, a iniciativa tivesse sido da alçada da prefeitura e terminasse por abranger outras instituições de assistência, o HMC teve cadeira marcada no espetáculo do pianista, o que revela sua “visibilidade” sociopolítica e cultural no “calendário” dos poderes públicos.

Aliás, a já mencionada “rede de alianças” tecida pelo hospital, acolhendo em hospedagens de luxo ou sediando eventos, também incluía a participação de figuras importantes do âmbito cultural. Em março de 1954, o pedagogo Anísio Teixeira, representando à época o Ministro da Educação Antônio Balbino, instalou-se no HMC. Sua visita à capital potiguar tinha como finalidade acompanhar a inauguração das instalações do Instituto de Educação na cidade.<sup>551</sup> Três meses depois, foi a vez de dois

---

<sup>548</sup> DIÁRIO DE NATAL. Realizada ontem a conferência do dr. Januário Cicco. Natal, 31 mai. 1952.

<sup>549</sup> DIÁRIO DE NATAL. Uma conferência do ilustre psiquiatra conterrâneo. Natal, 18 fev. 1953; DIÁRIO DE NATAL. Amanhã, a conferência do professor Aluísio Câmara. Natal, 26 fev. 1953.

<sup>550</sup> A ORDEM. Concertos de Oriano de Almeida patrocinados pela Prefeitura de Natal. Natal, 8 abr. de 1946, Ano 10, n.3099, n.p.

<sup>551</sup> DIÁRIO DE NATAL. Amanhã, em Natal, o Sr. Anísio Teixeira, vem representando o Ministro Antônio Balbino na inauguração do Instituto de Educação. Natal, 9 mar. 1954, n.p.

renomados folcloristas espanhóis hospedarem-se no hospital. Antônio Castillo de Lucas e Nieves de Hoyos Sancho participavam no Brasil de um Congresso Internacional de Folclore, quando resolveram pousar em Natal num avião da Panair, na tarde de 3 de julho. Recebidos com pompa<sup>552</sup> em Parnamirim, os intelectuais espanhóis rumaram para a capital e se alojaram no HMC, sendo homenageados posteriormente em um jantar oferecido pelo presidente da SAH, o médico Onofre Lopes. Como de praxe, os convidados proferiram conferências, uma no anfiteatro da Maternidade “Januário Cicco”, sobre a “Orientação moderna da cura balneária”, a cargo de Antônio Castillos, que era médico catedrático na Faculdade de Medicina de Madrid, e outra no salão “Alberto Maranhão”, no Teatro “Carlos Gomes”, de responsabilidade de Nieves de Hoyos Sancho.<sup>553</sup>

Ainda em 1954, o HMC recebeu a presença do sociólogo Gilberto Freire, que veio a Natal para conferenciar no Instituto de Educação da Escola Doméstica sobre o tema “Para além da rotina pedagógica”. No hospital mesmo onde se hospedara, Freire recebeu em seu apartamento de luxo uma “caravana” de representantes de instituições científicas e culturais da cidade, que, depois, acompanharam o escritor na visita a estabelecimentos hospitalares da capital.<sup>554</sup> A presença do sociólogo pernambucano voltará a ser noticiada cinco anos depois, em setembro de 1959, quando, sob a coordenação da poetisa Zila Mamede e com o apoio do governo do estado e da prefeitura, o escritor virá lançar seu livro “Ordem e Progresso” na Livraria Universitária, sendo recebido, antes, com um banquete na Escola Doméstica e um coquetel na Reitoria.<sup>555</sup> Sua estada no HMC, sem dúvida, conferia visibilidade ao hospital, atraindo os olhares da população por meio da imprensa, que aureolava o pontificado do sociólogo.

---

<sup>552</sup>Os folcloristas espanhóis foram recebidos por comitiva em Parnamirim, contando com o representante do governador do Estado, o Coronel Sebastião Revoredo, o Cônsul da Espanha, Carlos Filgueira, o Comendador Luís da Câmara Cascudo, o Cônsul do Chile, Carlos Lamas, o médico Paulo Viveiros, o escritor Veríssimo de Melo, o jurista Hélio Galvão, Marcelo Fernandes, Angeles Rufino Luciano e Rufino Lucas Simon.

<sup>553</sup> O POTI. Em Natal, os folcloristas Castillo de Lucas e Nieves de Hoyos Sancho: conferência do sr. Castillo de Lucas, hoje às 20,00 horas, na Maternidade “Januário Cicco”. Natal, 4 jul. 1954, n.p.

<sup>554</sup> O POTI. Para além da rotina pedagógica, tema estudado por Gilberto Freire. Natal, 22 ago. 1954, n.p.

<sup>555</sup> DIÁRIO DE NATAL. Gilberto Freyre chega hoje à noite: será homenageado. Natal, 12 set. 1959, n.p.



**Figura 48** - Saudação do governador Sílvio Pedrosa ao escritor Gilberto Freire no Instituto de Educação



Fonte: O Poti, 1954.

**Figura 49** - Plateia atenta ao discurso de Gilberto Freire no Instituto de Educação



Fonte: O Poti, 1954.

E o HMC não gerava notícia somente pela presença da intelectualidade estrangeira em terra potiguar. Quando tais personalidades forasteiras não circulavam pelos apartamentos e corredores do nosocômio, os quadros do hospital também contavam com a participação de letrados. Um deles era o escritor Manoel Veríssimo de Melo, que tinha seu gabinete de trabalho no próprio HMC. Fora chefe provincial do movimento integralista em 1935, presidente da Academia Norte-Riograndense de Letras entre 1955 e 1976 e vereador por Natal em 1948, integrando o Partido de Representação Popular (PRP). Em janeiro de 1955, o periódico O Poti entrevistou o acadêmico no seu local de trabalho, o hospital, conversando sobre a construção do mausoléu que iria receber os restos mortais da poetisa Nísia Floresta e as atividades culturais desenvolvidas na ANRL/RN em sua gestão. De passagem, no parágrafo que antecedia a entrevista propriamente dita, o articulista descreveu a recepção oferecida pelo literato: “Diante da maneira cortês com que o atual presidente da academia Norte-Riograndense de Letras nos recebeu, em ambiente amistoso e sobretudo arejado...”, aproveitando o ensejo para elogiar o lugar do encontro. O ambiente era “arejado”, afirmou, e isto tinha a ver com a proximidade da praia de Areia Preta, logo mais abaixo do edifício do hospital.<sup>556</sup> Visto dessa maneira, o hospital - “amistoso” e “arejado”, segundo a reportagem - nem lembrava mais a velha imagem clássica do *hospitium* de tal modo que até já se podia fazê-lo de “cenário” para assuntos lítero-culturais que frequentariam

<sup>556</sup> O POTI. Providências acordadas na reunião de quinta-feira naquele sodalício. Natal, 23 jan. 1955, n.p.

as páginas dos leitores potiguares. Aqui, o fantasma da “palhoça da Redinha” ou o do “Hospital-câmara-da-morte” de 1855 não amedrontavam os visitantes da república das letras...

**Figura 50** - Fachada do HMC. À esquerda do hospital, da balaustrada da rua, podia-se ver a praia



Fonte: Biblioteca do IBGE, Série *Acervos dos municípios brasileiros*.

**Figura 51** - Praia de Areia Preta



Fonte: *Natal ontem e hoje* (2006)

Nem os da *pólis*! Em fevereiro de 1950, uma comitiva de deputados federais, entre os quais Raul Pila, parlamentar gaúcho e presidente do Partido Libertador, e Munhoz da Rocha, 1ª Secretário da Câmara dos Deputados e afiliado ao Partido Republicano do Paraná, compareceu à capital potiguar para assistir à solenidade de inauguração da Maternidade de Natal, a convite do deputado Café Filho. A comitiva era extensa e vinha em avião fretado da FAB. A recepção aos parlamentares, por sua vez, não foi menos concorrida:

[...] além dos homenageados, o governador José varela, deputados Manuel Varela, Teodorico Bezerra, Dix-huit Rosado, monsenhor João da Mata, Claudionor de Andrade, Aderson Dutra, Valter Vanderlei, José Maciel Luz, vereadores Olavo Galvão, Manuel Soares Filho e Augusto de Souza, srs. Manuel Gurgel, presidente da Associação Comercial, Rui Moreira Paiva, agente da Cia. Costeira, José Carvalho, agente do Loide Brasileiro, Aguinaldo Simonetti, Fernando Abbot Galvão, prefeito Sílvio Pedroza, Custódio toscano, secretário geral do Estado, major Aluísio Moura, chefe de polícia, Aristófanés Fernandes, prefeito de Santana dos Matos, José Ariston Filho, diretor do SERAS, capitão José Reinaldo, ajudante de ordens do governador, Ewerton

Cortez, diretor da Fazenda, drs. Antonio Siqueira, Assis de Miranda e várias outras pessoas, cujos nomes não conseguimos anotar.<sup>557</sup>

Iniciada ainda no hall do Grande Hotel do major Teodorico Bezerra, com um coquetel oferecido pelo governador José Varela, a festiva recepção teve continuidade em lauto jantar, às 21h, promovido pelo Miguel Couto, cujas conversas se estenderam noite adentro pelos apartamentos onde haviam se instalado os demais deputados da comitiva. Segundo a reportagem de *O Poti* feita com Raul Pila, a caravana de parlamentares discutiu diversos assuntos estratégicos, como a possível emenda constitucional para a eleição indireta do presidente e do vice-presidente na sucessão do Eurico Gaspar Dutra, a prorrogação dos mandatos parlamentares e a Lei de Segurança Nacional. Na época, aventava-se a formação de uma chapa envolvendo Getúlio Vargas e Estilac Leal<sup>558</sup> para as eleições.<sup>559</sup> Ao fim e ao cabo, venceu uma coligação PTB/PSP, com a presidência nas mãos de Getúlio Vargas e a vice-presidência nas de Café Filho, o mesmo que recebera a comitiva de Raul Pila em Natal. Vê-se, assim, o quanto aquele encontro tinha a mais que a mera deferência política à inauguração de uma obra pública. Naquelas dependências luxuosas do HMC, talvez a sorte da campanha presidencial de 1950 já tivesse sido selada.<sup>560</sup>

Nesse sentido, as hospedagens nos apartamentos de luxo do HMC, no interior dos quais costumavam circular os membros da elite cultural e política de dentro e de fora do estado, acabavam comunicando uma dupla mensagem: 1) a de que o Miguel Couto era mais do que uma “máquina de curar”, não se restringindo ao tratamento do corpo biomédico, embora tivesse nele sua centralidade; 2) e a de que o hospital, nessa

---

<sup>557</sup> DIÁRIO DE NATAL. Chegou ontem a esta capital uma comitiva de deputados federais. Natal, Ano 10, n.2133, 12 fev. 1950, n.p.

<sup>558</sup> Filho do marechal Francisco Raul Estillac Leal e de Alcide de Souza Estillac Leal, Newton Estillac foi importante líder da corrente nacionalista do Exército que lutava pelo monopólio estatal do petróleo e pela criação da Petrobrás, tendo sido presidente do Clube Militar de 1950 a 1951 e ministro da Guerra de 1951 a 1952, no segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954). Para mais informações, conferir verbete *Newton Estillac Leal* em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/newton-estillac-leal>.

<sup>559</sup> DIÁRIO DE NATAL. “É sem dúvida injustificável qualquer prorrogação de mandatos”. Natal, Ano 10, n.2134, 13 fev. 1950, n.p.

<sup>560</sup> Os casos dessa “cenografia política” eram comuns e seguiram a década de 1950. Em 1953, por exemplo, o governador Sílvio Pedroza fora cometido de implacável apendicite em meio a uma longa viagem que ia de Jucurutu, onde inspecionaria obras de emergência em auxílio aos flagelados, até Mossoró, onde participaria de uma cerimônia de instalação de “telefones automáticos”. Em Angicos, resolveu regressar a Natal, internando-se no HMC. Feita a intervenção cirúrgica, o hospital tornou-se centro de peregrinação política e bureau administrativo, recebendo, por isso, visitas diárias de seus correligionários e autoridades locais. Cf.: DIÁRIO DE NATAL. Bom, o estado de saúde do governador Sílvio Pedroza: muito visitado no Hospital Miguel Couto. Natal, 23 abr. 1953, n.p.

multidimensionalidade exorbitante que cruzava “o dentro e o fora” como traço estruturante da instituição, fazia desse capital simbólico um lugar institucional privilegiado na rede de relações que se organizava na construção da assistência pública de saúde na cidade. Para a instituição hospitalar, certamente, o HMC não cabia na lista dos não-lugares, no sentido da antropologia de Marc Augé.

Manter essa rortyana “rede de alianças”, com hospedagens e eventos que extrapolavam as atribuições regulares do nosocômio, conferia ao HMC condições de controlar a topologia médico-hospitalar local, situando-se, assim, no “centro” dela. É desse modo que identificamos, ao longo da história do hospital, determinadas práticas levadas a cabo pelo Miguel Couto que sinalizavam na direção de um conjunto de intervenções mais ou menos regulares na organização e funcionamento das instituições de saúde em Natal. Essas práticas hospitalocêntricas realizadas pelo HMC compreendiam um espectro muito diverso, mas deixaram rastros de sua efetividade. A título de exemplo, vejamos, resumidamente, três delas:

**a) *Controle do ingresso de médicos aos quadros do hospital***

Não raras vezes, encontramos relatos que apontam o HMC como uma barreira para o exercício médico de profissionais. Clóvis Travassos Sarinho, médico-cirurgião, alegava que o diretor “procurava selecionar com muito rigor, entre os médicos, aqueles que desejavam trabalhar no Hospital, exercendo além disso as suas funções junto aos colegas com excesso de autoridade”.<sup>561</sup> Médicos como Hermes Caldas Bivar, mais tarde livre-docente da Faculdade de Medicina em Recife, e Lauro dos Guimarães Wanderley, depois fundador da faculdade de Medicina da Paraíba, tiveram sua candidatura negada nesse “rígido” processo avaliativo.<sup>562</sup> Em um concurso para provimento do cargo de médico na delegacia do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), em Natal, todas as provas foram realizadas no hospital, com exceção a de cirurgia, realizada na Casa de Saúde a pedido de um dos concorrentes que alegava incompatibilidade com o diretor do HMC.<sup>563</sup>

---

<sup>561</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p.39.

<sup>562</sup> \_\_\_\_\_. *Casa de Saúde São Lucas: notas sobre sua fundação e primeiros anos de funcionamento*. Natal: [s/ed.], 1981. p.10.

<sup>563</sup> Idem, *ibidem*, p.39.

**b) *Intervenção do HMC em outros hospitais***

Algumas fontes nos permitem conjecturar, ao menos, certo grau de ingerência do HMC nas atividades de outros nosocômios hospitalares. Em 1950, a Policlínica do Alecrim resolveu instalar uma enfermaria de dez leitos para indigentes, sob a responsabilidade do dr. Etelvino Cunha. Não havendo os recursos necessários ao empreendimento, o médico recorreu à Legião Brasileira de Assistência. Para surpresa de Etelvino, o Interventor federal, General Fernandes Dantas, a pedido de Januário Cicco, suspendeu o futuro convênio com a Policlínica! A Sala Maternal, como viria a chamar-se, acabou por nascer sem ver a luz do dia.<sup>564</sup> Em outras investidas, o diretor do HMC criou o Serviço de Pronto Socorro do hospital em 30 de dezembro de 1945 e convidou para chefiá-lo o médico José Tavares da Silva, que já não possuía vínculo com o hospital desde 1934, afastando-o do grupo dos médicos que se preparavam para fundar o Hospital São Lucas.<sup>565</sup>

**c) *Discussão sobre o destino das verbas***

Na Prestação de Contas da SAH em 1943, o diretor do HMC reclama da verba anual endereçada ao Asilo São Francisco de Assis no valor de 268.800 cruzeiros anuais para manter 180 internados, enquanto o HMC houvera recebido 152.760 cruzeiros no ano para dar conta de 10.229 doentes, sendo 3.174 internados. No mesmo documento, o diretor deu início a uma série de críticas desfechadas ao uso da Maternidade de Natal como Hospital Militar, ataques que durarão até meados da década de 1940, já no pós-guerra.<sup>566</sup> Em 1945, em outra Prestação de Contas, o alvo agora era uma Casa de Saúde, propriedade de uma Sociedade por ações, que não teria, por lei, direito a subvenções do Estado nem contratos comerciais autoridade pública. Tal Casa de Saúde tinha apenas 20 leitos disponíveis e recebia uma verba de 150.000 cruzeiros.<sup>567</sup>

---

<sup>564</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Fatos, episódios e datas que a memória gravou*. Natal: Nordeste Gráfica, 1991. p.132.

<sup>565</sup> Idem, *Hospitais do Rio Grande do Norte*, p.103.

<sup>566</sup> ARQUIVO Público do Estado do Rio Grande do Norte. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal Antônio Fernandes Dantas pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital "Miguel Couto", no exercício de 1943*. Natal, 1943, Caixa 0754, p.5-6.

<sup>567</sup> ARQUIVO Público do Estado do Rio Grande do Norte. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital "Miguel Couto", no exercício de 1945*. Natal, 1945, Caixa 0754, p.1-3.

Nos casos em pauta, damos-nos conta da heterogeneidade de práticas mobilizadas nesse “hospitalocentrismo” do HMC. Os modos de exercício desse controle incluíam, dentre outros, a arregimentação de médicos para a instituição, a limitação de funcionamento de outros estabelecimentos e – talvez o mais importante - a disputa por subvenções provenientes do estado e da filantropia. Tamanho esforço intervencionista do nosocômio na estrutura da nascente rede hospitalar a partir dos anos 1940 pode ser notado, inclusive, em algumas situações cotidianas aparentemente banais. Em março de 1981, a TV Universitária da Universidade Federal do Rio Grande do Norte entrevistou o primeiro Reitor da UFRN, o médico Onofre Lopes. Nessa ocasião, um dos condutores do depoimento, o médico pediatra Heriberto Bezerra, acabou contando um pitoresco caso que, embora pretendesse abordar o relacionamento do presidente da SAH com o ex-Reitor, revela-nos o centrismo do HMC expresso, sintomaticamente, em disposição individual:

Dr. Januário era tão radical que para ele só: *amigos ou inimigos*. Eu me lembro, certa vez fundaram, aqui em Natal, um hospital. E ele já ficava zangado porque *faría sombra* – imagine! – ao Hospital Miguel Couto. E, uma vez, levando Januário no meu carro, eu lhe disse: “Vou passar em frente a esse hospital para o senhor olhar”. Ele disse: “Não passe! ” Mas eu estava era passando.... Olhe aí”. Ele disse: “*Não olho*” (Risos). Era um homem radical. E, Onofre, eu o chamo de homem cactus: é rude e de uma sensibilidade muito grande. E por ter brotado como cirurgião em Natal e não noutras paragens, ele dizia sempre: “Sou um cirurgião de água doce”. E o homem cactus, certa vez, nunca me esqueci, num daqueles intervalos de trabalho, lá do primeiro andar do hospital, olhando para a casa dele, que ainda continua dele, disse: “ Ali está o meu mundo afetivo”. Dr. Onofre, e as brigas com Dr. Januário? Porque *quem brigasse com o Dr. Januário estava condenado até a 5ª geração...*<sup>568</sup>(destaque nosso).

O caso em tom jocoso relatado acima pelo dr. Heriberto buscava ilustrar, na entrevista, o temperamento “radical” do médico Januário Cicco na época em que Onofre Lopes conviveu com o presidente da SAH e as dificuldades de relacionamento que o ex-Reitor viria a encontrar no contato com essa psicologia singular. O trecho citado do depoimento do médico pediatra buscava exatamente reconstruir as raízes dessa amizade entre o homenageado Onofre Lopes e seu amigo Januário Cicco. A narrativa do “causo”, todavia, autoriza-nos uma leitura menos psicologizante do evento. A recusa em olhar para determinado hospital durante a viagem de carro com dr. Heriberto expressava, em sua aparente trivialidade, uma *praxis* mais complexa que organizava o

---

<sup>568</sup> GURGEL, Tarcísio (org.). A memória viva de Onofre Lopes. 2. ed. Natal: EDUFRN, 2007. p.44.

próprio desenvolvimento histórico do HMC como “hospital moderno”. Para evitar que outros estabelecimentos hospitalares “fizessem sombra” ao Miguel Couto, a postura adotada fora algo como a política schmittiana do “amigo-inimigo”, que não pouparia aqueles que viessem a atravessar os caminhos do HMC, condenando-os, se possível, até a “5ª geração” ...

Ao acomodar ou promover em seu interior palestras e conferências científicas, tertúlias de literatos e assembleias políticas nas salas e nos apartamentos de luxo do hospital, o Miguel Couto imantava as atenções de certa elite política e cultural influente, capitalizando para si as vantagens da formação daquilo que chamamos de “rede de alianças”, e que, por conseguinte, propiciou ao hospital um lugar central na topologia médico-hospitalar da cidade. A “acumulação primitiva” dessas práticas de hospital-hotel-tertúlia-assembleia acabaram por inflacionar ainda mais a própria semântica do HMC, que não mais se limitava ao acolhimento de enfermos e seu tratamento. As fronteiras entre o hospital e a *polis* cada vez mais se tornavam fluidas, tal era a proximidade entre a vida dos sãos e a dos doentes, o funcionamento do hospital e o cotidiano da urbe. Nesse processo, o Miguel Couto “excedeu” o modelo de hospital da DOH, não por realizá-lo e, depois, ir além, dentro de um programa reconhecível, mas por transbordar seu passado fantasmático em seu presente de hospital-suplemento, pois sempre aberto, poroso, comunicante: um hospital-porvir. Como dissemos, o hospital era MAIS...

### **3.2.3 - Uma outra guerra: HMC vs. Hospital Militar**

#### **3.2.3.1 De quase-Maternidade a Hospital Militar**

Em 18 de março de 1928, celebrou-se no Teatro Carlos Gomes a criação da Maternidade de Natal, festividade que contou com a participação do governador Juvenal Lamartine presidindo a sessão inaugural e aclamando as diretorias da nova maternidade. A celebração ainda contou com uma conferência do dr. Januário Cicco e com apresentações musicais eruditas de piano e violoncelo.<sup>569</sup> O programa daquela noite era apenas o anúncio de uma longa jornada que ainda estaria por vir.

Naquela altura, a cidade disponibilizava de alguns poucos leitos de maternidade no Hospital de Caridade Juvino Barreto, administrados pelas mãos das parceiras Leonor

---

<sup>569</sup> ARAÚJO, Iaperí. *História da Maternidade Escola Januário Cicco*. Natal: EDUFRN, 2000. p.19.

Monteiro da Silva e Generosa Gomes. Um ano após a solenidade no teatro, é que foi instalada uma primeira seção de Obstetrícia no hospital, conduzida pelo dr. Ernesto Fonseca.<sup>570</sup>

**Figura 52** - Prédio da Maternidade em 4 de novembro de 1934, na ocasião de uma quermesse beneficente, com barracas montadas, uma instalação de luz e um carro Ford no portão de entrada



Fonte: ARAÚJO (2000).

A construção do prédio que abrigaria a maternidade se deu lenta e vagarosamente. O terreno no Monte Petrópolis fora doado pelo prefeito Omar O'Grady de Paiva em 1927, mas as obras só tiveram início efetivo em 14 de janeiro de 1932. Daí em diante, o ritmo foi ditado pelos recursos da caixa de pensionistas do Hospital de Caridade, bem como as incontáveis festas e quermesses realizadas na cidade, particularmente nas dependências do *Aero Club*, local de encontro costumeiro das elites locais.<sup>571</sup> Em 1930, por exemplo, realizou-se uma dessas grandes festas, organizada por um grupo de senhoras ricas da sociedade local. O evento contou com barracas diversas no terraço do *Aero Club*, dança ao som de orquestra, serviço de telégrafo, sessões de cinema (Cine Pró-Matre), voos pilotados por Djalma Petit, concurso de olhos, dentre outras atividades. O mesmo empenho arrecadador foi visto no Pró-Maternidade em 1935, com sua entrada de Poço Holandês, a barraca do Balcão Turco, a distribuição de sorvetes, o concurso de Elegância Feminina, a venda de obras de arte, o bar e a *jazz band* tocando nos salões do clube.<sup>572</sup>

<sup>570</sup> Ibidem, p.20.

<sup>571</sup> Ibidem, p.27.

<sup>572</sup> Ibidem, p.25-27.



**Figura 53** - Quermesses realizadas para arrecadar recursos à construção da Maternidade de Natal



Fonte: ARAÚJO (2000).

Como se pode notar, após o pontapé inicial em 1928, na cerimônia do teatro Carlos Gomes, e o lançamento da primeira pedra em 1932, todos os esforços envidados visavam amealhar recursos para a edificação da maternidade. Quando tudo parecia pronto, depois de longos anos a fio na construção do prédio e suas instalações, eis que eclodiu a Segunda Guerra, e o produto das quermesses e doações teve de servir ao esforço de guerra dos Aliados. Com a maternidade, a diretoria da SAH planejava até pôr em funcionamento os serviços de uma Escola de Parteiras e um Curso de Puericultura.<sup>573</sup>

[...] por um dever elementar de cooperação com as forças armadas do país, quando o Brasil decidiu ajudar as Nações Unidas na defesa das liberdades democráticas, a nossa Sociedade [entenda-se SAH] foi ao encontro das necessidades do Exército, cedendo ao Ministério da Guerra o edifício da Maternidade e todas as suas instalações, para nê se instalar o Hospital Militar; e em 1.º de Agosto de 1941 firmei um contrato de locação, com o Diretor de Saúde do Exército, em cujo documento ficou estabelecido, na sua clausula 1ª que “o presente

<sup>573</sup> Trecho de carta enviada ao presidente da República na época, Getúlio Dornelles Vargas, em 12 de julho de 1942. Extraída de: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p.5.

contrato tem a duração do estado de emergência, creado pela situação atual.<sup>574</sup>

Embora com prédio erguido, a sonhada maternidade ainda não estava equipada com todos os materiais necessários. Ainda assim, serviu provisoriamente de sede do Comando do Exército Brasileiro e de Hospital Militar durante todo o período da guerra contra o Eixo, local de onde deliberava o general Gustavo Cordeiro de Farias, comandante da 2ª Brigada de Infantaria e que posteriormente seguiria para os campos italianos no Comando da Força Expedicionária Brasileira.<sup>575</sup> Aliás, o próprio Cordeiro de Farias tratou pessoalmente das tratativas acerca do HM de Natal, como consta do Memorando n.17, de 13 de dezembro de 1941, enviado ao diretor do Serviço de Assistência Hospitalar: “Muito grato ficarei ao ilustre amigo se me der o prazer de seu comparecimento ao meu Q.G. na próxima segunda-feira dia 15 as 10h, afim de assentarmos medidas referentes a situação internacional e em que o Brasil é parte”<sup>576</sup>. Em outro momento, a sede Comando Militar foi transferida para o então Colégio das Religiosas Salesianas, no bairro da Ribeira.

Na época, não havia um hospital para o Exército nem para a Polícia Militar. Para servir à soldadesca, tínhamos somente um Hospital da Marinha, posteriormente transformado em Base Naval pelo Almirante Ary Parreiras (1942), e um Hospital da Aeronáutica em Parnamirim. A presença de um grande contingente militar na cidade trouxe novas preocupações e demandava alterações nos equipamentos urbanos, o que incluía, obviamente, questões gerais de saúde:

Na Av. Tavares de Lyra, abriram um FIRST AID (Pronto-Socorro), detinado à profilaxia de doenças venéreas, a que eram obrigadas todas as prostitutas do Bairro. Submetiam-nas às curetagens e aplicações de sulfa as mãos finas das primeiras moças americanas chegadas a Natal: as *nurses* da RED CROSS, a que depois seguiram-se as Oficiais dos Corpos Auxiliares de Saúde do Exército e da Marinha (WACS e WRENS).<sup>577</sup>

---

<sup>574</sup>APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p.3-4.

<sup>575</sup> MEDEIROS, Carlos Rostand França de. *Sobrevoos: episódios da Segunda Guerra Mundial no Rio Grande do Norte*. Natal: Caravela Selo Cultural, 2018. p.356.

<sup>576</sup>APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0746. Memorandos 1930 a 1963. Ministério da Guerra, 7ª Região Militar. Memorando n.17, 13/12/1941.

<sup>577</sup> PINTO, Lenine. *Os americanos em Natal*. Natal: Sebo Vermelho, 2005. p.35.

Tratava-se, no dizer de Protásio de Melo, professor de português em Parnamirim Field, de dotar a cidade de uma infraestrutura hospitalar adequada. Daí o investimento do Exército na conversão da Maternidade de Natal em Hospital Militar, para servir aos soldados do Destacamento Federal. Nesse sentido, outros estabelecimentos também forneceram sua cota de contribuição ao Ministério da Guerra como parte do desenho dessa base hospitalar: a Policlínica do Alecrim (funcionando desde 1942), o Sanatório Getúlio Vargas e o Educandário Oswaldo Cruz receberam aporte financeiro para integrarem esse esforço de guerra.<sup>578</sup>As Forças Policiais do estado, por seu turno, continuavam sendo atendidas pelo HMC.<sup>579</sup>

**Figura 54** - Parte do hospital no Campo de Parnamirim em 1944-45



Fonte: SMITH JÚNIOR (2003).

É importante lembrar que toda essa movimentação já vinha sendo arquitetada desde a década de 1930 – Conferência de Lima (1938) e os acordos de Washington – entre os governos brasileiro e norte-americano. O Departamento de Estado dos EUA investiu pesado num programa de cooperação naval e militar na América do Sul. O *Lend and Lease Bill* (Lei de Empréstimo e Arrendamento) foi um exemplo dessa nova postura: em troca de um investimento de 100 bilhões de dólares na compra de armas pelo Exército brasileiro, o governo norte-americano teria acesso à infra-estrutura

<sup>578</sup> SOUZA, Itamar de. Prefácio. In: MELO, Protásio Pinheiro de. *Contribuição norte-americana à vida natalense*. Natal: Sebo Vermelho, 2015. p.14.

<sup>579</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. SAH. Caixa 0754. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal General Antônio Fernandes Dantas pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943*. Natal, 1943, p.9.

portuária e aeroportuária, incluindo estradas de rodagem e equipamentos urbanos diversos.<sup>580</sup>

Na mesma direção atuou a Fundação Rockefeller, com seus investimentos em programas de saúde. Reunindo vários empresários americanos, Nelson Aldrich Rockefeller criou a *Office of the Coordinator of Interamerican Affairs* (OCIAA), objetivando, com ela, vender planos de ação para a América Latina. O Coordenador Interamericano, como passou a ser conhecido no Brasil, dividia suas ações em quatro *bureaux*: relações culturais, comunicações, comercial/financeira e saúde. O interesse da organização era expandir pela diplomacia do dólar, com penetração cultural e ideológica, o poder norte-americano nas Américas Central e do Sul e, ao mesmo tempo, afastar a influência indesejada de outros países europeus:

Em 1940, começou a atuar com um orçamento de 3,5 milhões de dólares e, em 1942, já operava com 38 milhões de dólares. Seu raio de ação era amplo e incluía: *imprensa* – fornecimento de artigos para jornais da América Central e do Sul sobre a solidariedade continental, a vida nos Estados Unidos etc.; fornecimento de fotografias e notícias sobre a América Latina; *cinema*- eliminação da competição alemã, estímulo sobre a produção de noticiários sobre a América Latina, sobre o *American Way of Life* e as boas relações entre EUA e o sul do continente; *intercâmbio cultural*- realização de exposições, concertos, traduções de obras literárias, viagens de pesquisadores, visitas de *scholars*, viagens de boa-vontade por artistas famosos; *assistência social* – programas sanitários, hospitales, abastecimento de água etc.<sup>581</sup>(destaque nosso)

Como se depreende dessas ações, a locação da Maternidade de Natal para o Ministério da Guerra, portanto, fazia parte de um programa ideológico norte-americano mais amplo de participação efetiva na vida dos países latino-americanos, que se encaminha mais sistematicamente nos anos 1930 e se consolida durante a Segunda Guerra. O Hospital Militar de Natal, de algum modo e um tanto indiretamente, inseriu-se nesse contexto de expansão dos interesses dos EUA no continente americano.

Deflagrado o conflito, Natal tornara-se espaço estratégico e o HM uma necessidade para as tropas dos Aliados. Em 18 de setembro de 1941, a bordo do “paquete” Almirante Alexandrino, aportaram em Natal o capitão-médico Aníbal Medina de Azevedo e o primeiro tenente Segadas Viana, enviados do Hospital Central do

---

<sup>580</sup> PEDREIRA, Flávia de Sá. *Chiclete eu misturo com banana: Carnaval e cotidiano de guerra em Natal*. 2.ed. Natal: EDUFRN, 2012. p.123.

<sup>581</sup> MOURA, Gerson. *Autonomia na dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. p.140.

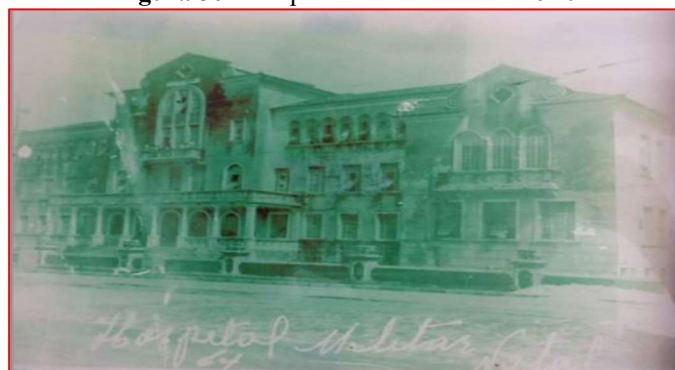
Exército e do Instituto Militar de Biologia no Rio de Janeiro para assumir os trabalhos no novo hospital instalado na Maternidade da “Mãe Pobre”.<sup>582</sup>No estabelecimento, o capitão Aníbal Medina, comandante<sup>583</sup>do HM, procurou organizar o nosocômio, preparando, para isso, um laboratório, uma sala de raios-x, uma clínica médica, um setor de alta cirurgia, uma farmácia, uma lavanderia e uma cozinha.<sup>584</sup>

**Figura 55** - Prédio da Maternidade de Natal que sediou o Hospital Militar, década de 1940



Fonte: Acervo do Memorial de Medicina do RN.

**Figura 56** - Hospital Militar nos anos 1940



Fonte: Acervo do Memorial de Medicina do RN.

Já em dezembro de 1941, o hospital já aparecia estruturado com um corpo técnico, que era composto pelos capitães-médicos Aníbal Medina de Azevedo, diretor

<sup>582</sup> A ORDEM. O cap. dr. Aníbal Azevedo vem dirigir o Hospital Militar desta cidade. Natal, Ano 7, n.1788, 23 set. 1941.

<sup>583</sup> Em 13 de janeiro de 1942, o diretor Aníbal Medina foi substituído pelo major-médico José Arruda Valim, nomeado pelo presidente da República como novo diretor do HM de Natal (A ORDEM. Nomeado diretor do Hospital Militar de Natal. Natal, Ano 7, n.1874, 13 jan. 1942.). Em 1944, temos a menção ao major-médico Frederico Oscar Vieira da Rocha (A ORDEM. Hospital Militar de Natal. Natal, 6 dez. 1944, p.2.). Em 1957, encontramos notícia de Aníbal Medina, ex-diretor do Hospital Militar de Natal e presidente da filial da Cruz Vermelha Brasileira no Rio Grande do Norte, chefiando o Instituto Biológico das Forças Armadas (A ORDEM. 2º aniversário da administração do Cel. Medina, no Instituto Biológico. Natal, 1 dez. 1957.).

<sup>584</sup> MEDEIROS, *Sobrevoos*: episódios da Segunda Guerra Mundial no Rio Grande do Norte, p.357.

interino, e Joaquim Pinheiro Monteiro, cirurgião; 1º tenente-médico Paulo Segadas Viana, radiologista; 1º tenente-médico Luiz Gomes Nogueira Ribeiro, clínica médica e 2º tenente farmacêutico Ailton Prado Reis, encarregado da farmácia.<sup>585</sup> Além dos quadros militares, o HM contou também, em determinados momentos, com a colaboração de médicos e enfermeiros civis: o médico Clóvis Travassos Sarinho, por exemplo, atuou como cirurgião no HM por cerca de um ano sob a direção do major médico José de Arruda Valim, sendo depois substituído por um cirurgião militar específico.<sup>586</sup> O trânsito de médicos e serviços entre o HM e o HMC, com efeito, era bastante comum, como se pode notar. Em 1942, na Prestação de Contas da SAH, o médico Januário Cicco relatou ao Interventor Rafael Fernandes algumas das formas de colaboração do HMC, que prestava

[...] benefícios a todas as classes sociais, até mesmo às forças militares do nosso Exército, auarteladas nesta cidade, mandando os respectivos comandos ao nosso serviço os seus numerosos doentes de oto-rino-laringologia, como alguns simuladores de perturbações visuais, para se desfazerem ardís, que armavam os convocados, para a esquivação do serviço militar.<sup>587</sup>

Em 1943, o raio-x do HM quebrou, e os serviços de diagnose passaram, então, a ser realizados nas dependências do HMC.<sup>588</sup> Nesse mesmo ano, a SAH informava que o otorrinolaringologista do HMC continuava a atender aos praças do Exército.<sup>589</sup> Os laços entre as organizações também se davam pela mediação da ciência médica. Em Comunicação de 6 de junho de 1944, o major-médico e diretor do HM Manoel Felino Tenório convidou os chamados “colegas civis” para participarem de um “Centro de Estudos” instalado no HM de Natal, mostrando-se bastante interessado na aproximação:

<sup>585</sup>A ORDEM. Mais serviço de saúde no Norte: Como está constituído o corpo técnico do hospital militar de Natal? Natal. Ano 7, n.1817, 27 out. 1941.

<sup>586</sup>Sarinho ainda trabalharia posteriormente no Hospital da Marinha por alguns meses. Na chegada do novo cirurgião, acabou recebendo como agradecimento pelos serviços um “bonito relógio Omega de ouro”. Cf.: SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p.10.

<sup>587</sup>APE/RN. Hospital “Miguel Couto”. SAH. Caixa 0754. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos Apresentada ao Exmo. Snr. Interventor Federal Rafael Fernandes Gurjão pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto” em 1942*. Natal, 1942. p.24.

<sup>588</sup>APE/RN. Hospital Miguel Couto. SAH. Caixa 0754. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal General Antônio Fernandes Dantas pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943*. Natal, 1943, p.7.

<sup>589</sup>Ibidem, p.6.

I – Tenho a satisfação de comunicar-vos que foi instalado neste Hospital o “CENTRO DE ESTUDOS” para a apresentação e discussão de clínicos, médicoecirúrgicos (sic), farmacêuticos e odontológicos.

II – No intuito de estreitar e fortalecer cada vez mais os laos de coleguismo e, o intercâmbio cultural, já existentes entre os colegas civis e militares, venho convidar-vos, assim como os demais colegas sob a vossa ilustrada chefia para tôdas as nossas reuniões, que se verificarão cada quinzena, sempre no 2ª sábado, às 10,30 neste Hospital, a começar do dia 17 próximo.

III – Esta Diretoria sentir-se-á honrada em receber pedidos de inscrição, para conferências ou apresentação de casos, dos ilustres colegas civis.<sup>590</sup>

Aliás, a maior dificuldade estava em montar a equipe de enfermagem, uma vez que escasseavam profissionais especializados. A solução, nesse caso, foi a formação técnica básica de emergência. Em 1942, anunciou-se pela Rádio Educadora de Natal e nos jornais A República e A Ordem um curso de enfermagem no HM, que acabou contando com a participação de pouco mais de 80 candidatas.<sup>591</sup> Durante 30 dias ( todos os dias, incluindo sábados e domingos, de 9 às 11h da manhã), as inscritas tiveram as aulas teóricas sobre primeiros socorros, fisiologia, patologia e anatomia, posteriormente sendo instruídas em questões práticas como o uso de aparelhos de raios-x, atividades de laboratório, auxílio a cirurgias clínicas e nos primeiros socorros.<sup>592</sup>

Segundo o periódico A Ordem, o curso foi realizado pelos médicos militares do corpo técnico com a participação de alguns esculápios civis, formando o seguinte quadro docente: o capitão-médico Joaquim Pinheiro Monteiro e Clóvis Travassos Sarinho (anatomia e cirurgia); o tenente-médico Luís Gomes Nogueira Ribeiro e Etelvino Cunha (fisiologia e clínica médica); o primeiro tenente-médico Paulo Segadas Viana (radiologia e patologia geral); o capitão-médico Medina Azevedo e Lourival Rodrigues de Farias (laboratório); e, por fim, o primeiro tenente-médico Newton Gabriel de Souza (primeiros socorros).<sup>593</sup> A assistência religiosa<sup>594</sup> aos enfermos era

<sup>590</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0783. Hospital Militar de Natal. Comunicação, 6/6/1944. Do Diretor do H. M. de Natal ao Senhor diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar.

<sup>591</sup> Isto não quer dizer que, ao final, todas saíam formadas. Em 24 de agosto de 1942, em solenidade no Teatro Carlos Gomes, foram diplomadas na segunda turma 28 “Socorristas de Emergência”, sob o paraninfado do médico Newton Gabriel de Souza. (A ORDEM. As solenidades de ante-ontem da Cruz Vermelha, no Teatro “Carlos Gomes”: compromisso das “Socorristas de Emergência” e a entrega de diplomas às enfermeiras. Natal, Ano 8, n.2054, 26 ago. 1942.)

<sup>592</sup> MEDEIROS, *Op. Cit.*, p.360.

<sup>593</sup> A ORDEM. Curso de Enfermeiras do Hospital Militar. Natal, 13 fev. 1942.

<sup>594</sup> Em 1944, um artigo do jornal A Ordem, comemorando o 3ª aniversário do HM e a inauguração da capela do hospital, falava em assistência provisória, de modo que não podemos afirmar que as irmãs estivessem presentes desde o início dos trabalhos no HM. (A ORDEM. Brillantemente comemorado, ontem, o 3º aniversário do hospital Militar: inaugurada, solenemente, a capela do estabelecimento –

oferecida, ao que nos parece, pelas mesmas irmãs de Santana que trabalhavam no HMC. Circunscrito à 7ª Região Militar, o novo HM de Natal, junto com o também recém-criado Depósito Regional de Material Sanitário e de Medicamentos (lotado em Recife), encontrava-se administrativamente dependente da Diretoria de Saúde do Exército.

**Figura 57** - Curso de enfermagem no HM de Natal



Fonte: MEDEIROS (2018)

**Figura 58** - Aula do curso de enfermagem



Fonte: MEDEIROS (2018)



**Figura 59** - 40 alunas em aula no anfiteatro do HM



Fonte: MEDEIROS (2018).

**Figura 60** - Aula do curso no HM sob o olhar dos professores



Fonte: MEDEIROS (2018)

Assim sendo, em meados de 1942, o HM de Natal já se encontrava estruturado como unidade hospitalar a serviço das forças do Destacamento Federal. Instalado no prédio da Maternidade de Natal e contando com um corpo técnico militar especializado reunido a uma equipe de auxiliares diversos (irmãs, “samaritanas”, pessoal de manutenção etc.), o HM ofereceu seus préstimos durante todo o período da Segunda Guerra.

### **3.2.3.2 A quem pertencia o prédio da maternidade? A “guerra das cartas”**

Essa história do HM, contudo, não se deu de modo tão harmônico, como pode parecer à primeira vista. A locação da Maternidade para a Diretoria de Saúde do Exército já começou a suscitar questionamentos cerca de um ano depois do acerto da

locação. Em carta enviada a Getúlio Vargas, datada de 12 de julho de 1942, o diretor da SAH cobrava arrazoadamente a restituição do prédio. Ele escreveu:

Exmo. Sr. Presidente da República, Dr. Getúlio Vargas:

As instituições culturais do Barsil nunca estiveram desamparadas por V. Excia.; e mercê do seu espírito de justiça, a Maternidade, que represenro e pela qual venho trabalhando há mais de vinte anos, mereceu de V. Excia. O valioso auxílio de seiscentos contos de réis, para a conclusão das suas obras e instalações. Quando, porém, tudo se apresetava para a inauguração dos seus serviços, entre os quais contam-se uma escola de Parteiras e um Curso de Puericultura, o Snr. Ministro da Guerra teve necessidade de ocupar aquele edifício e nêle instaurar o Hospital Militar. Acontece que as necessidades sociais da minha terra não podem prescindir de uma assistencia ampla, eficiente e inadiavel á mulher-mãi (sic), pois que a assistencia obstetrica que mantenho no Hospital “Miguel Couto” é limitada a quatorze leitos, nos quais nascem anualmente 332 crianças contrastando este milagre com o registro do serviço pre-natal que, mensalmente, acusa uma cifra nunca inferior a 160 gestantes fichadas. Assim, prementes os vexames da assistencia obstetrica nesta cidade, e por que ninguem sabe até quando o exercito ocupará o edificio da Maternidade, propuz ao Snr. Ministro da Guerra a venda daquele imovel, para a construção imediata de outro, onde se instalariam os serviços da Maternidade de Natal, ficando o Hospital Militar definitivamente num predio confortavel e sem igual em todo o Brasil. Mas, como sem o assentimento de V. Excia. Nada se fará, e porque é de inadiável necessidade a assistencia á mulher humilde, e também por que V. Excia. Mandou que as cidades do interior tivessem as suas Maternidades, para a execução dos direitos assegurados no Decreto-lei de Proteção á Maternidade, á Infância e á Juventude, venho pedir a V. Excia. mandar adquirir, por compra, o edificio da Maternidade de Natal e suas instalações para o fim de construir-se outro prédio e realização do que julgo um dever civico, humanitario e eugenico. Saudações.<sup>595</sup>

A carta é longa, mas importante. Ela revela que a SAH já havia acenado ao Ministro da Guerra com uma proposta de compra por parte do Exército da Maternidade de Natal, sendo o caixa da venda aplicado na construção de outro estabelecimento obstétrico. Provavelmente, a proposta ao Ministro não teria surtido efeito, o que levou o diretor da SAH a apelar para o mandatário máximo da nação. A carta enviada ao presidente, todavia, teve o mesmo fim: o silêncio como resposta. Ainda assim, o desfile de críticas não parou. Em “Exposição de Motivos” entregue ao Interventor Federal

---

<sup>595</sup>ApudAPE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946.* Natal, 1946.p.5-6.

general Antônio Fernandes Dantas, o diretor da SAH registrou mais uma vez sua queixa:

É lamentável que a maternidade de Natal continue servindo a outros interesses, ainda que relacionados com o estado de guerra, porque a União poderia ter removido esse entrave á assistência obstetrícia, si houvesse construído, ou mesmo adaptado outro estabelecimento ás necessidades do exercito, porque evidentemente a Maternidade não oferece condições para um Hospital Militar, pela diferença dos seus propositos de construção.<sup>596</sup>

Iniciava-se, então, um volumoso epistolário – a maior parte, arquivo só de ida - entre a SAH e os altos escalões do Executivo. Em 1944, houve, pelo menos, três missivas: uma em 17 de março, endereçada ao general Firmo Freire, Chefe da Casa Militar da Presidência; outra em 10 de dezembro, agora para o Diretor de Saúde do Exército, o general João Afonso de Souza Ferreira, que, aliás, era médico; e em 10 de dezembro, ao general Mário Ramos. Em 1º de fevereiro de 1945, a SAH recebeu carta do tenente Domingos da Costa Moreira, engenheiro que construiu o 16º Regimento de Infantaria, discutindo a possibilidade de desapropriação; e em 26 de julho, realizou-se um Memorial a dona Carmela Teles Leite Dutra, conhecida como Dona Santinha e esposa de Eurico Gaspar Dutra, assinado por mulheres ilustres da sociedade natalense, requerendo o retorno da Maternidade de Natal para as suas funções obstétricas.

Somente em 19 de fevereiro de 1946, a produção massiva de cartas teve melhor sorte: um despacho do Ministro da Guerra que afirmava a vontade de entregar o edifício “a quem, em momentos difíceis da vida nacional havia contribuído para a defesa do continente”<sup>597</sup>. Vendo na carta um sinal de que suas rogativas haviam sido ouvidas, o diretor da SAH, o médico Januário Cicco, apressou-se em escrever para o general Pedro Aurelio de Gois Monteiro, em 20 de maio do mesmo ano, cobrando o compromisso do despacho:

Exmo. Snr. Ministro da Guerra: As expressões, honrosas para mim do seu telegrama referente á restituição do edificio da maternidade, onde se instalou o Hospital Militar, deram-me autorização para apresentar a V. Excia. as razões do meu pedido. Não conhecesse eu, atravez dos seus amigos, entre os quais Georgino Avelino e o Dr. Francisco Rocha,

<sup>596</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. SAH. Caixa 0754. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal General Antônio Fernandes Dantas pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943.* Natal, 1943.p.5-6.

<sup>597</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 0743. *Prestação de contas com exposição de motivos apresentada á diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946.* Natal, 1946. p.7.

as suas qualidades de espírito e coração, alicerçados por uma bela inteligência e uma sólida cultura, deixaria para quando V. Excia. me conhecesse de perto os motivos desta explicação.<sup>598</sup>

E, depois de apelar para a “rede de alianças” comum, Januário narrou mais uma vez a saga da maternidade local, deixando para o fim seu pedido-proposta:

Dada a promessa de V. Excia., peço licença para extranhar (sic) que só agora cuide-se de construir um Hospital Militar e, só, então, isto é, daqui há dois anos, a mulher humilde da minha terra terá a casa de proteção ao seu imenso sacrifício. S. V. Excia me permitisse, eu lembraria que há aqui o edifício “Fernando Costa”, proprio federal, de quatro pavimentos, capaz de servir aos interesses de um Hospital Militar, bastando-lhe adaptar uma Sala de Cirurgia, e cujo predio está atualmente ocupado por uma seção do Ministerio da Agricultura. [...] Apelando, pois, para o homem inteligente, de grande cultura filosófica, que é V. Excia., deponho nas suas mãos o destino da Maternidade de Natal.<sup>599</sup>

À medida que as comunicações passaram a ser respondidas, o tom inicial mais impositivo dos documentos foi cedendo lugar à barganha. No trecho acima, o diretor da SAH ofereceu uma alternativa para Gois Monteiro, qual seja, instalar-se o HM no prédio Fernando Costa, situado no Bairro da Ribeira, e que já pertencia ao governo federal. Em outra oportunidade, Januário Cicco insistiu com o general Florencio de Abreu, Diretor de Saúde do Exército, em carta de 6 de julho de 1946, para que ponderasse, caso o edifício Fernando Costa fosse descartado, outras possibilidades de sediar o HM:

Si porventura a proposta por mim apresentada ao Exmo. Snr. Ministro da Guerra, de utilização do edifício “Fernando Costa”, para instalação provisória do Hospital Militar não for aceitável, pelas informações do Diretor daquele estabelecimento, porque naturalmente ele preferiria um predio igual ao da Maternidade, o que não es (sic) encontrará em nenhum Estado, então, peço licença para lembrar a V. Excia. que os americanos deixaram na Praia da Limpa grandes estabelecimentos, podendo servir qualquer desses a um Hospital provisório, até que o Governo constrúa um nosocomio para o Exercito.<sup>600</sup>

A Praia da Limpa, depois chamada de Praia da Montagem ou da Rampa, situava-se ao longo do Potengi, na margem direita da cidade, e era um dos pontos de amerissagens de hidroaviões em Natal, transportando passageiros e correspondências. Inicialmente ponto de apoio para a construção do porto da cidade, tornou-se nos anos

---

<sup>598</sup> Ibidem.

<sup>599</sup> Ibidem. p.8.

<sup>600</sup> Ibidem.

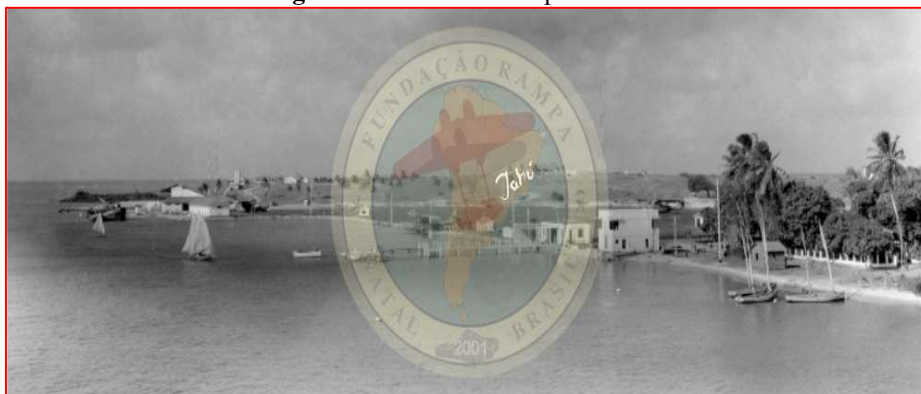
1940 uma base americana importante, com vários prédios construídos.<sup>601</sup> A carta do diretor da SAH indicava exatamente alguns dos edifícios levantados na área como possibilidade para abrigar o HM. A insistência em uma nova locação para a solução do litígio era a expressão de que a SAH aguardava, para muito breve, o deferimento da proposta, afinal, a carta enviada já estava nas mãos do Diretor de Saúde do Exército, tendo sido encaminhada provavelmente pelo próprio Gois Monteiro. A saga para a reintegração da Maternidade de Natal parecia encontrar, enfim, o seu esperado desfecho.

**Figura 61** - Edifício Fernando Costa em [19--]



Fonte: Biblioteca do IBGE, Série Acervo dos Municípios Brasileiros. Foto de Jaecir Emerenciano Galvão

**Figura 62** - Praia da Rampa em 1943



Fonte: Acervo da Fundação Rampa em Natal

Ledo engano... Nos bastidores, o diretor do HM, o capitão-médico Aníbal Medina Olimpio de Azevedo, já vinha articulando a apropriação definitiva das instalações da Maternidade de Natal. O troca de correspondência com Florêncio Abreu,

<sup>601</sup> Disponível no site: [http://www.fundacaorampa.com.br/af\\_rampa.htm](http://www.fundacaorampa.com.br/af_rampa.htm). Acesso em: 3/10/2020.

que fora interpretada inicialmente como sinal da possível restituição, acabou perdendo a força diante do Ofício n.405, de 13 de julho de 1946, enviado pela diretoria do HM para a SAH. As intenções do Ministério da Guerra, naquele momento, estavam claras:

Copia. Ministerio da Guerra. Diretoria de Saúde do Exercito. N.951. Informação. Doc. 5446. Capital Federal, em 14-VI-1946. Do Diretor de saude do Exercito ao Exmo. Snr. Ministro da Guerra. Assunto – I – Telegrama ao Exmo. Snr. Ministro em que o Diretor da maternidade de Natal solicita a restituição do edificio em que funciona o Hospital Militar. II – as autoridades que opinaram a respeito – Comandantes da 7ª R. M. e da Guarnição de Natal e Diretor do H.M. da mesma cidade – são unanimes em afirmar não existir outro prédio, publico ou particular, que possa servir para instalar o atual Hospital. III – A aquisição por compra do edificio da Maternidade é julgada sem interesse pelo vultoso dispendio a ser feito nas obras indispensáveis á adaptação. IV – A solução será a construção de novo edificio. Em que peze a razão de ser do pedido nos justos motivos a inspirar-nos, é opinião desta Diretoria que o edificio da Maternidade de Natal não pode ser restituído, por ser indispensável ao exercito, para alojar os militares doentes daquela Guarnição, até que se constrúa o novo hospital, aliás de projeto já em estudo nesta Diretoria. – (a) General Florencio Carlos de Abreu Pereira, Diretor de Saúde do Exercito.<sup>602</sup>

A cópia do documento n.5446, de 14 de julho de 1946, mostra que o HM já havia travado contato com o Diretor de Saúde do Exército, pelo menos um mês antes da carta da SAH (6 de julho). Na cópia do despacho, “o edificio da Maternidade de Natal não pode ser restituído, por ser indispensável ao Exercito”, o que, dito de outro modo, significava o apoderamento permanente da edificação pelo Exército. Não se cogitava sequer a compra, considerada “vultosa”. Ainda de acordo com o mencionado documento, o capitão Aníbal alegava não haver “outro prédio, público ou particular, que possa servir para instalar o atual Hospital”, embora Januário Cicco houvesse insistido, em correspondência, na possibilidade de uso do edificio Fernando Costa, dos galpões da Rampa da Limpa, dos Quartéis de Carros de Combate (BCC), da Estação da Estrada de Ferro do Rio Grande do Norte, do Quartel de Mãe Luiza e, até mesmo, do Hospital de Parnamirim. Opções, portanto, não faltavam. No despacho, o HM ocuparia a Maternidade até a construção de um “novo hospital”, cujo projeto já estava sendo estudado. Seria mesmo? Quanto tempo duraria o empreendimento?

---

<sup>602</sup>ApudAPE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946.* Natal, 1946, p.12-3.

A participação do capitão Aníbal Medina na questão tornava-se patente. O envio do Ofício à SAH sacramentou sua interferência direta na Diretoria de Saúde do Exército, de tal modo que Florencio de Abreu já havia acatado a necessidade de o HM permanecer no prédio da Maternidade de Natal e informado, por sua vez, a decisão ao Ministro da Guerra, esperando seu carimbo. O Ofício n.405 (com cópia do despacho n.951 e documento 5446) detonou uma “outra guerra” entre a SAH e o Exército. O presidente da SAH, o médico Januário Cicco, acusou o diretor do HM de fornecer “informações tendenciosas” aos superiores militares, evidenciando, nas palavras do referido médico, “o impatriotismo do responsável também pelo estado de ruínas e sujeira do prédio, que lhe foi confiado, desse palácio que é o edifício da Maternidade de Natal”.<sup>603</sup> Insatisfeito, assim, com o despacho que lhe foi enviado, Januário Cicco logo reagiu, escrevendo um “recurso” ao Ministro da Guerra Gois Monteiro, explicando-lhe mais uma vez a luta pela edificação daquela “Casa da Mãe Pobre”. No documento, de 18 de julho de 1946, aproveitou para criticar severamente o diretor do HM:

Devo ainda afirmar que não considero o dr. Aníbal Medina de Azevedo um técnico em assuntos hospitalares, nem ele está á altura do cargo que ocupa, e a prova disto está no estado de sujeira e destruição do imóvel confiado aos seus cuidados, esquecendo ainda que qualquer casa grande poderá servir para um estabelecimento assistencial, em caso de emergencia, tais sejam as adaptações que se acrescentem e o numero de individuos a hospitalisar. Ora, conhecida a percentual de cinco doentes por mil habitantes, nas pequenas capitais, sabe-se também que um efetivo de quatro mil homens precisaria apenas de vinte leitos, mesmo porque os casos de molestia venerea não são hospitalizaveis, salvo casos especiais, mas de Ambulatorio. Por outro lado, sabe-se ainda que o soldado paga a sua estada e as despesas de tratamento no Hospital. Por sua vez, consta que os soldados não querem baixar ao Hospital Militar, porque não recebem tratamento, nem teem (sic) alimentação sadia e necessaria. Desse modo, compreende-se que só um Hospital de centenas de leitos seria indispensavel para corresponder ao numero de soldados hospitalizaveis numa Casa de Saúde do Exercito, fugindo-se assim da percentual de cinco doentes por mil habitantes.<sup>604</sup>

E arrematou o argumento:

Do tempo de nosso contrato com o Ministerio da Guerra até esta parte, não cessei de pleitear a restituição do edificio reclamado, porque a obra

---

<sup>603</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946.* Natal, 1946. p.14.

<sup>604</sup> *Ibidem*, p.17-8.

que construí estará virtualmente demolida si eu não conseguirei reivindicar os direitos sagrados de legítima defesa de propriedade.<sup>605</sup>

O diretor da SAH argumentava essencialmente que a direção do HM administrava descuidadamente o estabelecimento, que se apresentava sujo, além de oferecer péssimo serviço de alimentação aos soldados. A Maternidade seria pequena para as necessidades do HM, sendo mais adequado um hospital com maior número de leitos, que poderia ser edificado em outras localidades, ou mesmo tomado de espaços existentes na cidade. Segundo o diretor da SAH, os comandantes da 7ª Região Militar e da Guarnição de Natal teriam conduzido suas opiniões com base em parecer suspeito do capitão-médico Aníbal Medina.

**Figura 63** - Estação Natal da Estrada de Ferro do Rio Grande do Norte na década de 1930



Fonte: Acervo CBTU

**Figura 64** - Hospital da Base Aérea de Natal em meados de 1940, localizada na chamada “Base Oeste”, distinta da base americana de “Parnamirim Field”



Fonte: Fundação Rampa

---

<sup>605</sup> Ibidem, p.18.



**Figura 65** - “Base Oeste” do Campo de Parnamirim, ocupada pelos brasileiros. À direita, o Hospital da Base Aérea



Fonte: Fundação Rampa

Esclarecido o desejo do diretor Aníbal Medina em tomar posse efetiva do prédio da Maternidade de Natal, Januário Cicco caprichou, então, no seu “epistolário de guerra”, passando a enviar cartas para diferentes autoridades nos diferentes campos com o objetivo de, como ele mesmo escreveu, aumentar o “contingente de esforços” e “espiritualizar ainda mais o interesse vital”. É mencionada a carta, de 9 de julho de 1946, à autoridade eclesiástica do cardeal Dom Jayme de Barros Câmara, terceiro cardeal-bispo do Rio de Janeiro e, à época, presidente da missão episcopal da Ação Católica Brasileira.<sup>606</sup> A carta, contudo, foi extraviada. O diretor da SAH mobilizou a imprensa local, sensibilizando os habitantes da capital potiguar através da radiodifusão da emissora Rádio Tupy<sup>607</sup>, pedindo apoio para a campanha de restituição da Maternidade de Natal. O mesmo se deu com o *Rotary Club*, que empenhou seus esforços nessa empresa. Os deputados José Varela e João Café Filho, conhecidos políticos locais, reforçaram as fileiras do “interesse vital” e atuaram no parlamento durante a Constituinte.<sup>608</sup> O jornal católico *A Ordem* publicizava a campanha, informando em suas colunas sobre a questão e expressando aquilo que seria a opinião do “povo de Natal”:

<sup>606</sup> Verbetes biográfico da FGV-CPDOC. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/jaime-de-barros-camara>. Acessado em: 7/10/2020.

<sup>607</sup> Aqui, Januário Cicco provavelmente estivesse se referindo à Rádio Poti, nome dado à antiga Rádio Educadora de Natal (REN), quando esta foi incorporada ao conglomerado dos Diários Associados de Chateaubriand, em fevereiro de 1944. O próprio diretor da SAH chegou a ocupar o cargo de vice-presidente da REN.

<sup>608</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. *Prestação de Contas...de 1946*. p.22.

A Sociedade de Assistencia Hospitalar, tendo á frente o dr. Januario Cicco (sic), fez construir nesta cidade uma grande maternidade. Tão grande e imponente que muita gente achava excessivo para Natal, pensando que a cidade jamais cresceria e se modernizaria.

Com a guerra o grande edificio, já prestes a se instalarem os serviços para que fôra destinado, foi chamado a outra finalidade. Iria servir de Hospital Militar.

Agora os serviços de guerra passaram. Pensamos na paz. Torna-se possível ao Governo Federal construir ou adaptar noutro ponto o Hospital Militar para a sua tropa.

Espera o povo de Natal que a Maternidade seja entregue, a-fim-de preencher sua nobre e insubstituível finalidade. quem conhece a Maternidade do Hospital miguel Couto, da mesma Sociedade, que vem preenchendo o claro, dentro de toda a angustia de espaço, quem acompanha os beneficios extraordinarios que essas instalações menores prestam, pode calcular facilmente o beneficio sem conta da futura maternidade.

Toda a imprensa, todos os norteriograndenses devem pedir com insistencia a restituição da Maternidade. Clamam as mães pobres. Clamam crianças. Clamam os direitos dos nascituros.

E como o governo tem o maximo empenho em desenvolver e proteger os serviços de maternidade e infancia, tudo nos faz considerar com otimismo a campanha.<sup>609</sup>

Com isso, Januário Cicco buscava reforçar sua rede de alianças para a causa. Como vimos, nem todas as mensagens chegavam ao destino, e as que o alcançavam simplesmente acabavam se extraviando nas mãos das autoridades. Poucas eram as respondidas. A de 31 de outubro de 1946 foi uma delas. Era um despacho telegráfico do Secretário Particular da Presidência, Carlos Roberto de Aguiar Moreira, retornando de uma correspondência de 25 de outubro enviada pelo diretor da SAH ao presidente Vargas. A comunicação foi breve: “Januario Cicco. Natal. Snr. Presidente Republica encaminhou á consideração Snr. Ministro da Guerra assunto carta lhe dirigistes. Cordiais saudações”<sup>610</sup>. O que isto queria dizer, afinal? Certamente uma “paridade de armas” no sentido de o Ministro da Guerra ter em mãos um documento reencaminhado pela própria presidência da República. O fato é que depois de um cabograma enviado ao Ministro da Guerra, o general Camrobert da Costa, em novembro de 1946, a Maternidade de Natal foi, no ano seguinte, finalmente desocupada pelos militares. A carta que oficializou a devolução foi publicada na imprensa local, sendo assinada pelo coronel Honorio Hermeto Bezerra Cavalcanti, representante do Diretor do Serviço de Saúde do Exército, general Florêncio de Abreu:

<sup>609</sup> A ORDEM. Nota do dia: o edificio da Maternidade. Natal, 20 jul. 1946.

<sup>610</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. *Prestação de Contas...de 1946*, p.24.

Natal, 20 de março de 1947.

Caro colega Dr. Januário Cicco – Saúde.

Com a assinatura, ontem, do termo de entrega do prédio onde funcionava o nosso H. Militar á Sociedade de Assistencia Hospitalar, poz-se termino a essa ocupação que vinha desde 1941, motivada pelo estado de guerra.

Sei dos esforços que empregou para reaver a sua maternidade e tambem conheço o quanto foi des a necessidade dessa restituição considerado pelas altas autoridades.

Somente agora, porem, com a construção do pequeno predio onde passará a funcionar o H.M. de Natal, foi possível restituir aos seus legítimos donos o bêlo edificio da Avenida Nilo Peçanha.

Obra do coração generoso da mulher riograndense do norte espero ver, muito breve, em pleno funcionamento, sua Maternidade, onde a mãe desvalida de todos os rincões do Estado poderá ter um leito amigo para nascer o fruto do seu amor.

Muito grato tambem pela oportuidade que me ofereceu de visitar o seu magnífico Hospital “Miguel Couto”, onde sei o que mais se dava admirar, se a limpeza e ordem irrepreensíveis, ou administração exemplar, deixo-lhe aqui os meus agradecimentos e assino-me seu Admar. e Colega Honorio Hermeto Bezerra Cavalcanti.<sup>611</sup>

Com essa “boa nova” da carta de Florencio, a SAH promoveu uma reunião em 19 de outubro para deliberar sobre o assunto. No encontro, conforme registrado em ata, o diretor-médico esclareceu aos colegas em assembleia o andamento daquela situação:

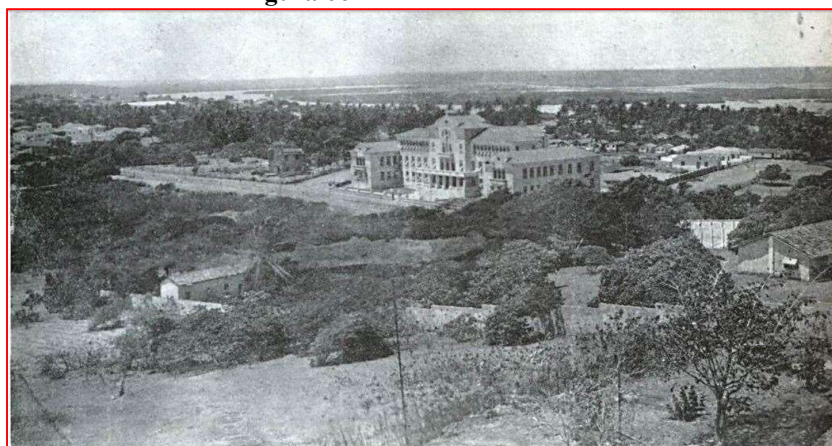
Aberta a sessão pelo Diretor, Dr. Januário Cicco explicou que os motivos da reunião diziam respeito a interesses da coletividade, de vez que, dentro de poucos dias, o Exercito mudaria o seu Hospital para as suas novas instalações construídas junto ao Quartel do 16<sup>a</sup> R.I., sendo imediatamente restituído à nossa Sociedade o edificio da Maternidade que é patrimonio da nossa Instituição. Disse ainda que uma vez de posse do citado estabelecimento era seu desejo iniciar os reparos necessarios e as reparações nas suas instalações em pos danos (sic), conforme laudo apresentado pelo engenheiro Dr. Gentil Ferreira e o chefe de obras Alvaro J. de Melo, [termo ilegível] a 1.500,00 cruzeiros, digo: 1.584.481,50 centavos, ate o dia 2 de junho de 1947, quando fizeram a vistoria por ele solicitada, importancia esta que deveria ser paga pelo Ministro da Guerra, conforme a clausula VI do nosso contrato realizado na Diretoria de Saúde do Exercito, em 1<sup>o</sup> de Agosto de 1941.<sup>612</sup>

<sup>611</sup> A ORDEM. A Maternidade de Natal. 27 mar. 1948, p.4.

<sup>612</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. SAH. *Livro de Atas desde 1927*. Ata da 26<sup>a</sup> Sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar, para o fim especial de criação de uma Escola de Partearas na Maternidade de Natal. Natal, 19 out. 1947, p.47-8.

A batalha ainda teria seus prolongamentos, dessa vez na barra dos tribunais. É que o prédio estava em péssimo estado quando da devolução. Em 1949, a Maternidade ainda aguardava o pagamento das indenizações pelo Ministério da Guerra, que se prontificava, segundo Camrobert, a quitá-las, desde que nos parâmetros contábeis determinados pelos técnicos do Exército (1 milhão e 988 mil cruzeiros) e não naqueles exigidos pela contabilidade da SAH (2 milhões e 500 mil cruzeiros).<sup>613</sup> Seja como for, o prédio acabou voltando às mãos da SAH, que retomou, dessa vez em definitivo, a posse da tão desejada “Casa da Mãe Pobre”. No ano seguinte, como escrevemos no início dessa breve narrativa, o estabelecimento obstétrico abriu efetivamente suas portas ao público do estado, nove anos depois de sua fatídica locação ao Ministério da Guerra.

**Figura 66** - Maternidade de Natal



Fonte: Revista Careta (1954)

### 3.2.3.3 Uma pausa reflexiva: mas, quem conta mesmo essa história?

Bem, neste momento de nosso texto, chamamos a atenção para alguns aspectos importantes desse relato sobre a restituição da Maternidade ao seio da sociedade natalense. Como se pôde notar, a narrativa apresentada funcionou como a “versão” dos acontecimentos tecida pelo médico Januário Cicco, diretor da SAH, registrada essencialmente nos documentos oficiais das prestações de contas e exposições de motivos entregues anualmente aos chefes do executivo estadual, mormente interventores federais. A narrativa que ele nos conta tem caráter heróico: a luta de um médico local, quase solitariamente, contra os poderes que excediam em muito as forças

<sup>613</sup> A ORDEM. A’ espera das indenizações: a inauguração da Maternidade depende do pagamento do Exército. Natal, 3 mai. 1949.

dele, com lutas renhidas e reviravoltas, mas que, ao fim e ao cabo, deram ao personagem principal a glória da conquista. Não à toa, a Maternidade de Natal recebia, nos relatórios oficiais, o título de “palácio”, que também se aplicava, em outras circunstâncias, ao HMC. Lutava-se, portanto, em nome de um símbolo nobiliárquico! Teria sido “realmente” assim? Qual seria a versão<sup>614</sup> da Diretoria de Saúde do Exército sobre os eventos relatados? Concordaria o capitão Aníbal Medina com a caracterização dada a ele nas cartas enviadas por Januário Cicco às autoridades do Executivo? As fontes consultadas provém quase exclusivamente dos relatórios da SAH, e, por isso mesmo, precisam ser analisadas com a devida criticidade no sentido de compreendê-las

como discursos que representam interesses, posições sociais, visões de mundo, demandas culturais, ideologias, lances circunstanciais nos jogos de poder, ambições políticas ou econômicas, esforços de enquadramento da população em sociedades disciplinares, interesses de dominação e gestos de resistência a poderes rivais. [...] quando um historiador examina uma notícia [um documento qualquer], ele não a toma meramente como fonte de informações, mas sim como discurso a ser analisado, compreendido, problematizado.<sup>615</sup>

E esse exame crítico à luz da “caixa de ferramentas” da História, digamo-lo antecipadamente, deve incluir, sem foro privilegiado, a própria narrativa elaborada pelo historiador, que jamais se encontra separado da história que conta, assumindo-se, assim, que mergulhamos no passado (o “antes do presente”) sempre com os pés no presente (o “agora”):

A história é inseparável do historiador porque nós nunca estudamos o passado em si próprio, unicamente (sic): procuramos sempre nele as luzes para explicar o presente e – o que perturba ainda mais o nosso olhar - argumentos para justificar as nossas concepções políticas e sociais, por sua vez comandadas pelas nossas ambições pessoais. Procurando-os, conseguimos encontrá-los, não inventando-os, mas só retendo do dado histórico o que confirma a nossa tese, ou engrandecendo-lhes o seu significado. Conseguimos nós fazer calar toda a paixão, e nem mesmo assim seríamos menos homens de outro tempo que sabem o que se passou desde a época estudada: este conhecimento impede-nos de reviver os acontecimentos volvidos como os viveram aqueles que foram os verdadeiros atores e que ignoravam qual o desfecho da aventura. Portanto, o historiador mergulha no passado com tudo aquilo que ele é e tudo aquilo que sabe; é impossível separá-lo da história.

<sup>614</sup> Entendendo-se aqui por “versão” uma narrativa enquanto representação que lida com representações do passado, tendo como características a compreensibilidade, a plausibilidade e a verossimilhança. Cf.: PESAVENTO, Sandra Jatthy. *História e História Cultural*. 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.p.43.

<sup>615</sup> BARROS, José D’Assunção. *Seis desafios para a historiografia do novo milênio*. Rio de Janeiro: Vozes, 2019.p.94-95.

[...] As nossas concepções do passado renovam-se com as ideias de cada geração, com os seus projectos em relação ao futuro; as nossas concepções do homem e de nós próprios variam com as circunstâncias em que nos encontramos e mesmo com o objecto dos nossos estudos. Factos novos, situações inéditas, levam-nos a considerar a uma outra luz séculos já passados que, embora definitivamente fixados em si sem que se possa prever quando irá o historiador estabelecer a tal respeito a verdade objectiva e definitiva. E com a concepção do homem histórico evolui a do homem actual.<sup>616</sup>

Por conseguinte, a criticidade de que falamos reconhece o carácter narrativo da História e o indispensável esforço triangular de análise: os relatos do passado, a narrativa do historiador sobre o passado e as leituras críticas da representação narrativa do historiador (digo, a nossa!). Como não pretendemos repousar no divã, articularemos as dois primeiros vértices do triângulo, mas sabendo desde já que sempre se produz sombra quando se joga luz e sempre há um foco que nos apanha en(*as*)sombrados... Sigamos.

Desse modo, mais do que a redescção narrativa na perspectiva de outros sujeitos – o que seria fundamental para o exercício historiográfico a que nos propomos, deixemos claro - interessa-nos sobremaneira nessa história perceber dois elementos em particular: a) a rede de relações interpessoais e institucionais mobilizada pela SAH, e que simbolizava, ao mesmo tempo, o lugar da sociedade médico-assistencial na teia das relações de poder local; e b) o modo como, na narrativa da SAH, operou-se a construção de uma cadeia de suplementos que identificava, de um lado, HMC-SAH-Januário Cicco, e, de outro, Januário Cicco-interesses da coletividade pobre.

Na interpretação januariana dos acontecimentos que envolveram a questão da Maternidade de Natal, podemos notar no seu epistolário a composição de uma intriga que procura, de um ponto de vista retórico, enfatizar a “autoridade” da fala do emissário. A legitimidade do autor das cartas deveria ser reconhecida, inicialmente, pelos próprios destinatários. Não se escreveu para quaisquer pessoas ou instâncias, mas sim para altas autoridades e órgãos importantes do Executivo: Presidente da República, Secretário da Presidência, Ministério da Guerra e Diretoria de Saúde do Exército. Mesmo que várias delas tenham se extraviado e outras poucas tenham sido respondidas, o fato de enviá-las a tais autoridades revelava o desejo pelo reconhecimento de sua *auctoritas*. Em algumas ocasiões, nas Prestações de Contas, o diretor da SAH subia o tom das críticas e se exasperava, desfechando sérias acusações contra o governo:

<sup>616</sup> FOULQUIÉ, Paul. *A dialéctica*. 3. ed. Lisboa: Europa-América, 1978. p.77-78.

É essa displicência, essa irresponsabilidade, essa violação aos direitos sagrados das Instituições democráticas e essa licenciosidade malsã, que veem caracterizando os governos autocratas tolhendo a liberdade, estrangulando a verdade e negando o direito, a quem o tem; e como corolário dessa superficialidade construtiva, anda o Brasil sem assistência pública, sem instrução, sem cultura, descalço e quasi (sic) nú.<sup>617</sup>

Na luta empreendida pela retomada da Maternidade, convenhamos que chamar, naquele momento em especial, os governantes de “autocratas” não soava muito bem, para não dizer perigoso. Para ataques como esse, era preciso estar seguro de que se poderia contar com uma boa rede de alianças. E parecia ser esse o caso. A adesão à campanha pró-maternidade ecoou nas correspondências: órgãos da imprensa local, emissoras de rádio, parlamentares de prestígio, movimentos em clubes da elite e até a Igreja atenderam ao chamado. A versão oferecida pela SAH, portanto, deixava claro que o capital social<sup>618</sup> mobilizado nesse processo conferia a sua diretoria lugar privilegiado na rede de poderes locais onde atuava institucionalmente.

O outro ponto de interesse na narrativa diz respeito à semântica do discurso. Há, na documentação analisada (correspondências, relatórios, prestação de contas), um jogo de envios e reenvios de palavras que formam uma rede de significados mais ou menos comum, que se trocam como numa relação de sinonímia, de equivalência. Mais exatamente, essa rede de sentido alinha grupos de palavras que, na sua inter-remissão, formam uma cadeia de vínculos pautada na similitude de conteúdo. Assim, temos que o Miguel Couto era administrado pela SAH que, por sua vez, era presidida pelo médico

---

<sup>617</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Sociedade de assistência Hospitalar. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exmo. Snr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1945. Natal. p.9-10.

<sup>618</sup> Segundo Pierre Bourdieu, “O capital social é o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede duradoura de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e inter-reconhecimento; ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que, além de serem dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), estão unidos por ligações permanentes e úteis” (CATANI, Antônio Mendes et al. (org.). *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.113.).

O conceito de “capital social” apareceu em 1980, na *Acte de la Recherche em Sciences Sociales*, com o título de *Notes provisoires*, como introdução ao n.31 da revista *Le Capital Social*. A preocupação de Bordieu era compreender os efeitos sociais que, embora sejam reconhecidos pelos agentes no plano individual, são melhor apreendidos quando pensados em termos de “relações”, emergentes das diferenças de rendimento das formas de capital mobilizadas (econômico, cultural, simbólico). Embora não possamos precisar se as relações mantidas por Januário Cicco com os sujeitos citados nas cartas eram ou não duradouras, e assumindo que, talvez, as diferenças de capital entre eles e o diretor da SAH não fossem tão discrepantes, ainda assim mantemos o conceito naquilo que entendemos que ele é-nos útil: a ênfase posta na “relação” e a consideração dos efeitos sociais mais ou menos calculados, mas sempre excedentes. É nesse sentido que consideramos valioso o conceito aqui.

Januário Cicco. A relação estabelecida entre os significantes é da ordem mimética, da representação. Em nosso caso particular, isso quer dizer, por exemplo, que, quando o médico Januário escreveu as cartas, ele acreditava falar em nome da SAH, do HMC e da Maternidade de Natal *ao mesmo tempo* (“estabelecimento construído por mim”, “Sociedade que eu represento”); ele, portanto, *re-presentava* essas instituições:

Representar é, pois, fundamentalmente, estar no lugar de, é presentificação de um ausente; é um apresentar de novo, que dá a ver com a ausência. A ideia central é pois, a da substituição, que recoloca uma ausência e torna sensível uma presença. [...] Há uma exposição, uma reapresentação de algo ou alguém que se coloca no lugar de um outro, distante no tempo e/ou no espaço. Aquilo/aquele que se expõe – o representante – guarda relações de semelhança, significado e atributos que remetem ao oculto – o representado. A representação envolve processos de percepção, identificação, reconhecimento, classificação, legitimação e exclusão.<sup>619</sup>

Representação aqui, portanto, tanto no sentido político, ou seja, entendida como um “estar presente em lugar de outra pessoa, substituindo-a, podendo-se ou não ‘agir em seu nome’, na qualidade de seu ‘representante’”<sup>620</sup>, quanto no sentido jurídico, como a “possibilidade de uma ou mais pessoas representarem grupos ou setores sociais específicos perante autoridades [...]”<sup>621</sup>. O termo é categoria central no pensamento moderno, e se constituiu na tentativa de ligar o “interior mental” com o “exterior do mundo”, seja na atividade do sujeito para apreender o real para além das aparências, como na teoria do conhecimento, seja na capacidade de a consciência simbolizar um objeto ausente reapresentado na consciência, como na teoria do simbólico. De um modo ou de outro, seu uso guardou uma séria ambiguidade estrutural que mistura elementos psicológicos e epistemológicos bastante variados, o que lhe rendeu severas críticas de posições denominadas pós-modernas, de tal maneira que se passou, a partir daí, a falar-se em uma “crise da representação”.<sup>622</sup>

Com base nessas considerações teórico-conceituais, percebemos que a versão januariana refigurou os eventos no sentido de estabelecer uma relação de identidade

---

<sup>619</sup> PESAVENTO, Sandra Jatahy. *História & História Cultural*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014. p.40.

<sup>620</sup> FALCON, Francisco J. Calazans Falcon. História e representação. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; MALERBA, Jurandir (org.). *Representações: contribuição a um debate transdisciplinar*. São Paulo: Papyrus, 2000. p. 45.

<sup>621</sup> Ibidem, p.46, Ibidem, p.47

<sup>622</sup>; FALCON, Francisco. *História Cultural: uma nova visão sobre a sociedade e a cultura*. Rio de Janeiro: Campus, 2002. p.21.



entre os elementos da tríade HMC-SAH-Januário Cicco, de tal sorte que o presidente da sociedade que administrava o hospital pudesse emergir como o legítimo “representante” da assistência hospitalar local, devendo, portanto, conduzi-la, representá-la perante outras autoridades. Como bem esclareceu a historiadora Sandra Pesavento:

A força da representação se dá pela sua capacidade de mobilização e de produzir reconhecimento e legitimidade social. [...] o mundo é construído de forma contraditória e variada, pelos diferentes grupos do social. Aquele que tem o poder simbólico de dizer e fazer crer sobre o mundo tem o controle da vida social e expressa a supremacia conquistada em uma relação histórica de forças.<sup>623</sup>

O mencionado “reconhecimento” e “legitimidade” apareceram na mobilização da campanha pró-maternidade e na adesão a ela por forças (instituições e figuras) políticas e sociais do estado. Além disso, a retomada efetiva da Maternidade de Natal nos anos 1940, antes ainda do pagamento das indenizações, pareceu chancelar pragmaticamente o reconhecimento dessa autoridade. Como representação de representações, foi assim que os eventos foram tecidos na narrativa. Desse modo, o conceito de representação funcionava como fundamento que sustentava, a nosso ver, a pretensa legitimidade do discurso januario.

Ocorre, porém, que a construção do reconhecimento também deve levar em consideração a relação entre representante e representado, ou seja, a legitimidade do sujeito-representante, para ser tal, deve ser reconhecida pelo sujeito-representado, numa espécie de acordo tácito, formal ou informal, escrito ou falado. Na cadeia de significantes da narrativa, identificamos a díade *Januário – pobreza*, que fazia do diretor da SAH o representante exclusivo de todos “os interesses da coletividade pobre”. Frases como “servidor da pobreza” e “Também somos pobres” iam conferindo ao narrador um status de representante dos estratos das classes mais baixas, e isso porque, notem bem, ele participava da condição desses mesmos grupos subalternizados. Por ora, não inclinaremos nossa atenção sobre o entendimento do conceito de pobreza naquele contexto particular, passando o discurso no crivo da crítica historiadora. Isso será feito em outro momento de nosso texto, quando iremos abordar a tipologia dos pacientes do HMC. Sigamos, aqui, com a construção narrativa que buscava alçar o médico Januário Cicco ao lugar de representante dos doentes pobres do estado.

---

<sup>623</sup> PESAVENTO, *História & História Cultural*, 2014.p.41.

Nesse sentido, os liames que unem representante e representado na forma da representação são bastante delicados e podem ser questionados. O “princípio liberal do contrato”, que se conecta à representação em seu sentido político-jurídico, requer que o representado aceite seu representante, que o invista de poderes para falar em nome dele, como se fosse o próprio representado a falar. Onde podemos encontrar a procuração dos doentes pobres em favor da SAH? Qual dos membros dessa classe subalterna teve sua fala “como tal” presentificada na narrativa? Há uma diferença substantiva entre abrir espaço onde os doentes pobres pudessem falar ou ser ouvidos, oferecendo-lhes uma posição, e tomar o lugar deles como seu representante, que, para falar “em nome de”, precisa silenciá-los. A possibilidade de empurrarmos essa “cunha” no conceito de representação se encontra bem justificada na reflexão da teórica indiana Gayatri Chakravorti Spivak, no artigo “Pode o subalterno falar?” (1985), e que foi bem sintetizada no prefácio de Sandra Regina Goulart Almeida para esse texto:

[...] a autora [Spivak] lança mão do termo “representação”, distinguindo os dois sentidos da palavra, segundo seu significado em alemão – *Vertretung* e *Darstellung*: o primeiro termo se refere ao ato de assumir o lugar do outro numa acepção política da palavra, e o segundo, a uma visão estética que prefigura o ato de performance ou encenação. Na análise de Spivak, há uma relação intrínseca entre o “falar por” e o “re-presentar”, pois, em ambos os casos, a representação é um ato de fala em que há a pressuposição de um falante e de um ouvinte. A autora argumenta ainda que o processo de fala se caracteriza por uma posição discursiva, uma transação entre falante e ouvinte e, nesse sentido, conclui afirmando que esse espaço dialógico de interação não se concretiza jamais para o sujeito subalterno que, desinvestido de qualquer forma de agenciamento, de fato, não pode falar.<sup>624</sup>

Spivak vê a representação<sup>625</sup> como “ato de fala”<sup>626</sup> e, como tal, requerendo o diálogo em presença, o falar e o ouvir, a troca de razões. Ora, encarando-se as coisas

<sup>624</sup> ALMEIDA, Sandra Regina Goulart. Prefácio: apresentando Spivak. In: SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Pode o subalterno falar?* Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p.15.

<sup>625</sup> Em alemão, ainda há uma terceira palavra, *repräsentieren*, que se aproxima mais do sentido de *darstellung*, isto é, “colocar algo no lugar de”, porém com um sentido mais formal e elevado. Enquanto *vertretung* inclina-se para os interesses particulares e egoístas, *repräsentieren* é utilizado para denotar o bem comum ou o bem do Estado. Em português e na língua inglesa, uma única palavra serve para dizer três coisas distintas: representação-pintura, representação-ator, representação-legislador eleito. Cf.: SANTOS, Dominique Vieira Coelho dos. Acerca do conceito de representação. *Revista de Teoria da História*, v. 6, n.2, p.27-53,11. JODELET, Denise. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001; LEFEBVRE, Henri. La presencia y la ausencia: contribución a la teoría de las representaciones. México: Fondo de Cultura Económica, 2006; CHARTIER, Roger. *À beira da Falésia: a História entre certezas e inquietude*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2002; ALEXANDRE, Marcos. *Representação social: uma genealogia do conceito comum*. Rio de Janeiro, v.10, n.23, p 122-

dessa maneira, o jogo da representação presente na cadeia de significantes HMC – SAH – Pobreza – Januário Cicco acaba perdendo decisivamente sua força, pois detectamos uma fissura no modelo representacional, a cisão mesmo entre, de um lado, o Outro como sujeito, e, de outro lado, a projeção da alteridade, e passamos a lidar com a posição januariana como uma performance política da substituição. Em outras palavras, se a representação é diálogo, conversa, troca, então os doentes pobres refigurados na narrativa não podiam falar nem ouvir, porque suas vozes simplesmente não estavam presentes em interação. Eram sempre intermediadas pela voz de outrem, que se colocava em seu lugar. O diretor da SAH poderia até argumentar que falava “contra” as dificuldades dos doentes pobres, mas certamente não “em nome” deles, tomando seu lugar.

Essa distinção é decisiva. Ela nos permite fissurar o discurso que se pretendeu hegemônico, revelando, na cunha interposta, as linhas dos sismos latentes. Se os “interesses coletivos da pobreza” não podem mais ser representados, no sentido defendido por Spivak, então em nome de quem falou Januário Cicco? De interesses outros: o fortalecimento político da SAH – HMC na assistência hospitalar local, como elaboramos em nossa hipótese central. A representação narrativa configurada na Exposição de Motivos de 1946, síntese de todo o percurso histórico que se iniciou em 1941, esteve marcada fortemente pela representação-*Darstellung*, isto é, mais próxima do sentido estético-teatral, como encenação, performance de substituição que visava produzir o efeito de consenso, acordo ou consentimento para as intervenções pretendidas.

---

138, 2004; MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003; RABENHORST, Eduardo R. *Sobre os limites da interpretação*. O debate entre Umberto Eco e Jacques Derrida. Brasil: Prima Facie, 2002; MORFAUX, Louis-Marie; LEFRANC, Jean. Representação. In: \_\_\_\_\_. *Novo dicionário da Filosofia e das Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005. p.555-556; DORTIER, Jean-François (dir.). Representação. In: \_\_\_\_\_. *Dicionário de Ciências Humanas*. Tradução de Márcia Valéria Martinez de Aguiar. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. p.555-558; ABBAGNANO, Nicola. Representação. In: \_\_\_\_\_. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: WMF, 2018. p.1007-1008.

<sup>626</sup> Na Teoria dos Atos de Fala, como proposto por Austin e Searle, a linguagem não é composta apenas de falas que se opõe a ações. Algumas sentenças acabam funcionando também como verdadeiras ações. Embora o sucesso dessas falas dependam, é claro, de quem as profere e de várias outras condições contextuais, elas continuam a expressar ações. Assim, teríamos os *atos locucionários*, o dizer propriamente dito; o *ato ilocucionário*, aquele que se executa na fala para além da constatação de sua afirmação; e os *perlocucionários*, que levam, como efeito, outra pessoa a realizar aquilo que foi sugerido. Para mais informações, consultar: ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. *Filosofia: Idade Contemporânea*. 2.ed. São Paulo: Paulus, 2018. v.3. p.958-959; ARAÚJO, Inês Lacerda. *Do signo ao discurso: introdução á filosofia da linguagem*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004. p.127-142; MARCONDES, Danilo. *Filosofia, linguagem e comunicação*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.p. 163-177.

Com relação a essa afirmação, devemos fazer a ressalva de que a análise partiu da crítica pós-moderna e desconstrucionista ao conceito de representação ao modo da teórica indiana Gayatri Spivak, situando-se, portanto, no nível da abstração filosófica. O cuidado está em não se produzir o imediato “salto” para o plano histórico-sociológico como se não houvesse entre eles múltiplas mediações a considerar. O trânsito da análise para a realidade histórica deve levar em conta as traduções necessárias entre as esferas. Com isso, queremos esclarecer que o fato de considerarmos a narrativa januariana, com as cadeias de tríades e díades de significantes, um discurso que tem como fundamento a representação do tipo *Darstellung*, como performance política de substituição, não significa que estejamos automaticamente desautorizando ou negando – como se assim pudéssemos - determinado sistema de valores da época que fornecesse a tábua axiológica que Januário Cicco e a SAH reivindicassem de maneira efetiva. Não nos cabe emitir juízo de valor moral, positiva ou negativamente, acerca das ações de determinados grupos ou sujeitos históricos inscritas como tais nos discursos. E ainda que recorrêssemos à empatia como ferramenta analítica, isso não poderia ser lido como declinação ao mentalismo ou a qualquer forma de psicologismo, como a sociologia compreensiva já nos demonstrou.

Dito isso, procuramos intervir criticamente na narrativa januariana no sentido de questionar a pretensa legitimidade representacional de que se arrolava, em particular quando se apresentava como herdeiro da pobreza, operação esta que nos levou a outros caminhos interpretativos, enriquecendo nossa prática, aqui, de redescrição imaginativa. E foi com esse objetivo que “penetramos” na representação narrativa desenvolvida pelo médico Januário Cicco, fazendo com que ela se deixasse “disseminar” em outras redescrições alternativas “compreensíveis, plausíveis e verossímeis”, apostando no “poder da linguagem e sua capacidade de dizer mais tudo quanto pretenda dizer literalmente”<sup>627</sup>.

---

<sup>627</sup> ECO, Umberto. *Os limites da interpretação*. tradução Pérola de Carvalho. São Paulo: Perspectiva, 2015. p.339.

### 3.2.4 “E preciso que ele cresça”<sup>628</sup>: os braços da ordem

Disseminamos até aqui alguns fragmentos narrativos. Cada qual segue sua intriga particular, desdobra-se sem se dar conta das demais, realiza sua própria mistura de causas, fins e acasos. Na Intentona de 1935, o HMC teve na relação com os corpos comunistas sua imagem de hospitalidade fissurada; na montagem de sua dimensão de hospital-hotel, aporética histórica nunca resolvida, quando não capitalizada, o Miguel Couto abraçou-se com os poderes locais, auferindo dividendos; no *tour de force* com o HM pela Maternidade do Natal, “guerra” vencida no final dos anos 1940, o HMC colocou-se como representante da pobreza desvalida, posição que conferiria sua legitimidade na luta pela retomada da “Casa da Mãe Pobre”. Três percursos narrativos distintos, sem uma composição ou ordem necessária de começo, meio e fim: apenas certo relato, um conjunto de fatos, algum ponto de chegada. De uma narrativa a outra, não houve solução de continuidade. Revolução, hotel e maternidade.

Contudo, um fio as atravessa por inteiro, entrama as diferenças de tecido, quase que invisivelmente - para usar uma metáfora mais vegetal - enxertando umas nas outras. Falamos, enfim, da noção de “rede de alianças”. Nas três narrativas, revelou-se uma composição de forças, um aproximação de interesses, um delicado jogo de relações de poder que ajudou a capilarizar a presença do HMC na sociedade natalense. Não se tratou de todo – e isso é central – de um projeto deliberado, mas de uma resultante vetorial de efeitos de práticas e representações diversas ao longo de anos. Como insistimos na fórmula veyniana, uma mistura de causas, fins e acasos. De um modo ou de outro, a rede de alianças formada nesse processo produziu sua efetividade histórica objetiva: um Leviatã da Saúde.

“É preciso que Ele cresça”, título desse tópico, pretende lançar mais um fio na trama das alianças, enovelando-a uma vez mais com a presença incontornável das comunidades eclesíásticas, ordens e congregações nas instituições sociopolíticas do Rio Grande do Norte, em particular na sua capital. *Illum Oportet Crescere* não foi apenas discurso evangélico-cristão, mas também política do mundo... Ensino que o HMC tomou de alguma forma para si.

---

<sup>628</sup>*Illum Oportet Crescere*, como na Vulgata latina (3:30). Frase de João Batista referindo-se a Jesus. Foi a divisa do bispo da Diocese de Mossoró D. João Portocarrero Costa, que tomou posse em 8 de dezembro de 1943.

### 3.2.4.1 Cartografia das comunidades religiosas

Em termos de organização eclesiástica, o Rio Grande do Norte esteve desde o séc. XVII sob a tutela de bispados estrangeiros: primeiro, o Bispado de Olinda; depois, em 1892, o da Paraíba. Somente em 29 de dezembro de 1909, a unidade foi desmembrada e passou a formar o Bispado de Natal. Assumido oficialmente por D. Joaquim de Almeida em 1 de junho de 1911, até então na cadeira episcopal do Piauí, a nova Diocese de Natal foi, portanto, a primeira circunscrição eclesiástica independente. Em 1943, sob o prelado de Dom Marcolino Dantas, a Diocese contava vinte e um municípios sob a sua jurisdição: Natal, Angicos, Arês, Baixa Verde, Canguaretama, Ceará- Mirim, Goianinha, Itareiamã, Macaíba, Macau, Nova Cruz, Padre Miguelinho, Papari, Pedro Velho, Santana do Matos, Santa Cruz, São José do Mipibu, São Paulo do Potengi, São Tomé, Taipú e Touros, compreendendo tal território 5 paróquias e 19 freguesias. Em Natal, sede do bispado, funcionava um Seminário Menor e um diário católico.<sup>629</sup>

A extensão territorial e as dificuldades de comunicação levaram a Igreja a repartir o Rio Grande do Norte em novas dioceses, de modo a facilitar a administração religiosa. Esse movimento foi vivamente incentivado pelo prelado natalense Dom Marcolino Dantas, que se ocupou diretamente da instauração das novas circunscrições. Assim, em 28 de junho de 1934, uma bula do Papa Pio XI criou mais uma Diocese, a de Mossoró, tendo seu primeiro bispo o catarinenese Dom Jaime de Barros Câmara. Sob a responsabilidade dessa diocese, estavam cerca de 13 municípios: Mossoró, Alexandria, Apodi, Areia Branca, Assú, Augusto Severo, Carnaúbas, Luiz Gomes, Martins, Patú, Pau dos Ferros, Portalegre e São Miguel, totalizando 4 paróquias e 12 freguesias. Em Mossoró, havia um Seminário Menor e um Ginásio Diocesano. E, em 18 de março de 1941, o Papa Pio XII avalizou a criação da Diocese de Caicó, com seu bispo responsável em Dom José de Medeiros Delgado. Como as demais, possuía um seminário Menor e um Ginásio Diocesano para 8 municípios: Caicó, Acari, Currais Novos, Florânia, Jardim do Seridó, Jucurutú, Parelhas e Serra Negra do Norte, cada qual com sua freguesia.<sup>630</sup>

---

<sup>629</sup>Departamento Estadual de Estatística. Comunicados n.7 (1 set. 1942) e n.17 (1 abr. 1943), *apud*: A ORDEM. Organização eclesiástica e movimento do culto católico no Estado do Rio Grande do Norte – 1943. Natal, 30 mai. 1944, p.3.

<sup>630</sup> *Ibidem*.

Com um território eclesiástico tão extenso, a Igreja encontrava alguns problemas. O quadro dos sacerdotes, em 31 de dezembro de 1943, era precário em relação à população total de fiéis no Estado. Cerravam as fileiras para conduzir a situação moral e espiritual do rebanho potiguar um clero composto de 84 sacerdotes, dos quais 53 pertenciam ao clero secular e 31, ao regular.<sup>631</sup> O quadro abaixo descreve exatamente esse estado geral da organização eclesiástica no período.

**Quadro 6 - Divisão do clero católico em 1943**

DISCRIMINAÇÃO	DIOCESES			TOTAL	
	Natal	Mossoró	Caicó		
Clero secular	Bispos . . . . .	1	1	1	3
	Monsenhores . . . . .	5	1	2	8
	Conegos . . . . .	5	—	3	8
	Padres . . . . .	20	10	4	34
	Soma . . . . .	31	12	10	53
Clero regular	Miss. da Sagrada Família . . . . .	10	6	—	16
	Padres do Sagrado Coração . . . . .	—	2	—	2
	Capuchinhos . . . . .	3	—	—	3
	Franciscanos . . . . .	—	3	2	5
	Salesianos . . . . .	5	—	—	5
Soma . . . . .	18	11	2	31	
Totais . . . . .	49	23	12	84	
N.º de padres	Por 1.000 km <sup>2</sup> . . . . .	1,99	1,27	1,27	1,60
	Por 10.000 habitantes . . . . .	1,09	1,17	0,94	1,09

Fonte: Departamento Estadual de Estatística. Comunicados n.7 (1 set. 1942) e n.17 (1 abr. 1943), *apud*: A ORDEM. Organização eclesiástica e movimento do culto católico no Estado do Rio Grande do Norte – 1943. Natal, 30 mai. 1944, p.3

O trabalho nas dioceses era exercido por diversas ordens e congregações, como exposto no Quadro 5, sendo 6 delas instituições masculinas e outras 6 instituições femininas. Dentre as primeiras, a mais antiga era a Congregação dos Missionários da Sagrada Família, que veio para o Brasil em 1911 e instalou-se no RN em 1912. Detinha uma residência no Alecrim e outra na Ribeira, além de uma casa de férias em Patú, reunindo um clero de 16 sacerdotes. A Congregação dos Irmãos Maristas estavam desde 1929 em território potiguar, administrando o Ginásio Santo Antônio e somando 15 irmãos não sacerdotes. Em 1933, foi a vez da Ordem Menor dos Capuchinhos, que mantinha o Convento de Santo Antônio em Natal, e arrematava 3 sacerdotes e 1 leigo não sacerdote. A Pia Sociedade Salesiana entrou no RN em 1937, e mantinha o Instituto Filosófico São João Bosco e o Externato São José com 5 sacerdotes e 16 não sacerdotes. Em 1943, apareceu a Congregação dos Sacerdotes do Sagrado Coração de

<sup>631</sup> Ibidem.

Jesus, com 2 sacerdotes em Mossoró. A Ordem dos Franciscanos Menores atuava com 5 clérigos.<sup>632</sup>

As congregações femininas também marcaram essa espacialidade administrativa eclesial, e foram de grande relevância em instituições de assistência médico-hospitalares. Em 1902, a Congregação Civil Brasileira de Santa Dorotea mantinha em Natal o Ginásio Imaculada Conceição, contando com 30 freiras. A Congregação Filhas do Amor Divino entrou no Estado em 1926, e mantinha o Ginásio Nossa Senhora das Neves em Natal, o Educandário Nossa Senhora das Vitórias em Assú e o Educandário Santa Terezinha em Caicó, com atuação no Ginásio Diocesano Seridoenese. Eram em torno de 57 freiras. A Congregação Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo mantinha desde 1936 o Patronato da Medalha Milagrosa, o Dispensário Sinfrônio Barreto e a Escola e Ambulatório São José, tudo com um contingente de 7 freiras. A Congregação das Filhas de Santana contribuíam, pelo menos desde 1909, com o Hospital Miguel Couto e o Instituto Padre João Maria, compondo suas hostes cerca de 20 freiras. A Congregação das Religiosas Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas dirigiam o Hospital de Mossoró, o Ginásio Sagrado Coração de Maria em Mossoró e o Orfanato Abigail Afonso em Martins, com um corpo de trabalhadoras de 23 freiras e 2 outros membros. Por último, a Congregação das Religiosas Terceiras Regulares de Nossa Senhora do Bom Conselho, que desde 1937 dirigiam os Colégios Santa Àgueda em Ceará-Mirim e Nossa Senhora do Carmo em Nova Cruz, tudo com 23 freiras.<sup>633</sup>

#### **3.2.4.2 Organizações religiosas e assistência**

Essa descrição mais exaustiva das ordens e congregações em 1943 oferece-nos uma certa paisagem da presença da Igreja no território do RN. Eram 12 corporações, 23 casas e 225 membros (religiosos e leigos). Esse movimento religioso tinha grande penetração na sociedade norte-riograndense, em distintas esferas da vida política, social e cultural. Até mesmo no âmbito da produção econômica, a Igreja Católica era chamada a participar dos projetos de Estado. Em Mensagem ao Legislativo de 1929, o governador Juvenal Lamartine reconheceu a importância de contar com a Igreja para o desenvolvimento agricultura no Estado, que, segundo ele, seria um importante parceiro no incentivo à expansão agrícola: “Conhecendo a ascendência que o clero tem no

---

<sup>632</sup> Ibidem.

<sup>633</sup> Ibidem.



espírito de nossa população, appellei para a Igreja catholica solicitando o apoio de seu prestígio para essa obra de propaganda que visa o bem estar e material do povo”<sup>634</sup>. Em carta de 14 de dezembro de 1928, endereçada ao Monsenhor Alfredo Pegado de Castro Cortez, o governador Lamartine fez seu pedido de colaboração na tão louvada obra de cooperativismo religioso, apelando para a força espiritual da instituição e seu patriotismo:

Estado pobre que é, sem contar, no momento, com recursos amplos para a effectivação de uma serie de medidas praticas tendentes a promover o nosso tão desejado expansionismo agrícola, não poderia encontrar mais precioso collaborador nessa obra patriótica do que os elementos religiosos de nosso meio.

Força moral e social de primeira grandeza, a cujo influxo o Brasil deve grande parte de sua formação histórica, plasmando-lhe a phisionomia social e enrijando-lhe a fibra moral, a religião está de tal forma identificada com as suas justas aspirações da nacionalidade que seria puerilidade pretender sequer negal-o.

A epoca actual, de inegavel pressão economica, exige a participação das forças religiosas no movimento de redempção economica do paiz, base de sua independencia política e d e sua existencia autonoma.

Prova disso está no movimento cooperativista, de character religioso, que, em nosso Estado, como nas demais unidades da Federação, está promovendo um desenvolvimento e circulação mais rapida da riqueza nacional, educando o povo na pratica da economia e na genese doe spirito de associação, que, em qualquer paiz, são as pedras angulares da prosperidade nacional.<sup>635</sup>

Como se vê, as relações entre a Igreja e o Estado eram, portanto, bem estreitas, compreendendo movimentos oscilantes, mas constantes, de negociação, conforme as circunstâncias e interesses envolvidos.

---

<sup>634</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1929] Mensagem apresentada pelo exmo. Dr. Juvenal Lamartine de Faria, Presidente do Estado do Rio Grande do Norte á Assembléa Legislativa por ocasião da abertura da 3º Sessão da 13º Legislatura em 1º de outubro de 1929. p.7.

<sup>635</sup> Ibidem, p.8.

**Quadro 7 - Atos religiosos no RN entre 1937 e 1942**

Atos religiosos	Dados numéricos (em milhares)					
	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Batizados .. . . . . . . . . . .	36,8	42,9	73,9	47,1	41,2	41,2
Casamentos .. . . . . . . . . . .	5,9	5,7	5,6	5,9	6,0	3,9
Missas .. . . . . . . . . . .	11,7	16,2	16,1	15,6	20,5	21,4
Confissões .. . . . . . . . . . .	277,6	371,3	436,0	474,4	570,7	546,9
Comunhões .. . . . . . . . . . .	522,4	635,5	756,7	753,9	1063,0	985,2
Extrema-unções .. . . . . . . . . . .	1,7	2,4	1,2	2,2	2,4	2,9
Encomendações .. . . . . . . . . . .	1,5	1,8	1,2	1,4	1,5	1,3
Vistícios .. . . . . . . . . . .	1,5	2,3	1,8	2,3	2,6	2,8

Fonte: Departamento Estadual de Estatística. Comunicados n.7 (1 set. 1942) e n.17 (1 abr. 1943), *apud*: A ORDEM. Organização eclesiástica e movimento do culto católico no Estado do Rio Grande do Norte – 1943. Natal, 30 mai. 1944, p.3.

Com efeito, de orfanatos a hospitais, praticamente toda a assistência social estava a cargo dessas comunidades. Essa efetiva participação de ordens e congregações católicas no cotidiano da população norte-riograndense esteve afinada com um movimento institucional da Igreja nacional, pautada por Roma, de envolver-se mais ativamente na vida social como um todo. Segundo Scott Mainwaring, “A Igreja precisava cristianizar as principais instituições sociais, desenvolver um quadro de intelectuais católicos e alinhar as práticas religiosas populares aos procedimentos ortodoxos”<sup>636</sup>. A carta de intenções desse projeto foi a pastoral de 1916 do arcebispo de Recife e Olinda, Dom Sebastião Leme, que criticava profundamente a falta de participação política e a difícil situação financeira da Igreja.

A carta pastoral fora o cume de um processo já iniciado de reformas internas anteriores, a partir de 1890, e que floresceu de fato na Era Vargas. Conhecido como “neocrisandade”, o novo modelo buscava operar o conservadorismo católico, com acento na hierarquia e na ordem bem como seu ataque à secularização, nas principais instituições e governos, particularmente nos sistemas educacionais, e elegendo, em tais ações programáticas, os potenciais inimigos da comunidade católica, com bandeiras impiedosamente hasteadas, por exemplo, contra o comunismo e o protestantismo, para ficarmos com as mais proeminentes.<sup>637</sup> Ainda de acordo com o cientista político

<sup>636</sup> MAINWARING, Scott. *Igreja Católica e política no Brasil (1916-1985)*. Trad. de Heloísa Braz de Oliveira Prieto. São Paulo: Brasiliense, 2004. p.41.

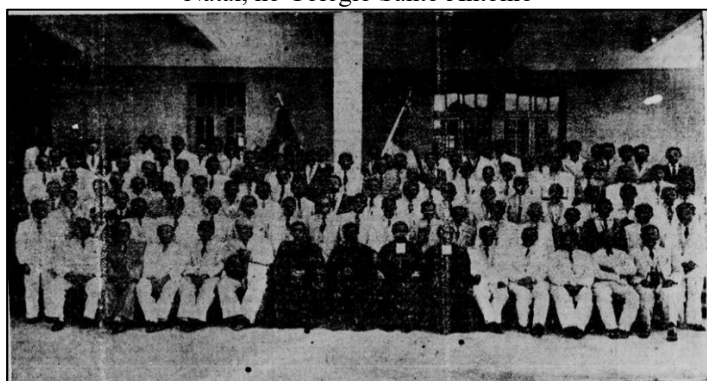
<sup>637</sup> *Ibidem*, p.43.

Mainwaring, a ideia era decididamente desenvolver o catolicismo no interior das práticas institucionais da sociedade, fazendo parte categórica de suas ações:

A nova missão da Igreja era cristianizar a sociedade conquistando maiores espaços dentro das principais instituições e imbuindo todas as organizações sociais e práticas pessoais de um espírito católico. Como escreveu um líder leigo, “voltar a Cristo quer dizer voltar à vida pública, social, funcional, doméstica. (Não podemos) reduzir a religião à missa, à confissão, à comunhão, a fitas, medalhas, procissões”. Se a Igreja não cumprisse sua missão, estas instituições iriam marchar rumo à perdição.<sup>638</sup>

Além da atuação de proa do bispo Dom Sebastião Leme e D. Hélder Câmara, esse amplo movimento contou com o instituto Centro Dom Vital, que agremiava importantes líderes católicos leigos, como Jackson de Figueiredo e Alceu Amoroso Lima, este último o mais atuante prosélito da Ação Católica nos anos 1930 e responsável pela formação da Liga Eleitoral Católica (LEC), que visava influenciar, em contraposição aos sindicatos comunistas, o operariado nas eleições. A Igreja, por seu turno, organizou diversos movimentos leigos para atrair a classe média, como a Liga Brasileira das Senhoras Católicas (1910), a Aliança Feminina (1919), a Congregação Mariana (1924), os Círculos Operários (1930), a Juventude Universitária Católica (1930) e a Ação Católica Brasileira (1935).<sup>639</sup>

**Figura 67** - Congregados Marianos e militantes da Ação Católica no retiro de Carnaval de 1947, em Natal, no Colégio Santo Antônio



Fonte: A ORDEM. Natal, 14 jul. 1947, p.10.

A organização eclesiástica no RN, portanto, teve participação mais direta na sociedade na esteira dessas mudanças de orientação do Vaticano via Igreja nacional. No

<sup>638</sup> Ibidem, p.45-6.

<sup>639</sup> Ibidem, p.47.

Estado, coube à Congregação Mariana de Moços a incumbência de levar os ideais da Ação Católica Brasileira de Amor Lima adiante. Era o projeto do Centro Dom Vital de criar uma Associação Jornalística Católica e uma rede de jornais católicos.<sup>640</sup> Assim, em 14 de julho de 1935, fundou-se o jornal *A Ordem*, sob a direção do integralista Oto de Brito Guerra, que visava com esse periódico difundir o pensamento católico e atuar política, moral e socialmente.<sup>641</sup> O mesmo redator-chefe Brito Guerra era o presidente do Setor Masculino da Ação Católica no estado, bastante festejado nas colunas do jornal que dirigia.<sup>642</sup>

Figura 68 - Capa da primeira edição de A Ordem, em 1935



Fonte: A ORDEM, 14 de julho de 1935. Acervo da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

O redator do jornal era o chefe da filial da Congregação dos Moços Marianos em Natal. Coordenava o Centro de Imprensa da CMM, fundado dois anos antes da circulação do periódico *A Ordem* e que funcionava como a sociedade civil editora do jornal. A Congregação Mariana tinha sua sede na Escola de Comércio de Natal, uma escola técnica que tinha seu currículo pautado nas diretrizes da Ação Católica. Junto com essa escola, a Congregação também era responsável pela Escola São Vicente de Paulo e a Escola de Gazeteiros (intermediários da distribuição de jornais).<sup>643</sup> Vê-se, com isso, o quanto as organizações católicas tinham penetração no comércio da cidade, a

<sup>640</sup>AMADO, Renato. Católicos a postos! A relação entre a Ação Católica e a Ação Integralista no Rio Grande do Norte até o Levante Comunista de 1935. *Anais do IV Encontro Estadual de História*, Natal, ANPUHRN, 2010. p.7

<sup>641</sup>MORAIS, Patrícia Vanessa de. *As colunas da Ordem: imprensa, identidade e atuação política da Igreja Católica norte-rio-grandense (1935-1936)*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação História e Espaços. Natal, 2017, p.75.

<sup>642</sup> A ORDEM. Ainda a instalação do Setor Masculino de Ação Católica. Natal, ano 8, n.2404, 5 nov. 1943.

<sup>643</sup> A ORDEM. Natal, 14 jul. 1938, p.6.

ponto de orientar a formação cultural de uma escola eminentemente voltada para a prática comercial.

**Figura 69** - Escola de Comércio de Natal



Fonte: A ORDEM. 27 out. 1935.

**Figura 70** - Sede do Centro de Imprensa CMM



Fonte: A ORDEM. 15 jul. 1942.

A Ação Católica Brasileira teve outros braços no estado além da Congregação Mariana.<sup>644</sup> A Juventude Feminina Católica Brasileira (JFCB), cujo círculo de estudos funcionava no Colégio Imaculada Conceição, encontrou adeptas nas alunas da Escola Normal e do Atheneu: eram as jefecistas, como ficaram conhecidas.<sup>645</sup> As comemorações da agremiação costumavam contar com a participação de importantes autoridades políticas da cidade. Em 7 de setembro de 1938, a entidade celebrou dois anos de sua existência, realizando uma missa matutina na capela da Imaculada Conceição, na qual compareceram o Interventor Federal Rafael Fernandes Gurjão e o bispo diocesano Dom Marcolino Dantas. Na mesma noite, promoveu-se uma “sessão magna” com a presença do Mosenhor Alfredo Pegado, Vigário Geral da Diocese, O coronel Tavares Guerreiro, o Padre Luís Monte, os dirigentes da JCFB e o prefeito Gentil Ferreira. A participação de tais autoridades conferia ao grupo uma legitimidade institucional e social na cidade. As jefecistas, com isso, ganhavam espaço para

<sup>644</sup> A Ação Católica Brasileira estava organizada em 1938 com a seguinte divisão: Diretoria Nacional; diretoria Diocesana; Homens da Ação Católica; Liga Feminina da Ação Católica; Juventude Católica Brasileira; Juventude Feminina Católica; Benjaminianas da Ação Católica; Aspirantes da Juventude Católica.

<sup>645</sup> A ORDEM. Natal, ano 4, n.946, 1 nov. 1938.

desenvolver suas atividades com total apoio dos governantes locais. A relatório dessa “operosidade” entre setembro de 1937 e setembro de 1938 dá-nos o tom dessa atuação:

A fundação de uma Associação Jecista no Colégio da Imaculada Conceição, oferecimento e oposição de um crucifixo no salão de honra da Escola Normal, benção do Crucifixo do Centro Operário Natalense, pregação de um retiro pelo conego José Cabral, palestra do Mons. José Tibúrcio sobre Ação católica, distribuição de roupinhas e bombons, pelo Natal, às crianças pobres, ceia ao Centro Educativo Operário do Alecrim, fundação, em Santa Cruz, de uma Associação Paroquial Jecistas, com preparação feita por uma comissão da Diretoria Diocesana, Curso Intensivo de Ação Católica, efetuado no Recife pelas jefecistas Zeneide Gomes e Berta Guilherme, campanha pascoal nas fabricas São Luís, Santa Ligia, Ipiranga e Vigilante, apostolado nas fazendas e povoados do interior, comunhão pascoa das operarias da cidade, pascoa das jefecistas, pascoa das Normalistas, pascoa dos Militares, Círculos de Estudos, retiro das jecistas pelo padre Luís Monte, fundação JOC., 1ª Semana de Estudos Intensivos com a presença das jefecistas pernambucanas, retiro e conferências de padre João Costa, discursos de jefecistas pelo Indicador da agencia Pernambucana, fundação da JEC da Escola Normal, precedendo um Circulo de Estudos preparatório, curso de Religião pelo padre Luís Monte, reunião preparatoria para a fundação da liga Feminina Católica, início da organização das Benjaminianas e aspirantes e outras atividades. Mantem a Juventude uma revista “Sursum” e um suplemento mensal da mesma.<sup>646</sup>

A matéria publicada, obviamente, caprichou na descrição. Era um jornal de propaganda católica. Ainda assim, podemos perceber que essas divisões da Ação Católica se faziam bem atuantes junto aos distintos poderes e estratos sociais, como pedia o modelo da neocristandade. Além do incentivo aos movimentos leigos, como a Congregação dos Moços Marianos, apostava-se na difusão do ideário católico por meio dos sistemas formais de ensino. Como já assinalamos, as ordens e congregações católicas se ocupavam de inúmeras esferas de ação, especialmente as da assistência social e da educação. Na edição de 14 de junho de 1935, o jornal *A Ordem* publicou um programa completo de suas teses e áreas de atuação prioritária na forma de um diagrama. Nele constava destacadamente a seção “Educação”, com todo o projeto pedagógico que as escolas religiosas católicas deveriam seguir conforme orientação da Ação Católica Brasileira.

---

<sup>646</sup> A ORDEM. Juventude Feminina Católica Brasileira. Natal, ano 4, n.901, 9 set. 1938.



Irmãs Salesianas fundaram o Instituto de Maria Auxiliadora em 1951.<sup>648</sup> Isto para citar somente as instituições que lidavam com os alunos mais jovens na capital potiguar. A Instrução Primária, via de regra, ficava a cargo dos inúmeros Grupos Escolares<sup>649</sup> mantidos pelo Estado. E mesmo as escolas técnicas, como vimos, incorporavam as teses católicas, como a Escola Feminina de Comércio, fundada em 1920, e a Escola de Comércio, criada sob os auspícios da Congregação dos Moços Marianos.

**Figura 71** - Antiga Escola Doméstica, ainda na Ribeira



Fonte: *Natal ontem e hoje*, 2006, p.22.

**Figura 72**- Colégio Nossa Senhora das Neves, cartão postal



Fonte: *Natal ontem e hoje*, 2006, p.26.

<sup>648</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Natal: Fundação José Augusto; Rio de Janeiro: Achiamé, 1980. p.270-271.

<sup>649</sup> Segundo o Relatório de Ensino de 1924 (p.6), Grupo Escolar era “o conjunto de várias escolas, seriadas nos conhecimentos, unificadas pela direção, mas autônoma tecnicamente para a mais ampla transmissão de um saber organizado e gradual”. No RN, esses grupos surgiram a partir da Lei n.249, de 22 de novembro de 1907, referente à Reforma do Ensino Primário. Em 1908, foi a vez da criação da Escola Normal, que formaria os professores para atuarem nos Grupos Escolares.



Aliás, eram comum que as escolas oferecessem, aqui e ali, cursos técnicos ou de comércio. Em 16 de janeiro de 1936, as Filhas do Amor Divino fundavam um Curso Comercial no Colégio Nossa Senhora das Neves, em um anexo do mesmo prédio, conferindo diplomas aos participantes segundo as orientações federais. A cerimônia foi conduzida pelo bispo Dom Marcolino Dantas, fazendo parte da celebração representantes da Escola de Comércio, da Escola Feminina de Comércio, do Colégio Santo Antônio, do jornal *A República* e do Departamento de Educação.<sup>650</sup> No mesmo ano, o Colégio Imaculada Conceição, dirigido pela Irmã M. Andrade, oferecia um Curso Anexo de admissão ao Curso Comercial,<sup>651</sup> e o Colégio Santo Antônio anunciava seus exames para o curso Propedeutico do Curso Comercial da instituição.<sup>652</sup> As turmas de peritos-contadores da Escola Comercial costumavam fazer sua colação de grau no salão da Confederação Católica.<sup>653</sup>

Como se pode depreender de tudo isso, a influência da Igreja nos sistemas formais de ensino era significativa em Natal, assinalando sua penetração no corpo social por meio de ação mais propriamente religiosas, sacerdotais, como missas, quermesses, batizados, casamentos, missões etc., e por via dos movimentos leigos, aspecto mais ressaltado no modelo da neocrisandade. A escola e a imprensa tornaram-se os veículos mais importantes dessa militância religiosa, atacando sem trégua organizações como o *Rotary Club*, considerado braço da Maçonaria, jornais adversários como *A República* e *A Razão*, por propagarem ideais do liberalismo ou da modernidade como um todo. Com a exceção do Integralismo, com quem manteve relações muito próximas, e de um certo apelo ao sentimento nacional, a Ação Católica disparou contra todos os outros “ismos”: protestantismo, espiritismo, comunismo, liberalismo, laicismo e modernismo.

Esse movimento da Ação Católica pretendia ser uma participação integral na sociedade. Entrincheirando-se contra esse campo um tanto alargado de ideologias (sendo ela mesma uma!), a ACB não excogitava de qualquer rincão das relações humanas. Até entre os médicos ela se imiscuía. Entre 1 e 7 de julho de 1946, realizou-se o Primeiro Congresso Brasileiro de Médicos Católicos em Fortaleza, sob o patrocínio da Sociedade Médica de São Lucas, com a participação de Dom Jaime de Barros Câmara, do Ministro da Educação e do presidente Gaspar Dutra, além de médicos como

<sup>650</sup>A ORDEM. Sera fundado amanhã, o Curso Commercial do Colegio N. S. das Neves. Natal, ano 1, n.142, 17 jan. 1936.

<sup>651</sup>A ORDEM. Colegio da Immaculada Conceição. Natal, ano 1, n.144, 17 jan. 1936.

<sup>652</sup>A ORDEM. Collegio Santo Antonio. Natal, ano 1, n.182, 4 mar. 1936.

<sup>653</sup>A ORDEM. Escola de Commercio de Natal. Natal, ano 2, n.389, 25 nov. 1936.

Deolindo Couto e Aduino Botelho (ex-diretor do Serviço de Psiquiatria do Brasil).<sup>654</sup> Como representante dos médicos católicos do Rio Grande do Norte, fez-se presente o dr. Ricardo Paes Barreto<sup>655</sup>, membro da tradicional família Barreto-Maranhão. Fora deputado federal e clinicava em um consultório na rua Doutor Barata, n.210, no qual atendia as necessidades de “Raio-X, Diatermia e Raio Ultra Violeta”, bem como serviu no antigo Hospital dos Alienados como seu diretor.<sup>656</sup> Era membro entusiasta da Ação Católica. Com efeito, os médicos potiguares se mostravam bastante simpáticos a essas iniciativas, o que se estendia para outras instituições.

### 3.2.4.3 As filhas de Santana, os espaços rituais e as redes de dependência

Toda uma rede de assistência médica e social no Estado corria sob a administração de corporações eclesíásticas: orfanatos, dispensários, asilos, abrigos, leprosários e hospitais entravam nessa conta. O próprio HMC fora conduzido, por décadas, pela congregação baiana das Filhas de Santana, pelo menos desde 1905, quando ocuparam o antigo casarão de Alberto Maranhão ainda durante as reformas para alojar o novo hospital geral. Além desse nosocômio, o maior e mais importante do Estado, as freiras ainda contribuíam com o Asilo de Mendicidade, o Orfanato Padre João Maria e o Dispensário Sinfrônio Barreto, este último uma instituição de assistência aos pobres de rua, criada em 1925 na gestão do prefeito Omar O’Grady,<sup>657</sup> sem falar dos serviços prestados em tempo de guerra no Hospital Militar. E nessa difusa capilaridade dos préstimos religiosos, nem os americanos católicos ficaram de fora. Em 1942, Dom Marcolino Dantas conseguiu, direto dos EUA, um capelão militar, o padre John Francis Reyan, para servir em Parnamirim.<sup>658</sup>

---

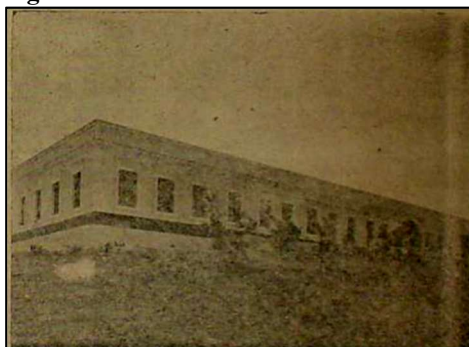
<sup>654</sup> A ORDEM. Natal, 2 jul. 1946.

<sup>655</sup> A ORDEM. Adesão da diocese de Natal ao Congresso de Médicos Católicos. Natal, 3 jul. 1946.

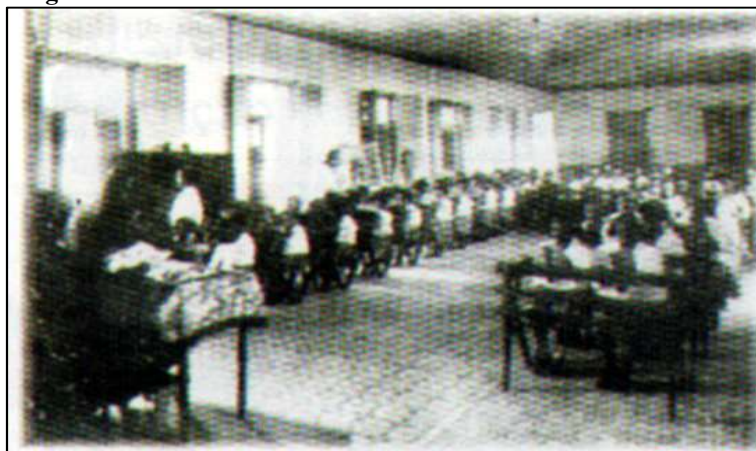
<sup>656</sup> Ele atuou em várias frentes. Foi representante do Estado na Terceira Conferência Pan-Americana da Cruz Vermelha (A ORDEM. 3 ago 1935, ano1, n.17) e atuou também como presidente da Comissão Central de Cooperativismo de Crédito (A ORDEM. 24 set. 1935, ano1, n.59).

<sup>657</sup> Na época, os mendigos só podiam circular na cidade do Natal se estivessem portando um registro de inscrição na prefeitura. Em 1929, cerca de 300 famílias de desvalidos eram atendidas pelo dispensário.

<sup>658</sup> A ORDEM. Os Americanos Católicos em Natal têm o seu Capelão Militar. Natal, ano 8, n.2105, 27 out. 1942.

**Figura 73** - Asilo de Mendicidade em Natal

Fonte: *A República*, 1911.

**Figura 74** - Irmãs e alunos no interior do Instituto Padre João Maria

Fonte: *Revista Jubileu*, 1933, p.115

A capela do HMC estava sempre ocupada por atividades sacramentais e festas religiosas, e os capelães tinham trabalho redobrado. Missas, novenários, quemesses, casamentos, batismos e primeira comunhão entravam no ordinário do sacerdócio, completado pelas festas anuais de Santana, Sagrado Coração, campanhas noelistas, Nossa Senhora da Apresentação, entre outras atividades religiosas e caritativas. Curiosamente, alguns capelães iam além de seus recintos e emitiam opiniões moralistas sobre os comportamentos urbanos. Um dos capelães do HMC reclamava ausência de recato no trajar dos banhistas, que, no caminho das praias, usavam um “simples calçãozinho ou maillots cada vez mais resumidos”<sup>659</sup>. Em 1941, ocupava o posto de capelão o cônego Luís Adolfo<sup>660</sup>; daí em diante, pelo menos até 1948, assumiu o padre salesiano Celestino de Barros<sup>661</sup>.

<sup>659</sup> A ORDEM. A nota do dia: praias. Natal, 31 dez. 1945.

<sup>660</sup> A ORDEM. O sr. Bispo fez varias promoções de Vigários da Diocese. Natal, ano 7, n.1864, 30 dez. 1941.

<sup>661</sup> A ORDEM. Sociais: aniversários. Natal, 31 jul. 1948, p.4.

**Figura 75 - Capela do HMC**



Fonte: Acervo do HCUrb

As Filhas de Santana, como as demais ordens católicas, tinham largo trânsito na esfera pública. Autoridades religiosas de escol internavam-se no HMC e recebiam os “cuidados” das irmãs. Em 19 de abril de 1944, o bispo Dom Marcolino Dantas foi vítima de um acidente de automóvel. Depois de dispensar uma bênção ao recém-inaugurado edifício do Abrigo Juvino Barreto, o prelado tomou o carro da diocese em companhia do cônego José Adelino Heitor, Reitor do Seminário de São Pedro, e o seminarista Heitor de Sales Araújo, a caminho do paço episcopal, quando o veículo se chocou com um caminhão carregado de gêneros alimentícios em frente à Staff House da Panair. Marcolino Dantas sofreu fraturas da perna direita, no terço médio do fêmur, e no rádio do braço direito, além de um golpe na parte esquerda do corpo. No HMC, o Bispo da Diocese de Natal recebeu os cuidados dos médicos Ricardo Barreto e Aderbal de Figueiredo, depois sendo deixado com a assistência efetiva do cirurgião José Tavares.<sup>662</sup> O mesmo José Adelino, Reitor do seminário Diocesano de São Pedro, frequentou o HMC novamente, agora em 1946, realizando uma cirurgia.<sup>663</sup>

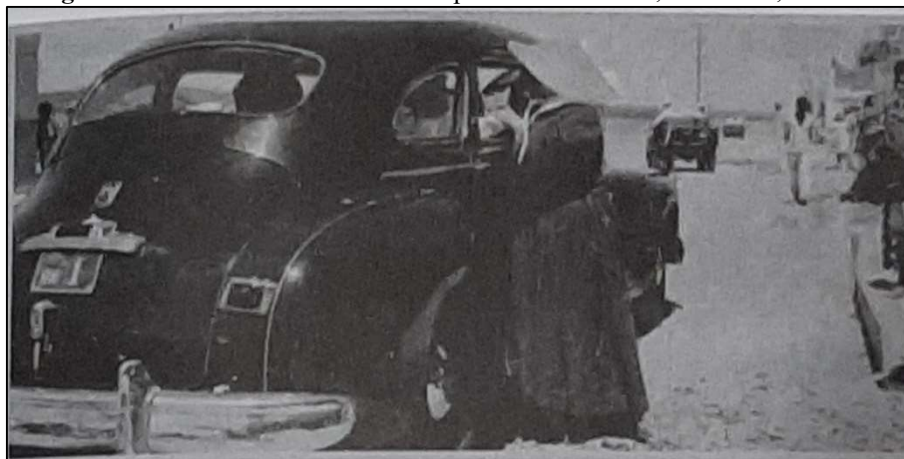
Destarte, não resta dúvida da presença regular de ordens religiosas católicas no Estado desde o começo do séc. XX. Com a pastoral de Sebastião Leme, em 1916, e a Ação Católica (1928) liderada por Amoroso Lima, com seu investimento no movimento de leigos na sociedade, acelerou-se essa participação institucional da Igreja. Na linha de

<sup>662</sup> A ORDEM. O Sr. Bispo D. Marcolino Dantas foi vítima de um acidente de automóvel. Natal, 20 abr. 1944.

<sup>663</sup> A ORDEM. Conego José Adelino. Natal, ano 10, n.3087, 25 mar. 1946.

ação da organização (Diagrama 1), pudemos constatar os planos ousados de intervenção na vida social, política e cultural da população e das instituições, processo que se mostrou razoavelmente bem sucedido. No caso particular das Filhas de Santana, a história de sua atuação seguiu um curso particular, não sem pontos de contato com a política da neocrisandade.

**Figura 76** - Freira em conversa com o político Café Filho, nas Rocas, em 1954



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.231

Essa capilaridade das comunidades eclesíásticas no Estado ajuda a compreender não somente sua presença constante e de longa duração na sociedade norriograndense, mas, principalmente, elucida alguns aspectos importantes em nossas narrativas. O primeiro, ao desfazer uma certa mitologia do progresso segundo a qual o trabalho das freiras no HMC se deu exclusivamente por uma certa deficiência no quadro institucional e técnico-profissional de médicos e enfermeiras: na ausência desses profissionais, as freiras ocuparam “naturalmente” os espaços nos cuidados médico-hospitalares. Parte dessa explicação tem, sim, respaldo nas fontes e na literatura especializada. Contudo, a solução de continuidade dessas ordens à frente da assistência médico-hospitalar até muito recentemente parece enfraquecer, em certa medida, essa explicação monocausal. É preciso, de algum modo, enriquecer a trama com variáveis outras. O quadro explicativo desejável deve evitar uma leitura progressista da medicina e da assistência hospitalar em favor de um olhar mais atento às relações de força situadas historicamente.

O lugar das irmãs nas instituições de assistência social tinha ligação com a rede de poderes na qual elas vieram a participar ao longo dos anos. Uma inserção que ganhou

força nas reformas internas da Igreja Católica (1890-1916) e na política da neocristandade (1916-1955), facultando as condições históricas de uma certa penetração da ideologia católica cristã no domínio sociopolítico e institucional mais pragmática. A longevidade desse *zeitgeist* encontra melhor expressão numa narrativa mais polifônica que numa monocórdica, que enfatize mais a convivência de vozes aparentemente dissonantes.

Isso não impediu, por seu turno, que se mantivesse nesse percurso um tensionamento, uma ambivalência (ao menos discursiva), entre o desejo de um Hospital Moderno e as permanências de um modelo de hospital nos moldes da antiga *Caritas*. E não nos parece que tal dialética buscasse propriamente uma síntese. A convivência entre um programa de modernidade hospitalar da DOH e aspectos anti-modernos da assistência nosocomial talvez não configurasse um problema mais grave para os sujeitos históricos envolvidos. Somente uma hermenêutica pautada na “linguagem dos fins e dos meios” enxergaria um descompasso nesses eventos. Os elogios médicos às freiras do HMC perpetuaram-se mesmo depois da chegada de profissionais diplomados ao hospital. Elas não precisaram se ausentar dos corpos para salvarem as almas. Nem os médicos precisaram expulsar as almas para curar os corpos.

Em verdade, de um ponto de vista pragmático, essas relações entre corpo médico e religiosas nas instituições de saúde em Natal apresentavam mais expressões simbióticas do que se pode supor. Um exemplo particular e, ao mesmo tempo, emblemático desses laços pode ser constatado quando, em 1953, o médico e diretor da Colônia São Francisco de Assis, o dr. Manuel Varela Santiago, sofreu um acidente de carro e licenciou-se de suas funções para receber tratamento adequado. A situação do médico estendeu-se por 180 dias, com duas concessões de afastamento, até que, finalmente, se restabeleceu. De volta à faina, em 3 de maio, algumas instituições religiosas logo organizaram uma romaria em direção à Vila de Ponta Negra, carregando uma imagem de Nossa Senhora da Conceição, que partira da capela do Colégio da Imaculada Conceição. Conta-se que essa imagem da santa estava fora justamente restaurada em cumprimento das promessas pela recuperação do médico.<sup>664</sup> Por seu turno, Varela Santiago figurou durante anos como patrono de festas religiosas, especialmente a de Santa Teresinha, realizada no Tirol. Eram relações de intimidade se pensarmos que muitos médicos professavam publicamente sua fé. No HMC, as festas

---

<sup>664</sup>GALVÃO, Cláudio. *Um apóstolo entre nós: Varela Santiago*. Natal: Jovens Escribas, 2017. p.375-6.

para as irmãs superiores, os aniversários do hospital e as missas oferecidas em nome dos médicos da instituição também são provas dessa vinculação estreita. A autocompreensão mesma do médico frequentemente se confundia, em constante retomada de imaginário multissecular, com a figura do sacerdote. Em discurso solene pronunciado em 1945 para uma plateia seleta, que contava com a presença do bispo Marcolino Dantas, e por ocasião da inauguração de novas enfermarias e leitos no HMC, o Diretor da SAH enfatizou essa aproximação:

Sob esta impressão radiosa, e como que mergulhado na contemplação do Belo, sinto, porque vejo nesta esfera de trabalho e luta contra a molestia, que os meus companheiros de jornada, os médicos que me auxiliam na constancia do mesmo esforço, á beira dos leitos, paramentados de branco, *á semelhança dos Diáconos distribuindo a Caridade*, cumprem o seu dever, pontificando a magia do OPUS DIVINUM EST SEDARE DPLOREM. E eis por que a voz do nosso Pastor manda aos céos preces de indulgencia para os nossos erros involuntários e pede bênçãos para os homens de boa-vontade.

Em termos gerais, as relações entre médicos, irmãos (ãs) e religiosos (as) nas instituições médico-assistenciais se aproximavam mais da negociação e da contrapartida de interesses<sup>665</sup>. Elas podem ser entendidas como um encontro entre dois projetos distintos, mas que se avizinham em certo momento: a medicalização da saúde e as diretivas da *Rerum Novarum* (1891), ambas apontando para os cuidados com a criança, a mulher e o operário<sup>666</sup>. Não era incomum que os relatórios da SAH produzissem, aqui e acolá, encômios aos trabalhos das Irmãs de S'Antana, ressaltando a importância de seus trabalhos para as realizações dos médicos:

Quero agora, antes de comentar os trabalhos deste modesto Hospital, tecer louvores ás Filhas de Sant'Ana, a essas mensageiras da Caridade, tal qual pregou o Divino Mestre; a essas Samaritanas do Amor de Deus pelo sacrificio, curando chagas do corpo e misérias do espirito daqueles que se fizeram alma do diabo, insultando, pregando a falsidade, traindo bem-feitores; a essas doadoras de imensa bondade, credoras da nossa gratidão, porque a elas a nossa Instituição deve a moral, a ordem, a disciplina do nosso estabelecimento, sob cujos influxos os nossos medicos obtiveram um percentual de curas, das mais brilhantes.

<sup>665</sup>SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luís Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.145-181.

<sup>666</sup>SANGLARD, Gisele. Filantropia e política pública: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro na Primeira República. In: SANGLARD, Gisele et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p.134.

Com efeito, além dos trabalhos no hospital, as freiras de Santana acabaram sendo o elo do HMC com essa extensa rede de influência católica em Natal. O trânsito delas junto à comunidade eclesial no contexto do movimento da neocristandade foi relevante para reforçar aquela rede de alianças em que tanto insistimos por aqui. O fluxo de autoridades políticas, de damas da sociedade e de círculos culturais expressivos aumentavam as chances de o hospital ter suas demandas atendidas, e isso significava ocupar naquela topologia médico-hospitalar da cidade um lugar central nas escolhas e decisões acerca da saúde pública e seus equipamentos de assistência. Neste ponto da história, médicos e freiras rezaram juntos a mesma missa: *hospitium vobiscum!*

### 3.3 E QUEM CONTA QUATRO CONTOS...

Aumentar um ponto não é sinônimo de imaginação em devaneio. Não seguimos o “noveleiro” Luís da Costa nem tememos ser surpreendidos pelo major Gouveia por aqui, tal como no conhecido conto de Machado de Assis a respeito da alcovitece. Neste capítulo, quem conta quatro contos, aumenta... a compreensão do passado, ampliando os ângulos de vista. Distintamente do abelhudo personagem do Machado, a nossa imaginação é histórica e segue os documentos. As quatro narrativas produzidas teceram intrigas diferentes nas quais o HMC participou como personagem, mais ou menos ativamente, conforme o caso. Elas buscavam desvendar distintos modos de relação do hospital-instituição com as forças sociais e políticas da cidade do Natal, recebendo em seus luxuosos aposentos políticos e personalidades da cultura, hospedando as famílias mais ricas e influentes, promovendo palestras e conferências, organizando encontros literários, enfim, atraindo os olhares das classes mais abastadas e da elite dirigente. Pelos seus corredores, salões e apartamentos, transitaram Chiang Kai-Chek, a cientista Marie Curie, o presidente Café Filho, o folclorista Câmara Cascudo, o sociólogo Gilberto Freyre, o pedagogo Anísio Teixeira, e tantas outras autoridades nacionais de renome, bem como famílias locais importantes.

De algum modo, a passagem pelo hospital produziu ligações com tais figuras ilustres, redes de relações as mais diversas, sempre úteis quando mobilizadas de acordo com os interesses da instituição. Em momento de dificuldades financeiras, de atraso de verbas ou simplesmente de falta de recursos, uma “agenda” recheada de nomes importantes em muito adiantava a solução dos problemas.



Como não podia ficar de fora, a proximidade de organizações religiosas trazia as suas vantagens. Embora não fosse uma decisão de qualquer direção do hospital ou de equipe médica em particular (em outros capítulos, evidenciamos em vários momentos os impasses de uma administração religiosa da instituição e do trabalho interno exercido por irmãs e não por pessoal diplomado), a acomodação das ordens religiosas ao trabalho cotidiano do hospital, já antigo e consolidado, acabou por ajudar a fortalecer a imagem da instituição junto à população, conferindo legitimidade aos cuidados com os doentes mais pobres. E isso não dizia respeito apenas às Filhas de Santana em especial: a organização eclesíastica como um todo tinha extensa capilaridade na sociedade brasileira da época, influenciando decisivamente não somente aspectos políticos e sociais, mas também tocando os hábitos e costumes da população.

Com efeito, as histórias que relatamos deram conta de um hospital que costurou a seu favor uma extensa rede de sociabilidades ao longo de décadas, e que, por isso, conferira ao HMC um estratégico poder de intervenção nos rumos da saúde pública local, pelo menos até meados de 1942, quando o nascimento de uma assistência mais centralizada e estatal, em detrimento de uma até então hegemonicamente liberal, passou a por em prática um modelo de assistência em saúde mais articulado, no qual o HMC, mesmo continuando a gozar de prestígio, teve de conviver com uma “concorrência” médico-hospitalar pública e, posteriormente, privada.

Os anos de 1940 e 1950 se viram marcados pelo crescente processo de “socialização da medicina”, em que os problemas de saúde pública se tronavam cada vez mais complexos, exigindo, para além das possibilidades da medicina liberal, uma relação mais estreita com o Estado na ampliação do alcance dos serviços médicos e sociais.<sup>667</sup> Essa participação progressivamente mais ativa do aparelho estatal na estruturação e regulação da saúde pública teve de “levar em conta os problemas sociais do país e tornar a assistência à saúde uma preocupação coletiva, algo que a *Medicina Liberal* não conseguiria sozinha”<sup>668</sup>. Foi, portanto, no curso dessas transformações que o HMC foi perdendo seu poder de ingerência e, por conseguinte, sua centralidade no conjunto das instituições de saúde locais, tendo de compartilhar responsabilidades com os outros “nós” da rede de hospitais que se expandia.

---

<sup>667</sup>PIACENTE, Michele Suzeley. Jairo Ramos e a “ Socialização da Medicina”: a experiência da Escola Paulista de Medicina em meio às limitações da assistência a saúde no país (anos de 1940 e 1950). In: LANA NEMI, Ana Lúcia (org.). *SPDM/EPM: histórias de gente, ensino e atendimento à saúde*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012. p.25 e 28.

<sup>668</sup>Ibidem, p.28.

Esta foi a tarefa à que nos propusemos no momento: revelar essa teia de relações de poder. No próximo capítulo, voltaremos nossa atenção, dessa vez, para o interior do hospital, agora seguindo as pistas dos encontros entre médicos e pacientes, os modos de cuidado praticados e a organização em geral do receber no HMC. O objetivo é tentar reconstruir os laços afetivo-sensíveis entre os atores sociais na vida hospitalar.

## CAPÍTULO 4. (IN)HOSPITALIDADE (PARTE I): ESPAÇOS E TEMPOS DE UMA IMPOSSÍVEL NARRATIVA

Esse hóspede estrangeiro apresenta-se como um fantasma.  
*Da hospitalidade*, Derrida, p.33

O hospedeiro torna-se hóspede do hóspede. O hóspede (guest) torna-se hospedeiro (host) do hospedeiro (host).  
*Da hospitalidade*, Derrida, p.109

Há um sentido de acolhimento em todas as coisas no mundo.  
*As formas do acolhimento na arquitetura*, Fernando Freitas Fuão, p.43

O investimento em certa pluralidade narrativa, como fizemos anteriormente, foi estratégia contra qualquer pretensão de totalização ou “fim da história”. A fragmentação em várias narrativas mais curtas e parciais também se constituiu em expressão de acolhimento. “Há um sentido de acolhimento em todas as coisas no mundo”, e o texto, em sua disponibilidade, recebe dando passagem. O hospital na modernidade – especialmente no séc. XX - foi concebido para ser uma máquina de curar, que conjugava o saber especializado da ciência médica com o largo uso da tecnologia em saúde. Essa perspectiva dominante e estrita do hospital como tecnologia a serviço da cura acabou conflitando com a dimensão ancestral de acolhimento da instituição, produzindo-se, como sugeriu Pierre Guillaume, um tensionamento “entre o técnico e o humano”<sup>669</sup>, conflito que se inscreverá no coração da instituição hospitalar até os nossos dias.

Um tanto distintamente do anterior, mas sem perdê-lo de vista, o presente capítulo desloca ligeiramente o foco de atenção, mirando noutra eixo problematizador: a discussão acerca da “hospitalidade” no Miguel Couto. As redescrições seguem, daqui em diante as narrativas acerca dos doentes atendidos e internados no hospital. Quem eram esses enfermos? De onde vinham? De que males eram acometidos? Abordar o hospital na sua função primordial de acolhimento é um modo particular de compreender as estruturas de abertura/fechamento de uma determinada sociedade para com a figura do outro, neste caso o outro vulnerável do corpo adoecido. No acolhimento hospitalar, desnuda-se a própria vida da comunidade urbana, pois o hospital não é o “fora” da existência cotidiana da cidade, o não-lugar do espaço na modernidade, como querem

---

<sup>669</sup>GUILLAUME, Pierre. Entre o técnico e o humano. In: MONTANDON, Alain (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011.

alguns. Ele é um dos lugares de reprodução da vida social coletiva, que cuida da mão de obra para o estado, para a sociedade, enfim, para o capital. Mais do que o exame de deontologias profissionais, códigos sociais ou regimentos institucionais, o acolhimento do doente sinaliza um modo de habitar o mundo, de construir relação, de produzir convivência.<sup>670</sup>

As relações do HMC com seus doentes têm, nas redescições deste capítulo, uma mirada a partir da tensão entre, de um lado, oferecer hospitalidade e, de outro, reclamar hospitalidade. Essa estratégia de tensionamento, como a dos fantasmas e a da redescição imaginativa, potencializa o afastamento de nossas narrativas daquilo que o filósofo Richard Rorty chamou de “Ponto-de-Vista-do-Olho-de-Deus”. O nosso posto de observação é andarilho, procura deslocar-se constantemente para criar perspectivas diversas do objeto, pensado como uma mistura humana de causas, fins e acasos. Pretende-se, com efeito, tratar o fenômeno da hospitalidade no HMC a partir das práticas e rituais de acolhimento aos doentes internados na instituição, destacando a atenção materno-infantil e aquela voltada para os trabalhadores em geral.

#### 4.1 A VIA DA HOSPITALIDADE

A hospitalidade é uma daquelas palavras que não parecem pedir maiores explicações. É ancestral e universal por demais para ser questionada. Uma Lei imemorial não escrita. Vejamos, neste ponto, o *Houaiss* (p.1036):

*s.f.* (sXIV) **1** ato de hospedar; acolhida de hóspedes; hospedagem. **2** qualidades do que é hospitaleiro; boa acolhida; **3** *p. ext.* recepção ou tratamento afável, cortês; amabilidade, gentileza ETIM lat. *hospitalitas, atis* ‘condição de estrangeiro, de forasteiro; qualidade de ser hospitaleiro’ ANT inospitalidade.

Temos a impressão – e é somente a impressão, como veremos - de que nem sequer precisaríamos ter lançado mão da consulta. É somente a “formulação” de um conjunto de práticas que parecem não ser informadas por qualquer saber sistematizado, que nos acompanha na longuíssima duração civilizacional. Foi essa história “quase imóvel” que o sociólogo Luiz Octávio acentuou em seu *Estudo da hospitalidade*

---

<sup>670</sup> MONTANDON, Alain. Prefácio: espelhos da hospitalidade. In: \_\_\_\_\_(dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011. p. 31.

A civilização ocidental traz, portanto, desde a sua gênese, o imaginário do estranho, do desconhecido que bate à porta como alguém que precisa ser acolhido. Remete às ideias de não agressão, de amizade, de generosidade, de caridade. [...] A hospitalidade é, assim, também um estatuto ancestral, ao mesmo tempo ética e de direito, que não se restringe ao receber/visitar doméstico, mas a todas as situações do cotidiano na própria e em outras cidades em que alguma forma de acolhimento acontece.<sup>671</sup>

Sua sociogênese, se podemos nos expressar desse modo, caminha de par com a estrangeiridade, com o medo do outro. Nesse sentido, pode-se afirmar que não há cultura ou sociedade histórica conhecida que não disponha, em seu universo de linguagem, de alguma noção para expressar o acolhimento, bem como de ações representativas dessa prática ancestral. O filósofo francês Jacques Derrida notou bem esse fato em seu livro *Papel-máquina*:

Nem todas as éticas da hospitalidade são as mesmas, provavelmente, mas não existe cultura, nem vínculo social, sem um princípio de hospitalidade. Este comanda, faz mesmo desejar uma acolhida sem reserva e sem cálculo, uma exposição sem-limite àquele que chega. Ora, uma comunidade cultural ou linguística, uma família, uma nação, não podem deixar de suspender, ou mesmo deixar de trair o princípio da hospitalidade absoluta: para proteger um “em casa”, provavelmente assegurando o “próprio” e a propriedade contra a chegada ilimitada do outro; mas também para tentar tornar a acolhida efetiva, determinada, concreta, para operacionalizá-la. Daí as “condições” que transformam o dom em contrato, a abertura em pacto policiado; daí os direitos e os deveres; as fronteiras, os passaportes e as portas, daí as leis a propósito de uma imigração cujo “fluxo”, como se diz, precisa ser “controlado”.<sup>672</sup>

Conceitualmente, a hospitalidade coloca imensas dificuldades de delimitação. O filósofo André Brayner de Farias comentou essa espécie de onipresença da hospitalidade, colocando em xeque a elaboração de um conceito propriamente dito e apostando mais, nesse caso, na identificação de um princípio:

O conceito de hospitalidade é tão abrangente e complexo, e ao mesmo tempo tão elementar, tão originário, que dá a impressão de estar espectralmente presente em todo tema e em toda a forma de tratar qualquer que seja o tema. Em cada tema, a hospitalidade é o eco da

---

<sup>671</sup> OCTÁVIO, Luiz. Estudo da hospitalidade. In: MONTANDON, Alain. *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011, p.16-7

<sup>672</sup> DERRIDA, Jacques. *Papel-máquina*. São Paulo: Estação Liberdade, 2004, p.249.

primeira acolhida. No princípio era a hospitalidade, depois vieram todas as condições, e em cada condição de novo se fez acolhimento.<sup>673</sup>

Prática longeva, anônima. História que escapa à própria história, mas que se abre na questão do estrangeiro, daquele que vem, na vinda do outro desconhecido. É também - por que não - uma história da recepção, da acolhida, requerendo, por conseguinte, uma estrutura cênica básica, composta necessariamente por um anfitrião, um hóspede e uma marcação espaciotemporal. Sendo “[...] a ética do acolhimento e da consideração radical da alteridade”<sup>674</sup>, a hospitalidade tem na instituição hospitalar um de seus lugares de “práticas e ritos culturais que significam de forma variada o acolhimento do outro”<sup>675</sup>. Uma breve incursão etimológica do termo e sua cadeia semântica pode comprovar esse parentesco:

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, para os incuráveis. *Hospitium* era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes. Dêste vocábulo derivou-se o termo hospício. A palavra *hospício* foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de *hospital* ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. *Hotel* é o termo empregado com a acepção bem conhecida e universal.<sup>676</sup>

*Hospitalis* filia-se à linhagem latina de *hospes*, significando hóspedes das casas de assistência. Tratar os doentes, na linha grega. Aliás, o léxico grego expande-se no sentido de acolher aos vulneráveis em geral: pobres, crianças, órfãos, mulheres, viajantes, estrangeiros, velhos e incuráveis. Receber temporariamente ou de passagem,

<sup>673</sup> FARIAS, André Brayner de. Poéticas da hospitalidade: ensaios para uma filosofia do acolhimento. Porto Alegre: Zouk, 2018, p.11.

<sup>674</sup> FARIAS, André Brayner de. Hospitalidade para uma poética ambiental: os direitos humanos e a casa comum. In: \_\_\_\_\_. *Poéticas da hospitalidade: ensaios para uma filosofia do acolhimento*. Porto Alegre: Zouk, 2018. p.69.

<sup>675</sup> Idem. Hospitalidade e cultura. In: *Poéticas da hospitalidade: ensaios para uma filosofia do acolhimento*. Porto Alegre: Zouk, 2018. p.71.

<sup>676</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro, reedição de 1965. p.7.

mas receber. O *Littré* de 1878 e a *Larousse Universel* de 1922 falavam em “alojar gratuitamente os estrangeiros”<sup>677</sup>, como soia acontecer nos refúgios oferecidos no séc. XIX. A *Enciclopédia Alpha* de 1996 dizia a hospitalidade como “um acolher em sua casa, generosamente, amavelmente”<sup>678</sup>, já em acepção moderna. Muito emblematicamente, o Hospital de Caridade Juvino Barreto, antigo nome do HMC entre 1909 e 1935, teve seu nascimento ligado a uma casa de veraneio da família Albuquerque Maranhão no Belo Monte, encostada à praia de Areia Preta.<sup>679</sup> Era o que, em *Sair curado para a vida e para o bem* (2019), chamamos de “dispositivo familiar”.<sup>680</sup> O conceito de hospital, portanto, pertence a esse campo de significação, tem um lugar nessa longa rede semântica do acolhimento.

Como se pode depreender de tudo isso, a noção e a prática da hospitalidade não são simples como se poderia pensar nem muito menos se limitam a uma abordagem intuitiva. Há uma variada produção acadêmica que se ocupa da temática, incluindo diversas disciplinas, departamentos e pesquisas. Para se ter uma ideia da diversidade e riqueza dos estudos, bastaria consultar o calhamaço *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas* (2011), dirigido por Alain Montandon, contando com 1437 páginas e dividido em cinco seções: Definições; Civilizações; Lugares, instituições e espaços simbólicos; Mitos, figuras e representações; Filosofia, política e sociedade. Se não constituir um campo propriamente, ao menos um robusto eixo temático. Essa pletera de pesquisas e trabalhos pode ser agrupada em três abordagens distintas: aquela que explora a hospitalidade como gratuidade, dom incondicional, muito voltada para a questão dos migrantes e de orientação acadêmica francófona; os estudos específicos sobre o turismo moderno, fazendo interface com gestão hoteleira e de base anglófona; e uma terceira, do Reino Unido, que privilegia a

---

<sup>677</sup> GUILLAUME, Pierre. Entre o técnico e o humano. In: MONTANDON, Alain (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011. p. 583.

<sup>678</sup> *Ibidem*.

<sup>679</sup> SILVA, Rodrigo Otávio da. *Sair curado para a vida e para o bem: o Hospital de Caridade Juvino Barreto e a construção de uma assistência médico-hospitalar em Natal (1909-1927)*. Natal: Caule de Papiro, 2019. p. 131.

<sup>680</sup> Tomando de empréstimo o vocabulário foucaultiano, denominamos, naquela ocasião, de “dispositivo familiar” o conjunto de saberes sobre o hospital (arquitetônico, médico, topográfico, urbanístico etc.) que visavam produzir o efeito de “lugar de encontro”, de “proximidade”, de “laço familiar”, alinhando o espaço hospitalar, antes visto como ante-câmara da morte, aos novos rumos de uma cidade proclamada moderna por suas elites. Cf.: SILVA, Rodrigo Otávio da. *Sair curado para a vida e para o bem: o Hospital de Caridade Juvino Barreto e a construção de uma assistência médico-hospitalar em Natal (1909-1927)*. Natal: Caule de Papiro, 2019. p. 140 *et seq.*

angulação socioantropológica. Além dessas direções já apontadas, podem ainda ser incluídas as pesquisas versadas sobre a etiqueta e a dádiva na vida cotidiana<sup>681</sup>

Nas ciências humanas, os estudos da hospitalidade têm em Alain Montandon e Anne Gotman seus principais representantes, que trouxeram para a observação empírica as contribuições filosóficas de Jabès, Godbout e Derrida, ao explorar os valores da gratuidade e da incondicionalidade nas práticas de acolhimento.<sup>682</sup> Neste capítulo, seguiremos um pouco nessa direção da “hospitalidade como virtude”, acompanhando mais de perto alguns apontamentos de Jacques Derrida sobre a temática.

O autor franco-magrebino abordou o tema pelo menos desde a década de 1960, na obra *Escritura e Diferença*, no texto que faz uma leitura do filósofo lituano Emanuel Lévinas. Entre 1995 e 1997, trabalhou o tema nos seminários da Faculdade Internacional de Filosofia, muito animado à época pelas discussões francesas sobre o multiculturalismo. O tema da hospitalidade reaparece em outras reflexões nos textos “Adeus a Emanuel Lévinas” (1995), “O Dom da Morte” (1995), e publicações de alguns seminários como “Da Hospitalidade” “Hostipitalidade”, “Cosmopolitismo e Perdão”.<sup>683</sup> Embora Derrida normalmente não estendesse seus debates além dos círculos filosóficos restritos e especializados, depois de 2002, quando deixou os seminários, ele publicou inúmeros trabalhos sobre a temática política, versando sobre Nelson Mandela, o casal Clinton, a intervenção francesa nas eleições argelinas, incluindo um episódio no Brasil, em que pediu a soltura do líder do MST José Rainha.<sup>684</sup> Como escreveu Ginette Michaud (2011, p.1003), em *Um pensamento do incondicional*:

Derrida disse frequentemente que sua investigação dos textos filosóficos, literários e políticos que tratam da hospitalidade era motivada de maneira mais premente pelo desencadeamento da violência em escala mundial, as ameaças, atos de censura ou de terrorismo, perseguições e opressões de todos os tipos, que multiplicam

<sup>681</sup> LIMA CAMARGO, Luiz Otávio de. O estudo da hospitalidade. In: MONTANDON, Alain (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011. p.14.

<sup>682</sup> Ibidem, p.28. Na verdade, essa reflexão de Derrida acerca da hospitalidade acabou sendo apropriada por dois grupos distintos: de um lado, Montandon, Gotman e Isabel Baptista, numa leitura mais antropológica; de outro, o Movimento Antiutilitarista das Ciências Sociais (MAUSS), representado por Alain Caillé e Jacques Godbut, que se apropriaram do conceito dentro das discussões sobre a dádiva na sociologia de Marcel Mauss.

<sup>683</sup> BURITY, Joanildo. Hospitalidade, amizade e os imperativos da ordem social. In: LOPES, Alice Casimiro; SISCAR, Marcos (org.). *Pensando a política com Derrida: responsabilidade*, tradução, porvir. São Paulo: Cortez, 2018. p. 130.

<sup>684</sup> Ibidem, p.134.



as vítimas anônimas, apátridas, refugiados, deportados, “pessoas deslocadas”, “sem-documentos”.<sup>685</sup>

A aproximação de Derrida do tema consiste, como de costume, em levá-lo ao limite máximo, de tal sorte que seu caráter aporético se manifeste e revele com ele, então, o tensionamento constituinte de sua elaboração. Empurrar permanentemente as fronteiras conceituais para mais além, deslocar incessantemente os *limes* que pretendem fixar em definitivo o dentro e o fora, desocultando, nessa operação, as relações de força historicamente artificiosas que lutam por determinar as balizas do sentido.

Assim, para o filósofo francês, os encontros humanos são comumente marcados ou regidos por uma tensão “originária”, ligada a protocolos de propriedade ou legalidade. Sempre recebemos o “outro” – e notem que tudo começa com um “eu” autoimposto -, o fazemos a partir de um lugar e com regras determinadas (costumes, leis, códigos). Por mais que ofereçamos acolhimento, disponibilidade e generosidade, estas serão virtudes “predefinidas”, consoante a “lei da casa” que recebe: “nenhuma hospitalidade pode ser exercida sem que alguém possa oferecê-la e, portanto, sem que haja um ‘dono da casa’, capaz de abrir espaço ao hóspede, tanto quanto ditar as regras da hospitalidade”<sup>686</sup>. E assim se faz porque não sabemos se aquele que vem é amigo ou inimigo:

O gesto da hospitalidade é, de início, o de descartar a hostilidade latente de todo ato de hospitalidade, pois o hóspede, o estrangeiro, aparece frequentemente como reservatório de hostilidade: seja pobre, marginal, errante, sem domicílio fixo, seja louco ou seja vagabundo, ele encerra uma ameaça. Sua posição de exterioridade marca sua diferença.<sup>687</sup>

A palavra hospitalidade tanto liga-se ao francês *hôtes* (hóspede ou hospedeiro) quanto ao latim *hostes* (hóspede ou inimigo), de modo que a angústia se instala no coração do próprio conceito.<sup>688</sup> Há uma tensão estrutural no gesto hospitaleiro: de um lado, o desejo de acolher aquele que chega; de outro, o medo de perder o controle ou da exigência de igualdade da parte dos hóspedes ou visitantes.<sup>689</sup> Tudo se passa como se houvesse, de uma só vez, “uma força que se move em direção à

<sup>685</sup> MICHAUD, Ginette. Um pensamento do incondicional. In: : MONTANDON, Alain (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011. p.1003.

<sup>686</sup> BURITY, Joanildo. *Op. Cit.*, 2018. p. 131.

<sup>687</sup> MONTANDON, Alain. Prefácio: espelhos da hospitalidade. In: \_\_\_\_\_ (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011. p.32.

<sup>688</sup> DERRIDA, Jacques. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade*. São Paulo: Escuta, 2003. p.39 e 41.

<sup>689</sup> *Ibidem*.

outra para acolher e a força para permanecer incólume e puxado para trás do outro, tentando manter a porta fechada”<sup>690</sup>. Não há hospitalidade sem limite, seja o da lei ou o da regra, seja o do espaço ou o do lugar.

Por outro lado, essa mesma hospitalidade só pode ser compreendida como uma generosidade sem limites, um receber sem presunção de inocência ou culpa, sem perguntas ou pré-requisitos. Há uma hospitalidade ancestral, não escrita, que prescreve o acolhimento “absoluto”. Sem considerar esse transcendental da hospitalidade (ou a hospitalidade mesma como transcendental), não pode haver qualquer hospitalidade concreta. Tal hospitalidade estaria além do cálculo dos riscos, da previsibilidade da chegada do estrangeiro. Ela marcaria a própria impossibilidade da hospitalidade! Assim, segundo Derrida, lidamos com duas formas<sup>691</sup> de hospitalidade distintas, a incondicional e a condicional:

“[...] pela primeira, acolher quem chega, sem lhe impor condições, antes de saber quem é ou perguntar qualquer coisa; mas também dirigir-se ao outro, em sua singularidade, reconhecendo-o com (tendo) nome próprio”<sup>692</sup>.

Com esse argumento, Derrida opera uma abertura no conceito, alargando seu conteúdo na direção do “impossível” como o outro desconhecido, mas que vem, que chega. O “impossível” definido pela ótica do “possível”: o limite entre ambos está sempre sendo historicamente empurrado para mais adiante. Para receber, é preciso renunciar, em dado momento, à soberania do lugar. Essa tentativa de abertura foi um trabalho de crítica ao contexto de fechamento estatal-nacional-soberano moderno à passagem ou circulação do estrangeiro, a um certo enrijecimento dos sistemas de justiça nacionais e aos hábitos de cidadania que obstruem a participação daquilo que lhe é estranho. A ideia, portanto, é abrir possibilidades de enriquecimento da nossa experiência e o compromisso com outras referências e valores que não os nossos. A abordagem derridariana modifica o entendimento tradicional da hospitalidade, ao enfatizar a importância do papel do outro acolhido: “Ocorre a mudança da ênfase da

<sup>690</sup> ONOFRE, Asael Canejo. *Estudo biográfico*: Jacques Derrida [ebook]. Posição 555.

<sup>691</sup> As formas podem receber nomes distintos conforme os autores que fizeram releituras de Derrida. Assim, podemos ter: hospitalidade genuína x hospitalidade encenada (Ane Gotman); hospitalidade de convite x hospitalidade devisita (Burity); hospitalidade forte x hospitalidade fraca (André de Farias). Em nosso texto, daremos preferência ao par visita/convite, pois mais histórico-antropológico e, portanto, mais afinado com o campo da História e da Saúde Coletiva.

<sup>692</sup> DERRIDA, Jacques. *Papel-máquina*. São Paulo: Estação Liberdade, 2004. p.250.

acolhida como um processo que envolve a imposição do acolhedor ao acolhido, para o processo de reconhecimento e aceitação do outro no ato de acolher”.<sup>693</sup>

Nesse sentido, a abordagem derridariana da hospitalidade questiona nossa intuição e nosso hábito ao deixar vaziar de seu interior conceitual múltiplas tensões constituintes e insolúveis: hospedeiro/hóspede; convidado/visitante; amigo/inimigo. Ele introduz uma experiência de antagonismo no lugar do ordenamento:

[...] o que constitui a relação ética é um chamado/apelo do outro *vulnerável* ou um questionamento autoafirmativo do outro frente à ordem social que o faz outro, que o faz outro subordinado, violentado, excluído. [...] experiência do limite da ordem social, experiência daquilo que foi excluído para que tal ordem se constituísse, mas também daquilo que, por similitude, associação ou extensão metafórica, atualiza o inaceitável, o ilegítimo, o imprestável, o abjeto, a cada momento. Ou seja, experiência da demanda pela qual algo inomeado, ignorado ou deliberadamente excluído da ordem surge, retorna ou resiste e aponta para a não-naturalidade e a in-justiça do que faz da ordem, ordem.<sup>694</sup>

Essa dimensão social da hospitalidade implode a ordem que se quer hegemônica, ao fazer emergir as oscilações e deslizamentos das fronteiras entre o dentro e o fora:

A vida numa sociedade desigual – e só conhecemos, hoje, sociedades desiguais! – é marcado por expressões de negatividade que testemunham das exclusões que mantêm essas sociedades no lugar, em ordem, por assim dizer, e que frequentemente levam às demandas de movimentos e protestos sociais, de atores coletivos emergentes, de discursos políticos. Nenhuma linguagem do amor, da amizade, da compaixão existe fora dessa teia de relações sociais na qual figura o antagonismo como dimensão constitutiva. Onde quer que algo fique de fora, algo esteja fora do lugar, alguém seja subordinado, invisibilizado, dominado, estigmatizado por preconceitos ou discriminações, vítima de violência imerecida, estaremos, cedo ou tarde, frente à emergência do antagonismo. Oferecer hospitalidade e reclamar hospitalidade se alternam e sobrepõem [...]. Da simpatia ou empatia, da aproximação e atração mútua às expressões de demandas e marcação de campos entre “nós” (amigos) e “eles” (inimigos e adversários), a linha, ou antes, os passos, são tênues e sujeitos a tensões tão inesperadas como oscilantes. Mas nunca ausentes.<sup>695</sup>

---

<sup>693</sup> BASTOS, Sênia Regina; RAMEH, Ladjane Milfont; BITELLI, Fábio Molinari. O conceito de hospitalidade de Jacques Derrida nos artigos científicos do Portal de Periódicos da Capes. *Anais do Seminário da ANPTUR*, 2016. n.p. Disponível em: [www.researchgate.net/publication/332371819\\_O\\_conceito\\_de\\_hospitalidade\\_de\\_Jacques\\_Derrida\\_nos\\_artigos\\_cientificos\\_do\\_Portal\\_de\\_Periodicos\\_da\\_Capes](http://www.researchgate.net/publication/332371819_O_conceito_de_hospitalidade_de_Jacques_Derrida_nos_artigos_cientificos_do_Portal_de_Periodicos_da_Capes). Acessado em: 15 jan. 2021.

<sup>694</sup>BURITY, *Op. Cit.*, 2018, p.123-24.

<sup>695</sup> Ibidem, p.124.

É justamente este lugar de ordem e suas exclusões que pretendemos questionar nos modos de acolhimento do hospital. A etimologia que Derrida toma do linguista francês Émile Benveniste, que abala as fronteiras entre o hóspede (*hosp*) e o inimigo (*host*), tornando-os intercambiáveis, fluidos, fornece-nos a chave de leitura que permite desconstruir o “em casa” do espaço hospitalar, e escandir os elementos que em (in)formam a ordem nosocomial, ou seja, os princípios, as regras e os códigos que decidem quem entra e quem fica de fora da instituição. Essa ferramenta quase-conceitual vai ao encontro da nossa hipótese central na medida que permite acompanhar os mecanismos de seleção que instauraram certa “ordem interna” e outra “externa” em relação às demais instituições médico-hospitalares, que, paulatinamente, foram participando da construção de uma rede hospitalar local conforme as normativas do Mesp.

Esta ordem hospitalar - é preciso ressaltar – ocorre micrologicamente, no nível das relações entre os indivíduos: médicos, enfermeiros, religiosas, administradores, engenheiro, diretor do Departamento Estadual de Saúde Pública, legista, padoleiro, jardineiro, autoridade policial entre outros. No dizer do arquiteto Fernando Freitas Fuão, “A hospitalidade é uma relação entre as pessoas, os ‘ambi(entes)’, o lugar que edifica o lugar”<sup>696</sup>, vinculando-se “[...] não só à hospedagem e ao hotel, mas também ao acolhimento, à relação entre hóspede e hospedeiro e tudo que possa disso advir”<sup>697</sup>. Esse acolhimento de que fala Fuão é, como dissemos, sempre encenado entre hóspede e hospedeiro numa marcação espaciotemporal, implicando, em nosso caso, a consideração dos discursos e práticas diversas, materializados nos Regimentos Internos do estabelecimento, nas formas da arquitetura, nas reformas da engenharia, na praxeologia médica e terapêutica, na dietética, no vestuário, nas relações interprofissionais e entre médicos e pacientes. Priorizaremos este último, nas brechas possíveis abertas pela documentação, no interior da qual os sujeitos históricos não cogitaram, em seu tempo, a temática tal como a encaramos hoje, mas que falaram e praticaram suas próprias “modalidades de acolhimento”, pois não há hospital sem hospitalidade, nem hospitalidade que não conceba “quem é de dentro e quem é de fora”<sup>698</sup>. Tais práticas de acolhimento hospitalar se fizeram, em nosso entender, como rituais, ou seja, foram

<sup>696</sup> FUÃO, Fernando Freitas. As formas do acolhimento na arquitetura. In: SOLIS, Dirce Eleonora; FUÃO, Fernando Freitas (org.). *Derrida e arquitetura*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014. p.53.

<sup>697</sup> Ibidem, p.54.

<sup>698</sup> FARIAS, André Brayner de. Hospitalidade e cultura. In: \_\_\_\_\_. *Poéticas da hospitalidade: ensaios para uma filosofia do acolhimento*. Porto Alegre: Zouk, 2018. p. 81.

instituídas como “técnicas simbólicas de instalación en un lugar”<sup>699</sup>, que buscavam transformar “el ‘estar en el mundo’ en un ‘estar en casa’”<sup>700</sup>. São como “técnicas temporales de instalación en un lugar”<sup>701</sup> que abordaremos tais práticas de hospitalidade no Miguel Couto, observando as exclusões que tais intervenções instauram na “ordem” do hospital.

## 4.2 MODOS DE ARQUIVAR: MAIS UMA VEZ A PROBLEMÁTICA DAS FONTES

### 4.2.1. A produção de documentos

A questão do exame das práticas de hospitalidade esbarra, de saída, nas limitações impostas pela documentação disponível. A coleta e o registro das informações realizados pelos órgãos da administração do Estado apresentam sérias deficiências, que colocam dificuldades para a construção de uma narrativa historiadora, uma vez que a escrituração se viu marcada tanto pela insuficiência dos dados obtidos, considerando-se a precariedade das instituições e do aparato estatal, quanto pelos erros nas anotações demográfico-estatísticas. A queixa vinha das próprias autoridades executivas, que costumavam expor, em seus relatórios, as falhas de suas práticas de registro documental.

Em 1917, o presidente Ferreira Chaves já comentava sobre a deficiência do “registro civil de nascimentos, casamentos e obitos”<sup>702</sup>, e que tal situação dificultava a produção de estatísticas. Em 1920, foi a vez de Antônio de Mello e Souza ecoar o problema, quando se referiu ao recenseamento nacional da população feito naquele ano, deixando evidente seu desalento antecipado com a coleta dos dados, “[...] porque infelizmente, com a nossa imperfeita educação cívica e a nossa indisciplina, o

---

<sup>699</sup>HAN, Byung-Chul. *La desaparición de los rituales: una topología del presente*. Barcelona: Herder Editorial, 2020. p.10.

<sup>700</sup>Ibidem.

<sup>701</sup>Ibidem.

<sup>702</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1917] Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da nona legislatura em 1º de Novembro de 1917 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. d’A República, 1917. p.8-9.

cumprimento de certas leis não passa algumas vezes de tentativa”<sup>703</sup>. Além da pesquisa do censo, o presidente Antônio de Mello e Souza questionou a validade estatística dos atestados de óbito colhidos, apontando inconsistências nas informações registradas:

Por falta della [higiene], é que as condições sanitárias desta capital, geralmente favorecidas pela natureza, mas prejudicadas pela acção humana, ainda no ultimo anno apresentaram uma mortandade muito superior á media normal, verificando-se em uma população inferior a 25.000 habitantes 861 obitos, ou o enorme coeficiente annual de 34,4 por mil. Ora, em uma cidade onde ainda hoje a metade dos atestados de óbito consigna a ausência de qualquer assistência médica, - em 1919 exactamente 434 sobre 861, - e onde, portanto a metade das causas de morte ou são ignoradas ou mal definidas, é claro que se requer muito esforço, muita energia e um dispêndio correspondente para organizar um razoável serviço de hygiene publica.<sup>704</sup>

Em *Mensagem* de 1º de novembro de 1921, o mesmo presidente continuou a criticar as estatísticas obtidas, chegando até mesmo a qualificá-las de “inúteis”:

As estatísticas demographo-sanitarias continuam a ser inúteis pela sua deficiencia. Para verificar esse mal, que aliás não é somente nosso, basta examinar os algarismos referentes aos nascimentos e óbitos. Conforme os dados do relatório da Directoria de Hygiene, registram-se nos cartórios da capital durante o ultimo anno apenas 414 nascimentos, e sendo o numero de mortos, como ficou dito, 858, mais do dobro, seria para concluir logicamente que a população se extinguisse após um certo numero de anos, que a arithemetica facilmente determinaria. Ora a população de Natal cresce felizmente todos os anos, não pela introdução de imigrantes, mas justamente pelo excesso dos nascimentos sobre os óbitos.<sup>705</sup>

Nesse mesmo ano, a Inspetoria Geral de Higiene e Assistência Públicas, depois rebatizada de Diretoria Geral de Higiene e Saúde Pública (Decreto n.148, de 1/09/1921) passou a publicar mensalmente, no jornal *A República*, os Boletins de Estatística Demografo-Sanitários, com todos os dados sobre o índice de mortalidade e as causas das doenças<sup>706</sup>. O objetivo era ampliar a atuação do Estado na questão da saúde pública

---

<sup>703</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1920] Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da terceira sessão da décima legislatura em 1º de Novembro de 1920 pelo governador Antônio José de Mello e Souza. Natal, Typographia Commercial J. Pinto & Cia, 1920. p.5

<sup>704</sup> Ibidem, p.20.

<sup>705</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1921] Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da undecima legislatura em 1º de Novembro de 1921 pelo governador Antonio J. de Mello e Souza. Natal, Typographia Commercial J. Pinto & Cia, 1921. p.16-7.

<sup>706</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1921] Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da undecima legislatura em 1º de Novembro de 1921 pelo governador Antonio J. de Mello e Souza. Natal, Typographia Commercial J. Pinto & Cia, 1921. p.16-

e qualificar o assentamento das informações. Ainda assim, o descompasso nesses registros permanecia sendo alvo de reclamações. Segundo o presidente, as dificuldades deviam ser imputadas, agora, à “incuria ou a ignorancia de grande parte de nossa gente”, que não fora educada, a longo prazo, nas práticas formais de registro do aparelho estatal, incluindo-se aí os próprios funcionários públicos responsáveis pelo preenchimento dos formulários. Isso explicaria, em seu entender, as insuficiências e erros estatísticos presentes nos documentos:

A maioria da população, quando lhe nascem os filhos, limita-se a levá-los ao baptismo, mas apesar disso, talvez por falta das indicações para assentamento, que nem todos fornecem, as estatísticas ficam incompletas, pois que no ultimo anno o numero de baptisados registrados, segundo os apontamentos colhidos pela repartição da Hygiene, foi de 833, ainda inferior ao dos óbitos.<sup>707</sup>

No obituário oficial da capital do Estado, em 1923, das 963 mortes registradas, cerca de 555 não tinham causas especificadas ou simplesmente constavam como mal definidas<sup>708</sup>, querendo isso dizer que mais da metade das pessoas mortas não teve qualquer assistência médica que pudesse averiguar com precisão a *causa mortis* dos habitantes. Aliás, em virtude dessa situação, propôs-se a criação do cargo de “verificador de óbitos”:

Para minorar esse deplorável inconveniente de se não realizar uma estatística demógrafo-sanitaria razoável, porque mais da metade dos obitos ocorrem sem assistencia medica, e, portanto, sem a precisa especificação da causa, o relatório da directoria lembra a criação dum logar de medico verificador de obitos, que até poderá acumular outra função. É um alvitre, conquanto nem sempre seja fácil ao profissional, apenas chamado para “verificar” uma morte, afirmar, pelo exame do momento, ou por informações de pessoas ignorantes, qual tenha sido a sua determinante.<sup>709</sup>

Não temos notícia se a mencionada função logrou efetividade. Importa-nos, todavia, notar que tais mortes não verificadas costumavam ocorrer em domicílio, fora, portanto, do espaço hospitalar, tornando as estatísticas médicas mais precárias em

---

<sup>707</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1921] Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da undecima legislatura em 1º de Novembro de 1921 pelo governador Antonio J. de Mello e Souza. Natal, Typographia Commercial J. Pinto & Cia, 1921. p.17.

<sup>708</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1923] Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da terceira sessão da undecima legislatura em 1º de Novembro de 1923 pelo governador Antônio José de Mello e Souza. Natal, Typographia d’A República, 1923. p.31.

<sup>709</sup> Ibidem, p.32.

termos de política pública de saúde: em 1925 (*Mensagem*, p.32), das 789 mortes, 629 se deram no ambiente doméstico, e somente 77 no hospital<sup>710</sup>; em 1926, das 861 mortes, 710 ocorreram em casa, contra 69 no hospital<sup>711</sup>; em 1927 de 1053 mortes, 911 se deram no lar, enquanto 65 se desenrolaram no interior do nosocômio<sup>712</sup>.

Em 1925, o Departamento de Saúde do Estado implementou algumas iniciativas para melhorar as estatísticas demográfico-sanitárias, criando, por exemplo, um serviço especial de registro de nascimentos, realizando um censo dos habitantes de Natal e seus prédios, visando melhor avaliar, coextensivamente a outros dados, os coeficientes de natalidade e mortalidade e o crescimento vegetativo da população. Em 1929, o governador Juvenal Lamartine, diferentemente de seus predecessores, elogiou o Departamento de Saúde, afirmando que esse órgão já se encontrava “aparelhado para organizar as suas estatísticas” mostrando confiança no uso desses dados: “Qualquer juízo feito acerca dos nossos coeficientes de mortalidade, sem ter como base as estatísticas demographo-sanitarias do estado, só poderá ser precipitado e destituído de critério”<sup>713</sup>

---

<sup>710</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1925] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da 12ª legislatura em 1º de novembro de 1925 pelo governador José Augusto Bezerra de Medeiros*. Natal, Typographia d’A República, 1925. P.32.

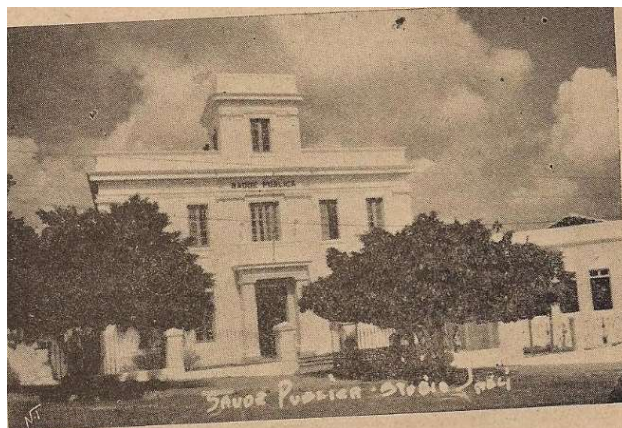
<sup>711</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1926] *Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 14ª Legislatura em 1º de Outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros*. 1926. Natal, Typographia d’A República, 1926. P.64.

<sup>712</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1927] *Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 12ª Legislatura em 1º de Outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros [...]*1927. Natal, Typographia d’A República, 1927. p.71.

<sup>713</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1929] *Mensagem apresentada pelo exmo. Dr. Juvenal Lamartine de Faria, Presidente do Estado do Rio Grande do Norte á Assembléa Legislativa por ocasião da abertura da 3ª Sessão da 13ª Legislatura em 1º de outubro de 1929*. Natal, Typographia d’A República, 1929. p.60.



**Figura 77** - Prédio da Secretaria da Saúde Pública, na Av. Junqueira Ayres, Cidade Alta



Fonte: Guia da Cidade do Natal. 1ª Edição. Organizado por J.A. Negromonte e E. Etelvino Vera Cruz com a colaboração de Fernando R. da Silva, Natal, 1958. p.135.

**Tabela 7** - Dados demográfico-estatísticos da população de Natal na década de 1920

<b>Ano</b>	<b>Data</b>	<b>População</b>	<b>Obituário geral</b>	<b>Obituário infantil de 0 a 1 ano</b>	<b>Coefficiente de mortalidade por 1000 habitantes</b>	<b>Coefficiente de mortalidade infantil por 1000</b>
<b>1919</b>	Recenseada por João no 1º semestre	21.561	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
<b>1919</b>	Calculada em 31 de dezembro	21.948	1057	452	49	20 0/00
<b>1920</b>	idem	22.722	798	296	35	13 0/00
<b>1921</b>	idem	23.496	870	343	37	14 0/00
<b>1922</b>	idem	24.270	970	402	39	16 0/00
<b>1923</b>	idem	25.044	983	405	39	16 0/00
<b>1924</b>	Recenseada em maio por Henrique de Novaes	25.438	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
<b>1924</b>	Calculada em 31 de dezembro	26.059	1.029	446	39	17 0/00
<b>1925</b>	idem	27.301	768	302	28	11 0/00
<b>1926</b>	idem	28.543	863	361	30	12 0/00
<b>1927</b>	idem	29.785	1076	461	36	15 0/00
<b>1928</b>	Recenseada em 31/12 (Departamento de Saúde Pública)	31.026	934	443	30	14 0/00

Fonte: Mensagem apresentada pelo Exmo. Senhor Dr. Juvenal Lamartine de Faria, Presidente do Estado do Rio Grande do Norte, á Assembléa Legislativa por ocasião da abertura da 3ª Sessão da 13ª Legislatura. Natal: Imprensa Oficial, 1929. p.63.

Nas décadas seguintes, as falhas nos registros deixaram de ser observadas pelos órgãos estatais de pesquisa. O que teria ocorrido para que essa questão deixasse de frequentar a lista de preocupações das instituições administrativas do Estado? Talvez um movimento próprio da burocracia, com o aperfeiçoamento dos “instrumentos” de organização estatística, como alegou o Departamento de Saúde; ou mesmo um reforço

do aparelho estatal com a criação de novas instituições e o conseqüente aumento do número de funcionários. Seja como for, o fato é que a ausência de documentação das décadas iniciais pareceu ceder lugar, por seu turno, à multiplicação de registros, ao menos no nível da produção estatística, empurrando a questão, naquele momento (e para o nosso também), para o arquivamento e a conservação dos documentos, ou seja, para uma “política do arquivo”. Nesse sentido, em 1932, o Interventor Federal Herculino Cascardo fez publicar o Regulamento do Departamento de Saúde Pública, no qual constava, em um de seus itens, o “arquivo” como uma das dependências da Diretoria Geral.<sup>714</sup>

As Prestações de Contas do HMC, por exemplo, desfilaram seus números do movimento hospitalar, dos serviços de clínica e das receitas e despesas do nosocômio sem apontar dificuldades ou inconsistências em registros. É certo que, algumas vezes, nos deparamos com a exigência de interventores por maior detalhamento das informações sobre a economia hospitalar, mas nada que possa nos fazer lembrar aquelas críticas das primeiras décadas. O processo de produção, circulação e uso dos documentos na vida laboral diária do próprio HMC e sua conservação interna, ou até mesmo a existência ou não de um arquivo no interior da instituição, deve ser alvo de valiosas problematizações, como já o fizemos em outro capítulo desta Tese, incluindo-se também - e fundamentalmente - nesse movimento a genealogia da instituição arquivística na qual esses mesmos “signos do tempo” foram depositados para consulta pública, como insiste o historiador Durval Muniz (2019, p.58) em sua “poética do arquivo”:

O arquivo nos abriria as portas para sabermos onde as coisas começaram, para perscrutarmos a origem das coisas. Local de escavação dos princípios, dos começos, lugar da arqueologia de nós mesmos. Mas por que nunca perguntamos pela origem do próprio arquivo? Essa origem nunca é politicamente neutra. O arquivo instaura um comando, encarna uma lei, ele é instituído e instituinte. Ele instaura uma lei da seleção, da separação, de designação do que é arquivável ou não. Ele se institui como um espaço à parte, como um espaço de

<sup>714</sup> A REPÚBLICA. Natal, 20 jan. 1932. p.1. De acordo com o Regulamento (Cap.1, art.1<sup>a</sup>), o Departamento estava dividido em três divisões: (1) a Diretoria Geral, que cobria a Secretaria, o Serviço de Estatística demografo-sanitário, Fiscalização dos serviços de medicina, farmácia, odontologia e obstetrícia, exames de invalidez, profilaxia da lepra, assistência pública, polícia sanitária das habitações e logradouros, fiscalização dos gêneros alimentícios (inclusive leite e seus derivados), almoxarifado, arquivo e transportes e demais serviços da administração geral; (2) o Centro de Saúde de Natal, com os serviços de propaganda e educação sanitária, serviço de epidemiologia e profilaxia, higiene pré-natal, higiene infantil, profilaxia especial da tuberculose, profilaxia especial das doenças venéreas, serviço de enfermagem, laboratório de pesquisas clínicas, farmácia e serviços gerais; e a (3) Inspetoria de Saneamento Rural, responsável pelos problemas sanitários do interior do Estado.

guarda, de classificação, de ordenamento, de avaliação, de nomeação, de distribuição, de significação, do que ali é depositado. O arquivo não remete apenas aos começos e aos comandos, ele é começo e comando. O arquivo não apenas nos abre as portas para outros tempos, ele foi constituído e construído em outros tempos dos quais dá testemunho. O arquivo é testamento e testemunho. Ao paramos à porta de um arquivo, algumas perguntas se impõem: quando esse arquivo foi institucionalizado? Quem o fez? Com que objetivos? O prédio que ele ocupa, quando foi construído? Por quem? Com que finalidade? Esse prédio já surgiu como sede de um arquivo? Para um leitor dos tempos, como é o caso do historiador, a análise de uma documentação deve começar por sua localização física e institucional. O arquivo começa a falar dos tempos antes mesmo que cruzemos seus umbrais.<sup>715</sup>

Assim, podemos notar essa mudança de uma fase de deficiência estrutural para uma de estabilização na produção escriturística quando fazemos a leitura dos Regimentos Internos do HMC. O Regimento de 1911, autorizado pelo Decreto n.238 de 15 de dezembro de 1910 e pelo artigo 22 da Inspeção de Higiene, foi o primeiro documento que disciplinava o funcionamento do hospital. Nesse texto, havia referências à produção normativa de documentos hospitalares, mas nenhuma observação com relação ao processo de arquivamento desse material. Segundo esse documento, na admissão do enfermo, os pagantes (todos aqueles que não eram indigentes) só seriam recebidos se o “*documento fosse assinado por pessoa idônea*” (cap.11, art.38), fazendo-se, então, a “*inscrição no respectivo livro de nome do doente, idade, estado civil, naturalidade, nacionalidade, residência, filiação e mais esclarecimentos que for possível obter-se*” (art.42). Se o doente detivesse algum objeto pessoal, a Regente deveria “guardar, tomando respectivas *notas no livro* destinado para esse fim” (art.43).

O médico-cirurgião tinha amplas funções no hospital, dentre as quais, frequentar diariamente as enfermarias e “*escrever do próprio punho as visitas diárias nas papelfetas existentes na cabeceira dos leitos dos doentes, assignando os diagnosticos de moléstias, as prescrições medicamentosas, o regime dietético e mais que julgar necessário na therapia do doente*” (cap. 4, art.7, §8), bem como produzir “*relatório que especifique a constituição medica e mostre a molestia que mais predominou no quadro nosologico, determinando a sua causa, sendo possível*” (cap.4, art.7, §12).

A irmã de Sant’Anna que cuidava da Farmácia também era exigida: a ela cabia registrar “em *livro próprio* os instrumentos cirúrgicos ou qualquer outro objeto de

---

<sup>715</sup> ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. A poética do arquivo: as múltiplas camadas semiológicas e temporais implicadas na prática da pesquisa histórica. In: \_\_\_\_\_. *O tecelão dos tempos (novos ensaios de teoria da história)*. São Paulo: Intermeios, 2019. p.58.

serviço que entra no Hospital” (cap.9, art.29, §2), “*aviar* todo o receituário ordinário e extraordinário do mesmo hospital” (§3), “*registrar em livro especial* rubricado pelo Inspector Geral de Hygiene e Assistência Publicas as fórmulas que forem despachadas diariamente” (§4), “*conferir as faturas*” (§5) e, por último, “*dar conta mensalmente á* Regente do estabelecimento e esta por sua vez ao Inspetor Geral de Hygiene e Assistência Públicas do *movimento da pharmacia*” (§6).

Como se pode ver, os registros escritos se limitavam em geral ao processo de entrada do doente no hospital, seu acompanhamento pelo médico-cirurgião nas papeletas e as receitas da Farmácia.

A partir da metade da década de 1920, com a organização da Diretoria de Higiene (1921), depois renomeada para Departamento Estadual de Saúde, a produção escriturística administrativa gozou de maior estabilidade técnica, no sentido de regularidade, ao mesmo tempo que ampliou o volume de documentos em circulação. Entre 1900 e 1919, na esteira de uma política de higienização e melhoramentos urbanos típicas da *Belle Époque*, investiu-se na construção de prédios de assistência à saúde coletiva, além de reformas de espaços públicos e ocupação de novas áreas mais afastados do centro urbano. Segundo a arquiteta Ângela Ferreira Lúcia,

Verifica-se, nesse momento, uma modificação física no interior da cidade em decorrência, sobretudo, da promoção de obras de aterro e nivelamento de espaços centrais e construção de novos logradouros públicos com boas condições de salubridade. Os médicos permaneceram como os principais idealizadores dessas propostas, uma vez que o quadro de epidemias apresentava uma frequência ainda preocupante, e o estado sanitário da cidade não evoluía.<sup>716</sup>

É desse período a implementação do projeto da Cidade Nova (1901-1904), que criava o terceiro bairro de Natal e expandia os limites urbanos da municipalidade, e a inauguração de importantes equipamentos assistenciais e médico-hospitalares, como o Hospital de Caridade Juvino Barreto (1909), o Asilo de Mendicidade (1912), o Asilo São João de Deus (1912) e o Isolamento São Roque (1912) para variolosos. A partir de 26 de fevereiro de 1910, conforme o Decreto n.216 e autorizado pela Lei n.269 de 1909, os serviços de luz, água, esgotos, limpeza e viação urbana passavam para a gestão direta do Estado, que se torna o principal responsável por essa infraestrutura. Nas décadas seguintes, com efeito, as intervenções do Estado passaram a ocorrer de forma

<sup>716</sup> FERREIRA, Ângela Lúcia et al, Op Cit, 2008, p.60.

sistematizada, nos moldes de um urbanismo sanitarista, levado a cabo por engenheiros e através de planos urbanísticos. Exemplos disso foram o Plano Geral de Obras de Saneamento (1924), o Plano Geral de Sistematização (1929-1930) e o Plano Geral de Obras (1935) do Escritório Saturnino de Brito<sup>717</sup>, marcados, em geral, pela ênfase nas obras de saneamento e na construção e remodelação de edificações.

Esse crescimento da participação do Estado na construção de equipamentos urbanos e na oferta de serviços públicos - especialmente aqueles, em nosso caso, ligados à área da saúde - demandou a produção mais eficiente das informações e, portanto, a existência de um corrente sistema de registro. Os Regimentos Internos do Miguel Couto posteriores ao de 1911 dão-nos a real dimensão dessa transformação.

No RI<sup>718</sup> de 8 de fevereiro de 1943, a exigência dos registros das atividades no hospital tornou-se uma constante, o que se relacionou, por seu turno, com o aumento do número de clínicas no estabelecimento: médica, cirúrgica, otorrinolaringológica, oftalmológica, ginecológica e obstétrica, urológica e dermatológica (cap.2, art.5<sup>a</sup>). Em 1911 - só para marcar o contraste - , havia apenas três clínicas (cirúrgica geral, médica geral e obstétrica), sendo, durante longo período<sup>719</sup>, ocupadas por um mesmo médico, o Dr. Januário Cicco. No RI de 1943, cada clínica ou enfermaria tinha a obrigatoriedade de anotar os dados relativos ao movimento de seu serviço: os chefes de clínica prescreviam dietas, assinavam “guias de admissão” e seus assistentes organizavam “as estatísticas”; os radiologistas apresentavam ao diretor do hospital suas pesquisas ao longo do ano; o cirurgião-dentista anotava suas operações no livro de “entradas e saídas” (art.60); a administradora organizava a “tabela de refeições” (cap.11, letra e, p.13); o tesoureiro descrevia detalhadamente “os documentos e livros que eram produzidos pelo hospital” (cap.13); o mordomo fiscalizava gêneros alimentícios e assinava “contrato de fornecimento de pão e carne” (art.88, letra d, p.15); os consultórios do Ambulatório tinham seus “talões” para o pagamento antecipado de taxas (uma das Irmãs as recolhia diretamente na Portaria), quando não se tratava de doentes indigentes (art.137).

As transformações urbanas da capital aceleraram-se com a Segunda Guerra. A população de Natal saltou de 30.696 habitantes em 1920 para 103.215 em 1950, tendo,

<sup>717</sup>FERREIRA, Ângela Lúcia et al. *Uma cidade sã e bela: a trajetória do saneamento de Natal (1859-1969)*. Natal: IAB/RN; CREA/RN, 2008. p. 125 et seq.

<sup>718</sup>APE/RN. HMC. Caixa 830. Novo Regulamento do Hospital “Miguel Couto”. Natal, 1943.

<sup>719</sup>Cf. Cap.2, tópico “Mais uma vez re-tecendo a assistência...”, p.72

nos últimos 10 anos, alcançado um índice de crescimento médio anual de 8,8%.<sup>720</sup> O ritmo das mudanças alcançou, como não podia ser diferente, os aparelhos de saúde coletiva: o aumento populacional e o intenso processo de urbanização geraram novas demandas em saúde e requeriam adaptações na estrutura e funcionamento das instituições. O perfil das doenças que acometiam a população, por exemplo, mudara perceptivelmente: passaram a predominar, nos atendimentos hospitalares, os eventos traumáticos, mormente originados de colisões de automóveis, violências com armas de fogo ou armas brancas e acidentes de trabalho ou no ambiente doméstico.<sup>721</sup>

Desde o Aditivo de 1945, e com base no Decreto-Lei n. 363, firmava-se a criação de um Serviço de Pronto Socorro (Item II), a cargo da SAH, e que passou a funcionar no mesmo ano, em 30 de dezembro, sob a chefia do médico-cirurgião José Tavares da Silva,<sup>722</sup> dispondo naquele momento de dois leitos<sup>723</sup>. Comprou-se inclusive uma ambulância e construiu-se uma garagem para ela.<sup>724</sup> Em 1950, um novo RI saía a lume, apenas sete anos depois do anterior. Nesse novo regulamento, as clínicas oftalmológica e otorrinolaringológica se fundiram em uma única clínica, a dermatológica acrescentou o termo “luética” (para referir-se aos sífilíticos), a obstétrica retirou-se (a Maternidade de Natal fora inaugurada, depois de longo embate “epistolográfico” e jurídico), e incluiu-se um novo serviço, o da clínica cardiológica.<sup>725</sup> A novidade em termos de clínica, portanto, veio com a cardiologia, o que pareceu apontar, do ponto de vista da organização da saúde, uma atenção voltada para problemas cardiovasculares, muito característicos de uma vida urbana mais intensa.<sup>726</sup>

Contudo, é verdade também que parte significativa dessa produção não se conservou até os nossos dias. Os arquivos pesquisados guardaram um *corpus*

---

<sup>720</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 1950.

<sup>721</sup> Sobre essa mudança em particular, trabalharemos mais adiante, quando discutirmos a hospitalidade em alguns serviços de clínica.

<sup>722</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exm<sup>o</sup> Snr. Ubaldo Bezerra pelo Doutor Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. Natal, 1945. p.26-27.

<sup>723</sup> A ORDEM. Inaugurado, ontem, no Hospital “Miguel Couto” o Serviço de Pronto Socorro. Natal, ano 10, n.3019, 31 dez. 1945.

<sup>724</sup> Arquivo Geral do Estado do Rio Grande do Norte. Hospital Miguel Couto. Caixa 830. Ata da 23<sup>a</sup> Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a Prestação de Contas e leitura dos trabalhos realizados durante o exercício do ano de 1945. p.44.

<sup>725</sup> APE/RN. HMC. Sociedade de Assistência Hospitalar. Regimento Interno do Hospital Miguel Couto. Natal, Livraria Cosmopolita, 1950. Cap.2, art.6<sup>a</sup>, p.4.

<sup>726</sup> As doenças mentais e nervosas, cujo crescimento também se relacionava com esse novo ambiente, tinham, por sua vez, guarida no Hospital dos Alienados.

documental bastante reduzido a respeito do HMC, instituição hospitalar que nos interessa por aqui. Por outro lado, não estamos querendo dizer com isso – e devemos destacar bem esse ponto - que a “presença” material dos documentos *per si* nos asseguraria, ainda que tivéssemos a totalidade deles à disposição, algo como o passado “em si mesmo”. Essa ilusão “positivista” não seduz mais. Ocorre que, deter algumas informações e não outras, obviamente interfere no resultado da representação historiadora<sup>727</sup>, bem como o “poder de consignação” das instituições de salvaguarda dos documentos, aspecto que melhor abordamos no capítulo 2.

Por ora, a questão que nos demanda reflexão mais precisa no enfrentamento da temática da hospitalidade, ou mesmo de qualquer outra que venhamos a explorar, é o da “maquinaria de informação” que trabalhou o suposto “fato bruto”, legando-nos o arquivo desse evento passado. Conhecer a documentação produzida e arquivada é também investir no desmantelamento desse aparato no sentido de fazer distinções entre aquilo que aconteceu ou nos chegou e sua captura por sistemas de informação variados.

#### 4.2.2 Linguagem, realidade e acontecimento

Quando identificamos um evento, atribuindo-lhe um nome ou uma expressão, ou mesmo o localizamos em coordenadas espaciotemporais, de imediato retiramos a sua “singularidade” enquanto evento, aquilo que ocorreu “de fato”, incorporando-a na generalidade do conceito. Essa redução da “realidade” – em certo sentido, seu esquecimento - à abstração do conceito é a operação típica do logos no pensamento ocidental, que estrutura a linguagem. Esta, aqui, não deve ser entendida como um sistema de sinais com função representativa de uma dada realidade exterior (conteúdo de significação ou coisa-referente), que expressa, comunica, transmite e revela alguma verdade ou “significado transcendental”. Essa compreensão se funda na separação estrita entre a linguagem, de um lado, e a realidade, de outro, supondo-se, com isso, também a possibilidade de se afastar os conceitos de seus respectivos gestos de pensamento. Nesse esquema, a escrita seria uma representação da fala, que se remeteria, a sua vez, ao sentido “original”, ao significado.

---

<sup>727</sup> Para entender melhor a potencialidade do arquivo na construção da narrativa do historiador, ver: BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKI, Carla Bassanezi (org.). *Fontes históricas*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008. p.23-79.



À luz da Teoria dos Signos, seria assumir a hierarquia em que o significado é uma “presença” que antecede o significante, não importando qual (fônico ou escrito) como que habitando, de fora, o sistema de signos. Ocorre que isso não é possível. O significado não está fora do sistema; ele mesmo é um significante na ordem de outros significantes, que, *em determinado discurso*, ocupa o lugar de significado. Desse modo, não pode haver um significado transcendental, um significado em si mesmo sem a dependência de um sistema linguístico. Desfaz-se, assim, a ilusão de uma linguagem que traz uma “presença”, um significado autoidentificado, pré-referencial, não contaminado pela exterioridade do significante. Isso implica não haver qualquer significado/coisa “em si mesmo”, “como tal”, plenamente presente na sua singularidade. Nem mesmo um significante “como tal”, dado que ele nunca está presente nele mesmo como uma substância, numa diferença opositiva: ele se torna um “rastro diferencial”.

Sendo um sistema de diferenças, uma estrutura de “significante para significante”, a linguagem é melhor vista como um campo aberto de disseminação de rastros<sup>728</sup>, o que nos leva a marcar a heterogeneidade da ordem da linguagem em relação à ordem da “realidade”: esta sempre nos está escapando, fazendo distância, de modo que o encontro entre as duas é permanentemente adiado. Nessa abordagem, em que as “palavras” não colam nas “coisas”, a linguagem funciona como um jogo interminável de remessas, em que a repetição (iterabilidade) se torna seu principal mecanismo. O mundo ganha estabilidade e se condensa na repetição de determinadas estruturas de rastro:

Acredito sempre na necessidade de estar atento antes de mais nada para esse fenômeno de linguagem, ao nomear e datar; essa compulsão à repetição (ao mesmo tempo retórica, mágica e poética). Ao que essa compulsão significa, traduz ou trai. Não a fim de nos isolarmos na linguagem, como pessoas em meio a um excesso de agitação gostariam que acreditássemos, mas, ao contrário, para entender o que está ocorrendo precisamente além da linguagem, e o que nos está levando a repetir interminavelmente e sem saber do que estamos falando, precisamente ali onde a linguagem e o conceito esbarram nos seus limites [...]

Precisamos tentar saber mais, usar nosso tempo e nos ater à nossa liberdade para que possamos pensar nesse primeiro efeito do chamado acontecimento: de onde vem a injunção ameaçadora que chega até nós? Como nos está sendo forçada? *Quem* ou o *que* nos dá essa

---

<sup>728</sup> DERRIDA, Jacques. *Limited Inc.* Trad. Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papirus, 1991. p.203.

ordemameaçadora? (outros diriam imperativo aterrorizante, senão terrorista): nomear, repetir, renomear [...]<sup>729</sup>

É nessa repetição que as coisas aparecem, são percebidas, instituídas, lembradas, pensadas, arquivadas etc., na sua suposta realidade (verdade, ser, presença) “como tal”. Essa realidade, com efeito, não pode ser apartada da linguagem que a captura, molda ou informa no modo da iterabilidade, mas se relaciona com ela dentro da mesma estrutura de remessas de rastros. Assim, não sendo qualquer acontecimento uma presença que se dê plenamente, como experiência imediata, nossa própria sensibilidade, com suas impressões, sentimentos e sensações, deve ser examinada como sendo construída ou moldada.<sup>730</sup> A realidade só pode ser pensada em relação a determinado sistema de linguagem que a forma/informa:

A “impressão” não pode ser dissociada de todos os afetos, interpretações e retórica que imediatamente a refletiram, comunicaram e “globalizaram”, de tudo o que também e antes de mais nada a formou, produziu e tornou possível. A “impressão” assim se assemelha “à própria coisa” que a produziu. Ainda que a chamada “coisa” não possa ser reduzida a ela [à impressão]. Ainda que, portanto, o *event* em si não possa ser reduzido a ela [à impressão]. O acontecimento é feito da coisa “em si” (aquilo que aconteceu ou que chega), e da impressão (ela mesma imediatamente “espontânea” e “controlada”) que é dada, deixada ou produzida pela chamada “coisa”. Poderíamos dizer que a impressão é “informada” nos dois sentidos da palavra: um sistema predominante deu-lhe forma, e esta forma passa então por uma máquina de informação organizada (linguagem, comunicação, retórica, imagem, mídia e assim por diante). Esse aparato informacional já de saída é político, técnico e econômico. Mas nós podemos, e acredito, devemos (e esse dever é ao mesmo tempo filosófico e político), distinguir entre o fato supostamente bruto, a “impressão” e a interpretação. Naturalmente, é quase impossível – e eu me dou conta disso – distinguir o fato “bruto” do sistema que o produz a “informação” a seu respeito. Mas é necessário levar a análise o mais longe possível.<sup>731</sup>

Assim, aquilo que chamamos de acontecimento é composto tanto de uma “impressão” deixada em nosso aparelho sensível quanto pela comunicação ou

<sup>729</sup> \_\_\_\_\_. Autoimunidade: suicídios reais e simbólicos. In: BORRADORI, Giovanna. *Filosofia em tempo de terror: diálogos com Habermas e Derrida*. Tradução Roberto Muggiati. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p.97-8.

<sup>730</sup> DUQUE-ESTRADA, Paulo Cesar. Escritura e os fatos: desconstrução da linguagem e responsabilidade política. In: \_\_\_\_\_. *Estudos ético-políticos sobre Derrida*. Rio de Janeiro: Mauad X: Puc-Rio, 2020. p.34.

<sup>731</sup> DERRIDA, Jacques. Autoimunidade: suicídios reais e simbólicos. In: BORRADORI, Giovanna. *Filosofia em tempo de Terror: diálogos com Habermas e Derrida*. Tradução Roberto Muggiati. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p.98-9.

transmissão de tal “impressão” por um sistema determinado. Formação e comunicação não se comportam como se fossem instâncias isoladas, facilmente separáveis, mas se ligam no modo de articulação, cada qual se remetendo ou se reenviando a outra dentro de uma rede de rastros em particular. Daí se deduz que toda as vezes que a linguagem afirma algo, transformando o rastro em alguma coisa “como tal”, fixando ou congelando uma “imagem”, temos um gesto de violência, uma imposição de determinada universalidade a uma singularidade. Embora não possamos jamais nos libertar desse jogo, a tarefa sempre consistirá em fazer justiça ao evento, apontando para seu caráter de construção e institucionalização.

Essas breves considerações teóricas a respeito da relação entre linguagem e realidade servem como modelo de compreensão de como os acontecimentos relativos ao hospital se produziram, ganharam institucionalidade e foram transmitidos. Sendo o acontecimento fruto de um trabalho de repetição, que o torna visível e enunciável, moldável, portanto, por e para determinado sistema informacional, temos de estar atentos para a articulação entre fato “bruto”, impressão e interpretação nas fontes. Em cada uma delas, em cada conjunto mesmo de materiais, um determinado evento passado tomou “forma”, apareceu “como tal”, capturado, nomeado e datado, a partir de um dado sistema de registro. Sua repetição como “impressão” garantiu-lhe duração no tempo, assim como sua transmissibilidade. Apropriado o fato “bruto” por algum sistema, passou a fazer parte de uma interpretação corrente, seguiu a circular, foi lida, pensada, debatida, impondo aceitação. Dito de outro modo, os documentos não devem ser enquadrados como depósitos de informações, prontas para disponibilizar ou comprovar determinados conteúdos informativos. No dizer do historiador José D’Assunção Barros<sup>732</sup>, elas não seriam

[...]meros registros repletos de informações a serem capturadas pelos historiadores, mas também diversificados discursos a serem *decifrados, compreendidos, interpretados*. Não mais seriam apenas uma solução para o problema, mas *parte do próprio problema*. Nas fontes, espelhos de dupla face, poderíamos ver o passado, mas também a nós mesmos. Não mais um solene ponto de partida ou de chegada – o *big-bang* místico a partir do qual é gerada a operação historiográfica, ou o Santo Graal finalmente encontrado depois de obstinadas aventuras. As fontes seriam, sim, um *lugar movente no qual o historiador interage com as ressonâncias deixadas pelas sociedades e processos que decidiu examinar*. Nesse sentido, as fontes são como que pontos de encontro,

---

<sup>732</sup> BARROS, José D’Assunção. *Fontes históricas: introdução aos seus usos historiográficos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2019.

portais através dos quais se tocam duas épocas. Elas são o “passado-presente”, para aqui empregar uma feliz expressão cunhada pelo historiador alemão Reinhart Koselleck (1923-2006).

Assim, o corpo que adentrava ao hospital (o fato “bruto”) era capturado (“impressão”) pelos diversos sistemas de informação da instituição: o registro de entrada, os talões das taxas, o movimento do ambulatório, das enfermarias, enfim, dos serviços clínicos em geral. Ali, no hospital, o corpo era “interpretado” como corpo doente, pobre ou indigente, pensionista ou dos apartamentos de luxo. Novas identificações lhe eram impostas, comportamentos regrados consoante regimento interno, orientados pela política de saúde, pelo discurso médico, administrativo etc. Na maior parte dos documentos, as potências de vida ou de morte se transformavam em números para estatísticas, que serviriam, por seu turno, de controle para as intervenções em saúde coletiva a cargo do Estado. Podemos, agora, formular as perguntas para “entender o que está ocorrendo precisamente além da linguagem”, como disse Derrida: “o que nos está levando a repetir interminavelmente e sem saber do que estamos falando”? “de onde vem a injunção ameaçadora que chega até nós?”; “Como nos está sendo forçada?”; “*Quem* ou o *que* nos dá essa ordem ameaçadora?”.

Com efeito, o que estamos repetindo/imprimindo quando escrevemos aqui sobre o hospital? Por que o fazemos ainda? Que sistemas de interpretação nos chegam e que outro aplicamos a eles? De fato, “informamos” (no duplo sentido) os documentos para a construção de uma Tese, um conhecimento histórico-acadêmico realizado num departamento de Medicina, visando obter uma titulação. As regras e procedimentos do História-disciplina funcionando dentro da especificidade do campo da Saúde Coletiva. Repetimos/imprimimos os eventos passados do hospital porque estamos imersos numa política que fez dos corpos (ou melhor, das carnes) o terreno ou o alvo de suas práticas de governo, na qual os saberes das ciências naturais e os das humanas e o conceito de normalidade passam a organizar a ação política e seus objetivos<sup>733</sup>. Constitui, segundo Michel Foucault<sup>734</sup>, uma transformação fundamental na política operada na Modernidade, ao que ele resolveu chamar de biopolítica:

---

<sup>733</sup> LEMKE, Thomas. *Biopolítica: críticas, debates, perspectivas*. São Paulo: Editora filosófica politeia, 2018. p. 54-5.

<sup>734</sup> FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 155-6.

Pela primeira vez na história [...] o biológico reflete-se no biopolítico; [...] Mas o que se poderia chamar de “limiar de modernidade biológica” de uma sociedade se situa no momento em que a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas. O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz da existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão.

O conceito foucaultiano<sup>735</sup> é bastante complexo e alvo de inúmeras releituras. Ele aparece pela primeira vez em 1974, na conferência intitulada “O nascimento da medicina social”, uma das seis pronunciadas no Instituto de Medicina Social da UERJ, em 1974 e que depois foram publicadas por Roberto Machado no livro *Microfísica do poder* (1979). Porém, somente se teve um uso mais sistemático em suas abordagens a partir de 1976 nas aulas do Collège de France e no livro *História da sexualidade: a vontade e saber*. Trata-se de um conceito cambiante, com variados empregos: num primeiro momento, voltado para uma mudança no pensamento político, com a reformulação do poder soberano; posteriormente, serviu para refletir sobre o conjunto de mecanismos políticos que se ligaram à construção do racismo moderno; e, por fim, como a arte particular de governar, impulsionada pelas técnicas liberais de condução (LEMKE, 2018, p.54-5). É dessa última caracterização que estamos falando quando tentamos tornar aparente a visada a partir da qual olhamos o passado hospitalar do HMC, ou seja, o entendimento da biopolítica como

O desenvolvimento de um saber político específico e de novas disciplinas, como a estatística, a demografia, a epidemiologia e a biologia, que analisam os processos da vida no nível das populações para “governar” indivíduos e coletivos por meio de medidas corretivas, excludentes, normalizadoras, disciplinadoras, terapêuticas ou otimizadoras<sup>736</sup>.

E Foucault o fazia, como parte de sua empresa intelectual, não apenas como algo interno a uma trajetória de pesquisa (embora também o fosse), mas essencialmente para compreender o presente em que vivia, para encontrar alternativas às formas culturais estabelecidas, abrindo novas “práticas de liberdade”. E isso explica melhor o desvio que praticamos aqui no sentido de nos situarmos na lógica de certo “sistema interpretativo”

<sup>735</sup> Para uma visão mais abrangente do conceito e suas apropriações, indicamos: BAZZICALUPO, Laura. Biopolítica: um mapa conceitual. São Leopoldo: Unisinos, 2017; LEMKE, Thomas. Foucault, governamentalidade e crítica. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2017; \_\_\_\_\_. Biopolítica: críticas, debates, perspectivas. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2008.

<sup>736</sup> LEMKE, Thomas. *Biopolítica: críticas, debates, perspectivas*. São Paulo: Editora filosófica politeia, 2018. p. 56.

do qual fazemos ainda hoje e que, em nossa análise, nos leva a “repetir”, “informar”, reproduzir “a ordem ameaçadora”. A pesquisa histórico-filosófica de Foucault sobre o “governo dos outros”, na década de 1970, foi, ao mesmo tempo, uma expansão da temática anterior do biopoder<sup>737</sup> (anatomopolítica ou poder disciplinar: exercício sobre os corpos individualmente considerados) e uma abertura para articulações com instâncias políticas e econômicas de maior amplitude, que tocavam o presente do próprio Foucault:

[...] tais livros [*Vigiar e punir* e *História da sexualidade*] indicam um campo fertilíssimo que Foucault irá lavrar a partir de 1976: o biopoder, o momento a partir do qual o ser humano, como ser vivente, adquire uma existência política, quando a vida biológica da espécie humana se converte em objetos de teoria e prática de governo. A análise de Foucault acerca dos corpos disciplinados, dóceis e sexualizados carecia de uma dimensão aberta para processos macropolíticos ligados à regulação das populações. Temas como fertilidade, saúde, longevidade e vida produtiva tornam-se a partir do séc. XIX, objetos de estudos das ciências humanas nascentes e campo de ação das políticas governamentais, sobretudo nas sociedades liberais e capitalistas em consolidação. Para o poder político capitalista, surge o duplo desafio de governar os indivíduos que não são apenas sujeitos de direitos, mas indivíduos biológicos. Trata-se de governar a massa de operários e pobres sob a ótica da *população*. Para Foucault, a explicitação do exercício de poder biológico-político requer uma análise do liberalismo – e sua expressão e mutação contemporânea, o neoliberalismo –, pois foi nesse momento que os problemas biológicos ganharam toda a sua acuidade. É em torno dessa problemática, que se estende até hoje e se torna mundializada, que giram os estudos de governamentalidade.<sup>738</sup>

É, portanto, esse paradigma biopolítico do atual momento neoliberal que ainda forma nosso campo de forças e orienta nossas práticas institucionais de pesquisa. É essa a “ordem ameaçadora” que nos leva a repetir os fatos “brutos” relativos ao Hospital Miguel Couto, continuar a escrever sobre ele, reproduzir seus esquemas cognitivos de apreensão do corpo doente, suas classificações nosológicas, hierarquizações do espaço, divisão do trabalho médico, enfim, toda uma maquinaria interpretativa que tende a se sobrepor ao evento singular na sua “realidade”.

Injunção acadêmica e contemporânea: é a nossa “ontologia do presente” com suas práticas coercitivas. Partindo da explicitação dessa “injunção” do presente, temos de descortinar outro trabalho de repetição que informou a produção escriturística

<sup>737</sup> TAYLOR, Chloë. Biopoder. In: TAYLOR, Dianna (dir.). *Michel Foucault: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2018. p. 61-3.

<sup>738</sup> MARINO, Mario Antunes; SANTOS, Eduardo Altherman Camargo. Apresentação. In: LEMKE, Thomas. *Foucault, governamentalidade e crítica*. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2017. p.IX.

médico-hospitalar do HMC e orientou suas possibilidades interpretativas. A tarefa consiste, basicamente, em pôr uma cunha entre o “fato” e a “impressão”, manter afastados, tanto quanto possível, o evento do sistema informacional que o capturou. Para compreender melhor esse movimento, necessitamos pensar o hospital como uma forma de associação moderna: como organização, instituição e unidade econômica.

### 4.3 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR MODERNA

O hospital moderno, isto é, o hospital entendido como instrumento terapêutico capaz de produzir cura, é uma invenção moderna, que não se deu antes do século XVIII na Europa. É em torno de 1780, com as viagens e observações comparadas de Howard (1775-1780) e Tenon, que se desenvolveram projetos de reforma e reconstrução dos hospitais, com o objetivo de corrigir os efeitos patológicos provocados pela organização espacial dos nosocômios. A conclusão dos inquéritos médico-sociais era a de que os hospitais, até então, não curavam tanto quanto se esperava deles. E isso se devia ao fato de que tais espaços estavam historicamente muito mais ligados à função asilar de recolhimento dos pobres e indesejáveis. Some-se a isto o predomínio de uma medicina individualista organizada em corporações médicas e cujo ensino e aprendizagem estavam baseados na transmissão dos conhecimentos da tradição via textos canônicos.<sup>739</sup> Não havia ainda as condições para a existência de um saber hospitalar fundado na intervenção médica.

As primeiras intervenções, nesse sentido, foram as de minimizar os efeitos negativos ou as desordens do hospital, como se fizeram no caso dos hospitais marítimos e militares, regulamentando-os em seu funcionamento e instituindo práticas de quarentena para isolar os doentes atendidos. O aprimoramento das técnicas de disciplina do espaço (expedientes de controle e vigilância, como distribuição e registro permanente) e as mudanças do saber e da prática médicas (mais preocupada, então, com a ação do meio sobre o indivíduo) possibilitaram a formação de uma medicina hospitalar, que tornou o hospital um espaço de ensino e transmissão do saber, ao mesmo

---

<sup>739</sup> FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.p.91-3.

tempo que uma tecnologia de controle do Estado sobre a população, vista enquanto espécie biológica.<sup>740</sup>

Esse breve resumo da ópera nos é bem conhecido: trata-se da hipótese de Foucault em uma famosa conferência pronunciada em 1974 na UERJ, que enfocava o espaço hospitalar como uma tecnologia de poder disciplinar que tinha como alvo o corpo e os indivíduos, objetivando produzir saber-poder e “corpos úteis e dóceis”.<sup>741</sup> Interessa-nos reter de tudo isso que a passagem de uma medicina individualista para uma coletiva, voltada para a população, marcou também a emergência de um saber hospitalar, que tomou o hospital como um espaço terapêutico ou de cura. Isso não significou, é claro, que tal processo se deu do mesmo modo e em todos os lugares, mas, certamente, inaugurou aquilo que chamamos de hospital moderno e todas as suas implicações.

Entre essas mudanças, destacamos a de que a entrada na modernidade levou o hospital a um crescente grau de complexificação na sua estrutura. Diferente da prática privada de consultório, o hospital constituía uma organização policlínica, contando com uma divisão social do trabalho (corpo administrativo, corpo médico e de enfermagem e pessoal auxiliar), um sistema próprio de normas e valores e orientado por uma racionalidade burocrática.<sup>742</sup> Assim, a clínica médica teve seu exercício ampliado para um espaço coletivo de trabalho, seja ele uma atividade hospitalar de instituição filantrópica ou mesmo uma empresa hospitalar de produção de serviços. De qualquer modo, estamos falando da passagem de um modo de prestação de serviço que podia ser feito individualmente para uma associação humana formal que tem uma tarefa em comum, formando, assim, uma “organização”, isto é, “[...] um grande agrupamento de pessoas, estruturadas em linhas impessoais e estabelecida a fim de atingir objetivos específicos”.<sup>743</sup>

Trata-se de uma organização da esfera do trabalho, marcada, em traços gerais, pela hierarquia de autoridade, a existência de um regulamento escrito, a presença de profissionais, rotinas padronizadas, espaço físico, vigilância/disciplina e crescente

---

<sup>740</sup> Ibidem, p.103 *et seq.*

<sup>741</sup> TAYLOR, *Op. Cit.*, p.64.

<sup>742</sup> Não no sentido pejorativo, mas no sentido técnico de um “poder de funcionários” (*bureau + cracia*) marcado pela organização e eficiência, um tipo-ideal na linguagem weberiana. Na prática, os objetivos iniciais poderiam ser deformados, engendrando estruturas disfuncionais.

<sup>743</sup> GIDDENS, Anthony. *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 283. Para conhecer outros conceitos de organização, características e modelos de estrutura e funcionamento, sugerimos: DIAS, Reinaldo. *Sociologia das organizações*. São Paulo: Atlas, 2008.



especialização funcional.<sup>744</sup> Como organização de saúde, contudo, o hospital surgido na modernidade guarda certa especificidade em relação às demais formas de organização do trabalho humano. Segundo o sociólogo David Tavares<sup>745</sup>,

A principal diferença que se verifica entre a grande maioria das **organizações** da esfera do trabalho e as organizações da saúde, em particular os hospitais, prende-se com o sistema de autoridade. Nas organizações burocráticas, este sistema é sustentado por uma estrutura hierárquica geralmente definida de forma vertical, enquanto nas organizações hospitalares [...] continua a predominar um sistema dual de autoridade, distribuído entre a estrutura administrativa formal composta pela Diretoria que (teoricamente) define as regras da organização e a autoridade profissional exercida pelos médicos.

E, em seguida, ele explicou melhor o “sistema dual” que distinguiria o funcionamento do hospital:

Ao invés do que sucede em geral nas organizações da esfera do trabalho, nas organizações hospitalares existem diferentes tipos de autoridade, emanados de diferentes poderes e competências: por um lado, a autoridade racional-legal baseada em princípios administrativos, resultante da posição formal dos detentores do poder burocrático, e, por outro, a autoridade profissional da medicina, proveniente da posse do saber necessário para curar doenças e salvar vidas, bem como da competência técnica que lhe permite opor e sobrepor-se às exigências da administração. (Ibidem.)

Diferentemente de uma empresa, em que a autoridade tende a submeter-se ao sistema técnico-organizacional do trabalho, a autoridade dos especialistas, isto é, dos médicos, no espaço hospitalar prepondera sobre a autoridade administrativa, pois eles têm o controle das atividades fins da organização: os objetivos operatórios de poder acabam por guiar os objetivos oficiais através do poder formal; a racionalidade médica sobrepõe-se à racionalidade organizativa.<sup>746</sup> O modelo da burocracia racional de Weber, portanto, não se aplica irrestritamente ao hospital, tendo de ser readequada para pensar uma estrutura dual de autoridade em que os médicos têm um poder e uma autonomia profissional determinantes na organização.<sup>747</sup> Além disso, o modelo da burocracia dá pouca atenção à dimensão da cultura informal ligada à vida dos doentes no espaço

---

<sup>744</sup> Combinamos, aqui, nessa caracterização, traços das descrições de Max Weber, Idalberto Chiavenato e Anthony Ghidens apud TAVARES, David. *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina, 2019. p.123-4.

<sup>745</sup> TAVARES, David. *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina, 2019.

<sup>746</sup> TAVARES, *Op. Cit.*, p.125-6.

<sup>747</sup> CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4.ed. Porto: Afrontamento, 2005. p. 46-7.

hospitalar, ou seja, aos comportamentos e valores relativos às relações interpessoais e que independem das regras formais.<sup>748</sup>

Acrescentemos a essa descrição do hospital na sua dimensão de organização, ou seja, em seu funcionamento e relações internas, outras duas perspectivas importantes, mais ligadas, por sua vez, a certa exterioridade da existência hospitalar: sua consideração como unidade econômica, pensada na dimensão da “maximização da eficiência das suas atividades produtivas”; e sua face institucional, voltada para realidade social que demanda seus serviços.<sup>749</sup> Sua complexidade na modernidade, com efeito, deriva dessa tripla abordagem, fornecendo historicamente o quadro explicativo para o hospitalocentrismo do sistema de saúde.

Dito tudo isso, podemos ampliar nossa compreensão do “regime escriturístico” que produziu a documentação que encontramos nos arquivos. Os materiais gerados por esses sistemas de informação seguiram, assim, a lógica médico-hospitalar de registrar os eventos segundo distintos interesses: anotações médicas referentes aos pacientes, para uso e circulação internos, restritas aos profissionais; cômputo administrativo para controle das atividades e funcionamento da organização beneficente; registro econômico dos recursos e insumos, incluso das transações com comerciantes e empresas fornecedoras; cartas, memorandos e demais correspondências, que registram as conversas com outras instituições (casa de saúde, governos, Santas Casas, prefeituras, Ministério da Educação e Saúde etc.) e até figuras políticas e culturais do Estado.

Mesmo que heterogênea entre si, “imprimindo” e “informando” cada qual consoante seu sistema, toda essa “papitada” guardou em comum o processamento feito por uma “maquinaria de informação” ligada aos interesses do Estado através de um saber demográfico e estatístico que instrumentaliza os dados a serviço do controle e da vigilância da população. É assim que a disposição da organização social do trabalho médico no hospital, com sua medicina especializada e tecnicizada, cumpriu uma tripla função histórica: a de asilo, no sentido de acolhimento e guarda dos doentes, exercendo certo controle social, portanto; a de produção do saber médico, que teve no hospital o *locus* privilegiado da moderna prática da medicina; e a de reprodução da força de

---

<sup>748</sup> Ibidem, p.55-57.

<sup>749</sup> Ibidem, p.23.

trabalho, restaurando e mantendo as forças físicas da saúde e reenviando o corpo outrora doente, e agora são, ao mundo do trabalho<sup>750</sup>

As práticas coercivas de “controle social” aparecem bem nos regimentos internos, nas seções relativas aos direitos e deveres dos doentes no hospital. É importante lembrar que a instituição era, desde seu contrato em 1927, um hospital beneficente, semioficial, voltado para os mais pobres, ainda que acolhendo, minoritariamente, outras categorias. Não estando atrelado a qualquer instituto superior (faculdade ou universidade) na forma do hospital-escola – o que só viria a ocorrer a partir de 1955 -, o Miguel Couto tinha lá seu gérmen de espaço de saber: o Grêmio dos Médicos, criado em 1945, que reunia os médicos do hospital e, posteriormente, da Maternidade (1950), para discutir temas de relevância científica, mormente os casos clínicos acompanhados no próprio estabelecimento de trabalho, sendo publicados em revista da agremiação.

O foco, contudo, era a recuperação do corpo-máquina do trabalhador, mão de obra essencial ao funcionamento do capitalismo, preocupação que se devia ao crescimento rápido e à expansão da produção industrial e do setor de serviços, particularmente nos grandes centros urbanos. O hospital era, pelo menos entre 1890 e 1945, parte daquilo que Lilia Blima chamou de “medicina para os pobres”, que abrigava os excluídos do mercado e impossibilitados de acesso ao serviço privado, que ela, por sua vez, nomeou de “medicina privada e liberal para os ricos”.<sup>751</sup>

Nessa transição da medicina liberal de tipo artesanal para a medicina tecnológica<sup>752</sup>, produziu-se uma nova articulação entre o Estado, a sociedade civil e o sistema político na direção de um maior controle dos serviços de assistência à saúde, criando-se, para isso, o Ministério de Educação e Saúde Pública, que atuaria em todo o território nacional. As faculdades de medicina passaram a investir em políticas de

---

<sup>750</sup> Ibidem, p.134.

<sup>751</sup> SCHRAIBER, Lilia Blima. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Buenos Aires: EDUNLA Cooperativa, 2019. p.28.

<sup>752</sup> A medicina liberal era aquela exercida eminentemente no consultório, na clínica particular. Era marcada pelo caráter pessoal da relação com o cliente, tendo, no modo de reprodução de suas práticas e saberes, a expertise transmitida de pai para filho. Pouco a pouco, esse modelo liberal sofreu transformações à medida que o estado, a partir dos anos 1930, passou a organizar a produção de serviços em saúde como uma modalidade mais coletiva, centrada no hospital em sua tripla dimensão: organização, instituição e unidade econômica. Daí em diante, predominou a especialização médica e o trabalho em equipe calcado na incorporação tecnológica e na administração empresarial. Cf. SCHRAIBER, Lilian. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios*. Tese de Livre-Docência. São Paulo, USP, 1997; \_\_\_\_\_. *O médico e seu trabalho: limites de liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

valorização e reconhecimento das especialidades médicas, o que ecoava no campo da pesquisa, da clínica e das organizações profiláticas. Essa nova divisão do trabalho em saúde, entre, de um lado, o polo mais individual, ligado à tradição do consultório, e o polo mais coletivo, das organizações policlínicas, alçou o hospital ao posto de modelo da assistência médica na gestão ministerial varguista, marcada pela expansão da rede de serviços em saúde, pelo predomínio das especialidades médicas e pela incorporação de tecnologias.<sup>753</sup> Desse modo, entre 1920 e 1950, houve uma convivência dos modelos liberal e estatal de assistência à saúde, com extensão crescente dos serviços públicos de atenção médica, muitos dos quais obtidos na própria rede privada. É assim que Bulcão, El-Kareh e Sayd descreveram as transformações:

A assistência médica, até 1920, baseava-se principalmente na medicina liberal, que coexistia com a medicina filantrópica e com formas de sociedade de auxílio mútuo entre os trabalhadores. O Estado promovia assistência somente aos militares e servidores públicos. Em 1923, implementaram-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões visando proporcionar serviços de assistência aos trabalhadores urbanos, inclusive assistência médica. Nessas Caixas o Estado participava apenas como regulador. Vale ressaltar que não houve, com esse tipo de organização, contraposição à medicina liberal, ocorrendo até mesmo seu fortalecimento através da compra de seus serviços. Esse fato constituía-se, assim, em ‘formas precursoras’ de mercado de trabalho assalariado para os médicos. [...]. Na década de 1930, período de industrialização e urbanização (principalmente na região Sudeste), além de se assistir à intensificação do populismo, o Estado respondeu à questão social da assistência médica aos trabalhadores através do seguro social. Foram criados, assim, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), preconizando-se maior cobertura à população urbana. Incrementou-se a compra de serviços de terceiros, ampliou-se a rede de serviços e desenvolveu-se uma progressiva extensão da assistência por meio do sistema previdenciário. Por intermédio da Previdência Social, promoveu-se uma reestruturação global da organização da assistência médica, justificada pela necessidade de diminuição de custos relativos ao consumo tecnológico. A partir de 1945, houve um incremento da prestação de serviços próprios de assistência médica e de compra de serviços privados pelo Estado. [...] após os anos 30 a medicina de Estado dicotomizou-se em saúde pública e assistência médica. Esta última se subdividiria na seguridade social e na medicina privada: “A seguridade social, entretanto, bastante incipiente até os anos 30, cresce de fato durante e após a ‘Era Vargas’. Os serviços de saúde de então

---

<sup>753</sup> MOTA, André. Quem tem medo da Eugenia? Permanências discursivas de uma prática inacabada. In: MONTEIRO, Yara Nogueira; CARNEIRO, Maria Luiza Tucci (org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012. p.220-221.

são poucos, o número de médicos é pequeno e grande parte da população não consegue qualquer assistência médica”<sup>754</sup>

Essa reorganização da assistência à saúde, centralizada pelo estado na organização hospitalar policlínica, não produziu apenas mudanças na extensão da cobertura médica aos doentes, ampliada, então, na forma de uma rede hospitalar; dessa reestruturação hospitalocêntrica, seguiu-se também a emergência de práticas de acolhimento do doente que expressavam, de algum modo, e não sem conflitos, formas distintas de hospitalidade oferecidas aos doentes, variações de acolhimento que acompanhavam, segundo ritmos distintos, o enfoque mais coletivo e especializado dos cuidados. É possível desenredar e apanhar, mesmo à revelia da documentação, certos fios de acolhimento que circulavam nas dependências do hospital, “familiaridades empáticas”, práticas de receber que negociavam, sob tensão constante, a proximidade e o interconhecimento, “em que a familiaridade é capaz de gerar simpatias”<sup>755</sup>, e as modalidades mais anônimas, “em que o compromisso terapêutico com certeza pende de forma mais clara para a pesquisa da eficácia do que da convivência”<sup>756</sup>.

Das patologias e dos corpos estiolados ou degradados, por um lado, podiam surgir leituras empáticas, que pendulavam entre o cuidado e a compaixão; expressava-se, por outro lado, uma antropologia do corpo moderno, marcada pelo “isolamento do sujeito em relação aos outros (uma estrutura social de tipo individualista), em relação ao cosmo (as matérias-primas que compõe o corpo não têm correspondência em qualquer outra parte) e em relação a ele mesmo (ter um corpo mais do que ser um corpo)”<sup>757</sup>, redundando na frialdade mecânica do corpo anatomofisiológico, dos exames pedagógicos de dissecação acadêmica. As práticas de hospitalidade no Miguel Couto nesse recorte histórico vão refletir as complexidades da atenção aos sofrimentos do doente, um regime de sensibilidade que buscou distribuir cuidados e preocupações que atingissem os corpos e as almas, um tanto desigual e irregularmente, bem sabemos, mas que já formavam as figuras tênues de uma hospitalidade multifacetada.

---

<sup>754</sup> BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. Science and medical education in Brazil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, Apr.-June 2007. p.3-4.

<sup>755</sup> CAROL, Anne. Decadências corporais: diante da doença e da morte. In: VIGARELLO, Georges; COURTINE, Jean Jacques; CORBIN, Alain (dir.). *História das emoções*: 3. Do final do século XIX até hoje. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis (RJ): Vozes, 2020. p.407.

<sup>756</sup> Ibidem.

<sup>757</sup> LE BRETON, David. *Antropologia do corpo*. Tradução de Fábio dos Santos Creder Lopes. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016. p.8-9.

#### 4.4 DIANTE DA PORTA: QUEM ENTRA? (OU MELHOR: ENTRA-SE?)

O ingresso dos doentes no hospital se dava pela entrada logo à direita da fachada do prédio, na parte original mesmo da construção, onde ficava a antiga casa de veraneio do governador. Entre as décadas de 1920 e 30, ainda na fase de orientação pavilhonar do hospital, as fotografias mostram uma portada encimada por uma verga na forma de um arco de 180 graus (“arco pleno”, seguindo a simetria dos frontões em arco), de inspiração neocolonial, que acompanhava, de resto, a estética da fachada do edifício, nas suas platibandas com adornos que faziam sumir os beirais e ocultavam o telhado com mureta de alvenaria. Marcando a passagem, um portão de ferro repetindo a silhueta da abertura.

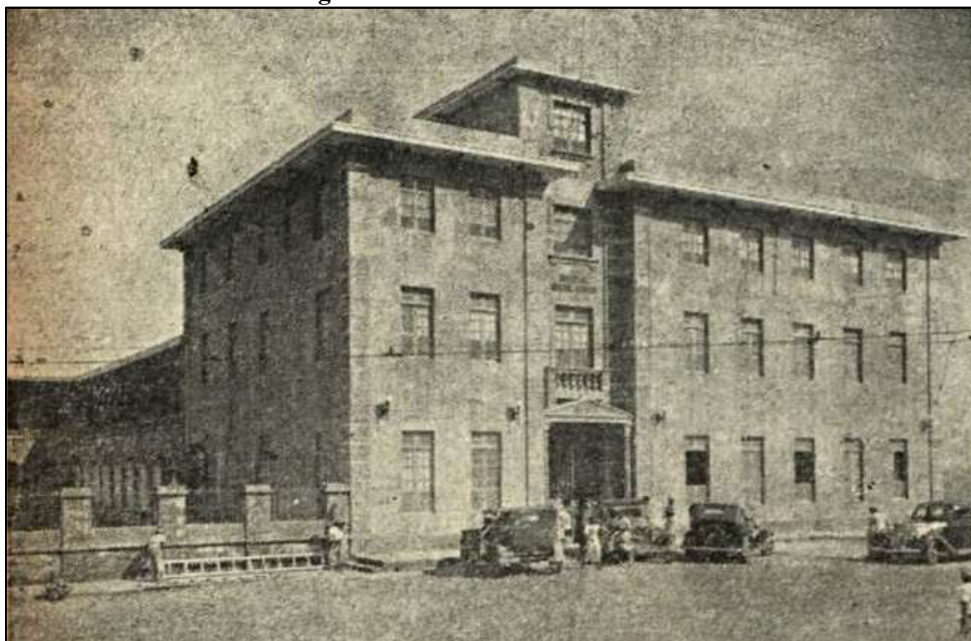
**Figura 78** - Fachada do HMC em Natal, década de 1920



Fonte: CICCO, 1920

Nas décadas seguintes, especialmente no pós-guerra, as reformas e ampliações do hospital vão dotar a fachada de um tom mais imponente, verticalizando sua estrutura já nos moldes do monobloco norte-americano. O espaço ganha a sobriedade e a impessoalidade administrativa próprias de uma arquitetura estatal moderna, sem falar de uma certa imponência institucional. A portada, por seu turno, recebeu um frontão triangular ladeado por colunatas aparentes, imitando um templo greco-romano, no estilo neoclássico, enquanto o mais da fachada expressava, na sua lisura e simplicidade, uma face republicana dos serviços públicos. Algumas formas de expressão de movimento ficaram para trás, dando lugar às linhas retas impassíveis.

**Figura 79** - HMC na década de 1940



Fonte: <https://cronicastaipuenses.blogspot.com/2019/05/>.

A parte frontal de um hospital – toda a fachada mesma – é como o rosto de quem recebe, a marca fisionômica da afetividade (no sentido geral de produzir afetos) que a instituição dirige ao doente que vislumbra cuidados médicos. Ela pode ser convidativa, repulsiva, causar confiança, medo ou serenidade, mas é inelutavelmente sempre “possibilidade”:

A abertura é condição da hospitalidade [...]. Abertura é abertura para a possibilidade. Abertura não significa separação. Ao abrir não necessariamente separo, apenas faço a abertura, deixo passar, um *laissez-passer*. Um passe livre para a vinda do outro, para minha saída. Essa abertura é que dá passagem à vida. [...] Não existe casa ou acolhimento sem porta, sem abertura.<sup>758</sup>

Nesse sentido,

[...]a porta é o elemento de comunicação, participação direta entre o público e o privado, enquanto pela janela observamos a vida pública sem sofrer as intempéries. A janela torna-nos observadores, mas não atores. Talvez seja por isso que os revolucionários e as crianças adorem atirar pedras nas vidraças.<sup>759</sup>

<sup>758</sup> FUÃO, Fernando Freitas. As formas do acolhimento na arquitetura. In: SOLIS, Dirce Eleonora; FUÃO, Fernando Freitas (org.). *Derrida e arquitetura*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014. p. 56 e 57.

<sup>759</sup> Ibidem, p.57.

Tudo isso consubstancia um código de signos, uma linguagem específica, um modo de comunicação: uma semiologia arquitetônica<sup>760</sup>, portanto. Combinados, seus elementos pretendem dizer algo aos usuários, transmitindo a eles uma mensagem organizada, com uma dimensão retórica das linhas, traços e curvas, que afetam os corpos no sentido de convencer os homens ao abrigo de sua hospitalidade. As formas do espaço ou a visualização espacial produzem sentidos, estimulam imaginações, dizem daquilo que aguarda o outro na interioridade do edifício. Na abertura-convite do HMC, investiu-se na geometrização como símbolo da impessoalidade, que anunciava os novos valores republicanos da saúde, e que devia expressar, com efeito, um sentimento de comunidade dos corpos, mesmo que, para isso, sacrificando uma dimensão mais “calorosa” do acolhimento. É o que esclarece a arquiteta Beatriz Dorfman, comentando os laços históricos entre geometria e arquitetura:

A arquitetura tem uma vocação especial para o uso da linha reta, do plano e do volume idealizado dos assim chamados sólidos platônicos, ou seja, para a idealização geométrica. A estratégia platônica, adotada pela geometria euclidiana da desmaterialização das formas dos objetos, e sua abstração levada a cabo pela geometria eliminaram as características físicas da matéria, como peso, cor, textura e cheiro, com a intenção de simplificar o pensamento espacial.

As origens da geometria e da arquitetura misturam-se e confundem-se, na história do pensamento ocidental. Os elementos da geometria esquematizam, simplificam, facilitam o pensamento espacial. Mas, paradoxalmente, essa simplificação, essa retificação, o emprego generalizado da linha reta, do ângulo reto e dos planos perfeitos muitas vezes é responsável pela criação de espaços frios e impróprios para a vida.<sup>761</sup>

Abertura como “possibilidade”, dissemos. Se, como pensamos, toda estética é também uma ética, devemos perguntar: Quem entra no hospital? Ou melhor: quem é convidado a entrar? Quem permite? Sob que condições? As perguntas não são retóricas; elas apontam, no essencial, para a dissimetria histórico-concreta da hospitalidade: nem

---

<sup>760</sup> Essa mirada é autorizada por uma larga tradição semiótica que estuda a cidade como um “texto” que é lido tanto por seus habitantes quanto por passantes estrangeiros. O mesmo se dá com a metáfora da “escrita” aplicada à cidade, mais propriamente encarada em trabalhos acadêmicos como uma “escrita arquitetônica”. Nesse campo de estudos semiológico-urbanísticos, ainda emergiu a especificidade de uma “semiótica dos edifícios”, preocupada com a leitura dos prédios enquanto um sistema de signos. Para uma compreensão mais detalhada, remetemos às obras: BARTHES, R. *Semiologia e urbanismo*. In: *A aventura semiológica*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.219-231; CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano – 1: A arte de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2002; MOUSSAVI Y KUBO. *La Función del Ornamento*. Barcelona: Actar, 2008.

<sup>761</sup> DORFMAN, R. B. *A arquitetura e a diferença: uma leitura da desconstrução*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. p.23.



todos entram, nem todos saem, ao menos sem observar alguma regra ou determinada lei. A hospitalidade, e é isso que queremos ressaltar aqui, caminha lado a lado com a “hostilidade”, pois o outro que se recebe tanto pode ser o hóspede (*hôte*) aguardado quanto o inimigo (*hostis*) inesperado. Como explicou Dirce Eleonora,

A hospitalidade combina, então, *hostis* + *pets* (*potis*, *potes*, *potência*). Configura-se, então, uma questão de poder. Assim, há o hospedeiro, aquele que exerce o poder e recebe o estranho, o dono da casa, digamos. E há o hóspede, aquele que é recebido. Mas ao mesmo tempo, há uma disposição originária, há uma quebra de simetria, essa expropriação originária acaba por fazer do sujeito um anfitrião, mas também o hóspede se converte em refém.<sup>762</sup>

Essa ambivalência estrutural que marca a hospitalidade pode ser notada já no momento da admissão dos doentes. Em 15 de dezembro de 1910, o Inspetor de Higiene e Assistência Públicas baixou o Decreto n.238, que recomendava a observância do Regimento Interno do Hospital de Caridade “Juvino Barreto”. Publicado em 26 de setembro de 1911, na administração do governador Alberto Maranhão, o regimento determinava, logo em seu primeiro capítulo, os serviços gerais que seriam oferecidos pelo hospital e o público a que se destinava:

#### CAPÍTULO I

##### Do serviço médico no hospital

Art.1<sup>a</sup>. O serviço medico do Hospital de Caridade “Juvino Barreto” tem por fim prestar soccoros da sciencia medica e cirúrgica dos doentes que delles precisarem para o tratamento de sua saúde.

Art.2<sup>a</sup>. Haverá no hospital quatro classes de enfermos: Pensionistas de 1<sup>a</sup> classe; pensionistas de 2<sup>a</sup> classe; pensionistas de 3<sup>a</sup> classe; indigentes.

Os indigentes serão tratados gratuitamente, os demais mediante diária constante na tabella anexa a este regimento.

Art. 3<sup>a</sup>. O serviço médico do Hospital será classificado segundo a natureza do mal: se dividirá em clínica cirurgica geral; clinica medica geral; clinica obstetrícia, compreendendo nesta ultima classe as parturientes e as doentes de moléstia ligadas ao puerperium, havendo tantas enfermarias quantas forem necessárias á direção do serviço.<sup>763</sup>

O hospital, portanto, estendia seus serviços a indigentes e pensionistas. O contrato assinado com a SAH em 1927 confirmava essa pactuação em sua segunda cláusula:

<sup>762</sup> SOLIS, Dirce Eleonora. “Jacques Derrida e a ética da hospitalidade”. *Revista de FilosofiaSeaf*, ano V, n.5, nov. 2005, p.72-73.

<sup>763</sup> Estado do Rio Grande do Norte. Regimento do Hospital de Caridade “Juvino Barreto”, Decreto n.238, 15 dez. 1910.

II - A Sociedade obriga-se a manter todos os serviços actualmente executados no Hospital, dando *assistência gratuita aos pobres*, e podendo dispensar *tratamento remunerado a pensionistas* no pavilhão respectivo.<sup>764</sup> (destaque nosso)

Ainda no Regimento de 1911, a admissão para essas duas classes de doentes seguia regras bem claras, que determinavam as condições de entrada bem como aqueles que detinham o poder de autorizar tal ingresso. A escrita desses artigos evidencia aspectos relevantes acerca dos modos de acolhimento do hospital, falando dos critérios de entrada no estabelecimento e a quem competiria determinar o acesso dos doentes à instituição:

#### CAPÍTULO XI

Da admissão de enfermos

Art. 36<sup>a</sup> Serão admitidos no Hospital de Caridade “Juvino Barreto” e tratados gratuitamente as pessoas que se apresentarem doentes na portaria do estabelecimento e que forem reconhecidamente indigentes.

Art.37<sup>a</sup> Não serão admitidos no Hospital os doentes que precisarem de isolamento por sofrerem de moléstia infecto-contagiosa.

Art.38<sup>a</sup> Ninguém será admitido no Hospital para ser tratado a própria custa, sem apresentar a regente obrigação assignada por pessoa idônea que se responsabilize pelo pagamento da contribuição, como principal devedor.

Art.39<sup>a</sup> Excepto nos casos em que trata o art.37 tem competência para admitir os doentes indigentes no hospital:

I. O Governador do Estado

II. O Inspetor Geral de Hygiene e Assistência Públicas

III. O cirurgião medico do estabelecimento, que designará a enfermaria que o doente deve occupar.

IV. As autoridades policiaes

V. O comandante do Batalhão de Segurança, quanto as praças de seu commando.

VI. Os cônsules, com relação aos súbditos de sua nacionalidade.

VII. O médico da Saúde do Porto, quanto aos doentes de bordo das embarcações.

Art.40<sup>a</sup> A admissão dos enfermos de que trata os artigos 39, em seus n. I, II, III, IV, V, VI, VII, será feita pela autoridade respectiva, mediante officio dirigido á regente do Hospital.

Art.41<sup>a</sup> Os doentes pelas pessoas de que tratam os n. I, II, III, IV, V, VI e VII, do art. 39, e que se apresentarem a horas em que não esteja no estabelecimento o cirurgião medico, serão provisoriamente recolhidos a uma enfermaria especial, até que lhes seja designada pelo facultativo do estabelecimento a enfermaria em que devem ficar.

---

<sup>764</sup> CONTRACTO – Termo de contracto lavrado entre o Governo do Estado e a “Sociedade de Assistencia Hospitalar” para encarregar-se da direcção e administração do Hospital de Caridade “Jovino Barreto”. In: Mensagem Lida perante a Assembleia Legislativa na abertra da Primeira Sessão da Legislatura em 1º de outubro de 1927 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1927. p.61.

Art.42<sup>a</sup> No acto da entrada, se fará a inscripção no respectivo livro de nome do doente, idade, estado civil, naturalidade, nacionalidade, residência, filiação e mais esclarecimentos que for possível obter-se.

Art.43<sup>a</sup> A Regente ou quem a substituir, interrogará o enfermo para que este declare se traz consigo dinheiro, joias ou qualquer outro objecto de valor; no caso afirmativo os receberá para guardar, tomando respectivas notas no livro destinada para esse fim; e entregará os objetos ao doente, quando este sair ou a quem de direito, ao fallecer.

§Único. A declaração do doente de que não traz consigo objectos de valor, ou de que, trazendo-o, não o quer entregar, não dá direito á reclamação, o que tudo constará no livro a que se refere este art., ainda mesmo que se trate de pensionista de qualquer classe.

Art.44<sup>a</sup> É expressamente prohibido a entrada de qualquer doente no hospital, transitando ou conservando consigo qualquer arma ou instrumento de defeso.<sup>765</sup>

Como se pode deprender do texto, a entrada no hospital era bastante rígida. Os indigentes precisavam “ser reconhecidos” com tais na portaria, os doentes particulares deviam ser avalizados por “pessoas idôneas” e os doentes com moléstias infectocontagiosas<sup>766</sup> tinham acesso vedado. O ato de inscrição era detalhado, e todos as roupas e pertences ficavam na portaria, sendo guardados e posteriormente devolvidos. A cláusula XIII do contrato de 1927 informava que os casos de acidente de rua ou de trabalho e situações de calamidade pública autorizavam a entrada no hospital consoante os pedidos dos diretores do Departamento de Saúde Pública e do Departamento de Segurança Pública.<sup>767</sup> À exceção do médico-cirurgião, pelo menos seis outras autoridades externas às lides hospitalares podiam determinar a entrada de doentes, o que mostra a exterioridade dos poderes sobre o hospital, visto naquele momento mais em sua função asilar e de controle do que propriamente curativa.

O doente era “perigoso”: devia ser despido de suas armas e ter sua honra garantida por terceiros. Sua nomeação no “respectivo livro”, logo na entrada, a retirada dos trajés e objetos mundanos e de tudo o mais que lembrasse sua identidade anterior respondiam a um dispositivo de dessubjetivação, que marcava a pedagogia do doente hospitalar. Para ser doente, era preciso abandonar o mundo exterior, ceder o corpo,

<sup>765</sup> Estado do Rio Grande do Norte. Regimento do Hospital de Caridade “Juvino Barreto”, Decreto n.238, 15 dez. 1910.

<sup>766</sup> O contrato lavrado em 1927 (cláusula XIV, p.33, anexo ao Regimento de 1943) descreve algumas delas: “Na admissão dos doentes, enquanto a sociedade não dispuser de isolamentos apropriados, continuará em vigor a recusa dos afetados de lepra, tuberculose, varíola, cólera, meningite epidêmica e doudas moléstias contagiosas, a juízo da direção médica do Hospital” O Regimento de 1950 (Cap.15, Art.74) identificava outras doenças: varíola, lepra, tuberculose, peste bubônica e tifo, além de doenças mentais. Aos integrantes do corpo médico e administrativo do hospital, era exigida expressamente a vacinação contra a varíola.

<sup>767</sup> Op. Cit., p.62-63.

gestos e pensamentos à formação de uma “nova” subjetividade<sup>768</sup>: a do doente internado. Nas visitas, por exemplo, que se davam habitualmente às quintas-feiras e domingos, das 14 às 17h, havia a figura do visitante como “pessoa suspeita”, que devia, sendo o caso, ser “acompanhado pelo enfermeiro e seu ajudante, para que não dê ao doente qualquer alimento prejudicial”. Consta no regimento que a Regente “interrogará” o enfermo sobre os pertences que carregava consigo. O mundo externo estava cheio de perigos.

O regimento foi publicado dois anos depois da inauguração do HCJB, em 1909. Não temos relato do funcionamento hospitalar nesse interregno. O documento procurava “regrar” todas as atividades da organização nosocomial, e contém passagens importantes sobre o *acolhimento ao doente*: a recepção na entrada, comportamento devido nas enfermarias, possíveis punições, remoção, visitas. O hospital contava com um pequeno corpo de serviços clínicos, reduzido pessoal administrativo e médico. Eram os albores da organização. Ainda não tinha estrutura policlínica e se voltava para os indigentes. O acento é nos deveres e nas punições, uma tópica centrada no controle, uma clara intenção disciplinadora. Em um único momento dirige-se ao doente com certa “afetividade”, com abertura “simpática” ao outro: “tratar o doente com zelo e carinho”.

Aos enfermos pobres, o hospital oferecia os serviços e instalações das enfermarias e da policlínica de ambulatório. Por seu turno, os pensionistas se alojavam na Casa de Saúde anexa ou nos apartamentos de luxo. É importante esclarecer que o HMC distinguia os doentes pobres em dois grupos: de um lado, os pobres pagantes; de outro, os indigentes. O Capítulo XVIII do Regimento Interno de 1943, intitulado “Da Policlínica”, trouxe o *definiens* de cada um dos termos da pobreza assistida:

---

<sup>768</sup> Empregamos aqui o conceito no sentido do sujeito moderno cartesiano, pensado essencialmente em termos de substancialidade, como *res cogitans*, marcado nessa tradição interpretativa pelas características da reflexividade (autoconsciência), imediaticidade (acesso direto a si mesmo), transparência (ausência de intermediários à autoconsciência), interioridade (espaço interior, imaterial e abstrato), fundamento (critério de certeza e ponto de partida) e racionalidade (raciocínio lógico, inferência e demonstração). Assim, quando adjetivamos a subjetividade hospitalar como “nova”, não queremos afirmar com isso que os sujeitos constituídos pelo hospital se estruturavam conceitualmente em bases filosóficas distintas daquelas de outras subjetividades modernas pré-hospitalares; a própria concepção de corpo biomédico que irá predominar terá seu substrato na concepção cartesiana dualista de corpo e espírito, sendo o primeiro pensado a partir do modelo da máquina. Em tal compreensão, o acento recai na dimensão do sujeito enquanto epistêmico ou cognitivo, como agente do conhecimento. Não estão aí ainda todas as implicações do modelo de subjetividade – ou mesmo até a sua recusa – advindo após as críticas humeana, kantiana e hegeliana, que abrirão as portas para se pensar um modelo de subjetividade atravessado pela historicidade. O adjetivo “nova”, portanto, qualifica a subjetividade hospitalar em contraposição a outros dispositivos de controle. Cf. SOUZA FILHO, Danilo Marcondes de. Modernidade, subjetividade e linguagem. Acessado em: 5 jun. 2021. Disponível em: [www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/28-encontro-anual-da-anpocs/st-5/st13-4/3989-dsouzafilho-modernidade/file](http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/28-encontro-anual-da-anpocs/st-5/st13-4/3989-dsouzafilho-modernidade/file).

Art.137.º Por doente indigente compreende-se aquele que não dispõe de meios de subsistência, e de modo algum poderá custear despesas com médico e medicamentos.

§Único Os demais doentes do Ambulatório, considerados pobres, adquirirão no Hospital uma ficha, por preço reduzidíssimo, ao critério do Diretor-médico e de acordo com o tratamento necessário, podendo o doente adquirir nova ficha.<sup>769</sup>

Art. 138.º Cada consultório do Ambulatório possuirá um talão para os fins acima referidos e serão as respectivas taxas recolhidas aos cofres sociais, por intermédio da irmã encarregada da Portaria.

Assim, o doente pobre, que era a razão de ser do hospital beneficente, ganhava uma tipologia que o diferenciava internamente de acordo com a sua capacidade de pagamento, de arcar ou não com os valores do tratamento hospitalar. O preço das “fichas” para os pobres não foi tabelado no documento, dependendo exclusivamente da avaliação do Diretor-médico.

Seja como for, a preocupação com a pobreza em Natal aumentou significativamente desde o começo do século XX, muito favorecida pelas estiagens prolongadas que assolavam o interior do Estado. Em 1904, calcula-se que a cidade recebeu cerca de 15 mil retirantes, quando a população fixa estava na casa de 20 mil habitantes! O governador Augusto Tavares de Lyra <sup>770</sup>descreveu a situação em carta enviada ao presidente Rodrigues Alves:

Pelas estradas, misturadas aos bandos de famintos, notam-se já famílias de antiga representação social, que dispunham de relativa fortuna, aniquiladas pela seca. São inúmeros os furtos pelos campos, sendo já numerosos os assaltos a casas de comércio e residências. Não resta mais nenhuma esperança de inverno. [...]. Espetáculo da nudez e fome, mesmo na capital, urgentíssimo. Nesta cidade, além do pessoal aproveitado nos trabalhos da estrada do Ceará-Mirim e de milhares que aguardam passagem, [...], vagam pelas ruas outros milhares de indigentes sem abrigo nem pão, esmolando da caridade dos habitantes. [...]. Começam a aparecer casos de disenteria e varíola.

Nos três últimos meses emigraram 6.564 famintos, só pelo porto desta capital; e muitos milhares esmolando pelas ruas, aguardam o ensejo de embarcar, descrentes de qualquer socorro. Aqui, como no interior, repetem-se diariamente inúmeros óbitos por inanição. Queira vossa excelência caridosamente atender a súplica de um estado inteiro, vitimado por uma calamidade que abateu todas as suas energias,

<sup>769</sup> Op Cit., p.20.

<sup>770</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1904] *Mensagem apresentada pelo governador Alberto Maranhão ao passar o governo do Estado ao Doutor Augusto Tavares de Lyra no dia 25 de março de 1904*. Natal, Typographia d'A República. p.12-3 e 18.

reduzindo assustadoramente sua população pela expatriação e pela fome e aniquilando todas as suas forças produtoras.

Esses retirantes tornaram-se um problema para a administração urbana. Foram eles que engrossaram as fileiras da pobreza que tanto incomodava a elite ilustrada que sonhava com os ares de uma cidade moderna à europeia e, por isso, investia na modernização da infraestrutura e nas reformas urbanas. A solução aventada foi empregar parte dessa população retirante em obras públicas diversas, absorvendo-a como mão-de-obra. As reações e as dificuldades geradas pela presença dos retirantes foram bem descritas pelos professores George Dantas e Ângela Ferreira:

Apesar do envio de verbas federais e do incremento das obras de melhoramentos de Natal, não houve condições de atender a todos os retirantes que se aglomeravam na cidade; o que se seguiu foi o início de convulsão social, com movimentações populares na rua e saques no comércio, situação agravada pela epidemia de varíola que eclodiu a seguir e perdurou até 1905, causando o óbito, em determinados períodos, de mais de vinte pessoas por dias, principalmente entre esta população adventícia (Oliveira, 1999, p. 68). Aquela imensa massa que não pôde ser alocada como mão-de-obra dentro do quadro de reformas urbanas por que passava a cidade, teve como única saída a migração, muitas vezes forçada, para os seringais do Norte ou os cafezais do Sudeste. Os que ficaram trabalharam nas obras de aterro da campina da Ribeira e, sobre esta, na construção da praça Augusto Severo, um dos principais símbolos da Belle Époque natalense, ou no calçamento da cidade ou na estrada de ferro Central do Rio Grande do Norte, chefiada pelo engenheiro Sampaio Correia, da mesma forma como antes, em 1890, haviam trabalhado na abertura da estrada carroçável para Macaíba e, depois, entre 1916 e 1919, na estrada de automóveis do Seridó, dentre outras obras importantes para a modernização econômica do estado e da capital. É importante observar que algumas destas obras, como a praça Augusto Severo, foram concretizadas com recursos que estavam destinados, a princípio, à manutenção da população nos seus locais de origem, no campo, nas cidades do interior.

[...] como pode se inferir no caso de Natal, houve uma relação, principalmente no período entre 1890 e 1920, entre o crescimento demográfico da cidade e o movimento migratório constante em busca de trabalhos nas obras de melhoramentos, nas reformas do espaço urbano, processo este intensificado pelo ciclo de secas do período (Souza, 1976). De uma população de 8.909 habitantes, em 1870, Natal passou a 13.735, em 1890, 22.722, em 1920, e mais de 30 mil dez anos depois. Neste assentar-se na cidade, nos espaços e bairros populares, carentes de infra-estrutura, operou-se a passagem da condição de retirante para a de trabalhador, de operário das poucas fábricas existentes, de mendicante, de serviçal ou daquelas de ocupação incerta e temporária, enquadradas como vagabundos e malandros. É esta população que seria cada vez mais estigmatizada dentro das representações da cidade insalubre, traduzindo e expondo as imagens

de uma pobreza inquietante, de uma miséria, ignorância e incivilidade que lembravam o passado que se queria superar (Telles, 1999).<sup>771</sup>

É esta “nova pobreza” que será alvo das políticas públicas de assistência social, incluindo-se aí as políticas de saúde e o atendimento hospitalar. Epidemias e secas iam formando, pouco a pouco, as classes mais pobres do espaço urbano. E nesta formação da pobreza citadina, a mendicância era uma das possibilidades mais atualizadas. Algumas instituições procuravam atenuar essa condição de miserabilidade em que se encontrava tal parcela da população urbana. O Instituto Padre João Maria<sup>772</sup> e o Dispensário Sinfrônio Barreto recebiam crianças pobres e idosos. Até os anos 1940, funcionava, para menores, o Abrigo “Melo Matos”<sup>773</sup>. Em 19 de abril de 1944, a Prefeitura Municipal de Natal inaugurou o Abrigo Juvino Barreto, contando com o apoio da LBA de Darcy Sarmanho Vargas e da Comissão Estadual encabeçada por Dulce Pinto Dantas, esposa do Interventor Rafael Fernandes Dantas. À época, o abrigo era administrado pelo Serviço Estadual de Reeducação e Assistência Social (SERAS), coordenado por Aluízio Alves.<sup>774</sup>

Fazendo a genealogia dos aparelhos da assistência social em Natal, o historiador Câmara Cascudo reforçou o papel dos fatores climatológicos na constituição dessa massa de “refugiados da fome” e acabou descrevendo as dificuldades encontradas por eles em solo urbano:

Natal era o alvo derradeiro nas secas de 1877, 1904 e 1915. A cidade se enchia de retirantes, famintos, seminus, pedindo trabalho, espalhando uma piedade revoltada pela falta de ouvidos federais e a lentidão com que as águas vinham, emperradas nos canais competentes, dignos de dinamite. A população inteira assistia a esses hóspedes forçados. Barracões, armazéns eram destinados ao abrigo de todos. Os trabalhos apareciam, vagos, pequenos demais para uma fome tão velha e tão grande; espalhada em tantas bocas.<sup>775</sup>

<sup>771</sup> FERREIRA, Angela Lúcia; DANTAS, George A. F.. Os indesejáveis na cidade: as representações do retirante da seca (Natal, 1890-1930). *Scripta Nova*, Barcelona, v. 5, n.94 (96), p. 1-17, 2001.

<sup>772</sup> Inaugurado em 1/1/1912, como Asilo Padre João Maria, destinava-se aos mendigos da cidade. Em 25/5/1920, foi extinto e, em seu lugar, nasceu o Orfanato Padre João Maria, que cuidava de meninas pobres e estava sob a tutela das Freiras de Santana. Na década de 1940, passou a ser administrado pela Secretaria de Reeducação e Assistência Social (SERAS), criada em 12/3/1943 segundo o Decreto-Lei n.191. Cf. CASCUDO, 2010, p.475.

<sup>773</sup> GALVÃO, Cláudio. *Varela Santiago: um apóstolo entre nós*. Natal: Jovens Escribas, 2017. p.117, nota de rodapé n.64.

<sup>774</sup> A ORDEM. O problema da mendicância. Natal, 5 jun. 1944.

<sup>775</sup> CASCUDO, Câmara. *História da cidade do Natal*. Natal: EDUFRN, 2010. p.474

**Figura 80** - Retirantes nas imediações do Teatro Carlos Gomes

Fonte: <http://curiozzzo.com/em-1904-natal-rn-sofreu-uma-invasao-de-mais-de-15-mil-pessoas-e-o-governador-foi-ao-desespero>. Fotografia de Bruno Bougard.

Nos jornais, pululavam as reportagens que denunciavam a banalidade dos mendigos de rua. Em 21 de outubro de 1949, o articulista do Diário de Natal, Roberval Pinheiro, escreveu longa matéria a respeito. A manchete e o título auxiliar eram claros: “AGRAVA-SE EM NOSSA CAPITAL O PROBLEMA DA MENDICANCIA. Por toda parte mendigos estendendo a mão súplica – O problema de ontem é assistido hoje e, é bem possível, será amanhã – Já é hora dos poderes públicos encararem o assunto com mais seriedade”. No corpo do texto, o jornalista descreveu a experiência – um tanto retórica – de andar pela cidade em meio a população de mendigos de rua:

O problema da mendicância se agrava dia a dia em nossa cidade. Os dramas de miséria se repetem e não são raros as vezes que encontramos caídos na via pública, homens de idade avançada ou mesmo crianças. Há bem poucos dias assistimos um destes espetáculo (sic) tão deprimentes aos nossos fóros de cidade civilizada, em pleno Grande Ponto. Era um velho que, não resistindo ao estado de sub-alimentação, possivelmente com três ou quatro dias de fome, sem uma chicara de café ao menos caia desmaiado.

Em qualquer ponto de parada dos transportes coletivos da cidade, sentimos uma mão nos tocar ao braço e em seguida nos deparamos com um mendigo. Nos cafés, bares e restaurantes e onde quer que haja aglomeração lá encontramos estes desventurados “farrapos humanos” estendendo a mão. O drama se repete, por toda parte. O que foi assistido ontem e hoje e, possivelmente, será amanhã<sup>776</sup>

<sup>776</sup> DIÁRIO DE NATAL. PINHEIRO, Roberval. Agrava-se em nossa capital o problema da mendicância. Natal, 21 out. 1949.

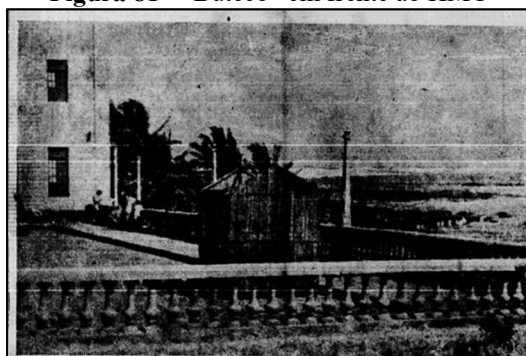


E essa pobreza mendicante referida por Roberval Pinheiro sempre é vista como um perigo para a cidade, pois está a um passo do crime, da delinquência. Assim se expressou o ex-governador e então articulista Juvenal Lamartine, em “A mendicância em Natal”, de 1950. Nele, o político concluiu:

A mendicância ainda traz um mal que reputo dos mais prejudiciais: - quase todos os mendigos são acompanhados por crianças, cujas idades variam muito. Essas crianças se tornarão malandros e viciados, facilmente recrutados para a vagabundagem e para o crime. A sociedade, pelos seus órgãos competentes, tem o dever de evitar que aumente o exército dos “fora da lei”, que cresce por falta de um encaminhamento para a vida honesta, de atividades produtivas.<sup>777</sup>

O discurso é moralista, notemos. Contudo, reforça o quanto a população pobre estava presente no contexto urbano, representando, para muitos, uma ameaça à “ordem”. Replicava-se aqui a ideologia que articulava “classe pobre” com “classe perigosa” na produção da desordem urbana, como já desnudara Sidney na passagem do séc.XIX para o XX.<sup>778</sup> O incômodo era tal que até a “fisionomia urbanística” viu-se desafiada pela audácia dos mais pobres. Em 5 de janeiro de 1954, o Diário de Natal exibiu uma fotografia em que um barracão se instalara nas proximidades do HMC. O fato gerou uma queixa pública do jornal ao governador.

**Figura 81** - “Buteco” em frente ao HMC



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 1954.

Na “legenda” da imagem, o Diário de Natal escreveu um parágrafo comentando o conteúdo da foto, revelando o suposto “mal-estar” dos natalenses com aquela, digamos, “estética da pobreza”:

<sup>777</sup> DIÁRIO DE NATAL. LAMARTINE, Juvenal. A mendicância em Natal. Natal, 26 fev. 1950.

<sup>778</sup> CHALHOUB *apud* SANGLARD, Gisele. Filantropia e política pública: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro na Primeira República. In: SANGLARD et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p.135.

Os habitantes de Petrópolis estão surpreendidos com a instalação de um “buteco” em frente ao Hospital Miguel Couto. A barraca da pior espécie está sendo armada com pedaços de tácticas justamente no ponto mais bonito da cidade e menos apropriado para a venda de cachaça e produtos similares. Acreditamos que a fiscalização da Prefeitura ainda desconhece esse fato agora denunciado e tornado público com o apoio do sr. Prefeito no sentido de não permitir tamanho atentado contra a fisionomia urbanística daquele recanto desta Capital. O “buteco” está com a inscrição “vende-se”. Muito pior. A esquina das Avenidas Getullio Vargas e Nilo Peçanha jamais foi adequada a ponto de vendas de barracas indecentes ou de qualquer outro negocio. Pedimos ao sr. Governador da cidade que mande retirar, com urgência, aquele monstro que tanto mal-estar vem causando aos natalenses<sup>779</sup>

Em nenhum momento, neste caso, a reportagem ligou o buteco aos problemas do pauperismo. Afetava ao jornal a feiura da instalação, a *hybris* estética ali encarnada, que corrompia ou contaminava o *logos* arquitetônico do nobre bairro de Petrópolis. Como se vê, a chamada “questão social”, levantada no séc. XIX, décadas depois ainda ecoava no cenário urbano natalense. Para o periódico, a inquietação causada pelo buteco não dizia respeito ao pobre e à pobreza, mas à sua desajustada geografia: ele se encontrava “justamente no ponto mais bonito da cidade”. Se ele estivesse no seu “devido” lugar, talvez não virasse notícia...

Diferentemente do artigo de Lamartine, que relacionava pobreza-infância-criminalidade, apostando na redenção pelo trabalho (“encaminhamento para a vida honesta, de atividades produtivas”), o texto do Diário levantava o incômodo mesmo de “olhar”! De todo modo, fica patente o ir e vir pela cidade dessa população pobre e miserável, e que se tornou, por isso, foco das políticas sociais, entrelaçadas a obrigações morais e religiosas. Com efeito, o encaminhamento dado para essa questão foram as obras de ação social levadas a cabo numa “pluralidade de instâncias, eclesiásticas e laicas, centrais e municipais, profissionais – como a ação das confrarias - ou pessoais – como as liberalidades das grandes personalidades”<sup>780</sup>. Segundo os pesquisadores Gisele Sanglar e Luiz Otávio,

De forma geral, a assistência foi uma das formas de suavizar a pobreza. A princípio, organizada pelas irmandades devocionais e/ou confrarias profissionais, caracterizou-se por uma solidariedade horizontal (entre

<sup>779</sup> DIÁRIO DE NATAL. Um “buteco” em frente ao Hospital Miguel Couto. Natal, 5 jan.1954, n.3465, ano XIV.

<sup>780</sup> CASTEL, Manuel. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p.81.

iguais) e por separar o bom pobre do mau pobre – aquele afeito ao trabalho.

As mudanças político-sociais pelas quais as sociedades passaram obrigaram tanto os governos centrais, como a própria sociedade, a buscarem resolver o problema de mendigos e vagabundos que perambulavam pelas cidades. A organização da assistência é um dos mecanismos postos em prática; bem como a manutenção de hospitais e instituições congêneres.<sup>781</sup>

Essa assistência social no estado do RN era, em geral, bastante precária. Mesmo contando com verbas esparsas de organizações nacionais como a LBA ou o próprio Mesp, a situação local das instituições estava aquém das necessidades da população. Os relatórios da SAH, por exemplo, repetiam *ad nauseam* esse estado de coisas, reclamando das forças sociais maior participação nas obras de assistência à pobreza. Em 1945, o diretor expressou esse sentimento durante a inauguração de leitos em solenidade realizada com a elite natalense:

Entre nós, isto é, no Brasil, não há filantropos, e daí a pobreza das nossas instituições assistenciais, e nem os governos poderiam arcar com as formidáveis despesas da assistência gratuita. Si não houver espírito de colaboração, será impossível remover os defeitos ou falhas dos nossos serviços hospitalares. De ordinário, o interesse individual pelo auxílio á indigência é platonismo, porque, quando se estende a mão a um rico, pedindo-lhe um auxílio para qualquer instituto de caridade, o falso apiedado da miséria alheia faz um trejeito de ombros, modela um riso, entre desconfiado e avarento, e diz. Contando as sílabas: “homem, eu, fra-ca-men-te (sic), já dei o que tinha reservado para esmolos, este ano”. São assim os críticos, os filantropos, os generosos deste imenso e rico país de analfabetos.<sup>782</sup>

E não se pense, com esse discurso, que a crítica se dirigia tão somente às ações privadas. A necessidade de um “espírito de colaboração” incluía também a participação estatal:

Nada abate mais o nosso amor pelo sólo, que Deus nos deu, do que olhar esta nesga de terra dominada pelo mulato maltrapilho, sujo, descalço, tresandando a suíno, ignorante e analfabeto, pretendendo dominar pela intriga e pela traição e, sobretudo, cheio de sífilis e de moléstias repugnantes.

Embóra assim, é preciso continuar recebendo-o nas clínicas; lutar contra a sua ignorância e, ajoelhados, pedirmos pelo amor de Deus, ao

<sup>781</sup>SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luiz Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.145.

<sup>782</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Sr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1945. Natal, 1945. p.18.

Governo, um pouco mais de ação, cuidando do homem brasileiro, que ainda é a esperança nacional.<sup>783</sup>

A descrição do estado do doente pobre como “mulato maltrapilho” é expressão de uma duplicidade da pobreza, ora vista na perspectiva do “pobre de Deus”, ora como o “incômodo” à ordem social urbana.<sup>784</sup> A primeira representação é a que se destaca aqui, amenizada pelo pedido de cuidado com o “homem brasileiro”. Essas classes populares, oriundas do campo e achacadas pelas secas e epidemias, como vimos, demandaram os principais cuidados de assistência médico-hospitalar. Nos relatórios da SAH, o aumento sensível nos atendimentos a essa faixa da população mais pobre era francamente notado, como na explicação dada em 1942 para o crescente afluxo de pacientes ao HMC:

A justificação desse aumento está na miséria que invadiu o Estado, assolado por uma seca de dois anos, como pelo crescimento da população dessa Capital, o que se vê também pelo numero de municípes recolhidos este ano ao nosso estabelecimento cuja cifra subiu a 1980, enquanto que no exercício passado chegou apenas a 1810, atingindo, assim, a assistência global, distribuída pela nossa Sociedade, no “Miguel Couto” e no seu Ambulatório, a 6583 doentes.<sup>785</sup>

A pobreza era tal que alguns doentes simulavam doenças e outros chegavam a burlar as orientações médicas só para se manterem internados: “e foi no setor da Dermatologia e Sífilis<sup>786</sup> que a simulação teve o seu auge, entre doentes que suinizavam suas úlceras, e outros não ingeriam as doses de sulfanilamida, para nunca saírem do Hospital”<sup>787</sup>. Muitos eram baixados por seus familiares no hospital somente para garantir o enterramento: “[...] numerosos óbitos de (sic) verificam no mesmo dia da entrada do enfermo, baseando-se esses internamentos nas vantagens econômicas do

---

<sup>783</sup> Ibidem, p.36.

<sup>784</sup> SANGIARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil, *Op. Cit.*, 2018, p.148.

<sup>785</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exm. Snr. Interventor Federal Dr. Rafael Fernandes Gurjão pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” em 1942. Natal, 1942. p.25.

<sup>786</sup> Em 1942, a clínica dermatológica e sifiligráfica chegou a atender cerca de 25% do total dos doentes do hospital, internados e no ambulatório.

<sup>787</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de Contas com exposição de motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor Dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947. p. 23.

sepultamento, por parte das famílias dos falecidos”<sup>788</sup>. Sendo o hospital beneficente, compreende-se, assim, o foco das ações na pobreza desvalida.

Contudo, o espaço abria possibilidades para outros doentes: os pensionistas, os militares e os civis. Em geral, esses grupos eram aqueles que podiam arcar com as despesas de tratamento e internamento, e não se enquadravam, obviamente, na categoria dos “doentes pobres”. Com a renda auferida dos pensionistas, o hospital capitalizava recursos para investir em melhorias na instituição, principalmente para atender as necessidades dos mais pobres. Segundo os regimentos do hospital, os pagantes eram divididos em três classes, cada qual se referindo às possibilidades de pagamento e, por conseguinte, aos tipos de serviço prestados pelo corpo médico (enfermeiras exclusivas, vinhos, banho morno, roupas lavadas; nas parturientes, enfermeira especializada etc.).

O Regimento de 1943 (cap.1, art. 4, p.1) especificava que os pensionistas deviam se alojar na Casa de Saúde ligada ao HMC, um espaço destinado exclusivamente à clínica civil, ou, se assim preferirem (o bolso era a medida), nos apartamentos de luxo. Em 1950 (cap.16, art. 82), já havia um pavilhão anexo ao hospital sob o regime da Casa de Saúde. Quando acidentado, cabia ao pensionista pagar os honorários e as despesas ao médico, escolhido pelo próprio paciente (RI, 1943, art.177), ou, se fosse segurado (Companhias de Seguro, ou até Caixa de Pensões e Cooperativas), trazer o médico da própria Companhia (RI, 1943, arts. 68 e 69, p.12). Nesses casos, era a Regente em pessoa que ligava para a Companhia informando da internação (RI, 1943, art. 70, p.12).

Normalmente, deles era requerido um mês adiantado de pensão ou a garantia de um fiador, sendo variável a diária: entre 30, 50, 100 e 150 cruzeiros (RI, 1950, cap.16, art.83). Caso viesse a se retirar antes, a diferença seria restituída (RI, 1950, art.84). Uma parte das vagas desses pensionistas era destinada a funcionários do estado. O Aditivo de 1945 (cláusula V) estipulava pelo menos três leitos para os funcionários estaduais com renda inferior a mil cruzeiros; os militares com patamar superior a essa renda teriam de pagar suas próprias despesas hospitalares. O Termo de 1945, em sua cláusula II, prometia, no prazo máximo de dois anos, a ampliação dos leitos do hospital para 200,

---

<sup>788</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório apresentado ao governo do estado pelo diretor-médico da Sociedade de assistência Hospitalar, Dr. Januário Cicco, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1938. p. 5.

dos quais 21 seriam de pensionistas.<sup>789</sup> Durante a Segunda Guerra, os militares passaram a ser atendidos no Hospital Militar (prédio da Maternidade de Natal), excetuando-se alguns serviços (oftalmológico) e exames (radiografias e radioscopias), que se davam no HMC. As forças policiais locais, a sua vez, também se dirigiam ao Miguel Couto.

A ampliação dos leitos para funcionários públicos, que aumentavam em cada renovação de contrato ou aditivo, motivou críticas do presidente da SAH. Em 1940, ela era apontada como uma das causas do desequilíbrio financeiro do hospital:

[...] o mapa que se refere aos favores da clausula 111 do nosso contrato com o Estado, acusa uma despesa insolvável (sic) de 7:929\$200 rs, sem nenhuma compensação para a Sociedade, realizada com a assistência gratuita a funcionários públicos, na seção de pensionistas. Maior que ela fosse, seria para louvar taes beneficios, si fosse o Estado a desse. Mas, não. É a Sociedade que se ve obrigada a diminuir a sua provisão de medicamentos reservada á pobreza. Com esse auxilio a funcionários, muitos dos quaes ricos, ou percebendo vencimentos elevados, em detrimento de outros que quase nada ganham no exercício dos seus cargos. Seria mais justissimo que só os funcionários pobres merecessem os favores daquela clausula, e ainda mais justo que o Estado desses haveres para o custeio dessa liberalidade.<sup>790</sup>

Em 1951, Januário Cicco ainda reiterava a inequação financeira: os funcionários públicos haviam se tornado um peso no balancete da instituição.<sup>791</sup> A questão não era exclusiva da categoria dos pensionistas do estado, mas refletia as deficiências das subvenções governamentais em meio ao crescimento demográfico da população e, portanto, do aumento das demandas em termos de saúde pública. Em termos gerais, a queixa dizia respeito, em verdade, aos atrasos e aos não repasses das verbas definidas em contrato. Isso era tal que a maior parte das críticas recaía sobre a participação da sociedade civil, da qual se costumava exigir os gestos da prática caritativo-filantrópica como expressão de solidariedade social, respondendo à compreensão hegemônica do paradigma do Estado liberal.

---

<sup>789</sup> APE/RN. Cópia do Termo Aditivo ao contrato celebrado em 30 de junho de 1927, entre o governo do estado e a Sociedade de Assistencia. p.33. In: Regimento Interno do Hospital “Miguel Couto”. Caixa 830. Natal: Livraria Cosmopolita, 1950.

<sup>790</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. [Sem título]. p.5

<sup>791</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu presidente Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade “Januário Cicco” no exercício de 1951. Natal, 1951. p. 13.

**Tabela 8 - Municípios de procedência dos enfermos entre 1938 e 1947**

<b>1938</b>	<b>Natal</b>	<b>Ceará- mirim</b>	<b>Baixa-Verde</b>	<b>São José do Mipibú</b>	<b>Macaíba</b>
	1787	102	78	73	55
<b>1939</b>	Natal	Ceará- Mirim	Baixa-Verde	São José do Mipibú	Macaíba
	1461	104	78	68	79
<b>1940</b>	Natal	Ceará- Mirim	Nova Cruz	São José do Mipibú	Macaíba
	1455	113	49	73	90
<b>1941</b>	Natal	Ceará- Mirim	Santa Cruz	São José do Mipibú	Macaíba
	1810	105	63	75	91
<b>1942</b>	Natal	Ceará- Mirim	Goianinha	São José do Mipibú	Macaíba
	1980	93	61	102	105
<b>1943</b>	Natal	Ceará- Mirim	Baixa-Verde	São José do Mipibú	Macaíba
	2234	76	49	82	135
<b>1945</b>	Natal	Ceará- Mirim	Nova Cruz	São José do Mipibú	Macaíba
	2469	105	63	69	114
<b>1946</b>	Natal	Ceará- Mirim	Nova Cruz	São José do Mipibú	Macaíba
	3072	124	104	102	154
<b>1947</b>	Natal	Ceará- Mirim	Nova Cruz	São José do Mipibú	Macaíba
	3442	140	98	108	183

**Fonte:** APE/RN. Hospital Miguel Couto. Prestações de Conta da SAH, Caixas 208, 0753, 0754

Como vimos, o aumento do fluxo de pessoas em Natal esteve intimamente ligado às migrações vindas do interior do estado, motivadas pelas estiagens e epidemias. Além disso, as reformas urbanas atraíam pessoas das municipalidades vizinhas, que

buscavam melhores condições de vida nos centros urbanos. A participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial (1939-1945) também contribuiu para esse novo quadro demográfico. Definido estrategicamente o estreito Natal-Dakar (no triângulo com Recife e Fernando de Noronha) como o *Trampoline to Victory* dos norte-americanos<sup>792</sup>, Natal passou a receber um enorme contingente de militares daquele país, cerca de 10 mil deles, além do contingente da soldadesca nacional, que, juntos, ocuparam as bases Aérea, Naval e do Exército na cidade. O comércio recebeu impulso e o setor imobiliário se expandiu, o que dinamizou o fluxo populacional.<sup>793</sup> Em 1920, a cidade abrigava, segundo o Censo Demográfico, cerca de 30.696 habitantes; em 1940, aproximadamente 54.853; e, uma década depois, em 1950, o total alcançava a cifra de 103.215 pessoas.<sup>794</sup> Ou seja, a população da cidade dobrou de tamanho no prazo de uma década! E tamanho crescimento não deixou de contar, em nenhum momento, com as migrações do interior do Estado, que já vinham das décadas anteriores, e ainda continuavam sensíveis mesmo no período da guerra:

Outro fator que contribuiu para agravar ainda mais a situação de racionamento e penúria vigente em Natal foi a seca que se alastrou pelos sertões e municípios interioranos, desde 1940, fazendo com que milhares de migrantes se dirigissem à capital do estado. Uma das medidas tomadas pela delegacia Regional do Ministério do Trabalho, em relação aos flagelados da seca que aqui chegavam, foi fazê-los “embarcar para os portos de Belém e Manaus” e para os “seringais dos estados do Pará, Amazonas e Território do Acre”. Entretanto, esse deslocamento das populações sertanejas para as frentes de trabalho do norte do país, principalmente para a extração da borracha, também não conseguiu resolver o problema, sendo que até o final da guerra a imprensa continuou a divulgar o intenso fluxo de migrantes do interior do estado para Natal e Areia Branca.<sup>795</sup>

Esse *boom* demográfico teve impacto no atendimento hospitalar. O número de leitos e, por conseguinte, a capacidade de atendimento do HMC estavam sempre aquém das demandas. Daí as incontáveis reclamações por aumento nas subvenções, a realização de reformas, ampliações e melhoramentos nas instalações do hospital. Enquanto o Miguel Couto atendera, em 1938, cerca de 2112 pacientes, a Prestação de

<sup>792</sup> PEDREIRA, Flávia de Sá. *Chiclete eu misturo com Banana: Carnaval e cotidiano de guerra em Natal*. 2. ed. ver. ampl. Natal: UFRN, 2012. p.128.

<sup>793</sup> SILVA, Anelino Francisco da. Migração e crescimento urbano: uma reflexão sobre a cidade de Natal. *Scripta Nova*, Barcelona, n.94 (74), 2001.

<sup>794</sup> IBGE. Censo Demográfico 1872, 1890, 1900, 1920, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000, 2010. Acesso em: 11 mai. 2021. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6>.

<sup>795</sup> PEDREIRA, Flávia de Sá. Intelectuais potiguares em face de *Parnamirim Field*. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Nordeste do Brasil na II Guerra Mundial*. 2 ed. revista e ampliada. João Pessoa: Ideia, 2021. p. 323.



Contas de 1951 registrou o atendimento a 14744 pessoas, o que representa um crescimento de 698% em 12 anos, média de 58,16% ao ano.

A maior parte dos doentes que buscavam atendimento no HMC provinha da capital potiguar. Entre 1938 e 1947 (ver Tabela 1), a entrada no hospital foi quase exclusividade dos moradores de Natal. Os demais pacientes procediam de municípios próximos ou do interior, com destaque para Macaíba, Ceará-Mirim, São José do Mipibú, Baixa-Verde, Nova Cruz, Santa Cruz e Goianinha. Havia, em geral, poucos doentes oriundos de outros estados brasileiros, a maioria do Nordeste mesmo, e outros ainda menos de países estrangeiros.

**Tabela 9** - Doentes de outros municípios e do estrangeiro recebidos no HMC entre 1937 e 1947

<b>Ano</b>	<b>Municípios brasileiros e estados estrangeiros</b>	<b>Total de municípios do RN atendidos</b>
<b>1937-38 (julho a junho)</b>	Manaus (1), Recife (2), Rio de Janeiro (2), Belém (1), Paraíba (27) e estrangeiros (16)	35
<b>1938 (jan. a dez.)</b>	Paraíba (6), Maranhão (1), Estado do Pará (1) e estrangeiros (11)	35
<b>1939</b>	Pernambuco (1), Rio de Janeiro (4), Pará (1), Piauí (1), Paraíba do Norte (21) e estrangeiros (9)	35
<b>1940</b>	Alagoas (2), Pernambuco (4), Paraíba (21) e doentes estrangeiros (1)	34
<b>1941</b>	Alagoas (1), Paraíba (9), Rio de Janeiro (3) e nenhum estrangeiro	41
<b>1942</b>	Rio de Janeiro (3), Paraíba (11), Recife (3) e estrangeiros (7)	38
<b>1943</b>	Recife (2), Paraíba (22) e estrangeiros (28)	36
<b>1945</b>	Recife (3), Paraíba (26), São Paulo (5) e estrangeiros (3)	33
<b>1946</b>	Rio de Janeiro (5), Pernambuco (2), Ceará (1), Paraíba (29) e estrangeiros (6)	37
<b>1947</b>	Rio de Janeiro (1), Pernambuco (1), Paraíba (18), Maranhão (1) e estrangeiros (10)	34

Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Prestações de Conta da SAH, Caixas 208, 0753, 0754.

A proveniência dos doentes e seu modo de acesso ao hospital dependiam e muito das condições socioeconômicas de cada um e da consideração objetiva da rede de transportes existentes no interior da cidade e entre os municípios. Pelo menos desde 7

de setembro de 1908, circulavam em Natal oito bondes puxados a animal da Empresa Ferro Carril de Natal, presidida pelo coronel Romualdo Galvão. As obras foram levadas a cabo pelo engenheiro Sá Barreto e comunicavam a Ribeira à Cidade Alta.

**Figura 82** - Bonde puxado a burro em Natal (1918)



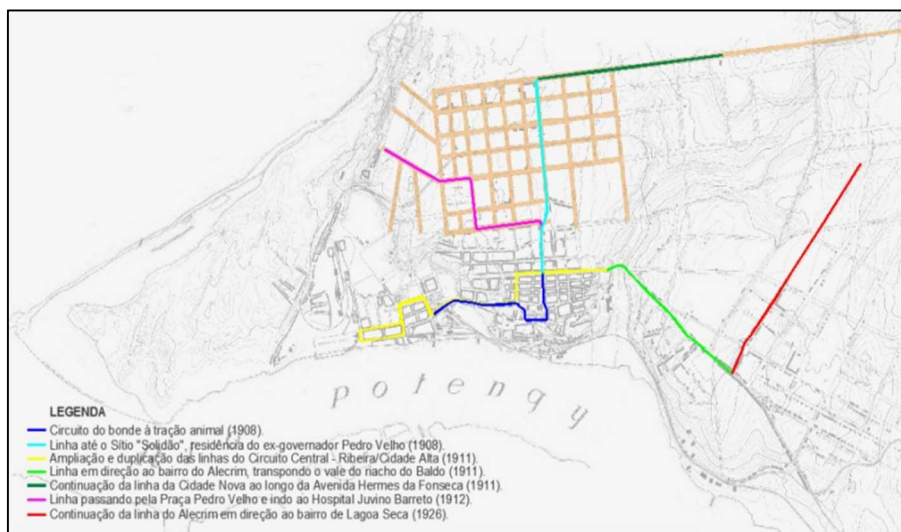
Fonte: PINHEIRO, 2019, p.29.

Com a instalação da Usina Elétrica do Oitizeiro pela Empresa Melhoramentos do Natal, em 1911, apareceram os primeiros bondes elétricos, ligando a Cidade Alta ao bairro da Cidade Nova e, posteriormente, ao Alecrim, o mais novo bairro da cidade (1911). Alcançaram o Monte Petrópolis em 1912, onde ficava o hospital. Em 1926, a linha foi expandida do Alecrim para Lagoa Seca. Os bondes ajudavam a integrar alguns bairros da cidade. Na década de 1940, no auge do “elétrico”, como eram chamados os bondes, Natal possuía quatro linhas funcionando: *Petrópolis*, que se estendia para depois de Areia Preta; *Tirol*, que se ligava ao Aeroclube; *Alecrim*, até Lagoa Seca; e o *Circular*, conectando a Cidade Alta à Ribeira. Em 1945, a frota reunia 15 bondes elétricos percorrendo 13 km de extensão de linha<sup>796</sup>

---

<sup>796</sup> PINHEIRO, Carlos Sizenando Rossiter. *Natal do séc. XX: memória, fatos e fotos marcantes*. Natal, 8 Editora, 2019. p.26 et seq.

**Figura 83** - Linhas de bonde na década de 1920



Fonte: DANTAS, FERREIRA e MEDEIROS, 2012, p.13

Os serviços, todavia, nem sempre respondiam bem. O material rodante e a infraestrutura das linhas constantemente apresentavam problemas. Em alguns trechos, as chuvas inviabilizavam os ramais, danificando as margens dos trilhos que, escavados pelas torrentes de água, ameaçavam provocar acidentes. O acesso a determinadas áreas da cidade era topograficamente difícil, e a manutenção da tecnologia empregada, como a reparação de carros e a substituição de dormentes, era demorada e cara, sem falar que o número de carros se mostrava, não raro, insuficiente. Em 1921, os serviços da Empresa Tração, Força e Luz foram paralisados e seu contrato encerrado com o Estado, sendo retomados apenas em 1923, agora sob a coordenação direta da recém-criada Repartição de Serviços Urbanos de Natal, que administraria, dali em diante o sistema de bondes. A criação, em 1926, da linha para Lagoa Seca, que era um bairro operário, foi central para aproximar a periferia da cidade ao centro. Particularmente importante aqui foi a construção da nova Avenida Atlântica, que seguia a linha de Petrópolis no caminho do HMC. O hospital era um ponto de passagem do “elétrico”, o que facilitava o acesso às dependências hospitalares.<sup>797</sup>

<sup>797</sup> DANTAS, George; FERREIRA, Ângela; MEDEIROS, Gabriel Paulo de. A cidade sobre trilhos: o bonde e as transformações urbanas de Natal-Brasil (1908-1929). *Simpósio Internacional Globalización, innovación e construcción de redes técnicas urbanas em América e Europa, 1890-1930*. Universidade de Barcelona, Facultad de Geografía e Historia, 23-26 jan. 2012. Acesso em: 11/05/2021. Disponível em: [http://www.ub.edu/geocrit/Simposio/cMedeirosetal\\_Acidade.pdf](http://www.ub.edu/geocrit/Simposio/cMedeirosetal_Acidade.pdf).

**Figura 84** - Bonde no Monte Petrópolis



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.32.

**Figura 85** - Bonde no bairro da Ribeira durante a Segunda Guerra



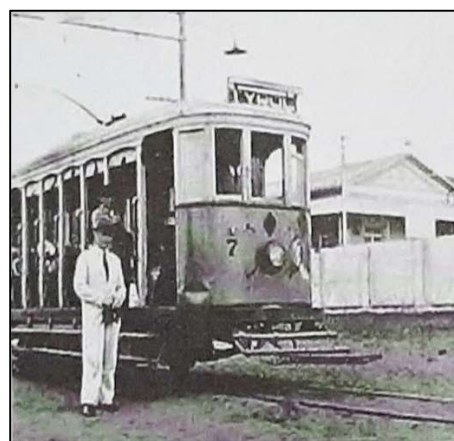
Fonte: Revista LIFE, 1941-2.

**Figura 86** - Bonde linha Petrópolis na Ribeira (1942)



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.205.

**Figura 87** - Bonde da linha Tirol (1940)



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.34.

Além dos bondes como meio de transporte coletivo no interior da cidade, que funcionaram até meados de março de 1956, quando a Companhia Força e Luz desmobilizou definitivamente os trilhos das linhas, a malha ferroviária, por sua vez, aproximava a cidade dos municípios do interior e de outros estados. Em 1943, havia trens ligando Natal a Recife (com baldeamento na Paraíba), Nova Cruz (daqui se podia partir para João Pessoa), Goianinha, Ceará-Mirim, Baixa-Verde e Angicos, o que explica a afluência predominante de doentes destas municipalidades para o HMC. Carros e caminhões da Rede Viação Seridoense faziam a ligação terrestre entre a capital e as cidades de Macaíba e Santa Cruz.<sup>798</sup> Em 1938, o jornal *A República* recenseava em Natal o movimento de 86 caminhões, 22 motocicletas e 71 bicicletas<sup>799</sup>, além dos inúmeros equinos que vagamundavam pelas ruas.<sup>800</sup> Os ônibus começaram a circular dentro da cidade em 1929, quando a Empresa Força e Luz do Nordeste inaugurou as linhas de Petrópolis, Tirol e Alecrim, que concorriam – e depois substituíram – com a até então exclusividade dos bondes, que enfrentavam dificuldades financeiras e a falta de investimentos públicos, principalmente depois de 1929.<sup>801</sup> Em 1947, as linhas de viação interurbana tinham se expandido mais: a Empresa São Cristóvam transportava seus passageiros para Recife, Nova Cruz, Caicó e Mossoró. Os “caminhões mixtos”<sup>802</sup> trafegavam na direção de Fortaleza, Mossoró, João Pessoa, São José de Mipibú, Papari (atual Nísia Floresta) e Ceará-Mirim, Barcelona e Santa Cruz.<sup>803</sup>

A aviação civil, que partia com tripulação, correios ou carga, fazia e recebia voos tanto do Norte como do Sul. Pelo menos quatro empresas prestavam esse serviços: Panair do Brasil S.A., Pan American Airways, Cruzeiro do Sul e Linhas Aéreas

<sup>798</sup> DIÁRIO DE NATAL. Informador. Natal, 3 abr. 1943.

<sup>799</sup> As bicicletas já eram vistas desde o final do séc. XIX. Eram associadas à prática desportiva, gerando até sociedade de ciclismo, como o Veló-Club Natalense de 1899. Importadas, contudo, os altos preços restringiam seu acesso à elite. Escrevia-se nos jornais que a bicicleta andava substituindo os cavalos nos deslocamentos pela cidade. Cf. ARRAIS et al. *O corpo e a alma da cidade: Natal entre 1900 e 1930*. Natal: EDUFRN, 2008. p.147-149.

<sup>800</sup> PINHEIRO, Carlos Sizenando Rossiter, *Op cit.*, 2019, p.80.

<sup>801</sup> TORRES, Leo Seva Ortensio Silva. *Produção do espaço, planejamento e mobilidade urbana: o uso da bicicleta como meio de transporte em Natal-RN*. Monografia (graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Bacharelado em Geografia. Natal, RN, 2018. p.85-6.

<sup>802</sup> Na época, alguns caminhões adaptavam a carroceria do veículo para levar não apenas carga mas também passageiros. Em alguns casos, construía-se uma carroceria de madeira ou se substituíam a cabine de aço por outra de madeira com duas ou três boleias, misturando, portanto, as funções de ônibus e caminhão. Quando se transportavam passageiros sem o equipamento de madeira, usando-se somente o chassi nu, o caminhão recebia o nome de “sopa”.

<sup>803</sup> A ORDEM. Informador. Natal, 19 jun. 1947.

Brasileiras.<sup>804</sup> Em 1948, aparecem os escritórios das Aerovias Brasil, Aero Geral LTDA., Aviação Mixtos “Catalina” e as Linhas Aéreas Brasileiras.<sup>805</sup> Pelo porto, atuavam as companhias marítimas Loid Brasileiro, a Cia. Moore McCormick Navegação Costeira e a Cia. Comércio e Navegação.<sup>806</sup> As companhias de navegação, aliás, “seguravam” seus tripulantes, que costumavam figurar nos registros de internados do hospital com a denominação de “marítimos”.

**Figura 88** - Propagandas de companhias aéreas em Natal no pós-guerra



Fonte: A ORDEM, 18/11/46.



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 16/01/49.

Ainda que precária, era essa a rede de transportes que fazia circular mercadorias, pessoas e informações pela capital. A ligação com os municípios via-se limitada por estradas difíceis de viajar, e os transportes estavam longe de ser eficientes e muito menos confortáveis. Em algumas ocasiões, as viagens de navios não raro eram alvo de festas no cais da Tavares de Lyra, sendo, em se tratando da elite política e econômica, amplamente noticiadas nos jornais locais. Porém, continuavam sendo eminentemente transporte de mercadorias. O mesmo se aplicava às viagens aéreas que, conquanto dotadas de certa regularidade, registravam atrasos e sua tripulação civil era pequena quando comparada àquela das vias terrestres.

Embora, obviamente, essa malha facilitasse a maior mobilidade das pessoas, seu alcance para pobres e indigentes ainda era bastante acanhado. Muitos desses que se dirigiam ao hospital percorriam longas distâncias, vindo de interiores onde faltavam

<sup>804</sup> Ibid.

<sup>805</sup> Ibid.

<sup>806</sup> Ibid.

médicos e postos de saúde. Nada tão distante assim daquele trabalhador ferido à faca de que falou o diretor do HMC em suas memórias médicas. Nos anos 1920, ele comentou o caso de um doente gravemente ferido no ventre durante uma luta corporal. Vendo a gravidade da situação, os companheiros, então, levaram-no numa rede de dormir, de município em município, até chegar ao hospital Miguel Couto. A peregrinação durou aproximadamente nove dias! Infelizmente, segundo o doutor, “com toda essa infecção, tendo resistido á etherificação, levou o infeliz mais três dias de sofrimentos, falecendo num grande colapso”.<sup>807</sup>

**Figura 89** - A venda de bicicletas



Fonte: POTI, 22/9/55.

**Figura 90** - Charge publicada em periódico em 1948, que mostra um passeio de bicicleta



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 6/8/48.

É certo que, para aqueles que viviam na capital, trens, bondes e ônibus<sup>808</sup> encurtavam a geografia da cidade, facilitando a circulação e o encontro dos seus moradores. De fato, como vimos, um bonde passava em frente ao HMC, conectando-o à região da Cidade Nova; as linhas que ligavam ao Alecrim e a Lagoa Seca, ainda que não passassem em frente ao hospital, aproximavam um pouco a periferia da zona central. Excetuando-se os automóveis, ainda caros para a maioria da população, a ida ao hospital devia conter alguma dose de peregrinação.

<sup>807</sup> CICCO, Januário. *Notas de um médico de província (crítica médico-social)*. São Paulo: Pongetti & Cia., 1928. p.51.

<sup>808</sup> A circulação de ônibus foi autorizada pelo Decreto n.415, de 24 de janeiro de 1929. A “frota” era composta inicialmente por dois veículos, pertencentes a Bezerra de Andrade e Francisco Azevedo Maia, e sendo um dos carros apelidado pela população de “Maria Cancela” (CASCUDO, Luís da Câmara. *História da cidade do Natal*. 4. ed. Natal: EDUFRN, 2010. p.384.)



**Figura 91** - Bondes, ônibus e carros em Natal, na região do Baldo (1943)



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.37.

**Figura 92** - Via de Ponta Negra (1948).  
A estrada fora aberta em  
1923



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.216.

**Figura 93** - Estrada Natal-Parmanirim em 1943, um  
ano depois de sua abertura



Fonte: PINHEIRO, 2019, p.238.

Percebe-se, nessa breve descrição da rede de transportes, o quanto que a compreensão do equipamento médico-hospitalar deve ao movimento de modernização<sup>809</sup> da cidade. O deslocamento do outrora Hospital de Caridade “Juvino Barreto” do bairro da Ribeira para o Monte Petrópolis, vindo a instalar-se em zona de importante expansão imobiliária da cidade, sinalizava, assim, essa nova relação do hospital com a urbe. Segundo a historiadora Anne Marie Moulin,

Os hospitais urbanos cessaram progressivamente de representar potenciais focos de infecção. O número de leitos hospitalares tende a diminuir. O hospital, que antigamente se refugiava do mundo atrás de seus altos muros, abre-se à cidade e se organiza em torno de uma rua comercial, onde se acotovelam profissionais de saúde e pacientes. As tentativas de hospital-dia, e depois de tratamento em domicílio, duzentos anos mais depois da reivindicação revolucionária da abolição

<sup>809</sup> Devemos entender o termo, no uso que faço dele pontualmente, como a infraestrutura econômica, material e os meios de produção, sem levar em conta – artificial e forçosamente, é claro – os seus aspectos ideológicos e políticos que o orientam, tais como desenvolvimentismo, progresso e racionalidade. Quero ressaltar precisamente a variável de formação territorial enquanto elemento de comunicação. Cf. GIDDENS, Anthony. *Teoria da modernização e sua crítica*. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia: uma breve porém crítica introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1984. p. 111-119. GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

dos hospitais, corroboram a ideia de uma coabitação fraternal, ou até de uma equivalência entre enfermos e saudáveis.<sup>810</sup>

O entendimento mesmo dos processos de hospitalidade, tal como propomos aqui, depende de articulações de diversas instâncias muito próprias do modo de vida dos homens na perspectiva da estrutura material das cidades.<sup>811</sup> Afinal, como afirma Fuão, “a hospitalidade é a hospitalidade da cidade como um todo, mas antes de mais nada, é a hospitalidade com que cidadãos se acolhem uns aos outros [...]”<sup>812</sup>. O hospital, assim, deve ser encarado como um “artefato” produzido em determinado contexto histórico, espacial e relacional, e que acompanha, portanto, as linhas de força que desenham o traçado de sua fenomenologia e nas quais respira sua vida socioinstitucional. Sendo a sua condição histórica à do espaço urbano, como é o nosso caso, é nessa espacialidade, com efeito, que o hospital expressa sua inteligibilidade particular.<sup>813</sup>

Foi, portanto, nessa nascente cartografia dos itinerários urbanos, nessas malhas da comunicação socioespacial, com suas facilidades e restrições, que os corpos doentes de homens e mulheres pediram passagem pelo umbral do chamado “palácio dos pobres”. Contudo, o pórtico da hospitalidade do HMC, que replicava os ares dos templos greco-romanos, com sua solenidade típica, não era abertura “incondicional” e “universal”, deixando de pagar seu pedágio à história. Tinha lá, como vimos, suas condições de possibilidade, seu regime de acolhimento. Ao apelo irresistivelmente antropológico do imperativo de receber (em todos os tempos se recebe) o corpo enfermo, respondia-se a essa solicitação com a encarnação histórica das práticas de hospitalidade.

Os bairros onde morava a população mais empobrecida apresentavam maior dificuldade de acesso aos meios de transporte coletivos. Em Lagoa Seca, como descrevemos, residiam famílias operárias, que só vieram a ser parcialmente atendidas pela linha de bonde em 1926. Mesmo com a emergência dos ônibus, em 1929, a dificuldade de acesso ao centro urbano continuava um entrave às classes populares. E isso sem contar as regiões como Rocas e Baldo, que não possuíam qualquer linha regular de comunicação. Aí, as carroças, os burros e as andanças faziam o caminho.

<sup>810</sup> MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (dir.). *História do corpo*: 3. As mutações do olhar: o século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p.17.

<sup>811</sup>Cf. ARRAIS et al. *O corpo e a alma da cidade*: Natal entre 1900 e 1930. Natal: EDUFRRN, 2008.

<sup>812</sup> FUÃO, Fernando Freitas. *As formas do acolhimento na arquitetura*. IN: SOLIS, Dirce Eleonora; FUÃO, Fernando Freitas (org.). *Derrida e arquitetura*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014. p.62.

<sup>813</sup> BARROS, José D’assunção. *Cidade e História*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p.52-3.

Some-se às deficiências e ao mau funcionamento habitual a crise dos transportes nos anos 1940 que se abateu sobre o cotidiano natalense. Segundo a historiadora Flávia de Sá Pedreira, nesse período o aumento populacional havia tornado as linhas de bondes insuficientes para a demanda, gerando sérios transtornos:

Sob o pretexto de atenuar a crise de transporte urbano, a Prefeitura mudou o horário de fechamento do comércio, pois o número reduzido de bondes não conseguia atender à demanda. Essa crise explicava-se porque os poucos bondes que circulavam na cidade, pertencentes por concessão a uma empresa particular, a companhia Força e Luz, passaram a ser insuficientes frente ao explosivo crescimento populacional – as inúmeras queixas eram noticiadas diariamente, fazendo cobrança à prefeitura e ao governo do estado para que obrigassem a companhia a aumentar o reduzido número de bondes, ou colocar em prática “ um outro sistema auxiliar de transportes [...] uma linha de ônibus movidos a gasogênio, já que a gasolina, no momento, está restrita a limitados empregos ”.<sup>814</sup>

Os transportes, desse modo, já ofereciam sua própria cota de limitações à hospitalidade aos doentes mais pobres. Além disso, as regras rígidas impostas aos enfermos para a sua entrada no hospital, como constava nos regimentos internos, impunham ao paciente certa dessubjetivação de seu modo de ser no mundo, em termos de consciência, identidade e autonomia, muito frequentemente tomado a partir de um discurso moralizante, que buscava anular as experiências de alteridade, inclusive as compreensões de adoecimento e suas expressões culturais.

O acolhimento ao corpo enfermo, então, exigia, como contrapartida, sua aderência a um novo regime de olhar e dizer o somático (desassociado da pessoa), uma retradução para determinada experiência histórica hegemônica do corpo na modernidade. Corporeidade que, aliás, estranhamente, viu-se alijada de sua dimensão mais empírica e “real” enquanto carne, como Foucault preferia chamar. Topamos nos arquivos com nomes próprios, informações gerais sobre a origem, idade, sexo, raça etc., sem qualquer descrição dos aspectos mais vívidos da experiência do corpo dilacerado, mutilado, exangue, ensanguentado, exalando seus odores e ressumando líquidos malcheirosos. Os sentimentos, as emoções e as dores dos pacientes eram abafadas já na entrada do hospital, pois deviam dar lugar à linguagem asséptica da moderna medicina hospitalar e seu saber positivo. Podemos até dizer que tal comportamento diante da dor

---

<sup>814</sup>PEDREIRA, Flávia de Sá. *Intelectuais potiguanes em face de Parnamirim Field*. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Nordeste do Brasil na II Guerra Mundial*. 2 ed. revista e ampliada. João Pessoa: Ideia, 2021. p. 325.

e do sofrimento dos “corpos alterados” tinha a ver com a consideração do lugar das emoções na prática médica, com determinado regime emocional e sensível no corpo a corpo com a doença, o que se expressava na tensão interna à medicina quando se tentava acomodar o fenômeno da empatia, ora vista como fundante da vocação médica, ora como emoção-obstáculo ao conhecimento:

O sofrimento expresso pelos pacientes foi por muito tempo objeto de uma desconfiança, até mesmo de uma negação por aqueles que o enfrentam; essas reações provocaram uma reticência persistente em aliviá-lo. Para explicar essa atitude é preciso mencionar o lugar ocupado pela dor na medicina. Por muito tempo a dor foi considerada como tendo um valor diagnóstico, e mais geralmente revelatório [...]. A atenção é científica, isto é, ela tende a reduzir a dor a um conjunto de sinais emitidos pelo corpo, e não a uma reclamação expressa por uma pessoa. Ela procede da observação e deve, portanto, ser decifrada, isto é, localizada, medida, identificada [...]. Mas a expressão da dor e a própria dor são consideradas como altamente subjetivas [...]. O ideal seria, portanto, apreendê-la fora da pessoa, como um dado objetivável.<sup>815</sup>

A entrada no hospital se dava como um ritual de passagem, um ritual, na expressão de Byung-Chul Han, de “instalação do lugar”, que impunha ao doente, especialmente o pobre, que deixasse para trás sua singularidade, que abandonasse sua mundanidade, para integrar-se a outra expressão identitária: a do homem-potência-força nacional. Era essa, digamos, a “visão do homem” que o diretor da SAH expressava em seus relatórios, que caberia ao Estado e à ação filantrópica impulsionarem:

O homem que a sociologia estuda é um ser criado pelo poder da civilização, modelado pela sã puericultura, ainda que a Eugénia seja apenas uma ambição de geneticólogos. Um ser amparado pelos governos, dando-lhe assistência integral, da Maternidade á gleba, das oficinas ás Academias, nutrindo-o de energias vitais, alojando-o em habitações higiênicas, protegendo-o contra o desemprego e a miséria, contra a invalidez e a doença.

Essa é que seria a assistência social á altura de sãos princípios, fazendo-se do homem a verdadeira força nacional, para a civilização e para a nossa hegemonia.

Entre nós, porém, desde a nossa emancipação política, nenhum governo cuidou do homem-potencial, isto é, da sua saúde, da sua inteligência e do seu caráter, as três forças maiores da nacionalidade.<sup>816</sup>

<sup>815</sup> CAROL, Anne. Decadências corporais: diante da doença e da morte. In: VIGARELLO, Georges; COURTINE, Jean Jacques; CORBIN, Alain (dir.). *História das emoções*: 3. Do final do século XIX até hoje. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis (RJ): Vozes, 2020. p.401-2.

<sup>816</sup> Nota 796. APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm<sup>o</sup> Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da

A hospitalidade nessa “sociologia” propunha-se a receber o corpo doente, mas não o recebendo “como tal”, na medida em que se abria ao outro no regime da “mesmidade”, buscando integrar a Diferença na totalização do Mesmo. Os pobres enfermos recebiam atendimento... desde que vestissem o manto da “boa pobreza”, que exigia deles o enquadramento dos corpos em certos preceitos morais e sociais dominantes na temporalidade moderna. Sem as roupas, pertences ou mesmo dinheiro (sem falar dos familiares), vestidos agora com o pijama branco dos doentes de hospital, sobrava-lhes o corpo nu, traduzido, então, para a linguagem médica das “regularidades morfo-funcionais”, fundada no saber anatômico e fisiológico, que “consagra a autonomia do corpo e a indiferença em relação ao sujeito que ele encarna”<sup>817</sup>.

Aliás, esse corpo nu da “boa pobreza” era, a seu modo, a encarnação mais geral de uma política da vida nos tempos modernos, e que Giorgio Agamben traduziu, na sua vasta obra, a partir do conceito de “vida nua”, em oposição a uma vida dita “ética” ou “qualificada”<sup>818</sup>. Seguindo o legado de Foucault, nas pesquisas em torno do conceito de biopolítica, Agamben problematizou a vida na modernidade como uma vida tomada como exclusivamente biológica, apartada dos valores ético-morais da personalidade dos indivíduos e centrando sua atenção na consideração do corpo físico, investindo-se em processos de identificação destituídos de qualquer pessoalidade.<sup>819</sup> A expressão sintética dessa biopolítica, na perspectiva do filósofo italiano, é assim descrita por Paulo Ghiraldelli:

Os tempos modernos são o de reinado da vida nua. Vida nua é a vida que, não como *bíos*, mas como *zoé*, como vida exclusivamente biológica, se transforma na vida que adentra a política. A política trata de pessoas que não são mais agentes ético-morais, pois nada guardam da tensão entre indivíduos e sua *persona*, mas que são seres que apenas respiram e que, assim, interessam para a modernidade. Para o estado

---

Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital "Miguel Couto", no exercício de 1945. Natal, 1945. p.10.

<sup>817</sup> LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. 3. ed. Tradução de Fábio dos Santos Creder Lopes. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p. 285-286. É o modelo mecanicista da biomedicina, que despersonaliza o doente, reduzindo-o ao corpo empírico. Essa perspectiva do homem era chamada por Le Breton de “antropologia residual”. Cf. LE BRETON, David. *Antropologia do corpo*. Tradução de Fábio dos Santos Creder Lopes. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016. p. 223: “A medicina repousa essencialmente em uma física do homem, que assimila os movimentos fisiológicos, e seu enraizamento anatômico e funcional, a uma máquina sofisticada; basta, portanto, conhecer o processo nosológico e as reações do corpo a seu respeito para contornar a doença, percebida como estrangeira”.

<sup>818</sup> AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 9 e 12.

<sup>819</sup> \_\_\_\_\_. *Nudez*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014. p.67.

totalitário, a vida nua permite que ele trate a todos como se a sociedade fosse um campo de concentração: vale ali ver quem ainda respira, e nenhuma dignidade importa, nem para o estado nem mais para o indivíduo. Para a democracia liberal moderna, a vida nua permite que ela transfira a dignidade para um elemento estranho, pois é alheio a cada indivíduo o fato de estar respirando. Se respira, *se ainda* ou *se já* respira, é, então, digno dos serviços sociais do estado. É um sujeito de direito por assujeitar-se.<sup>820</sup>

A essa dessubjetivação operada se seguia a formação de uma subjetividade que passava a receber seu sentido da esfera do trabalho produtivo, sendo moldada pelas necessidades do Estado-nação e do Capital. O gesto da hospitalidade era uma “política da hospitalidade”, uma economia dos corpos, com sua aporética do convidado que nunca adentra “como tal” a soleira da porta. A menos que...

#### 4.5 O SERVIÇO EXTERNO

Na assistência hospitalar, os serviços de ambulatório correspondiam às instâncias de atendimento médico voltadas para os primeiros cuidados com os doentes (exames, triagem e tratamento, além de educação sanitária e assistência em domicílio), e que normalmente se localizavam em espaços, via de regra, afastados ou separados da entrada principal do hospital, como orientava a Divisão de Organização Hospitalar.<sup>821</sup> Eles recebiam os “doentes externos”, isto é, aqueles que, registrados e recebendo serviços na instituição, não ocupavam leito ou berço hospitalar.<sup>822</sup> Daí porque, na nomenclatura oficial, recebiam a identificação comum de Serviço Externo. Os pacientes internados nas enfermarias ou apartamentos, como se pode inferir, compunham as fileiras do Serviço Interno.<sup>823</sup>

Por sua vez, os serviços de pronto socorro destinavam-se aos tratamentos de urgência médica e cirúrgica, recebendo especialmente casos agudos de traumatismos recentes e fraturas. Podiam vir acompanhados de uma seção de serviços ortopédicos, em que eram “atendidos aquêles pacientes que necessitem correção de defeitos oriundos de

---

<sup>820</sup> GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. Agamben e a biopolítica In: \_\_\_\_\_. *Narrativas contemporâneas*: Debord, Sloterdijk, Agamben, Han, Lasch, Lipovetsky e Heidegger. São Paulo: CEFA Editorial, 2020. p.61-2.

<sup>821</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. História e evolução dos hospitais. [Biblioteca Virtual em Saúde]. Rio de Janeiro, 1944. p. 76.

<sup>822</sup> Ibidem, p.111.

<sup>823</sup> Ibidem, p.152.

traumatismos anteriores, ou de afecções médicas ou cirúrgicas”<sup>824</sup>. Os cuidados traumato-ortopédicos realizados nas dependências do pronto socorro eram auxiliados por outros serviços, como o de gessamento e operações, raios-x e laboratórios, o que demandava uma integração das diversas seções hospitalares.<sup>825</sup>

Como se pode notar, a compreensão desses serviços primeiros de atendimento ao doente hospitalar que ora apresentamos é marcada pelas orientações normativas da nascente DOH, que procurou reorganizar de forma centralizada a assistência pública em saúde ainda nos anos 1940. Isso significa que, antes dessa reestruturação político-administrativa da organização em saúde no Brasil, as práticas eram descentralizadas e dependiam da situação local de cada instituição hospitalar. O funcionamento do ambulatório e do pronto socorro - quando existiam – se estruturavam precariamente, e seus serviços costumavam ser dispendiosos aos hospitais dada a sua alta demanda.

Embora o serviço oficial de Pronto Socorro tenha sido criado somente em 1945, como já mencionamos, o atendimento efetivo já vinha ocorrendo desde 1909, em condições distintas, é claro.<sup>826</sup> O mesmo vale para o Ambulatório. Aliás, os dois serviços pareciam claramente indistintos ao longo da história do HMC, funcionando frequentemente nas mesmas dependências e compartilhando do improvisado necessário que as situações do dia a dia presenteavam a equipe de trabalho. Essa última não pareceu regular até 1942, quando encontramos registrado na documentação a existência de um médico de plantão permanente<sup>827</sup> (na época, discutia-se sua efetivação), e em 1945, um cirurgião-chefe de Pronto Socorro e seis auxiliares<sup>828</sup>. Lembrando que, até 1945, o serviço de PS não era oficial, ou seja, os recursos e a sua manutenção eram da responsabilidade exclusiva do próprio HMC. Com a sua oficialização, neste último ano, o hospital passou a receber (em teoria, como veremos) subvenção da Prefeitura do Natal, que assumiria, por sua vez, a administração desse serviço. A partir de então, a equipe médica do PS tornou-se regular, como podemos ler no relatório da SAH em

---

<sup>824</sup> Ibidem, p.268.

<sup>825</sup> Ibidem, p.269.

<sup>826</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. p. 38.

<sup>827</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exm. Snr. Interventor Federal Dr. Rafael Fernandes Gurjão pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” em 1942. Natal, 1942. p.15.

<sup>828</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. p.7.

1947: “Um corpo de sete médicos dedicados, entrega-se a esse serviço, dos mais ingratos. Quase todos casados, cada um por semana dá o seu plantão de 24 horas, atendendo às solicitações de urgência, recebidas por telefone”<sup>829</sup>.

Mesmo depois da inauguração do PS, o espaço da assistência mais imediata era um tanto fluido. As dependências utilizadas para o atendimento aos pacientes mesclavam-se chegaram a ser compartilhadas pela Maternidade e por outras enfermarias de indigentes,<sup>830</sup> numa fusão de serviços sob uma administração comum. Até 1946, o conjunto PS/Ambulatório não estava apetrechado dos equipamentos e mobiliário adequado: faltava-lhe mesa ortopédica, banco de sangue, oxigenoterapia e “outros meios de defesa para os acidentados”.<sup>831</sup> Ainda em 1951, permaneciam as dificuldades de espaço. Planejava-se, naquele momento, construir um pavilhão próximo ao Ambulatório, próximo à seção de otorrinolaringologia, com salas de operação, curativos, câmaras escuras e consultório.<sup>832</sup> Para o Pronto Socorro, projetava-se um pavilhão especial, com recursos ortopédicos, sala de operações, curativos e Banco de Sangue. A 5ª e a 14ª enfermarias, então destinadas ao PS, localizavam-se entre as demais clínicas, o que acabava mesclando os enfermos internados aos acidentados.<sup>833</sup> A “ergonomia” desses espaços, portanto, continuava borrando as fronteiras entre os serviços e “dificultando o serviço de enfermagem, como embaraçando as disciplinas das diversas clínicas”<sup>834</sup>, o que fugia “à estrutura da moderna organização hospitalar”.<sup>835</sup>

Na organização de tais serviços, os contratemplos não se limitavam somente às instalações preparadas para o atendimento ou mesmo às tecnologias disponíveis. Os carros de socorro guardavam sua parcela nessa conta de embaraços. A partir de 1945, com a criação do serviço de Pronto Socorro, o deslocamento dos doentes até o hospital

---

<sup>829</sup>APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1947. Natal, 1947. Natal, 1947. p.25.

<sup>830</sup>APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1947. Natal, 1947. Natal, 1947. p.5.

<sup>831</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p.41.

<sup>832</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu presidente Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade “Januário Cicco” no exercício de 1951. Natal, 1951. p.11.

<sup>833</sup> Ibidem, p.12.

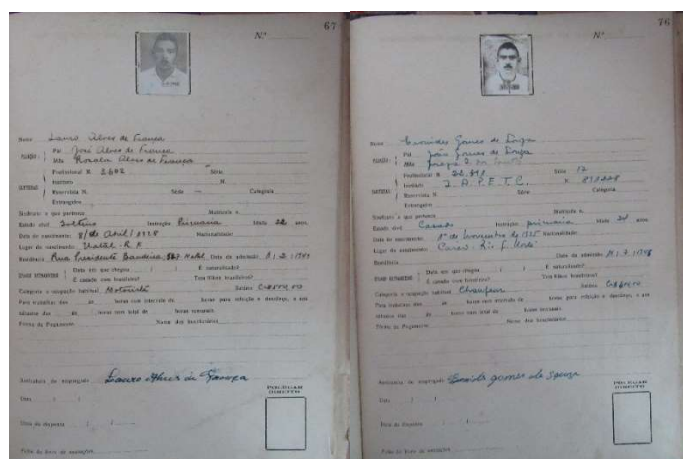
<sup>834</sup> Ibidem, p.11.

<sup>835</sup> Ibidem.



ganhava um aliado motorizado: a ambulância. Segundo a Prestação de Contas referente àquele ano, o veículo fora adquirido junto à General Motors, representada na cidade pelo comerciante Severino Alves Billa. No terreno do hospital, construíram-se uma garagem, uma oficina e um apartamento para receber o motorista.<sup>836</sup> Em fevereiro de 1945, o hospital contratou o motorista Lauro Alves de França, e, no ano seguinte, admitiu o “chauffeur” Leônidas Gomes de Souza, de Caicó. A despesa com a compra da ambulância custou aos cofres da SAH cerca de 81 mil cruzeiros, como declarado na Demonstração da Conta de “Despesa” do HMC, e registrado pelo guarda-livros e contador Manoel Rodrigues de Melo.<sup>837</sup>

**Figura 94** - Fichas dos primeiros motoristas admitidos pelo Miguel Couto

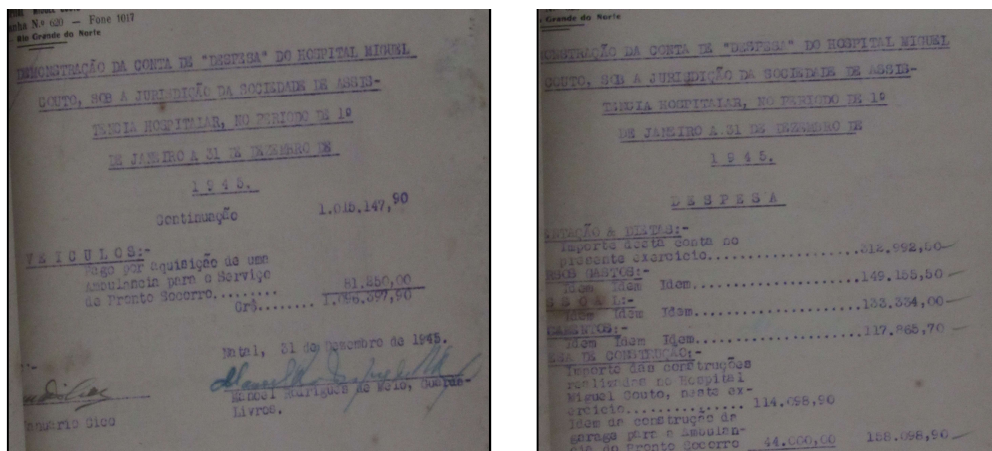


Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 194, Prateleira 3, Estante 7. Livro de Ponto e Ficha Médica, p.67 e 76.

<sup>836</sup> APE/RN. Caixa 0754. Hospital Miguel Couto. Prestação de Contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. Natal, 1945. p.26.

<sup>837</sup> Ibidem, n.p.

Figura 95 - Documentos da compra de ambulância e construção de garagem



Fonte: APE/RN, Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de Contas de 1945.

Entretantes, um único carro não era suficiente para atender a população, pois, além de frequentemente precisar de reparos e limpeza, o número de atendimentos de urgência e emergência excedia a capacidade de ação da ambulância.<sup>838</sup> Some-se a isso o trânsito pouco amistoso da capital e ainda não habituado com a sirene do “carro-socorro”, o que demandava frequentes reportagens nos jornais procurando pedagogizar os motoristas quanto à necessidade de atender ao sinal da ambulância, como esta nota de 1946:

Recentemente inaugurada nesta capital, já se acha em pleno funcionamento o Serviço de Pronto Socorro do Hospital “Miguel Couto”, que dispõe para os chamados urgentes de moderna ambulância. No sentido de que esta tenha o seu trânsito livre, os dirigentes do Pronto Socorro fazem por nosso intermédio um justo apelo aos srs. Motoristas e ao público em geral, para que facilitem a passagem do carro-socorro, atendendo às alertas da ambulância.

Assim procedendo, concorreremos para a maior eficiência de pronto socorro, auxiliando a salvar a vida dos nossos semelhantes.<sup>839</sup>

A própria SAH, em seu relatório de 1945, já previa a necessidade de educação da sociedade para o bom funcionamento do novo serviço:

Deshabituada a população de serviços de Pronto Socorro, terá talvez de estranhar a recusa de chamados para casos que escapam à esfera da urgência, como, por exemplo, para o transporte de ébrios que se não

<sup>838</sup> APE/RN. Caixa 0743. Hospital Miguel Couto. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p.41.

<sup>839</sup> A ORDEM. Para facilitar o trânsito da ambulância do Pronto Socorro. Natal, ano 10, n.3032, 16 jan. 1946.

acidentarem, ou de doentes crônicos recém-vindos do interior, ou localizados no perímetro da cidade.

A educação do público, os esclarecimentos fornecidos pela administração do Hospital, as divulgações feitas pela chefia do serviço, criando um ambiente de confiança recíproca, entre a população e os dirigentes do Pronto Socorro (sic), constituirão elementos de ordem e auxílio mútuo.<sup>840</sup>

As reclamações sobre o PS chegavam à Diretoria da SAH, que rebatia as críticas argumentando que o serviço sofria com a falta de investimentos públicos e com o descaso da sociedade civil:

A nossa Sociedade mandou á imprensa, ás autoridades civis, militares e religiosas o código das suas obrigações, e apelos para a coletividade pedindo a sua colaboração, para o desempenho dos seus deveres.

Bem sabe o público que o Pronto Socorro dispõe apenas de uma Ambulância, para atender a todos os chamados. Si, como é natural esse transporte teve qualquer desarranjo no seu motor, na hora do chamado, a imprensa vem, pressurosa, proclamar a falta de assistência a um ferido, ou a qualquer acidentado.

E louvando-se, quasi sempre, na má fé do queixoso, essa imprensa deixa á revelia a nossa informação, talvez por má vontade também.

Não justifico as nossas faltas, como não compreendo que os governos se deixem levar por essas acusações, e o afirmam até em documento público, quando é da sua obrigação dar meios eficientes para a execução de um serviço caríssimo, como é o do Pronto Socorro.<sup>841</sup>

Entre 1947 e 1950, o carro do socorro frequentou a oficina qual doente a enfermaria. Quatro anos depois da inauguração e a ambulância ainda era a mesma, repetia o jornal Diário de Natal, comparando com a cidade de Caruaru, em Pernambuco, que não só tinha uma ambulância local para atender na cidade como uma outra para servir aos moradores da zona rural.<sup>842</sup> Em maio de 1950, andava quebrada e, por vezes, sem gasolina.<sup>843</sup> Insistia-se na compra de nova ambulância, e a pressa por nova aquisição se mostrava realmente urgente.

Alguns meses depois, o jornal Diário de Natal relatou um acidente de ônibus na pista do Tirol. O ônibus estava quase vazio, conduzindo somente dois passageiros, que nada sofreram, além do susto, é claro. O cobrador, porém, teve graves ferimentos e

<sup>840</sup> APE/RN. Hospital “Miguel Couto”. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1945. Natal, 1945. p.27.

<sup>841</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1947. Natal, 1947. Natal, 1947. p.16-7.

<sup>842</sup> DIÁRIO DE NATAL. A cidade. Natal, 8 abr. 1950.

<sup>843</sup> DIÁRIO DE NATAL. Natal, 30 mai. 1950.

precisou ser conduzido ao hospital... O problema era que “[...] infelizmente, continuamos sem ambulância de pronto socorro. Comunicado o fato, o hospital limitou-se, como aliás mais não podia fazer, a informar que *mandassem o ferido em qualquer condução porque a ambulância não estava mais funcionando*”<sup>844</sup>. E nem a polícia, que chegou quase duas horas depois do acidente, tinha sequer uma motocicleta para atender com diligência os feridos! Somente em 1951, o HMC recebeu a doação de nova ambulância feita pelo governador Dix-Sept Rosado Maia, sanando, em parte, o problema.<sup>845</sup> Dizemos “em parte” porque a questão continuou anos a fio. Em 1957, por exemplo, enquanto o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU)<sup>846</sup> contava com três ambulâncias para atender toda a cidade, o Pronto Socorro, por sua vez, tinha as suas já há muito fora de circulação. Dizia-se que era “[...] comum telefonar-se para o ‘Pronto Socorro’, a procura de uma ambulância para transportar um doente e se ouvir, impreterivelmente, a resposta: está quebrada”<sup>847</sup>.

**Figura 96** - Ambulância Ford F-1 na porta do HMC. Era um carro-socorrista do SAMDU, saindo para atendimento



Fonte: *Tok de História*. Acesso em: 12 mai. 2021. Disponível em: [tokdehistoria.com.br/2020/03/30/quando-a-gripe-asiatica-atacou-natal](http://tokdehistoria.com.br/2020/03/30/quando-a-gripe-asiatica-atacou-natal).

<sup>844</sup> DIÁRIO DE NATAL. A cidade. Natal, 20 ago. 1950.

<sup>845</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu presidente Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade “Januário Cicco” no exercício de 1951. Natal, 1951. p.13.

<sup>846</sup> O SAMDU era expressão de uma política nacional de pronto atendimento pré-hospitalar, que buscava prestar assistência nas residências, sempre contando com a presença de um médico. Cf. SILVA, E. A. C. da Tipple, A. F. V., Souza, J. T. de, & Brasil, V. V. (2010). Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(3), 571–7. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>; Ramos VO, Sanna MC. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005, mai.-jun.; 58(3):355-60.

<sup>847</sup> DIÁRIO DE NATAL. Saúde e “Pronto Socorro”. Natal, 18 jan. 1957.

Talvez, a melhor forma de revelar o quão sensível mesmo era a questão da ambulância para o acolhimento do hospital seja realizar aqui um pequeno descaminho narrativo. Se receber doentes em estado de urgência dependia fundamentalmente do uso de ambulâncias, o caminho dos mortos do necrotério hospitalar ao cemitério do Alecrim parecia inspirar-se em outros tempos. Em 12 de agosto de 1944, o diretor do HMC enviou ao comerciante Teodulo Sena uma carta em agradecimento a sua prestimosa doação para o hospital. De que doação se tratava? A carta foi tornada pública nas páginas do jornal A Ordem:

Exm. Senhor Teodulo Sena

A Sociedade de Assistência Hospitalar, cumprindo o nobilíssimo dever de agradecer o valioso auxílio que acabais de prestar á mais antiga instituição de assistência publica do Estado, o Hospital “Miguel Couto”, vem ao mesmo tempo render-vos uma homenagem pela espontaneidade do vosso gesto filantrópico, tanto mais eloquente quanto digno de encômios porque, num período de trinta e cinco anos, nunca aquela Casa de Caridade recebeu uma esmola, de quem quer que fosse; e a vossa oferta de um lindo animal para a tração do carro fúnebre, que levará os mortos daquele estabelecimento para o Cemitério Público, fala do vosso espírito bem formado e muito mais da bondade do vosso coração.

Anda-se tão desabituado a atitudes de tal natureza, que eu me envaideço por que vos engrandecesstes.

DR. JANUARIO CICO – Diretor.<sup>848</sup>

Enquanto a aceleração dos tempos se fazia urgência de atendimento com o carro-socorrista, versão motorizada da família das antigas ambulâncias-voadoras<sup>849</sup>, o corpo inerte dos mortos fazia sua despedida do hospital na marcha lenta e cadenciada da tração animal de outra temporalidade.<sup>850</sup> Chegava-se na porta ao som da cirene e do barulho do motor; saía-se, nos fundos, ao silêncio do desfilar discreto de um “lindo

<sup>848</sup> A ORDEM. Uma carta do Diretor do Hospital Miguel Couto ao Sr. Teodulo Sena. Natal, 29 ago. 1944, p.3.

<sup>849</sup> Apelido dado pelo médico e cirurgião do exército napoleônico Dominique Jean Larrey (1766-1842) a uma unidade de transporte por ele mesmo projetada para resgatar os feridos ao fim dos conflitos. Era de madeira leve, com rodas pequenas e teto arredondado para evitar acúmulo de água de chuva, sendo puxado por dois cavalos emparelhados. Essa disposição do veículo dotava-o de boa velocidade na tarefa de atender os feridos de guerra. Cf. SILVA, Elizângelo Aparecido Costa da; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; SOUZA, Joaquim Tomé de; BRASIL, Virgínia Visconde. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], 2010;12(3):571-7.

<sup>850</sup> As despesas com o funeral não estavam previstas nos contratos e aditivos entre a SAH e o Estado. Assumidas normalmente pelo hospital, seu ônus pelo nosocômio era, contudo, questionado frequentemente aos poderes públicos. As cláusulas do contrato falavam em “assistência gratuita aos pobres”, deixando em aberto este detalhe do funeral e do enterramento.

animal”. Experiência de disjunção fantasmagórica da condição hospitalar<sup>851</sup>: o corpo doente na promessa da saúde-futuro tendo nos calcanhares o espectro da morte-passado. A temporalidade da ambulância quebrada lembrava a da tração do carro fúnebre: dupla assombração para um “hospital moderno”, sempre atravessado (ameaçado) por múltiplas temporalidades que o atormentavam.

Dessa maneira, com as ambulâncias do Pronto Socorro e do SAMDU, disponibilizava-se ao público - nos casos mais graves, ao menos – o acesso mais imediato aos serviços hospitalares do HMC. Eram uma extensão das atividades hospitalares, e buscavam atender casos de urgência de modo a antecipar os cuidados com o doente já de imediato, preparando-o, caso necessário, para a assistência no próprio estabelecimento hospitalar.

Nos anos 1930, o Serviço Externo incluía a realização de pequenas cirurgias, aplicava injeções, produzia consultas, fazia curativos e aparelhos gessados, aviavam-se receitas e solicitavam-se exames de radioscopia, predominando no atendimento do Pronto Socorro a assistência cirúrgica.<sup>852</sup> A partir de 1939, os casos de serviço externo começaram a formar um padrão nas entradas hospitalares: eram vítimas de armas de fogo e ferimentos com armas brancas, acidentados fraturados, luxações, amputações e queimaduras<sup>853</sup>.

**Figura 97** - Demonstrativo do Pronto socorro em 1938

Hospital de Caridade "MIGUEL COUTO"	
RIO GRANDE DO NORTE.	
Natal, 31 de Dezembro de 1938.	
QUANTO DEMONSTRATIVO DO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DE CARIDADE "MIGUEL COUTO" DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, NO PERÍODO DE 1º DE JULHO DE 1937 A 30 DE JUNHO DE 1938.	
Ferimentos por arma branca	13
Ferimentos por arma de fogo	6
Queimaduras	5
Fraturas simples	6 (ligadas) - 6 (abertas)
Fraturas expostas	4 (ligadas) - 4 (abertas)
Varizes eczematias	10
Pequenas operações	25
Internados em operações	3 - 79
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>65</b>
(Operações com variáveis)	2
(Mortes)	2
(Sem alta)	3 - 79

Natal, 31 de Dezembro de 1938  
 [Assinatura]  
 Chefe do Serviço

Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório da SAH.

<sup>851</sup> KLEINBERG, Ethan. *Historicidade espectral: teoria da história em tempos digitais*. Tradução e apresentação de André da Silva Ramos. Vitória: Milfontes, 2020. p.13. (Coleção Fronteiras da Teoria; v.5.)

<sup>852</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório apresentado ao governo do estado pelo Diretor-médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1º de julho de 1937 a 30 de junho de 1938. Natal, 1938. n.p.

<sup>853</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório apresentado ao governo do estado pelo diretor-médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 1939. Natal, 1939. n.p.

Em 1941, os casos de ferimentos causados por armas superava os de fraturas e luxações: o quadro demonstrativo do PS, sob a chefia do médico Álvaro Vieira, registrava cerca de 29 ocorrências envolvendo armas (12 de fogo e 17 brancas) contra 15 provocadas por choques diversos (fraturas do fêmur, tíbia, omoplata, abóbada craniana, clavícula, costelas, luxação do cotovelo, clavícula e escápulo-humeral).<sup>854</sup> Nos demonstrativos do hospital, os serviços de ambulatório e pronto socorro passaram a registrar predomínio dos traumatismos<sup>855</sup> (choques e acidentes), numa mudança de regime que parece estar relacionado com a própria expansão do modo de vida urbano, as novas formas de trabalho, a circulação de veículos automotores particulares e o transporte de massa, estimulados pela presença norte-americana na Segunda Guerra, que aumentou o contingente populacional e fez circular jipes, caminhões, motos e ônibus entre a Base Aérea de Parnamirim Field e Natal. Com a intensificação do trânsito de veículos e, por conseguinte, do fluxo da vida cotidiana, sobrevieram os acidentes diversos e as desordens da saúde típicas de todo um *modus vivendi* da modernidade. No relatório escrito em 1942 pelo diretor da SAH, enumeraram-se alguns atendimentos do PS que marcavam as novas “condições de morbidade”:

Na sua generalidade, o Pronto Socorro é quase sempre todo ele dependente de cirurgia de urgência, reclamada pelos acidentes no trabalho, de rua, por desastres de automóvel, caminhão, ferimentos por armas de fogo, arma branca, queimaduras, luxações, fraturas, envenenamentos, hemorragia, tal qual a cirurgia de guerra e por isso dispendiosa, exigindo intervenção imediata.<sup>856</sup>

Os traumatismos que passaram a lotar o PS não diziam respeito apenas aos promotores dos acidentes. Jovens pedestres, e até mesmo crianças, acabavam “colhidos” (como escreviam os jornais, à época) no meio desses acontecimentos. As notícias

---

<sup>854</sup>APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório apresentado ao governo do Estado pelo Diretor-médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, Dr. Januário Cicco, referente ao exercício de 1941. 31 de dez. 1941. Natal, 1941. n.p.

<sup>855</sup> Falando a partir de uma história das sensibilidades, o historiador Jean-Jacques Courtine destacou a uma centralidade das emoções na vida psíquica dos indivíduos ao longo do séc. XX. Nesse movimento de expansão das emoções no interior da existência social das comunidades, Courtine apontou três modalidades essenciais dessa propagação, uma das quais foi o “polo do trauma”, na medida em que o período foi marcado por uma “brutalização extrema da parte sensível dos indivíduos que o viveram”. (COURTINE, Jean-Jacques. Introdução: o império da emoção. In: COURTINE, Jean-Jacques (dir.). *História das emoções*: 3. Do final do século XIX até hoje. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2020. p.12.)

<sup>856</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exm. Snr. Interventor Federal Dr. Rafael Fernandes Gurjão pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto” em 1942. Natal, 1942. p.14.

normalmente provinham da clínica cirúrgica. Em 1946, conduziam a clínica dois cirurgiões, que já haviam realizado mais de 1573 intervenções, quando receberam no PS uma jovem gravemente acidentada:

Não sei por que esconder o milagre que a cirurgia obteve numa menina acidentada, de cujo desastre houve fraturas de base e do parietal esquerdo, seguidas de afasia e hemiplegia cruzada; porque, para os cirurgiões e para o profano a cura foi dramática, após a descompressão, isto é, depois da craniotomia e levantamento do coágulo, voltando a palavra e os movimentos, 48 horas depois, e a cura radical dentro de trinta dias.

Si houve louvores aos cirurgiões, pela habilidade e segurança de técnica, houve também hosanas á vitalidade da menina, ás suas condições personalíssimas, á fortaleza dos seus 15 anos de bôa saúde.

Oxalá não seja a cura entremeiada por sequelas que, ás vezes, causam apreensões.

As mudanças nas formas de adoecimento, como podemos perceber nos registros dos atendimentos no Ambulatório e no Pronto Socorro, traziam não apenas novas complexidades na abordagem dos problemas médicos. Elas implicavam um reordenamento da economia do hospital, pois significavam maiores despesas com os pacientes. Para exemplificar as dificuldades de ordem econômica, o relatório da SAH de 1947 argumentou com o caso hipotético de um paciente vitimado por queimadura:

Tira-lo do choque, estabelecer uma terapêutica capaz de salva-lo, sera necessário dar-lhe alguns litros plasma, afora a medicação cardiotonica, renal e tópica. Cada litro de plasma custa 1.000,00 cruzeiros e serão necessários seis ou oito litros para um possível restabelecimento. Só no Hospital das Clínicas, em São Paulo, ou nos dos Estados Unidos será possível essa plasmoterapia gratuita, em larga aplicação, porque dispõem de Banco de Sangue, ou de numeração para essa assistência.<sup>857</sup>

No Ambulatório, prevaleciam os atendimentos das clínicas de oftalmologia e otorrinolaringologia, além da terapêutica dos ulcerosos, crônicos ou incuráveis.<sup>858</sup> Sendo o responsável pelos primeiros atendimentos aos doentes, era o serviço mais frequentado pela população mais pobre, pois se destinava aos problemas mais cotidianos e imediatos, como afecções diversas, infecções, pequenas intervenções (por vezes, cirúrgicas), curativos e aviamento de receitas. Da triagem efetuada pelo Ambulatório e

<sup>857</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital "Miguel Couto", no exercício de 1947. Natal, 1947. p.14.

<sup>858</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital "Miguel Couto" no exercício de 1946. Natal, 1946. p. 42.



pelo Pronto Socorro, saía o contingente dos doentes internos ou hospitalizáveis, que seriam reenviados às enfermarias para o devido tratamento.

**Figura 98** - Demonstrativo dos serviços de Ambulatório e Pronto Socorro no HMC em 1946

SERVIÇO EXTERNO (AMBULATORIO):		SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO:	
Operações de pequena cirurgia . . . . .	132	Operações grandes . . . . .	15
Curativos . . . . .	1.452	Operações médias . . . . .	14
Aparelhos gessados . . . . .	28	Operações pequenas . . . . .	160
Aparelhos provisórios . . . . .	36	Aplicações de aparelhos provisórios . . . . .	128
Injeções endovenosas . . . . .	159	Aplicações de aparelhos gessados . . . . .	103
Injeções intra-musculares . . . . .	672	Receitas aviadas . . . . .	3.593
Receitas aviadas . . . . .	5.155	Radiografias . . . . .	20
Consultas . . . . .	2.981	Radioterapias . . . . .	6
Radiografias . . . . .	16		
Radioscopias . . . . .	32		
Aplicações de radioterapia . . . . .	11		
Aplicações de diatermia . . . . .	38		

Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1946. p.51 e 52.

O perfil, portanto, dos doentes que procuravam o hospital sofreu alterações já no final dos anos 1930. Com o trânsito mais intenso de veículos automotores e o maior número de pessoas circulando pela cidade, o regime das doenças infecto-contagiosas, incluindo as verminoses e as afecções gastrointestinais, cedeu espaço para o dos corpos acidentados, mutilados, violados em sua integridade por uma plethora de traumatismos.

Os jornais noticiavam na coluna “Movimento do Pronto Socorro” os nomes dos atendidos no serviço e suas mazelas: Maria do Carmo com dor, Severino Estevão, de São Paulo do Potengi, ferido à bala durante briga; Antônio Xavier, morador da Av. do Carrasco, ferido à faca; Manoel Joaquim, da Rua 1ª de Janeiro, com a terceira falange esmagada; Rivaldo Galvão, eletricista, com o maxilar inferior ferido em virtude de uma queda enquanto trabalhava...<sup>859</sup> Ou noticiavam brevemente os acidentes, como caso do motorista “Asteclíades de Tal” que, dobrando a Rua Getúlio Vargas, subiu a calçada exatamente na parada do bonde, próximo ao HMC, atropelando Cícero Ferreira, que se encontrava junto a um poste e foi prensado contra a parede pelo caminhão;<sup>860</sup> ou ainda o encontro desditoso entre o vigia da “Standard”, Caetano Ferreira, e o muro da firma José de Erito & Cia, quando, de bicicleta, desviou, assustado, do bonde vindo da Junqueira Aires.<sup>861</sup>

<sup>859</sup> DIÁRIO DE NATAL. Movimento do Pronto Socorro. Natal, 1 fev. 1949.

<sup>860</sup> A ORDEM. O caminhão subiu a calçada e atingiu um popular. Natal, 3 fev. 1948.

<sup>861</sup> A ORDEM. Lamentavel desastre ontem, entre as ruas Juvino Barreto e Junqueira Aires. Natal, 6 mai. 1943.

A julgar pelos números de atendidos nesses serviços, a movimentação dos médicos e pacientes nessas instâncias do hospital devia ser intensa, marcada pela experiência sensorial da violência “nua” das ocorrências, da necessidade e urgência dos encaminhamentos precisos, o que, talvez, inviabilizasse os contatos mais estreitos, a conversação formadora de laços de confiança, o burburinho mesmo das redes de relação informal tão importantes no funcionamento dos hospitais. Pela natureza dos serviços, inferimos que as relações entre médicos e doentes deviam ser atravessadas pela fluidez de uma temporalidade apressada, sem tempo para a “instalação do lugar”, da ritualização dos vínculos entre espaço e comportamentos.

Nessas instâncias primeiras, seja no socorro domiciliar com apoio de ambulância, seja no serviço ambulatorial ou de pronto socorro, o acolhimento tendeu a ser marcado pela imediatez da relação, o pragmatismo dos encaminhamentos e das soluções provisórias. Como triagem, tais serviços de “frente” funcionaram como filtros para os casos atendidos, uma espécie de antessala para os internamentos nas enfermarias, uma ponte com o chamado serviço interno. Arriscamos dizer que não eram espaços da “narrativa”<sup>862</sup>, ou seja, de uma experiência do tempo como ritmo e compasso das coisas, unidade dotada de sentido. Como passagem, seu tempo seria o da “conclusão faltante”<sup>863</sup>, o que as aproximaria daquilo que o antropólogo Marc Augé batizou de “não-lugar”<sup>864</sup>, um espaço de não-identidade, de ausência de história. Daí o silêncio do registro hospitalar, sua impossibilidade quase estrutural de “narrar” o que aconteceu, com início e fim. O registro existente é da ordem da informação, não trabalha narrativamente. A temporalidade dos atendimentos de ambulatório e pronto socorro responde à corrida e não à caminhada. Talvez isso tudo explique nossa dificuldade em relatar práticas concretas de acolhimento, embora nos seja lícito a “imaginação histórica” a partir de alguns indícios.

---

<sup>862</sup> O uso do conceito de narrativa aqui é emprestado do filósofo coreano Byung Chul-Han, que reflete sobre a temporalidade na sociedade atual, que ele chama de “sociedade do desempenho”. Embora sua preocupação seja com um tipo de sociedade distinta daquela com a qual estamos lidando (que seria, na linguagem de Foucault, uma sociedade disciplinar), a discussão sobre um tempo que só passa e jamais sedimenta pareceu-nos bem útil e operacional para pensar o *modus operandi* dos serviços hospitalares de ambulatório e pronto socorro e a ausência mesma de “relatos” de seu funcionamento. Para saber mais, cf.: HAN, Byung-Chul. *Favor fechar os olhos: em busca de um outro tempo*. Tradução de Lucas Machado. Petrópolis: Vozes, 2021. p.11-12.

<sup>863</sup> *Ibidem*, p.13.

<sup>864</sup> Cf.: AUGÉ, Marc. *Não-lugares: introdução a uma antropologia dasupermodernidade*. Tradução de Maria Lúcia Pereira. São Paulo: Papirus, 1994.

Seria útil, aqui, na ausência de relatos escritos desses contatos na sua dimensão mais íntima, uma análise da estrutura morfológica dos serviços, no sentido de cruzar a distribuição espacial das atividades, com modelos de ação específicos dos atores, e os fatores ecológicos (posição na cadeia temporal, símbolos físicos e forma), ou seja, compreender “[...] o sistema de relações que liga os elementos espaciais, físicos e simbólicos à organização da vida do serviço”<sup>865</sup>, o que poderia nos ajudar a construir uma interpretação - ainda que unilateral, pois desprezaríamos a fenomenologia da apropriação - possível sobre o acolhimento nesses momentos do serviço hospitalar. Contudo, tal “sociologia do tempo e espaço” nesses serviços infelizmente nos escapa, uma vez que a documentação disponível silenciou a esse respeito.

Temos notícia, isso sim, de inúmeras reclamações sobre o atendimento ou mesmo a falta dele. Em alguns casos, acusava-se o hospital de não receber determinados pacientes, renunciando simplesmente a atendê-los. A imprensa local, nas suas apertadas colunas diárias, vocalizava os descontentamentos e alimentava a querela, enquanto os relatórios da SAH, por sua vez, buscavam rebater as denúncias. Em geral, os responsáveis pelo hospital contra-argumentavam dizendo que o crescimento da população e da miséria não vinham acompanhados por maiores subvenções do Estado ou do Mesp, da anuidade de sócios ou dos donativos de filantropia social. As inculpações lançadas nos periódicos também foram postas na conta dos “caluniadores de plantão”, que representariam a teodiceia da “maldade humana”.

Em 1937, em artigo assinado por Lucio, no jornal *A Ordem*, pedia-se a continuidade da construção do Hospital dos Operários no Tirol. A justificativa tomava as dificuldades do Miguel Couto:

Ora, todo esse progresso mostra-nos a insuficiência de um único hospital para a cidade. O “Miguel Couto” já não basta para a nossa assistência hospitalar. Os leitos para os pobres, estão, quase sempre, lotados e já não se podem atender novos pedidos. Faz-se preciso outra Casa de Saúde.<sup>866</sup>

---

<sup>865</sup> CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4. ed. Porto: Afrontamento, 2005. p. 103.

<sup>866</sup> A ORDEM. O Hospital dos Operarios. Natal, ano 2, n.506, 21 abr. 1937.

Falava-se explicitamente em superlotação do hospital em 1938, quando se assumia a “falta de capacidade [do hospital] para uma assistência maior”<sup>867</sup> aos doentes internados:

A queixa constante da falta de vagas no Hospital “Miguel Couto” é um apêlo aos poderes públicos para o aumento da lotação daquele estabelecimento, porque as necessidades de assistência crescem de parilha com o desenvolvimento da população.

A maldade humana, a má vontade de uns, a perversidade de muitos e a inveja de outros atribuem-nos qualidades negativas, prejudicando a indigência, sonogando lugar para tratamento de doentes pobres. É desnecessária qualquer justificativa para esmagar tamanha miséria<sup>868</sup>

Em 1943, o problema da lotação persistia, e o HMC admitia expressamente a “recusa de numerosos doentes, que solicitavam uma vaga no Hospital, por falta absoluta de espaço”<sup>869</sup>. Nesse mesmo ano, para solucionar essa deficiência, deu-se início a obras para mais seis enfermarias, que abrigariam cem novos leitos, e isso sem saber exatamente de onde viria o dinheiro para a construção!

Assim, a falta de leitos e as ambulâncias quebradas ou sem gasolina é que impediam o pronto atendimento aos doentes ou acidentados, e a responsabilidade por esses problemas devia ser buscada nas autoridades do Estado, que não subvencionavam adequadamente o hospital, ou mesmo a prefeitura, que não assumia o serviço do Pronto Socorro.

Ocorre que, em outros tantos casos, as notícias nos jornais davam conta também de maus atendimentos pelos médicos de plantão. Em novembro de 1957, o garçom do Bar e Restaurante Flórida, Antônio Domingos Filho, vítima da temida Gripe Asiática<sup>870</sup> (H2N2), peregrinou pela cidade a busca de atendimento. Ardendo em febre, e amparado

<sup>867</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório apresentado ao governo do estado pelo Diretor-médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1º de julho de 1937 a 30 de junho de 1938. Natal, 1938. p.1.

<sup>868</sup> Ibidem, p.7.

<sup>869</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de Contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Interventor Federal Antônio Fernandes Dantas pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. Natal, 1943. p.3.

<sup>870</sup> A Gripe Asiática foi detectada primeiramente na China, em fevereiro de 1957, e se difundiu pelo mundo em duas grandes ondas, cujo pico de incidência se deu em outubro, nos EUA e no Reino Unido. No Brasil, os primeiros casos foram registrados entre julho e agosto, em Uruguaiana no Rio Grande do Sul. Aos poucos, o vírus foi isolado em São Paulo (Instituto Adolfo Lutz), Rio de Janeiro (Instituto Oswaldo Cruz e Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil), Belo Horizonte, (Instituto Ezequiel Dias), Salvador (Instituto Biológico) e Belém (Instituto Evandro Chagas). Uma pesquisa realizada em Porto Alegre concluiu que cerca de 1/3 da população havia sido infectada, principalmente as camadas mais pobres. Cf.: COSTA, Lígia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Rev Pan-Amaz Saude* [online]. 2016, vol.7, n.1 [citado 2021-07-27], p.11-25.

por seu amigo de trabalho, Abel Gomes, o garçom bateu à porta de várias casas de saúde de Natal, sendo recusado, inclusive no Miguel Couto, que o reenviou para o SAMDU, dizendo não receber doentes daquela natureza. Esse último também declinou, o que foi seguido pelo Evandro Chagas. Voltou, então, para casa, e em intensa febre. Não mais suportando a hipertermia, saiu a correr pelas ruas da cidade, em desespero, sendo preso na 2ª Delegacia de Polícia, passando a noite no chão da delegacia. Às 6 horas da manhã do dia seguinte, Antônio Domingos viera a falecer, lá mesmo no solo frio do xadrez, sem qualquer atendimento.<sup>871</sup>

O surto de “Cingapura”, como também era conhecida, foi a maior pandemia depois da “espanhola” (1918), e chegou a matar 4 milhões de pessoas no mundo.<sup>872</sup> Em geral, seus sintomas eram os mesmos de uma gripe leve, mas que podiam redundar em casos de pneumonia ou bronquite. Nesse acontecimento, o medo da doença contagiosa certamente foi o vetor das recusas. Formou-se, na época, o Comitê Estadual de Defesa contra a Gripe, do Departamento de Saúde Pública, que era conduzido pelo médico e secretário Dary de Assis Dantas.<sup>873</sup> O maior problema dizia respeito aos exames, que só eram realizados na Fiocruz, no Rio de Janeiro. Nessa incerteza, diante das notícias alarmistas da imprensa, os próprios estabelecimentos de saúde negaram-se a servir quem vivia servindo. Descontado o medo generalizado da doença, o fato é que Pronto Socorro do Miguel Couto abriu o coro que logo seria seguido pelos demais serviços de urgência da capital.

Pode causar estranheza, à primeira vista, que o estabelecimento hospitalar, até como figura paradigmática do acolhimento, possa trair a própria estrutura da hospitalidade em geral ao negar-se a receber o corpo doente. No caso em tela, é como se o HMC tivesse “se imunizado” como resposta de proteção ante o perigo: a famigerada Gripe Asiática. Contudo, não seria ele mesmo a “comunidade” responsável por acolher os enfermos, formando a *comunnitas* dos corpos adoecidos? Como na medicina, a coletividade hospitalar agiu para antecipar os problemas, isolando ou cercando, antes mesmo do contato, o agente do possível conflito. Paradoxalmente, para proteger a vida

---

<sup>871</sup> DIÁRIO DE NATAL. Garçom foi preso e morreu no xadrez com “asiática”. Natal, 4 nov. 1957.

<sup>872</sup>COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Rev. Pan-Amaz Saude* [online]. 2016, vol.7, n.1 [citado 2021-07-27], p.11-25. p.16.

<sup>873</sup> DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Gripe asiática. Pernambuco, 15 set. 1957, p.7.

em comum, foi preciso negar aquela vida individual exterior: “[...] no existe comunidad desprovista de alguna classe de aparato inmunitario”.<sup>874</sup>

Um tal “dispositivo imunitário”, como acabamos de sugerir, leva-nos a enxergar a in(h)ospitalidade como barreira de defesa que garantiria a normalização da vida hospitalar. Sob a alegação de restabelecer a saúde como identidade biomédica – o corpo são, apto ao trabalho –, o hospital operou a cisão da comunidade dos enfermos, revelou a contragosto as diferenças de proteção imunitária, acabando por desnudar, ainda no mesmo processo, certas práticas de um regime sensorial em que o “[...] contato, a relação, o estar em comum, parece imediatamente esmagado sob o risco da contaminação”<sup>875</sup>.

Ao rechaçar Antônio Domingos, portador da “asiática” (percebamos que, no texto jornalístico, a afirmação da doença não veio de alguma comprovação laboratorial, mas da “suspeita” dos médicos de plantão nos prontos socorros, o que nos autoriza a inferir que outros doentes seriam – ou foram mesmo – recusados), o hospital assumia o medo de borrar ou mesclar as fronteiras, fazendo aparecer, com esse gesto de recusa, a face “hostil”, originária e incontornável da hospitalidade. O garçom era o Outro, o perigo, a ameaça de dissolução da comunidade. Ele revelava a identidade hospitalar como uma “falta”, sendo a exclusão o modo de garantir a linha divisória:

Lo que se teme, en el *munus* “hospitalario” y a la vez “hostil” – según la inquietante contigüidad léxica *hospes-hostis* – es la pérdida violenta de los límites que, confiriendo identidad, aseguran la subsistencia. [...] la comunidad no sólo no se identifica con a *res publica*, la “cosa” comun, sino que es más bien el pozo al que esta corre continuamente el riesgo de resvalar, el desmoronamiento que se produce a sus costados y em su interior.<sup>876</sup>

Em outro caso, em 1959, Abgar Barcellos, funcionário do Banco do Brasil, sofreu um golpe na mão direita, sendo levado por seus amigos, Oswaldo Fernandes Delgado (também funcionário do banco) e José Fernandes Delgado (capitão do Exército Nacional), para o Pronto Socorro do Miguel Couto. Chegando lá, teriam sido mal recebidos pelos funcionários do serviço, e se retiraram para o Socorro de Urgência Nossa senhora das Graças, sendo atendidos pelos médicos Hiran Fernandes e Antonio Montenegro, que fizeram o homem, já ensanguentado, esperar prolongadamente...

<sup>874</sup> ESPOSITO, Roberto. *Immunitas: protección y negación de la vida*. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2009. p.28.

<sup>875</sup> \_\_\_\_\_. *Termos da política*. Comunidade, imunidade, biopolítica. Curitiba: Ed da UFPR, 2017. p.141.

<sup>876</sup> \_\_\_\_\_. *Communitas: origen y destino de la comunidad*. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2012. p.33.

Embora o caso tenha se estendido a outro pronto socorro, ao menos, no último, Abgar recebera atendimento.<sup>877</sup>

Essa ocorrência ganhou ares folhetinescos nos impressos e rádios locais. Na “Nota de esclarecimento” publicada em 8 de janeiro de 1959, publicada no Diário de Natal, Abgar e seus amigos rebatiam as críticas de associações médicas diante das denúncias oferecidas por eles, e que causaram tanta celeuma. Na nota mencionada, eles concluíram do episódio:

- a) que os serviços médicos de socorro de urgência, nesta capital, pecam, mais das vezes, pelo descaso de alguns jovens médicos ainda não cômicos das suas responsabilidades, e que se julgam integrantes de uma família real contra a qual não se pode fazer a menor crítica;
- b) que o povo prejudicado não sabe a quem se dirigir, pois, a “Sociedade de Medicina e Cirurgia” é tão somente, protetora da classe médica não exercendo finalidade de correção e disciplina ao exemplo de outras sociedades congêneres. Este é o nosso protesto feito para o restabelecimento da verdade e em defesa dos nossos nomes.<sup>878</sup>

As conclusões de Abgar Barcellos e seus amigos miravam no suposto “corporativismo” das sociedades médicas da cidade e na imaturidade dos “jovens médicos” que atenderam inadequadamente as necessidades da urgência, o que atenuaria o julgamento negativo sobre o serviço mesmo dos hospitais. A situação de Antônio Domingos, garçom do Restaurante Flórida, poderia seguir também esse caminho: o medo da Gripe Asiática, que amedrontava a população local e impulsionava a venda dos jornais, levou até os profissionais da saúde a negarem atendimento aos casos da doença.

Independentemente da casuística, evidencia-se o fato de a hospitalidade fazer-se in(h)ospitalidade. A lei da hospitalidade dissolveu-se na prática concreta do acolhimento, ou melhor, em sua negação. Conquanto a abertura ao enfermo seja a premissa do hospital, e isso estivesse já entrada da instituição e em seu serviço ambulatorial e de pronto socorro, tratava-se de uma abertura burocrática, de uma recepção passiva ao corpo doente, sem rosto, afastado de qualquer regime sensível que oferecesse visibilidade às “colisões emocionais”. Os cuidados técnicos pareciam marcar a distância e a frieza dos afetos. Ou melhor: deixava-se afetar pelo corpo e seus sintomas e ocultava-se a pessoa e seus sentimentos.

---

<sup>877</sup> DIÁRIO DE NATAL. Nota de esclarecimento. Natal, 8 jan. 1959.

<sup>878</sup> Ibidem.

Talvez pudéssemos alegar, nesse processo, algo como os reflexos de uma deontologia profissional, que ensinava a “regular muito mais as relações dos médicos entre eles ou com o Estado do que as relações com os doentes”<sup>879</sup>. O receio da corporação médica era “menos de ofender sensibilidades do que arriscar processos”<sup>880</sup>. Nesse sentido, os comportamentos observados no hospital dependeriam

[...] tanto de fatores sociais e econômicos, isto é, do estatuto dos pacientes e da redistribuição do cuidado, quanto da suposta sensibilidade dos médicos que exercem em um ou em outro. Em outros termos, como *o hospital da época recebia populações mais modestas, os refinamentos da polidez são ali menos imperativos*.<sup>881</sup>

De fato, as relações que envolvem a fenomenologia da hospitalidade não se curvam a explicações simples e mecânicas. Contrariamente, elas se mostram complexas e, por isso, costumam associar eventos e processos históricos variados. Se Antônio Domingos e Abgar Barcellos (funcionário do Estado e profissional liberal, respectivamente) tivessem seu lugar na vida social e econômica da cidade avaliado como de outro “estatuto”, teriam, porventura, cativado a “sensibilidade dos médicos”?

#### 4.6 NOS RASTROS DA HOSPITALIDADE

Toda essa dinâmica dos primeiros serviços - o corre-corre dos atendimentos, as sirenes de ambulância, os gritos de dor, o trânsito das padiolas, as idas e vindas do corpo médico e as conduções de internamento – operava fundamentalmente segundo critérios de eficiência técnica, dentro daquele modelo biomédico de medicina hegemônico, que discorremos a partir do antropólogo francês David Le Breton. De modo geral, esse paradigma orientou a experiência hospitalar, marcando-o como espaço dominado pela ciência, cada vez mais controlado e eminentemente voltado para as necessidades do corpo na sua dimensão anatomofisiológica. Desse modo,

[...] os avanços da ciência e das tecnologias médicas foram transformando os estabelecimentos de saúde em ambientes cada vez mais controlados e esterilizados, dando primazia a operacionalidade, tendo sido classificados como ambientes médico-técnicos ou hospitalares

<sup>879</sup> CAROL, Ane. Decadências corporais: diante da doença e da morte. In: COURTINE, Jean-Jacques (dir.). *História das emoções*: 3. Do final do século XIX até hoje. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2020. p.407-8.

<sup>880</sup> Id., *Ibid.*, p.408.

<sup>881</sup> *Ibid.*



tecnológicos. Nesta perspectiva, o espaço hospitalar direciona-se para o atendimento das necessidades físicas da parte do corpo a tratar e para redução do risco de exposição à doença – perspectiva patogénica.<sup>882</sup>

Por certo, essa tendência à “tecnicização” do ambiente hospitalar, instada pela incorporação de novas tecnologias e sua correspondente ideologia do “êxito técnico”, parece ter deixado sua digital também nas relações humanas, afinal de contas, como bem afirmou Alain Corbin a respeito da relação entre espaço e sensibilidades, “o ambiente é a linguagem muda da alma”<sup>883</sup>. A gratuidade do acolhimento na figura do hospital moderno, que pensava substituir a antiga *caritas* ou o sentimento da compaixão enquanto “modalidade de afeto” mais dependente da individualidade doadora, trazia os traços de uma secularização dos serviços de assistência social de caráter mais impessoal e coletivamente orgânicos (no sentido durkheimiano).

Essa “operacionalidade” dos serviços hospitalares centrada no corpo físico e na redução dos riscos de contaminação acabou seguindo certa lógica de objetificação do mundo dominante na modernidade, em que, na compreensão de Heidegger, “Só é, ou seja, é reconhecido como existente, o que, dessa forma, torna-se objeto”<sup>884</sup>. Entende-se, assim, o comentário de Norbert Elias acerca da preferência das pessoas por morrer em casa, mesmo sabendo que morreriam mais rapidamente: “[...]o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos”<sup>885</sup>. Nem mesmo o sofrimento mais dramático, aquele *memento mori* a anunciar a nadificação do ser, conseguiu escapar dessa lógica de expurgo das emoções, tendo a sua percepção sensível no ambiente hospitalar cada vez mais reduzida ao silêncio de uma discreta despedida:

Um *acceptable style of dying* é, portanto, aquele que evita as *status forcing scenes*, as cenas que arrancam o personagem de seu papel

<sup>882</sup>COSTA, Sandra Liliana Cardoso da. *O jardim como espaço terapêutico: história, benefícios e princípios de desenho aplicados a hospitais* [Estudo de um jardim terapêutico para o Hospital Pedro Hispano]. Dissertação em Planeamento e Projecto do Ambiente Urbano – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto/ Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2009. p.1.

<sup>883</sup> CORBIN, Alain. *História do silêncio: Do Renascimento aos nossos dias*. Tradução de Clinio de Oliveira Amaral. Petrópolis: Vozes, 2021. p.30.

<sup>884</sup>HEIDEGGER, Martin. *Die Zeit des Weltbildes*. Holzwege. Frankfurt: Vittorio Klosterman, 6. Ed. 1980, p.73-110. parágrafo 24. Traduzido por Claudia Drucker como “A época das imagens de mundo” e disponível no site: [http://imagomundi.com.br/filo/heidegger\\_imagens.pdf](http://imagomundi.com.br/filo/heidegger_imagens.pdf). Acessado em: 4 ago. 2021. Uma leitura que desenvolve sucintamente os diversos momentos dessa reflexão filosófica heideggeriana sobre as imbricações entre a técnica e o pensamento na modernidade pode ser encontrada em: GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. Heidegger e a “metafísica da subjetividade”. In: \_\_\_\_\_. *Narrativas contemporâneas*: Debord, Sloterdijk, Agamben, Han, Lasch, Lipovetsky, Heidegger. São Paulo: CEFA Editorial, 2020. p.13-30.

<sup>885</sup> ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*, seguido de *Envelhecer e morrer*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p.103.

social, que o violam. Essas cenas são as crises de desespero dos doentes, seus gritos e lágrimas e, em geral, todas as manifestações demasiado exaltadas, demasiado ruidosas ou ainda demasiado comoventes, que ameaçam perturbar a serenidade do hospital<sup>886</sup>

Nesse sentido, o acolhimento do ambiente médico-técnico ainda não flertara com a semântica da hospitalidade como “abertura calorosa” ou “recepção amável e generosa”. Isso não significa, por outro lado, que o Miguel Couto não mobilizasse recursos próprios de um processo de “suavização” das relações humanas em um espaço tão dessensorializado.

Alguns discursos e práticas indiciam o ensaio ou a experiência de uma hospitalidade menos rugosa, áspera ou até mesmo hostil. Curiosamente, esses indícios<sup>887</sup> tornam-se rastreáveis exatamente no contexto dos anos 1940, durante o

---

<sup>886</sup> ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. p. 224-5.

<sup>887</sup> Entre os historiadores, não há uma palavra única para designar os materiais usados como informações a respeito de determinada sociedade no tempo e no espaço. Na historiografia, utiliza-se uma variedade de termos, que incluem, por exemplo, as “fontes”, o “registro”, os “vestígios”, a “prova”, o “documento” e tantos outros. Não obstante, mesmo que alguns historiadores de ofício não explicitem ou mesmo desconsiderem a questão, cada vocábulo carrega consigo uma semântica particular e expressa sutilmente uma concepção de História para aquele que o manipula. Assim, “vestígio” está muito próximo do trabalho do arqueólogo, que lida “diretamente” com aspectos da cultura material. Quando escrevo “fonte”, assumo involuntariamente ou não, certa herança renascentista que remete às fontes de água pura, originárias. O mesmo se dá com o termo “prova”, que evoca a realidade do Direito para se referir a todo elemento que atesta a existência e a veracidade de um fato. No caso da palavra “indício”, encontramos inclusive toda uma compreensão e abordagem da história que veio a ser conhecida por “paradigma indiciário”, e que tem no historiador italiano Carlo Ginzburg seu maior expoente. Para ele, o historiador é como um caçador que lê as pistas deixadas no caminho, no sentido de levar em consideração os detalhes secundários e, a partir deles, reconstruir narrativamente o que aconteceu. Quando registramos a palavra “indício” em nosso texto, queremos nos remeter a um sentido mais preciso e menos refinado que o adotado por Ginzburg: não estamos voltados sistematicamente para os “detalhes” como chave para a interpretação de todo um contexto social. Pensamos em “indício” como “prova indiciária”, mais próxima, portanto, à realidade judiciária, indicando uma circunstância demonstrada que sugere a ocorrência de uma outra já passada. No Código de Processo Penal Brasileiro, em seu artigo 239, escreve-se: “Considera-se indício a *circunstância conhecida e provada*, que, tendo relação com o fato, autorize, por *indução, concluir-se a existência de outra ou outras circunstâncias*”. É nesta acepção que a utilizamos: como não temos diversidade de materiais que falemos diretamente sobre o tema da hospitalidade, recorremos aos indícios existentes e um tanto indiretos (mais comprovados) para reconstruir certa possibilidade interpretativa. Trata-se da “prova indiciária” (ainda na linguagem do Direito) que auxilia na “demonstração” de tudo o que o historiador afirma e não somente “o que diz”. Especificamente, os “indícios” são analisados como discursos ou redes de práticas e representações, fornecendo informações e possibilitando demonstrar e fundamentar determinadas interpretações. Para conhecer melhor a discussão, sugerimos como leitura: BARROS, José D’Assunção. *Fontes históricas: introdução aos seus usos historiográficos*. Petrópolis: Vozes, 2019; \_\_\_\_\_. *A fonte histórica e seu lugar de produção*. Petrópolis: Vozes, 2020; \_\_\_\_\_. *Os conceitos: seus usos nas ciências humanas*. Petrópolis: VOZES, 2016; \_\_\_\_\_. *O uso dos conceitos: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2021; BURKE, Peter. *Testemunha ocular: o uso de imagens como evidência histórica*. Traduzida por Vera Maria Xavier dos Santos. São Paulo: Unesp, 2017; GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. Tradução de Rosa Freire d’Aguiar e Eduardo Brandão. São Paulo: Companhia das Letras, 2007; \_\_\_\_\_. *Sinais: raízes de um paradigma indiciário*. In: \_\_\_\_\_. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. p.143-274.

momento traumático da Segunda Guerra. Em um dos documentos da SAH, o relatório de 1942, lemos uma longa dissertação sobre as necessidades do “hospital moderno”, e que revelavam uma concepção mais ampla a respeito dos processos de saúde-doença. Nessa Prestação de Contas, escreveu o diretor da SAH:

[...] um hospital moderno deve possuir salões para os convalescentes, onde palestrarão com os seus médicos e deles receberão conselhos, estabelecendo-se entre toda essa afinidade espiritual que aproxima o beneficiado do benfeitor, o que constitui um dos élos mais elegantes da assistência social.

Salas limpas e decoradas com figuras ilustrativas; jardins e parques bem cuidados se enfileiram a essa parte cultural, tão necessária às curas, preparando o espírito do doente ou do convalescente, para a reconquista da saúde, tornando-o ao mesmo tempo amigo do hospital, e deste modo criando novo conceito sobre a vida nos hospitais. Foi isso o que sempre tentamos organizar, ainda que só de um jardim disponha o “Miguel Couto”; sim, por que é preciso convir que nem só os remédios ajudam a cura, mas também essa coisa imponderável, que é a confiança nos médicos, nos enfermeiros, nas Irmãs de Caridade; no ambiente de conforto, de segurança e de paz, amainando-se desse modo as tempestades do sofrimento, a saudade das esposas que ficaram na casinha humilde, dos filhos que lavram a terra, ou tanger para o chiqueiro a cabrinha que dá o leite para o recém-nascido.<sup>888</sup>

São considerações que passavam a conferir importância a fatores ditos “imponderáveis” e a valorizar “afinidades espirituais” como elementos de promoção da saúde dos doentes internados, e todas elas endossadas por uma sociedade de médicos, sinalizando, dessa maneira, a legitimidade científica desse discurso. Afirmava-se, com isso, que a cura do doente passava pela criação de condições materiais para o estabelecimento de um ambiente mais agradável aos internados e familiares, criando laços de confiança entre médico e paciente. Essa postura, segundo a SAH, estaria em conformidade com a “nova assistência social”, fundamentada no tripé composto por “princípios de solidariedade”, “preceitos científicos” e “sentimento de fraternidade”. Como se pode perceber, abria-se caminho para a inclusão de certos aspectos da cultura sensível (expressas em palavras como “conforto”, “segurança”, “paz”, “sofrimento”,

---

<sup>888</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm. Senr. Interventor Federal dr. Rafael Fernandes Gurjão pelo dr. Januario Cicco diretor da Sociedade de Assistencia Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, em 1942. Natal, 1942. p.7-8.

“saúde”), realçando sentimentos e emoções<sup>889</sup> que, de modo geral, eram até então desconsiderados em termos de ação médico-técnica hospitalar.

O relatório também acrescentou que não havia sido apenas o discurso médico que imprimira essas transformações no regime de afetos da vida hospitalar, nem muito menos tal “virada sensível” fora algo isolado. Segundo a sociedade médica, tratava-se de um processo mais amplo que envolveu a pressão de organizações de trabalhadores e um esforço intelectual de compreensão das novas condições de trabalho naquela realidade socioeconômica. As reformas nas instalações do hospital, efetivadas em 1942, já levavam em consideração a sensibilidade estética, afirmando que urgia “remover a sua fealdade”, do mesmo modo que estimulavam a criação de uma biblioteca<sup>890</sup> para os doentes e um jardim de inverno para os convalescentes.<sup>891</sup> Ainda de acordo com o relatório,

Esta reforma, como feição nova a vários serviços, proporcionando aos doentes meios de educação sanitária e conforto, reflete o pensamento velado nas leis trabalhistas, nos princípios lógicos da sociologia dos nossos dias, vehiculado no conceito de que não há ciência para pobres e ricos, nem doentes, mas doenças.

O governo estabelecendo sindicatos e cooperativas, filiando-os a corporações obrigadas a auxílio mutuo, não fez outra coisa mais compensadora do que nivelar todas as camadas sociais num único plano de assistência coletiva e segurança individual.<sup>892</sup>

Como se pode depreender disso, constata-se aí um discreto movimento de mutação no modo de conceber o processo saúde-doença, passando-se a considerar, a partir de então, elementos subjetivos no tratamento dos pacientes internados. Essa mudança no discurso médico não expressava tão somente uma clivagem na prática da medicina hospitalar, mas um investimento heterogêneo e disperso na sociedade, cujos indícios podiam, dessa forma, ser percebidos também em outras redes de práticas e

---

<sup>889</sup> Seguindo a orientação do historiador Jean Jacques-Courtine, não fazemos aqui qualquer distinção essencialista entre emoção e sentimento, preferindo ver nas expressões sensíveis, de modo geral, um universo fluido que muda com o tempo e lugar, demandando mais adequadamente uma abordagem de ordem genealógica. Seja qual for o vocabulário utilizado, importa-nos efetivamente a dimensão sensorial do contato, dos afetos empáticos, das emoções geradas pela percepção sensível. Ver: COURTINE, Jean-Jacques. Introdução: o império da emoção. In: \_\_\_\_\_ (dir.). *História das emoções*: 3. Do final do século XIX até hoje. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2020. p.11.

<sup>890</sup> Não encontramos, na documentação consultada, outras informações sobre essa biblioteca para os pacientes. Nem sequer sabemos se ela foi efetivamente implementada no hospital. Dispomos somente de uma relação fragmentada de livros de interesse médico, mas que, obviamente, não se destinavam aos potenciais doentes-leitores, respondendo mais às necessidades do Centro de Estudos do HMC.

<sup>891</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas e exposição de motivos..., 1942, p.9.

<sup>892</sup> Ibid.

representações. As exigências no âmbito das leis trabalhistas, conduzidas pelas diversas organizações sindicais, traduziam, a seu turno, essa preocupação geral com a “homem força” ou “homem potencial” na sua dimensão mais imaterial (digamos, ainda que imprecisamente, psicológica), considerada a partir de sua dinâmica na relação com o ambiente.

Exemplo dessa nova postura é o interesse na instalação de “jardins de inverno” no hospital. Sua menção, como vimos, data de 1942. Três anos depois (mas se referindo a 1944), nas atas da SAH, falava-se nos “jardins nas partes descobertas”<sup>893</sup> como parte do movimento de reformas empreendidas pelo hospital, o mesmo se verificando em 1946 (relato sobre o ano anterior), quando novamente eram listados os “jardins de invernos para doentes”<sup>894</sup>. Não sabemos ao certo de quantos jardins o hospital dispunha em suas instalações nem sua localização precisa no interior do terreno. Contamos, todavia, com pistas importantes sobre seu uso efetivo: em 1946, descrevia-se a função dos jardins como de “recreio para os doentes”<sup>895</sup>, ou seja, eles serviam para a circulação dos pacientes internados em seu momento de lazer, criando um microclima de tranquilidade durante a recuperação dos doentes. No artigo 79 do Regimento de 1950, permitia-se “passear nos jardins e áreas abertas do Hospital durante as horas de recreio, salvo proibição especial”.<sup>896</sup>

**Figura 99** - Jardim na parte descoberta do HMC



Fonte: Acervo do HCUrb.

<sup>893</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Atas da Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 198, Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 05, Diversos 1960 1909 1967. 21ª Sessão Ordinária, 25 jan. 1945. p.41.

<sup>894</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Atas da Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 198, Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 05, Diversos 1960 1909 1967. 23ª Sessão Ordinária, 31 jan. 1946. p. 43.

<sup>895</sup> Ibidem.

<sup>896</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 830. Regimento Interno do Hospital “Miguel Couto”. Natal: Livraria Cosmopolita Ltda., 1950. p.17-8.

Esse uso terapêutico do jardim fora muito incentivado em sanatórios no século XIX e começo do XX, pois o tratamento da tuberculose (“peste branca”) costumava levar em conta elementos de higiene, ventilação e exposição solar na sua terapêutica. Nos hospícios, o cultivo dos jardins seguia as recomendações médicas de cuidar da saúde mental dos doentes através do contato com ambientes pastoris e a prática da jardinagem. Eram, em geral, locais afastados das áreas urbanas, que visavam proporcionar maior contato com a natureza. Como a arquitetura dominante desses espaços era a pavilhonar, instruída pela Teoria dos Germes, os jardins abertos aí construídos funcionavam como lugares para a realização de terapias ocupacionais, com hortas, músicas, trabalhos manuais e outros prazeres. Eram espaços desenhados especificamente para essa finalidade.<sup>897</sup>

No Miguel Couto, esses jardins tinham sua ambição terapêutica reduzida a espaços de recreação, passeio livre e contato simples com as plantas. Como viemos argumentando até aqui, a presença desses “oásis” no hospital extrapolava o regime das práticas médicas, conectando-se a outros discursos e dispositivos<sup>898</sup> em curso naquele momento. Em nosso entender, a presença dos jardins obedecia a um triplo movimento: respondia a preceitos estéticos e filosóficos, importados da Europa, que viam nesses ambientes artificiais o domínio do homem sobre a natureza (por extensão, do homem sobre a doença); ligava-se a motivos propriamente urbanísticos, buscando “integrar” o espaço hospitalar ao restante do ambiente urbano, perspectiva nova de inclusão do hospital, de interiorização do espaço de cura na malha da urbe, resultado de um novo olhar que enxergava agora o nosocômio hospitalar como lugar de produção da saúde, e, portanto, necessário ao bom funcionamento de uma sociedade de cidadãos; e fundava-se

---

897COSTA, Sandra Liliana Cardoso da. *O jardim como espaço terapêutico: história, benefícios e princípios de desenho aplicados a hospitais* [Estudo de um jardim terapêutico para o Hospital Pedro Hispano]. Dissertação em Planeamento e Projecto do Ambiente Urbano– Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto/ Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2009. p. 27-8.

898 Tomamos emprestado o termo dispositivo no sentido em que o filósofo Michel Foucault o empregou: “[...] conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (FOUCAULT, Michel. Sobre a sexualidade. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.p.137). O conceito aparece na década de 1970, na chamada fase genealógica, quando Foucault deslocou sua atenção para a questão do poder, desejando entender, sem se remeter ao aparelho de Estado ou ideologias, os mecanismos de dominação: “discursos”, “instituições”, “práticas” e “táticas instáveis”, isto é, técnicas, estratégias e formas de assujeitar desenvolvidas pelo poder (REVEL, Jacques. *Dicionário Foucault*. Rio de Janeiro: Forense, 2011. p.43 e 44). Assim, aplicamos o vocábulo aqui no seu uso *latu senso*, primeiro, menos formalista que aquele manejado depois por Foucault após a publicação de *A vontade de saber* (1976), em que operou uma teorização completa sobre o dispositivo.

em critérios médicos de salubridade, que costumavam associar os jardins a ambientes aerados, capazes de dispersar os agentes patogênicos.<sup>899</sup>

Além de introduzir uma nova sensibilidade em relação às plantas, em particular árvores e flores, o jardim operava uma função de tornar o ambiente do hospital familiar, levando o paciente a se identificar com o espaço. Aqui atuaram os mecanismos daquilo que nós chamaremos de *dispositivo familiar*, que intentou produzir nos saberes sobre o hospital o efeito de ‘lugar de encontro’, de ‘proximidade’, de ‘laço familiar’. O dispositivo familiar é um conjunto de táticas e estratégias que buscavam assujeitar os indivíduos da cidade a uma determinada configuração urbana específica daquelas décadas iniciais do séc. XX. Natal ainda carregava as referências a modelos familiares, ao espírito de comunidade, que produzia efeitos positivos de acolhimento, recepção e proteção que a noção de família pode oferecer:

(...) a cidade ideal era moderna, arejada, limpa, com ruas retas e largas, longe dos vícios e dos antros de vícios, longe das doenças. Era o espaço da família, das boas vizinhanças, da higiene, e ar assim que se pretendiam as cidades, era assim que as elites e os governos pretendiam a cidade do Natal.<sup>900</sup>

Essas tentativas de integração do hospital ao espaço urbano acompanham um largo movimento que se desencadeou no século XX, buscando destruir a antiga imagem de hospital-doença:

Os hospitais urbanos cessaram progressivamente de representar potenciais focos de infecção. O número de leitos hospitalares tende a diminuir. O hospital, que antigamente se refugiava do mundo atrás de seus altos muros, abre-se à cidade e se organiza em torno de uma rua comercial onde se acotovelam profissionais de saúde e pacientes. As tentativas de hospital-dia, e depois de tratamento em domicílio, duzentos anos depois da reinvidicação da abolição dos hospitais, corroboram a ideia de uma coabitação fraternal, ou até de uma equivalência entre enfermos e saudáveis.<sup>901</sup>

O próprio Plano da Cidade Nova já previa a construção de ruas e avenidas arborizadas, bem como praças ajardinadas, que se baseava em modelos europeus, como

---

<sup>899</sup> GAMA-ROSA COSTA, Renato da. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, passim 123-127.

<sup>900</sup> VIEIRA, Enoch Gonçalves. *A construção da natureza saudável em Natal (1900-1930)*. Dissertação (Mestrado em História) - defendido no programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2008, p.111.

<sup>901</sup> MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: COURTINE, Jean-Jacques (Dir.). *História do corpo: as mutações do olhar. O século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p.17.

a Paris do Barão de Haussmann, espelhando os ideais da cidade-jardim propostos por Ebenezer Howard na década de 1890.<sup>902</sup> Esta febre das praças ajardinadas aportava também na cidade do Natal no final do século XIX e começo do XX, conforme analisou o historiador Raimundo Arrais:

Foi na construção de jardins nas praças da cidade que se deu fortemente essa convergência entre o zelo sanitarista e a busca do prazer estético. Os jardins, espaços públicos dotados de arborização, bancos, chafarizes e pequenas edificações como quiosques japoneses ou pagodes chineses (tributos prestados ao espírito cosmopolita do fim de século), estátuas e monumentos proporcionavam aos moradores um ambiente público aprazível para passeios e deleite artístico com as exibições das bandas de música.<sup>903</sup>

E a iniciativa não provinha somente do Estado, mas a própria população se engajava na construção desses jardins, mostrando o quanto esta “sensibilidade” estava difundida entre os habitantes da cidade:

Ainda no final do século, alguns moradores das vizinhanças da Praça André de Albuquerque, na Cidade Alta, estavam reunindo recursos para construir um jardim que deveria dispor de bancos e de um caramanchão. O governador prometia ao público ‘uma boa praça, formosa e saneada’. O jardim foi concluído em 1909, com projeto do arquiteto Herculano Ramos, incluindo um pavilhão central e um coreto de ferro, além de uma fonte encomendada da Europa, ‘toda em ferro fundido e de alto valor artístico’.<sup>904</sup>

Embora o jardim do HMC parecesse evocar, para alguns, simples geometria de disposição das plantas, ele participou do largo e um tanto difuso movimento de acolhimento dos “vegetais” no espaço urbano, de paisagem para descanso da visão (estética), de fatores de saúde (ar limpo) e sociabilidade. É importante frisar que sua instalação no espaço hospitalar não era propriamente resultado de um desenho arquitetônico orientado pelos princípios do jardim terapêutico; parecia ser mais um lugar de repouso do “espírito”, propício à meditação e à reflexão, um local de contato com a natureza romanticamente concebida. Era de tal modo assim que sua aparição física no hospital chegou de forma tardia, quando pesamos a evolução dessa prática

<sup>902</sup> THOMAS, Keith. *O homem e o mundo natural: mudanças de atitude em relação às plantas e aos animais (1500-1800)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p.247.

<sup>903</sup> ARRAIS, Raimundo. O mundo avança! Os caminhos do progresso na cidade de Natal no início do século XX. In: BUENO, Almir de Carvalho (Org.). *Revisitando a História do Rio Grande do Norte*. Natal [RN]: EDUFRRN, 2009. p.164-165.

<sup>904</sup> Ibid.



“jardinística” no séc. XX. Ela veio a florescer somente na década de 1940, no exato momento em que sua construção em hospitais começava a ser pouco a pouco - mas não inteiramente – abandonada. De acordo com a arquiteta paisagista Sandra Liliana esse processo de recusa dos jardins acompanhou as longas transformações na ciência e na tecnologia médicas do século passado:

Com grande ênfase na eficiência, as instituições médicas foram transformadas em ambientes controlados, propícios à operacionalidade e às necessidades das equipas médicas. O maior conhecimento acerca da propagação de doenças e os avanços tecnológicos na medicina favoreceram a criação de ambientes completamente esterilizados, pelo que jardins e pátios como partes integrantes do desenho de hospitais começaram a desaparecer (...). Esta tendência aumentou após a II Guerra Mundial devido à expansão dos complexos médicos modernos, ao desenvolvimento da indústria farmacêutica e ao regime de diagnóstico e tratamento baseado em ciência e tecnologia (...). Nos hospitais, o avanço científico da medicina a par de avanços técnicos da engenharia, nomeadamente na construção civil em altura e na utilização de elevadores, e o aumento de procura de uma relação custo-benefício melhor, resultaram em complexos hospitalares (...) mais compactos, mas ao mesmo tempo, com mais capacidade de tratamento (...). A descoberta de novos antibióticos e o avanço da tecnologia nos diagnósticos e cirurgias levou a que a estadia no hospital fosse menor, facto que levou a que a experiência do paciente durante a mesma fosse negligenciada (...). Nos EUA, a par da situação mencionada atrás, eram as 32 próprias companhias de seguros que exerciam pressões no sentido de minimizar as estadias nos hospitais. Estes foram motivos impulsionadores da não concepção dos jardins nestes novos complexos hospitalares (...).<sup>905</sup>

Seja como for - como elemento técnico da prática médica, princípio de engenharia ou mesmo processo civilizador dos costumes -, a construção de jardins implicava, de alguma maneira, uma tentativa de suavização das relações humanas no ambiente urbano, educando as sensibilidades na contramão de um modo de vida em que a velocidade e as máquinas passariam a ditar o ritmo.<sup>906</sup> No hospital, a terapêutica pela proximidade com a natureza, ainda que aparentemente não tenha seguido qualquer linha de continuidade no decorrer das reformas, parecia expressar esse movimento mais amplo.

---

<sup>905</sup>COSTA, Sandra Liliana Cardoso da. *O jardim como espaço terapêutico: história, benefícios e princípios de desenho aplicados a hospitais* [Estudo de um jardim terapêutico para o Hospital Pedro Hispano]. Dissertação em Planeamento e Projecto do Ambiente Urbano– Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto/ Faculdade de Arquitectura da Universidade do Porto, 2009. p.31-2.

<sup>906</sup> Cf. ROSA, Hartmut. *Aceleração: a transformação das estruturas temporais da Modernidade*. Tradução de Rafael H. Silveira. São Paulo: Unesp, 2019. [Especialmente a Parte II: Efetuação e formas de manifestação: uma fenomenologia da aceleração social, caps. 4, 5 e 6.]

Outra pista que assinalava essa mutação sensível no interior do hospital pode ser encontrada na própria linguagem utilizada nos documentos. Quando se queria afirmar que um paciente havia sido recebido pela instituição, a palavra comumente usada para descrever tal situação era a de “recolhido”<sup>907</sup>. Dizia-se: “Fulano foi recolhido ao hospital”... Havia, de certo, uma lógica geral para isso, se voltarmos nossa atenção, por exemplo, para as notícias veiculadas nos jornais locais. Para os acidentados nas ruas, como os muitos encontros desditosos entre carros e pedestres, os periódicos informavam que determinado passante fora “colhido”, equivalendo a algo como “apanhado de súbito”, em referência a um acontecimento inesperado ou imprevisto. Com efeito, seguindo o processo de derivação prefixal da palavra, a entrada do acidentado (doente em geral) no hospital correspondia ao seu “re-colhimento”. Percebe-se, a partir daí que o “modo de receber” tinha sua dinâmica de sentido estreitamente vinculada a certa mecânica do movimento-choque, com suas relações puramente de causa e efeito.

No Regimento Interno de 1943, esse vocabulário passou a dividir espaço com outras palavras, com destaque para o uso do termo “cuidado”<sup>908</sup>. No capítulo 19, em seu

---

<sup>907</sup> O vocabulário teve largo uso nos relatórios da SAH. Ainda nos anos 1950, encontramos sua presença para descrever os pacientes que eram recebidos pelo hospital.

<sup>908</sup> A palavra “cuidado” guarda uma rica polissemia e não daríamos conta neste texto de fazer sua complexa genealogia histórica. Alguma conceitualização, todavia, deve ser feita para bom entendimento da apropriação à que damos curso aqui. Na literatura americana sobre enfermagem, a palavra “caring” (cuidado) apresenta pelo menos cinco significados: característica humana, imperativo moral ou ideal, afeto, interação interpessoal e intervenção terapêutica (GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. Assistir/cuidar na enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. UFMG, 2(1):2-8, jan./jun., 1998). Percebe-se nesse rol a predominância de aspectos comportamentais, isto é, ligados ao ser cultural, social e ético do doente, em contraposição às observações mais mecanicistas sobre o corpo físico/orgânico. Entre os gregos antigos, havia uma tal distinção: cuidado-*terapia*, que considerava a pessoa na sua complexidade e incorporava no cuidado a dimensão espiritual da experiência; e o cuidado-*iatreia*, exclusivamente voltado para as aflições do corpo. Em inglês, realça-se essa diferença a partir dos vocábulos “care” e “cure”. Ainda na língua inglesa, algo semelhante ocorre nos usos de “disease” e “illness”: o primeiro costuma referir-se à ruptura do equilíbrio orgânico (equivalente a “cure”), enquanto o último remete ao processo de elaboração do significado da doença (mais próximo de “care”). Com base nisso, podemos ampliar nossa compreensão dizendo que haveria, com efeito, um “cuidado genérico” e um “cuidado técnico”, este último caracterizado pela cientificização das ações de assistir/cuidar (prática, ensino e pesquisa), formalmente deixado nas mãos dos profissionais da enfermagem. Considerando o contexto histórico com que estamos lidando, entre 1930 e 1950, essa tarefa dos cuidados de enfermagem ainda era muito ligada ao trabalho feminino e ao imaginário da maternidade em que se via mergulhada, sendo tal tarefa ocupada em maior parte por mulheres mais pobres da comunidade, inclusive parceiras locais. Os cursos eram realizados nos hospitais e ministrados pelos médicos da própria instituição, que ensinavam aspectos técnicos básicos da atividade, sempre de caráter mais manual, prático, dentro daquela divisão do trabalho intra-hospitalar típica entre médicos e corpo de enfermagem. Assim, pensamos que o “cuidado hospitalar” na temporalidade à que aludimos abrangia essencialmente uma dimensão de relação interpessoal afetiva (emoções e sentimentos), que as mulheres selecionadas para o trabalho já traziam, por assim dizer, daquela subjetivação mais geral que a sociedade reproduzia sobre o binômio mulher-infância. Havia, obviamente, no processo de aprendizagem, forte ênfase na disciplina dos doentes no espaço do

artigo 150-b, orientava-se às enfermeiras “tratar as gestantes com todo *esmero, paciência e carinho*”<sup>909</sup>, enquanto às parteiras, o artigo 151-b recomendava “*cuidar carinhosamente* de todas as enfermas e ocupar-se *desveladamente* dos recém-nascidos [...]”<sup>910</sup>. E essa expressão normativa da hospitalidade como cuidado estava presente em outras seções do documento. Da administradora do hospital (cap. 11, art. 76-h), por exemplo, esperava-se “*cuidar carinhosamente* de todos os doentes do estabelecimento”<sup>911</sup>; e do Diretor-médico (cap.3, art.17-q), “visitar assiduamente os doentes internados [...], indagando do seu estado e tudo envidando para o *conforto* dos mesmos”<sup>912</sup>. Não façamos dessas pinceladas, contudo, a obra acabada. É preciso relativizar tais signos: o documento completo era composto de 23 capítulos e 179 artigos, e certamente o “espírito” do vocabulário esboçado acima ficava longe de inspirar o restante do texto. Uma lexicometria simples o revelaria.

Não obstante o reconhecimento dessas limitações, a emergência de uma vaga orientação para o “cuidado” é significativa, visto que ela sinaliza, a despeito da timidez com que se insinua, uma proposta distinta daquela do modelo biomédico redutor, sugerindo a revalorização da dimensão da personalidade no tratamento médico-hospitalar. E essa era, aliás, a marca típica de uma divisão técnica do trabalho nos hospitais, que fazia da enfermagem o lugar do cuidado no sentido de lidar mais com os elementos que rodeavam os doentes, comumente os aspectos ligados ao ambiente, à ventilação e à limpeza:

[...] a prática de enfermagem e a prática médica que eram independentes, no "novo hospital" passaram a agir no mesmo espaço geográfico e social. O saber médico começou a se estruturar tendo como objetivo o corpo do doente e a enfermagem centrou-se no ambiente, em consonância com os conceitos de Nightingale. Na maioria das vezes, o treinamento técnico das enfermeiras era dado

---

hospital, mas o caráter moral e de sensibilidade ao sofrimento do outro tinha seu relevo. É a esse envolvimento que nos referimos quando manejamos o conceito de cuidado como modo de relação pautado numa ordem de contato não exclusivamente técnico-terapêutico, quase que num sentido cotidiano, corrente: “cuidar é tornar-se responsável por algo ou alguém, preocupar-se, empenhar-se, dedicar-se a alguma coisa” (MORTARI, Luigina. *Filosofia do cuidado*. Tradução de Dilson Daldoce Júnior. São Paulo: Paulus, 2018. p.11). O cuidado como a introdução de práticas de um código sensível (ainda que tecnicizado) mais íntimo e emocional instalado no espaço hospitalar, que devia conflitar, em certa medida, com o tratamento asséptico da medicina mecanicista.

909 APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 830. Sociedade de Assistência Hospitalar. Novo regulamento do Hospital Miguel Couto. Natal, 1943. p. 22.

<sup>910</sup> Ibid.

<sup>911</sup> Ibid., p.13.

<sup>912</sup> Ibid., p.5.

pelos médicos. Os procedimentos manuais foram delegados às enfermeiras.<sup>913</sup>

Como o corpo do paciente tinha de ser submetido a constante observação, e o médico não podia permanecer muito tempo no hospital, as enfermeiras realizavam esse papel de cuidar permanentemente do enfermo, examinando-o segundo as orientações deixadas pelos doutores.<sup>914</sup> Estamos falando aqui, é claro, de uma enfermagem ainda recrutada emergencialmente entre as mulheres pobres, com um contingente menor delas entre as chamadas “moças de boa família”, de modo que a formação se dava eminentemente na prática hospitalar, onde imperavam as atividades manuais.<sup>915</sup> Queremos dizer, com tudo isso, que os traços de hospitalidade no HMC deviam estar mais próximos da atividade técnica da enfermagem, dado o “contato” mais duradouro com o paciente nos aspectos mais cotidianos de sua existência.

Esse lineamento dos cuidados “profissionais” a cargo das enfermeiras evidenciava-se melhor nas diretrizes traçadas pelos regimentos internos da instituição. No seio dessas normas, podemos acompanhar até uma certa mudança nos comportamentos esperados dos doentes hospitalizados. No começo do séc. XX, o silêncio ainda estendia seu império no hospital. Os deveres dos enfermos, por exemplo, sublinhavam explicitamente essa disciplina, quando exigiam dos internados a insonorização do “mudo descende ao leito”<sup>916</sup>, e advertiam para não “gritar, altercar, jogar ou fumar, e guardar completo silêncio das oito horas da noite às seis da manhã”<sup>917</sup>. Passear nos corredores, alpendres, pátios ou jardins do hospital eram possibilidades, desde que os hospitalizados estivessem “decentemente vestidos” e devidamente autorizados pelos médicos, e sem adentrarem outros leitos e enfermarias.<sup>918</sup> No pós-guerra, ainda se observava o “silêncio e a rigorosa normalidade (?)”, como se escrevia no regimento de 1950. Assim, proibia-se fumar, jogar cartas, andar em trajes menores, fazer reuniões,

<sup>913</sup> GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. Assistir/cuidar na enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. UFMG, 2(1):2-8, jan./jun., 1998. p.4.

<sup>914</sup> KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006; 59(esp): 403-10. p.407.

<sup>915</sup> Nos anos 1950, encontramos uma agremiação que representava a classe: o Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde no Rio Grande do Norte, como mostram memorandos (sobre recibos e duplicatas) da SAH (Caixa 0792 do APE/RN), o que já mostrava um certo “sentido” de classe e o caminho em direção à profissionalização da atividade laboral, que passou a exigir cada vez mais a diplomação de determinados trabalhadores em saúde hospitalar.

<sup>916</sup> Inspeção Geral de Higiene e Assistência Públicas. Regimento Interno do Hospital de Caridade Juvino Barreto. Natal, 4 set. 1911. Cap.10, art.31, §1º.

<sup>917</sup> *Ibid.*, art.33, §3º.

<sup>918</sup> *Ibid.*

deitar-se calçados, fazer permutas ou cessões de alimentos<sup>919</sup>. Ampliava-se, contudo, as possibilidades de deslocamento do paciente, incluindo passear em áreas abertas, sair para negócio urgente e frequentar a biblioteca.<sup>920</sup> Em todas essas situações, lá se faziam presentes os (as) herdeiros (as) de Florence Nightingale operando a necessária “tecnologia disciplinar”.

O discurso médico, a construção de jardins, os cuidados de enfermagem... todos sinalizavam, a seu modo, para uma silenciosa penetração de práticas de hospitalidade mais suavizadoras das relações eminentemente técnicas que predominavam no ambiente médico-hospitalar do HMC. Eram, em verdade, duplamente silenciosas: entravam no cotidiano hospitalar travestidos de tecnicidade, sem aviso prévio ou mesmo teorização sistemática; podiam ser capturadas, como tentamos fazer até aqui, um tanto indiciariamente, em rastros fugidios, incompletos, de difícil interpretação.

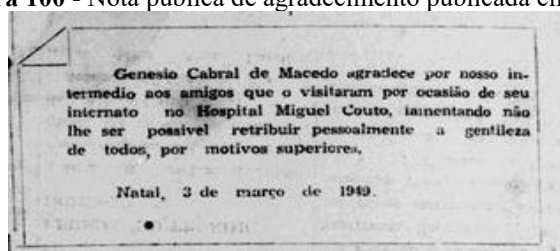
Entrementes, há outras pistas significativas em que as “vozes” dos doentes soaram audíveis, ou melhor, legíveis em nossa documentação. Tratava-se de notas de pacientes, então publicadas nos jornais, agradecendo as visitas dos amigos no hospital e os cuidados efetuados pelos médicos. O texto das notas costumava ser bem formal, sem arroubos ou pitadas de emocionalidade explícita, mas revelavam sentimentos de gratidão, reciprocidade, uma prova de certa proximidade afetiva entre médicos e doentes, além de simbolizar, para aquela sociedade em rápido processo de urbanização, certo código de civilidade característico das novas relações comunitárias. Devemos acrescentar a tudo isso que tais notas – encaradas como mensagens em um sistema de comunicação - podiam acabar funcionando também como elemento de propaganda acerca do hospital e de seus serviços: do ponto de vista gráfico, o material era enquadrado por um retângulo formando uma espécie de bilhete, o que lhe conferia destaque em relação aos demais conteúdos.

---

<sup>919</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Sociedade de Assistência Hospitalar. Caixa 830. Regimento Interno do Hospital Miguel Couto. Natal: Livraria Cosmopolita, 1950. Cap.15, art. 78.

<sup>920</sup> Ibid., cap.15, art.79.

**Figura 100** - Nota pública de agradecimento publicada em jornal



Fonte: A ORDEM. 3 mar. 1949

Em 27 de julho de 1937, por exemplo, Joaquim Barbosa Romeiro fez questão de agradecer publicamente a intervenção médica no HMC:

Agradeço de publico ao dr. Raul Fernandes, clinico nesta capital, os serviços que tão generosamente prestou á minha mãe, Anna Lopes Barbosa, numa operação de catarata, effectuada no Hospital Miguel Couto, em princípio do corrente mez, da qual se acha completamente restabelecida.<sup>921</sup>

Um mês depois, em agosto de 1937, o diretor do circo Valparaízo, Alexandre Stringhiny, também deixava seu pleito de gratidão aos médicos do Miguel Couto, coincidentemente citando o mesmo médico que atendera a mãe de Joaquim:

Torno publico o meu agradecimento ao dr. Raul Fernandes e demais clínicos do Hospital Miguel Couto, irmãs de Caridade e pessoas eu me visitaram durante o tempo em que ali permaneci, do qual sahi curado graças ao esforço do dr. Raul, que me tratou desinteressadamente. Hoje sigo para Lages, retornando á minha profissão de Director de Companhia de Circo.<sup>922</sup>

Em mais uma dessas notas, em janeiro de 1939, foi a vez de outro doente render o seu preito:

Maximo Medeiros vem, muito sinceramente, por este meio, agradecer, em seu nome e no de sua esposa, Maria Joana de Medeiros, a todos que tiveram a gentileza de visita la durante os dias de sua estada no hospital Miguel Couto desta capital, em vista de não poder faze-lo pessoalmente, como desejava. Apresenta, especialmente, ao ilustre operador, Dr. José Tavares da Silva, o seu muito reconhecimento, pela suma bondade e fidalguia de trato que muito o penhoraram.<sup>923</sup>

Essas notas de agradecimento simbolizavam o reconhecimento social acerca da instituição médico-hospitalar e dos seus prestadores de serviços, o que se comprova

<sup>921</sup> A ORDEM. A pedidos. Natal, 28 jul.1937.

<sup>922</sup> A ORDEM. Natal, 26 ago. 1937.

<sup>923</sup> A ORDEM. Agradecimento. Natal, Ano 4, n.1026, 10 fev. 1939.

pelas inúmeras e frequentes citações nominais aos médicos e suas especialidades. Em 1941, por exemplo, Cândido de Medeiros saudava, na nota “Gratidão”, a pelo menos quatro médicos (!) do HMC: os cirurgiões Travassos Sarinho (cirurgia geral), Pedro Segundo (especialista em vias urinárias-proctologia e sífilis) e Etelvino Cunha (vias urinárias e partos), além de menção ao diretor do HMC, o médico Januário Cicco<sup>924</sup>

Em cada uma delas, a despeito das variações de conteúdo, podemos recuperar algo das percepções sociais e afetivas que envolveram os encontros entre médicos e pacientes. Nas mensagens dos ex-hospitalizados, ressaltam-se valores morais como “generosidade”, “desinteresse”, “bondade e fidalguia”, axiologia que nos remete, para além de qualquer fórmula estática de gênero discursivo, a determinado modo de relação interpessoal pautado no desprendimento pessoal e na cortesia, numa certa economia dos afetos que mostrava, sim, aproximação entre os sujeitos, mesmo que sensivelmente regulada e de modo a não se confundirem os papéis em jogo, mantendo-se – diríamos, um tanto imprecisamente - uma distância protocolar.

Obviamente, estamos falando de atributos de indivíduos particulares, não refletindo necessariamente um comportamento codificado e disseminado institucionalmente. É preciso destacar igualmente que lidamos, nessa análise, com aqueles grupos sociais que ocupavam os apartamentos de luxo ou as enfermarias mais destacadas do hospital, o quinhão pagante dos serviços (inclusive da nota impressa no jornal), circunscrevendo o alcance de nossa interpretação das práticas de hospitalidade no HMC. De qualquer modo, demonstrava-se no gesto de gratidão uma ligação na ordem da afetividade (significado, sentimento, emoção, imagem) ou, como disse Januário Cicco, certo movimento de “afinidade espiritual”<sup>925</sup> entre médico e paciente,

<sup>924</sup>A ORDEM. Gratidão. Natal, Ano 6, n.1720, 2 jul. 1941.

<sup>925</sup> Mais precisamente, o que o médico diretor do HMC queria dizer com a expressão “afinidade espiritual” apontava para uma qualidade da relação médico-paciente bastante prática: a confiança. Ela envolvia não apenas questões de ordem técnica, mas procurava lidar com as sensibilidades que emergiam dessa relação, os aspectos que a sustentavam, legitimavam-na e a reconheciam. Dito de outro modo, estava em jogo o sistema de representações que compunham o imaginário social da época acerca de tais encontros, seus códigos e sinais. Lida como indício, essa orientação do olhar acaba tocando o universo das emoções, da subjetividade, das sensações, dos valores e dos sentimentos, que formavam experiências de viver e lidar com a realidade percebida ou imaginada. Mesmo que com sérias limitações, optamos por considerar tais “afinidades espirituais” como evidências do sensível que nos permitem, de acordo com as marcas de historicidade disponíveis, apreender elementos afetivos dessa interação entre médico e paciente, as formas de valorizar e reagir diante de determinadas situações e personagens. Sobre nossa leitura apoiada na ótica do regime sensível, apontamos: PESAVENTO, “Sensibilidades no tempo, tempo das sensibilidades”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [Online], Colóquios, posto online no dia 04 fevereiro 2005, consultado em 19 agosto 2021. URL: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/229>; DOI: <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.229>; LAURENT, Vidal. Alain Corbin: o prazer do historiador (entrevista). São Paulo, *Revista Brasileira de História*, v. 25, n. 49, jan/jun 2005; PARENTE, Temis e

que valorizava, desse modo, a dimensão do corpo vivido enquanto vida intencional e não somente como substância material e organismo. Essa aproximação possibilitou vir à tona, nessa relação com o outro, a orientação relacional - psicológica, social e cultural - dos sujeitos envolvidos na cena cotidiana do hospital.

Essas mensagens publicadas em jornais adentraram a década seguinte, e algumas delas, inclusive, tornaram-se mais extensas, densas e detalhadas, assumindo até a tipologia narrativa como sequência textual dominante. Como exemplo dessa mudança, destacamos a longa coluna “Um fato em foco”, pertencente ao jornal O Poti, que, em novembro de 1955, fez circular o texto “Venci um dos caprichos da Natureza e saí para outro...”, escrito por Hermes Galvão de Araújo, e em agradecimento ao médico-cirurgião no HMC José Tavares. O ex-cliente do chamado “terceiro homem” (apelido conferido por Hermes ao cirurgião do hospital que o atendera) narrou longamente sua história-drama com o médico, revelando aspectos importantes de sua relação próxima e afetiva com o doutor Tavares. Conquanto o antigo cliente já gozasse de relações amistosas com o médico, o relato não perde, por isso, seu potencial de iluminar o que viemos descrevendo até aqui como as “evidências sensíveis” de uma determinada relação médico-paciente no hospital Miguel Couto. O texto, como dissemos, é longo, mas merece nossa citação integral neste momento:

Casos e coisas, acontecem na vida do homem, sem êle esperar. Observem só um deles! Passava eu bem de saúde, quando fui acometido, bruscamente, no trabalho, de uma segunda crise de apendicite aguda, indo, então, parar no Pronto Socorro, do Hospital Miguel Couto. Atenderam-me dois médicos cirurgiões. Não sei se estavam de plantão. Todavia, deram o diagnóstico de meu caso. Resultado: Lá pras tantas, quando o desespero pretendia tomar conta de mim, pois, já estava passado de dores na parte inferior do abdômen. Eis que chega o terceiro médico. Diz o adágio popular que o terceiro homem – esse é que é o tal... evidentemente o foi mesmo -. A Irmã Alécia, da enfermaria onde me encontrava, fez-lhe então chegar ao seu conhecimento o meu estado de saúde e, sem perda de tempo, aquêle cirurgião aproximou-se do leito onde me encontrava e perguntou:

Que há, rapaz?

Olhei-o de lado, estendi meu braço direito pela cintura, pois reconheci estar diante de um amigo raro de meus pais e, particularmente, meu e respondi-lhe com olhar de sofreguidão:

- Aperreio, doutor Tavares! Estou atrapalhado da saúde.

Disse-me, então, o erudito clínico:

- Ora, jovem! Apendicite aguda!?! Operaremos logo mais... não se preocupe.



Efetivamente, o *logo mais* daquele cirurgião foi ao meu ver, o tempo para a esterilização do seu bisturi.

E, como todos os mortais são temerosos, temi, também, tudo aquilo que se passava comigo. Uma celeuma irritante apoderou-se de meu espírito. Entretanto, pedi a Deus para fastar de mim aquêle desassossego d'alma, aquela anomalia. Escutado pela divindade, certo é que chegou minha vez. Todavia, observei que me encontrava mais calmo, e até mesmo munido de uma intrepidez peculiar. Fui operado. Recolheram-me a uma enfermaria onde passei dois dias hirto, estonteado, para no quarto dia levantar-me do leito daquela casa de saúde para minha residência. Ao por os pés no chão, senti uma emoção tão grande que passei a suar por todos os poros, a ponto do José, o Enfermeiro, perguntar-me se eu estava passando mal. Respondi-lhe que não. Era uma alegria imensa que se apoderava de mim. Estava emocionadíssimo por me sentir disposto a caminhar para meu domicílio. Hoje me sinto agradecido ao passar por aquêle que, graças a Deus e à sua capacidade profissional, me salvou a vida sem me cobrar um centavo sequer. E rendo, genuflecto, neste breve “scriptmen”, minha eterna gratidão à este cirurgião afeito e devotado inteiramente ao exercício de sua função nos hospitais de nossa capital, onde empresta o conforto moral de sua presença a todos quantos ali se encontram sem distinção racial ou financeira, honrando, dêsse modo, a fama internacional e o conceito que goza no seio da sociedade natalense.

Ao dr. José Tavares – homem de ciência – Célebre pelas inúmeras intervenções cirúrgicas realizadas com êxito absoluto por suas mãos benignas, graças à eficiência meritória de sua intelectualidade, meu eterno agradecimento por me haver proporcionado vencer um dos caprichos da Natureza, o sair para outro...<sup>926</sup>

Aqui, em particular, o relato registra as agruras do paciente assaltado de modo inesperado por uma apendicite, que o levava direto para o hospital. Hermes descreveu seu tumultuado estado de espírito, o temor da doença, as dores, certa calma misturada com resignação, o sofrimento mesmo que o acompanhava sem tréguas. É bastante curioso o modo como o doente relatou o evento, psicologizando suas dores em falas interiores: ele não grita, mas guarda recolhimento subjetivo. Tanto que a mais clara expressão de seu sentimento de dor se manifestou, no limite, na “grande emoção” do corpo que suava, como que a chorar aquilo que o rosto ocultava... tamanha constrição. Há muito nesse gesto de uma certa internalização de um código de civilidade no silêncio, que excedia a consciência individual de Hermes Galvão e de tantos outros internados, uma mutação na maneira de encarar a dor no espaço urbano ocorrida no séc. XX e que invadiu o espaço dos hospitais, conforme descreveu Alain Corbin:

---

<sup>926</sup> ARAÚJO, Hermes Galvão de. Venci um dos caprichos da Natureza e sai para outro...Natal, *O Poti*, 13 nov. 1955.

No meio da cidade, nesse período, painéis para solicitar silêncio começavam a aparecer. Os mais característicos são como aqueles que continham a fórmula “Hospital: silêncio”. Como evocamos essa instituição, assinalamos a revolução operada a partir de meados do séc. XX. Nela, até então, o grito era bastante tolerado na medida em que o valor cristão do sofrimento, como forma de redenção, era implicitamente admitido. Mas nos hospitais da atualidade, o grito de dor causa escândalo e testemunha, simultaneamente, o fracasso dos médicos e a falta de autocontrole por parte do paciente<sup>927</sup>

Assim codificada, a dor torna-se “própria” ou “adequada” ao ambiente mais secularizado do hospital moderno, onde as relações entre os atores procuram responder aos ditames da racionalização das práticas médicas. O encontro com o cirurgião e a conversa que se seguiu entre eles demonstravam alívio, afinal, estava diante de um antigo amigo da família... mas também davam a perceber a assimetria típica da relação médico-paciente, em que o enfermo, tomado pela fragilidade, coloca-se por inteiro nas mãos do doutor, esperando ansioso pelos seus cuidados restauradores. O médico “salvara” sua vida, afirmou. E tudo isso só fora possível graças às qualidades profissionais de José Tavares: presteza no atendimento, rápida tomada de decisão, devoção ao caso, conforto moral e altruísmo, predicados que, para nossa surpresa, sugerem o apagamento da conhecida tensão entre os polos da “técnica” e do “humano” no espaço hospitalar. Talvez não seja propriamente isso, e a narrativa de Hermes Galvão deva ser lida mais como um pessoal e legítimo sentimento de gratidão pelo alívio dos sofrimentos.

Mais ou menos explicitamente, a dimensão sensível-afetiva dos cuidados deixou suas marcas na prática médica do ambiente hospitalar, podendo algumas de suas expressões, mesmo que contando com certa dificuldade, ser reconstruídas a partir de diferentes materiais disponíveis. Se a produção escriturística do Miguel Couto, alimentada segundo o modelo biomédico, tinha pouco a dizer sobre as “maneiras de sentir e perceber”<sup>928</sup> a realidade dos encontros entre médicos e doentes, os periódicos

<sup>927</sup> CORBIN, Alain. *História do silêncio: Do Renascimento aos nossos dias*. tradução de Clínio de Oliveira Amaral. Petrópolis: Vozes, 2021. p.121.

<sup>928</sup> Essa expressão é do historiador Serge Gruzinski e tem em mira os indivíduos na percepção de determinadas afecções, admitindo, todavia, a necessidade de “reinseri-los em conjuntos significativos mais vastos, grupos, cãs, facções, classes, conjuntos, que eles iluminam a seu modo, restituindo-lhes uma complexidade quase sempre escamoteada ou negada”. (GRUZINSKI, Serge. Por uma história das sensibilidades. In: PESAVENTO, Sandra Jatahy; LANGUE, Frédérique (org.). *Sensibilidades na história: memórias singulares e identidades sociais*. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p.7-8). As percepções sensoriais dos indivíduos, nesse sentido, elaboram-se no interior de dada comunidade, segundo um repertório sensorial coletivamente partilhado: “Cada ator apropria-se do uso desse repertório de acordo

impressos locais, a seu modo, forneciam as pistas para elucidar algumas dessas relações mais próximas entre os atores. Entre 1930 e 1950, os jornais se tornaram o espaço mais comum para a expressão dessas cenas hospitalares que envolviam as razões, os sentimentos e sentidos que qualificavam a realidade dos encontros de médicos e pacientes, ou seja, as representações que os indivíduos davam a si próprios e aos outros na cena hospitalar.

É interessante notar, neste último exemplo de Hermes Galvão, o quanto a manifestação de determinadas “sensibilidades” mais íntimas, que diziam respeito às fragilidades humanas, passaram a ganhar visibilidade e dizibilidade na vida pública, com textos cada vez mais extensos e marcadamente pessoais. Enunciar a vulnerabilidade do corpo alterado bem como os sentimentos e as emoções dessa experiência de sofrimento não parecia ser um problema para alguns doentes restabelecidos, mesmo se considerando as pressões que uma ideologia da dominação masculina<sup>929</sup>, naquela sociedade, pudesse impor aos homens quanto a seu comportamento em público: “Os homens devem ser fortes, mais ainda, devem se mostrar fortes [...] os homens temem acima de tudo serem descobertos na sua vulnerabilidade, serem reconhecidos na sua impotência”<sup>930</sup>. Lembremos que tal gratidão pública, nesses casos, implicava certa dose de coragem para expor a intimidade, assumindo a debilidade do corpo – e, por que não, da alma - na diminuição de sua energia vital.

---

com a sensibilidade e os acontecimentos que marcaram sua história pessoal”. (LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Tradução de Sônia Fuhrmann. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p.55.)

<sup>929</sup> Essa ideologia é formada por valores e visões de mundo que ordenam a realidade dos corpos de modo a hierarquizar lógica e socialmente homens e mulheres em determinada sociedade, facultando ao primeiro a posição topológico-política superior em tal classificação, rendendo-lhe na ordem do mundo todas as vantagens e privilégios dessa relação desigualmente assimétrica. Segundo Bourdieu, ela constitui uma variação da violência simbólica: “Também sempre vi na dominação masculina, e no modo como é imposta, o exemplo por excelência desta submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Essa relação social extraordinariamente ordinária oferece também uma ocasião única de aprender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, de uma língua (ou uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma, dos quais o mais eficiente simbolicamente é essa propriedade corporal inteiramente arbitrária e não predicativa que é a cor da pele”. (BOURDIEU, Pierre. Preâmbulo. In: \_\_\_\_\_. *A dominação masculina*. Tradução Maria Helena Kühner. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p. 7-8.)

<sup>930</sup> HAROCHE, Claudine. Antropologias da virilidade: o medo da impotência. In: COURTINE, Jean Jacques (dir.). *História da virilidade*: 3. A virilidade em crise? Séculos XX-XXI. Tradução de Noéli Correia de Mello Sobrinho e Thiago de Abreu e Lima Florêncio. Petrópolis: Vozes, 2013. p.29.

De tudo o que foi dito até aqui, temos que o conjunto de todas essas variadas observações permitiu-nos identificar, no contexto hospitalar do HMC, a convivência entre duas práticas de hospitalidade: uma via mais racionalizada e reducionista, cujo eixo era o corpo biomédico e mais ligada ao cuidado como reparação material (ideologia da terapia somática), alinhada com o “modelo assistencial clássico” (Rodney Coe) de cuidados ou de “intervenção médica” (Eliot Freidson)<sup>931</sup>; e outra via mais próxima da “pessoa”, que buscava valorizar o sentido da relação em termos de afetividade/sensibilidade e os aspectos éticos da vida intencional. Esses caminhos não eram auto excludentes, comportando-se quais mônadas impenetráveis, como soia parecer; mas se intercambiavam em determinadas situações, afinal, ambas compartilhavam o corpo enquanto matriz de reflexão e praxeologia. A via técnica, contudo, prevalecia. O cuidado-terapia procurava reparar o ser na sua dimensão de corpo-máquina, devolvendo-o à vida social ordinária das organizações de trabalho. A dimensão da pessoalidade percolava sutilmente a situação do corpo enfermo, mas dependia muito da individualidade médica e menos propriamente de alguma normatividade hospitalar que regresse as sensibilidades dos múltiplos encontros no interior da instituição de modo a favorecer potenciais contatos de “afinidade espiritual”.

Não olvidemos, no entanto: a “emoção tão grande” que porejava do corpo de Hermes, depois de “pôr os pés no chão”, expressava a “alegria imensa” de... voltar para casa! A mensagem era cristalina: por mais que se demonstrasse receptividade ou se viesse a praticar alguma forma de cuidado afetivo-emocional, visando espantar – ou, ao menos, atenuar - a velha e obstinada imagem do hospital como lugar relacionado ao sofrimento, permanecer hóspede em alguma de suas instalações ainda era como “ter os pés fora do chão”, uma leveza indesejada.

---

<sup>931</sup> Na terminologia de Coe, o modelo assistencial tradicional é aquele que está visa essencialmente ao processo de cura do doente, centrado no médico e sua autoridade e com interação terapêutica episódica entre doente e pessoal hospitalar, em oposição aos modelos de custódia e reabilitação. É mais um tipo-ideal do que exatamente um conceito no sentido filosófico. Em outra tipologia, dessa vez com relação aos cuidados, Freidson falava sobre um modelo de “intervenção médica”, que se caracterizava pela posição de comando do médico na organização de trabalho de serviço e a passividade do doente no processo terapêutico. Uma boa descrição e explicação desses modelos de produção de cuidados pode ser encontrada em: COE, Rodney. *Sociologia de la medicina*. 3.ed. Madrid: Alianza Universidad, 1984; FREIDSON, Eliot. *La profesion médicale*. Paris: Payot, 1984; CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4.ed. Porto: Afrontamento, 2005. p.107-110.

#### 4.7 RONDANDO A COZINHA: COMER TAMBÉM É (A)COLHER

Um corte abrupto se faz aqui. Das dores sem narrativa, dos espaços dessensorializados, incursionaremos - não sem as mesmas dificuldades já encontradas - na cozinha hospitalar, ou, mais precisamente, nas frestas de portas e nas janelas entreabertas, mirando a “dieta” e seus pratos. Falamos em caminhar pelas margens porque, em matéria de alimentação hospitalar, poucos registros diretos sobre regimes dietéticos se preservaram. Os fatores que explicam esse estado de coisas são de várias ordens: a) muitos hospitais não possuíam espaços para armazenar os acervos e não existia uma política nacional para tal; b) a alimentação, embora com prescrição dietética feita pelos médicos, era administrada por “religiosas”, já que a divisão do trabalho muitas vezes não incluía uma dietista no espaço hospitalar; c) problemas de ordem financeira intervinham centralmente na dieta; ausência de um departamento de dietética (o primeiro curso de Nutrição foi dado somente em 1939, na USP), só incentivado com a criação da Divisão de Organização Hospitalar (1941) e cuja instalação nas instituições nosocomiais se deu em ritmos muito desiguais ao longo do tempo; d) embora a alimentação fosse o principal recurso no tratamento dos pacientes no sentido da cura e diminuição do tempo de internação, só perdendo lugar para a indústria farmacológica na década de 1970, a comida de hospital estava mais próxima das preocupações da Higiene alimentar do que das orientações da ciência da Nutrição. Em muitos casos - não podemos olvidar -, o problema se encontra mesmo na administração do hospital, que não conta com o auxílio especializado de um profissional da arquivologia para organizar os acervos, nem muito menos há uma política sistemática preocupada com a transferência desses materiais para arquivos públicos destinados a consulta.

Por isso, e considerando o caráter fragmentário e alusivo das fontes, utilizamos nesta seção uma ferramenta conceitual abrangente e mais adequada aos propósitos, retirada da Sociologia da alimentação de Jean-Pierre Corbeau. Para o autor, 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.<sup>932</sup>

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 imaginário:

Depois da ingestão, emergem impressões, lembranças, discursos que agem sobre nosso imaginário e sobre nossos comportamentos alimentares ulteriores. O que justifica não considerarmos a sequência do comer como um vetor mecânico, mas como uma forma complexa na qual todas as fases da história do alimento, a identidade do consumidor, a situação de consumo e os discursos que pretendem normalizá-lo estão em perpétua interação.<sup>933</sup>

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 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.<sup>934</sup>

<sup>932</sup> 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. p. 228-229.

<sup>933</sup> Ibidem, p. 229

<sup>934</sup> CARNEIRO, Henrique. *Comida e sociedade: uma história da alimentação*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003. p.3

Ou seja, a alimentação para os historiadores poderia ser abordada a partir de quatro aspectos: como plantas econômicas, como mercadoria, como valor nutricional e como elemento simbólico da cultura<sup>935</sup>. O foco aqui é na 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; dirige-se, em seguida, para a mistura dos alimentos e a preparação das dietas na cozinha; e, por fim, tem seu termo no 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. Da tessitura desses elementos, poderemos compor uma pequena intriga que nos auxilie a esclarecer, dentro do possível, os mecanismos de hospitalidade em ação no Miguel Couto. Afinal de contas, comer é também acolher o outro.

---

<sup>935</sup> Ibidem, p. 4

#### 4.7.1 Economia local, mercadorias em circulação e abastecimento hospitalar

Nas primeiras décadas do séc. XX, as autoridades da província do Rio Grande do Norte se queixavam quanto ao montante dos recursos financeiros disponíveis e, por conseguinte, sua impossibilidade de lidar com as necessidades da população local. Em 1926, o presidente José Augusto Bezerra de Medeiros comentou, na sua Mensagem à Assembleia Legislativa do Estado, as dificuldades do Departamento da Fazenda e Tesouro:

O decréscimo sensível das rendas públicas, decorrente principalmente da baixa considerável no valor de nosso principal producto de exportação, que é o algodão, indicava-nos uma política de restricções de despesas, única aconselhada para não sermos levados ao descalabro financeiro que era preciso evitar.<sup>936</sup>

Essencialmente agrícola, a economia do Estado era altamente dependente das condições climáticas locais e da demanda do mercado externo. Quaisquer alterações processadas nesses fatores, mínimas que fossem, poderiam modificar o já instável equilíbrio das finanças estaduais, comprometendo a arrecadação de impostos por parte do governo e mergulhando a administração pública em mais um período de precariedade e incerteza econômica. Embora essa situação crítica convivesse paralelamente com breves momentos – raros, diríamos - de relativo equilíbrio e até crescimento, como relatado por Juvenal Lamartine em 1928 (“A nossa situação, se já não pode ser taxada de excelente, é, pelo menos, uma das mais folgadas, d’entre as dos vários Estados brasileiros”), a normalidade era o desequilíbrio na esfera econômica. Em 1929, dois anos após a “política de restricções de despesas” de José Augusto e a “folga” descrita por Lamartine, o próprio “presidente” que chegou a orgulhar-se da quase excelência da situação econômica local teve de render-se a mais uma crise:

Se maior não é o nosso surto de progresso, a responsabilidade cabe inteira á crise econômica que de alguns anos vem se processando em nosso Estado, determinada por causa varias, entre as quaes se destacam as irregularidades dos últimos invernos e a baixa de preço do algodão,

---

<sup>936</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1926] *Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 14ª Legislatura em 1º de Outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros*. 1926. Natal, Typographia d’A República, 1926.



refletindo-se nas finanças públicas, cujas principais fontes de alimentação são os impostos de exportação<sup>937</sup>

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<sup>938</sup>. 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. Em 1930, o Estado sofreu mais um desequilíbrio nas finanças, agravado sensivelmente pela Grande Depressão do ano anterior nos EUA. A descrição daquele momento e das vulnerabilidades do setor produtivo feita pelo presidente Juvenal Lamartine de Faria sumariza nitidamente o que viemos dizendo até então acerca da situação financeira:

Tivemos, é verdade, o anno passado, uma abundante colheita de cereais e a maior safra de algodão registrada no Estado. Essa safra, porém, foi fundada a preços muito caros, e as cotações, nos mercados consumidores, ficaram abaixo das de 1928, concorrendo esses dois fatores para que o agricultor não obtivesse uma margem de lucros remuneradores de sua atividade. A crise que atravessa a indústria do sal e a baixa brusca dos preços do assucar e dos demais produtos de exportação, taes como cêra de carnaúba, couro de boi e pelles, influíram igualmente para que as rendas públicas não atingissem ao nível de que eram de supor diante do volume de nossa produção, que já é um índice animador da capacidade de relização do nosso povo.

Como se vê, as baixas arrecadações e os déficits financeiros quase estruturais marcaram o ritmo da economia local por longo período. 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

<sup>937</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1929] *Mensagem apresentada pelo exmo. Dr. Juvenal Lamartine de Faria, Presidente do Estado do Rio Grande do Norte á Assembléa Legislativa por ocasião da abertura da 3ª Sessão da 13ª Legislatura em 1º de outubro de 1929*. Natal, Typographia d'A República, 1929. p.5.

<sup>938</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1930] *Mensagem apresentada pelo presidente Juvenal Lamartine de Faria a Assembléa Legislativa, por ocasião da abertura da 1ª Sessão da 14ª Legislatura*. Natal, Imprensa Official, 1930. Natal, Typographia d'A República, 1930.

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<sup>939</sup>, especialmente a Scheelita, chegavam a contrabalançar o movimento pendular dos produtos agrícolas<sup>940</sup>, compensando-os em algumas ocasiões.

**Tabela 10** - Exportação de açúcar e algodão entre 1943 e 1951

<i>Anos</i>	<b>AÇÚCAR</b>		<b>ALGODÃO</b>	
	<b>Peso líquido (kg)</b>	<b>Valor comercial (Cr\$)</b>	<b>Peso líquido (kg)</b>	<b>Valor comercial (Cr\$)</b>
<b>1943</b>	_____	460.897,00	_____	73.538.405,00
<b>1944</b>	309.570	486.089,00	17.423.563	146.980.729,00
<b>1945</b>	710.152	1.212.015,00	18.067.592	134.688.588,00
<b>1946</b>	777.363	2.369.693,00	28.897.398	254.326.632,00
<b>1947</b>	1.490.969	3.998.585,00	22.477.102	256.853.543,00
<b>1948</b>	2.050.618	5.248.517,00	32.846.271	423.847.833,00
<b>1949</b>	3.966.249	14.208.751,00	21.308.842	332.751.669,00
<b>1950</b>	2.858.102	10.975.454,00	23.529.396	441.967.949,00
<b>1951</b>	199.673	714.375,00	10.411.543	262.977.111,00

Fonte: IBGE. Departamento Estadual de Estatística do RN. 2ª Divisão do DEE, 26 jun. 1952. Estatístico responsável: Pureza Pinto; Chefe de Divisão: L. Medeiros (Apud CASCUDO, 1980, p.407). A moeda da época era o cruzeiro, criada por Vargas (1942), no Estado Novo, para uniformizar o dinheiro em circulação, durando até 1967.

E essa fragilidade econômica, como não podia ser diferente, 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<sup>941</sup>, o que tornava esses produtos

<sup>939</sup> Além da Scheelita, engrossavam a lista dos minérios o Barilo, a Berita, o Bismuto, o Biatômio, o Estanho, a Espodumena, a Fluorita, o Gesso e a Tantalita.

<sup>940</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Natal: Fundação José Augusto; Rio de Janeiro: Achiamé, 1984. p.388-391.

<sup>941</sup> Aqui, em específico, não se identifica o tipo de farinha, se de trigo ou de mandioca. Porém, as duas modalidades farináceas estão presentes ao longo de todas as listas de produtos de importação e exportação, pois se tratavam, de fato, de itens imprescindíveis à alimentação cotidiana: o trigo era a base da panificação e a farinha de mandioca, complemento frequente em diversas refeições.

certamente mais caros para o consumo local<sup>942</sup>. Estamos falando fundamentalmente de itens básicos e indispensáveis para a subsistência dos mais pobres. 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.<sup>943</sup>

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). Várias dessas mercadorias apenas transitavam pelo Porto de Natal, vindas de estados vizinhos, e se endereçavam a outras praças.

Esses dados do movimento de importação e exportação nos informam a natureza e o volume das mercadorias que transitavam pelo Estado, fornecendo-nos as primeiras informações sobre os tipos de produtos que podiam ser consumidos pela população local. À exceção do algodão e dos minérios, os demais produtos eram gêneros agrícolas e carnes voltados para o consumo humano. Dentre estes, o arroz, o feijão, o milho, o açúcar, os farináceos e a carne de charque<sup>944</sup> logravam espaço certo nas importações e, assim nos parece lícito afirmar, também estivessem disponíveis na mesa de seus habitantes. Não era incomum que parcela da população, especialmente a mais pobre, cultivasse para a própria subsistência alguns desses gêneros agrícolas em quintais, hortas, pomares ou roçados.

---

<sup>942</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Natal: Fundação José Augusto; Rio de Janeiro: Achiamé, 1984. p.391-392.

<sup>943</sup> A carne de charque era, sem dúvida, a mais consumida. Em 1943, durante o esforço de guerra, o prefeito de Natal teve de garantir o abastecimento da população fazendo vir de Recife a mercadoria, que foi distribuída nos mercados públicos dos bairros do Alecrim, da Ribeira e da Cidade Alta. (A ORDEM. Ainda o abastecimento da capital. Natal, Ano 8, n. 2217, 19 mar. 1943.)

<sup>944</sup> O Sul do Brasil costumava abastecer o sertão e o Nordeste. Cf.: CARNEIRO, 2003, p.69.

A nossa questão, contudo, é saber quais desses produtos eram comprados e estocados na despensa do Hospital Miguel Couto, fazendo parte dos itens da culinária hospitalar. Aqui, mais uma vez, teremos de recorrer a outros documentos indiretos e esparsos no tempo. Vejamos alguns.

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<sup>945</sup>, 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.<sup>946</sup> Nessa lista, há uma variedade alimentar considerável, incluindo-se frutas, verduras, além das carnes de carneiro e porco, certamente de origem local, pois não se apresentavam entre os produtos importados<sup>947</sup>. Ela revela aquilo que poderíamos encontrar no comércio interno, dispostos em vendas, quitandas, açougues, pequenos mercados, armazéns de secos e molhados etc.

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<sup>948</sup>; no mesmo ano, Francisco Câmara cobrava pelos de 110 kg de café moído fornecido aos estabelecimentos de assistência, no mês de junho<sup>949</sup>, e os 95 kg do mês de agosto<sup>950</sup>; em novembro, O. J. O’Grady exigia o pagamento do açúcar vendido para a Assistência Pública<sup>951</sup>; 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

---

<sup>945</sup> A criação de rebanhos de carneiro para corte no Brasil ainda não era prática nacional, como na Inglaterra e na França. ABRAHÃO, Eliane Morelli. *História da alimentação: cadernos de receitas e práticas alimentares*, Campinas: 1860-1940. Campinas: Pontes Editores, 2018. p.269.

<sup>946</sup> APE/RN. A REPÚBLICA. *Enfermaria Militar do Natal*, 23 de maio de 1911.

<sup>947</sup> Muitos produtos eram oriundos de doações de instituições e filantropos. Daí a importância de verificar a organização dos comerciantes da localidade, que faziam de suas doações símbolos de seu prestígio e pedidos de reconhecimento social.

<sup>948</sup> APE/RN. A REPÚBLICA. *Despachos*, 20 de abril e 12 de setembro de 1923.

<sup>949</sup> APE/RN. A REPÚBLICA. *Despachos*, 9 de junho de 1923.

<sup>950</sup> APE/RN. A REPÚBLICA. *Despachos*, 15 de agosto de 1923.

<sup>951</sup> APE/RN. A REPÚBLICA. *Despachos*, 24 de novembro de 1923.

salgado e “seco”, ossos (?), farinha, feijão, queijo, milho, bofe e linguiças<sup>952</sup>; 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<sup>953</sup>; 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.<sup>954</sup>

Essas “aproximações” são importantes. A partir delas, começamos a montar um quadro mais preciso acerca dos alimentos que deveriam fazer parte da dieta hospitalar, ao menos da despensa do nosocômio. Uma fonte chave nessa reconstrução é proveniente do próprio HMC. É um raro documento a respeito da alimentação institucional. 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 11 - Víveres comprados pelo HMC em 1946**

<b>Produtos</b>	<b>carne</b>	<b>pão</b>	<b>açúcar</b>	<b>arroz</b>	<b>feijão</b>
<b>Despesa (Cr\$)</b>	142.300,00	82.836,00	17.175,00	9.795,00	6.734,00
<b>Produtos</b>	<b>leite</b>	<b>farinha</b>	<b>manteiga</b>	<b>banha</b>	<b>batata</b>
<b>Despesa (Cr\$)</b>	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. É importante notar que, do ponto de vista da administração do hospital, esse documento nos apresenta claramente dois grupos de alimentos: aqueles previstos nas despesas orçamentárias; e os que, de algum modo, excederam a esses limites. Talvez pudéssemos falar de alimentos

<sup>952</sup> RIO GRANDE DO NORTE. [1927] Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 12ª Legislatura em 1º de Outubro de 1927 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros [...]1927. p.67-68.

<sup>953</sup> APE/RN. A REPÚBLICA. *Departamento de Saúde: Expediente do Diretor Geral. Ofícios expedidos*, 15 de maio de 1929.

<sup>954</sup> A ORDEM. Dispensario Symphronio Barreto. Natal, Ano I, n.257, 6 jun. 1936.

comprados a atacado e alimentos adquiridos no varejo; uns estocáveis mais a longo prazo, outros mais imediatos em relação ao consumo.

Os produtos *in natura* ocupavam a maior parte das compras. Isso é explicável: o Estado era essencialmente agrário-exportador, e os estabelecimentos industriais minguavam: em 1950, eles somavam apenas 3421 fábricas<sup>955</sup>. Com efeito, os produtos industrializados tinham de ser importados, e os preços, como era de se esperar, sobrepujavam em muito os dos gêneros agrícolas. A década de 1940, com a presença americana no país, trouxe mudanças com relação às mercadorias industrializadas, que passaram a circular mais intensamente. 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. No dia 15 de maio, reuniram-se na sede do Sindicato dos Empregados no Comércio do Rio Grande do Norte, para requerer seu enquadramento sindical.<sup>956</sup> Daí que, na década seguinte, já no pós-guerra, as listas de produtos industrializados adquiridos se fizeram notar com mais evidência. O quadro abaixo comprova essa tendência.

---

<sup>955</sup> CASCUDO, Op. Cit., p.391.

<sup>956</sup> A ORDEM. A fundação neste Estado, da Associação Profissional de diversos ramos da indústria da alimentação. Natal, ano 8, n.2258, 12 mai. 1943.

### Quadro 8 - 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) lata 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.

De um modo ou de outro, temos nesse registro uma descrição objetiva das mercadorias compradas pelo HMC e, dessa maneira, maiores possibilidades de avançarmos, a partir de agora, na direção de pistas acerca dos lugares de produção e comensalidade dos alimentos no hospital.

#### 4.7.2 A cozinha: espaço culinário e suas tecnologias

O historiador italiano Massimo Montanari definiu assim o ato de cozinhar:

[...] é o gesto que transforma o produto “da natureza” em algo profundamente diverso: as modificações químicas provocadas pelo cozimento e pela combinação de ingredientes permitem levar à boca um alimento, se não totalmente “artificial”, seguramente “fabricado”<sup>957</sup>.

Para ele, portanto, a cozinha seria o “conjunto das técnicas dirigidas à preparação dos alimentos”<sup>958</sup>, “a arte da manipulação e da combinação”<sup>959</sup>. Muito próximo da abordagem de Lévi-Strauss em *O cru e o cozido* (1964), que vê o ato de cozinhar como limiar civilizacional, Montanari pensou a cozinha enquanto prática humana, na linha do escritor chinês Li-Yutang, que distinguia entre “cozinhar” e “fazer

<sup>957</sup> MONTANARI, Massimo. *Comida como cultura*. 2.ed. São Paulo: Senac, 2013. p.56.

<sup>958</sup> Ibidem, p. 59

<sup>959</sup> Ibidem, p. 85

cozinha” de modo a abarcar a maior gama de possibilidades inventivas. De fato, cozinhar é, ao mesmo tempo, a repetição de um gesto civilizacional e a sua permanente reinvenção segundo as culturas e seus códigos.

Contudo, “escapou” ao conceito de cozinha de Montanari a consideração da materialidade do espaço culinário: seu mobiliário, utensílios, estrutura arquitetônica e tecnologias. Cozinhar é cozinhar em algum lugar. Assim, 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<sup>960</sup>. Em nosso entender, a historiadora Maria Cecília 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.<sup>961</sup>

Nesse sentido de uma 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”<sup>962</sup>.

<sup>960</sup> 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. p.252.

<sup>961</sup> 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. p.125

<sup>962</sup> (ROCHE, 2000). O autor classificou as cozinhas em três tipos: as utilitárias e coletivas, ligadas a instituições que atendiam públicos permanentes; a cozinha familiar, privada e doméstica; e a cozinha de festas e aparato, organizadas em ocasiões passageiras.



Tabela 12 - 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

\*Duas de ferro, uma de ágata e uma de alumínio.

\*\*Artefato que substitui o antigo pilão e sinaliza certo traço de modernidade no âmbito dos utensílios.

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, 2ª Oficial da Secretaria Geral do Estado. Natal, 1927, p.6 e 8. 10p

Figura 101 Versão nacional do filtro “Léte”, [19--]



Fonte: Mercado Livre

Figura 102 - Manual do filtro “Léte”, década de 1920.



Fonte: loja virtual do Ganesha Antigo

O repertório material da despensa, por seu turno, estava composto por um armário grande para depósito, um guarda-louça, um aparador, um pequeno guarda-comida, uma mesa com pedra de mármore e dois depósitos de ágata. 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). A julgar pelos aparelhos e utensílios, comidas a base de milho, bebidas quentes (café e chá) e carnes diversas deviam frequentar, em algum momento do dia, as refeições dos pacientes.

**Tabela 13 - Utensílios do pavilhão e das enfermarias**

<b>Vidros e louças</b>	<b>Louça do pavilhão</b>	<b>Utensílios das enfermarias</b>
<b>(12) pratos fundos</b>	(12) chícara de pó de pedra	(36) chícara
<b>(12) pratos rasos</b>	(6) chícara de porcelana	(36) pratos
<b>(24) copos</b>	(12) canecos para café	(6) tigelas
<b>(12) cálices</b>	(6) pratos grandes	(2) chaleiras
<b>(12) chícara pequenas para café</b>	(10) pratos pequenos	(2) tacho de ágata
<b>(12) chícara grandes</b>	(12) copos	(2) bule
<b>(12) talheres</b>	(6) cálices	(24) colheres de sopa
<b>(12) colherinhas</b>	(12) colheres de chá	(60) chícara de ágata
	(12) colheres de sopa	(60) chícara 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

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, 2ª Oficial da Secretaria Geral do Estado. Natal, 1927, p.7 e 8. 10p.

E esse raciocínio indiciário pode ser expandido para os demais utensílios, que, no inventário, aparecem nas instalações do pavilhão de pensionistas. Descritos nos tópicos “vidros e louças (á parte)”, “louça do pavilhão” e “utensílios das enfermarias”, o material expressava na nomenclatura utilizada seu uso habitual e a expectativa do consumo alimentar simbolizado.

Percebe-se, na utensilagem descrita na tabela acima, 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<sup>963</sup>. Tem-se, com isso, uma valorização dos pratos e das bebidas quentes, como cafés, chás e sopas, por exemplo. O café, em particular, é sintomático. Constituiu-se na modernidade como uma bebida burguesa, “oposta ao álcool, sóbria, responsável auxiliar do trabalho”<sup>964</sup>. 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. Nos anos 1930, uma versão dele começou a ser fabricada em solo nacional, como mostramos na Figura 2. 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.<sup>965</sup> Em 1943, em plena Segunda Guerra, o HMC ainda reclamava providências a respeito:

É elementar que qualquer lar, ou coletividade, requer abundancia d'agua, para que se realizem certas condições de segurança. Tem sido inútil o nosso apelo ao serviço de abastecimento d'agua da capital, e nem nos asseguram a continuidade do nosso abastecimento dois poços tubulares, de que dispõe o nosso Hospital, porque, tais quais as bombas de captação d'agua da cidade, vivem em concertos e substituição de peças, e nunca funcionam a contento. Urge remediar essas grandes faltas, lá e cá.<sup>966</sup>

<sup>963</sup> FRANCO, Ariovaldo. *De caçador a Gourmet: uma história da gastronomia*. 5.ed. São Paulo: Senac, 2010. p.239.

<sup>964</sup> CARNEIRO, Henrique. *Comida e sociedade: uma história da alimentação*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.p.93-94.

<sup>965</sup> Em toda a década de 1930, os dirigentes da SAH registraram sua queixas nas atas de reunião. A questão era recorrente e causava preocupação entre os médicos presentes.

<sup>966</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1943. p.10.

A ata da SAH de 1946<sup>967</sup> registrava a instalação de um novo filtro no ano anterior, revelando a preocupação permanente com a qualidade da água no hospital. Somente em 1945<sup>968</sup>, 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.<sup>969</sup> 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<sup>970</sup>. A filtragem era uma necessidade. 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<sup>971</sup>. Em 1945, o Estado mandou sanear o hospital, ligando-o a rede de esgotos da cidade.

No mobiliário inventariado em 1927, 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<sup>972</sup>. O Grupo de Pesquisa História da Cidade, do Território e do Urbanismo (HCurb) guarda em seu acervo fotográfico uma rara imagem da cozinha do HMC, com o fogão ao fundo.

---

<sup>967</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. SAH. Livro de atas desde 1927. Caixa 198. Ata da 23ª sessão ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para a Prestação de Contas e leitura dos trabalhos realizados durante o exercício de 1945. Natal, 1946. p.43.

<sup>968</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1945. p.15.

<sup>969</sup> Em 1920, o médico chefe de clínicas do Hospital de Caridade “Juvino Barreto” e Inspetor da Saúde do Porto Januário Cicco escreveu a obra *Como se higienizaria a cidade do Natal*, que estudava a topografia e a geografia médica da cidade. Nesse livro, ele analisou os bairros e a estrutura sanitária de Natal, identificando os problemas graves de insalubridade urbana. Atribuía ao estado a responsabilidade de organizar programas de saúde coletiva para combater as epidemias e doenças infecto-contagiosas a partir de investimentos nos cuidados com o meio ambiente e a situação social da população.

<sup>970</sup> FERREIRA, Ângela Lúcia et al. *Uma cidade sã e bela: a trajetória do saneamento de Natal (1859-1969)*. Natal: IAB/RN; CREA/RN, 2008. P.82.

<sup>971</sup> Ibidem, p.151.

<sup>972</sup> 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).

**Figura 103** - Cozinha do HMC

Fonte: Coleção do HCurb (Departamento de Arquitetura da UFRN), s.d.

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 3. 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 SAH 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. Além disso, outros documentos registram o trabalho efetivo de mulheres na cozinha. Em 3 de abril de 1943, o HMC admitiu para ocupar o cargo de cozinheira a viúva Alzira de Oliveira Costa, originária do município de Ceará-Mirim. Na época, com 25 anos de idade, ela trabalhava das 7h às 11h, com intervalo de duas horas para as refeições e descanso, e ganhando um salário de Cr\$ 200,00 cruzeiros mensais, como se encontra registrado em livro de ponto da instituição.

Figura 104 - . Ficha da cozinheira Alzira de Oliveira Costa

15

Nome: *Alzira de Oliveira Costa*

Profissão: *Cozinheira*

Estado civil: *Solteira*

Data de nascimento: *12 de outubro de 1915*

Local de nascimento: *Alzira de Oliveira, Rio Grande do Norte*

Residência: *Hospital Miguel Couto*

Data de admissão: *3.10.1946*

Salário: *1200,00*

Nome dos beneficiários: *Miguel*

Assinatura do empregado: *Alzira de Oliveira Costa*

Fonte: APE/RN. Caixa 194 (Setor Saúde, Prateleira 03, Estante 7, Diversos).<sup>973</sup>

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. Como Alzira, os funcionários da cozinha não ultrapassavam o nível de instrução primária, e, sendo muito pobres e para atender uma demanda exigente de trabalho, alguns acabavam residindo nas instalações do próprio hospital.

Figura 105 - Anúncios de jornal em 1935. O pedido por cozinheiras não exigia qualidades específicas, como a de enfermeiras.

**ENFERMEIRAS PARA O HOSPITAL "MIGUEL COUTO"**

Na Secretaria da Sociedade de Assistência Hospitalar contratam-se moças, para o serviço de enfermagem do Hospital "Miguel Couto".

São condições de aceitação: saber português e aritmética, não ser maior de trinta annos e gosar boa saúde.

---

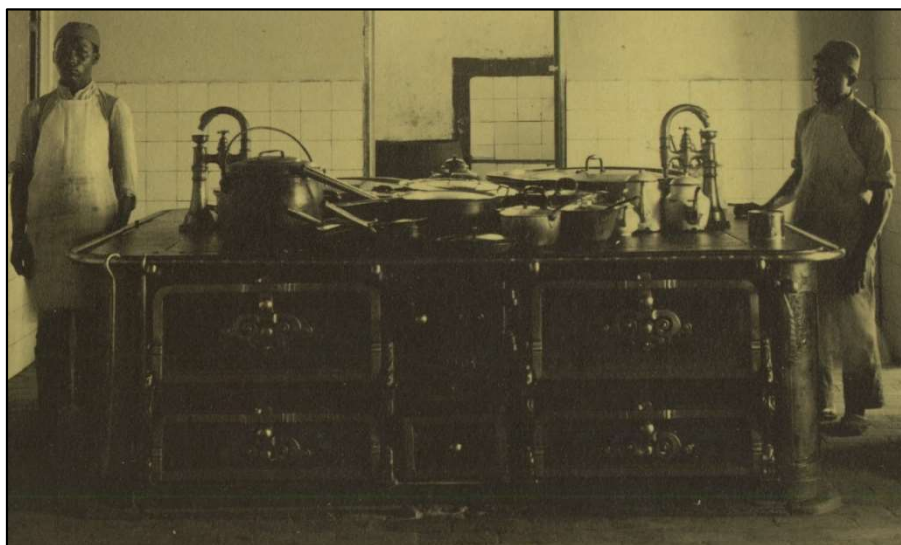
**COSINHEIRAS PARA O HOSPITAL "MIGUEL COUTO"**

Ha duas vagas de cosinheiras no Hospital "Miguel Couto." Paga-se bem. A tratar na Secretaria daquelle estabelecimento. (1)

Fonte: A ORDEM. Natal, ano 1, n.120, 17 dez. 1935.

<sup>973</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Livro de atas desde 1927. Caixa 198. Ata da 27ª sessão da Sociedade de Assistência Hospitalar para a leitura do relatório apresentado pelo seu Diretor dr. Januário Cicco, referente ao exercício de 1948. Natal, 1949. p.49.

**Figura 106** - O fogão da cozinha do HMC



Fonte: Coleção do HCurb (Departamento de Arquitetura da UFRN), s.d. Recorte e ampliação da imagem anterior (Figura 4).

Voltando ao espaço da cozinha e seus equipamentos, o destaque cabe sensivelmente ao fogão. Como podemos ver de modo ampliado na Figura 106, as gavetas frontais indicavam o lugar para o depósito da lenha. Era um fogão de ferro<sup>974</sup>a lenha<sup>975</sup>, portanto. Nada incomum para a época. Normalmente, eram importados da Inglaterra<sup>976</sup> ou dos EUA, tendo em São Paulo, no começo do séc. XX, seus primeiros modelos fabricados<sup>977</sup>. Ainda em 1946, incluíam-se nas despesas do HMC o querosene e a lenha. 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”<sup>978</sup>. Anteriormente à reforma de 1947, a cozinha era pintada como “bolorenta e

<sup>974</sup>Mais econômico, pois consumia menos lenha.

<sup>975</sup> Além do mais, na imagem, não vemos qualquer indício da presença de tubulação, que indicaria tratar-se de um fogão a gás.

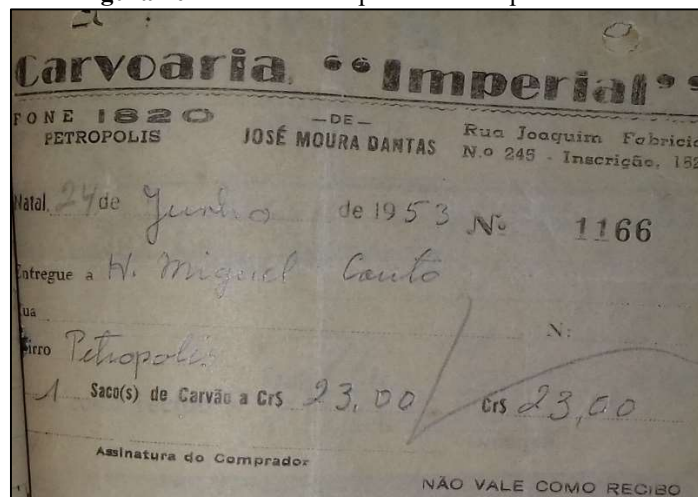
<sup>976</sup> No Reino Unido, os primeiros fogões foram exibidos na Grande Exposição de 1851, que premiou o modelo *Improved Leamington Keatchner*. Ele servia para cozinhar e fornecer água quente para toda a família, além de esquentar ferros de passar e aquecer as mãos. Cf.: WILSON, 2014, p.126.

<sup>977</sup> 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. p.210.

<sup>978</sup> Ata de 1948, p.49

esfumaçada”<sup>979</sup>. Então, por que não utilizavam um fogão a gás, já que este era fabricado no país?

Figura 107 - Nota de compra de carvão para o HMC



Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0744

De fato, os fogões a gás tiveram sua fabricação iniciada nos EUA pelo menos desde 1860, tornando-se populares nos meios domésticos em 1876, com a Exposição Universal. 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<sup>980</sup>. 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, em boa medida, pelos preços baixos do combustível (lenha ou carvão) e pela simplicidade de seus equipamentos. Mesmo com essa defasagem, o fogão a lenha também tinha algumas vantagens. Segundo Certeau, Girard e Mayol<sup>981</sup>, esse aparelho conservava bem os alimentos e favorecia o aproveitamento dos excedentes, além de cozer mais rápido.

<sup>979</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada à diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor dr. Januário Cicco, referente ao Hospital "Miguel Couto" no exercício de 1947. Natal, 1947. p.13.

<sup>980</sup> MENESES, Ulpiano T. 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. p.107, nota n.2.

<sup>981</sup> CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano – 1: A arte de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2002



Figura 108 - Fogão de 1944

**A MARAVILHA DO LAR**

**DAKO**  **DAKO**

Não faz fumaça  
é pratico

Não tem cha-  
miné  
economico

**BELEZA** **CONFORTO**

O FOGAO DAKO funciona em qualquer parte. O unico que tem acendedor automatico. Limpeza facil  
— Consumo mínimo — Maximo Rendimento  
Forno de Eficiencia comprovada — Pecas montadas a parafusos de facil substituição  
Distribuidor exclusivo  
**CARLOS LAMAS**  
Rua Dr. Barata, 233 — Fone. 1159 — NATAL

Fonte: A ORDEM, 14nov. 1944, p.3.

Figura 109 - Fogão a carvão de 1936

**Uma Maravilha**



FOGÃO **ETNA** a carvão— consumo diários100— não faz fumaça funcionamento eficiente muito pratico e higienico—todo montado a parafusos, permitindo substituir qualquer peça.

**DISTRIBUIDOR**  
**B. LAMAS**  
Rua Dr. Barata 231-A

Fonte: A ORDEM, ano I, n.190, 13 mar. 1936

É bom frisar que as finanças do HMC eram marcadas por atrasos de recursos, em geral minguidos e escassos. As maiores receitas do HCJB provinham de subvenções do Estado, regularmente atrasadas (em alguns casos, demoravam até 12 meses!), e dos municípios (poucos realmente contribuíram). Complementando as receitas, havia o caso dos pensionistas, que saldavam seu atendimento ou internação através das Caixas e Institutos de Pensões, cujos pagamentos tardavam a chegar. Por isso, quando as subvenções atrasavam ou simplesmente não vinham, a diretoria da SAH tinha de adquirir o necessário junto aos comerciantes locais mediante promessas pessoais de pagamento. É esse o sentido da afirmação “nossa sociedade vive à sombra do crédito pessoal dos seus diretores”, escrita por Januário Cicco<sup>982</sup>. Com efeito, comprar um novo fogão a gás próprio a uma cozinha hospitalar deveria ser dispendioso para a administração do nosocômio.

<sup>982</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1945. p.8.

É difícil acompanhar as mutações do espaço da cozinha e anexos, pois ela mudou bastante ao longo do tempo e na esteira do próprio hospital: da “velha cozinha acanhada e deficiente” para a “ampla, 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”<sup>983</sup>. Parece-nos, todavia, que os anos 1940 marcaram um importante processo de transição em que as reformas, remodelações, adaptações e instalações realizadas no hospital começaram a apresentar uma feição reconhecível, mais estável. Destaca-se na documentação uma divisão entre o “antigo” e o “novo” Hospital. Deixando um pouco de lado a dimensão ideológica dessa tipologia classificatória, 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 esfumaçada Cosinha, agora construída em moldes modernos, ampla, bem iluminada e abundante de ar, dispondo 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.<sup>984</sup>

O elevador do hospital teve sua instalação na década de 1930. Em carta de 24 de maio de 1935, 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.<sup>985</sup> O monta-cargas (“pequeno Elevador”) de que fala o documento acima chegou posteriormente, e ele parecia seguir as orientações da Divisão de Organização Hospitalar, segundo as quais o elevador deveria preservar os alimentos

<sup>983</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1947. P.13

<sup>984</sup> Ibidem, p. 13

<sup>985</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. *Elevador para o Hospital “Miguel Couto”*. Caixa 0077. Carta da Otis Elevator Company. Rio de Janeiro, 24 mai. 1935.

do cheiro, das moscas e da poeira, pondo ao alcance imediato dos enfermos as refeições<sup>986</sup>.

Mencionados nas Prestações de Contas, 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 e um Refeitório das Mulheres e Saleta Anexa. Em 1933, encontramos a referência a construção de um “refeitório para os doentes”, provavelmente obra do ano anterior.<sup>987</sup> A multiplicação desse espaços nos anos seguintes parece 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<sup>988</sup>; e em 1945, um refeitório para as Irmãs.<sup>989</sup>

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 – as femininas apareciam nas fotos em quartos fechados - 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 o aumento da demanda pelos serviços hospitalares, e para a formação de identidades coletivas entre os diferentes grupos envolvidos.

Nas reformas pelas quais passou a cozinha, duas instalações estiveram ausentes do espaço culinário; aliás, ausentes e muito reclamadas. Referimo-nos aos frigoríficos para a conservação de alimentos e à padaria para massas hospitalares. Nas despesas do HMC, a alimentação sempre ocupou a dianteira, e dentre os itens dessa lista estavam a

---

<sup>986</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. História e evolução dos hospitais, Rio de Janeiro, 1944, p. 52

<sup>987</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Acta da 7ª Secção Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar para leitura do relatório e prestação de contas, do exercício de 1º de julho de 1932 a 30 de junho de 1933. p.22.

<sup>988</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Ata da 21ª Sessão da Assembleia Geral da Sociedade de Assistência Hospitalar realizada no dia 25 de janeiro de 1945. p.41.

<sup>989</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. 23ª Sessão Ordinária da Sociedade de Assistência Hospitalar, para a Prestação de contas e leitura dos trabalhos realizados durante o exercício do anno de 1946. p.43.

carne e o pão. Como vimos, as carnes (particularmente charque) eram regulares nas importações. No comércio interno, carneiros, porcos e galinhas tinham seu lugar nos hábitos alimentares dos moradores. Alguns bairros tinham seus próprios mercados, como o Alecrim, a Ribeira e a Cidade Alta, que vendiam carne verde e de sol. Em 1<sup>a</sup> de maio de 1937, na administração do prefeito Gentil Ferreira, criou-se o novo Mercado Público<sup>990</sup>, um prédio de 56 m de frente por 82 m de fundo, próximo da antiga Intendência municipal<sup>991</sup>. Era o ponto de referência da cidade. Talvez seja interessante acompanharmos o trecho de uma matéria do jornal *A República* de 30 de maio de 1947, que descrevia o local e os gêneros alimentícios que eram postos à venda nesse mercado:

Divide-se em “ruas” e “avenidas”, dando estas últimas, espaço a automóveis e caminhões que por elas poderão trafegar conduzindo mercadorias. Têm 70 locais destinados à venda de cereais, 32 para frutas, verduras e legumes, 14 para miudezas, quinilhanias, etc., 10 para pequenas casas de pasto e restaurantes, além de 2 grandes espaços para feiras livres. Existe ainda a secção, feita em marmorite polido, assegurando toda a higiene, para a venda de matérias gordurosas, carne e peixe. Constitui-se esta divisão em 22 locais para carne de sol, toucinho e queijo, 40 para talho de carne verde e 22 para peixe. O piso aí, é de mosaico branco, sendo o açougue, armado em taboleiros de ferro e madeira, apropriados para a exposição desses gêneros.

Aí encontramos o cardápio alimentar mais popular, e que não temos motivos para acreditar que destoasse tão significativamente do HMC, considerando principalmente as dificuldades financeiras que dominavam o hospital. As prescrições dietéticas dos médicos faziam a diferença, é claro, porém, como veremos mais adiante, as condições técnicas à disposição da equipe médica do HMC não eram muito favoráveis.

---

<sup>990</sup> Este foi posto abaixo e reconstruído pelo governador Rafael Fernandes Gurjão. Em 30 de maio de 1947, foi reinaugurado. Cf.: SOUZA CORDEIRO, 2015, p. 141.

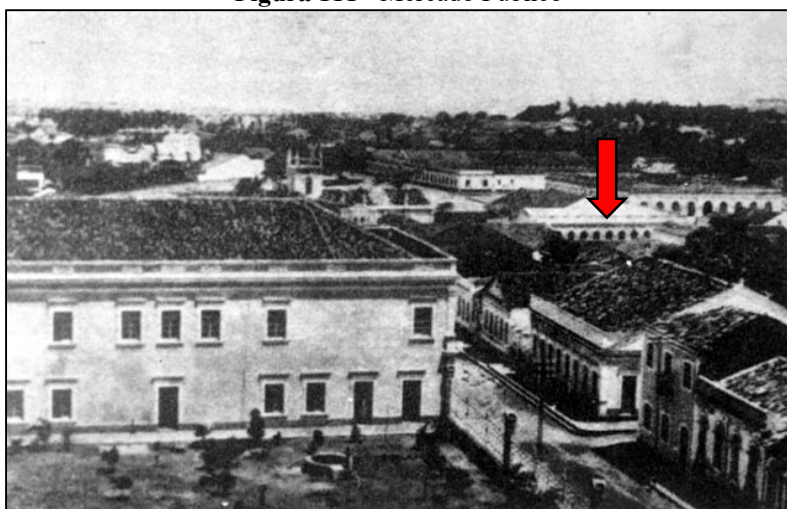
<sup>991</sup> CASCUDO, Câmara. *História da cidade do Natal*. Natal: EDUFRN, 2010. p.190.

**Figura 110** - Antigo Matadouro de Natal



Fonte: Natal ontem e hoje, 2006, p.20

**Figura 111** - Mercado Público



Fonte: GALVÃO, 2017, p. 88

**Figura 112** - Mercado Público na Cidade Alta, década de 1920

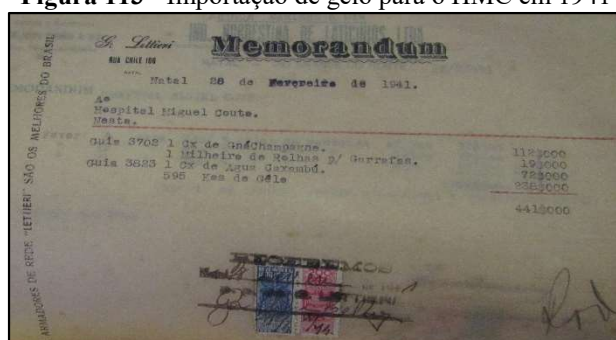


Fonte: GALVÃO, 2017, p.88

O circuito percorria, portanto, os espaços do porto, os mercados e açougues; posteriormente, as carnes seguiam até o hospital. 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 a técnica da defumação, como se fazia na cozinha doméstica. Nas primeiras décadas do séc. XX, a produção de gelo era realizada por uma fábrica administrada pela Empresa de Melhoramentos de Natal (1912), que produzia cerca de 500 kg de gelo por dia; em 1916, a empresa de Tração Força e Luz de Natal aumentou o prédio e montou nova máquina com capacidade para cinco toneladas diárias<sup>992</sup>. Em memorandos <sup>993</sup> dos anos 1930 e 40, a empresa Lettieri aparecia importando gelo, água Caxambú e champagne para o hospital.

**Figura 113 - Importação de gelo para o HMC em 1941**



Fonte: APE/RN, Caixa 0746, Memorandos 1930 a 1963.

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:

Para uma elementar demonstração das possíveis vantagens de um frigorífico, basta destacar das nossas despesas, de Alimentação e Dietas, as importancias despendidas com a carne verde, durante o ano, num total de Cr\$ 142.000,00 cruzeiros, excluindo-se o peixe, a galinha, os ovos, a manteiga, as verduras, as frutas e tudo quanto é possível congelar; o que quer dizer que é útil adquirir alimentos em grande quantidade, em vários mercados, evitando-se assim o açambarcamento o cambio negro e demais desgraças que vieram para o Brasil <sup>994</sup>

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, a escassez de gêneros alimentícios e 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

<sup>992</sup> PINHEIRO, Carlos Sizenando Rossiter. *Natal do séc. XX: memória, fatos e fotos marcantes*. Natal, 8 Editora, 2019. p.36.

<sup>993</sup> 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.

<sup>994</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1946. p.28.

uma padaria própria para a produção de pão especial, de tipo hospitalar, e demais massas alimentares. No relatório da SAH de 1946<sup>995</sup>, a diretoria expôs o problema:

Quanto as vantagens de uma padaria no Hospital, vê-se claramente que a despesa de Cr\$ 82.836,00 cruzeiros, gastos anualmente com o pão, que se dá aos nossos doentes. Sem contemplar as massas alimentares utilizadas nas sopas e dietas, justifica a sua importância, podendo-se ainda (sic) fornecer aos diversos estabelecimentos assistenciais do estado a cota do seu consumo, por preços inferiores aos do mercado.

No ano seguinte, 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. Foi o que imaginou a SAH<sup>996</sup>:

[...] é nosso intuito montar ali uma Padaria, para a fabricação do pão hospitalar e produção das diversas massas necessárias á alimentação dos nossos doentes, porque é ponderável a nossa despesa com estes alimentos, bastando salientar que só o pão custa-nos 112.248,00 cruzeiros, anualmente.

Si conseguirmos essa instalação, é possível o barateamento deste gênero alimentício, principalmente se obtivermos os favores do Estado, com o fornecimento de pão e massas aos estabelecimentos de assistência estadual. Será uma operação financeira de grande vantagem econômica para a nossa Instituição. [...]

Si Deus nos ajudar, será possível novamente a multiplicação dos pães.

A incorporação tão desejada não veio a ocorrer. E a padaria também não deu o ar da graça. 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”!<sup>997</sup> 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.<sup>998</sup> Como se vê, o problema permaneceu insolúvel. Seja como for, isso é o suficiente para demonstrar a centralidade das massas na dieta

---

<sup>995</sup> Ibidem

<sup>996</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1947. p.15-6.

<sup>997</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas de 1954. Despesas no mês de março de 1954.

<sup>998</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0752. Sociedade de Assistência Hospitalar. Despesas do mês de abril de 1934. Obs.: 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.

nosocomial, que incluíam nessa lista, além do pão, as possibilidades de produção de macarrão, bolachas e até de bolos.

Figura 114 - Tecnologia de panificação



Fonte: A ORDEM, 16 nov.1944.

#### 4.7.3 O quebra-cabeças alimentar: uma comida de hospital possível

É curioso que as fontes do HMC se caíam quando o assunto seja a alimentação. Pesando nos balancetes financeiros como nenhum outro item e ainda sendo considerado pelos médicos como indispensável à recuperação dos pacientes internados, quase nada nos restou para além da dimensão econômica dos víveres, situada normalmente entre a ausência de alimentos no mercado (falta ou aumento dos preços de gêneros de primeira necessidade) e as limitações orçamentárias para a aquisição dos produtos. Não dispomos de livros de cozinha, cardápio, receitas ou qualquer prescrição dietética. Ou seja, faltamos a descrição do preparo e combinação dos alimentos na cozinha, bem como o relato do conteúdo das refeições diárias. Capricho de Mnemósine?

De qualquer modo, 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<sup>999</sup>, “reconstruir mundos é uma das tarefas essenciais do historiador...”.

Sendo assim, propomos partir de uma das poucas fontes em que a alimentação foi problematizada, estando presente em um dos ensaios de crítica médico-social do dr. Januário Cicco, chefe de clínicas do HMC à época. No capítulo intitulado “Casos Clínicos”, o referido médico discutiu amplamente as causas das doenças e a necessidade

<sup>999</sup> DARNTON, Robert. *Boemia literária e revolução: o submundo das letras no Antigo Regime*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. p.7.



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”<sup>1000</sup>. 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<sup>1001</sup>.

A certa altura de suas reflexões sobre o regime alimentar, 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<sup>1002</sup>.

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<sup>1003</sup>, produtos de primeira necessidade para os mais humildes. Há aqui um conflito de códigos alimentares. O positivismo médico do doutor, talvez, não o permitisse enxergar os costumes alimentares populares como algo a ser compreendido, ou até adaptado às condições da terapêutica médica. Não será incomum em alguns de seus textos enxergar a “cachaça”, por exemplo, como item de uma

---

<sup>1000</sup> CICCO, Januário. *Notas de um Médico de Província*. Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora, 1928. p.196.

<sup>1001</sup> *Ibidem*, p.197.

<sup>1002</sup> *Ibidem*, p.197-198.

<sup>1003</sup> CASCUDO, Câmara. *História da alimentação no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Global, 2011.

medicina do vício, numa moderna acepção do alcoolismo<sup>1004</sup>, (revelando também uma regulação moral do alimento.

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, que estavam habituados a outro cardápio. 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 banha nem pimenta do reino”?

Ordinariamente o regimen é seguido, ainda que a toda hora o pobre medico esteja no telefone respondendo que “sim, pode dar succo de uvas, com agua de lima, Vichy ou Caxambú, como queira”; “sim, também pode dar laranjada, não faz mal”; ou desperta assustado, ás 2 da madrugada, ao tilintar da campainha, pelos latidos do cão de guarda e aos gritos do mensageiro, chamando o dr. Para perguntar si a tal senhora que o médico deixou muito bem, á tarde, “pode tomar um “chá” de canela”?<sup>1005</sup>

Para alguém habituado ao bom “bifezinho feito na manteiga fresca”, certamente um simples caldo ou canja e o leite do hospital não satisfaziam o estômago. 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.<sup>1006</sup> O solidismo advogava que os vasos sanguíneos e os nervos eram como

<sup>1004</sup> CARNEIRO, Henrique. *Bebida, abstinência e temperança na História Antiga e Moderna*. São Paulo: Editora Senac, 2010. p.179.

<sup>1005</sup> CICCIO, Op. Cit., p.198-199.

<sup>1006</sup> No século XIX, a fisiologia se desgarrou da anatomia clássica e adquiriu status experimental, sendo praticada fundamentalmente no laboratório. E essa autonomia foi decisiva também para o processo de “laboratorização” da medicina. A disciplina da fisiologia, agora um modo de saber ligado à perspectiva de análise dos fenômenos naturais, consolidou-se como o estudo das funções dos corpos vivos, observados como corpos em estado dinâmico. Seu padrão de cientificidade era o das ciências como a física, a química, a mecânica, buscando as leis que regem o fenômeno da vida. Graças a Claude Bernard, tornava-se a fisiologia um parâmetro biológico na separação entre as fronteiras do normal e do patológico. Como se vê, instaurada em espaços de pesquisa da Alemanha e da França, a fisiologia servia como lugar na formação prática de médicos nas ciências da natureza e no método experimental (viviseção de animais,

tubos pelos quais os fluidos percorriam o corpo tonificando os nervos<sup>1007</sup>. A saúde, com efeito, ligava-se à desobstrução desses vasos para que os fluidos circulassem sem produzir fermentação. O que não quer dizer que havia consenso sobre as teorias médicas alimentares:

Alguns médicos aprovavam dietas frugais e, sobretudo, a exclusão de condimentos. Para certos doentes, insistiam no consumo de carnes leves, como a de galinha, e de peixes brancos. Outros recomendavam o aumento das porções de alimentos estimulantes, nomeadamente a carne, para, por exemplo, tratar doentes febris e doentes debilitados. Outros, ainda, consideravam que os médicos regulavam demasiado a comida dos doentes, que deviam ter liberdade de escolha<sup>1008</sup>.

Assim, era difícil educar um doente acometido de “esclerose atrophica” que costumava se alimentar de “feculentos”, “ovos”, “carne salgada” e “carangueijo”, a tomar um singelo copo de leite ou dar uma mordiscada em uma fruta tropical, práticas e hábitos alimentares que, para ele, 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<sup>1009</sup>.

De fato, o consumo de leite fluido não alcançava grandes parcelas da população mais pobre. A expansão do produto, com o incremento da malha ferroviária, da tecnologia da pasteurização lenta (30 minutos em temperatura maior que 60°C) e da refrigeração doméstica e comercial, tornou-se opção importante para a alimentação das massas urbanas. Envasado em frascos retornáveis de vidro, contudo, o leite industrializado não se destinava às classes mais pobres, mas tinha na classe média que se formava nos núcleos urbanos seus consumidores. Mais seguro, porém mais caro. Talvez fosse mais comum a produção do leite nas propriedades de vaqueiros das

---

análises químicas, métodos de medição e registros de dados). Para mais informações sobre a história da fisiologia e sua importância para a medicina no século XIX, consultar: GOMES, 2013.

<sup>1007</sup> 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. p.612.

<sup>1008</sup> Ibidem, p.613.

<sup>1009</sup> CICCIO, Op. Cit., p.202.

periferias da cidade, produto, não raro, condenado pelas autoridades sanitárias devido à presença de contaminantes<sup>1010</sup>.

Na descrição acerca das dificuldades de acesso da população aos alimentos prescritos pelos médicos, como leite e frutas, podemos perceber a distinção comum, na dieta hospitalar, entre o alimento mais pesado e o mais leve, baseada na fisiologia da digestão. O hospital seria o lugar da leveza, da comida afastada do “capricho do paladar”. 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 para além das considerações nutricionais, baseada na Química, incorporando – no plano das intenções, ao menos – a ideia do prazer a partir da experiência sensorial mais abrangente, aliando saúde e gosto no dietário: “[...] 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, evitando-se assim os restos, que são prejuízo à economia do Hospital”<sup>1011</sup>. É a incorporação da ideia antiga de que “o que agrada faz bem” Montanari<sup>1012</sup>, tentando vincular alimento e saúde no espaço culinário

Julga-se que para o doente, sobretudo pobre, tudo é bom e tudo serve. Tal critério é lamentável, pois a boa alimentação, como não se ignora, é a base da saúde e deverá, assim contribui quasi tanto ou mais que os próprios remédios para o restabelecimento do enfermo. A dietética é ciência nova, de utilidade indiscutível e a cozinha deve constituir um dos serviços mais importantes do hospital <sup>1013</sup>.

Em suas considerações, Januário Cicco demonstra um saber médico sobre os aspectos nutritivos dos alimentos, relacionando a saúde com a ingestão racional 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. Citando Von Pirquet, Louis Lémery (*Traité des aliments, 1702*) e Huchard (*Consultations Médicales, 1906*), insistiu na

<sup>1010</sup> 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. p.28-29.

<sup>1011</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1946. p.34.

<sup>1012</sup> MONTANARI, Massimo. *Comida como cultura*. 2.ed. São Paulo: Senac, 2013. p.90.

<sup>1013</sup> FMUSP. Museu Professor “Carlos da Silva Lacaz”. REVISTA MÉDICO-SOCIAL, 1942, ano 1, n.1, p.41.

importância de incorporarmos alimentos nacionais na ração alimentar, orientando as proporções conforme as necessidades do corpo adoecido<sup>1014</sup>.

Vê-se, com isso, que o regime alimentar nos moldes da ciência da nutrição, ainda embrionária naquele momento, já fazia parte das preocupações de Januário e, por extensão, podemos também afirmar que do HMC, onde dirigia os trabalhos médico-hospitalares. As Prestações de Contas dos anos 1940, por exemplo, confirmam essa preocupação com a dietética. Em 1942, a SAH<sup>1015</sup> 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”. E o documento fez questão de reiterar mais adiante: “O regimen dietetico, que é ciência nova, carece de técnico para dosar o valor nutritivo, para cada regimen estabelecido pelo médico”<sup>1016</sup>. Em 1947<sup>1017</sup>, falava-se no aumento de investimentos em “vitaminoterapia” e no cociente alimentar dos internados, principalmente as cotas de leite, carne e pão.

Embora houvesse um saber técnico a respeito da alimentação hospitalar e as reclamações de ausência de um nutricionista fossem constantes nos documentos, o fato é que 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 também, acrescentemos, 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. Mesmo que a legislação e o Regulamento Interno limitassem o trabalho a questões administrativas, na prática, elas ocupavam outras funções no hospital em virtude da falta de profissionais diplomados: eram “enfermeiras”, auxiliares de anestesia, técnicas de farmácia (até 1936) e tudo o mais necessário. Em carta de 24 de dezembro de 1949, a irmã Ana Agostinha explicava à diretoria da SAH a impossibilidade de enviar mais irmãs da comunidade de Santana: a *única* irmã com diploma oficializado de enfermagem houvera adoecido no fim do

---

<sup>1014</sup> CICCO, Op. Cit., p.200-202.

<sup>1015</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1942. p.6-7.

<sup>1016</sup> Ibidem, 12.

<sup>1017</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1947. p.34.

curso.<sup>1018</sup> Ainda em 1959<sup>1019</sup>, a irmã Emerentina Montenegro tomava conta do espaço culinário!

Como vimos, na década de 1940, surgiu uma primeira normatização nacional para os hospitais, e a cozinha também seguia essas orientações. 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<sup>1020</sup>.

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”<sup>1021</sup>. 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 o 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<sup>1022</sup>.

No HMC, a ausência de nutricionista ou dietista dificultava a implantação desse modelo, além, é claro, da já conhecida deficiência financeira da instituição. Isso tudo nos sugere que as práticas alimentares do Miguel Couto pendulavam entre as preocupações da Higiene alimentar e uma Dietética mais funcional e terapêutica. A

---

<sup>1018</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0781. *H.M.;C- Corresp. Recebida - ano 1949.*

<sup>1019</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1959. p.4.

<sup>1020</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro, 1944. p.152.

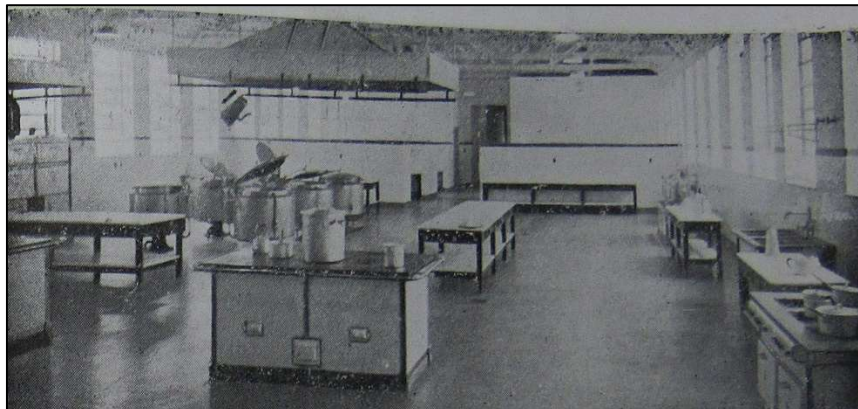
<sup>1021</sup> *Ibidem*

<sup>1022</sup> 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. p.126.

estrutura material e o quadro de trabalhadores do HMC apontam nessa direção. A questão do gosto e o foco na nutrição como paradigma alimentar, mesmo que presentes em alguns discursos, ainda não dominavam o cotidiano das práticas dietéticas.

**Figura 115** - Cozinha do Hospital da Santa Casa de Santos, equipada pela empresa Wallig & Cia Ltda. Modelo de “cozinha moderna”



Fonte: REVISTA MÉDICO-SOCIAL, ano 2, n.25, [n.p.], jul./ago. 1945.

**Figura 116** - Vista ampliada da cozinha do Hospital da Santa Casa de Santos



Fonte: REVISTA MÉDICO-SOCIAL, ano 2, n.25, [n.p.], jul./ago. 1945.

Embora a discussão científica sobre a nutrição<sup>1023</sup> como campo estudos tenha seus traços em meados do século XIX, com os avanços da química e da fisiologia,

<sup>1023</sup> O campo da Alimentação e Nutrição no Brasil tem origem na década de 1930, no governo Vargas. Inicialmente vinculada à disciplina de Higiene Alimentar nas faculdades de medicina desde o séc. XIX, desenvolveu duas linhas de investigação: a biológica, centrada nos aspectos clínico-fisiológicos individuais com relação ao consumo e aos nutrientes; e a vertente social, preocupada com questões econômico-sociais e populacionais, distribuição e consumo de alimentos. Em 1939, criam-se os primeiros cursos para formação técnica, como nutrólogos, nutricionistas/dietistas, auxiliares de alimentação, economistas domésticos etc. Como política pública, o campo se consolidou no Brasil a partir da criação de diversas instituições: a determinação da “ração essencial mínima” (Decreto-Lei no 399, de 30 de abril de 1938) e do salário mínimo (Decreto-Lei no 2.162, de 1o de maio de 1940); da criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS (Decreto-Lei no 2.478, de 5 de agosto de 1940) e da Comissão Nacional de Alimentação – CNA (Decreto-Lei no 7.328, de 17 de fevereiro de 1945); a

somente na década de 1940, encontraremos documentos oficiais do governo brasileiro orientando acerca da importância da nutrição no funcionamento do hospital moderno. O Ministério da Saúde oferecia 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<sup>1024</sup>.

Nos anos 1930, eram comuns, nas páginas dos jornais, textos versando sobre a relação entre alimentação e saúde, manuseio e potencial nutricional de certos alimentos. Em fevereiro de 1939, por exemplo, um longo artigo, no centro da página, discorria sobre o “problema da alimentação: a Liga das nações preocupa-se com esse importante assunto”, mostrando as pesquisas sobre o tema realizadas pela referida instituição internacional.<sup>1025</sup> 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 potiguaras.<sup>1026</sup> 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 formadas em restaurantes e cozinhas dietéticas espalhados pelos país.<sup>1027</sup> No jornal *O Poti*, em 29 de dezembro de 1956, o médico Pessoa de Mello informou, em anúncio, sua Clínica de Nutrição, cujo consultório, instalado na rua Gonçalves Ledo, recebia interessados em “nutrição, regimes alimentares e emagrecimento”.<sup>1028</sup> Dos cursos oficiais de nutrição oferecidos pelo governo, passando pelas muitas formações em cozinha doméstica e alcançando as clínicas de nutrição, a

---

Campanha Nacional de Merenda Escolar (Decreto no 37.106, de 31 de março de 1955). O campo, portanto, articulou-se aos programas de assistência alimentar e nutricional, inclusive estrangeiros, como FAO (*Food and Agriculture Organization*), o Unicef (*United Nations International Children Emergency Fund*), o Programa de Alimentos para a Paz da USAID (*Agency for International Development, dos Estados Unidos da América*) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA). Nesse primeiro momento, 1930-1940, a questão norteadora dos especialistas era a do valor eugênico da alimentação e a fome. Assim, os cientistas defendiam a tese segundo a qual o melhoramento eugênico do povo brasileiro se daria por meio de uma alimentação racional. Para mais informações, cf.: VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; BATISTA FILHO, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), p.81-90, 2011.

<sup>1024</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. História e evolução dos hospitais, Rio de Janeiro, 1944. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf). Acesso em: 8 nov. 2020.p.275.

<sup>1025</sup> O problema da alimentação: a Liga das Nações preocupa-se com esse importante assunto. *A Ordem*, Natal, 3 fev. 1939, n.p. Cf. Tancredi e Marins (2014, p. 15-16).

<sup>1026</sup> A ORDEM. Curso de alimentação. *Natal*, ano 8, n.2336, 14 ago. 1943.

<sup>1027</sup> Um curso de nutricionista no Rio: oportunidade para nossas conterrâneas. *A Ordem*, Natal, 20 jan. 1949, n.p.

<sup>1028</sup> O POTI. Clínica de Nutrição, Natal, 29 dez. 1956, n.p.



relação entre alimentação e saúde já circulava como tema ordinário no cotidiano da cidade.

Fazer cozinha já não era mais reconhecido como uma atividade eminentemente prática, que não exigia conhecimentos e habilidades específicas, e isso tanto da parte das autoridades públicas, preocupadas com a qualidade da alimentação das crianças e trabalhadores, quanto das camadas médias da população. 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”.<sup>1029</sup> 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 cozinhar (sic) antigamente era considerado uma arte misteriosa, hoje é verdadeiramente ciência, embora deva ter, também, o seu aspecto artístico.

Além do regime alimentar *estricto sensu*, havia também uma inquietação com o tema do desperdício alimentar que gerava sobras inaproveitadas. Instava-se, nesse sentido, que a “cozinha moderna” fosse aliada da técnica e da racionalidade<sup>1030</sup>. Em seu primeiro documento-síntese, *História e evolução dos hospitais*, o Ministério da Saúde<sup>1031</sup> 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 acôrdo com os poucos recursos de

<sup>1029</sup> A ORDEM. Natal, ano 3, n.723, 23 jan. 1938.

<sup>1030</sup> HOMEM, OP. Cit., 2003, p.126.

<sup>1031</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. *História e evolução dos hospitais*, Rio de Janeiro, 1944. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf). Acesso em: 8 nov. 2020. p.276.

instalação e boa vontade do pessoal disponível. Depois, dividi-los da melhor forma possível, atendendo em primeiro lugar ao apetite dos empregados da cozinha, depois às exigências dos altos funcionários e finalmente às necessidades dos doentes. Para êstes, se comida não chegasse seria aumentado o arrozdasopa e a água do feijão. Se alguma coisa sobrasse, apareceria na outra refeição em forma de farofa ou croquete. Quando, no entanto, a pessoa mais importante do hospital é o doente.

Com efeito, a cozinha do HMC em muito se aproximava do “modelo familiar” descrito acima. O saber dietético do médico certamente influenciou na produção das refeições, mas a prática efetiva dependeu das verbas de alimentação, que nunca eram suficientes. A preparação devia ter muito da experiência particular dos cozinheiros e das orientações das irmãs de Santana. O conflito entre os modelos alimentares dos “jabás, farinha e cachaça” e o dos “caldos e leites” podem não apenas revelar um processo de transição do dietário mais popular para um regime alimentar médico-científico no hospital, mas também sinalizar mesmo uma certa precariedade da alimentação na instituição.

É preciso entender que muitos dos pacientes provinham dos estratos mais pobres da população, e que, não raro, faziam poucas e magras refeições diárias. Para muitos deles, o hospital era a chance de manter-se alimentado, ainda que provisoriamente. Em documento de 1942<sup>1032</sup>, relatou-se em particular a dificuldade de lidar com os doentes “ulcerosos”, porque eram crônicos e incuráveis, e muitos deles procuravam os serviços do hospital em busca de muito mais do que a cura: “esses pobres forçam a entrada nos nossos serviços, porque vêm de longe, famintos, juntando a sua miséria o seu suinismo nauseante”. Afirmação reiterada em 1946<sup>1033</sup>, quando dos atendimentos na Clínica Médica: “[...] de ordinário, esses doentes vêm de lugares distantes, famintos ou em extrema miséria fisiológica, e cujo estado é sempre agravado pela lamentável cronicidade da moléstia”.

Havia, sim, ao que parece, um esforço para tornar racionalizável o espaço culinário, no sentido de “combater o desperdício de tempo, de material e de energia humana”<sup>1034</sup>, na esteira do hospital como um todo. Esses princípios de ergonomização da cozinha moderna eram a aplicação das teses dos engenheiros norte-americanos

<sup>1032</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1942.p.22.

<sup>1033</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0743. Prestação de contas da SAH em 1946. p.41.

<sup>1034</sup> HOMEM, Op. Cit., 2003, p.126.

Frederick W. Taylor (1856-1915) e Frank B. Gilbreth (1868-1924) à administração das organizações em geral, e, portanto, também para as cozinhas, domésticas ou coletivas. Nos anos 1930, o Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT), criado pelo empresário Armando de Salles Oliveira, ajudou a imprimir essa reestruturação do trabalho na indústria nacional, na tentativa de superar as dificuldades impostas pela Crise de 1929. E daí saíram as principais diretrizes e projetos de reorganização dos espaços das diversas instituições. Os artigos da Revista do IDORT<sup>1035</sup> concebiam

Uma cozinha clara, de aspecto agradável, bem iluminada durante o dia, por meio de grandes janelas, e à noite, por intermédio de focos de luz bem distribuídos. Devia ser facilmente limpa, os móveis bem distribuídos no sentido de reduzir a fadiga e a perda de tempo do usuário. Para tanto, contaria com uma mesa central e o equipamento bem à mão, junto ao fogão. Observavam a importância das formas de energia, das instalações apropriadas, da higiene e da alimentação adequada, tendo como base os valores nutritivos.

As ampliações, a iluminação e o arejamento da cozinha do HMC apontavam para a concretização dessas ideias. Porém, como indicamos, faltava-lhe um departamento dietético (ao menos um profissional da nutrição) que orientasse a cozinheira na composição das refeições. Além disso, os equipamentos necessários ao funcionamento da cozinha foram se instalando muito lentamente e ainda de modo bastante precário. Vimos como durante quase toda a primeira metade do séc. XX o hospital enfrentou dificuldades com a rede de água e esgoto. Somente em 1950, a água passou a ser filtrada em todo o nosocômio. 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.

---

<sup>1035</sup> Ibidem.

Figura 117 - Aparelhos para usos domésticos

**Entre na fila para seu NORGE**

A Sra. terá uma surpresa completa quando recorrer a Norge em seus afazeres caseiros, porque os aparelhos Norge para usos domésticos são líderes em seu ramo. Foram incorporados em sua fabricação melhoramentos experimentados e comprovados previamente, sendo por isso que todas as donas de casa ansiam por ter aparelhos Norge. Compreentá-los, pois, é importância da sua pronta visita ao distribuidor Norge. Quanto mais depressa fizer o seu pedido, maiores serão as possibilidades de conseguir entrega mais rápida e, por conseguinte, mais depressa poderá desfrutar maiores comodidades em seu lar.

Note estas características importantes do **Refrigerador Norge Reflector**: "Night-White Frostless" construído, possui de um dispositivo especial para reduzir a água de d'água evaporada adaptável de temperatura maior de esfriamento a líquidos de água morna, evaporando para fora do aparelho.

Note estas características importantes da **Modelo Norge de Lower Backset**: Novo "No-Fa-Ya" de material plástico, tem como uma parte essencial, produzida que funciona ao simples contato das mãos.

Distribuidora para o Estado do Rio Grande do Norte:  
**SOCIEDADE DE EXPANSÃO COMERCIAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
RUA DR. BARATA, 192 - NATAL.

PRINCIPAIS FABRICANTES DE REFRIGERAÇÃO TIPO HOLLAND - NOS DEPARTAMENTOS - OUTROS NOS ESTADOS:  
ROYAL ROBERT DA NORG-WARNER COMP. DETROIT 26 - MICHIGAN, E.U.A.

APARELHOS PARA USOS DOMÉSTICOS **NORGE** REFRIGERAÇÃO COMERCIAL  
UMA INDÚSTRIA DA ROYAL-WARNER

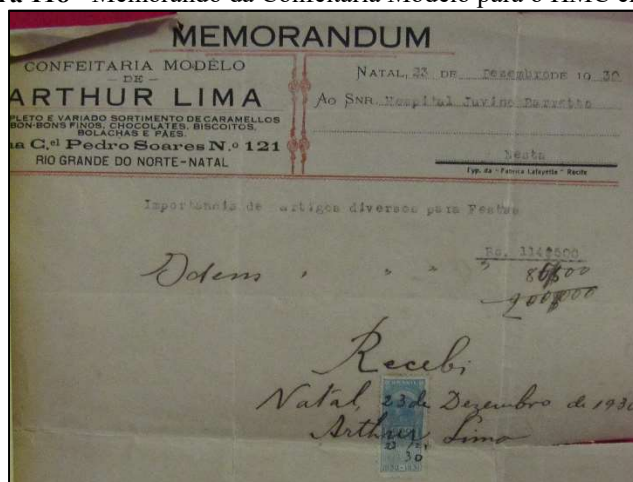
Fonte: A ORDEM. Natal, 17 mar. 1943, p.2

Esse descompasso na configuração de uma cozinha moderna no HMC retrata bem, ainda nos anos 1950, o modelo familiar de “fazer cozinha” que a DOH nomeou em seus documentos oficiais. 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*. Os recursos financeiros do hospital eram escassos, daí a alimentação menos variada e mais limitada, principalmente em períodos de crise, como o da Segunda Guerra, com as altas de preços e a carestia de gêneros de primeira necessidade. 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.<sup>1036</sup> Tais ingredientes também poderiam ser usados no preparo de pães, biscoitos, cremes, molhos e massas<sup>1037</sup>. Temos notícias de confeitarias na cidade, algumas das quais comparecem em memorandos enviados ao HMC. São raras no conjunto da documentação.

<sup>1036</sup> Em 1931, a empresa Fleischmann 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.

<sup>1037</sup> ABRAHÃO, Eliane Morelli. *História da alimentação: cadernos de receitas e práticas alimentares*, Campinas: 1860-1940. Campinas: Pontes Editores, 2018. p.113.

**Figura 118** - Memorando da Confeitaria Modelo para o HMC em 1930



Fonte: APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0746: Memorandos (1930-1963)

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, além de um elevador Otis, para atender a hóspedes mais aquinhoados. Até meados de 1950, esses apartamentos eram a melhor hospedagem da cidade, que se ressentia de uma rede hoteleira satisfatória. Era desses apartamentos que o HMC tirava a renda complementar à minguada receita dos governos. As refeições que subiam para esses quartos, portanto, deviam superar as calorias e vitaminas dos internados comuns. Nessa questão, a *Exposição de Motivos* de 1942, redigida no calor da Segunda Guerra, torna-se bastante elucidativa. Nela, o diretor da SAH comentou sobre as receitas oriundas dos pensionistas e “passageiros ilustres” daquele período, aludindo, ainda que sob uma ótica econômico-financeira e de modo superficial, à alimentação desses “hospitalizados”:

A conta de Pensionistas [...] não corresponde totalmente á estadia de enfermos, na Casa de Saúde, mas na sua maioria, á receita proveniente de passageiros ilustres, entre os quais contam-se rainha, princesas, Chefes de Estado, Embaixadores, almirantes, generais, bispos, cientistas, milionários, que ali estiveram poucos dias, ou algumas horas, porque as instalações dos hotéis da cidade estavam repletas e são inferiores aos nossos apartamentos de luxo. E os recebemos, mais por cooperação ao estado de guerra, do que por vantagens econômicas.

Isto quer dizer que *tais hospedes não foram tratados como enfermos, submetidos á dieta, mas lautamente banqueteados*; e as sobras não deram para solver os nossos compromissos sociais<sup>1038</sup>.

Como se pode deprender desse documento, a alimentação hospitalar variava segundo os estratos sociais dos seus hospitalizados, conforme o adoecido fosse indigente, pensionista ou mesmo hóspede dos apartamentos de luxo.

Sistema de diferenças que se reproduz em outras temporalidades, de um ou de outro modo. Quase duas décadas depois, em 3 de agosto de 1967, um doente se internava no apartamento 203 para tratar-se do desagradável *Streptococcus erysipelatis*. Era o escritor e folclorista Luís da Câmara Cascudo. Sua estada durou cerca de 12 dias. Nesse período, recebeu inúmeras visitas ilustres, e até comemorou aniversário de casamento! Nessa ocasião, recebeu um mimo da madre superiora: uma garrafa de champagne. Poucos doentes celebrariam a festa com uma bebida espumante dentro do hospital nem tampouco teriam tantos médicos amigos à disposição, assim como parentes a receber visitas. Um indigente transferido para esse nosocômio provavelmente não gozaria das mesmas regalias que o doente-memorialista de que falamos<sup>1039</sup>.

Dito tudo isso, já podemos encaminhar algumas considerações importantes e mais gerais sobre a alimentação hospitalar no HMC. Em primeiro lugar, parece-nos ter havido um predomínio dos alimentos *in natura* em detrimento dos produtos industrializados, isso, pelo menos, até meados da década de 1940. 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. Tudo consoante os ventos da economia local e das verbas governamentais. As carnes, ainda que contando com aquela observação dos alimentos azotados, fazia-se indispensável ao hospital, figurando em todas as listas de compras, importadas ou oriundas de açougues locais, sendo conservada, na ausência de frigorífico, no sal, na banha ou mesmo no gelo (presumimos que com menores possibilidades, dados os preços elevados e a duração da importação).

---

<sup>1038</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 0754. Prestação de contas da SAH em 1942. p.27.

<sup>1039</sup> SILVA, Rodrigo Otávio da. *Sair curado para a vida e para o bem: o Hospital de Caridade Juvino Barreto e a construção de uma assistência médico-hospitalar em Natal (1909-1927)*. Natal: Caule de Papiro, 2019. p.263-265.

Embora determinadas refeições diárias, de algum modo, pareçam respeitar o chamado tripé colonial<sup>1040</sup> (carne, feijão e farinha), 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 adoçados circularam pelas enfermarias e pavilhões, aquecendo os corpos-máquinas dos trabalhadores. Os bolos eram raros, comprados nas confeitarias locais ou padarias, e deviam servir às classes dos andares superiores, junto com vinhos e espumantes importados. Essa relação entre alimentação e status social, assim conjecturada, não soa estranha aos documentos.

O exame da cozinha e de sua materialidade colocam-na na categoria de “cozinha familiar”, como proposta pela DOH. A compra de grandes quantidades de produtos para estocagem e o desperdício alimentar a tornavam distante da cozinha moderna, fundada em princípios racionais. 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, com isso, os laços de identidade dos distintos grupos ocupacionais ou profissionais, expressando as diferenças nos ritos e códigos de comensalidade. A ergonomização 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. Além disso, as limitações financeiras constantes eram as verdadeiras senhoras das potências nutricionais, regulando a distribuição de víveres no hospital.

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. Conquanto assim o tenha sido pensado em seus albores e herdado

---

<sup>1040</sup> Cf.: SILVA, 2005, p.40-41.

pela administração da SAH, não podemos fechar os olhos para as diferenças que ali se instalaram. Ser atendido nas dependências dos apartamentos de luxo, na Casa de Saúde anexa ao HMC ou assumir um leito nas enfermarias destinadas aos indigentes abrigava nitidamente distâncias sociais e econômicas nada desprezíveis. Por sinal, é bom lembrar que tal “sistema de diferenças” aparecia frequentemente marcada na linguagem hierárquica da própria instituição quando classificava seus internos: havia os de 1ª classe, aqueles de 2ª e os demais de 3ª. É a 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 codifica e concomitantemente revela o lugar social dos pacientes em determinada configuração societária. Uma simples lista de pedidos durante um internamento pode muito bem expressar isto: um guaraná, gelo ou champagne registrados nas despesas do paciente, por exemplo, deixam claro tratar-se de uma hospedagem de 1ª classe, como efetivamente ocorria. Os conflitos de modelos alimentares entre a dietética hospitalar e a alimentação popular de alguns doentes mostrava certa “resistência” dos mais pobres a paradigmas nutricionais ditos científicos e igualmente uma dificuldade da parte do corpo médico-hospitalar em “negociar” com os pacientes, demonstrando certa compreensão dos códigos alimentares da população, dos seus hábitos e costumes à mesa, ainda que adotasse posteriormente a normalização nutricional da dietética no hospital. A outridade do outro no espaço hospitalar seguia a ordem do mesmo..., mas não para todos.



## **CAPÍTULO 5. (IN)HOSPITALIDADE (PARTE II): A MULHER-MÃE NO “TEMPLO DE LUCINA” E O CORPO-MÁQUINA DO TRABALHADOR**

Este capítulo segue, a seu modo, o anterior. Saímos do Ambulatório e do Pronto Socorro, com suas urgências cotidianas, bem como da cozinha sonhada moderna, para outras seções do HMC: a Maternidade e as Clínicas. O exame crítico de seus movimentos fará emergir modos de acolhimento diversos e suas ambivalências em diferentes contextos históricos, pois, como vimos, receber o outro implica, por vezes, não o receber “como tal”. A Seção de Maternidade do HMC ganhou maior peso neste momento, reproduzindo-se na nossa escritura – inescapavelmente - a “biopolítica” presente nas fontes, mas não sem o devido cuidado analítico que nos cabe, procurando desconstruir o enredo oferecido na documentação por outros mais plurais. O mesmo serve para o acolhimento dos trabalhadores no hospital, ponto-chave de ideologias como o “nacionalismo” e a “eugenia” de matiz raciológica que apostavam na superação das mazelas tupiniquins na direção de uma civilização assumida superior.

Descrevemos, nesse percurso, possíveis hospitalidades e suas instabilidades constitutivas, consoante os saberes médicos, as práticas sociais, os atores e as instituições. Desejamos, com isso, não apenas traçar uma tipologia do acolher hospitalar no Miguel Couto, embora seja lícito e útil fazê-lo. Apostamos, sim, com esse caminho, na percepção de que o HMC era mais do que um mero hospital no sentido técnico que lhe foi conferido na época, mas uma instituição com grande penetração social, detentora de amplos poderes de intervenção no campo da saúde pública local. Retomamos aqui nossa hipótese-guia, e acreditamos que ela ganha força em nossa narrativa, embora, é sempre importante sublinhar, seus limites também se fizeram evidentes, principalmente a partir dos anos 1940. Vejamos, então, os enlaces desse enredo.

## 5.1 AS BOAS-VINDAS NO “TEMPLO DE LUCINA”<sup>1041</sup>: OS CUIDADOS COM A SAÚDE DA MULHER

Prosseguindo em nossa busca pelos sinais de acolhimento no ambiente hospitalar, dirigiremos nossa atenção para as práticas que envolviam o atendimento ginecológico-obstétrico, tais como a gravidez, o parto, o puerpério, as doenças dos recém-nascidos e as doenças que acometiam o corpo da mulher, com especial ênfase na hospitalidade oferecida às mulheres grávidas, observando particularmente o movimento da seção de maternidade e o trabalho da respectiva clínica especializada e atuante nos quadros do hospital.

Daremos um salto, então, de uma hospitalidade mais geral e difusa, com a qual viemos trabalhando até este momento, para uma hospitalidade específica, localizada mesmo nos problemas da chamada “medicina da mulher”, opção que se explica pelo fato de que o corpo da mulher, assim como o do trabalhador (que será nosso alvo posteriormente, noutra seção), ter sido estratégico para os interesses do Estado e a montagem progressiva de uma rede de atenção médico-hospitalar e, por isso mesmo, ter-nos legado maior profusão de suas marcas de historicidade (fontes), o que viabiliza o estudo um pouco mais detalhado desse aspecto do atendimento no HMC.

“Maior profusão” não deve ser compreendida automaticamente como abundância e homogeneidade dos documentos pesquisados. As fontes ainda são esparsas e lacunares, e os sinais dos eventos passados precisam ser reconstruídos com a paciência e a habilidade de Penélope à espera do retorno de Ulisses (cf. parte 1, item 1: *a produção de documentos*), descartando-se, em nosso caso, e obviamente, o ardil da procrastinação da esposa do nauta troiano.<sup>1042</sup>

---

<sup>1041</sup> Na Roma antiga, “Juno Lucina” era a deusa das parturientes e tinha um templo em sua homenagem no bosque sagrado do “Monte Esquilino”. A referência a esse templo aparece nos relatórios produzidos pela SAH, daí nossa apropriação como parte do título desta seção.

<sup>1042</sup> Conta-nos a Odisseia de Homero que Penélope, esposa de Ulisses, teve de tecer e retecer um pano por cerca de dez anos, enquanto esperava seu marido, o jovem Ulisses, que havia se engajado na famosa Guerra de Troia. O pai de Penélope, Icário, insistiu com a filha para que, na ausência de Ulisses, voltasse a se casar com outro homem. Ela, então, sinalizou ao pai e aos demais pretendentes que assim o faria, desde que seu marido não retornasse ao tempo em que tecia um sudário para Laerte, pai de Ulisses; caso contrário, se o esposo retornasse antes do fim daquela fiação, sua obrigação de desposar outro homem perderia, então, sua razão de ser. Tendo sido desmascarada nesse ardil, ela propôs outra prova: que se casaria somente com aquele que conseguisse encordoar o arco que pertencia a Ulisses. A façanha só foi alcançada por um camponês simples, que era o disfarce utilizado pelo próprio marido, que chegara a tempo de evitar o novo casamento da esposa.

Com maiores ou menores limitações, portanto, empenharemo-nos em seguir os passos, nesse sentido, da maternidade<sup>1043</sup> no hospital, desde uma genealogia de sua instalação na organização hospitalar como lugar apropriado para lidar com as mulheres grávidas até as ações médicas levadas a efeito no trato com as pacientes, procurando, nesse percurso, reconstruir os mecanismos de hospitalidade que foram postos em prática no processo de acomodação das mulheres nas instalações hospitalares do HMC.

### 5.1.1 A medicina da mulher no Brasil: saberes e espaços

#### 5.1.1.1 Os especialistas no corpo feminino

Em meados do séc. XIX, pode-se observar uma aproximação mais estreita da medicina com as questões que diziam respeito à especificidade do corpo das mulheres, e os médicos passaram a se apresentar como especialistas na natureza feminina, intervindo em diversos aspectos da vida da mulher, como casamentos, educação dos filhos e até a administração da vida familiar. Conquanto esse saber médico sobre as mulheres já viesse sendo abordado em áreas como a higiene, a medicina legal e a psiquiatria, foram as especialidades da obstetrícia e da ginecologia que se tornaram, a partir daquele período, os discursos autorizados a falar sobre o corpo feminino, construindo-o como objeto, elaborando teorias e proclamando verdades a seu respeito.<sup>1044</sup>

No contexto brasileiro, as referências seminais às “artes obstétricas”, tal como era conhecido o conjunto de saberes e práticas investidos no fenômeno da parturição, tiveram sua aparição em instituições oficiais de ensino em 1808, na Escola de Cirurgia da Bahia, embora os registros efetivos só deem conta de sua prática efetiva a partir de 1818. No Rio de Janeiro, a tarefa esteve nas mãos do cirurgião-parteiro Joaquim da

---

<sup>1043</sup> A historiadora Maria Renilda Nery Barreto nos alerta, com base em Françoise Thébaud, para os diferentes sentidos da palavra maternidade, que podem adquirir, pelo menos, quatro acepções: (1) qualidade de ser mãe; (2) função reprodutiva; (3) obra de arte retratando a relação entre mãe e filho; e (4) o lugar próprio aos cuidados materno-infantis, no sentido da maternidade científica, ou seja, o hospital. No presente texto, damos especial atenção ao espaço-maternidade, procurando, na seção apropriada, desvelar aspectos do cuidado hospitalar com essas mães e seus bebês. Cf. o artigo de Maria Renilda que menciona essa polissemia: BARRETO, Maria Renilda Nery. Dar à luz no Rio de Janeiro da belle époque: o nascimento das maternidades (1870-1920). In: SANGLARD, Gisele et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. Nota de rodapé n.2, p.186.

<sup>1044</sup> MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.140. (Coleção História e Saúde).

Rocha Mazarém, catedrático da matéria em Lisboa. Normalmente, a cadeira figurava na grade dessas Escolas de Cirurgia no último ano do curso, lado a lado com as técnicas cirúrgicas. Ainda assim, o ensino era precário, ressentindo-se de material didático, livros e instalações adequadas. Ademais, era frequente a falta de enfermeiras para grávidas e puérperas nas Santas Casa de Salvador e do Rio de Janeiro, o que dificultava a prática no leito dos hospitais (além de muitas vezes não existirem, as enfermarias para mulheres atendiam inúmeras doenças) e tornavam o aprendizado eminentemente teórico, baseado fundamentalmente na leitura dos tratados franceses de obstetrícia. Mesmo com a Reforma de Instrução do Ensino Superior do Império em 1854, que normatizou as cátedras, a Cadeira de Partos, por exemplo, continuou sem poder contar com o ensino prático. Os avanços que podiam ser alcançados entravam na conta dos médicos mais renomados e persistentes, alguns dos quais já usavam clorofórmio nos partos, manejavam fórceps e faziam intervenções cirúrgicas, como versão e craniotomia.<sup>1045</sup>

Ainda nesse calvário do ensino e da prática obstétrica, os contratemplos ao seu exercício efetivo tinham sua cota de participação na estrutura e na ideologia dos hospitais de caridade. Contando com poucas enfermarias, frequentemente lotadas e nada asseadas, voltadas para o atendimento dos mais pobres, as provedorias das Santas Casas obstavam a presença de alunos nas dependências femininas, seja por não ser possível misturar homens com mulheres no mesmo espaço (motivo moralizante), seja pela dificuldade de se manter a ordem dos trabalhos no hospital com a presença de alunos e professores passeando pelas enfermarias. Somente com a Reforma Sabóia de 1882, o quadro esboçou algumas alterações, quando foram separadas as disciplinas de Obstetrícia e Ginecologia. A Cadeira de Partos cedeu lugar para a Cadeira de Obstetrícia, e a nova Cadeira de Clínica teve a tarefa de aproximar os estudantes das mulheres grávidas e puérperas, além de aprender a lidar com as doenças ginecológicas.<sup>1046</sup> Assim, no Rio de Janeiro, Érico Marinho ocupou essa função, mas só começando de fato o exercício em abril de 1883, na antiga secretaria da Santa Casa de Misericórdia, em dependência improvisada; na Bahia, o governo imperial empossou, em

---

<sup>1045</sup> Id., *Ibid.*, p.145-146.

<sup>1046</sup> *Ibid.*, p.148-149.

1885, Climério de Oliveira, que havia sido o segundo colocado, abaixo de Rodrigues Lima, um processo nada transparente.<sup>1047</sup>

Conforme se vê, a década de 1880 marcou a inflexão do ensino médico voltado para o corpo da mulher, separando a obstetrícia da ginecologia, até então imiscuídas nas “artes obstétricas”, e dando maior ênfase ao caráter prático desse ensino nas disciplinas. O realce dado à dimensão clínica no âmbito dessas novas cadeiras preenchia uma lacuna no ensino-aprendizagem das matérias, pois permitia agora ao estudante internalizar a experiência através do contato com o corpo vivo das pacientes:

Assim, somente no final do século XIX os estudantes de medicina começaram a ter um ensino de obstetrícia voltado para a clínica, aprendendo a realizar exames, a reconhecer as posições e apresentações do feto, a utilizar o instrumental obstétrico e a fazer cirurgias. Mesmo não sendo o ideal, o sistema de enfermarias proporcionou aos estudantes as condições para observar o corpo feminino e saber agir tanto nos partos naturais quanto nas distocias. Somente no século XX as faculdades de medicina passaram a ter um espaço adequado ao ensino das clínicas obstétrica e ginecológica, quando começaram a ser construídas as primeiras maternidades no Brasil. Até então, o ensino teórico foi mais privilegiado e com ele difundiu-se, entre os estudantes e futuros médicos, boa parte do conhecimento das duas especialidades produzido na Europa e propagado pelos alunos nas suas teses de conclusão de curso.<sup>1048</sup>

É preciso frisar, entretanto, que a produção desses saberes se deu a partir de uma visão da mulher recortada e delimitada na sua especificidade reprodutiva, eixo teórico-prático que orientou inclusive o serviço de assistência médica e a criação de instituições especializadas no atendimento às necessidades do corpo feminino:

A organização dos serviços de atendimento médico às mulheres deu-se, portanto, a partir da definição da sua especificidade reprodutiva com a organização das enfermarias obstétricas e das maternidades; ou então a partir de uma definição sexual fortemente marcada pela condição patológica, sobressaindo o atendimento ginecológico isoladamente ou em associação com outras especialidades, como foi o caso da psiquiatria.<sup>1049</sup>

Embora a experiência prática dos cursos ainda se fizessem insuficientes, e os médicos formados não se sentissem à vontade com a parturição, as inovações clínicas e

---

<sup>1047</sup>BARRETO, Maria Renilda Nery. Dar à luz no Rio de Janeiro da belle époque: o nascimento das maternidades (1870-1920). In: SANGIARD, Gisele et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p.193.

<sup>1048</sup>MARTINS, *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, p.151.

<sup>1049</sup>MARTINS, Ana Paula Vosne; FREIRE, Maria Martha de Luna. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.205.

cirúrgicas vindas da França e Inglaterra foram paulatinamente tornando mais seguras as intervenções e, por conseguinte, aumentando a confiança dos médicos no exercício da obstetrícia. A procura de parturientes por clínicas privadas e de senhoras também reforçou o interesse dos doutores pela especialidade. Os médicos parteiros ganharam fama com a clientela mais rica e aquela das camadas médias, que preferiam o atendimento domiciliar. Dessa maneira, eles atendiam tanto as mulheres mais pobres, nas Santas Casas ou nas maternidades, quanto as mulheres brancas das classes mais abastadas.<sup>1050</sup> Aqui, devemos sublinhar que, mesmo com esse reconhecimento dos médicos-parteiros, a maior parte das mulheres ainda continuava a requisitar os serviços das antigas e já consolidadas parteiras nesses momentos críticos interligados ao processo de “dar à luz”.

De todo modo, no final do séc. XIX, os saberes obstétrico-ginecológicos no Brasil já haviam se institucionalizado no Ensino Superior, com a ocupação de cadeiras importantes e a consequente formação de médicos especializados nessa lida, e igualmente penetrado em importantes camadas sociais da população instruída, que passara a frequentar as clínicas particulares e a se aconselhar com os novos profissionais, aceitando o acompanhamento da gravidez e a própria realização do parto, mormente praticada ainda nos redutos do lar. As mulheres mais pobres, como já assinalamos, acabavam, por óbvio, ficando fora dessa possibilidade. Aliás, essa foi uma das razões que mobilizaram médicos da área a pressionar os poderes públicos em busca de soluções para as altas taxas de mortalidade infantil que atingiam em cheio a sociedade, e que levaram especialistas e autoridades a empreender intensas campanhas a favor do parto hospitalar, transformação que abordaremos logo a seguir.

#### **5.1.1.2 Os espaços de atendimento: as enfermarias hospitalares e a maternidade**

A emergência de “espaços destinados, exclusivamente, ao parto, ao puerpério, e aos cuidados com as crianças”<sup>1051</sup> demandou, como já dissemos, um amplo movimento que interligou, pelo menos, a partir da segunda metade do séc. XIX, três instâncias de atuação que se mobilizaram na direção dos cuidados materno-infantis: os médicos, a filantropia laica e o Estado. O foco de todo esse movimento era a preocupação com o

---

<sup>1050</sup>MARTINS, *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, p.178.

<sup>1051</sup>BARRETO, *Op. Cit.*, 2015, p.186.

corpo infantil que, “[...] revalorizado, tornou-se alvo de atenção, cuidados e mimos”<sup>1052</sup>, transformando-se “[...] em objeto privilegiado do campo da Medicina em todo o mundo ocidental.”<sup>1053</sup>

O processo é demasiado complexo e envolveu inúmeros fatores, o que nos levaria, neste momento, a uma longa - e desnecessária - digressão sobre o assunto. Por enquanto, interessa-nos em particular alguns aspectos centrais da institucionalização dessa preocupação com a infância e que reforçou a necessidade de criação de espaços de assistência apropriados aos cuidados das mães e de seus filhos, naquilo que é chamado atualmente pela historiografia de “projeto maternalista”. Segundo a historiadora Maria Lúcia Mott (2001, p.202), o mencionado maternalismo era uma

postura ideológica adotada por mulheres das camadas médias e alta nas primeiras décadas do século XX, que defendia a preponderância do sexo feminino devido a natureza específica para a maternidade, na defesa e desempenho de atividades relacionadas ao bem estar das mulheres e das crianças.<sup>1054</sup>

Sendo assim, o ponto nodal desse movimento pró-infância – só para termos uma marcação cronológica<sup>1055</sup> a título de guia, mas sem nos determos em profundidade nas especificidades históricas que a caracterizaram - foi a crítica ao modelo de atenção simbolizado pela Roda dos Expostos, instituição caritativo-religiosa que recebia em suas dependências, desde o período colonial, as crianças enjeitadas pela sociedade, respondendo, assim, a princípios de moralidade cristã que buscavam combater as práticas de aborto e infanticídio. Ocorria, contudo, que tais organizações apresentavam, ao longo de sua existência, altos índices de mortalidade entre as crianças acolhidas,

---

<sup>1052</sup> MARTINS; FREIRE, *Op. Cit.*, 2018, p.192.

<sup>1053</sup> *Ibid.*

<sup>1054</sup> MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil. *Cadernos Pagu* (16), 2001, p.199-234. p.202. Cf. também: FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.153-171, jun. 2008. p.155-57.

<sup>1055</sup> Com relação à determinação de marcos temporais para uma história da assistência à infância no Brasil, seguimos, nesta seção, a proposta da historiadora Maria Luiza Marcílio, que recortou esse percurso dividindo-o em três fases distintas: 1) a caritativa, que teve na Roda dos Expostos seu paradigma, dominando o cenário até meados do séc. XIX; 2) a filantrópica, fruto das críticas ao modelo anterior, ligadas principalmente às altas taxas de mortalidade infantil observadas naquelas instituições, devido às condições sanitárias inadequadas, insistindo-se, em contrapartida, nas práticas de higiene em espaços apropriados, na filantropia leiga e no controle das ações por parte do Estado; 3) e a terceira e última fase se constituiu a partir do pós-guerra, quando da formação do Estado de Bem-Estar Social. Para maiores detalhes, cf. MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 2006.

sendo duramente criticadas pelos médicos, que viam na questão sanitária a causa de tantas mortes.<sup>1056</sup>

A partir de então, os médicos higienistas passaram a propor a criação de novos estabelecimentos de assistência voltados para a saúde das crianças e que seriam administrados por entidades filantrópicas. Apontando a precariedade e insalubridade dos espaços e os equívocos na alimentação das crianças como os grandes inimigos, tais médicos investiram em campanhas contra a amamentação realizada pelas antigas amas de leite, propondo em seu lugar o uso de leite animal devidamente esterilizado. Divulgadas na imprensa e revistas voltadas para ao público feminino, as novas ideias de cuidado com a infância cativavam as classes médias urbanas. Por seu turno, o Estado foi chamado a participar da implementação dessas mudanças propostas pela classe médica, criando instituições específicas e um novo modelo de assistência à infância, agora guiado pelas especialidades científicas da puericultura (1863) e da pediatria (1872).<sup>1057</sup>

Seguindo esse conjunto de mudanças, foram surgindo iniciativas de natureza filantrópica que desenhavam, cada qual a sua maneira, modelos de ação distintos para lidar com a saúde da infância. No Rio de Janeiro, por exemplo, o doutor Arthur Moncorvo Filho criou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipaí) em 1899, buscando aplicar aí as regras da puericultura e da higiene como novas diretrizes para o cuidado com as crianças, e que, posteriormente, acabou por resultar na instalação do Departamento da Criança em 1919. O funcionamento do seu instituto se baseava no *Gouttes de Lait* francês, que buscava atuar essencialmente entrando em contato com as mães e seus filhos, distribuindo leite, oferecendo consultas e distribuindo conselhos.<sup>1058</sup>

A Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI), do médico Joaquim Martagão Gesteira, era outra dessas disposições modernas em prol da infância. Criada em Salvador, em 1923, essa Liga atuou mais na mudança das práticas de assistência no Asilo Nossa Senhora da Misericórdia, extinguindo o sistema da Roda dos Expostos,

---

<sup>1056</sup> MARTINS, Ana Paula Vosne; FREIRE, Maria Martha de Luna. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.193; SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018, p.145-181. p.162 e 171.

<sup>1057</sup> De modo geral, falamos em “puericultura” para denominar uma especialidade médica preocupada em acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, observando aspectos da saúde física e emocional, enquanto aplicamos o termo “pediatria” quando queremos nos referir à especialidade médica mais voltada para o corpo doente da criança.

<sup>1058</sup> *Ibid.*, p.195-7.



pondo fim ao mecanismo das amas de leite externas e investindo na melhoria das condições sanitárias, além de realizar diversas campanhas de educação maternal e assistência. Diferentemente do Ipai, portanto, a LBCMI adotou um modelo institucional que se voltou mais para a difusão dos conhecimentos e práticas puericultoras, uma experiência, digamos, menos “localizada” que a da sua congênere.<sup>1059</sup>

Esse movimento mais geral também veio acompanhado da participação de várias entidades que se dedicavam a estudar os problemas relativos à infância. Entre elas, destacaram-se a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Eugênica de São Paulo, a Sociedade Científica protetora da Infância, além de encontros científicos diversos, como o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado em 1922, mesmo ano do 1º Congresso Nacional dos Práticos.

Destarte, o já mencionado projeto maternalista abrangia em seu leque de ações tanto as necessidades das mães quanto aquelas próprias das crianças, consideradas ambas indissociáveis umas das outras. Imbuídos de uma ideologia nacionalista, os médicos que se dedicavam à assistência materno-infantil enxergavam nessa associação muito mais do que apenas uma questão piedosa ou de ética médica que ecoava os ensinamentos do velho Hipócrates; os puericultores e pediatras, como escreveu Nery Barreto, “defenderam a necessidade de salvar o filho, amparar a mãe e, depois, formar o cidadão”. Havia, com efeito, algo mais nessa proposta de engajamento. A argumentação encontrava seus fundamentos em um cálculo político-demográfico mais abrangente:

[...] além de sentimentos humanitários, a promoção ao atendimento à gestante pobre estava relacionada à crença de que a riqueza e o poder de um país estavam na proporção direta ao número de habitantes. A vida da criança, a puericultura intra-uterina e extra-uterina tornara-se as palavras de ordem. Assim, a saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis. [...] A alta taxa de mortalidade infantil, os gastos e os perigos da imigração passaram a ser denunciados com mais veemência a partir do início do século. Os médicos pregaram medidas para o fortalecimento da raça e o aumento rápido da população para suprir a falta de mão de obra, ampliar o contingente do exército e marinha e preencher dos espaços vazios do Brasil.<sup>1060</sup>

Na visão desses médicos, o que estava em jogo era um patriotismo que tomava a família como instituição privilegiada e garantidora de uma ordem nacional “saudável”, daí as muitas exigências feitas às autoridades do Estado para intervirem e viabilizarem

<sup>1059</sup> Ibid., p.197-8.

<sup>1060</sup> MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). São Paulo, *Proj. História*, 25 dez. 2002. p.201.

tal proteção ao núcleo familiar, o que também ia ao encontro dos interesses dos poderes públicos, amplamente preocupados com a formação e manutenção da força de trabalho nacional. Posto isto,

A proteção especial do Estado à família passava necessariamente por uma visão política marcada pelo gênero, ou seja, a ordem social somente seria garantida se na família, célula básica e fundamental, seus integrantes exercessem suas funções harmoniosamente. Maridos trabalhadores e provedores, esposas cuidadoras do lar e crianças viáveis e saudáveis compunham um ideal de família que deveria ser não só protegida, mas principalmente divulgada pelos agentes públicos e políticos, entre eles os médicos, cujo papel anterior à era Vargas, mas especialmente a partir de então, foi extremamente valorizado e politicamente relevante para o desenho e a execução de políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil.<sup>1061</sup>

É com essa ideologia nacionalista que o movimento pró-infância avançou na direção de promover cuidados médico-científicos às mães e crianças ainda na primeira metade do séc. XX, afinal, como vimos, tudo passava pela “construção de um povo saudável e preparado para conduzir o futuro da nação.”<sup>1062</sup> Foram incentivadas a criação de creches, a valorização do aleitamento materno e a construção de maternidades, “compreendidas como espaços a serem organizados nos moldes higiênicos e assépticos, capazes de disseminar medidas preventivas entre as mães, quer no espaço hospitalar, quer na assistência em domicílio”<sup>1063</sup>

No ideário médico-político, as maternidades eram as casas de saúde que deveriam atender as mulheres pobres e sem recursos. Era a percepção de que de nada adiantavam as clínicas particulares e de senhoras, que respondiam por uma pequena parcela das mulheres, se não fosse contemplada a imensa maioria das mães pauperizadas, o contingente realmente emblemático da assistência materno-infantil. Mesmo assim, a construção desses espaços foi lenta e cheia de revezes. Na década de 1910, tivemos notícia da existência de maternidades nas cidades de Salvador, Recife, Fortaleza, Belo Horizonte e Curitiba. No Rio de Janeiro, entre 1877 e 1920, foram criados três dessas instituições: a Maternidade Municipal Santa Izabel (1880), a

---

<sup>1061</sup> MARTINS, Ana Paula Vosne; FREIRE, Maria Martha de Luna. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: TEIXEIRA, Luís Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.202-3.

<sup>1062</sup> MARTINS, *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, p.199.

<sup>1063</sup> BARRETO, Maria Renilda Nery. Dar à luz no Rio de Janeiro da belle époque: o nascimento das maternidades (1870-1920). In: SANGLARD, Gisele et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p.185.

Maternidade de Laranjeiras (1904) e a Maternidade Pro Matre (1918). Não acompanharemos a trajetória individual de cada uma delas aqui, pois não é exatamente nosso escopo. Queremos destacar delas apenas alguns pontos.

Conforme se vê, são apenas três maternidades em um período de pouco mais de vinte anos, sendo uma delas proveniente ainda do período imperial e as outras duas já no regime republicano. A Maternidade Santa Izabel tinha na sua clientela mulheres negras e escravas, ou mesmo muito pobres, sem recursos para custear uma clínica particular. A de Laranjeiras, por sua vez, além do atendimento às populações menos favorecidas, incluía nas suas funções a formação de mão de obra, como enfermeiras, parteiras e médicos. A Maternidade Pro Matre foi fundada por Fernando Magalhães, após um desentendimento com outros médicos da Maternidade de Laranjeiras, e era fruto da Associação de Caridade e Auxílio Mútuo, que fundou e manteve diversas instituições de atenção materno-infantil. De modo geral, com exceção da maternidade Santa Izabel, as demais abraçavam um programa mais extenso de assistência que não se limitava ao recolhimento e cuidado com as mulheres para fins de parturição.<sup>1064</sup> Elas esboçavam, por vezes, ao menos nos estatutos, aspectos de uma política de assistência materno-infantil, englobando nas suas atividades a construção de asilos maternais, creches, jardins de infância, intervenções nas questões de trabalho, entre outras coisas.

Como já alertamos, o processo deu-se lentamente e não sem dificuldades de toda ordem. Além de serem poucos os hospitais-maternidades, malgrado o esforço de obstetras e puericultores, o parto hospitalar até aquele momento tinha pouca entrada entre as mulheres-mães, e seguia, nesse aspecto, uma penetração sociorracialmente muito circunscrita, cuja expansão e generalização veio a depender da criação posterior de estruturas governamentais voltadas para essa finalidade. Dessa maneira,

Iniciando o convencimento junto às mulheres pobres, os médicos só conseguiram ampliar a hospitalização e incutir o hábito das consultas antes do parto quando convenceram as mulheres de classe média e as mais ricas de que o hospital-maternidade era seguro e fornecia acomodações particulares e confortáveis para elas. Mas isso não ocorreu sem a formulação paralela de uma política oficial de saúde materno-infantil, desencadeada somente após a década de 30 do último século.<sup>1065</sup>

---

<sup>1064</sup> Ibid., p.187 et seq.

<sup>1065</sup> MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

Isto significa que a campanha de convencimento da população tinha de contar com uma organização estatal que conduzisse políticas públicas para mães e crianças no território nacional, o que se consubstanciou somente entre os anos 1930 e 40. Anteriormente, havia a Inspetoria de Higiene Infantil (1920-1926), subordinada à Diretoria-Geral do Departamento Nacional de Saúde, que se encarregava de orientar “a saúde das primeiras idades”, um esboço de proteção à infância nacional, mas muito limitada na prática ao Distrito Federal. Em maio de 1934, criou-se a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, já revelando maior extensão de suas atividades, ao incluir a mulher em seu programa oficial. A essa inspetoria, seguiram-se outras duas: a de Higiene Pré-Natal e a de Higiene e Assistência à Criança, esta última com uma seção de Assistência ao Parto. Durante a Reforma Capanema, entre 1934 e 1937, a Diretoria antiga é substituída pela Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Entrementes, foi somente em 1940 que tivemos um *background* administrativo com a instituição do Departamento Nacional da Criança, ligada diretamente ao Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp). Com o DNCr, uma efetiva política pública de assistência materno-infantil foi assumida, dentro daquele recorte já mencionado da mulher grávida, puérpera e mãe de família.<sup>1066</sup> O desenho institucional centralizador do Governo Vargas<sup>1067</sup>, com suas várias reformas, forneceu de fato a estrutura necessária a uma política pública e os instrumentos legais de sua atuação, consolidando a atenção materno-infantil como área estratégica do Estado e possibilitando a expansão dos serviços de saúde.

O descrição que empreendemos anteriormente sobre a formação de uma estrutura burocrático-administrativa voltada para a questão da mulher e das crianças mostra não somente a preocupação do Estado com esses grupos vulneráveis – e estratégicos, como bem assinalamos -, mas torna igualmente patentes, aos nossos olhos,

---

<sup>1066</sup> PARADA, Maurício. Corpos infantil e nacional: políticas públicas para a criança durante o Estado Novo. In: PRIORE, Mary Del; AMANTINO, Márcia (org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011, p.351-370. p.364-365.

<sup>1067</sup> Entre 1930 e 1945, as políticas de saúde pública foram progressivamente sendo centralizadas no Estado, que tomou para si a responsabilidade de criar, implementar e administrar, em âmbito nacional, as ações no campo da Saúde. A constituição desse processo de uma política nacional acabou gerando, na sua complexidade, uma dualidade institucional na prestação de serviços: de um lado, uma estrutura ligada ao Ministério de Educação e Saúde Pública (Mesp), mais universalista e voltado à população mais pobre; de outro, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), no dispositivo da previdência social, corporativista, preocupado com o trabalhador urbano. Tínhamos, portanto, nessa organização burocrático-administrativa, uma saúde pública e uma medicina previdenciária, com maior atenção para esta última. Para mais informações, Cf.: FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

as dificuldades encontradas na organização dessa assistência específica, o que explica a presença e participação constante das instituições de filantropia social nesse projeto assumido pelo Estado.

A construção dos hospitais-maternidades exigia recursos e um largo trabalho de convencimento sobre as vantagens do parto hospitalar. E tudo se dava muito lentamente: do parto doméstico, realizado pelas parteiras, para o parto medicalizado, praticado pelas senhoras ricas e de classe média urbana, em clínicas particulares, o caminho já havia sido bem longo.<sup>1068</sup> Segundo Ana Paula Martins, essa virada no sentido da assistência médico-hospitalar ao parto deveu-se, pelo menos, a quatro fatores: o despreparo das parteiras, que acabavam levando a óbito muitas vidas; a criação de maternidades isoladas de hospitais gerais e a adoção de medidas de higiene e isolamento; a evolução da técnica da cesariana, que tornou seguro o parto em situações mais complicadas; e a disseminação, por parte dos médicos, de uma postura mais humanitária e filantrópica nos cuidados com a maternidade. Seja como for, um primeiro passo, ainda que limitado no alcance da clientela, havia sido dado.

A popularização do parto hospitalar e, por conseguinte, do espaço da maternidade, por sua vez, era uma fase mais crítica, pois implicava atrair um número muito maior das mulheres-mães, oriundas da população mais pobre. Para isso, buscou-se instituir um “modelo tecnocrático” de assistência ao parto, centrado no ato médico e mais distante da parturição como fenômeno social e familiar. O funcionamento da maternidade nesse modelo dependia de uma concepção do corpo da mulher como uma máquina (modelo hegemônico de antropologia médica, sobre o qual já falamos em outro momento), e cuja peça mais importante era o útero:

Na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Dessa forma, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero. Segundo Martin (2006), essa imagem é fundante e fundamental na concepção da obstetrícia moderna, por três razões. Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto. Segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto. Nos termos do modelo tecnocrático duro, o trabalho de parto é visto como processo

---

<sup>1068</sup> MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 19-49. p.34.

puramente fisiológico, e não emocional; se algum fator emocional o facilita ou dificulta, ele não é reconhecido como tal – por exemplo, o fato de a mulher ficar sozinha durante o trabalho de parto não é reconhecido como um dificultador do processo. Terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompimento do saco amniótico pelo médico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana etc.). Em um ambiente hospitalar, tais práticas e rotinas se tornam padronizadas (Davis-Floyd, 2001). Assim, a imagem fragmentada do corpo máquina e da mulher útero, associada com a ideia do hospital como uma linha de produção, permitiu que se instituisse uma assistência padronizada que inclui a prática de deslocar a mulher durante o trabalho de parto.<sup>1069</sup>

O parto hospitalar, portanto, aparecia como uma prática específica do trabalho médico, em espaço apropriado (a maternidade), com uso intensivo de tecnologias e fármaco-químicos diversos, tudo funcionando como numa linha de montagem taylorista. Foi esse, então, o novo modelo que iria ser implantado na rede de assistência à saúde da mulher. A partir da década de 1930, a visão de que os hospitais eram capazes de amenizar o sofrimento das mulheres e diminuir os riscos da gravidez fizeram com que as maternidades se tornassem lugares confiáveis para a realização dos partos.<sup>1070</sup> E isso esteve relacionado especialmente não só ao uso de novas tecnologias médicas no âmbito hospitalar, que permitiram melhores chances de sobrevivência para mães e filhos, como também a melhorias em infraestrutura urbana:

O exame clínico passava a contar com diferentes tipos de diagnóstico fornecidos por aparelhos, exames de laboratórios e raio X. O uso do clorofórmio, que tinha tornado exequível a cesariana em mulheres vivas, possibilitou um aprimoramento da técnica; as descobertas sobre os micróbios patogênicos e seu papel na transmissão das doenças tornaram essa operação mais segura, pois se eliminava, pelo menos em tese, o risco de infecção. A indústria farmacêutica colocou no mercado uma série de medicamentos para diminuir a dor e acelerar o trabalho de parto, como a *Pituitrina*. Aconselhava-se que as operações fossem realizadas em maternidades (ou em hospitais) e não mais nas residências, pelo fato de esses estabelecimentos serem construídos de acordo com as regras higiênicas, possuírem o aparato considerado necessário, como sala de operação, mesa cirúrgica, enfermagem especializada, instrumentos esterilizados, a possibilidade de se ter um maior controle sobre a paciente e o recém-nascido, bem como uma menor interferência da família. Os benefícios urbanos, como luz, água encanada, possibilitaram executar melhor e mais facilmente os cuidados com as parturientes, seguindo-se as regras da assepsia.

<sup>1069</sup> Ibid., p.35.

<sup>1070</sup> SILVA, Fernanda; NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodriguez; TEIXEIRA, Luiz. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.28, n.3, p.171-184, 2019. p.173-4;

As maternidades e os hospitais programaram seus serviços para atender a dois tipos de clientela: mulheres pobres e indigentes, alojadas em enfermarias específicas, cujos partos normais ou dificultosos serviam muitas vezes para estudo clínico de estudantes de Medicina e parteiras; e mulheres das classes mais favorecidas, nos partos complicados que requeressem algum tipo de intervenção, feitos por médicos e/ou parteiras particulares, com alojamento em quarto individual, roupa de cama limpa, trocada com regularidade, e até mesmo com banheiros individuais.<sup>1071</sup>

E mesmo nos atendimentos domiciliares, realizados pelas classes mais abastadas, as exigências dos médicos se tornaram também bastante rigorosas quanto à estrutura do espaço de parturição e aos insumos e equipamentos necessários:

A casa deveria ter quarto com água encanada ou banheiro próximo para lavagem das mãos em água corrente; o quarto deveria ser amplo, sem móveis atravancando espaço, de preferência cama de solteiro, com mesa para colocar os apetrechos. Se a cama fosse baixa, deveriam aumentar a altura dos pés; e se o colchão fosse de arame, introduzir transversalmente tábuas para impedir depressões; eram solicitadas iluminação natural artificial, bem como “lâmpada portátil” para emergências.

Nos anos 20, a lista apresentada pelo médico para ser providência pela família, era composta de muitos itens, como se o hospital devesse ser transportado para casa: chaleiras de cinco litros de água, bacias de ágata, comadre de ágata, 1,5m de impermeável, alfinetes de segurança, algodão esterilizado, gaze, sabonete de amidíol, álcool, soro fisiológico, soro glicosado, aparelho esterilizado para soro, *Pituitrina*, talco boricado, óleo canforado, ergotina, cafeína, escovas de unha, luvas americanas de borracha, água oxigenada, Dermatol, ataduras de crepom, tintura de iodo, fio esterilizado para cordão umbilical, categute, crina de Florença extra-grossa, oxicianureto de mercúrio, vaselina esterilizada, éter sulfúrico, clorofórmio, *clorethila*, sonda de *nelaton*, bicarbonato de sódio, azotato de prata cristalizado, água destilada, roupa esterilizada (três lençóis, quatro toalhas de mão, doze toalhas higiênicas e o avental do médico). Algumas casas de saúde costumavam fornecer esse material, em lata apropriada, nos casos de urgência, mas o material podia ser comprado “nas boas farmácia e drogarias”. Havia estabelecimentos que recebiam o material não utilizado de volta.<sup>1072</sup>

Desse momento em diante, com efeito, observaremos uma expansão desses hospitais primordialmente especializados nas necessidades das mulheres, não obstante alguns autores informarem que somente nos anos 1960 é que a hospitalização dos partos

<sup>1071</sup>MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). São Paulo, *Proj. História*, 25 dez. 2002. p. 203.

<sup>1072</sup> *Ibid.*, p.204-205.

tenha se tornado uma prática corriqueira no seio da população feminina no Brasil.<sup>1073</sup> De todo modo, e mesmo considerando as divergências existentes quanto à periodização apresentada anteriormente, de fato as mulheres já vinham frequentando as maternidades no começo do séc. XX, e a construção de várias delas nas primeiras décadas, conforme apontamos, revela já essa procura pelo acompanhamento médico-obstétrico.

Isto posto, o que nos interessa, por ora, é saber que a dupla mãe-criança já contava com a observação especializada, nesse caso, pelo menos desde o final do séc. XIX, de disciplinas como obstetrícia, ginecologia, puericultura e pediatria, assim como a existência de espaços medicamente apropriados para o trabalho de parturição, os chamados hospitais-maternidades, que serviriam exclusivamente aos interesses materno-infantis, especialmente na proposta de alargamento dos serviços de atenção levados a cabo pelo aparelho estatal segundo o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Com essas informações histórico-contextuais, já podemos avançar na seção seguinte para a situação concreta dos cuidados em torno da maternidade oferecidos no Hospital Miguel Couto e aos esforços de construção de um local específico para o atendimento às mulheres-mães em Natal.

### **5.1.1.3 Maternidade no HMC: enfermarias femininas e clínica obstétrica**

É oportuno lembrar aqui, de partida, e reiterando informação sobre a qual já discorremos em capítulos anteriores, que a população norte-riograndense, em contraste com a maioria das entidades político-administrativas do país, nunca chegou a contar com o sustentáculo de uma Irmandade da Misericórdia no amparo aos mais pobres, intervenção essa compreendida, é claro, em termos de obrigação moral e religiosa. Como bem sabemos, essa instituição, funcionando aqui desde o séc. XVI, tornou-se a principal responsável - quando não a única - pelas ações de assistência social aos desvalidos em diversas localidades, incluindo-se aí, nessa ativa participação, a própria organização da prestação de assistência hospitalar.

Recuperamos essa peculiaridade aqui para deixar bem marcado um traço determinante de nossa assistência: a ausência de uma Santa Casa na condução das políticas sociais de auxílio à pobreza, o que fez do Estado, malgrada a escassez de recursos, seu maior indutor. Conforme já tivemos oportunidade de descrever, isso não

---

<sup>1073</sup>MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.211.



implicou o afastamento completo da Igreja nesse domínio, visto que algumas ordens religiosas acabaram ocupando esse lugar, destacadamente no período republicano: o HCJB, por exemplo, teve a sua administração nas mãos das Filhas de Santana, que vieram da Bahia e aportaram em Natal ainda em 1905.

Em síntese: sem a presença de uma Misericórdia – além da falta, reiteradamente afirmada pelas autoridades locais, de uma iniciativa particular disponível e atuante - a assistência social se transformou, com o passar do tempo, em problema recorrente e quase insolúvel, tendo-se de apostar, desde o começo, na providência pública oferecida pelo Estado. Essa situação ainda se arrastou penosamente por décadas adentro no regime republicano, até que se fossem constituindo os sistemas de assistência social (teoricamente voltado aos indigentes) e de previdência (destinado aos trabalhadores) no processo de socialização da medicina ocorrido na Era Vargas. O envio regular de verbas federais, bem como as contribuições das municipalidades (ao menos em teoria, precisemos) e de instituições várias como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), acabou atenuando a precariedade dos serviços ao compartilhar as responsabilidades no âmbito da cobertura assistencial à população.

Toda a sociogênese dos cuidados com as crianças e a mulher-mãe nesse período deve ser reconstruída tendo-se em vista essas transformações político-administrativas, que fornecem, em nosso entender, a moldura inicial e necessária para a análise do recorte local selecionado e suas especificidades, sem perder de vista o foco principal de toda essa discussão neste momento, que deve ser o de levantar o conjunto das práticas de hospitalidade do HMC em relação às mulheres-mães.

Vejamos, pois, a genealogia histórica desse interesse pela maternidade e alguns aspectos de sua institucionalização pelos poderes públicos.

#### **5.1.1.4 O problema da infância e a questão de uma casa de saúde para as mulheres**

Compulsando as “mensagens” (textos que descreviam as ações dos governantes, uma espécie, digamos, de prestação de contas) anualmente enviadas pelos “presidentes” (termo usado na documentação da época, e equivalendo atualmente ao nosso “governador”) à Assembleia Legislativa, vamos nos deparar reiteradamente com as mesmas inquietações que esboçamos anteriormente a respeito da maternidade em outras localidades do território nacional.

Nas primeiras décadas do séc. XX, a mortalidade infantil no Rio Grande do Norte já chamava a atenção das autoridades locais, quando se passaram a notar, ainda muito timidamente em termos de registro, os variados casos das “moléstias da primeira idade e os vícios de conformação” que se faziam sensíveis entre as crianças, conforme se lê no relatório<sup>1074</sup> de 1909, o mesmo que continuava a advertir, em páginas anteriores, da necessidade de uma “casa de caridade oficial” para administrar a assistência aos pobres.<sup>1075</sup> No ano seguinte, em roteiro semelhante ao de outros estados, a filantropia leiga em Natal procurava contribuir para minorar os efeitos dessa alta mortalidade infantil<sup>1076</sup>, com a presença de uma associação de senhoras procedentes da elite local, organizadas na chamada Sociedade Damas de Caridade<sup>1077</sup> que, como o próprio nome sugere, participava de iniciativas de amparo às crianças seguindo uma orientação cristã e piedosa, naquele conhecido modelo de filantropia caritativa predominante na época, conforme a periodização que descrevemos na seção anterior.

Entre 1911 e 1916, a questão não tomou mais tanto as páginas dos relatórios oficiais. Em alguns desse anos, nem sequer estatísticas foram apresentadas, como foram o casos de 1912 e 1914, ou, mesmo sem dados coletados e expressos claramente, falava-se muito lateralmente das razões de algumas dessas mortes de crianças, imputadas mormente, na ocasião (1911), ao fenômeno da gripe<sup>1078</sup>. De 1º de outubro de 1912 a 30 de setembro de 1913, as mensagens já trazem os primeiros dados, mas sem informar exatamente como foram obtidos: entre 0 e 1 ano de idade, faleceram cerca de 251 crianças, superando no período citado todas as demais mortes ocorridas da cidade do Natal (cerca de 612, incluindo adultos e idosos); 6 dessas crianças foram computadas como natimortas (cinco homens e uma mulher).<sup>1079</sup> Entre 1º de outubro de 1914 e setembro de 1915, as informações registradas dizem um pouco mais acerca dos nascimentos e mortes: de um total de 790 crianças nas estatísticas mortuárias, 342 delas

---

<sup>1074</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Terceira Sessão da Sexta Legislatura em 1º de Novembro de 1909 pelo Governador Alberto Maranhão. Natal: Typ d’ “A Republica”, 1909. p.15

<sup>1075</sup> Ibid., p.12.

<sup>1076</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Primeira Sessão da Setima Legislatura em 1º de Novembro de 1910 pelo Governador Alberto Maranhão. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1910. p.10.

<sup>1077</sup> Ibid., p.11.

<sup>1078</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da Setima Legislatura em 1º de Novembro de 1911 pelo Governador Alberto Maranhão. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1911. p.11.

<sup>1079</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE . Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Primeira Sessão da Oitava Legislatura pelo Governador Alberto Maranhão. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1913. p.24.

foram ceifadas antes do primeiro ano de vida<sup>1080</sup>; dos partos realizados no HCJB (os dados estatísticos naquele começo de século não inspiravam grande confiança, conforme já apontamos em outra oportunidade), em 1915, somente foram registradas 24 ocorrências de parturição na instituição (a maioria esmagadora ainda se dava no ambiente doméstico), sendo metade delas de crianças do sexo masculino.<sup>1081</sup>

Não obstante as deficiências de coleta e registro dos dados populacionais, arregimentados em boletins estatísticos esparsos e pouco confiáveis – sem falar da perda de parte deles em virtude do descaso com a guarda e conservação técnica apropriada – e uma persistente tribulação orçamentária de uma província, em geral, menos aprovionada que as demais, a questão da mortalidade infantil frequentou mais ou menos regularmente os relatórios dos presidentes, e eram certamente acompanhadas com preocupação pela Assembleia Legislativa. Ainda em meados de 1916, não encontramos no relatório produzido nesse ano qualquer menção mais precisa sobre “cuidados” (obviamente, esta palavra não figurava no texto) com as mulheres. Entrementes, a partir de 1917, começam a surgir nas mensagens melhores informações sobre nascimentos de crianças e, igualmente importante, pedidos para criação de uma casa de maternidade. No relatório desse ano, o governador Ferreira Chaves, examinando os estudos “demographo-sanitarios” feitos pela Inspeção Geral de Higiene e Assistência Pública (IGHAP), comentou os índices de mortalidade no Estado e apontou uma possível solução:

Do quadro representativo das cifras aqui mencionadas, organizado pela Repartição de Higiene, verifica-se que as affecções do aparelho digestivo foram a causa mais frequente da lethalidade infantil nesta capital, affecções que se originam de factores diversos, entre os quaes a falta dos cuidados que devem ser prodigalizados á infância, e o esquecimento dos preceitos aconselhados pela hygiene infantil. (...) *Uma casa de maternidade para assistência á mães desprotegidas, e um estabelecimento de protecção á infância desvalida dariam, estou certo, nesse particular os melhores resultados.*<sup>1082</sup>(destaque nosso.)

É oportuno sublinhar que, naquela altura, o HCJB já abrigava, em suas dependências, uma seção de maternidade – pelo menos desde 1915, segundo podemos

---

<sup>1080</sup>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Terceira Sessão da Oitava Legislatura em 1º de Novembro de 1915 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1915. p.12.

<sup>1081</sup> Ibid., p.13.

<sup>1082</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da Nona Legislatura em 1º de Novembro de 1917 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. d’A República, 1917. p.8.

deduzir, embora certamente estejamos lidando com uma referência estrito senso bem mais espacial, no sentido de lugar onde se dava o parto, do que propriamente um lugar de prática da maternidade científica por meio do modelo tecnocrático de assistência, que somente ganhará aceitabilidade em geral nas décadas seguintes. De todo modo, o pedido de Ferreira Chaves dirigia-se realmente à construção de uma “casa de maternidade”, ou seja, um prédio particular para realizar os cuidados com as parturientes. Na mensagem de 1918, talvez tenhamos a melhor síntese dos problemas que envolviam a morbimortalidade infantil que assolava o Estado. O mencionado Ferreira Chaves desfiou longamente a questão e apresentou inúmeras cifras que demonstravam não só a calamidade geral que se espalhava por todo o Brasil, mas, para infelicidade do presidente potiguar, até mesmo a situação vexatória em que se encontravam os norte-riograndenses nessa hierarquia nada lisonjeira:

Dos estudos demógrafo-sanitarios, feitos pela Inspectoria de Hygiene, de 8 annos até agora, salienta-se o co-efficiente das crianças de zero a al anno na estatística mortuária da Capital. É assim que, sobre 569 obitos ocorridos de 1º de outubro de 1909 a 30 de setembro de 1910, o co-efficiente foi de 260; no mesmo periodo de 1910 a 1911, foi o co-efficiente de 236 sobre 562; de 1911 a 1912, de 267 sobre 633; de 1912 a 1913, 251 sobre 612; de 1913 a 1914, 256 sobre 605; de 1914 a 1915, 342 sobre 790; de 1915 a 1916, 279 sobre 826 e de 1916 (sic) a 1917 foi ainda o co-efficiente de 221 sobre 602 obitos.

Continúa a mesma situação acabrunhadora, tanto mais digna de nota quanto se verifica que o problema è nacional.

Bastará citar ao sul o Estado de S. Paulo, onde a mortalidade infantil por mil nascimentos é de cerca de 580 e ao norte o da Parahyba, onde o integro dr. Camillo de Hollanda, presidente do Estado, em sua bem elaborada mensagem, informa que tal mortalidade é superior a 50% dos óbitos geraes.

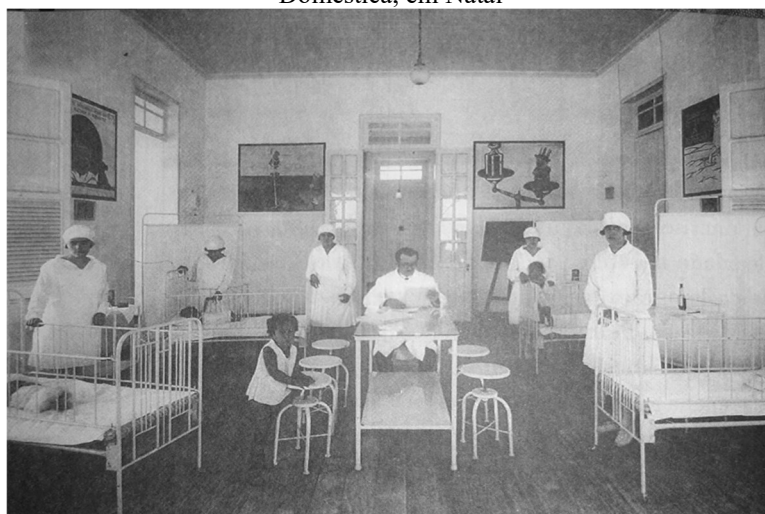
A natalidade da Capital, comparada com a de outras capitaes do Brasil, não é desanimadora. Sobre mil habitantes, o coeficiente é de 27,20; muito superior, a ser exacta a estatística de mim conhecida, á de Maceió, Recife e Manaus. Em 1916 nasceram nesta cidade 816 crianças, em 1917, 828, e no 1º semestre deste anno 466. Cresce, portanto, o numero de nascituros, mas esse aumento não tem concorrido para diminuir a cifra do obituário infantil que é, segundo informação do dr. Varella Santiago, da associação da Assistencia á Infancia, de 55% sobre a natalidade.<sup>1083</sup>

---

<sup>1083</sup>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Primeira Sessão da Décima Legislatura em 1º de Novembro de 1918 pelo governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. d'A República, 1918. p.6-7. Acesso em: [Relatorios dos Presidentes dos Estados Brasileiros \(RN\) - 1890 a 1930 - DocReader.aspx?bib=720496&pagfis=2654](http://www.docreader.aspx?bib=720496&pagfis=2654).

Por que essas taxas de mortalidade infantil entre os natalenses eram tão altas nessas primeiras décadas? O que diziam as autoridades médicas e sanitárias da cidade a respeito? Quanto a isto, as mensagens governamentais entre 1909 e 1930 apresentavam certa uniformidade nas explicações, havendo poucas variações entre elas. Os mais antigos dentre os relatórios, como o de 1911, já faziam menção às gripes<sup>1084</sup>; em 1915, apostava-se na ignorância dos preceitos de higiene<sup>1085</sup>; em 1917, falava-se nos problemas do aparelho digestivo.<sup>1086</sup> A partir de 1921, com a ênfase nas políticas sociais de assistência, passou-se a indicar a pobreza e os distúrbios de nutrição dela decorrentes como causas severas das mortes na infância.<sup>1087</sup> Daí em diante, o quadro mais geral da morbimortalidade foi sendo traçado com maior clareza, incluindo na lista os seguintes males: pauperismo, má alimentação, falta de higiene, acidentes puerperais (septicemia, p.ex.), acidentes da gravidez e do parto, afecções da primeira idade, gastroenterites e enterites graves, alcoolismo e sífilis, tuberculose pulmonar, verminoses e disenterias.

**Figura 119** - O médico Varela Santiago Sobrinho e suas alunas do curso de puericultura na Escola Doméstica, em Natal



Fonte: GALVÃO, 2017, p.106.

<sup>1084</sup>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da sétima Legislatura em 1º de Novembro de 1911 pelo Governador Alberto Maranhão. Natal: Typ. d'A República, 1911. p.11.

<sup>1085</sup>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Terceira sessão da Oitava Legislatura em 1º de Novembro de 1915 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. d'A República, 1915. p.12.

<sup>1086</sup>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da Nona Legislatura em 1º de Novembro de 1917 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. d'A República, 1917. p.8.

<sup>1087</sup>RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da Primeira sessão da Undécima Legislatura em 1º de Novembro de 1921 pelo Governador Antonio J. de Mello e Souza. Natal: Typ. Commercial – J. Pinto & C. p.16.

**Figura 120** - Sala de puericultura na Escola Doméstica, em 1926



Fonte: RODRIGUES, 2007, p.193.

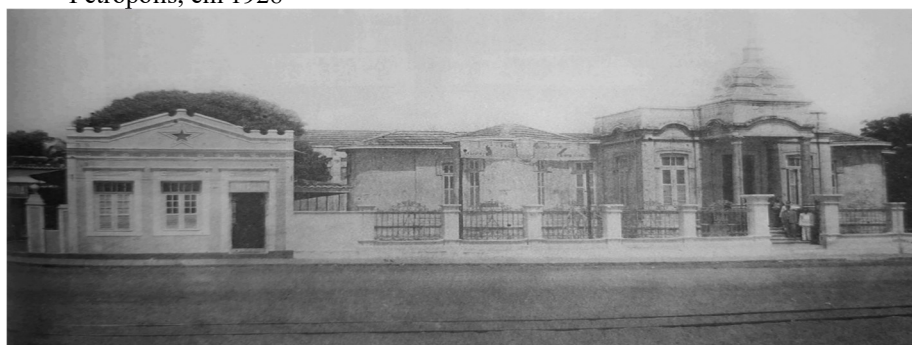
Vê-se, com efeito, que tais acometimentos à saúde da criança, arrolados por três décadas de mensagens governamentais, podiam ser decupados em, pelo menos, dois polos em especial: a questão da alimentação, que muito foi atrelada, ao menos na primeira infância, à necessidade do aleitamento materno<sup>1088</sup> (a implementação da fiscalização sanitária do leite em 1928 respondia exatamente a essa prática); e a preocupação com a higiene, conceito mais genérico que incluía desde os cuidados com o meio em que se vivia, passando pelo asseio corporal, até as vicissitudes da vida coletiva, em doenças como o alcoolismo e a sífilis, que se acreditavam na época hereditárias. Nesse quadro, os cuidados com as crianças, segundo o relatório de 1929, deveriam integrar a família nas ações puericultoras<sup>1089</sup>, atendendo tanto pais quanto

<sup>1088</sup> Fazemos uma importante distinção: amamentação pressupõe que a criança se aproxime do bico do peito da mãe, que se recoste suavemente no seio materno para ter acesso ao alimento; o aleitamento, por seu turno, é simplesmente a oferta de leite à criança, que pode não ser obrigatoriamente mediante o contato com o seio da progenitora, mas através de outros recursos.

<sup>1089</sup> No Rio Grande do Norte, o dr. Varela Santiago tornou-se a figura mais proeminente na assistência à infância. No Grupo Escolar Frei Miguelinho, costumava examinar e medicar as crianças doentes, observando as condições de higiene do lugar. Na Escola Doméstica, estabelecimento de ensino modelo para as meninas, ministrava um curso de puericultura. Em 12 de outubro de 1917, depois de uma viagem ao Rio de Janeiro e a pedido do dr. Moncorvo Filho, resolveu fundar em Natal uma congênere do Instituto de Proteção e Assistência à Infância já existente na sociedade carioca. As instalações eram parte de sua casa mesmo, só depois se mudando para a Petrópolis com a inauguração da 1ª Seção do Hospital das Crianças. Para um conhecimento mais detalhado acerca da trajetória do dr. Varela Santiago e, por conseguinte, da assistência à infância no Estado, cf. a biografia escrita pelo historiador Cláudio Galvão:

filhos. Segundo a mensagem do governador Juvenal Lamartine, as políticas públicas deviam se desdobrar em combater os vícios e o alcoolismo dos progenitores, procurando combinar, com esse programa de ação, os trabalhos de profilaxia, que incluíam os serviços hospitalares, a criação de dispensários, escolas de mães, centros de saúde e postos de assistência pré-natal, entre outras iniciativas. Para as crianças, estimulavam-se a construção de preventórios, a introdução dos projetos “gotas de leite”, criação de policlínicas, maternidade, consultórios de higiene infantil, creches, cursos de ginástica naturista e escolas ao ar livre.<sup>1090</sup>

**Figura 121** - Sede definitiva do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), no bairro de Petrópolis, em 1928



Fonte: GALVÃO, 2017, p.151.

Assim sendo, a preocupação com a infância nas primeiras décadas do séc. XX foi se constituindo progressivamente em uma questão social e política para a coletividade natalense, mobilizando os atores sociais na busca de soluções para o problema que atingia em cheio as classes populares e já sensibilizava, de algum modo, as classes médias e as senhoras da elite local, que se reuniam para organizar pequenas associações de benemerência, como aquela Sociedade Damas de Caridade nos idos de 1911. Com base nessa nova percepção acerca do cuidado com as crianças e suas mães, os governadores passaram a insistir na ampliação e melhoramentos da seção de maternidade do HCJB e de suas enfermarias femininas. Um pequeno exemplo dessas tentativas de aperfeiçoamento buscadas na época foi a criação, em 1920, do cargo oficial de médico-parteiro: supomos que seus serviços estivessem disponíveis

---

GALVÃO, Cláudio Augusto Pinto. *Varela Santiago: um apóstolo entre nós*. Natal: Jovens Escribas, 2017.

<sup>1090</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada pelo exmo. Dr. Juvenal Lamartine de Faria, presidente do Estado do Rio Grande do Norte à Assembléa Legislativa por ocasião da abertura da 3ª Sessão da 13ª Legislatura. Natal: Imprensa Oficial, 1929. p.65.

principalmente no pavilhão anexo ao hospital, embora nada impedisse de, em casos pontuais, ele pudesse auxiliar em domicílio.<sup>1091</sup> Nesse mesmo ano, insistiu-se na ampliação do pavilhão do hospital em vinte ou trinta leitos para acomodar um número maior de parturientes,<sup>1092</sup> pois a seção de maternidade do hospital só contava, em 1919, com seis leitos à disposição, e, ainda assim, trouxeram à vida, naquele ano, 438 crianças.<sup>1093</sup>

Neste ponto, quanto a esse movimento de expansão, devemos ter alguma cautela. É prudente, de nossa parte, fixarmos a diferença, de um lado, entre as constatações da “realidade percebida” (poucos leitos existentes) e, de outro lado, a “efetivação da demanda” de ampliação das enfermarias, que não pode ser, de nenhum modo, confundida com os “pedidos” expressos nos respectivos relatórios. Em certo número de casos, tais pedidos demoravam anos até serem devidamente atendidos, às vezes em uma gestão muito posterior à da solicitação original. No caso em tela, o pedido de mais leitos para mulheres grávidas, os relatórios que se seguiram não retomaram mais o tema, de modo que não sabemos se tais leitos foram devidamente incorporados à estrutura anexa do hospital.

De qualquer modo, a questão da maternidade permaneceu presente na pauta das autoridades políticas. Ainda em 1920, o governador Antônio José de Mello e Souza destacou uma expressiva fala do seu relatório em relação ao tema, assinalando os benefícios que adviriam de sua instalação:

Entre os serviços de assistência pública, dispendiosos como noutra arte desta mensagem se refere, mas cuja organização não envergonha a nossa pobreza, um há que exige, pelo seu particular alcance social, certo desenvolvimento: é o da seção de maternidade, anexa ao Hospital Jovino Barreto. Não é necessário salientar a importância de uma instituição que, além do lado filantrópico, apresenta esse outro de imediata utilidade prática e, para dizer claro, econômica – *a conservação de novas vidas, que poderão ser futuras forças para o trabalho e a prosperidade do Estado.*<sup>1094</sup>

E, continuando sua argumentação, completou:

---

<sup>1091</sup>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da terceira sessão da décima legislatura em 1º de Novembro de 1920 pelo governador Antônio José de Mello e Souza. Natal: Typ. Commercial J. Pinto, 1920. p.18.

<sup>1092</sup> Ibid.

<sup>1093</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da Decima Legislatura em 1º de Novembro de 1919 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves. Natal: Typ. Commercial – J. Pinto & C., 1919. p.10.

<sup>1094</sup> Ibid., p.17-18.



Assistindo ás mães desvalidas da fortuna e assegurando-lhes a boa vinda dos filhos, são mais filhos que o Estado CREA para si; e carecendo de braços, que outras circunstancias alem do seu clima impedem de conseguir pela immigração, *este ponto de vista deve ser encarado antes de qualquer outro*. ‘E evidente que não podemos crear e organizar desde agora um estabelecimento, como outros mais ricos já possuem; mas é realizável e inteligente ampliar o que temos no Hospital Jovino Barreto, construindo um pavilhão especial, semelhante (sic) ao de pensionistas, com a capacidade precisa para vinte ou trinta leitos, e dotando-o da aparelhagem necessária para o seu nobre fim.<sup>1095</sup>(destaque nosso).

Posto isto, tinha-se nesse discurso a entrada do corpo da mulher no arquivo das razões sociotécnicas do Estado, pois ele era responsável por gerar os futuros trabalhadores, devendo este ponto de vista ser “encarado antes de qualquer outro”. Estava em jogo nessa formulação não apenas um interesse provinciano pontualmente circunscrito, como se poderia imaginar, mas uma extensão do próprio investimento biopolítico das práticas governamentais instituídas (natalidade, higiene, saúde, raças) pelo Estado nacional, de modo a capitalizar o trabalho da população (entenda-se “seres vivos entretecidos como população”) assim considerada enquanto um fator irrenunciável de controle e produção de riqueza. A questão das taxas de nascimento, central nesses debates envolvendo o problema demográfico no início do século XX, era vista tanto pela medicina quanto pela política como essencial para a continuação da espécie e da sociedade.<sup>1096</sup> Deste modo, a falade Antônio de Mello e Souza se apropriava das representações, discursos e práticas que já circulavam correntemente no Brasil, de tal maneira que iremos encontrar também essa equação presente em outros relatórios governamentais. Em 1924, por exemplo, José Augusto Bezerra de Medeiros insistiu na importância de se investir na saúde dos habitantes:

Pertenço ao número dos que reputam necessidade fundamental da nossa terra o velar pela saúde do homem que a povôa, para dar-lhe o vigor physico de que carece para ser uma força propulsora do nosso progresso sob todos os seus aspectos.<sup>1097</sup>

---

<sup>1095</sup> Ibid., p.18.

<sup>1096</sup> DEL PRIORE, Mary. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. São Paulo: Planeta, 2011. p.144.

<sup>1097</sup>ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da 12ª Legislatura em 1º de Novembro de 1924 pelo Governador José Augusto Bezerra de Medeiros. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1924. p.20.

E, páginas adiante, reiterou:

E' meu pensamento dar, no decurso de minha administração, a maior amplitude aos serviços que entendem com a hygiene, a saúde e a assistência publicas. Tudo farei para vel-os ampliados, melhorados, certo, como estou, de que *o mais valioso dos capitaes com que póde contar um povo é o capital homem, de cujo vigor physico e de cuja saúde moral dependem o progresso e a felicidade sociaes.*<sup>1098</sup> (nosso destaque).

Dessarte, em 1921, Antônio de Mello enviou uma proposta de orçamento com verba especial para a ampliação da seção de maternidade.<sup>1099</sup> Em 1923, o pedido era de verbas para iniciar a construção de um pavilhão de maternidade,<sup>1100</sup> solicitação que se repetia em 1924.<sup>1101</sup> Em 1926, os cuidados são estendidos para além de um espaço físico, propondo o médico Varela Santiago “A criação de um serviço especial de assistencia pre e post natal, o qual, sem grande dispêndio para o Estado, irá concorrer para diminuir cada vez mais a cifra da morbilidade e mortalidade infantis”<sup>1102</sup>. Em junho de 1927, o mencionado serviço pré-natal foi instalado<sup>1103</sup>, atendendo, segundo registro documentado, cerca de 28 gestantes, além de assistir 11 partos em residência<sup>1104</sup>. Por sinal, foi exatamente neste último ano que o Estado celebrou o contrato com a iniciativa privada para a administração do HCJB, ficando tal função a cargo da Sociedade de Assistência Hospitalar. E já nesse contrato, firmava-se o dever de manutenção de uma seção de maternidade no hospital (cláusula VIII)<sup>1105</sup>, assim como a criação de uma outra maternidade anexa (artigo XVI)<sup>1106</sup>, além do compromisso de

---

<sup>1098</sup> Ibid., p.26.

<sup>1099</sup> ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o congresso Legislativo na abertura da Primeira Sessão da Undecima Legislatura em 1º de Novembro de 1921 pelo Governador Antonio José de Mello e Souza. Natal: Typ. Commercial J. Pinto & C. , 1921. p.18.

<sup>1100</sup> ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da Terceira sessão da Undecima Legislatura em 1º de Novembro de 1923 pelo Governador Antonio José de Mello e Souza. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1923. p.36.

<sup>1101</sup> ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da 12ª Legislatura em 1º de Novembro de 1924 pelo Governador José Augusto Bezerra de Medeiros. Natal: Typ. d’ “A Republica”, 1924. p.27.

<sup>1102</sup> ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 14º Legislatura em 1º de Outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros, 1926, p.61.

<sup>1103</sup> ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE. Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na abertura da Primeira Sessão da 15ª Legislatura em 1º de Outubro de 1927 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros. Natal: Typ. d’A República, 1927. p.53.

<sup>1104</sup> Ibid., p.58.

<sup>1105</sup> Ibid., p.62.

<sup>1106</sup> Ibid., p.63.

instalar uma Escola de Enfermeiras e Parteiras (artigo XVII)<sup>1107</sup> para a formação dos próprios quadros locais, especialmente daqueles do HCJB, tão deficiente nessa mão de obra especializada.

Em 1928, pôs-se a funcionar um posto sanitário com serviço pré-natal itinerante, isto é, que se deslocava até os domicílios particulares, auxiliando a 51 mulheres grávidas.<sup>1108</sup> Nesses serviços móveis, as enfermeiras de pré-natal assistiram 23 partos, bem mais que os médicos, que chegaram a atender apenas 6 deles. Lembrando que essa assistência pré-natal não só atendia diretamente as mulheres-mães, mas também formava, na sua itinerância, “assistentes” (parteiras práticas?) nos municípios com vistas a disseminar as lições e as práticas de cuidados gerais em torno da maternidade. Os trabalhos desse posto itinerante ainda seguiram atuantes, pelo menos, até meados de 1930, quando ainda o encontramos na lista de ações realizadas em acordo entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Serviço de Saneamento Rural no Estado.<sup>1109</sup> Mesmo contando com essas iniciativas, o fato é que poucas mulheres procuravam o hospital para realizar seus partos: entre 1 de julho de 1928 e 30 de junho de 1929, a Seção de Maternidade registrou tão somente a entrada de 50 gestantes, 4 das quais vieram a falecer no puerpério.

**Figura 122** - Quadro da Seção de Maternidade no HCJB em 1928, sob a direção do dr. Januário Cicco e a administração da Mordoma Interina Leila Fumagalli

SEÇÃO DE MATERNIDADE			
Entraram . . . .	50	gestantes	
Sahiram . . . .	42	puerperas	
Falleceram . . . .	4	puerperas	— Partos normaes . . . . .
Ficaram . . . .	4	gestantes	— Com intervenção de forceps . . . . .
Nasceram . . . .	20	meninos	— Versões . . . . .
Nasceram . . . .	16	meninas	
Nati-mortus. . . .	10		
			50

Fonte: Mensagem de 1928, p.72.

Em 1930, a SAH conseguiu aumentar o número de leitos da enfermaria feminina de 14 para 50, observando uma maior procura pelos serviços ginecológicos. Por isso, investiu em uma sala de operação e tratamento para essa especialidade médica,

<sup>1107</sup> Ibid.

<sup>1108</sup> DIRETORIA GERAL DE INFORMAÇÕES, ESTATÍSTICA e Divulgação. Mensagem apresentada pelo Presidente do Estado do Rio Grande do Norte á Assembléa Legislativa e lida na abertura da Primeira Sessão da 14ª Legislatura, em 1º de Outubro de 1928. Natal: Imprensa Oficial do Estado, [1928]. p.67.

<sup>1109</sup> ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE..., 1930, p.77. Entre as seções dos serviços públicos de saúde até aquele momento, listavam-se: (a) Saneamento Rural; (b) Prophylaxia da Syphilis e Doenças Venereas; (c) Prophylaxia da Lepra e assistencia aos Leprosos; (d) Posto itinerante; (e) Laboratório Bacteriológico; (f) Serviço Pré-natal; (g) Pharmacia e gabinete de manipulação de empolas.

contando com aparelho de esterilização e fornecimento de água abundante, além da instalação de uma seção de diathermocoagulação (técnica utilizada para a cauterização do tecido uterino).<sup>1110</sup> A mortalidade infantil, contudo, permanecia em altos patamares. Segundo o Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária, entre 1 de junho de 1929 e 30 de julho de 1930, nasceram nesse período cerca de 1219 crianças, das quais morreram 420 em idade no intervalo de 0 e 1 ano, além das 124 natimortas.<sup>1111</sup> Juntas, elas representavam aproximadamente 44,6% do total das mortes entre os infantes. Se considerarmos as 1048 mortes em geral registradas nesse mesmo período, somente as crianças teriam contribuído com 52% de tais óbitos.

**Figura 123** - Causas das mortes no período entre junho de 1929 e julho de 1930, segundo boletim estatístico do Departamento de Saúde do RN

Falleceram durante este periodo.....	1048
pessoas, sendo causas de mortes :	
Sarampo .....	1
Diphtheria e Croup.....	1
Coqueluche.....	1
Gripe.....	27
Febres typhoides e paratyphoides.....	11
Dysentheria .....	59
Beriberi .....	1
Erysipella.....	2
Paludismo agudo.....	108
» chronico.....	1
Tuberculose pulmonar.....	69
Outras tuberculoses.....	1
Infeções purulentas.....	6
Syphilis.....	29
Alcoolismo.....	3
Ancylostomiase.....	1
Cancer e outros tumores malignos.....	12
Outros tumores.....	2
Affecção do systema nervoso.....	44
» » » aparelho circulatorio.....	102
» » » » respiratorio.....	43
» » » » digestivo.....	274
» » » » urinario.....	14
Septicemia puerperal.....	8
Outros accidentes puerperaes.....	6
Affecção dos orgãos de locomoção.....	2
» da primeira idade.....	56
Senilidade.....	5
Mortes violentas (excepto suicidio).....	13
Doenças ignoradas e mal definidas.....	146
SOMMA.....	1048

Fonte: Mensagem de 1930, p.74-5.

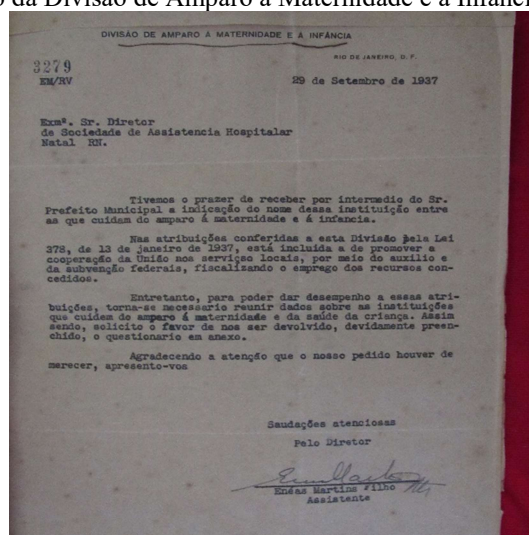
De fato, e como pudemos acompanhar, a mortalidade infantil verificada no decorrer das primeiras décadas do séc. XX e nas suas estatísticas terrificantes

<sup>1110</sup> Ibid., p.80. Não temos os dados sobre as crianças no hospital. Sabemos apenas que do total de 1048 pessoas mortas no período, 103 dessas mortes se deram no HCJB. Se insignificante cifra da população morria nas dependências do hospital, acreditamos que os nascimentos hospitalares igualmente possuísem baixos índices.

<sup>1111</sup> Ibid., p.74-77.

incomodou sobremaneira – mas de modos distintos, que fique claro - tanto os poderes públicos quanto a sociedade natalense, esta última mais sensível entre as elites, onde o tema era realmente levado a sério pelas senhoras mais influentes da cidade, em que pese o flagelo açoitasse suas vítimas mais rigorosamente entre os membros das camadas pobres da população. Quanto a isto, é conveniente lembrar que, em março de 1928, em solenidade no Teatro Carlos Gomes, fora criada a Maternidade de Natal, ou melhor, o projeto do futuro hospital-maternidade, que contaria, a partir daquele momento, com o apoio irrenunciável de diferentes grupos, como os comerciantes, associações de senhoras, membros da Igreja e tantos outros, que, arrecadando dinheiro com festas, quermesses, rifas e sorteios, por exemplo, mobilizaram os recursos financeiros para a construção da chamada “Casa da Mãe Pobre”, prosônimo que aparece com certa frequência nos documentos. Em outra parte desta Tese, descrevemos melhor esse processo, que foi longo e penoso, só alcançando um desfecho em meados de 1950, quando se deu a efetiva inauguração do estabelecimento materno-infantil. Por ora, o que nos interessa mesmo com essa lembrança é ressaltar o quanto a questão dos cuidados com a díade mulher-criança, naquela altura, já fazia parte de certa agenda social coletiva, sendo amplamente reconhecida enquanto tema incontornável para a ainda embrionária saúde pública do estado.

**Figura 124** - Documento da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância enviado à SAH em 1937



Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 0077.

Nesse ínterim, enquanto a Maternidade de Natal erguia lentamente suas paredes, coube ao Miguel Couto organizar suas dependências para oferecer os serviços às

mulheres-mães, o que, como já tivemos a oportunidade de notar, ganhara uma nota especial com a criação e o aparelhamento de uma sala exclusivamente voltada aos ditames da especialidade ginecológica. Aliás, ato contínuo, uma seção de Obstetrícia foi instalada pela primeira vez em 1929 - no ano seguinte, portanto, à montagem da sala de operação -, e que ficou a cargo do dr. Ernesto Fonseca.<sup>1112</sup> Até então, o hospital contava quase que unicamente com os serviços das parteiras Leonor Monteiro da Silva e Generosa Gomes para a realização dos partos, além das intervenções já conhecidas do dr. Januário Cicco.<sup>1113</sup> Note-se bem que é a primeira vez nos documentos que se aplica o adjetivo “ginecológico” para o atendimento das mulheres, assim como o momento em que a especialidade médica da Obstetrícia viu-se inserida entre as seções do hospital.<sup>1114</sup> Talvez tenhamos tido aqui um “ponto de mutação” não apenas na participação dos saberes e práticas ginecológico-obstétricas como medicina da mulher no hospital, mas um ponto de inflexão nos processos mesmos de hospitalidade-acolhimento que estamos investigando neste capítulo. Antes, porém, de examinar essa suposta viragem, a ver se novas demandas de uma sensibilidade ao outro realmente fizeram ali sua emergência, deixando-se capturar no tecido da documentação examinada, procuremos divisar melhor alguns contornos acerca da hospitalidade no HMC ainda na década de 1920.

### 5.1.1.5 A hospitalidade-útero

Entre 1909 e 1928, período que antecedeu o contrato com a SAH, o Miguel Couto atendeu aproximadamente cerca de 19 mil pacientes ao todo, conforme anotações do dr. Januário Cicco, diretor do referido hospital.<sup>1115</sup> Em suas memórias como médico do HMC, ele registrou os mais diferentes casos de doentes internados, agrupando-os naquilo que ele mesmo chamou de os “grandes males” de seu tempo: o alcoolismo, a

<sup>1112</sup> ARAÚJO, Iaperi. *História da Maternidade Escola Januário Cicco*. Natal: EDUFRN, 2000. p.18.

<sup>1113</sup> *Ibid.* Em suas memórias médicas, publicadas em 1928, o dr. Januário Cicco, comentando um caso de “inversão total de útero” (por sinal, uma extensa e detida observação), mencionou que era frequentemente auxiliado nas suas lides diárias pelos médicos Ernesto Fonseca e Luiz Otávio. Ou seja, antes da criação oficial de uma seção de Obstetrícia, o hospital já contava, além do próprio Januário, com médicos experientes em processos de parturição. Cf. CICCO, Januário. *Notas de um médico de província: crítica médico-social*. Rio de Janeiro: Paulo, Pongetti & Cia, 1928. p. 328.

<sup>1114</sup> No Regimento Interno de 1911, menciona-se, no rol dos serviços hospitalares oferecidos à época, a “clínica obstetrícia”, que atendia a duas classes distintas de pacientes: as parturientes e aquelas com doenças ligadas ao puerpério (cap.1, art.3). O termo, contudo, era genérico e não dizia respeito a uma clínica propriamente dita, como um espaço pensado e aparelhado para tal, além de um médico diplomado especificamente nessa especialidade.

<sup>1115</sup> CICCO, Januário. *Notas de um médico de província: crítica médico-social*. Rio de Janeiro: Paulo, Pongetti & Cia, 1928. p. 247.

sífilis, seguidas, em seus comentários, pelos casos de gripe (a lembrança aqui deve ser remetida especialmente a 1918), cirrose, câncer e úlcera. Os cuidados materno-infantis não receberam, de sua parte, um capítulo em separado. Entrementes, encontramos nas suas “notas médico-sociais” a descrição de alguns casos de problemas de saúde envolvendo, de alguma maneira, o corpo da mulher e, por extensão, a maternidade.

Os casos de câncer, nos seus escritos, receberam bastante atenção, destacando-se, em tais relatos, aqueles tipos que atingiam particularmente as mulheres, em diferentes modalidades:

Entre os carcinomas do seio, contam-se no registro do mesmo Hospital 28 casos, uma dos quaes, três meses após a sua exeresse seguida do esvaziamento axillar, deu uma metastase gastrica e morte rápida. O câncer do collo uterino, tão frequentemente observado na clínica de indigentes, orça, ainda no mesmo registro, em 68 casos, e num apenas pude fazer a respectiva amputação, cujo resultado não posso precisar, porque a doente obteve alta antes da cicatrização completa e nunca mais tive suas notícias. As demais morreram, e o estado de destruição do órgão e a cachexia contraindicavam qualquer intervenção.<sup>1116</sup>

O prognóstico era assustador: o carcinoma que atacava a região uterina era tão letal que de um total de 68 casos registrados, somente uma mulher acabou sobrevivendo, e ainda com a amputação do colo uterino! As outras 67 morreram definhando sem poderem contar com a intervenção cirúrgica, tamanha era a destruição do órgão. A letalidade da ação do câncer no corpo tornava quase impossível a agência do médico na situação, tal era o caráter devastador dessa doença:

Estou bem lembrado de uma senhora que, vindo ao meu consultório se queixar de regras abundantes e prolongadas, levou ao seu marido a triste nova de que eu lhe diagnosticara um epithelioma do collo, aconselhando-lhe apenas a radiumtherapia. Recolheu-se a infeliz dama á Pró-Matre, no Rio, e de lá sahiu para morrer dias depois, tal foi a devastação que lhe fez o câncer.<sup>1117</sup>

Dentre os casos atendimentos às mulheres no HMC, a parte mais significativa deles voltava sua atenção para a região do “útero”, zona sensível na “fabricação” de novos corpos. As operações realizadas nessa delicada região do corpo eram comuns no hospital. Em 3 de julho de 1911, Januário Cicco operou com êxito uma doente de colpo-

---

<sup>1116</sup> Ibid., p.225.

<sup>1117</sup> Ibid., p.225-226.

hysterectomia, fazendo uma lavagem do útero pela via vaginal<sup>1118</sup>. Em 12 de agosto de 1927, quase duas décadas depois, os médicos Ernesto Fonseca e José Tavares realizaram uma delicada intervenção cirúrgica de esterectomia vaginal numa indigente do Miguel Couto, obtendo bom resultado, o que rendeu uma laudatória menção em periódico local.<sup>1119</sup>

Essas operações de hysterectomia consistiam numa incisão através da vagina para a retirada do útero, podendo ser a extração tanto do colo do útero quanto do próprio corpo, e ainda incluindo, nos casos mais graves, a retirada das trompas e ovários. Normalmente, a hysterectomia era provocada por um câncer ou patologias anteriores, hemorragia pós-parto, infecção pélvica ou a prática indiscriminada de abortos. As fontes não nos permitem saber exatamente as causas das cirurgias de hysterectomia praticadas no HMC. Contudo, as consequências dessas intervenções na vida da mulher eram geralmente graves. Uma operação dessa natureza impossibilitava a mulher de ter filhos, o que não era muito bem visto pelos eugenistas que apregoavam o crescimento populacional que acionava o gatilho da “seleção natural”, mecanismo responsável pela escolha dos mais “fortes”.

Em outras ocasiões, o dr. Januário Cicco condenou práticas daquelas “[...] que se arvoram de ‘assistentes’ e junto ao mais admirável dos sacrifícios, o da Maternidade, mutilam, inutilizam vidas, e riem da impunidade dos seus crimes”<sup>1120</sup>. Muito provavelmente, o “espião desses delictos monstruosos” (autorrepresentação dada pelo próprio diretor do hospital), estava se referindo a determinadas parteiras práticas, que ele via como usurpadoras das prerrogativas técnicas e legais da medicina, e que frequentemente as enquadrava no numeroso grupo dos charlatães. O médico descreveu dois desses casos, aproveitando concomitantemente para atacar a morosidade ou inoperância da Justiça nessa questão:

Certa vez recolheram á seção de Maternidade do Hospital de Caridade uma pobre mulher, cujo produto do seu amor, ao vir ao mundo, teve a cabeça arrancada, ficando o corpo onde a natureza o criou. Denunciei á Justiça e... nada se fez. Ainda outra vez foi ter em estado de infecção gravíssima, ao mesmo Hospital, uma infeliz criatura, apresentando lesões anatômicas profundas, interessando da bexiga ao recto, feitas no delivramento, em cujo trabalho foi sacrificado o fêto e a infeccinada

<sup>1118</sup> A REPÚBLICA. Várias, 3 jul. 1911.

<sup>1119</sup> A REPÚBLICA. Assistencia Hospitalar-Hospital Jovino Barreto, 23 ago. 1927.

<sup>1120</sup> CICCO, *Notas de um médico de provincia*, 1928, p.69.



(sic) a infeliz, que faleceu dois dias depois da sua hospitalização. Denunciei também, mas a Justiça...<sup>1121</sup>

Deixando um pouco de lado a discussão sobre a dimensão jurídica acerca de tais intervenções leigas com relação ao parto, o nosso médico-espião acabou revelando, na esteira da crítica, o acentuado número de mortes de crianças em virtude de procedimentos “obstétricos” considerados inadequados ao processo de parturição, fora do ambiente hospitalar, o que nos remete àquela campanha nacional encabeçada por médicos no sentido de convencer a população a realizar os partos nas maternidades ou nas seções obstétricas dos hospitais gerais, conforme vimos em outra parte de nosso texto. Percebe-se, com efeito, o quanto essas ideias desenvolvidas nos principais centros de produção de políticas públicas de saúde, mormente RJ e SP, circulavam pelos diversos estados e municípios e acabavam norteando as ações de assistência nessas localidades. A luta em prol dos hospitais-maternidade enquanto espaços adequados aos cuidados materno-infantis interligavam-se inescapavelmente com essas críticas à tradição das parteiras práticas ou “assistentes”.

Sem nos alongarmos por demais na casuística relatada pelas memórias médicas do dr. Januário Cicco, perdendo, portanto, o fio da meada de nosso raciocínio, trataremos apenas mais um caso para exemplificar melhor a nota dominante na questão da hospitalidade anterior à tomada do hospital pela administração da SAH. Podemos, assim, estabelecer mais adiante alguma comparação com as décadas posteriores, apontando permanências e rupturas nos modos de acolhimento praticados no Miguel Couto, tal como viemos fazendo até então. Selecionamos a situação de uma senhora casada, de 27 anos de idade, pois a descrição e análise de seu caso pareceu-nos bastante prototípica daquilo que desejamos argumentar por aqui, além de se mostrar bem documentada dentre a massa de apontamentos registradas pelo diretor do HMC. Seu profundo interesse em narrar o caso clínico da jovem, tomando várias páginas em seu livro, é genuinamente sinalizador da maneira como os médicos do hospital viviam sua relação com a outridade do corpo da mulher.

Na situação em tela, o dr. Januário Cicco acompanhou pormenorizadamente o caso dessa mulher casada, que, após dar à luz a seu filho, passou a gozar de uma saúde frágil, sendo muito pálida e sofrendo de fortes hemorragias nos períodos da

---

<sup>1121</sup> Ibid.

menstruação, com intensa perda de sangue. A princípio, a situação não parecia denotar gravidade. Conversando com a paciente, o médico extraiu o seguinte histórico:

[...] aos três anos soffrera de icterícia, contou que fora “môça” aos 12, casou aos 17, e onze meses depois teve o seu único filho, que nasceu forte e continua sadio. Disse ainda que no dia do supremo sacrificio, três horas depois do inicio do trabalho, sentaram-n’ a na borda de uma cadeira, ao mesmo tempo que a curiosa, assentando-se no chão, a seus pés, “mammando” um cachimbo sarrento, logo foi agindo, rompendo o “saco”, e arrancando a creança, a placenta e o útero!... Por entre as dores que sentira, poudes perceber que a malvada quebrava alguma coisa, que depois lhe disseram ter sido a placenta, que a maldita descollava, fazendo em seguida uma expressão violenta, tentando repor o órgão invertido e donde arrancara as “secundinas”. Referiu também que nessa hora perdeu a noção do logar, sentiu fugir-lhe a vida e o mundo rodava-lhe em torno, a hemorragia extenuou-a, e difficilmente conseguiu fallar, mais tarde, para pedir “água, muita água”. Levou perdendo sangue cerca de vinte dias, tendo tido febre apenas na primeira semana [...].<sup>1122</sup>

Feita a anamnese clássica, Januário examinou a paciente com a ajuda de mais dois colegas do hospital e percebeu que se tratava de um caso de “inversão total do utero”, causada pela tração do cordão umbilical promovida ainda no partejamento pela tal “curiosa”, que não tracionou adequadamente o cordão sobre o fundo do útero, deixando a placenta ainda ligada a essa zona da região uterina. Feita a anamnese, Januário procedeu à inspeção para saber o real estado do útero:

[...]. Ao simples contacto do speculum, o endométrio sangrou, cujo aspecto vermelho-escuro e sujo de muco-pus denotava seria alteração tissular. Trazido o útero para o exterior, com a pinça própria de tracção, vimos precisamente o seu polo posterior formado pelo collo, cujo diâmetro parecia, á simples inspecção, seis vezes inferior ao globo uterino, assegurei ao marido da infeliz senhora que só um a intervenção sangrenta resolveria a situação, acreditando mesmo que o sacrificio do órgão seria condição essencial á vida da paciente.<sup>1123</sup>

O caso parecia ter gravidade. O médico e sua equipe indicaram a forte possibilidade de uma histerectomia, deixando a mulher infértil por toda a vida. Ironia: o útero que produzia e albergava a vida em seu nascedouro, agora tinha de ser extirpado em benefício da vida da paciente. Etapa por etapa, Januário ofereceu ao seu leitor uma aula sobre a atividade médica, sendo o útero exemplo didático de uma intervenção científica do esculápio. Finalizada a conversa inicial, o momento seguinte era o

<sup>1122</sup> CICCO, *Notas de um medico de provincia*, p.324-325.

<sup>1123</sup> *Ibid.*, p.326.

diagnóstico físico, mediante a inspeção da região lesionada. Com o pequeno espelho, ele olha a cavidade uterina e, com uma pinça de tração, revolve cautelosamente o útero para o exterior, podendo observar a lesão realizada no colo. O diagnóstico, então, foi dado: inversão total do útero, tendo como prognóstico a perda do órgão através de intervenção cirúrgica “sangrenta”. A descrição e a análise levadas a cabo funcionam como um manual para estudantes de Medicina. Nessa aula sobre o corpo ferido, Januário abre espaço para uma discussão teórica, apontando os autores e suas abordagens sobre o caso em análise, mostrando todo seu conhecimento sobre o vasto campo da Obstetrícia, e revelando as ideias que norteariam sua intervenção posterior:

Todavia iria praticar os conselhos de Pozzi, tentando uma redução á taxis, ainda porque no “*Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie*”, de Labadie, Lagrave e Lagueu, há um caso de Audigé reduzido por processos compressivos, numa inversão de trinta annos. Começaria, pois, por pressão contínua e persistente, aconselhada ainda por Hofmeier, que, a seu ver, nunca falhou. O tamponamento com a gaze iodoformada, aconselhada por Pozzi, renovada de três em três dias, dá, segundo este mestre, resultados surprehendentes.<sup>1124</sup>

Nessa análise, Januário Cicco discutiu a possibilidade de evitar a extração do útero da paciente, buscando retirar o órgão parcialmente e reinseri-lo na posição correta. Esta perspectiva de intervenção estaria baseada na experiência do médico Audigé e sua técnica de compressão e na técnica do tamponamento com gaze de Pozzi. O debate teórico requeria posições contrárias, e Januário apresentou a postura defendida por Oliveira Mello, que pregava a histerectomia:

Ora, é corrente hoje em gynecologia que as inversões agudas são de redução faccil e efficaz; e a propósito li na “*Revista de Gynecologia e d’Obstetrícia*”, que se publica no Rio de Janeiro, no seu numero 8, de agosto de 1927, um estudo muito interessante do Doutor Oliveira Mello, dando varias observações colhidas na Maternidade das Laranjeiras e na Pró-Matre. Affirma aquelle illustre collega que as inversões, consoante vem observando nos estabelecimentos acima e o affirmavam Fernando Magalhães, o príncipe da Obstetrícia no Brasil, e outros especialistas, ainda que de redução fácil, expõem á morte, por gangrena, ruptura do útero e colapso, por hemorragias; e commentando as inversões crhonicas, entende que so a histerctomia resolve as situações taes. Discorrendo sobre o momentoso assumpto, não se refere ao Doutor Oliveira Mello ás tentativas de reversão nas inversões crhonicas; e certamente conhece os estudos de Pozzi e a observação de Audigé.<sup>1125</sup>

---

<sup>1124</sup> Ibid.

<sup>1125</sup> Ibid., p.326-327.

A exposição de argumentos e contra-argumentos, típico do debate científico-acadêmico, reforçavam o caráter didático do caso em estudo. Mostrava-se que a intervenção cirúrgica devia ser precedida de um estudo sério das diversas posições existentes sobre o assunto, avaliação criteriosa das ações a serem realizadas. Dessa maneira, o auto das memórias médicas ocupava o lugar do professor, ensinando para a audiência virtual como se deve proceder em casos de alta complexidade como o que ele analisava. A descrição dos procedimentos cirúrgicos e o comentário analítico do útero doente desvitalizava o corpo enfermo, tiravam dele o fluido vital que o animava enquanto corpo, transforma-o em “carne”, corpo orgânico, pulsional, repondo-o à Natureza. Mudo, sem sentimentos e emoções, o corpo feminino tornava-se, na objetivação médico-cirúrgica, objeto de uma “paideia”:

O corpo construído pela medicina é objetivo, recheado apenas por um conjunto de órgãos e um amontoado de vísceras, cujo funcionamento mecânico se dá de forma impecável e quase infalível, o que, embora fascinante, perde em sua dimensão mais rica, a simbólica, que não é constituída de carne e osso, mas de sonhos, crenças, medos.<sup>1126</sup>

Depois de apresentar os prós e os contras da intervenção cirúrgica, Januário decidiu por iniciar a operação na tentativa de realizar uma *taxis*<sup>1127</sup>, tal qual previra Audigé e Pozzi. A ideia era salvar o útero, preservando a possibilidade de a mulher engravidar. Se o procedimento não obtivesse êxito, a extirpação do órgão seria a única solução. Os procedimentos da cirurgia, então, foram reiniciados:

[...] no dia seguinte, depois dos cuidados preliminares de desinfecção e assepsia, iniciei os primeiros curativos. Comecei por trazer para fóra o órgão invertido, com a pinça de tração de Collin, fazendo tração moderada e prudente sobre os ligamentos largos, como que para romper possíveis adherencias peritoneo-annexiaes; e em seguida repuz o órgão na cavidade que o alojava há nove annos, tamponando-a em seguida, fortemente, com gaze iodoformada. Esses mesmos cuidados foram renovados de três em três dias, deixando, porem, do 3º tratamento em deante, de proceder as tracções. E a medida que o útero se descongestionava, diminuindo sensivelmente de volume, eu via que cada vez elle insinuava sobre o anel, deixando prever uma reduçção á taxis.<sup>1128</sup>

<sup>1126</sup> VILHENA NOVAIS, Joana de. Beleza e feiura: corpo feminino e regulação social. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Márcia (org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011. p.497.

<sup>1127</sup> A *taxis* era um procedimento técnico, hoje em desuso na medicina e na cirurgia, que consistia em pressionar a mão sobre uma luxação, fratura, inflamação ou hérnia para tentar diminuir sua espessura. Um movimento de deslocamento feito em parte do corpo realizado em posição normal.

<sup>1128</sup> CICCIO, *Op. Cit.*, p.327-328.

A técnica da *taxis* parecia ter levado a bons resultados, mas eram necessárias ainda algumas observações médicas, realizadas com auxílio de uma “conferência”:

Quase sempre assistido pelos Drs. Ernesto Fonseca e Luis Antonio, cheguei a lhes afirmar que a solução deste caso seria semelhante à da observação de Audigé, isto é, seria remediado pela *taxis*, deante dos progressos do amolecimento do collo e flacidez do globo uterino. E quando uma manhã, applicando o speculum, observei o fundo da vagina, encontrei apenas o collo largamente aberto, dando passagem a um dreno de Mouchotte nº 8 e medindo o hystero metro 7 centímetros de profundidade. Chamei os medicos que acompanhavam esta observação; viram demoradamente, examinaram com cuidado e interesse, e não puderam conter exclamações de surpresa, feliz. Combinada a palpação com o toque rectal, no seu legitimo logar ficou o órgão integro, reduzido sem *taxis*, apenas pelo tamponamento serrado e bem orientado, evitando-se assim a hysterectomia preconizada, e *provando mais uma vez a Natureza que o homem ainda não resolveu definitivamente nenhum problema vital.*<sup>1129</sup>

Conforme havíamos dito, logo no início desta seção, a narrativa contada sobre o caso da “inversão total de útero” chamou fortemente a atenção de Januário Cicco, a ponto de tomar cerca de quatro páginas de seu livro de memórias. O relato do caso não é de fácil apreensão em virtude do jargão médico utilizado nas várias passagens citadas. Não obstante a “tradução” de tal linguagem profissional da comunidade médica aí expressa seja crucial para a compreensão adequada do evento, já bastante técnico nele mesmo - e, para complicar mais um pouco, o acontecimento ainda entrava no rol das raridades médicas -, procuraremos centrar nossa atenção em outros aspectos da situação relatada, mais especialmente naquilo que tal história pode sinalizar-nos a respeito do acolhimento hospitalar.

Obviamente, as notas referentes ao caso não foram escritas e destinadas para um leitor leigo na temática, como a linguagem utilizada pode comprovar. O didatismo da exposição guarda um tom professoral, o que a ver tanto com certa propaganda pessoal do dr. Januário Cicco em relação à destreza dele na clínica cirúrgica, quanto conferir ao evento sua marca de caso clínico merecedor de posteriores estudos. Não é em vão lembrar que, na época, a formação nas faculdades de Medicina era bastante teórica, e a prática, de fato, acabava se dando, depois de terminada a formação geral, nos leitos dos hospitais. Assim, era comum que os médicos vissem nessas situações oportunidades reais de praticar as lições aprendidas na literatura especializada e com seus professores,

---

<sup>1129</sup> Ibid., p.328.

bem como aprender com aquilo que frequentemente escapava aos manuais e que somente o exame de casos concretos poderia ensinar. Não obstante o HMC ainda não tivesse constituído naquele momento qualquer experiência institucional dos médicos em alguma agremiação de estudos, como viria a ocorrer formalmente em 1945, e mais tarde a partir do processo de federalização das universidades nos anos 1960, em que o Miguel Couto se transformaria em hospital-escola, já era comum entre os médicos o debate de determinados casos difíceis, como na mencionada “conferência”.

De todo modo, nota-se que o corpo da mulher nessas ocorrências tinha uma circunscrição de interesse muito limitadamente orbitando em torno do “útero”. A mulher, para os médicos que participavam de sua malsinada tribulação, reduzia-se ao corpo e, neste, a um órgão específico. Em nenhum momento da descrição, fez-se qualquer referência à “pessoalidade” daquela senhora de 27 anos, a não ser enquanto anamnese. Esta, por seu turno, talvez nem sequer poderia propriamente constituir uma narrativa, avizinhandose muito mais do gênero do “quadro”, dado seu caráter um tanto estático e descritivo. A vida enquanto totalidade de sentido cedeu lugar à vida meramente biológica, funcional. Tanto foi assim que os dados referentes ao processo como um todo, isto é, incluindo as fases da admissão e dos cuidados relativos ao pós-operatório simplesmente foram omitidos. Importava tão somente o minimalismo de recortar o caso segundo uma ordem estritamente biomédica.

Nesse sentido, se pensarmos a hospitalidade na sua acepção ético-cultural, ou seja, o acolhimento como abertura incondicional ao outro, interação e encontro entre alguém que recebe e alguém que é recebido, dentro daquela tradição francesa e especialmente derridariana que adotamos, temos que, até fins dos anos 1920, receber o doente – sublinhemos que, no vocabulário do período, dizia-se, não sem sentido, “recolher” – significava essencialmente receber o “corpo orgânico”, num modelo que podemos aqui provisoriamente denominar de “hospitalidade do corpo”, ou, afinando melhor aquilo que queremos expressar, de uma “hospitalidade reificadora”. Talvez esta última diga mais daquela realidade do acolhimento que encontramos nessas décadas iniciais do séc. XX. Expliquemo-nos resumidamente. Quando o “primeiro” Marx utilizava o termo “alienação”, ainda nos albores de sua produção intelectual, ele estava filosoficamente se remetendo a um determinado modo de ser do homem no mundo, como um ser que transforma a Natureza e que imprime nela sua marca: a obra do homem é seu espelho. Entrementes, esse mesmo homem acaba por se perder na história,

apartando-se da Natureza, de si mesmo e daquilo que ele mesmo criara. Esse sentido geral de separação e desidentificação da totalidade, essa “estranheza” e “perda de consciência” do homem, Marx chamou de alienação. O conceito, por óbvio, se multiplicou em sua obra e foi ganhando complexidade. Assim, havia a alienação política, religiosa, em relação à Natureza, aos outros homens, à atividade produtora, às suas criações, à sua qualidade humana, e à reificação do trabalhador. Mais adiante, a dimensão da alienação econômica acabou tomando o lugar das outras no momento em que Marx veio a aplicar o “modelo de críticas” às tendências filosóficas de sua época.<sup>1130</sup>

Nesse sentido, ao falamos de uma hospitalidade reificadora, queremos acentuar a separação que tal modalidade de acolhimento processava naqueles que eram recebidos pelo hospital. Tendo sua maior clientela entre os mais pobres, o HMC os recebia na sua condição de corpo físico, enquanto máquinas a consertar. Da admissão aos cuidados, é como se essa pobreza fosse desapossada de sua vida vivida, emoções, sentimentos e afetos, para dar lugar a um corpo nu, fragmentado, desumanizado, mas servindo, como em laboratório, ao escrutínio médico-hospitalar na sua produção de conhecimentos sobre os doentes e as doenças. Apartados do “espírito”, restou-lhes, então, somente o corpo biológico, maquinal, coisificado (de *res*, coisa), que, ao entrar no hospital, também já não mais lhes pertencia. A conexão é tal que as notas escritas pelo dr. Januário Cicco, e posteriormente publicadas por ele em livro, se organizaram fundamentalmente segundo a categoria do “caso”, fórmula típica de ensino-aprendizagem da profissão, e cuja compreensão assumia duplamente os sentidos de “exemplo científico” e “objeto de cuidado”, o que poderia colocar o “caso”, na linha da leitura foucaultiana, como exemplo de que “cuidar é controlar”.<sup>1131</sup> Por isso, resolvemos chamar esse modo de receber o doente de hospitalidade reificadora, ou seja,

---

<sup>1130</sup> Cf. BARROS, José d’Assunção. O conceito de alienação no jovem Marx. *Tempo Social*, revista de sociologia da USP, v. 23, n. 1, p.223-245. p.236-8. O termo “reificação” é do marxista húngaro Georg Lukács (1885-1971), que a cunhou no ensaio “A reificação e a consciência do proletariado”, chamando a atenção para a transformação das relações humanas em coisas ou mercadorias na sociedade capitalista. Tomamos uma como sinônimo da outra, embora haja entendimentos divergentes na literatura. Importamos, ainda que muito imprecisamente, a aproximação que o conceito nos permite da realidade histórica que queremos expressar.

<sup>1131</sup> O “exame” era uma das técnicas modernas de controle que Foucault identificou na modernidade a partir do estudo das punições pelo modelo do sistema prisional. Ele combinava “observação hierárquica” e “sanção normalizadora”, pois estabelecia uma visibilidade que permitia diferenciar os objetos e suas partes bem como aplicar sanções. Cf. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento das prisões*. 20 ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1999. p.154-161. GUTTING, Gary. *Foucault: uma brevíssima introdução*. Traduzido por Fernando Santos. São Paulo: Unesp, 2021. p.129-130.

hospitalidade que coisifica o paciente, alienando-o de si mesmo. E os indigentes e os pobres formavam, nessa categoria de acolhimento, o enorme contingente que servia ao laboratório e à pedagogia médico-hospitalar do HMC. Diversamente daquelas cartas de agradecimentos nos jornais, que analisamos em outro lugar, e que viriam a ocupar espaço nos jornais das décadas seguintes, o cliente pobre ou indigente fora marcado pelo mutismo e, com ele, seu regime sensível das coisas e do mundo. Isso não significa, por óbvio, que a expressão de determinadas emoções e sentimentos fosse um apanágio de alguns grupos sociais em detrimento de outros, não obstante os códigos de percepção sensível e os de civilidade marcassem de forma visível- nos gestos, nos comportamentos e na “balança linguística” - lugares sociopolíticos e culturais diferenciados para cada um dos atores envolvidos. Atentemos aí para o déficit considerável que salta nessa comparação. Podemos afirmar, entretanto, que, ao menos no campo assistencial mais vasto, a hospitalidade ao corpo enfermo no HMC seguia mais “recolhendo” do que “acolhendo”, e tudo isso sob uma grade própria de leitura médica do hospital:

[...] os Hospitais são instituições donde o homem, penetrando enfermo, deve sair curado ‘para a vida e para o Bem’, e outro alcance social não poderia ter o Hospital, porque além de ser *a única escola do médico*, o meio *onde se põem em atividade todos os recursos da ciência*, para elucidação dos problemas difíceis da vida em perigo, *não pôde nem deve ter os seus leitos cheios de inválidos e á mercê de uma infinidade de doentes, que não oferecem mais vantagens á cultura medica universal.*<sup>1132</sup> (grifo do pesquisador)

Embora a equipe médica e os pacientes compartilhassem o espaço comum do HMC, em momentos precisos do dia e segundo as necessidades de cada indivíduo, o contato entre eles, o “dar-receber-retribuir” na forma da hospitalidade reificadora, não era aquele do um-com-o-outro, vivo e real, mas o do um-ao-lado-do-outro, desvitalizado e funcional, que preenche o espaço sem produzir relações ou vínculos de ordem emocional, algo que a dor dos pacientes, ou, até mesmo, a dor em geral, costuma gerar, ao menos enquanto expectativa.<sup>1133</sup> É perfeitamente plausível, assim imaginamos, que os contatos mais afetivo-sentimentais se dessem da parte das religiosas de Santana, das parceiras práticas, de José do Nascimento ou de alguma enfermeira diplomada (?), porquanto a experiência do cuidado esteja intrinsecamente interligada com o sentido de ser tocado e abordado. Sabemos também o quanto no ambiente hospitalar, que costuma

<sup>1132</sup> CICCO, *Op. Cit.*, p.262-263.

<sup>1133</sup> HAN, Byung-Chul. *Sociedade paliativa: a dor hoje*. Petrópolis: Vozes, 2021. p.62.



romper códigos de civilidade ordinários, a relação entre cuidado e intimidade era delicada, especialmente no que diz respeito ao contato táctil ou cutâneo. Mas igualmente não desconhecemos o quanto a modalidade de contato físico, pele a pele, por exemplo, pode atuar como suavizador do sofrimento experimentado, uma forma de se ancorar no mundo e participar dos sentimentos de compaixão, gratidão ou generosidade, tão caros em situações de fragilidade existencial.<sup>1134</sup>

Essa experiência afetiva dos cuidados, todavia, não aparece nem nas memórias médicas do dr. Januário Cicco nem em qualquer documento interno produzido pela organização hospitalar. O único toque reconhecido era o do médico reparador dos corpos. E mesmo que se fizessem presentes com certa prodigalidade, seguramente faziam mais parte de uma rede informal de cuidados (infelizmente, irrecuperável para nós) do que de qualquer normatividade ou código médico-hospitalar explícito. Não obstante olvidemos com frequência, a medicina é uma visão de mundo e uma prática cultural, e esse registro quase asséptico da relação com o outro, particularmente o corpo feminino, com pouca ou quase nenhum interesse em considerar o contexto social e cultural do paciente na interpretação da dor<sup>1135</sup>, marcou indelevelmente o acolhimento no HMC, de tal modo que as referências que surgem, aqui e ali, em algumas memórias são sempre de certa ironia e rechaço aos hábitos e costumes dos doentes. Um desses comentários, por exemplo, abordava uma prática popular de cuidado com as mulheres no pós-parto, que associava negativamente a presença de determinados odores durante o processo de recuperação da mãe:

Alcansei um tempo em que a puerpera não podia receber visita que uzasse perfumes, porque a essência tinha a propriedade de ‘quebrar o resguardo’ e fazer febre, e no interior conservam a mesma credence, seguida de um regimen isento de condimentos.<sup>1136</sup>

É, portanto, a esse conjunto esparso de traços significantes da relação receber-recebido que a noção de hospitalidade reificadora se reporta e busca operacionalizar.

---

<sup>1134</sup> LE BRETON, David. *Antropologia dos sentidos*. Tradução de Francisco Morás. Petrópolis: Vozes, 2016. p.280-282.

<sup>1135</sup> Id. *Antropologia da dor*. Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013. p.139.

<sup>1136</sup> CICCO, *Op. Cit.*, p.284.

### 5.1.1.6 A seção de maternidade do HMC e os sinais de acolhimento à mulher-mãe

#### 5.1.1.6.1 Breve excursão sobre realidade Histórica e Linguagem

Abordar as práticas de hospitalidade no Miguel Couto exige trabalho cuidadoso e atento da parte do pesquisador, particularmente ao levantar o problema clássico do vocabulário nas fontes: a palavra “hospitalidade”, no sentido que a damos hoje, jamais foi utilizada nos documentos expedidos pela administração do HMC, de qualquer órgão de saúde pública local, menos ainda a encontramos nos periódicos de maior circulação em Natal. Entretanto, a ausência da palavra em si mesma não autoriza a leitura – no mais, apressada e insustentável – de que tal ou qual prática deixou de existir naquele contexto específico. Simplesmente, podemos enxergar aproximativamente, e é sempre isso o que fazemos, determinado evento passado como apresentando traços semelhantes ao que nossa compreensão atual percebe como um gesto de hospitalidade, levando em conta as condições de possibilidade de todo e qualquer esquema de hospitalidade antropológicamente considerado: a estrutura tríptica composta de um hóspede, um hospedeiro e uma coordenada espaciotemporal. Sendo assim, podemos, então, interrogar determinado passado e perguntar: como se dava essa relação naquele momento ou situação específica? Pensando deste modo, é lícito afirmar, portanto, que HMC recebia e cuidava de seus doentes segundo algum código de hospitalidade, sejam regras regimentais, sejam orientações formais do corpo de enfermagem ou mesmo dos médicos, sejam tão somente códigos mais gerais de sociabilidade e civilidade que regulavam os vínculos entre os indivíduos e grupos no interior da sociedade.

Outrossim, as mesmas palavras (incluamos também as expressões verbais, imagens ou fórmulas) podem ter sua existência linguística garantida em determinado contexto histórico, porém fazendo alusão a realidades percebidas, ou mesmo imaginadas, diferentes das que pensamos a princípio. Trata-se de um verdadeiro *tour de force* empreendido pelo historiador, que entretém, no bojo de sua disciplina, uma tensão permanente entre a linguagem e o desvelamento da realidade histórica. Como articulou Reinhart Koselleck:

[...] A realidade histórica nunca coincide com o que verbalmente se articula com ela e a respeito dela. Por certo, a realidade da história se cumpre na medida em que o agente e o paciente agem, reagem e se correlacionam verbalmente. Nenhuma unidade política de ação é passível de ser ativada sem linguagem, sem conceitos comuns, sem

comando, sem pactos, sem discussão, assim como sem propaganda e sem o emudecimento daqueles que não podem ou não devem participar. A própria realidade histórica, contudo, primeiramente se constitui entre, antes ou depois das articulações verbais que apontam para ela. A circunstância verbal e a sociopolítica se correspondem de outro modo como os próprios falantes podem percebê-la. Isso tem uma razão bastante plausível, pois só posteriormente comprova-se o que é uma história. E o que ela foi uma vez não é mais realmente; em todo caso, não mais realmente no sentido de como, enquanto ainda não está concluída, é de fato. É a temporalidade da história, que não pode se encerrar no ato verbal. [...]. Lembradas, uma palavra falada, uma frase escrita, tão logo se conservam, se tornam irrevogáveis e imutáveis. [Mas a recepção subtrai a acessibilidade do que foi falado ou escrito. Podemos derivar daí que nenhuma articulação verbal, seja qual for seu modo e seu nível, alcança o que realmente se consuma na história. A história, com efeito, nunca se consuma sem a linguagem, mas, ao mesmo tempo, ela é sempre, para mais ou para menos, diversa da linguagem.]<sup>1137</sup>

Ou seja, e ainda no dizer do autor, é o problema da “incomensurabilidade da realidade histórica e de sua transformação verbal”<sup>1138</sup> que está permanentemente em jogo. Note-se que, no fundo, estamos aqui discutindo mais precisamente a questão dos “conceitos” na leitura da documentação histórica, temática clássica na agenda dos historiadores e comumente travada a partir do diálogo com as ciências da linguagem. Não entraremos nas peculiaridades dessa complexa interface, pois efetivamente não é útil descrevê-la aqui. Entrementes, uma vez que introduzimos nesta parte o problema do vocabulário nas fontes como uma questão de natureza conceitual, vamos precisar, ao menos, alguns aspectos daquilo que constitui nosso interesse no tópico. Primeiramente, deixemos explícito o que estamos estendendo por “conceito”:

Um conceito é uma representação complexa, elaborada e abstrata da realidade percebida – habitualmente evocada através de uma simples expressão verbal, imagem ou fórmula – e capaz de funcionar com uma unidade de conhecimento e de comunicação.<sup>1139</sup>

Enquanto representação da realidade percebida, e sendo, portanto, produto da esfera do mental, o conceito é composto por duas dimensões complementares: a “compreensão”, entendida como ‘definição’ e composta pelo ‘termo’ (a palavra, como dissemos no começo) e suas ‘características’; e a “extensão”, que diz respeito ao ‘campo

<sup>1137</sup> KOSELLECK, Reinhart. *Uma latente filosofia do tempo*. Organização de Hans Ulrich Gumbrecht e Tamara de Oliveira Rodrigues; traduzido por de Luiz Costa Lima. São Paulo: Unesp, 2021. p.120-121.

<sup>1138</sup> Ibid., p.121-122.

<sup>1139</sup> BARROS, José d’Assunção. *O uso dos conceitos: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2021. p.36.

de aplicabilidade’, como objetos, fenômenos e processos.<sup>1140</sup> Vazando nossa observação com essa linguagem, então, podemos dizer que, embora o ‘termo’ da definição venha a ser outro, interessa-nos essencialmente identificar as ‘características’ e a ‘extensão’ que dão a ver o ‘conceito’ que nos informa da realidade histórica examinada. Com efeito, temos alguma forma de hospitalidade no HMC, mas ela aparece em outros ‘termos’, ‘características’ específicas e ‘extensão’ própria. Fazemos essa observação preliminar porque notamos que, nas décadas de 1930 e 40, e diferentemente do período anterior à SAH, um determinado regime sensível no hospital passou a ser nomeado, como se pode perceber no uso, tímido ainda, do vocábulo “cuidado”; em outras ocasiões, percebemos práticas que remetem a emoções e sentimentos nas relações intra-hospitalares, mas que não receberam uma denominação particular ou, até mesmo, uma expressão verbal. Daí nossa preocupação em chamar a atenção para o trabalho delicado e arriscado de reconstrução do fenômeno da hospitalidade nessas condições.

Esclarecido isto na partida, podemos retornar, enfim, para o curso “natural” de nossa exposição.

#### **5.1.1.6.2 Hospitalidades instáveis e uma maternidade por vir**

Até 1930, pelo menos, contamos no essencial com as mensagens dos governadores, enviadas anualmente à Assembleia Legislativa do Estado, além de informações dispersas nos jornais e memórias do diretor e chefe de clínicas do HMC no período. Logo mais adiante, no intervalo de 1931 a 1936, topamos com uma imensa lacuna na documentação, muito provavelmente ligada às deficiências na preservação e conservação dos materiais em arquivos. Posto isto, somente podemos retomar o fio da meada a partir de 1937, agora já nos servindo, como principal guia, das Prestações de Contas com Exposição de Motivos da SAH, secundadas, a sua vez, por uma gama de fontes diversas presentes no APE/RN, e que utilizaremos como complemento aos mencionados relatórios da instituição que administrava o HMC. Manteremo-nos também em companhia dos periódicos, que se prolongaram, com relativa solução de continuidade, pelo período abarcado em nossa pesquisa. Dito isto, passemos, pois, ao HMC em 1937.

Entre julho deste último ano e junho de 1938, agora sob a gestão da SAH, o relatório descreve-nos uma estrutura hospitalar que contava, naquele momento, com 11

---

<sup>1140</sup> Ibid., p.96-97.

enfermarias: da 1<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>, estavam as “Enfermarias de Homens”, sendo por elas responsáveis as Irmãs Francisca Blandini (as cinco primeiras) e Clementina de Andrade (a sexta); da 7<sup>a</sup> a 11<sup>a</sup>, ficavam as “Enfermarias das Mulheres”, estando a sétima com a mesma Clementina de Andrade, e a demais sob os auspícios de Honorata Rodrigues, inclusive a única enfermaria feminina destinada aos misteres da maternidade (a décima primeira). Enfatizemos: o HMC dispunha somente de uma enfermaria dedicada às necessidades obstétricas e ginecológicas das mulheres. À frente da Clínica Obstétrica do hospital, estavam os médicos Ernesto Fonseca (chefe de clínica) e João Tinoco Filho (assistente), como nos informa a relação do corpo médico do HMC.<sup>1141</sup>

Em uma tal situação sensivelmente limitada quanto ao espaço de acolhimento à mulher-mãe, certamente o conforto não fazia parte da lista dos itens indispensáveis ao funcionamento das enfermarias. Aliás, nesse estado de coisas, nem os enfermeiros e serventuários possuíam acomodações próprias, convivendo ambos com os doentes nas mesmas dependências, e “sem meios de reparação das fadigas do dia trabalhoso”.<sup>1142</sup> Conforme se vê, a Seção de Maternidade era bastante restrita, dispondo de apenas uma enfermaria e, no seu interior, pouquíssimos leitos, talvez 13 deles, ou até menos.<sup>1143</sup> Não obstante as severas reservas, o número de mulheres recebidas era alto: no período mencionado acima, o mapa dos serviços de clínica obstétrica informaram a chegada de 279 mulheres, das quais 255 gestantes e 24 puérperas (11 outras já estavam internadas

---

<sup>1141</sup> APE/RN. Hospital Miguel Couto. Caixa 208. Relatório apresentado ao Governo do Estado pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1 de julho a 30 de junho de 1938. n.p. Segundo esse mesmo relatório, no corpo administrativo do HMC, ainda tomavam lugar: Aberarda Cortiani (Regente), Amelia Vasco (Secretaria), Albina Vieira (Sala de Operações e Pavilhão de Luxo), Maristela Feijão (Farmácia), Carlina Falcão (Casa de Saúde), Michelina Caziraghi (Portaria e Capela) e Perpétua Sampaio (Cozinha). Entre os membros do corpo médico, por sua vez, havia os chefes de clínica e os assistentes. No grupo dos primeiros, assinavam: Otávio Varela (Clínica Médica), Ernesto Fonseca (Clínica Obstétrica e Ginecológica), Aderbal de Figueiredo (Clínica Urológica), Raul Fernandes (Clínica Oftalmo-otorrinolaringológica), Travassos Sarinho (Clínica Cirúrgica), Antônio Filgueira Filho (Clínica Dermo-sifiligráfica), Álvaro Vieira (Cirurgião Adjunto e Médico Interno), Carlos Alberto Passos (Chefe da Seção de Radiologia) e Clidenor Lago (Cirurgião Dentista). Os assistentes eram: Teodulo Avelino (Clínica Médica), João Tinoco Filho (Clínica Obstétrica), Onofre Lopes (Clínica Urológica) e Manoel Vilar (clínica Oftalmo-otorrinolaringológica). Fechando a relação, tínhamos o farmacêutico Omar Lopes Cardoso. Curiosamente, os médicos Ernesto Fonseca e João Tinoco Filho também eram requisitados a fazer inspeções de saúde em funcionários que estavam prestes a se aposentar (APE/RN. HMC. Caixa 826. Ofícios e correspondências do HMC entre 1937 a 1967).

<sup>1142</sup> *Ibid.*, p.5.

<sup>1143</sup> Em 1941, o HMC ainda registrava esses mesmos 13 leitos, daí a especulação que fizemos para 1937 e 1938.

antes do período considerado)<sup>1144</sup>; se considerarmos o ano fechado de 1938, ou seja, de janeiro a dezembro, o número subiu para 371 gestantes (na verdade 350, pois nossa conta incluiu as que já estavam hospitalizadas).<sup>1145</sup> De modo geral, o hospital se encontrava frequentemente superlotado, e os candidatos a internamento tinham de conviver com a incerteza a respeito de novas vagas ou a desocupação dos leitos.<sup>1146</sup>

Figura 125 - Mapa da Clínica Obstétrica no HMC entre julho de 1937 e junho de 1938

**Hospital de Caridade "MIGUEL COUTO"**  
RIO GRANDE DO NORTE  
Anual, de JULHO de 1937

**MAPA DOS SERVIÇOS DA CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HOSPITAL "MIGUEL COUTO",**  
NO PERÍODO DE 1 DE JULHO DE 1937 A 30 DE JUNHO DE 1938

Pacientes admitidas:	0
<b>EXISTÊNCIAS:</b>	
Puerperas.....	11
gestantes.....	295 (Múltiplas 95)
Pacientes admitidas:-	279
Puerperas.....	24 (Múltiplas 6)
gestantes.....	18
Tiveram alta:-	397
Faleceram	11
"ocort.	1
<b>EXISTÊNCIAS:</b>	
Puerp. 11	12
Partos a termo	174
Partos prematuros	30
Partos naturais	181
Partos operatórios	28
Abortos	26
Prenhezias anormais	235
Prenhezias gêmeas	7
Prenhezias tóxicas	212
Prenhezias ectópicas	1
<b>NASCIMENTOS:-</b>	
Masculinos	95
Femininos	67
Fetos vivos a termo	152
Fetos vivos prematuros	17
Masculinos	10
Femininos	7
Fetos mortos	20
Masculinos	23
Femininos	10
<b>NOTA:-</b> Recente (masculino)-1-hidrocefalo-1-anôm-1	
<b>INTERVENÇÕES:-</b>	
Infecção post-partum	2
"abortum	2
Eclampsia	2
Placenta prévia	2
Retardo placentária	13
Aborto incompleto	6
Procedência de cordão	3
Fetidismo	3
Sociedade tística	1
Hemorragia	8
Eclampsia	3
Gripe	1
Necrose aguda	1
Cesária vaginal	1
Forpço	14
Extracção podalica	11
Ectótopia	2
Curações uterinas	3
Epitriptia	8
Dolência manual	20
Paricorria	22
Trocortomia	4
Descegas	4
Manobra de Crede	4

**MAPA DOS SERVIÇOS DA CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HOSPITAL "MIGUEL COUTO",**  
NO PERÍODO DE 1 DE JULHO DE 1938 A 30 DE JUNHO DE 1938  
- Continuação -

<b>INTERVENÇÕES:-</b>	
Dilatação manual do colo	2
Densaire	1
<b>INTERVENÇÕES:-</b>	
Dilatação Aguda do canal	1
Exortação por placenta	1
previa.....	1
Inerte aguda	3
Insuficiência cardio-renal	5
Sepsite	1
<b>INTERVENÇÕES:-</b>	
Cervicite	1
Toxemia gravidica	2
Eclampsia	1
Eclampsia	6
Epitriptia	8
Dolência uterina	1
Epitriptia	1
A N S + S S A S	1
Eclampsia	1
Paricorria	1

Instal. 30 de Junho de 1938  
Dr. Américo Fontoura  
Chefe do Serviço

Fonte: APE/RN. HMC. Relatório de 1938, Caixa 208

Embora a diretoria da SAH afirmasse com orgulho os “benefícios louváveis e altamente patrióticos”<sup>1147</sup> da Seção de Maternidade, os médicos reconheciam constrangidos o espantoso número de natimortos que se contavam na faina da pequena enfermaria. Conforme o relatório entregue ao Interventor Federal, “nenhum deles se

<sup>1144</sup> Os dados eram entregues ao Departamento Estadual de Saúde, sendo recolhidos, ao menos neste período, pelo Assistente Técnico de Saúde Pública Valério Konder. (APE/RN. HMC. Caixa 077. Correspondências de 1938: Resposta à solicitação de Konder, 29 mar. 1938.)

<sup>1145</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Relatório apresentado ao Governo do Estado pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, Dr. Januário Cicco, correspondente ao período de 1 de julho de 1937 a 30 de junho de 1938.

<sup>1146</sup> Ibid., p.1.

<sup>1147</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Relatório apresentado ao Governo do Estado pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1938. p.6.

verificou por demóra de trabalho no nosso serviço, mas por falta de cuidados especiais às gestantes, nos seus domicílios e carencia absoluta de um serviço pre-natal.”<sup>1148</sup> O problema das mortes de neonatos, portanto, era partilhado, de um lado, com as famílias e, de outro, debitado na conta das políticas públicas de saúde, avaliadas negativamente como deficitárias nessa questão.

Se observamos o mapa da Clínica Obstétrica de julho de 1937 a junho de 1938, constataremos que as mulheres deram entrada no hospital com diferentes quadros clínicos, porém os casos dominantes foram as retenções placentárias (13), hemorragia (8) e aborto incompleto (6), sem mencionar o paludismo ou malária (3), eclâmpsia (2), as infecções pós-parto (2) e pós-aborto (2). Excetuando-se a doença infecciosa transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, os demais registros evidenciam diagnósticos clínicos de situações delicadas, mostrando o caráter emergencial da chegada de muitas dessas mulheres ao hospital. Veja-se que tanto os partos quanto as tentativas de aborto ainda eram realizados longe dos cuidados profissionais oferecidos pelo ambiente hospitalar, e somente quando as intervenções domésticas ou suas consequências não terminavam exitosas, é que as mulheres eram finalmente encaminhadas para o HMC.

Por isso, o relatório da SAH insistiu tanto nas práticas de assistência ginecológica domiciliar e nas atividades de pré-natal como forma de atenuar os efeitos de um parto não medicalizado. Entre os “nascimentos”, por exemplo, os médicos obstetras tiveram como resultado cerca de 26 abortos e 33 fetos mortos; nas “intervenções”, eles apelaram para a técnica do fórceps em 14 ocasiões, evidenciando, com isso, as inúmeras dificuldades enfrentadas no campo da parturição hospitalar. Talvez para sublinhar as consequências desse descaso com as políticas de assistência materna, o mapa dos serviços discriminou, abaixo do tópico “nascimento”, uma “Nota” com a descrição de três tipos de nascituros que certamente não respondiam às expectativas do discurso normalizador da medicina: um “monstro masculino” (anencéfalo), um hidrocéfalo e um anão. Primeiramente, eles aparecem num item de exceção, que é a “nota”, um apêndice disfuncional, algo fora do curso normal, que merece observação à parte, excepcionalidade.

A menção à “monstruosidade” recupera aí toda uma arqueologia da anomalia no séc. XIX, já conhecidamente narrada por Foucault, e que tinha no entrecruzamento da

---

<sup>1148</sup> Ibid., p.7.

Medicina com o Direito seu mais importante dispositivo de subjetivação, embora não o único.<sup>1149</sup> Tal nomeação do “monstro natural” foi registrada excepcionalmente nesse relatório, desaparecendo por completo nas demais Prestações de Contas, como se fosse um traço rasurado daquela teratologia científica de que se ocupava animadamente a medicina e os jornais mais sequiosos de novidades. Em 16 de agosto de 1890, por exemplo, o jornal *A República* noticiava que havia sido internado no HCJB o pequeno Baracho, uma criança de 10 anos de idade que possuía “[...] uma cauda de 8 polegadas de comprimento, uma verdadeira cauda, um rabo autêntico e lítico”<sup>1150</sup>. No comentário do fato, o articulista considerou nesse “achado” uma possível prova da “descendência simiana da humanidade”. Citando Charles Darwin e Ernest Heckel, profíctentes da Teoria Evolucionista, o autor arvorou-se mais longe na discussão e terminou o artigo, num ar de cientificidade, com a seguinte interrogação: “Teratologia ou Atavismo?”<sup>1151</sup>. Algumas décadas depois, em 3 de março de 1937, o jornal *A Ordem* replicava um caso em Porto Alegre (RS), no sítio de Jatobá, no município de Pacatuba, onde um bode teria dado à luz um ser metade criança, do tronco para cima, e metade bode, do tronco para baixo: “Não souberam os moradores que decisão tomar, se consideravam o recém-nascido bicho ou gente. Houve mesmo quem o quisesse baptizar, pois o monstro durou vivo duas horas”<sup>1152</sup>. Até mesmo filmes como *O médico e o monstro*<sup>1153</sup> e *King Kong*<sup>1154</sup> (não convinha para crianças e pessoas impressionáveis, mas “Para os normais, é inofensivo”, afirmava a sinopse) que abordavam a temática, chegaram a figurar na lista de películas censuradas, pelo menos até meados de 1938, quando já contavam com exibição pública e sinopses.

---

<sup>1149</sup> Cf. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Coleção Tópicos).

<sup>1150</sup> A REPÚBLICA. Teratologia ou atavismo? 16 ago. 1890. p. 3.

<sup>1151</sup> Ibid.

<sup>1152</sup> A ORDEM. Metade homem, metade bode. Natal, ano 2, n.467, 3 mar. 1937.

<sup>1153</sup> A ORDEM. Cinema: classificação do ponto de vista moral de quinhentos films. Natal, ano 2, n.443, 31 jan. 1937. A lista foi elaborada por uma associação católica do Rio de Janeiro, chamada a União, e tinha um cunho moral. Nesse rol de filmes, o Médico e o Monstro apareciam como “impróprios”. Estranhamente, em 3 de novembro de 1936, essa mesma entidade católica fez uma sinopse elogiosa para *A noiva de Frankenstein*, interpretado por Colin Clive. (A ORDEM. Cinema: a noiva de Frankenstein (The bride of Frankenstein) Universal, no “São Pedro”. Natal, ano 2, n.471, 7 mar. 1937.) Em 1938, o articulista da sinopse questionou o critério moral de A União: “Alem de ser impressionante, não apresenta a these de modo satisfatorio e para muitos espectadores a moralidade não será talvez bem clara” (A ORDEM. “Cinemas”. Natal, ano3, n.798, 28 abr. 1938).

<sup>1154</sup> A ORDEM. Cinemas: King Kong, da R. K. O, com Fay Wray, Robert Armstrong e Brace Cabet, no “Rex”. Natal, ano 6, n.1634, 13 mar. 1941.



Resquício de uma teratologia pseudo-científica ou alguma forma de “pedagogia médica”, reclamando assistência dos poderes públicos por meio da exploração de determinado imaginário social da “monstruosidade”? Efetivamente, não sabemos. Por certo, o reconhecimento do caráter humano nas deformidades corporais já vinha acontecendo desde o séc. XIX, numa mutação das sensibilidades que produziu paulatinamente um novo sentimento de compaixão para com o corpo monstruoso. Este passou a ser separado do corpo enfermo, que se tornou alvo das preocupações médicas no sentido de propor, dada sua humanidade biológica, a reeducação.<sup>1155</sup> Os mutilados de guerra, com as experiências de desfiguração, desmembramento e vulnerabilidade expostas cotidianamente em público (inicialmente, após a Primeira Guerra, e depois reforçada pela catástrofe humana da Segunda Guerra), e os trabalhadores acidentados geraram um certo sentimento de responsabilidade coletiva e uma cultura perceptiva mais solidária, de que era preciso compensar ou apagar uma “falha”:

[...] tanto num caso como no outro, cria-se um discurso de assistência que impõe a necessidade de uma reparação, o reconhecimento de uma responsabilidade e de uma solidariedade coletivas, bem como o auxílio do Estado, cuja implicação aumenta ao longo dos anos 1920 através de um conjunto de medidas de integração, de reclassificação, e de reeducação. A deficiência corporal simultaneamente entra então em um universo de culpabilidade e de obrigações morais, e em uma cultura médico-social da reparação. A sociedade passa a reconhecer sua dívida para com aquele que pagou com o pesado tributo de seu corpo a substituição profética de seu membro amputado, buscando devolver-lhe socialmente o espaço perdido.<sup>1156</sup>

Muito provavelmente, o registro feito a respeito das deformações anatômicas dos três nascimentos, malgrada a nomenclatura de “monstro masculino” atribuída a um anencéfalo, fosse um apenas nota descritiva fossilizada, sem vida semântica ativa ou mesmo uma espécie de palimpsesto no qual seu conteúdo médico-teratológico perdeu força com o tempo e se viu retraçado para expressar simplesmente as deformidades físicas “naturais” resultantes de problemas na gestão dos partos, mas certamente indesejadas. Nesse sentido, a substantivação “monstro” porventura viesse a equivaler, dizendo de outro modo, a “algo deu errado demais aqui”, sendo, por força de novas sensibilidades, apagadas da tipologia médica nos relatórios posteriores. Mas, ainda assim, sua presença singular pode ser interpretada também como a permanência de um

<sup>1155</sup>COURTINE, Jean-Jacques. *Decifrar o corpo: pensar com Foucault*. Tradução de Francisco Morás. Petrópolis: Vozes, 2013. p.132-133.

<sup>1156</sup> *Ibid.*, p.138-139.

certo modo de perceber o outro-que-chega a partir de uma régua de normalização biológica e social que separa os humanos plenos daqueles outros menos humanos ou, até mesmo, inumanos.

Em alguns periódicos, casos assim costumavam suscitar questionamentos sobre o direito à vida ou não do feto, ainda que a contagem fosse em dias. Em 8 de junho de 1938, a criança Helsine Colan tinha cinco semanas de vida e um tumor canceroso que inutilizava um de seus olhos, e os médicos e dois rabis discutiam se a menina devia ser a vista comprometida extirpada ou se a solução era a aplicação da eutanásia. Decidiu-se pela primeira opção, e Helsine foi operada em Chicago, tendo sobrevivido à intervenção cirúrgica.<sup>1157</sup> Em Natal, em 1933, o chefe de clínicas do HCJB apresentou na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio Grande do Norte (SMC/RN) uma comunicação intitulada “O estado actual da questão da Eutanásia”, e, em 1937, acabou lançando a novela “Euthanasia”, onde abordava ficcionalmente o tema,<sup>1158</sup> tendo do jornal católico (!) *A Ordem*, inclusive, uma resenha literária favorável, não sem a nota de que se tratava de uma “these arriscada como o direito de matar doentes incuráveis”.<sup>1159</sup> Naquilo que nos interessa, o tema da monstruosidade e o da eutanásia se terminavam se conectando rizomaticamente como expressões de uma política que passou a investir na vida biologicamente considerada como objeto de controle. O anencéfalo, o hidrocéfalo e o anão presentes no mapa de serviços do HMC são aqueles que desafiavam, para muitos, uma sociedade funcionalmente eugênica, daí a necessidade de classificar e individualizar os desvios da normalidade médico-legal. Com isso, respondia-se à pergunta “quem deve ser recebido entre nós? ”, selecionando aqueles que porventura podem fazer parte da nossa comunidade, aqueles a quem devemos oferecer hospitalidade (ou, até mesmo, inospitalidade!).

De volta ao atendimento às mulheres no HMC. Em situações de risco, em que as pacientes se internavam já em posição de explícita vulnerabilidade, imaginamos que o acolhimento devia ganhar claros contornos de instabilidade, principalmente levando-se em conta, como vimos, o reduzido número de leitos à disposição. Não obstante o relatório não esclarecesse a dinâmica do processo de admissão, assim como os detalhes

---

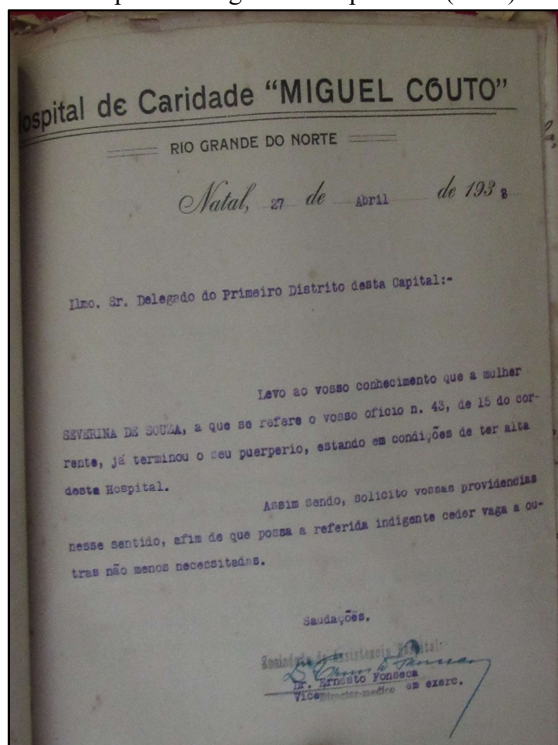
<sup>1157</sup> A ORDEM. Eutanasia. Natal, ano 3, n.830, 8 jun. 1938.

<sup>1158</sup> Cf. SILVA, Rodrigo Otávio da; ROCHA, Raimundo Nonato Araújo. A eugenia de um esculápio de aldeia: a “redenção da humanidade” nas mãos do dr. Januário Cicco. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (org.). *Eugenia e História: ciência, educação e regionalidades*. v.4. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC: Casa de Soluções e Editora, 2013. p.239-266.

<sup>1159</sup> A ORDEM. Livros Novos. Natal, ano 2, n.626, 18 set. 1937.

dos cuidados realizados no parto (se fosse o caso) e puerpério, podemos inferir algumas dificuldades enfrentadas pelas mulheres: as acomodações eram desconfortáveis, com camas pequenas e colchões de palha; o espaço coletivo da enfermaria ainda era em arco Tollet, fazendo com que as instalações femininas se comunicassem umas com as outras, o que diminuía significativamente a privacidade das pacientes (acrescente-se a isso a vigilância de religiosas e enfermeiras); a entrada tumultuada e acelerada para o internamento talvez até impedisse uma situação de cuidados mais afetivos, que demandavam uma temporalidade do demorar-se, um contato mais prolongado e sensorialmente mais rico. Como a rotatividade devia ser intensa para as mulheres pobres na Seção de Maternidade – algumas informações de internamentos de anos anteriores davam conta de no máximo três dias de permanência no puerpério -, a instauração de uma hospitalidade de expressão mais afetivo-sentimental viu-se comprometida, não somente pelo estado em que chegavam as mulheres como também pela própria infraestrutura material do hospital que as recebia.

**Figura 126** - HMC informando ao delegado que o puerpério da indigente Severina de Souza terminou, tendo de ser removida para dar lugar a outra paciente (1938)



Fonte: APE/RN.HMC. Caixa 0077. Correspondência de 1938

Nos três anos seguintes, os movimentos e os serviços de Clínica Obstétrica não apresentaram notas muito diferentes. Em 1939, tivemos os leitos ocupados por 350 mulheres<sup>1160</sup>; em 1940, foram 354<sup>1161</sup>; e, em 1941, 395 gestantes<sup>1162</sup>. O número de internados em geral (“recolhidos”) também se manteve em patamares semelhantes: em 1940, foram 2533 hospitalizações<sup>1163</sup>; em 1941, os dados apontavam 2738 internações<sup>1164</sup>. Essa suposta estabilidade, todavia, não podia ser tomada como sinônimo de boa-nova. Os problemas que, de um modo ou de outro, envolviam práticas de abortos continuavam tirando o sono de Ernesto Fonseca e João Tinoco Filho na Seção de Obstetrícia: em 1939, computaram-se 36 natimortos, 15 em trabalho de aborto e 14 fetos mortos<sup>1165</sup>; em 1940, foram 29 natimortos, 5 em trabalho de aborto e 14 fetos mortos<sup>1166</sup>; e em 1941, 48 natimortos, 22 fetos mortos e 16 em trabalho de aborto<sup>1167</sup>. As adversidades do hospital eram tais que, em 1940, falava-se de diminuir o estoque de medicamentos destinados aos clientes pobres para atender os pensionistas, estratégia que tinha em vista auferir dividendos por meio das receitas advindas dos pagantes.<sup>1168</sup> Em 1941, o vestuário, a roupa de cama e os altos preços dos alimentos, embora fossem itens indispensáveis, consumiam importante parcela das despesas registradas na Seção de Contabilidade da instituição, gerando enorme preocupação na administração hospitalar.<sup>1169</sup>

Não obstante a falta crônica de recursos financeiros, sempre lembrada nos relatórios da SAH, e a carestia de alimentos que ameaçava impiedosamente a população, relacionada à seca dos últimos dois anos e à presença norte-americana em

---

<sup>1160</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Relatório apresentado ao Governo do Estado pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1939. n.p.

<sup>1161</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Memorial do Governador Rafael Fernandes Gurjão, 1940.

<sup>1162</sup> APE/RN. HMC. Relatório apresentado ao Governo do Estado, pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, de Januário Cicco, no exercício de 1941. p.1

<sup>1163</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Memorial do Governador Rafael Fernandes Gurjão, 1940. n.p.

<sup>1164</sup> APE/RN. HMC. Relatório apresentado ao Governo do Estado, pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, de Januário Cicco, no exercício de 1941. n.p.

<sup>1165</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Relatório apresentado ao Governo do Estado pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, dr. Januário Cicco, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1939. n.p.

<sup>1166</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Memorial do Governador Rafael Fernandes Gurjão, 1940.

<sup>1167</sup> APE/RN. HMC. Relatório apresentado ao Governo do Estado, pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, de Januário Cicco, no exercício de 1941. n.p.

<sup>1168</sup> APE/RN. HMC. Caixa 208. Memorial do Governador Rafael Fernandes Gurjão, 1940. p.5.

<sup>1169</sup> APE/RN. HMC. Relatório apresentado ao Governo do Estado, pelo Diretor-Médico da Sociedade de Assistência Hospitalar, de Januário Cicco, no exercício de 1941. n.p. Segundo a SAH, o aumento das despesas estava ligado à cláusula, imposta pelo Estado, que obrigava o hospital a receber mais funcionários públicos nas enfermarias.

solo potiguar, o ano de 1942 trouxe-nos um relato menos apocalíptico e - quem diria - um pouco mais esperançoso para a instituição. A Prestação de Contas da SAH desfiou por páginas uma inflamada retórica discorrendo a respeito de um novo conceito sobre a vida nos hospitais, que passava, naquele momento, a integrar os cuidados visando ao bem-estar do paciente, os diversos aspectos envolvidos na cura dos doentes e que afirmavam a importância do entorno nesse processo, como a presença de jardins, que estimulavam nos internados sentimentos de paz, conforto, limpeza e segurança. A solidariedade e a fraternidade eram entusiasmadamente apontadas como terapêuticas, e a nova assistência social, orientada pela sociologia e pelas leis trabalhistas, se ocupavam da construção desse novo ambiente para a recuperação dos pacientes. Até a palavra “cuidar”, mais afeita, do ponto de vista semântico, que os termos “colher” ou “recolher”, para designar uma sensibilidade marcadamente acolhedora, já aparecia no relatório para descrever, ainda que pontualmente, essa nova perspectiva sobre a vida hospitalar.

Em outra parte desta Tese, já abordamos bem essa guinada. Cabe-nos agora saber se a Seção de Maternidade também foi atingida por essas transformações. Em 1942, segundo o Departamento Estadual de Estatística, o Estado possuía 774 mil moradores e sua capital, a cidade do Natal, ao redor de 63.800. O HMC somava 200 leitos hospitalares para os “doentes de todas as idades e de todas as moléstias”. Referendando-se na proporção de 7 doentes por mil habitantes, sugerida pelo DEE e aplicadas pela SAH, somente para Natal, os leitos deveriam ser da ordem de 446 e, para o Rio Grande do Norte, aproximadamente 800. De partida, notamos a disparidade entre o número ideal de leitos e a realidade ofertada pelo hospital. Na Seção de Maternidade, elevou-se apenas em um leito a capacidade anterior, ou seja, havia agora no HMC tão somente 14 leitos destinados ao atendimento materno na 11ª Enfermaria Feminina. O mapa da Seção de Obstetrícia registrou, em 1942, a presença de 530 gestantes, com 392 partos realizados e 354 crianças nascidas vivas. Em um único desses dias, informa-nos o relatório, chegaram a nascer 15 crianças. Lembrando que a Maternidade de Natal ainda não havia inaugurado os trabalhos de assistência à mulher-mãe. Mesmo com essas limitações espaciais e certamente um atendimento precarizado, a SAH comemorava o crescimento da natalidade e aproveitava para pedir maiores investimentos em seus serviços:

Insistimos nos benefícios que a seção de obstetrícia do Hospital “Miguel Couto” vem prestando á nossa população, porque é notável o crescendo de natalidade, para mais uma vez destacar-se a necessidade imperiosa de um serviço mais amplo, como o bem que adviria para a coletividade, si o edificio da Maternidade de Natal estivesse funcionando para os fins que lhe foram atribuídos. Agora que se multiplica a natalidade, em face das cifras constantes do mapa anexo, sem contar com o elevado numero de gestantes fichadas no serviço de obstetrícia domiciliaria, feito pelo Departamento de Saúde Publica Estadual, impõe-se a renovação do credito, que há anos vem sendo distribuído no orçamento estadual para esse fim, sem o qual as nossas dificuldades prejudicarão a constância e regularidade deste patriótico serviço.<sup>1170</sup>

Neste trecho, percebe-se o quanto o atendimento à mulher-mãe se restringia a sua capacidade de gerar filhos. Atentava-se para número de leitos, mas não se abordavam as condições gerais de acolhimento a essas mesmas mulheres. Importava ao hospital garantir com “o patriótico serviço” a conquista de altas taxas de natalidade da população. Nesse sentido, o HMC encontrou no aborto seu pior inimigo. Dissertando sobre o problema, a SAH conclamou a participação mais ativa dos poderes públicos e indicou ações que, no seu entender dessa sociedade civil, colaborariam para evitar o elevado número de abortamentos:

E’ lamentável que, entretanto, no mapa anexo o numero de abortos. Os poderes públicos, nem as instituições de assistência social contam com a segurança de meios para a profilaxia agressiva dos abortamentos; mas seriam capazes de reduzir consideravelmente a nati-mortalidade, si em todas as cidades as Maternidades podessem dispor da colaboração da Saúde Publica, sistematizando o registro de todas as gestantes, atraindo-as aos serviços dessa assistência especializada, para exame somático e tratamento subsequente.

[...]

Si os serviços da Maternidade de Natal estivessem em funcionando, a Puericultura, nos seus aspectos pre-nupcial, pre-concepcional e pre-natal, trabalhada pela habilidade e sabedoria de senhoras devidamente preparadas para a divulgação, entre noivas e recém-casadas, dos princípios fundamentais da felicidade materna seria fator de salvamento; sim, porque ninguém duvida que a educação seja a arma mais eficiente para evitar os abortamentos, reduzir a pre-maturidade e evitar a debilidade congênita.

Quando a punição dos delitos anti-concepcionais e do aborto não basta para a ordem que as leis estabeleceram, só a educação será capaz de transformar os presídios em escolas de civismo. Temos como preceito que as Maternidades, moldadas na estrutura que a sociologia de agora

---

<sup>1170</sup>APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exm<sup>o</sup> Senr. Interventor Federal dr. Rafael Fernandes Gurjão pelo dr. Januário Cicco, diretor da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, em 1942. Natal, 1942. p.18-19.

estabeleceu nas leis trabalhistas, assegurando assistência a subsistência, serão fator decisivo na progressão da nacionalidade.<sup>1171</sup>

Como apontamos anteriormente, todo esse raciocínio se dava em termos biopolíticos, entremeado à ideologia do nacionalismo ufanista da Era Vargas e influenciado por correntes de pensamento evolucionista apropriados segundo a chave de leitura do darwinismo social e dos ideais científico-eugênicos que vigoravam na época. Nesse contexto, as taxas de natalidade e de mortalidade materno-infantis eram tomadas como índices que permitiriam o diagnóstico do progresso de um país ou mesmo de seu estado civilizatório. É nesse sentido que o relatório falava em “progressão da nacionalidade”, que enxergava na “proteção à Maternidade, à Infância e à Juventude” seu programa de ação mais difundido, e que requeria, para seu sucesso, intensa participação estatal, explicando, então, a cobrança feita pela SAH:

[...] é necessário que as instituições, os poderes públicos digam á nossa gente como se fundamenta essa brasilidade, que a sabedoria do Presidente estabeleceu naquele decreto-lei [n. 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que fixava as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país], criando-se cursos de Puericultura em todas as escolas, exigindo-se o exame medico dos escolares, alicerçando-se a educação sexual aos fundamentos da Biologia, para a natural formação do psiquismo da castidade, difundindo-se sempre os perigos das moléstias venéreas, os horrores da sífilis e as desgraças da alcoolose. E assim, nos colégios, nas escolas rudimentares e normais, nos ateneus e liceus, os professores estabeleceriam as bases dessa defesa nacional, indispensável á nossa hegemonia.

[...]

Si a mortalidade infantil cresce em toda a parte, agora, principalmente, que as dificuldades vitais se multiplicam, a morti-natalidade constitue ainda fator de inferioridade humana, tarjando (sic) de ignominia o futuro da nossa nacionalidade, estacionando a população brasileira e retardando a sua avançada para o alto destino da sua grandeza.<sup>1172</sup>

Nesses termos, a proposta explicitada acima era perceptivelmente a de “medicalização”<sup>1173</sup> da sociedade, estendendo os cuidados obstétrico-ginecológicos aos

<sup>1171</sup> Ibid., p.19-20.

<sup>1172</sup> Ibid., p.20-21.

<sup>1173</sup> De forma sucinta, chamamos de “medicalização” o processo que, nos últimos dois séculos, levou a medicina a ocupar um lugar estratégico no aparelho de estado, vindo, com isso, a intervir cada vez mais na vida cotidiana dos indivíduos, buscando produzir normas que ajudem a regular as condutas em sociedade segundo critérios relativos a uma dita “boa saúde”. Essa medicina do corpo social, viabilizada pela saída dos médicos para fora do hospital, vai construir-se como salubridade no séc. XIX, justificando sua participação mais ativa no controle da vida das populações a partir da defesa de uma etiologia em que as doenças estavam relacionadas ao “meio”, cabendo, portanto, ao saber médico esquadriñar o espaço urbano para eliminar os “perigos” de ordem sanitária que rondam os cidadãos. Tal postura acabou sendo

espaços exteriores ao hospital, incorporando nessa empreitada, inclusive, até o ambiente doméstico, com o fichamento – observe-se a linguagem policialesca - das gestantes. Em nome do “futuro da nossa nacionalidade”, a SAH, e, por extensão, o HMC, recebiam a mulher-mãe nas suas funções reprodutivas, empenhando-se por livrá-las dos “perigos das moléstias venéreas, os horrores da sífilis e as desgraças da alcoolose”.

De modo similar, ou seja, entrelaçando a questão da maternidade e da infância com doutrinas político-raciais de superioridade da nação, a publicação do jornal *A Ordem*, de março de 1945, trouxe ao leitor as ideias do dr. Januário Cicco sobre o problema da mortalidade infantil abordada na monografia “Puericultura e seguro de Maternidade”. A matéria não apenas reproduziu as teses do médico, mas explicitou a própria posição do periódico acerca da questão, estabelecendo conexões muito claras a respeito do papel dos médicos na formação do “alto destino” da nossa nacionalidade:

Referindo-se á Campanha Nacional de Redenção da Criança, em carta dirigida ao diretor dos “Diários Associados”, o sr. Assis Chateaubriand, o professor Januário Cicco assim se exprime: “essa sua nova orientação, apelando para o Brasil intelectual, sobretudo para a mulher culta e afortunada, vem abrir novos caminhos á prosperidade nacional, cuidando da criança que ainda não foi gerada. A puericultura, com suas três fases com funções distintas, objetiva e preservação da debilidade congênita, de morti-natalidade, e a segurança de filhos hígidos, sem o que o nosso país gastaria inultamente somas fabulosas com crianças talhadas para indigência e a mendicância, a despeito dos serviços dos Institutos de Proteção e Assistência á Infancia, que não são órgãos relativos (?) da saúde”.

---

assumida por outras instituições, como as instituições filantrópicas, de beneficência e, especialmente, a família. A medicina assim considerada passa a ser vista como uma instituição que fabrica uma “ordem social e regulamenta nossas rotinas mais cotidianas”. (Cf. BERT, Jean-Michel. *Pensar com Michel Foucault*. Tradução Marcos Marcionilo. São Paulo: Parábola, 2013. p. 66-78.) O conceito já foi bastante empregado na sociologia da medicina, em autores como E. Freidson (1970), T. Szasz (1972), I. K. Zola (1972), Ivan Illich (1975), P. Conrad (1975), Nikolas Rose (1994) e A. E. Clark (2003). Em 1975, Michel Foucault palestrou na Uerj e abordou a temática, retomado no campo da Saúde Coletiva pela professora Cecília Donângelo (1976). Cf. CLARKE, A. E. et al. *Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness and U.S. Biomedicine*. *American Sociological Review*, New York, v. 68, n. 2 p. 161-194, 2003; CONRAD, P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007; DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976; FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1970; FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Medicina Social. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 79-98, 1999; ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975; ROSE, N. *Medicine, history and the present*. In: PORTER, R.; JONES, C. (org.) *Reassessing Foucault*. London: Routledge, 1994. p. 48-72; PORTER, Roy. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the Twenty-First Century*. Oxford: Princeton University Press, 2007; SZASZ, T. *The manufacture of madness*. Nova York: Harper Row, 1970; ZOLA, I. K. *Medicine as an institution of social control*. *The Sociological Review*, v.4, p. 487-504, 1972.



No Hospital Miguel Couto, que o autor dirige, são atendidos 700 indigentes e nascem 600 crianças anualmente. E' constrangedora a cifra de nati-mortos por debilidade convenita (sic), prematuridade, cometida possivelmente pela sífilis, alcoolismo e outras misérias dos genitores, contando-se entre os nascimentos, aleijados e monstros.

O que se segue nos Institutos de criança, anualmente, é um inexpressivo índice de robustez, quando o ideal seria realizar nas crianças e genitores provas de laboratório, porque nada os pediatras conseguirão se a herança mórbida estabelecer a inferioridade orgânica.

Assim, o patriótico e generoso sonho da redenção da criança, sonhado pela filantropia nacional, não se deverá cingir aos Centros de Saúde, mas a todos aqueles meios de elevação da cultura humana. O seguro-maternidade, isto é, a proteção da criança ainda no ventre, constitue o fator mais nobre da campanha contra a nossa inferioridade potencial, a ser iniciado já no 2º mês da gravidez pelo exame da gestante. A gestante é uma segurada sem obrigação financeira, pois o seu filho é o seu capital e a Sociedade Seguradora, em troca dessa contribuição nacional, dá no binômio mãe-filho assistência medica material e premio em dinheiro.

Um plano de assistência teria seus fundos constituídos por doações do governo federal, estadual e municipal e pela Legião Brasileira de Assistencia, Cruz Vermelha, donativos particulares, etc. O problema brasileiro quanto á assistência social é a educação sanitária, em seu aspecto pré-nupcial, pré-concepcional e pré-natal, sem o que se torna insolúvel o problema da mortalidade infantil.<sup>1174</sup>

Receber, nesse sentido, converteu-se em sinônimo de ampliar a cobertura dos serviços materno-infantis, ampliando leitos hospitalares e fazendo a ciência da mulher velar pelo patrimônio que as futuras geratrizes carregavam. Como se pode notar, a hospitalidade no HMC não era um gesto isolado, de indivíduo para indivíduo e espacialmente circunscrito ao hospital, não obstante tenha aí sua especificidade. Entrementes, sua prática era tocada, de alguma maneira, pelos saberes e instituições ligados ao problema da mortalidade infantil e, por conseguinte, da assistência social: o seguro-maternidade era uma forma de assegurar acolhimento à “criança ainda no ventre” e, com isso, dissipar as forças da “inferioridade potencial” que ameaçava a “prosperidade nacional”. Nesse sentido, oferecer hospitalidade era algo como transmitir uma herança.

Assim, observa-se que o discurso se referia sempre a uma grande abstração, ideal e moralizante, a respeito do corpo feminino e seu papel consoante as expectativas do campo social em que se encontra inserida. A mulher-indivíduo, concretamente abordada em seu corpo vivo, ficou subsumida na generalidade do conceito, ou melhor, no guarda-chuva da ideologia hegemônica. Por isso, na documentação hospitalar a

<sup>1174</sup> A ORDEM. Seguro de maternidade para a redenção da criança. Natal, 1 mar. 1945. p.3.

respeito dessas mulheres-mães, a intencionalidade da vida vivida de cada uma delas era recoberta pela vida abstrata da nação, suas vozes abafadas já na anamnese, quando não nas próprias enfermarias e sua vigilância monacal. Em situações assim, a hospitalidade, a despeito de um “acolhimento” cada vez mais ampliado na ordem das quantidades, parecia refluir, em seu sentido afetivo-sentimental, para canais mais difíceis de acompanhar na “poeira dos arquivos”. Os rituais e seu tempo marcador dos ritmos da vida diária raramente mereceram uma costura narrativa de sentido, e sua ausência revelava uma sensibilidade nas relações ainda “engessada” para o contato que não fosse exclusivamente na modalidade cutânea da apalpação, da verificação arterial ou mesmo do banho íntimo.

Isto posto, não queremos dizer, com isso, que laços de afetividade cuidadora não fossem distribuídos nos inúmeros contatos entre corpo médico e pacientes, pois, como advertiu a historiadora Barbara H. Rosenwein, “Comunidades emocionais normalmente evitam algumas emoções, ao mesmo tempo que ressaltam outras. Ou então elas evitam certas emoções em contextos específicos”<sup>1175</sup>. Vimos em matérias de jornais, no caso de pensionistas, algumas demonstrações mais evidentes de acolhimento caloroso. Entrementes, as descrições, mesmo aquelas a respeito desse público pagante, são bem escassas em matéria de relatos de hospitalidade. Em um “centro de trabalho constructor”, como se autodenominava o HMC, onde se passou a adotar o lema de que “não há doentes, somente portadores de doenças”, os pacientes atendidos não tiveram sua dimensão afetiva minimamente registrada.

De certo modo, temos muitas vezes a impressão de que a hospitalidade mais reconfortante era tida como algo ainda de natureza caritativo-piedosa, dependendo do indivíduo enquanto personalidade, ou devendo ser buscada nas ações coletivas de filantropia social. Em 1943, por exemplo, o relatório do dr. Januário Cicco elogiava o papel da LBA em minorar o sofrimento da pobreza desvalida nos moldes do Estado liberal:

---

<sup>1175</sup> ROSENWEIN, Barbara H. *História das emoções: problemas e métodos*. Tradução de Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2011. p.36. A pesquisadora usa o conceito de “comunidades emocionais” na citação que usamos na citação, querendo dizer com ele “o mesmo que comunidades sociais – famílias, bairros, sindicatos, instituições acadêmicas, conventos, fábricas, pelotões, cortes principescas” (p.21). Embora não enveredemos propriamente por essa abordagem da história das emoções, detemos o aspecto central de que a experiência afetiva é de ordem social e deve ser buscada na vivência dos diferentes grupos e suas interações, no sentido de decifrar os “sistemas de sentimento” dessas comunidades: “as emoções que eles valorizam, desvalorizam ou ignoram; a natureza dos laços afetivos entre pessoas que eles reconhecem; e os modos de expressão emocional que eles pressupõem, encorajam, toleram e deploram” (p.22).

Ha tempos, a mulher brasileira, representada pela Exma. Senra. Darcy Vargas, vem amparando as classes desafortunadas, criando serviços protetores e de ampáro coletivo. Agora, outras senhoras de méritos tão grandes, arrogaram a si o movimento de redenção nacional, fazendo doações a Estados pobres, para se resgatar o erro fundamental da mortalidade infantil, instalando-se serviços de puericultura no paiz, o recurso maior e capaz de salvar a nossa nacionalidade; não, com essa puericultura que ainda preceituam mentalidades involuídas, mas, com aquela que prevê e premune.<sup>1176</sup>

Enquanto isso, na Seção de Maternidade, os números davam conta de um crescimento nas internações: com os mesmos 14 leitos, deram entrada 549 mulheres, e nasceram 548 crianças, sendo registrado um parto de trigêmeos, dois partos duplos, cinco cesarianas e quarenta e dois partos operatórios.<sup>1177</sup> Nas baixas da 11ª Enfermaria Feminina, podemos confirmar os problemas de abortamento denunciados pelo HMC. No registro hospitalar, 13 mulheres deram entrada em trabalho de aborto, 8 ameaçadas de aborto, 31 com restos de retenção ovulares, 9 com acometidas por infecção puerperal, 14 para cumprir puerpério, 8 com toxemia gravídica e 31 com fetos mortos.<sup>1178</sup> É oportuno sublinhar que muitos dessas mulheres normalmente se apresentavam nas enfermarias acompanhadas frequentemente de outras doenças, o que sempre complicava o quadro: na clínica Dermato-sifiligráfica e Venerologia de 1945, as altas hospitalares diziam respeito a mulheres acometidas de úlceras (79), gonococcia (58), escabiose (31) e piodermite (11).<sup>1179</sup> Portanto, o número de leitos permanecia baixo, enquanto o de mulheres atendidas continuava aumentando, descompasso que certamente influía na qualidade do acolhimento oferecido. E tudo isso sem falar daqueles percalços financeiros e de infraestrutura que já costumavam tornar mais desgastante a tarefa de oferecer hospitalidade: a superlotação; a “receita variável, incerta e ocasional”<sup>1180</sup>; os elevados gastos com camas, travesseiros, roupas e colchões<sup>1181</sup>; o aluguel da Maternidade de Natal para as Forças Armadas, servindo de Hospital

---

<sup>1176</sup> APE/RN. HMC. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº. Senr. Interventor Federal General Antonio Fernandes Dantas pelo dr. Januario Cicco Diretor da sociedade de Assistencia Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. Natal, 1943. p.5.

<sup>1177</sup> Ibid.

<sup>1178</sup> Ibid., n.p.

<sup>1179</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1945. n.p.

<sup>1180</sup> APE/RN. HMC. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº. Senr. Interventor Federal General Antonio Fernandes Dantas pelo dr. Januario Cicco Diretor da sociedade de Assistencia Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. Natal, 1943. p.2.

<sup>1181</sup> Ibid.

Militar<sup>1182</sup>; e a falta de ligamento do saneamento do HMC com a rede de esgotos da cidade<sup>1183</sup>, só para citar alguns. O HMC chegou a construir naquela gestão mais seis enfermarias (não de maternidade) e ainda investiu numa sala de projeções cinematográficas para a “educação sanitária e ilustração médica”.<sup>1184</sup> Ainda assim, os problemas de base persistiam, muito especialmente a questão do abastecimento de água e o saneamento, que, se resolvidos, nas palavras da SAH, “o nosso ‘Miguel Couto’ não invejaria as muitas belezas de muitos estabelecimentos de assistência a indigentes, em todo o paiz”<sup>1185</sup>.

A propósito, não é a primeira vez que, nesses relatórios, encontramos o hospital sendo descrito num diapasão estético, a despeito das muitas críticas à precariedade de sua estrutura e funcionamento. É que o HMC era visto pela SAH como uma “obra de arte”, mas a arte compreendida enquanto o trabalho criador, fabricação, um “fazer útil” aos membros da sociedade, um “trabalho de expressão” que não dispensava a ciência e a técnica, assemelhando-se ao sentido poético de obra, quando se falava, por exemplo, em “nossa obra de assistência social”. Assim é que a SAH se referia ao hospital como “campo experimental de alta cultura”<sup>1186</sup>; mencionava os homens que criticavam o HMC, mas eram “incapazes de coisas belas”; elogiava a “graça e harmonia arquitetônica” do edifício hospitalar; falava da Maternidade de Natal, elogiando a própria “capacidade realizadora”; e, citando o famoso cirurgião Ambroise Paré, afirmava que “É belo e a melhor das coisas trabalhar pelo alívio e cura do sofrimento”. Nessa obra, entretanto, ressentia-se da criação das condições de hospitalidade como bem-estar no espaço “palaciano” do HMC.

---

<sup>1182</sup> Ibid., p.5.

<sup>1183</sup> Ibid., p.10.

<sup>1184</sup> Ibid., p.11.

<sup>1185</sup> APE/RN. HMC. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exm<sup>o</sup>. Senr. Interventor Federal General Antonio Fernandes Dantas pelo dr. Januario Cicco Diretor da sociedade de Assistencia Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. p.11.

<sup>1186</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exm<sup>o</sup>. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1945. p.7.

Figura 127 - Ações da LBA no RN em 1946. O atendimento a mulheres gestantes e crianças era a prioridade da seção estadual

Legião Brasileira de Assistência  
Relação dos trabalhos de assistência prestada pela Divisão de Serviço Social da L. B. A. nesta capital, durante o mês Outubro último

RESUMO — Pessoas matriculadas no Serviço . . . . . 434  
Famílias assistidas no Posto de Alimentação domiciliares . . . . . 230  
Visitas domiciliares realizadas . . . . . 162  
Passagens fornecidas (pela E. F. C. R. G. N.) . . . . . 719

MODALIDADES DE ASSISTENCIA		Out.
<b>A MATERNIDADE</b>		
<b>ASSISTENCIA MEDICA</b>		
Gestantes matriculadas no Posto de Saúde . . . . .	38	
Gestantes atendidas no Posto de Saúde . . . . .	150	
Recetas despachadas . . . . .	119	
Exames de laboratório . . . . .	2	
Radioscopias . . . . .	143	
Internamento na Maternidade do "Miguel Couto" . . . . .	2	
<b>ASSISTENCIA DENTARIA</b>		
Gestantes atendidas . . . . .	3	
<b>ASSISTENCIA EM VESTUARIO</b>		
Gestantes atendidas com peças diversas . . . . .	4	
<b>A INFANCIA</b>		
<b>ASSISTENCIA MEDICA</b>		
Crianças matriculadas no Posto de Saúde . . . . .	156	
Crianças atendidas no Posto de Saúde . . . . .	395	
Recetas despachadas . . . . .	396	
Exames de laboratório . . . . .	5	
Encaminhamentos à Clínica Cirurgica . . . . .	—	
Encaminhamentos à Clínica Dermatologica . . . . .	—	
Radioscopias . . . . .	—	
Radiografias . . . . .	46	
Intervenções aplicadas . . . . .	3	
Internamentos no "Instituto de Prot. e Ass. à Infância" . . . . .	3	
<b>ASSISTENCIA DENTARIA</b>		
Crianças atendidas . . . . .	8	
<b>ASSISTENCIA EM VESTUARIO</b>		
Enxovals para recém-nascidos . . . . .	35	
Uniformes escolares e peças diversas . . . . .	153	
<b>ASSISTENCIA ALIMENTAR (gestantes e crianças)</b>		
Atendidas regularmente . . . . .	200	
Atendidas eventualmente . . . . .	30	
Crianças que receberam leite regularmente . . . . .	210	

Natal, 1.º de novembro de 1946.  
TULIO FERNANDES DE OLIVEIRA  
Presidente da Comissão Estadual  
(Reproduzido por ter saído com incorrecções)

Fonte: A ORDEM. Natal (RN), 10 dez. 1946.

De todo modo, o hospital seguia nas “obras”. Em 1945, foram implantados 200 novos leitos, alguns destinados Seção de Maternidade, que passou a deter 40 na 11ª Enfermaria Feminina. Os dados obtidos na maternidade do hospital, sem embargo de certa desconfiança relativa à qualidade do registro e de sua interpretação, pareciam apontar melhorias, ao menos em relação ao ano anterior:

É assim que neste período, a seção de Maternidade recebeu 765 gestantes, nasceram vivas 538 crianças; tiveram alta 682 puerperas, houve 63 natimortos, dando uma percentagem de 10,35%. A percentual de nati-mortos, em 1944, foi mais elevada, do mesmo modo que o obituário entre as socorridas deu 1,235%.<sup>1187</sup>

Conforme se vê, houve uma diminuição da natimortalidade em 1945, embora não se soubesse justificar essa baixa, considerando-se que as condições sociais das gestantes haviam permanecido estáveis. O problema se tornava mais desafiador quando se observavam os dados acerca dos nascimentos:

<sup>1187</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada ao Exmº. Senr. Interventor Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de assistência Hospitalar, referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1945. p.32.

Fenômeno sociológico dos mais curiosos é revelado nas estatísticas concernentes á natalidade, registrando, ora a redução percentual da morti-natalidade, ora a proliferação dramática das massas, com um crescendo de inviáveis e de nati-mortos, sem se acentuarem causas extrínsecas de maior valia, para qualquer dos incidentes da perpetuidade. Si os meios de subsistência se elevaram e o coeficiente de morbidez não se reduziu, não se tem donde colher as causas do declínio de natalidade, nem como saber por que foi pequena a morti-natalidade. O que também é verdade é que o nosso serviço obstétrico apurou cifras eloquentes quanto á vitalidade dos neo-natos.

Por outro lado, num total de 765 mulheres recolhidas ao nosso serviço obstétrico, o obituário chegou apenas a 10 morte, estabelecendo a percentual de 1,235%. Fato também interessante é o pre-estabelecido em natalidade geral, relacionada com o total da população, subestimando-se em 40% [4%] a media de nascimentos por ano; e sob este aspecto, Natal teria dado 2800 nascimentos por ano; contando-se que esta cidade tenha apenas 70.000 habitantes. É claro que estes dados são atribuídos a paizes prolíficos.<sup>1188</sup>

Com efeito, a confiar nos índices gerais sobre a natalidade acima arrolados, pode-se inferir que pelo menos 20% dos nascimentos ocorridos em Natal teriam se dado nas dependências do Miguel Couto. Em verdade, por essa via, não temos como aferir exatamente essas conclusões estatísticas, pois, como bem sublinhou o relatório, os índices aplicados no cálculo apontam para uma expectativa geral, bastante otimista, aliás. De certo mesmo, somente as 538 crianças nascidas vivas no HMC, o que já se faz significativo quando lembramos que pouco tempo atrás, em 1942, haviam sido apenas 354. Esse aumento estaria correlacionado com a maior confiança das mulheres no parto realizado no hospital, ou apenas refletiria a “proliferação dramática das massas” no ambiente urbano? Seja como for, o aumento dos leitos hospitalares para 379 e os da Seção de Maternidade para 40 sinalizavam uma franca expansão dos serviços do HMC à população, com maior afluxo de mulheres gestantes.

A essa ampliação dos leitos, correspondeu, em 1946, um afluxo das mulheres gestantes: foram recebidas 1019, quase o triplo do anotado no ano de 1942, e 254 a mais que 1945. No mapa da Seção de Maternidade, foram registradas 678 crianças vivas e 135 natimortas. Com relação ao aborto, a questão manteve-se grave. No mapa da Seção de Maternidade, 75 mulheres entraram com feto já morto, 44 em trabalho de aborto, 42 com retenção de restos ovulares, 21 ameaçadas de aborto, 11 em falso aborto e 16 com

---

<sup>1188</sup> Ibid., p.32-33.

retenção de placenta.<sup>1189</sup> Mais uma vez, os números de crianças mortas continuam elevados, e a SAH insistiu fragilidade das políticas públicas:

Tecer comentários em torno da nati-mortalidade, será desairoso para os responsáveis pela Saúde Pública do Brasil, porque o que se vem fazendo pela defesa das nossas energias creadoras, é uma pilheria programada e rubricada com textos de acepção discordante do que se executa.

Aí estão, por exemplo, os Lactários, que são simplesmente Gotas de Leite. O serviço pré-natal nada é, porque os tais Centros ou Postos não dispõem de Laboratório, nem de cursos de Puericultura; não teem Museus, raios X, limitando-se o pontifical dos mestres a dar ás gestantes caixas de medicamentos, cujas substancias ativas constam apenas no rotulo da embalagem, ou na bula.

E é isso o que chamam de Brasil novo, com redenção da creança, com assistência á Maternidade, de permeio a uma politica construtora do negativismo social.<sup>1190</sup>

Em 1947, as dificuldades eram tais que a administração, na sua prestação de contas, englobava os indigentes, o Pronto Socorro e a Maternidade no mesmo cálculo como uma única seção, o que gerou conflitos com a Interventoria estadual. Os espaços também eram compartilhados, dada a exiguidade do lugar para atender a tantos pacientes. As 1161 gestantes daquele ano, portanto, tiveram seus caminhos normalmente entrelaçados com os do Pronto Socorro, o que tornava sua estadia no hospital nem um pouco hospitaleira.<sup>1191</sup> Em carta de 9 de junho de 1947, a SAH rebate a Interventoria, que desejava a separabilidade ao menos financeira daquelas seções, dizendo que

[...] num estabelecimento assistencial, com três ou mais serviços, feitos englobadamente, nenhum deles tem nada em separado, desde o porteiro ao medico, dado que todos trabalham indistintamente em todos os setores; e, tanto auxiliares, como doentes, alimentam-se e recebem tratamento na mesma Cozinha, da mesma Farmacia e vestem da mesma Rouparia.<sup>1192</sup>

A estrutura espacial compartilhada revelava a precariedade da assistência materna. A equipe que tinha seu trabalho mais diretamente ligado às mulheres gestantes

<sup>1189</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0743. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1946. Natal, 1946. p.61-62.

<sup>1190</sup> Ibid., p.39.

<sup>1191</sup> APE/RN. HMC. Prestação de contas com Exposição de Motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistencia Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947. p.5.

<sup>1192</sup> Ibid., p.7-8.

era relativamente modesta. Normalmente, envolvia os médicos, a parteira-chefe<sup>1193</sup> e suas auxiliares naquilo que dizia respeito aos atos operatórios. Somando seus esforços, havia as costureiras que fabricavam os enxovais das crianças e a dietista (?) que prescrevia a alimentação especial às grávidas e puérperas.<sup>1194</sup>

De modo geral, as enfermeiras auxiliares da parteira-chefe eram recrutadas entre moças solteiras, matriculadas no curso oferecido pela Escola de Enfermagem do HMC. Em pequenos textos, escritos a mão pelas próprias candidatas e normalmente constando de um único parágrafo, as candidatas costumavam relatar sua origem, nome dos pais, data de nascimento, estado civil, trajetória escolar (curso ginásial e/ou normal) e até alguma formação técnica, como auxiliar de escritório. O essencial, contudo, era que a candidata fosse solteira e soubesse ler e escrever. Esses documentos pedindo matrícula apontam todos para a década de 1940, momento de maior apelo ao preenchimento dessas funções, dadas as demandas do afluxo populacional que invadiu a capital, engrossado pelo movimento de tropas norte-americanas. O Hospital Militar, sediado no prédio da Maternidade de Natal, em parceria com o HMC, realizou algumas dessas formações no período, como já abordamos no capítulo anterior.

---

<sup>1193</sup> No Regimento de 1943, definia-se que, no trabalho de obstetrícia, uma enfermeira era obrigada a dispor de habilitação na especialidade (cap.6, art.40). Entendemos que se tratava de uma enfermeira diplomada, pois as demais se formavam na Escola de Enfermeiras e Parteiras do HMC e ocupavam postos de auxiliar de enfermagem. O Decreto n.755 de 6 de agosto de 1949, regulamentado pelo Decreto n.6840 de 14 de dezembro, determinou que, a partir de 1956, a assistência não poderia mais funcionar com enfermeiras leigas, como era tão frequente até então.

<sup>1194</sup> APE/RN. HMC. Prestação de contas com Exposição de Motivos apresentada á Diretoria da Sociedade de Assistencia Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco, referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947. p.8.



**Figura 128** - Pedido de matrícula de Francinete Cabral na Escola de Enfermagem (década de 1940). O curso de auxiliar de escritório talvez lhe conferisse alguma vantagem

Exmo Sr. Diretor  
Da Escola de Enfermagem de Natal

Francinete Cabral de Melo, filha de José  
Basilio de Melo e de Isabel Cabral de Melo,  
brasileira natural do Estado do Rio Grande  
do Norte, nascida em Louros em 7 de abril de  
1927, solteira, com o curso auxiliar de  
Escritório concluído no Ginásio da Imaculada  
Conceição, vem respeitosamente requerer se  
digne V. S.ª de autorizar, inscrever, para  
a matrícula do Curso de Enfermagem.

Respeitosos  
Termos  
P. Desempenho  
Francinete Cabral de Melo.

Fonte: APE/RN. HMC. 0750. Atestado: ano 1927/1929

**Figura 129** - Solicitação de inscrição de Maria do Lorêto na Escola de Enfermagem (anos 1940)

Exmo. Sr. Diretor  
Da Escola de Enfermagem de Natal

Maria do Lorêto Coutinho, filha  
de Demétrio Fernandes Coutinho e de  
Joana Cavalcanti Coutinho, brasileira  
natural do Estado do Rio Grande do  
Norte, nascida em Pau-dos-Ferros  
em 11 de janeiro de 1932, solteira,  
com o curso ginásial concluído no  
Colégio Estadual do Rio Grande do  
Norte, vem respeitosamente requerer  
se digne V. S.ª de autorizar, inscrever,  
para a matrícula do Curso de Enfer-  
magem.

Respeitosos  
Termos  
P. Desempenho  
Maria do Lorêto Coutinho.

Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 0750. Atestado: anos de 31/32/33/34

Levando-se em consideração a verba de 80 mil cruzeiros anuais, destinadas à Maternidade no HMC para o exercício de 1947, a assistência - segundo a verba federal mencionada acima, o valor leito-dia estaria em 80 centavos - teria de ficar entre 20 ou 30 gestantes apenas.<sup>1195</sup> Entrementes, o hospital recebeu 1161 gestantes e puérperas, com 755 crianças nascidas vivas, 117 natimortos, 126 prematuros, tudo realizado em 12 intervenções cesarianas, com 37 aplicações de fórceps e 18 versões.<sup>1196</sup>

Não obstante tais números realçassem preponderantemente o acolhimento às mulheres pobres, devemos recordar que o HMC dispunha de um espaço para a clínica civil, ou seja, para o tratamento dos clientes particulares. Essa Casa de Saúde anexa ao hospital também fornecia seu contingente de gestantes, bem menor, é claro, do que o de indigentes. No ano de 1947, na Seção de Maternidade e oriundas da Casa de Saúde, foram atendidas cerca de 99 mulheres.<sup>1197</sup> Ainda assim, para tal anexo, tínhamos em ação, conforme o Mapa dos Serviços do Pavilhão de Pensionistas<sup>1198</sup>, quatro médicos obstetras solicitados pelas senhoras pagantes: Joaquim Luz, com 2 parturientes atendidas; Paulo Sobral, que se dedicou a 9 delas; João Tinoco, com expressivas 65 gestantes; e os drs. Genaro Florio e Etelvino Cunha, acompanhando cada qual outras 10 mulheres-mães. Para as pensionistas, havia a oportunidade de escolher o médico que deveria cuidar de seu caso, algumas delas já sendo acompanhadas por médicos desde cedo, outras com médicos escolhidos, para o internamento, conforme o cardápio das Seguradoras ou Institutos de Aposentadoria e Pensão.

Percebe-se, dessa maneira, uma nítida clivagem entre as gestantes indigentes e as pagantes, separação econômica que renderia, por certo, “gestos” de hospitalidade diferenciada. No RI de 1943, a norma para as enfermeiras da Seção de Maternidade era “tratar as gestantes com todo *esmêro, paciência e carinho*”<sup>1199</sup>, cabendo à parteira, por seu lado, “cuidar carinhosamente de *todas as enfermas* e ocupar-se desveladamente dos recém-nascidos, da sua higiene e alimentação, não lhes permitindo outro alimento senão o leite materno, ou ‘humano’”<sup>1200</sup>. As fórmulas de acolhimento e os cuidados expressos na normativa hospitalar acima configuravam importantes orientações ao corpo médico e

---

<sup>1195</sup> Ibid., p.20.

<sup>1196</sup> Ibid., p.21.

<sup>1197</sup> Ibid., p.31.

<sup>1198</sup> Ibid., p.72-76.

<sup>1199</sup> APE/RN. HMC. Caixa 830. Novo Regulamento do Hospital “Miguel Couto”. Natal, 1943. p. 22: cap. XIX: Da Maternidade, art.150, letra “b”.

<sup>1200</sup> Ibid., p.22: XIX: Da Maternidade, art.151, letra “b”.

de enfermagem, que - não olvidamos - buscavam de algum modo operacionalizá-las no cotidiano do hospital. Ocorre que, como assinalamos, o cruzamento dessa disposição afetiva com a materialidade do Miguel Couto, em termos de recursos e arranjo espacial, acabava produzindo “bloqueios” na já frágil comunicação de afetos na experiência de internamento, principalmente para o público mais carente das mulheres pobres. Com limitações sensíveis, os ajustes eram frequentes para acomodar o mínimo. Em 1947, para receber o maior número de mulheres gestantes nos 40 leitos então disponíveis, foi necessário reduzir para seis dias o tempo máximo do puerpério, visando, com isso, permitir a rotatividade no atendimento às necessitadas, prática sem a qual “teríamos de lamentar possíveis sacrifícios de mães e filhos”.<sup>1201</sup> As vantagens das senhoras pagantes, todavia, incluíam um rol mais extenso de “mimos”: pagando-se uma taxa de parto de 200 cruzeiros, a parturiente tinha o direito de ser acompanhada por uma enfermeira especializada, lavagem de roupa e pensos de recém-nascido;<sup>1202</sup> ademais, mediante pagamento extra, podia-se ter acesso a vinhos, champagnes, banho morno, gelo, entre outros produtos e serviços.<sup>1203</sup>

**Figura 130** - Gastos de uma gestante pensionista em 1940

Hospital de Caridade "MIGUEL COUTO"			
Rio Grande do Norte			
Notul 31 de Dezembro de 1940			
RELAÇÃO DOS PENSIONISTAS REFERENTES À CLÁUSULA 3ª DO CONTRATO ENTRE A SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E O GOVERNO DO ESTADO - (1940)			
MARIA JOVITHA NEGRAL- (1ª. Classe)	8 dias de pensão a 25\$000	200\$000	
	Medicamentos	80\$000	
	Taxa de Sala	12\$000	
	Gelo	10\$000	442\$000
MARIA DO CARVALHO- (2ª. Classe)	17 dias a 15\$000 (pensão)	255\$000	
	Medicamentos	24\$000	279\$000
MARIA EDITE PINHEIRO- (1ª. Classe)	20 dias de pensão a 25\$000	500\$000	
	Medicamentos	17\$000	
	Taxa de parto	200\$000	717\$000
MARCELA FERREIRA DE OLIVEIRA- (2ª. Classe)	4 dias de pensão a 15\$	60\$000	
	Medicamentos	48\$000	108\$000
MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA- (1ª. Classe)	8 dias de pensão a 25\$000	200\$000	
	Medicamentos, algo, Taxa de Sala	150\$000	
	Medicamentos	32\$000	
	Gelo	10\$000	412\$000
DR. CARLOS AUGUSTO CALDAS DA SILVA- (1ª. Classe)	8 dias de pensão a 25\$000	200\$000	
	Medicamentos	150\$000	
	Taxa de Sala	12\$000	
	Gelo	10\$000	512\$000
JOÃO FERNANDES DE OLIVEIRA- (2ª. Classe)	22 dias de pensão a 15\$000	330\$000	
	Medicamentos	14\$000	
	Pensos e curativos	28\$000	422\$000
CELIA VASCONCELOS- (1ª. Classe)	8 dias de pensão a 25\$000	200\$000	
	Medicamentos	84\$000	
	Taxa de Sala	12\$000	
	Gelo	10\$000	442\$000
			3.134\$000
	-continua-		

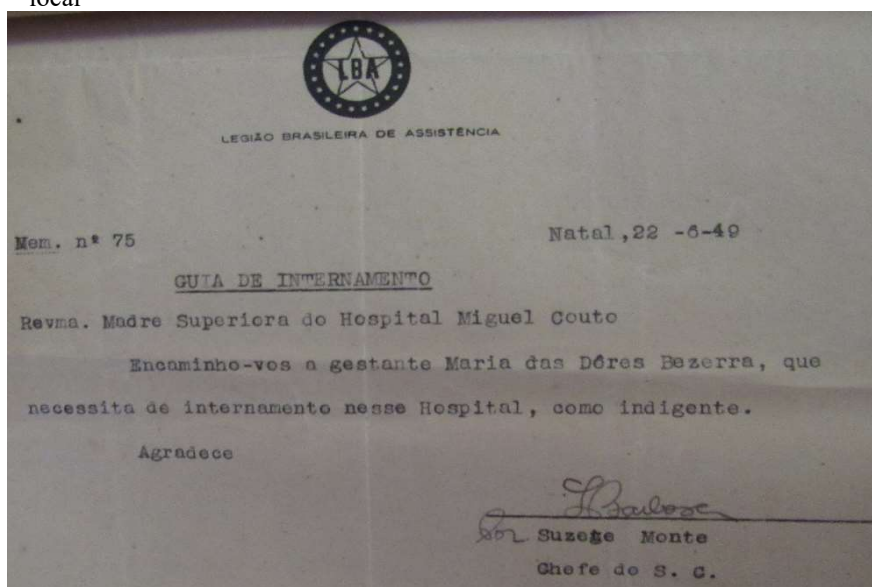
Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 208. Prestação de Contas de 1940. Relação dos pensionistas referentes à cláusula 3ª do contrato entre a SAH e o Governo do Estado

<sup>1201</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0743. p.20.

<sup>1202</sup> Ibid., p.19: cap. XVI: Da Casa de Saúde, art.125.

<sup>1203</sup> Ibid., p.19: cap. XVI: Da Casa de Saúde, art.126, letra “f”.

**Figura 131** - Memorando de 1949. Geralmente, as baixas hospitalares eram requisitadas aos pobres por alguma instituição reconhecida socialmente. No caso da imagem abaixo, o pedido foi da Legião Brasileira de Assistência, na sua representação local



Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 0746. 1949.

Ao contrário do que possa parecer, essa desigualdade nas práticas de acolhimento não passava despercebida entre os contemporâneos. Podemos reparar que, em alguns discursos, tais diferenças na oferta de hospitalidade chegavam a ser claramente notadas, ainda que sua expressão pública não fosse aberta e diretamente abordada. O contexto do pós-guerra, com a vitória dos Aliados sobre o Eixo, alimentou a difusão de um certo igualitarismo democrático<sup>1204</sup> e, com ele, as condições de possibilidade para se repensar as desigualdades sob uma nova chave de leitura: a da cidadania. A devolução do prédio da Maternidade de Natal à administração da SAH, por exemplo, deu-se exatamente nesse momento, depois de encarniçada luta judicial, que só teve fim em 1949, com o pagamento da indenização financeira do Estado pelos danos causados ao hospital-maternidade. Em setembro de 1949, o jornal a Ordem noticiou o acontecimento, e, em meio ao entusiasmo da retomada das funções originais do prédio, descreveu as “modernas instalações” da Maternidade de Natal. Nessa passagem, capturamos um momento singular em que as desigualdades de acolhimento antes observadas deixam-se entrever, com o apontamento do articulista na direção de novas condições de hospitalidade:

<sup>1204</sup> Esse sentido de “igualdade” já era aparecia explicitamente no relatório da SAH de 1943 (p.8-9), quando se falava dos “princípios da nova assistência social aos hospitalizados”, buscando “nivelar todas as camadas sociais num único plano de assistência coletiva e segurança individual”.

Ainda baseado em informes prestados pelo presidente da Sociedade de Assistência Hospitalar, sabemos que a Maternidade de Natal disporá de energia elétrica própria, com um motor de 40 cavalos, que garante, assim, o funcionamento regular hidro-elétrico do estabelecimento, inclusive o de Radiologia. Possuirá laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica além de farmácia própria e de modelar Casa de Saúde, situada no terceiro pavimento, a qual será dotada de sete luxuosos apartamentos, com moveis de fino gosto. Estes apartamentos destinam-se á classe abastada do Estado recebendo não somente gestantes mas todas as senhoras que necessitem submeter-se a qualquer tratamento. Isto, entretanto, não fará que a administração da Maternidade se descuide dos demais apartamentos. Pelo contrario. Os que são destinados ás classes pobres são quartos bem instalados dentro do mais rigoroso preceito de asseio, e para cada parturiente haverá um apartamento com dois leitos, ao contrário das mais modernas Maternidades do país, que mantem enfermarias coletivas.

E como segurança para o bom funcionamento da Maternidade, a exemplo do que vem acontecendo com o tradicional Hospital Miguel Couto, a parte administrativa do estabelecimento será confiada á dedicação das Irmãs Religiosas de Sant'Ana que ao lado da assistência material saberão reconfortar as internadas com a indispensável assistência religiosa, para o que existe uma linda capela.

[...]

E do antigo hospital militar, donde partiram como antes gemidos de dor e desespero, cortarão os ares da cidade do Menino Jesus os alegres vagidos dos novos cidadãos da pátria. Então a Maternidade virá suas verdadeiras e altruísticas finalidades.<sup>1205</sup>

Deste trecho da matéria publicada, é oportuno sublinhar, inicialmente, a redução do número de leitos (dois apenas) nos apartamentos das classes pobres, afastando-os da situação das antigas enfermarias coletivas do Miguel Couto, iniciativa que conferia maior privacidade ao atendimento das gestantes e puérperas. As mudanças sugerem inclusive a perspectiva de cuidados mais individualizados dispensados às pacientes, favorecendo, com isso, as possibilidades da instituição de laços mais afetivo-sentimentais entre corpo médico e mulheres-mães. A individualização nos apartamentos ou quartos guardam relação com a aplicação da teoria dos germes e o uso da tecnologia médica (novos antibióticos e a tecnologia de diagnósticos e cirurgias), que passou a demandar no espaço hospitalar eficiência e controle estrito do ambiente, agora amplamente esterilizado, de modo a tornar operacionalizável o trabalho das equipes médicas.<sup>1206</sup> Entrementes, é surpreendente como esse acolhimento mais afetivo no

<sup>1205</sup> AGUIAR, Moreira de. Uma instituição que estave (sic) á margem da sua finalidade. In: A ORDEM. Natal, 26 set. 1949.

<sup>1206</sup>COSTA, Sandra Liliana Cardoso da. *O jardim como espaço terapêutico*: história, benefícios e princípios de desenho aplicados a hospitais [Estudo de um jardim terapêutico para o Hospital Pedro Hispano]. Dissertação em Planeamento e Projecto do Ambiente Urbano– Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto/ Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2009. p.31.

interior do hospital ainda era visto como traço muito próprio das religiosas que ajudavam na assistência. A função de “reconfortar as internadas” continuava prerrogativa piedosa, como outrora nas Santas Casas, agora, contudo, para garantir “os alegres vagidos dos novos cidadãos da pátria”.

A transformação tem a ver, em algum ponto, com o surgimento dos “regimes de bem-estar social”, em que os serviços de assistência social passaram a ser subsidiados pelo Estado e foram estendidos universalmente a todos os cidadãos, “por meio de um sistema que oferece serviços e benefícios que satisfazem as necessidades básicas das pessoas, como saúde, educação, habitação e renda”<sup>1207</sup>, envolvendo-se cada vez mais com “os riscos que as pessoas enfrentam no decorrer de suas vidas: doenças, deficiência, perda do emprego e velhice”<sup>1208</sup>. Esses mencionados regimes tinham sido a resposta à falência do liberalismo econômico com a Grande Depressão de 1929, que gerou uma série crise dos preços agrícolas e um escandaloso desemprego em massa, obrigando os governos a dar prioridade ao social em políticas públicas de assistência, como o investimento em modernos sistemas previdenciários.<sup>1209</sup> A individualização dos apartamentos e quartos da Maternidade de Natal esboçava, em certo sentido, o neoindividualismo do pós-guerra, que trazia na noção de “bem-estar”, atrelada à expansão do consumo de bens industrializados, a imagem de um modo de vida mais voltado à satisfação dos desejos individuais.<sup>1210</sup> Nesse ínterim, a própria concepção de saúde como fenômeno foi alterada, expandindo-se e seguindo a própria demanda de consumo das sociedades de massa na chamada Era de Ouro. Da ausência de doença, a saúde passou a ser encarada como o “completo estado de bem-estar”, que incluía as dimensões física, mental e social.<sup>1211</sup> Assim, já no Substitutivo ao 1º Ante-Projeto da Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar aparecia o novo conceito:

Art. 2.º – Assistência hospitalar é toda assistência médico-social que tem por base o Hospital e as Instituições para-hospitalares, e que

<sup>1207</sup> GIDDENS, Anthony. *Sociologia*. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 6. ed. São Paulo: Penso, 2012. p.363. À parte os diferentes matizes assumidos segundo os países a adotar seus princípios básicos, o termo “Estado do bem-estar” expressava fundamentalmente uma relação entre Estado e indivíduo em franca oposição ao regime hitlerista, partindo de uma noção de cidadania em uma forma democrática de governo, que reunia aos direitos políticos os de natureza econômica e social. Cf. MAZOWER, Mark. *La Europa negra: desde la Gran Guerra hasta la caída del comunismo*. Traducción de Guillermo Solana. Barcelona: Ediciones B, 2001. p.332-336.

<sup>1208</sup> Ibid.

<sup>1209</sup> HOBBSAWM, Eric. *Era dos Extremos: breve século XX (1914-1991)*. Tradução de Marcos Santarrita. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p.80-81.

<sup>1210</sup> MAZOWER, Mark. *La Europa negra: desde la Gran Guerra hasta la caída del comunismo*. Traducción de Guillermo Solana. Barcelona: Ediciones B, 2001. p.338-343.

<sup>1211</sup> ALMEIDA FILHO, Naomar. *O que é saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.48.

concorre para a criação do completo estado de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.<sup>1212</sup>

A reinauguração da Maternidade de Natal em 1950 pôs a termo os serviços obstétricos no HMC. Ela começou a funcionar no dia 15 de junho, às “primeiras horas da manhã”. Havia sido oferecidos prêmios para as três primeiras crianças nascidas na Maternidade, respectivamente de 5, 3 e 2 mil cruzeiros, que seriam depositados em cadernetas da Caixa Econômica para serem retirados somente na maioridade. Às 10h 10min daquele dia, com 3kg e 51cm, nasceu Ivete da Silva, filha da lavadeira viúva Elita Elina da Silva, partejada pelo médico Paulo Sobral e auxiliado pela parteira Maria do Carmo; o segundo felizardo veio às 14h25min, e se chamava Januário<sup>1213</sup>, filho de Virgília Fernandes de Araújo, prematuro de sete meses, com 2kg e 25g, 41cm, por obra mais uma vez de Paulo Sobral e Maria do Carmo; e o terceiro e último premiado, Vicente, filho de Eunice Alves Ferreira, com 3kg e 200g, 43cm, nascido de cesariana pela intervenção dos médicos Onofre Lopes, Paulo Sobral e João Tinoco.<sup>1214</sup>

**Figura 132** - Os médicos Paulo Sobral e Joaquim Luz esterilizando as mãos.



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 24 abr. 1950

<sup>1212</sup>Substitutivo ao 1º Ante-Projeto da Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar, Cap. I: Da Finalidade e Definições. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro, 1944. p.476.

<sup>1213</sup> Na época, o pai da criança estava preso na justiça militar. A pedido do diretor do HMC, providenciaram sua soltura para que pudesse cuidar das outras três crianças da família, enquanto a mãe permanecia na maternidade para acompanhar o recém-nascido.

<sup>1214</sup> MOTA, Celso. Maternidade “Januário Cicco”. In: DIÁRIO DE NATAL. Natal, 16 fev. 1950.

**Figura 133** - Entrega das premiações às genitoras pelo médico Januário Cicco



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 24 abr. 1950

**Figura 134** - A foto mostra a criança Yvete nos braços de uma enfermeira, ao lado do pediatra Heriberto Bezerra



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 25 abr. 1950.

**Figura 135** - Na cama, a puérpera Elita Elina, cercada por cinco enfermeiras e serventes, logo após a cirurgia de parto



Fonte: DIÁRIO DE NATAL, 25 abr. 1950



Por muito pouco, e as crianças agraciadas com a estimulante premiação poderiam ter sido outras. Um dia antes, à noite, uma moradora da rua João da Mata entrou em trabalho de parto. Como a Maternidade de Natal só abriria as portas às 8h do dia seguinte, a gestante internou-se de imediato no Miguel Couto, sendo devidamente acomodada para realizar o parto. Momentos depois, a mãe dera à luz a gêmeos, os últimos “pimpolhos” nascidos na Seção de Maternidade do HMC.<sup>1215</sup> Dali em diante, a cidade receberia seus novos cidadãos em espaço hospitalar específico, em condições bem distintas das que relatamos até aqui. Era esta, por sinal, a percepção que o Diário de Natal apresentou em reportagem de 24 de abril de 1950 e que celebrava os dois primeiros meses da instituição:

Coisas extraordinárias vem sendo realizadas naquela casa, no sentido de manter vivas a mulher e a criança. Parece que a vida humana atinge ali valorização que nesta cidadezinha de longínqua província não estávamos acostumados a ver.

[...]

A preocupação pela vida começa ali, na realidade, desde o primeiro mês de gestação, matriculando-se a mulher no serviço pre-natal do estabelecimento. A futura mãe, além dos cuidados odontológicos, para obturações simples e extrações para remoção de focos dentários, terá aí assistência de especialistas em puericultura, que acompanharão toda a gestação, a (sic) a fim de conseguir produto concepcional normal. Toda criança deve viver – esse é o moto.

Antes do parto tudo está meticulosamente preparado, para receber Sua Magestade o Bebê. Com esse controle é então fácil verificar si a délivrance se prenuncia anormal e nesse caso os socorros de urgência se encontram mobilizados, prontos a entrar em atividade na primeira necessidade.<sup>1216</sup>

Esta visão de uma “valorização da vida humana” que passava a se dar nas instalações da “Casa da Mãe Pobre” - como durante anos fora chamada - vinha na forma de comparações entre a antiga Seção de Maternidade do HMC e a Maternidade de Natal. Em 16 de agosto de 1950, o mesmo Diário de Natal explicitou as diferenças:

Podemos afirmar que possuímos afinal um estabelecimento à altura das reais necessidades da cidade, não apenas na eficiência da aparelhagem e no conforto das instalações, mas igualmente na capacidade de hospitalização. Si pelos 20 leitos da seção tão mal apropriada do hospital Miguel Couto passavam arduamente mais de mil mulheres, pode-se então imaginar quantas gestantes poderão ser atendidas nas 130 camas da Maternidade Januário Cicco. Apenas a diferença natural de que no Miguel Couto, com essa exígua possibilidade de leitos, não

---

<sup>1215</sup> Ibid.

<sup>1216</sup> DIÁRIO DE NATAL. Dois meses de funcionamento e mais de 400 crianças. Natal, 24 abr. 1950.

havia tempo a obediências a regras de ordem clinica, dando-se alta a puérperas com 3 ou 4 dias, com grave inconveniente á saúde da parturiente, ou mesmo partejando, em certas ocasiões, até nos corredores, tão grandes eram as deficiências da capital em matéria de assistência à maternidade, para uma população que crescia vertiginosamente.<sup>1217</sup>

E ainda, por fim, reforçou com números as novas possibilidades efetivas de acolhimento às mulheres-mães na nova ordem democrática:

Segundo o recenseamento que vai em curso, estima-se em 106 mil habitantes a população de Natal. Calcula-se em 40 por mil habitantes a média de natalidade das populações. A média de nascimentos nesta capital deve ser, então, de 4240 por ano. Ora, si o rendimento de cada leito pode ser de 4 mulheres por mês, os 130 leitos da Maternidade Januário Cicco poderiam atualmente atender 6240 gestantes por ano, capacidade suficiente às necessidades das 4240 gestantes da capital e mais 2000 dos municípios vizinhos.<sup>1218</sup>

O funcionamento definitivo desse espaço específico ao atendimento das demandas materno-infantis parece ter sido acompanhado de uma nova postura em relação ao acolhimento das mulheres-mães e das questões a elas atinentes. Um bom exemplo dessa *hospitality turn* foi a fala do diretor da SAH, na Prestação de Contas de 1951, dirigida às formandas do Curso de Auxiliares de Parteiras:

Quando da entrega de certificados ás alunas que terminaram o Curso de Auxiliares de Parteiras, organizado na Maternidade “Januário Cicco”, pela FISI tive o prazer de ser o paraninfo das concluintes, disse—lhes dos deveres que as dignificariam no lar, á beira dos leitos e á borda dos berços das suas assistidas, pedindo-lhes não esquecerem nunca que a ternura, ao lado dos seus conhecimentos, seria a magia branca que as conduziria ao triunfo. Disse-lhes ainda que na Maternidade haviam nascido até áquele dia, 3113 creanças; e perguntei-lhes onde estariam essas criaturinhas, nascidas sob o ampáro científico de uma coorte de médicos dedicados, desbravadores da miséria e da ignorância, tendo-se-lhes dado tudo que a ciência experimental colheu na seára do estudo e do amor á humanidade.<sup>1219</sup>

A “magia branca” – entenda-se: pretensa disposição feminina para os cuidados materno-infantis - era a expressão que Januário Cicco empregou para definir o comportamento desejado diante das crianças nascidas ali, “á beira dos leitos e á borda dos berços”, tudo amparado naquilo que “a ciência experimental colheu na seára do

<sup>1217</sup> DIÁRIO DE NATAL. 840 partos em seis meses de atividades. Natal, 16 ago. 1950.

<sup>1218</sup> Ibid.

<sup>1219</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistencia Hospitalar pelo seu Presidente dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” e à Maternidade “Januário Cicco” no exercício de 1951. Natal, 1951. p.6.

estudo e do amor á humanidade”. Era essa, ao menos, a proposta que sustentava a formação das auxiliares<sup>1220</sup>, o que não implicava, com isso, assumir que a prática diária viesse a seguir inspiradamente a magia das palavras, como a cobra no cesto do faquir. Foi o próprio diretor da SAH que nos alertou para o descompasso, quando, no pronunciamento reproduzido acima, a pergunta final do paraninfo, na forma do discurso indireto (“perguntei-lhes...”), ecoou sem réplica entre as alunas: “O silencio apontou para a vala comum, porque, infelizmente, o Estado contribuí para um falso serviço social, que não aponta, até agora, nenhum fruto do seu falso esforço pela sorte dos desherdados”<sup>1221</sup>.

Com efeito, a hospitalidade-cidadã, como nos referimos antes a essa nova compreensão do acolhimento pós-1945, tinha seu despontar no cenário hospitalar um tanto marcado por certo “signo sísifo”: enquanto a SAH rolava a pedra acima, empurrada pela “magia branca” da ternura e dos conhecimentos da ciência experimental, o Estado rolava abaixo a pedra da hospitalidade... De todo modo, mesmo assumindo essa decalagem entre o discurso da hospitalidade e suas condições objetivas de implementação, a inauguração da Maternidade de Natal passou a apontar, com maior ou menor efetividade, outro regime sensível nas práticas de acolhimento da mulher-mãe e das crianças no ambiente médico-hospitalar, transformação que também já vinha se gestando no HMC: aliás, todo esse processo, lembremos, deu-se, em boa medida, nas dependências do Miguel Couto, na sua Seção de Maternidade, anexa ao hospital.

Não é inoportuno sublinhar que essa alegada “horizontalidade”, propalada no ambiente que se enxergava guiado por algum “igualitarismo democrático”, como foi a tônica de vários regimes políticos do pós-guerra, era, antes de mais nada, exatamente um horizonte de expectativas, um ideal em processo de construção e, como tal, palco de lutas sociais intensas. Com as trocas econômicas e o fluxo migratório típicos do processo de urbanização ocidental, a cidadania à que aludimos como o modelo de hospitalidade na assistência hospitalar também implica considerar, de nossa parte, os diversos poderes e forças sociais envolvidas nesse espaço urbano mais denso, o que significa assumir a possibilidade de a cidadania anunciada constituir-se, de fato, mais em termos de graduação, oscilando entre a “parcialidade” e a “plenitude”, no sentido do

---

<sup>1220</sup> Neste curso, foram aprovadas dezenove auxiliares, duas das quais ingressaram no HMC. Só o Berçário Yvete Cicco na Maternidade de Natal contava com dez enfermeiras especialistas, além da condução do pediatra Heriberto Bezerra.

<sup>1221</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de Contas...de 1951, p.6.

exercício político e do acesso aos bens sociais produzidos. Assim, abrimos espaço para se pensar os modos de acolhimento na sua dimensão agônica, como o trabalho permanente de enfrentamento realizado no espaço social, envolvendo dimensões multifatoriais relevantes, como economia, política, cultura, população, imaginário, entre outras.<sup>1222</sup>

A hospitalidade-cidadã que apontamos anteriormente, portanto, era mais uma sinalização de uma postura inaugural do que um estado homogêneo que se desenrolava numa temporalidade única. Aliás, o nosso compromisso é tecer outras temporalidades, acolhendo outras experiências históricas do passado enquanto “[...] possibilidade da emergência de futuros diferentes daqueles projetados pelas expectativas modernistas em seus desejos idealistas de controle e exorcização da experiência histórica, incapazes de assimilarem a alteridade”<sup>1223</sup>. A hospitalidade-cidadã era fundamentalmente uma promessa, uma “vontade de representação” das alianças médico-paciente na democracia por vir, nem sempre coincidindo – aliás, quase sempre descolada – com a realidade histórica vivida pela população, notadamente as camadas mais fragilizadas do corpo social.

## **5.2. O CORPO DO TRABALHADOR NO HOSPITAL: ENTRE O ACOLHIMENTO E A REPARAÇÃO**

### **5.2.1 O trabalho e as fontes**

Distintamente – e com certo ar de desalento, acrescentamos – da abordagem sobre os cuidados materno-infantis no HMC que empreendemos anteriormente, o corpo do trabalhador no Estado não teve a mesma abundância de registro nos relatórios da SAH, ou, ao menos, não reteve condensadamente, em uma certa tópica, os problemas de saúde próprios ao regime laboral existente no quadro da economia local. Entre 1937 e 1951, período em que nos detivemos com relação à Prestação de Contas, raramente o texto se referia ao estado de saúde do trabalhador, seja urbano, seja rural. As Mensagens

<sup>1222</sup> BARROS, José d’Assunção. *Cidade e História*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p.49 et seq.

<sup>1223</sup> RAMOS, André da Silva. Apresentação: pelo encontro com o spectral. In: KLEINBERG, Ethan. *Historicidade spectral: teoria da história em tempos digitais*. Tradução de André da Silva Ramos. Vitória: Milfontes, 2021. p.6. [Coleção Fronteiras da Teoria, v.5].

dos presidentes entre 1909 e 1930 foram mais abundantes nessa questão, assim como os ensaios de crítica médico-social do diretor da SAH, reunidos e publicados em 1928. Por sua vez, as caixas do HMC no Arquivo Público Estadual guardaram alguma documentação, principalmente as guias que pediam autorização para atendimento ou internação no hospital. Normalmente, informavam a instituição solicitante, como os IAPs, Seguradoras ou o próprio Estado em suas cláusulas contratuais (estas incluíam uma cota de funcionários públicos a serem recebidos gratuitamente), o nome do trabalhador, a questão de saúde debilitante e, às vezes, até o médico previamente designado para atender o paciente.

Outrossim, a maior parte dos materiais registraram essencialmente a situação dos pobres ou indigentes, razão ou natureza mesma de ser do hospital beneficente tal como ele se constituiu legalmente, deixando menos visível, por seu turno, os frequentadores da Clínica Civil, do Pavilhão de Pensionistas ou até das Enfermarias Masculinas. A distribuição dos doentes por essas dependências era compreensivelmente desigual, e não temos a oportunidade, pelas deficiências nas fontes, de tratar adequadamente esses distintos públicos. Nesse sentido, lidamos, já na partida, com limitações sérias na abordagem sobre a temática do trabalho, adoecimento e assistência hospitalar.

Em nosso caso específico, retomaremos brevemente, em primeiro lugar, o plano das estruturas econômicas que entreteceram o cenário do trabalho no Rio Grande do Norte, que, em verdade, já abordamos em outra parte mais demoradamente, mas que precisamos doravante retê-las em termos do binômio economia/mão de obra, facilitando a identificação das diferentes categorias ocupacionais que, enredadas nas atividades campesinas ou absorvidas nas tarefas tipicamente urbanas, demandavam assistência hospitalar especializada no Miguel Couto. Posteriormente, a partir dos escritos do médico Januário Cicco, voltaremos nossa atenção para as representações científico-ideológicas que se apropriaram do corpo do trabalhador enquanto superfície de inscrição para uma leitura da medicina como aparelho de Estado, capturando nesse discurso elementos de uma prática médico-hospitalar posta em funcionamento no HMC. Com essas linhas bem traçadas, poderemos, aí sim, observar mais de perto as práticas de acolhimento ao trabalhador no Miguel Couto.

## 5.2.2 Estrutura produtiva e empregabilidade da mão de obra

Lembremos bem que, no capítulo 2 desta Tese, em meio aos apontamentos sobre a economia hospitalar do HMC, fizemos considerações pontuais a respeito das forças produtivas do Estado, buscando delinear especialmente a pobreza do quadro econômico local, e explicar, a partir disso, a permanente dificuldade na captação, por parte da organização hospitalar, “[...] de recursos, em geral minguados, escassos”<sup>1224</sup>, o que terminava produzindo “na contabilidade da instituição registros de déficits constantes, ano após ano, num jogo interminável de ausências”<sup>1225</sup>. Retornaremos, por aqui, ao âmbito econômico, fornecendo, dessa vez, um desenho das estruturas econômico-materiais mais preciso e ampliado, de modo que possamos, ao fim e ao cabo, interligar o mundo da produção com a mão de obra empregada nele ou disponível para tanto. O objetivo dessa incursão nos domínios da economia é um pouco destacar as modalidades das ocupações, dos trabalhadores ou mesmo das profissões que constituíam o quadro geral da força de trabalho que, de algum modo ou em algum momento, chegariam a visitar o Pronto Socorro, o Ambulatório ou as enfermarias do HMC, contribuindo, inclusive, para a compreensão dos tipos de adoecimento ou de acidentes que os levariam a dar baixa nas dependências hospitalares.

Dessa maneira, começemos, então, já no séc. XX, que nos interessa mais de perto. O Recenseamento Agrícola do Brasil de 1920 descreveu minuciosamente para cada estado brasileiro, de acordo com os dados coletados e nem sempre muito confiáveis, a situação dos diversos setores da economia. Para o Rio Grande do Norte em particular, dentre as atividades primárias, a agricultura teve o maior destaque, levando-se em consideração o Valor da Produção Agrícola (VPA)<sup>1226</sup>: 81,9%, complementado com 10,2% da pecuária e 0,7% do extrativismo. No mesmo Censo, a pecuária registrava 292.138 bovinos, 180.045 caprinos, 145.903 ovinos, 26.824 suínos, 354.924 aves e 77.627 asininos e muars. Ainda na agricultura, o algodão (84,6% do VPA em 1919) e a cana-de-açúcar (11,3%) assumiam a liderança da produção, tendo as demais culturas pouca relevância em termos estatísticos, podendo ser mencionadas, ainda que numericamente insignificantes, o arroz, o feijão e o milho. Mesmo com essa agricultura

---

<sup>1224</sup> Cf. Cap.2, p.114.

<sup>1225</sup> Id.

<sup>1226</sup> O conceito se refere ao valor que é dado à propriedade fundiária como meio de produção e ao nível de tecnologia que nela é empregado.

mercantil que despontava (algodão e açúcar), a balança esteve sempre sujeita a oscilações do mercado, como a severa queda observada entre 1929 e 1959.<sup>1227</sup> Nessas culturas dominantes em termos de extensão territorial e de produção de matérias-primas, a força de trabalho tinha características de sazonalidade e intermitência. Elas eram trabalhadas empregando mão de obra de famílias pobres, pequenos agricultores individuais, que dependiam daquela atividade para sobrevivência ou complemento da pequena produção familiar.

Continuando ainda no ano de 1920, o Censo dava conta de um total de 109.848 pessoas empregadas na atividade da agropecuária. Tratava-se de um domínio produtivo em que vigorava o trabalho intensivo, com uso restrito de máquinas e equipamentos. Para se ter uma ideia do baixo nível das forças produtivas, a ferramenta mais utilizada até aquele momento era o simples arado, catalogado apenas em cerca de 20 estabelecimentos, sendo 50% deles concentrados em propriedades do município de Ceará-Mirim, conhecido polo produtor de cana de açúcar. No conjunto dos instrumentos de maior sofisticação tecnológica, havia tão somente 238 máquinas a vapor e 6 outras movidas a eletricidade, o que, na região Nordeste, ficava atrás apenas de Pernambuco (884 e 6) e Paraíba (401 e 12). A comparação com o Sudeste, entretanto, deixava bem claro o lugar de nossa agropecuária no concerto nacional: São Paulo detinha 2.466 máquinas a vapor e 1.194 elétricas.<sup>1228</sup>

Nesse contexto produtivo, o algodão continuou sendo, com efeito, o principal item na pauta de exportações e com maior valor de produção agrícola. Entre 1939 e 1955, produziu-se 1.192.273 toneladas, cerca de 12% daquilo que foi produzido no estado, mas com VPA em 64,7% do total posto em circulação. Durante a Segunda Guerra, ele manteve-se em processo de expansão, com média anual de 6,7%.<sup>1229</sup> A agropecuária potiguar chegou a crescer 5,4% a.a., com aumento nas vendas de quase todas as demais matérias-primas: a banana, o fumo e a mamona aumentaram, respectivamente, em 191,3%, 145% e 140,3%; o milho cresceu 109% e o feijão 107%;

---

<sup>1227</sup> ARAÚJO, Denílson da Silva. *Dinâmica econômica, urbanização e metropolização no rio grande do Norte (1940-2006)*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia. Campinas: [s.n.], 2009. p.45-46. O autor trabalhou com variados dados do IBGE, como o Anuário Estatístico do Brasil de 1936, o Repertório Estatístico do Brasil de 1941, as Estatísticas Históricas do Brasil (Séries Demográficas e Econômicas, 1550 a 1988), Censos Econômicos (agrícola, industrial, comercial e de serviços) de 1950, Censo Econômico de 1907, Censo Agropecuário (Vários anos), Censo Industrial (Vários anos), Censo Agropecuário do RN (Vários anos), Censo Industrial do RN (Vários anos) e Censo Demográfico do RN (Vários anos).

<sup>1228</sup> *Ibid.*, p.46-47.

<sup>1229</sup> *Ibid.*, p.51.

o arroz subiu 36%, e a mandioca acumulou 2.608.155 toneladas (26,3% do produto agrícola estadual). Nesse período, a cana de açúcar alcançou 4.234.272 toneladas, o que equivalia a 42,7% da produção agrícola potiguar, embora ainda fosse secundária no cômputo geral da economia local. Até culturas menores, como batata doce, fava, tomate e amendoim, se beneficiaram do aumento da produção em virtude da guerra.<sup>1230</sup> No entanto, para a população mais pobre, isto não significou acesso fácil a esses gêneros alimentícios. Os preços deles também subiram significativamente: conforme o Anuário Estatístico Nacional, por exemplo, o feijão preto teve aumento de 720%, o milho de 700%, o açúcar mais de 260% e o arroz acima de 535%.<sup>1231</sup> Nesse ínterim, a população do Rio Grande do Norte cresceu, no intervalo de 1940 a 1950, aproximadamente 26% e se expandiu a uma taxa média anual de 2,3% a.a. A cidade do Natal, que contava 55 mil habitantes, em 1940-1941, saltou para 85 mil em 1943. Neste período, a cidade chegou a acolher 38.237 novos habitantes, vivendo problemas crônicos de falta de abastecimento, como em muitas ocasiões se deu com a carne verde no mercado municipal.<sup>1232</sup>

Conforme se vê, agropecuária potiguar era bastante dependente das culturas do algodão e da cana de açúcar, que, em geral, tocava seus empreendimentos com base em precárias relações de trabalho e baixo nível das forças produtivas. Os fatores dessa debilidade quase estrutural e as vicissitudes de seu itinerário histórico foram resumidas assim por Câmara Cascudo:

É terra assaltada pelas secas, com sua economia dependendo e soluções climáticas, sem o recurso humano da emigração estrangeira, sem auxílios de capitais fecundadores, auxiliada, nas horas de cataclismas, pela política de conta-gota do Governo Federal, sujeitas às interrupções de serviços inadiáveis e somente válidos pela sua continuidade, graças às faltas de verbas federais habituais despachos para os Estados pequenos e desajudados de petróleo e pulmões atroadores.<sup>1233</sup>

Essa descrição mais exaustiva da estrutura produtiva do estado nos municia colateralmente de informações sobre um contexto das relações de trabalho que explica, em certa medida, o movimento hospitalar do HMC em determinados períodos, que fixava nos registros de entrada do nosocômio a presença de homens do campo, fazendo

---

<sup>1230</sup> Ibid., p.52-53.

<sup>1231</sup> Id.

<sup>1232</sup> Ibid., p.53.

<sup>1233</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. História do rio Grande do Norte. Rio de Janeiro: MEC -Departamento de Imprensa Nacional, 1955. p.390.



referência a traumatismos causados por enxadas, foices ou outros instrumentos de trabalho típicos de atividades agrícolas, sejam eles de modo acidental, sejam eles produzidos em ocasiões motivadas por brigas entre trabalhadores, muito comuns até meados de 1930, quando as contusões, ferimentos a bala, armas brancas, choques envolvendo automóveis e acidentes de trabalho passaram a dianteira nas estatísticas hospitalares, já refletindo um ambiente mais urbanizado em curso (na discussão sobre a hospitalidade na instância do Pronto Socorro, tratamos melhor essa virada no perfil das baixas no HMC).

No campo da atividade industrial, por seu turno, a produção esteve mormente concentrada - calculada enquanto Valor da Transformação Industrial (VTI)<sup>1234</sup> - no setores têxtil (76,21%) e de alimentos (13,10%), seguidos por percentuais menores oriundos da extração de minerais não-metálicos e da indústria de madeiras e vestuário (abaixo de 0,5%). Alguns ramos nem sequer apareciam na realidade estatística, como eram os casos dos trabalhos com couros e peles, a fabricação de mobiliário e a metalurgia.<sup>1235</sup> Segundo o Recenseamento do Brasil de 1920, a produção têxtil estava voltada essencialmente para o beneficiamento, não se encontrando menção a qualquer outra atividade ligada, por exemplo, à fabricação de vassouras, escovas, brochas, sacos, chapéu de palha, estopas etc. O beneficiamento do algodão foi o responsável, no ano de 1919, pelo VPI industrial de 84%, complementados pelo fumo e pelo cigarro com 8%, sabões e velas com 3,8%, moagem com 1,7% e outras atividades com índices menores que 1% , tais como olaria e tijolos, bebidas, cal e cimento e calçados de couro.<sup>1236</sup> A única fábrica de tecidos que viemos a conhecer – pelo menos, até 1949, quando da inauguração da Cotonificio Norte-Rio-Grandense, a primeira fábrica de fios mais elaborados, usados na confecção de redes<sup>1237</sup> – foi a Fábrica de Fiação e Tecidos

---

<sup>1234</sup> Segundo o IBGE, o VTI “corresponde à diferença entre o valor brutoda produção industrial (VBPI), isto é, a soma das vendas de produtos e serviços industriais (receita líquida industrial), variação dos estoques dos produtos acabados e em elaboração, e produção própria realizada para o ativo imobilizado, e o custo com as operações industriais (COI), sendo estes os custos ligados diretamente à produção industrial, ou seja, é o resultado da soma do consumo de matérias-primas, materiais auxiliares e componentes, da compra de energia elétrica, do consumo de combustíveis e peças e acessórios; e dos serviços industriais e de manutenção e reparação de máquinas e equipamentos ligados à produção prestados por terceiros.” (IBGE. Site: <https://necat.ufsc.br/valor-de-transformacao-industrial-ibge/>. Acesso em: 28 out. 2021).

<sup>1235</sup> Ibid., p.61.

<sup>1236</sup> Ibid., p.63-4.

<sup>1237</sup> FELIPE, José Lacerda Alves; ROCHA, Aristotelina Pereira Barreto; RÊGO, Giovanni Sérgio. *História da Industrialização do Rio Grande do Norte: uma indústria de resistência*. Natal: FIERN, 2010. p.113-114.

Natal<sup>1238</sup>, pertencente a Juvino César Paes Barreto e inaugurada em 21 de junho de 1888, que empregava inicialmente 80 operários e que chegou a ter no séc. XX 320 trabalhadores, mas que fechou suas portas em 1925, devido à concorrência dos tecidos do Sudeste e de Pernambuco.<sup>1239</sup> Curiosamente, foi esse mesmo ramo industrial dos Barreto que alimentou por anos o hospital público da capital que, reinaugurado em 1909, acabou levando o nome do patriarca e mecenas da assistência social de Natal.

**Figura 136** - Fábrica de Fiação e Tecidos Natal. Na foto, nota-se o grande número de mulheres operárias, experiência típica deste ramo de tecidos



Fonte: Acervo do fotógrafo Eduardo Alexandre Garcia. Acessado em: 12 nov. 2021. Disponível: [Garimpador de imagens e memórias da cidade - 26/01/2017 - Notícia - Tribuna do Norte](#)

Tal setor de transformação empregava em torno de 2524 operários em 1919, dos quais 83,9% inseriam-se nos ramos têxtil (56,6%) e alimentar (27,3%), enquanto os demais 16,1% distribuíam-se em outros ramos, sendo 10% desses operários ocupados pela atividade ligadas à extração de minerais não-metálicos.<sup>1240</sup> Esse número de operários pouco havia se alterado quando comparamos ao começo do séc. XX. Em 1907, computavam-se 15 estabelecimentos industriais e 2062 operários; em 1920, o número de fábricas subiu para 197, mas o contingente de trabalhadores não seguiu o

<sup>1238</sup> Em 1877, Amaro Barreto de Albuquerque Maranhão obteve o direito de abrir uma fábrica de tecidos de algodão em Natal. A construção foi conduzida por seu genro, Juvino César Paes Barreto, que iniciou as obras em 1886, na Ribeira, antiga Rua da Cruz. Na época, as máquinas foram adquiridas na Inglaterra, comportando cerca de 78 teares, 1600 fusos e 9 cardas, que produziam quatro diferentes tecidos grossos, usados em sacarias e tecidos mais populares. Cf. FELIPE, José Lacerda Alves; ROCHA, Aristotelina Pereira Barreto; RÊGO, Giovanni Sérgio. *História da Industrialização do Rio Grande do Norte: uma indústria de resistência*. Natal: FIERN, 2010. p.111-113; NESI, Jeane Fonseca. 2. ed. *Caminhos de Natal*. Natal: IPHAN, 2020. p.68-69 e 80.

<sup>1239</sup> CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro: MEC-Departamento Nacional de Imprensa, 1955. p.390; TAKEIA, Denise Monteiro. *Um outro Nordeste – o algodão na economia do Rio Grande do Norte (1880-1915)*. Fortaleza: BNB/Etene, 1985.

<sup>1240</sup> *Ibid.*, p.64.

aumento dos espaços industriais, registrando pequeno acréscimo de mão de obra, dando apenas 2146 operários.<sup>1241</sup> Em geral, eram tecnicamente atividades de baixa produtividade. No Recenseamento de 1920, a indústria de alimentos estendia-se no caminho do açúcar, moagem de cereais e fabricação de farinha. O indústria de vestuário reduzia-se aos calçados de couro. A de cerâmica e edificações ligavam-se à produção de materiais de olaria e cal, e a indústria química cuidava de aprontar sabões e velas. Esse quadro inicial ainda se manteve ao longo da década de 1930.<sup>1242</sup>

A situação da atividade industrial se mostrava bastante frágil. Para se ter uma ideia disso, basta dizer que 42,6% de seu Valor Adicionado<sup>1243</sup> ia para o segmento de extração mineral, correspondendo o sal a 66,7% de todo o volume produzido no país, enquanto a indústria têxtil a 28,35% e a de alimentos a 9%. A produção de energia elétrica, gás e tratamento de água pelos serviços públicos consumiam 7,3% daquele total.<sup>1244</sup> Não existia, tal como se constata, qualquer tipo de trabalho industrial mais sofisticado. Era, portanto, uma economia estruturalmente agroexportadora de matérias-primas, quando muito produtora de determinados bens de pouco valor agregado, sem nenhum setor de bens de capital que estimulasse o surgimento de novos ramos industriais.<sup>1245</sup> Além disso, a infraestrutura básica dificultava a integração com outros estados. As estradas de rodagem, por exemplo, só vieram a fazer parte efetiva das comunicações terrestres, com a circulação de pessoas e mercadorias, a partir dos anos 1950.

Até então, dominava a navegação de cabotagem costeira e fluvial, cujas limitações técnicas e tecnológicas implicavam altos custos para o comércio dos produtos.<sup>1246</sup> E a malha ferroviária do estado entre os sécs. XIX e XX, contando as linhas da Estrada de Ferro de Natal a Nova Cruz (1881), a Estrada de Ferro Central do Rio Grande do Norte (1906) e a Estrada de Ferro de Mossoró a Souza (1912), possuía, mesmo atravessando 28 municípios, limitada quilometragem em sua extensão. Posto isto, entende-se melhor as dificuldades que enfrentavam os moradores de cidades não assistidas por alguma rede de comunicação com a capital, reduzindo, assim, as

---

<sup>1241</sup> CLEMENTINO, Maria do Livramento M. *Complexidade de uma urbanização periférica*. Tese de Doutorado, Campinas: IE/UNICAMP, 1990. p.65.

<sup>1242</sup> ARAÚJO, *Op. Cit.*, 2009, p.64.

<sup>1243</sup> Diz-se do valor que um bem econômico assume devido ao processamento produtivo a que ele foi submetido.

<sup>1244</sup> *Ibid.*, p.65.

<sup>1245</sup> *Ibid.*, p.66.

<sup>1246</sup> *Ibid.*, p.78.

possibilidades de se obter acesso a atendimento médico no Hospital Miguel Couto, tal como comentamos ainda no começo deste capítulo, quando falávamos da entrada dos doentes no hospital e das dificuldades impostas pela estrutura precária dos transportes urbanos ofertados aos habitantes da cidade do Natal.

Dessarte, já de posse de uma configuração mais geral das atividades laborais desenvolvidas dentro da estrutura econômico-material do estado, com seus tipos mais característicos conforme a região (campo ou cidade) ou atividade produtiva envolvida (mais ligado à agropecuária ou mais voltado ao mundo fabril), podemos doravante examinar, de um ponto de vista estrategicamente pontuado, certo entendimento que os médicos pareciam compartilhar sobre o corpo adoecido ou traumatizado desse trabalhador, e que instrumentalizava, no cotidiano das atividades hospitalares, as ações de assistência. Acompanhemos, a seguir, o que um prestigiado médico local tinha a dizer acerca da saúde da classe trabalhadora com a qual ele mesmo conviveu bem de perto, recebendo em seu consultório privado ou atendendo no HMC.

### **5.2.3 O corporalidade na visão médica de Januário Cicco**

Um tanto na contramão da tradição médica do séc. XIX, sensivelmente afeita à erudição livresca e, em algumas ocasiões, à própria verve literária, a produção escrita em geral minguou entre os médicos que clinicavam na capital potiguar. Basicamente, quando desejamos elucidar alguma questão referente à primeira metade do séc. XX, temos de recorrer quase que exclusivamente aos variados escritos do diretor do HMC e, posteriormente, presidente da SAH, o dr. Januário Cicco. Nesse quesito, podemos até mencionar o dr. Clóvis Travassos Sarinho que, por anos a fio, acompanhou de perto a saga da saúde pública em Natal, e resolveu pôr a lume suas notas e apontamentos já em idade avançada, a partir da década de 1980. Não obstante se converta em preciosa fonte de informação, inclusive para corroborar ou mesmo confrontar determinados aspectos presentes em outros documentos da época, seus registros não guardaram a mesma profusão de detalhes que aqueles aferidos nas crônicas de seu colega de trabalho anteriormente mencionado, de sorte que seguiremos aqui, no que toca às representações e práticas médicas sobre o corpo doente e, em particular, ao corpo do trabalhador, os extensos apontamentos do dr. Januário Cicco em suas *Notas de um médico de província*, de 1928. Seguimo-lo, de algum modo, como um representante da classe médica

potiguar, cuja fala devia ecoar, em maior ou menor grau, as ideias, os valores e as experiências afetivas de outros tantos profissionais da medicina coagentes nas mesmas coordenadas espaciotemporais, tal como alertou, especificamente para o caso das emoções socialmente consideradas e sua exploração nas fontes, a historiadora Barbara Rosenwein: “É possível utilizar algumas obras representativas de uma pessoa como evidência de uma comunidade emocional caso se tenha em mente que os escritos dele foram dirigidos a um público e, assim, implicam um grupo maior”<sup>1247</sup>, tendo-se sempre cautelarmente em perspectiva que o registro dos acontecimentos “[...] nas fontes provavelmente não são janelas para uma realidade objetiva externa”<sup>1248</sup>, mas, talvez, a porta aberta para “a realidade subjetiva do escritor da fonte”<sup>1249</sup>.

No conjunto de suas memórias, impressiona-nos a centralidade de descrições e comentários conferida a aspectos ligados estreitamente à corporalidade. As notas procuravam destacar a complexidade dos casos examinados, sublinhando as limitações e desconhecimentos da medicina acerca das potências (as “resistências”, escrevia) orgânicas insuspeitadas. Daí a quantidade de ocorrências se reportarem a situações de emergência ou de alguma gravidade, especialmente envolvendo intervenções cirúrgicas.

Em uma dessas circunstâncias, relatou-se o caso de uma senhora, vinda do interior do estado, que havia sido alvejada por um projétil de arma de fogo. O médico narrou, então, os cuidados dispensados:

Pela inspecção verificou-se um único orifício de entrada, de bordos regulares, escuros e por onde não soprava o ar, nem escorria sangue, entre as linhas para-axillar posterior e a escapular. Feita a radioscopia, constatou-se a bala quase exactamente no mesmo lugar opposto, tendo o projecto descripto no seu trajecto um arco de circulo por entre o tecido sub-pleural, coisa que se não extranha no percurso curioso dos projectis. E lá ficou o inoffensivo corpo extranho, não aconselhando eu a intervenção por inoportuna e talvez desastrosa, continuando a sua portadora a se não queixar de nenhum incimmodo.<sup>1250</sup>

A bala atingira a mulher na altura do braço, atravessando os tecidos e indo se alojar em seu interior, de onde não fora, por precaução, removida pela equipe cirúrgica. A partir de então, ela teria de conviver com aquele corpo estranho por toda a vida, ou

---

<sup>1247</sup> ROSENWEIN, Barbara H. *História das emoções: problemas e métodos*. Tradução de Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2011. p.23.

<sup>1248</sup> Ibid., p.31.

<sup>1249</sup> Ibid.

<sup>1250</sup> CICCIO, Januário. *Notas de um médico de província*. Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora, 1928. p.49.

pelo menos enquanto não provocasse maiores incômodos. A linguagem utilizada pelo médico para descrever a intervenção compunha um jargão próprio da prática médica profissional. Esse jargão operou a transformação da “carne” em “corpo” para o campo médico, agora espaço vital domado na sua extensão visível e profunda. A clínica cirúrgica, dentre as demais existentes, representava sem igual esse poder sobre o outro, que é invadido naquilo que lhe é mais “íntimo”, “interior”. Não é à toa que a maior parte dos casos observados por Januário Cicco tenha sido aqueles das mesas de cirurgia, considerada, depois de muitos séculos de ostracismo, a parte nobre do curso médico.

As escolhas dos eventos têm ligação com a formação generalista do médico à época. Câmara Cascudo, no seu livro *Pequeno manual do doente aprendiz*, falava que “Antigamente não havia especialista, mas o médico bom para determinadas enfermidades. Médico bom para as febres era o Doutor Celso Augusto Santiago Caldas (1858-1927), Pedro Velho era bom para os partos e doutor Paulo Antunes para o estômago, empacho, dor incausada, ventosidade”<sup>1251</sup>. A situação da clínica cirúrgica não era diferente. No começo do século XX, a cirurgia não era uma especialidade, mas somente uma cadeira obrigatória. Isto significa que todo e qualquer médico diplomado conhecia um pouco das técnicas cirúrgicas. Entre 1909 e 1927, o HCJB não contava com uma clínica cirúrgica para indigentes. As operações de pequena cirurgia e urgência eram realizadas pelo próprio diretor do nosocômio, e os pacientes submetidos a operações ficavam nas enfermarias ordinárias. Em meados de 1927, finalmente se inaugurou um setor especializado para cirurgia geral, passando-se a contar com enfermarias masculinas e femininas. O clínico responsável foi José Tavares da Silva, que permaneceu na função até 1934. Nesse período, os doentes indigentes ficaram sem atendimento, realizando-se somente cirurgias mais simples e de urgência.<sup>1252</sup>

Em tal clínica, a atividade era bastante variada, praticando-se a cirurgia abdominal, de pescoço, de membros superiores e inferiores, de varizes, de aneurismas arteriais periféricos, cirurgia reparadora, traumatológica, urológica e obstétrica. Nessas últimas, os obstetras usavam com habilidade o fórceps, mas não praticavam a cesárea, porque não tinham formação cirúrgica.<sup>1253</sup>

---

<sup>1251</sup> CASCUDO, Câmara. *Pequeno manual do doente aprendiz: notas e maginações*. 3. ed. Natal: EDUFRRN, 2011. p.87.

<sup>1252</sup> SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p.47.

<sup>1253</sup> *Ibid.*, p.48.

Com efeito, as operações que chamavam mais a atenção continuavam sendo as causadas por armas de fogo, pois, como dissemos no começo, as intervenções, nesses casos, possibilitavam perceber na prática as respostas orgânicas às violências externas:

Não faz muito tempo um brigão recebeu um tiro na bocca, cujo projectil quebrou-lhe dois incisivos superiores, e dirigindo-se obliquamente de cima para baixo, e de fôra para dentro, atravessou-lhe a língua, arrancou-lhe dois grossos molares, e apanhando a face interna do ramo direito do maxilar inferior deslizou de cima para baixo, atravessando os tecidos moles e alojou-se entre o feixe vasculo-nervoso e o esterno-cleido-mastoideo. O edema da língua e do pescoço, dificultando-lhe a respiração e a deglutição, quase vitimou o turbulento, agravando-lhe o estado serias epistaxis posteriores, abundantes e repetidas. O exame radioscopico confirmou a localização do projectil no sitio acima referido, e antes de trinta dias tudo cedeu, sahindo do Hospital o paciente com os ferimentos cicatrizados e levando o projectil encystado no lugar onde se alojou, não lhe dificultando nenhum movimento, nem lhe causando o menor incommodo, até que rompa a tolerância e seja indicada a intervenção.<sup>1254</sup>

Em ambos os casos, o corpo fora submetido a uma agressão violenta. A descrição minuciosa da trajetória da bala no corpo atingido torna o evento mais dramático, mais intenso. A “peça” então encenada produz o efeito desejado: mostrar a perícia do cirurgião, artista do bisturi, que conhece cada região do corpo avariado, seus espaços mais recônditos, acompanhando o percurso do objeto estranho e localizando-o com precisão. Conhecimento profundo do corpo que o leva a recusar a retirada da bala, estabelecendo a convivência do organismo com metal invasor.

A descrição de corpos atingidos por projéteis ocupa importante posição nos comentários. Essa experiência do corpo ferido guarda relação umbilical com a multiplicação dos traumatismos físicos nas guerras. Inaugurava-se uma nova forma de violência em que os ferimentos e a morte estavam mais ao alcance das armas. Os conflitos militares travados quase frequentemente acabavam conferindo às armas de fogo um papel preponderante não somente nas guerras, mas deixando marcas na própria vida civil, com o uso dessas armas para fins particulares. Comentando a força destrutiva das novas armas usadas na guerra, a historiadora Stéphane Audoin-Rouzeau afirmou:

A bala moderna, impelida pelas pólvoras em fumaça que apareceram no fim do século XIX, causou ferimentos de gravidade inédita em razão de sua força de penetração e do efeito de sopro que acompanhava o impacto. Quanto aos estilhaços

---

<sup>1254</sup>CICCO, *Op. Cit.*, p.49-50.

projetados em alta velocidade no momento da explosão dos obuses, sua força viva é tal que permite aos maiores dilacerar os corpos, arrancar qualquer uma das partes do organismo humano.<sup>1255</sup>

O potencial destrutivo desses projeteis traziam novos desafios para os corpos, agora trespassados por inimigos cujos traços eram um certo anonimato dos ferimentos e da morte. Por isso, o vivo interesse de Januário na descrição dos corpos feridos à bala. Os dois casos mencionados por Januário são paradigmáticos: numa cidade provinciana como Natal, contando com uma população que mal alcançava a casa de 30 mil habitantes ao longo de toda a década de 1920, os ferimentos por arma de fogo já faziam suas vítimas no HCJB. Esses corpos violentados pelas balas, ainda que se restringissem a casos vulgares de brigões ou acerto de contas, anunciavam novas formas de violência que dominariam ao longo do “breve século XX”. Feridos por projeteis ou não, era o corpo dilacerado que estava em jogo nas observações januarianas.

As “armas brancas”, por seu turno, produziam seus estragos e incursionavam na lista de casos comentados pelo médico do HCJB. Foi o que ocorreu a um trabalhador do interior do Rio Grande do Norte, ferido à faca na região ventral, levado pelos companheiros em uma rede numa peregrinação que demorou sete dias até chegar ao hospital. A descrição do seu estado não parecia animadora:

Pelo orifício da ferida herniava grande massa epiploico-intestinal, escura, exhalando cheiro nauseante e molhando as roupas uma serosidade esverdeada e fétida. Ventre destendido, doloroso, com todos os signaes de peritonite, de par com um pulso filiforme e tachpnéa. Como um recurso extremo, não demorei a intervenção, encontrando o peritoneo adherente á massa estrangulada, azul-escuro, a cavidade cheia de sangue e fezes e transfixado o cécum.

Lavada a cavidade com soro physiologico e ether, fiz a sutura de Lambert, e abandonei o intestino no ventre, drenando o peritoneo.

Ainda assim, com toda essa infecção, tendo resistido á etherificação, levou o infeliz mais três dias de sofrimento, falecendo num grande colapso.<sup>1256</sup>

Com um corte profundo, que rasgou o intestino, o doente chegou ao hospital com uma enorme abertura no ventre, que derramava na roupa sangue, fezes e outras substâncias gástricas. Situação bastante delicada, se considerarmos que o ferido ainda levou sete dias para aportar na mesa de cirurgia. Januário, tentando minimizar a dor,

<sup>1255</sup> AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane. Massacres - o corpo e a guerra. In: COURTINE, Jean-Jacques (Dir.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*, p.383.

<sup>1256</sup> CICCIO, *Op. Cit.*, p.50-51.



ministrou-lhe doses de éter, um dos anestésicos utilizados no hospital, em parceria com o clorofórmio, e destinou seus cuidados mais imediatos para o peritônio, membrana que cobre as paredes abdominais e a superfície inferior do diafragma, e que forma cobertura para estas partes. O caso era grave, tendo-se que reinserir rapidamente o intestino para se evitar infecções. Ainda assim, o paciente acabou não resistindo aos ferimentos e veio a óbito.

A cirurgia acima descrita bem poderia figurar nas *As lições de anatomia do dr. Tulp*, de Rembrant (1632). O corpo vasculhado serviu como uma experiência pedagógica, uma aula de anatomia e cirurgia. Nela, figuravam os passos clássicos dos manuais: diagnóstico físico, limpeza do local, anestesia, operação, sutura e espera pela reação orgânica. Logo depois dessa descrição, o cirurgião aproveitou a oportunidade para criticar a formação médica no país:

Por um defeito immanente no ensino medico no Brasil, entulhado de programmas e sem recursos para a exemplificação, sem laboratórios nem hospitaes, o joven doutor em sciencias medico-cirurgicas conhece apenas pelos livros algumas doenças que teve tempo de passar para as provas de habilitação, e nem uma porque houvesse procurado diagnosticar, pondo em pratica desde os auxílios da anamnese aos recursos da therapeutica.

Sem esse convívio á borda dos leitos, ouvindo histórias dissemelhantes, mas muitas vezes com a mesma natureza mórbida e origem única; sem a constante observação de todos os dias, inquirindo e perquirindo, meditando e comparando, ninguém é capaz de, sem sobressaltos no coração, encarar o primeiro doente, impassível e confiante.<sup>1257</sup>

Para ele, tal ensino era demasiadamente livresco e sem espaços de experimentação:

A escola, o aprendizado e o exemplo são elementos de grande monta para a especialização; mas do mesmo educandário sahem sábios e ignorantes. O artista que levou dias a fio modelando as obras que a escultura copia hoje nos muzeus, e nas quaes parece só faltar a alma para a verdadeira humanização, “seria incapaz de escrever as phantazias de Wagner”.<sup>1258</sup>

Nesse intenso aprendizado, a medicina surge como uma prática que requer conhecimento e sensibilidade, acionados pelo adestramento dos movimentos do corpo do médico, o exercício do olhar agudo e penetrante, o toque correto na superfície epidérmica, o ouvido preparado para as mínimas sonoridades interiores, o olfato

---

<sup>1257</sup> Ibid., p.7.

<sup>1258</sup> Ibid., p.9.

desenvolvido para os diferentes cheiros, e a mente atenta a processar os sinais e sintomas registrados pelos sentidos. O apuro das sensibilidades só poderia ser conquistado nas lides diárias do esculápio, no contato com o corpo dos pacientes. Não se aprende o que é um corpo ferido por projétil ou arma branca por intermédio de desenhos e imagens assepticamente dispostos nas páginas de um manual de anatomia. Como saber que um “único orifício de entrada, de bordos regulares, escuros e por onde não soprava o ar, nem escorria sangue, entre as linhas para-axillar posterior e a escapular” revelava a invasão de uma bala? Como reconhecer o “cheiro nauseante” e “fétido”, o “pulso filiforme” e a cor da “serosidade esverdeada” sem ter um corpo à mostra, ali em frente, sem filtros? Uma semiologia do corpo enfermo não prescindiria do corpo palpável, sensível, táctil, visível, olfativo e audível.

Entrementes, essa pedagogia da experimentação emergira irremediavelmente atada à necessidade de normalização do próprio corpo ferido. Impunha-se uma visão educativa do corpo em detrimento de uma visão miserabilista, que se atinha ao caráter insuportável da enfermidade, reforçando uma imagem do corpo como algo repugnante, miserável, estragado, deformado, diminuído. O dilema do século XIX era conferir normalidade ao corpo enfermo e fazer desaparecer sua aparência chocante ao mesmo tempo que revelava sua “anormalidade”.<sup>1259</sup> Por isso, a importância crucial da linguagem médica, que higienizava o chocante das deformidades, dilacerações e mutilações. A linguagem suavizava o corpo enfermo, normalizava-o, sem deixar de acentuar os seus perigos e fantasmagorias. É dessa forma que Januário Cicco consegue descrever situações extremas de dor e sofrimento cobrindo-os com o manto da linguagem fria e asséptica do jargão médico. Os casos não deixavam de causar certo mal-estar, mas agora eles se tornavam suportáveis. Assim, uma vítima grave de ferimento com navalha poderia ser investida de um caráter didático e exemplar, sem que a situação de dor e sofrimento incomodasse tanto a “audiência”:

Fui acudir certa vez, pela madrugada, um ferido por arma branca, que ingressara no Hospital “J.B.”, apresentando um ferimento de navalha com 15 centímetros de extensão, na face anterior do thorax, interessando quatro cartilagens costaes, pleura e pulmão, e outra na face antero-interna da coxa, com 28 centímetros de comprimento, atingindo todos os tecidos molles e por milagre não ferindo o feixe vasculo-nervoso. O estado do ferido, embriagado e anemiado por profusa

---

<sup>1259</sup> STIKER, Henri-Jacques. Nova percepção do corpo enfermo. In: CORBIN, Alain et al. v.2. *História do corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.347-374. p.352.

hemorragia, contraindicava qualquer anestesia, a alli mesmo, no próprio leito, depois de uma ligeira pincelagem de tintura de iodo, afastei os bordos da ferida thoracica para me orientar sobre as condições da lesão e o caminho a seguir, quando um jorro de sangue borbulhou atravez da abertura, por onde soprava o ar com ruído humido espantando a assitencia. O pulso do enfermo era incontável, e pensando mais em recompor um cadáver do que na refecção de planos anatômicos, suturei apenas com pontos separados, os tecidos molles e abandonei o doente às suas próprias defesas. E quando mais tarde, de novo no hospital, abordei o leito do turbulento, quase não o reconheci: passara a embriaguez, e agora sentia-se bem, e antes de trinta dias pediu alta curado.<sup>1260</sup>

A navalhada de 15 cm dada nas costas e o corte de 28 cm feito na coxa durante uma briga já não causam o mesmo horror que provavelmente impuseram àqueles que presenciaram o evento; o “jorro de sangue” que borbulhou da abertura da lesão, embora tenha espantado os assistentes da cirurgia, não angustiam mais a “audiência”; a figura do cadáver, com a qual o enfermo fora comparado em virtude da baixa pulsação, já não se recobria da antiga imagem de miserabilidade do corpo que arrastava ainda no século XIX. A representação que domina agora é a do corpo forte, resistente, que ultrapassa os conhecimentos da medicina. Após a sutura dos chamados tecidos moles, Januário abandonou “o doente às suas próprias defesas”, num gesto paradigmático de assunção das limitações da ação médico cirúrgica e da confiança no poder regenerador da Natureza. Ainda que cultivasse a Ciência como arma contra a doença, o horizonte januario admitia ainda, com especificidades, a antiga tese de que era Natureza que, em última instância, curava e não o Homem. Esse caráter “misterioso” do organismo humano, essa capacidade conhecida e inexplicável de recuperação, davam a tônica dos seus relatos médicos, que sempre ressaltavam, ao final da descrição das operações, a surpresa de uma vida que, aos seus olhos, se esvaía e, inesperadamente, ressurgia da morte quase certa, pulsando novamente entre os vivos:

Deu entrada no Hospital “J.B.” um operário, que demolindo um prédio, foi precipitado do alto com o desabamento de uma parede, que lhe esmagou um pé, fracturou-lhe a clavícula e duas costellas esquerdas, escoriando-se ainda grande parte da face posterior do thorax. O accidentado entrou sem sentidos, com 120 pulsações e 42 respirações por minuto. Preparado para a intervenção, fez-se-lhe amputação, a chloroformio, augmentando-se-lhe, assim, o choque; aggravou-se-lhe o estado geral na intenção de salvar-o, e durante 24 horas o desgraçado continuou sem esperanças de vida; e quando ninguém mais acreditava

---

<sup>1260</sup> CICCIO, *Op. Cit.*, p.310-311.

na sua salvação, eil-o que desperta e volta muito mais tarde a trabalhar, arrimado, embora, numa perna de pau.<sup>1261</sup>

Mesmo tendo contado com a intervenção do choque de clorofórmio, ou seja, com o trabalho da equipe médica, a ação humana teve de combinar-se aos caprichos da vida orgânica, que deu sua cota de contribuição para a recuperação do enfermo. A linguagem utilizada para expressar esse limiar entre a vida e a morte era de cunho religioso: “salvação”, “eil-o que desperta”, aludindo à ressurreição do corpo, expressões que guardam resquícios de uma concepção mágico-religiosa do mundo, que não desaparecera com o positivismo da ciência médica. Luta contra a Natureza, contando com o auxílio da Técnica, como pensavam os iluministas, ou trabalho de cooperação com a Natureza, dimensão holística do mundo? A vida humana ainda parecia indecifrável para a Medicina do começo do século XX, e o tão propalado “desencantamento do mundo” parecia não ter ainda se entronizado por completo nos templos de Esculápio.

A temática da resistência orgânica a grandes traumas correspondia-se com os mistérios do corpo humano ainda desconhecido pela Medicina, e os casos graves de contusão serviam de verdadeiros modelos paradigmáticos para o estudo dos limiares do saber médico. Do ponto de vista discursivo, os corpos trabalhados pelo bisturi do dr. Januário Cicco recebiam o tratamento típico de objetos de estudo, que serviam como experiências a respeito dos limites do corpo-máquina, de suas potencialidades e possibilidades desconhecidas. A mesa de cirurgia era o espaço de uma *paideia* do corpo enfermo, que ali estava como elemento pedagógico, com o fim de promover ensinamentos e aprendizados: espaço-laboratório, de teste, experimentação. A cada corpo examinado, uma pergunta: que pode ele ensinar? O que as faculdades não proviam, segundo Januário, a clínica hospitalar prodigalizava: o corpo real, de carne e osso, entre a vida e a morte, ou simplesmente morto. Nesse processo de ensino-aprendizagem do corpo doente, a estupefação com a variedade de disposições imunológicas individuais alarmava Januário Cicco, que procurava explicações para tamanha resistência de determinados doentes que sofriam de acidentes gravíssimos e ainda conseguiam sobreviver enquanto outros “escorregam num grão de milho, caem e morrem”. No seu mostruário de *exempla*, ele comenta o caso de uma briga de dois agricultores por questões de terra. Um deles desferiu com o “olho” da enxada um

---

<sup>1261</sup>*Ibid.*, p.307.

violento golpe na região fronto-parietal esquerda da cabeça do adversário, lesionando seriamente a região cerebral da vítima. A narrativa do calvário desse agricultor fora realmente dramática:

Ainda assim poudo o ferido montar a Cavallo e andar três léguas para chegar á sua casa, onde não poudo mais apear-se, nem fallar. E nove dias depois, aphasico, hemiplégico, procurou o Hospital “J.B.” onde os primeiros curativos descobriram uma ferida circular, com três centímetros de diâmetro, destruindo todo o couro cabelludo correspondente e afundamento da lamina óssea, nos limites da ferida. Retiradas as esquirulas, em numero de oito, ficou a duramater á flôr da ferida, sem lesão apparente, pulsando as meningéas num rythmo bradycardico, e deixando prever claramente a imminencia de uma esclero-meningite.

A historia clinica do caso, expressada na aphasia, na paralysis brachial direita, ausência do cremasteriano correspondente e na bradycardia, fallavam no interessamento da terceira circunvolução frontal, sede da lesão.

A reeducação da palavra, passando os enfermos pelas agruras da dysarthria, os vexames da dyslalia, trouxe, por fim, o restabelecimento da articulação dos sons, e meses depois o paciente poudo voltar á sua actividade, ainda que com as resistências diminuídas.<sup>1262</sup>

O golpe da enxada havia atingido o crânio do agricultor, chegando às imediações das membranas que envolvem o encéfalo, as meninges, que estão entre os órgãos e os ossos do crânio e das vértebras, protegendo o Sistema Nervoso Central. A pancada fora tal que a dura-máter, meninge mais externa, podia ser vista pelo médico pulsando! A região cerebral atingida era responsável pela função da fala, por isso as dificuldades de se expressar logo após a intervenção cirúrgica, necessitando de trabalho “reeducação da palavra” durante meses, até recuperar parcialmente a articulação dos sons. O que chamava a atenção de Januário no caso era a extrema violência do golpe contra o crânio, afundando uma lâmina óssea e se aproximando do encéfalo. Mesmo tendo atingido uma área nobre do cérebro, na altura da terceira circunvolução, o doente, com “prognostico dos mais terriveis, pelo estado séptico da ferida, pele séde lesional, pelo complexo de alterações motoras [...], deixando duvidas sobre alterações somáticas irremovíveis do systema cerebral”<sup>1263</sup>, ainda conseguiu sobreviver e recuperar a função da fala. Como fora possível? De onde viera tamanha resistência do corpo? Após inúmeras análises, Januário resolveu apontar um caminho para se explicar essas diferenças de resistência que oferecia o corpo humano:

---

<sup>1262</sup> Ibid., p.307-308.

<sup>1263</sup> Ibid., p.309.

O determinismo mórbido é intrínseco á vida celular. As resistências fallecem naquelles cujas defesas nasceram minguadas. A semente que é má e chega a germinar não esconde a pequenez do talhe e supporta mal os raios de luz que nutrem os outros animais.<sup>1264</sup>

Segundo ele, a resposta estava no determinismo da célula! A “vida celular” ditaria os rumos da engenharia do corpo humano, dotando a uns de alta resistência a traumatismos e doenças diversas, e a outros não. A resposta não constituía novidade na Biologia. A teoria das células como unidade básica dos seres vivos, deixando para trás o humoralismo, o modelo tissular e o padrão orgânico, já se encontrava em meados de 1830 reconhecida pela comunidade científica acadêmica. Entre 1838 e 1839, contando com o auxílio de microscópios regulados, Mathias Schleiden (1804-1881) e Theodor Schwann (1810-1882) sugeriram as células como elementos da estrutura de plantas e animais, e não somente de plantas como defendera Hooke. Todavia, o trabalho de difusão das novas ideias ganhou solidez com o médico alemão Rudolf Virchow (1821-1902), que aplicou a teoria celular ao campo médico, mostrando que elas derivavam de uma célula-máter por um processo de divisão.<sup>1265</sup>

Não obstante os conhecimentos sobre a célula já tivessem algumas décadas de avanço no começo do séc. XX, o estudo do núcleo celular e de seu material hereditário tiveram um desenvolvimento mais lento. Em 1865, o monge Gregor Mendel descobrira as leis de transmissão dos caracteres visíveis dos organismos vivos, mas foi ignorada por quase cinquenta anos. A palavra “genética” só foi introduzida em 1903, por Bateson, e a palavra “gene”, em 1909, por Wilhelm Johannsen. A primeira identificação do gene em laboratório deu-se em 1910, por Thomas Morgan. Os experimentos com raios-X de Hermann Miler promoveram a produção das primeiras mutações genéticas, relacionando-se genes e proteínas. A compreensão, entretantes, do processo de transmissão hereditária ocorreu com a descrição da dupla hélice da molécula de ADN, feita por James Watson e Francis Crick, em 1953.<sup>1266</sup> Ou seja, a genética que circulava, e à qual Januário fazia referência, ainda estava dando os seus primeiros passos.

Em seus apontamentos, as rápidas menções à vida celular e à genética se faziam a partir de um enfoque de teorias raciais e de concepções eugênicas. Suas posturas se

---

<sup>1264</sup> Ibid.

<sup>1265</sup> BYNUM, William. *História da medicina*. Porto Alegre: LP&M, 2011. p.104-106; PORTER, Roy. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004. p.104-105.

<sup>1266</sup> KECH, Frédéric; RABINOW, Paul. Invenção e representação do corpo genético. In: COURTINE, Jean-Jacques (Dir.). *História do corpo: As Mutações do Olhar: o século XX*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p.86.

acomodam bem às discussões travadas no começo do século XX no Brasil, quando médicos e sanitaristas começavam a se preocupar com os destinos da raça brasileira e com os laços que uniam a pátria. Segundo alguns estudiosos, vivendo num ambiente difícil, com clima inóspito, natureza traiçoeira e solo pobre, o brasileiro era um povo triste e fraco, que nada produzia. Essas mazelas que atingiam o povo brasileiro podiam ser superadas com o estudo da população, utilizando índices como educação, condições de saúde e moradia, costumes e manifestações culturais. Esse estudo empírico da população permitiria um diagnóstico adequado das causas que impediam o progresso nacional. Nesse amplo projeto, os médicos se colocavam como instrumentos da “regeneração nacional”, invadindo os sertões e as cidades em busca dos conhecimentos precisos acerca da raça brasileira, diagnosticando seus problemas e propondo soluções.<sup>1267</sup>

É nesse contexto que devemos situar as preocupações de Januário Cicco com relação à temática das “resistências” do corpo humano. Com base em uma história positivista e determinista, ele acreditava que o desenvolvimento das “civilizações” estava regido pelas leis da hereditariedade. De acordo com essas leis, o caminho histórico-eugênico das civilizações passava por um período de crescimento e apogeu, no fim dos quais elas encontrariam uma fase de decadência humana e racial, de abastardamento da família e da sociedade. Era o que os eugenistas chamavam de lei do “retorno à mediocridade”. As razões da degenerescência das raças eram encontradas em diversos fatores:

As graves transgressões cometidas pelo homem contra a sua espécie seriam primeiramente as guerras, que concorreriam para a eliminação dos melhores elementos e a conservação dos inferiores (doentes, degenerados, incapazes); a filantropia contra-seletiva, que favoreceria a conservação de elementos que, abandonados à sua sorte, teriam fatalmente de desaparecer; a filantropia médica que não só permitiria a vida dos que deveriam sucumbir, como prolongaria a de outros, cuja existência constituía sobrecarga para os válidos; o sentimentalismo, sempre a agir em favor dos fracos e incapazes. Outros fatores seriam a imigração residual, que favoreceria os cruzamentos entre genes incompatíveis; o urbanismo artificializador e degenerador; e a higiene, que reduziria ao mínimo os fatores que concorreriam para o banimento dos incapazes.<sup>1268</sup>

---

<sup>1267</sup> MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p.19-20.

<sup>1268</sup> *Ibid.*, p.41.

Ancorado numa série de ideias oriundas do darwinismo social, conjunto de postulados diversos que buscavam aplicar *in totem* a Teoria da Seleção Natural de Charles Darwin às sociedades humanas, da Antropologia Física de Gall e na Criminalística de Lombroso, Januário Cicco discutiu longamente as diferenças históricas e biológicas que se processavam no chamado “homem normal”, mostrando como a genética atuava na degeneração da fisiologia dos corpos:

O homem normal, sem herança mórbida nem taras, ainda não veio á terra. Os distúrbios da gênese acentuam falhas no sincronismo orgânico, refletindo-se ora no systema da corticalidade, e creando typos inadaptaíveis, ora travando a physiologia deste ou daquelle outro systema, creando o hypo-funcional.<sup>1269</sup>

Constatadas as deficiências “naturais”, Januário agora inicia a explicação dos fatores de degeneração do “homem civilizado”:

A seleção, em espécie, seria o refinamento de qualidades, através a diluição millenaria de gerações; e o caldeamento de typos superiores deveria quintessenciar o homem, creando o hypercivilizado; mas “a própria essencia degenera, de começo pelas predisposições e por fim pela desharmonia, isto é, pelo conjunto de defeitos hereditários ou adquiridos, trazendo novas aptidões mórbidas”. Lombroso vê nas prisões e na sociedade o criminoso e o criminaloide, e por causas ennumera os factores communs á cardiopathias e ás degenerações. Ora, a syphilis, o alcoolismo, os vícios elegantes e ainda mais a miséria sob todas as formas, fizeram o homem contemporâneo com uma mentalidade tal que se lhe desvirtuaram todos os traços de normalidade.<sup>1270</sup>

Januário argumenta, com base em Cesare Lombroso, que além de possuímos tendências mórbidas, que poderiam nos levar à criminalidade, ainda contamos com diversos fatores que contribuem para enfraquecer as resistências da espécie, como a sífilis, o alcoolismo, os vícios “elegantes” e a miséria social, que não somente atingem o corpo como a própria capacidade mental dos indivíduos. O “homem contemporâneo” já traria na sua constituição física e mental as marcas de sua própria decadência. Ainda conforme Januário, a situação tornava-se ainda mais precária devido às políticas de controle da natalidade implementadas e que pareciam estar em desacordo com as leis naturais, tornando o quadro mais sombrio:

---

<sup>1269</sup> CICCO, Op. Cit., p.10.

<sup>1270</sup> Ibid., p.10-11.



Sabe-se que a seleção faz a elite e desta adveem as capacidades. Ora, a seleção pede a proliferação da espécie, e na modernidade do momento, em que todos batem palmas ao neo-malthusianismo, de par com fatores mórbidos que mínguam as possibilidades de higidez, o índice mental desce na proporção da fallencia individual.<sup>1271</sup>

E o resultado desses desarranjos da hereditariedade poderia trazer repercussões desastrosas para a própria espécie humana:

[...] sabe-se que as raças altamente civilizadas perdem, por fim, os seus característicos physio-psyquicos, tecendo nevropathias e degenerações do próprio typo, voltando especie á primitividade dos ascendentes, si não á morte da própria raça.<sup>1272</sup>

Como se pode perceber, Januário Cicco encampou as teses básicas do discurso eugenista da época, adotando a fórmula da degenerescência das civilizações fundada no darwinismo social. Para se evitar essa *débâcle* da raça, os eugenistas envidavam esforços no estudo da composição das sociedades, buscando um índice de homem ideal que possibilitasse reconhecer e distinguir a percentagem de indivíduos mais preparados e daqueles considerados mais atrasados. Os critérios para se determinar a bioespecificidade dos indivíduos estavam na tríade hereditariedade, meio ambiente e educação. Cada povo era detentor de um valor genético que, combinado ao ambiente, favoreceria, em maior ou menor grau, o desenvolvimento das características hereditárias. Por isso, Januário tomava como baliza para o diagnóstico das raças a “elite” de uma sociedade, o grupo que simbolizaria os avanços de determinada civilização. Era o índice almejado. De posse dele, a avaliação dos caracteres físicos e mentais forneceria a medida do progresso ou retrocesso da civilização à que pertencia aquela “elite”.<sup>1273</sup> Para Januário, os países mais adiantados podiam ser assim reconhecidos pelos investimentos que faziam em “instrução geral” e “saúde colectiva”. Dentre eles, a Alemanha ganharia destaque pelo crescimento do seu povo, graças às despesas efetuadas com assistência social e educação, enquanto a França via a sua população estacionada ou até diminuída devido às políticas neomalthusianas<sup>1274</sup> Ainda de acordo com Januário, o povo brasileiro, por sua vez, não possuía “alegria” nem “força consciente”, pois não gozava de boa saúde e não tinha acesso à instrução. Era, enfim, um “povo sem forças e triste”:

---

<sup>1271</sup> Ibid., p.11.

<sup>1272</sup> Ibid., p.12.

<sup>1273</sup> MOTA, Op. Cit., p.42.

<sup>1274</sup> CICCICO, Op. Cit., p.62.

[...] Ora, apurando-se bem, “o Brasil é um grande hospital”, na phrase de Miguel Pereira, e é o paiz dos anlphabetos; e aqui está porque somos um povo sem forças e triste, vivendo-se num território onde 50% do obituário geral pertencem às creanças e mais de 80% de sua população global são anlphabetos. Fracos? Deixo sem comentários; basta o exemplo diário da nossa ruína moral... E querem ver como somos tristes? Por ocasião das festas da nossa Independência, o meu espírito de provinciano teve emoções tão fortes, vendo o desfile da massa heterogênea festejando os feitos de Pedro I, que não passariam indiferentes a quantos procurassem interpretar as contracções dos meus músculos de expressão, um a um desenhando na face e na attitude aquilo que a musica, a marcha marcial e a aglomeração, numa tonalidade confusa, levavam á minha vida interior. Felizmente as atenções eram para as forças armadas, as escolas, para o povo, deixando-me muito bem com os meus nervos.<sup>1275</sup>

O desfile do 7 de setembro causou-lhe forte impacto emocional, a ponto de se manifestarem as emoções interiores nas expressões do rosto. Januário faz referência direta ao fenômeno do nacionalismo, do tão decantado “amor à pátria”. Esse mesmo valor que o tomava nas fímbrias da alma parecia não contagiar o povo que festejava. Para ele, esta era a demonstração máxima da pusilanimidade que dominava a multidão:

Felizmente ainda só eu pensei na tristeza que mora na alma deste povo indifferente, apathico, incapaz de uma vibração, de uma emoção mais forte que o estremeça, fazendo sentida a grandeza da pátria, cem annos depois.

Entre nós não há differença entre uma homenagem posthuma e uma festa nacional. A multidão move-se numa attitude de quem se encaminha para o Campo Santo. O clarim, as bandas militares, a marcha dos soldados, o ruflo dos tambores, tudo, nada differe do cortejo da morte a caminho do cemitério. E foi a impressão que eu tive quando assisti o desfilar das escolas e do povo de minha terra em procura do altar que ia receber de todos nós aquella sagração de um centenário de independência, fazendo reviver naquella hora magnífica toda a phalange dos heroes que redimiram o Brasil da servidão portuguesa.<sup>1276</sup>

Essa apatia da “multidão” diante da data comemorativa da Independência seria fruto da falta de instrução do povo e de cuidados com a saúde coletiva, princípios que deveriam guiar as nações ditas civilizadas. Para Januário, a Medicina assumia um papel central nesse processo de melhoria e aperfeiçoamento das raças humanas, devendo conduzir, com seus conhecimentos sobre a saúde e a doença, o destino das coletividades humanas. À ciência médica, Januário rendia seu preito:

---

<sup>1275</sup> Ibid., p.62-63.

<sup>1276</sup> Ibid., p.63-64.

As minhas homenagens á sciencia medica attingem os limites supremos; as graças concedidas á humanidade, desde Pasteur aos mais novos investigadores, de cujos trabalhos nasceu quase toda a pathologia actual; a somma de beneficios, o legado precioso que os governos adquiriram de taes estudos, organizando a defesa collectiva contra a morte nas epidemias de outr'ora e nas endemias actuaes, erigindo um templo único para todos os povos adorarem a mesma deusa, fazendo da Hygiene a redemptora da humanidade, bastam como o maior penhor da civilização contemporânea.<sup>1277</sup>

Para remediar essa situação desalentadora do povo brasileiro, um único caminho se descortinava aos olhos de Januário Cicco: a aplicação dos princípios da Higiene. Considerada uma “ciência independente”, e fazendo interface com uma gama variada de ciências especializadas, tais como a física, psicologia, biologia, sociologia, patologia, geologia, terapêutica e antropologia, a Higiene englobava o estudo de todos os aspectos individuais e coletivos do homem, agindo sobre o meio (solo, ar, água, habitação), sobre o indivíduo (biometria, cuidados corporais e vestuário) e sobre as populações (estatística, demografia e problemas sociais, como o alcoolismo, a puericultura e as doenças transmissíveis).<sup>1278</sup>

Esse esforço eugênico no Brasil tomava duas direções possíveis: a de caráter negativo ou restritivo e a abordagem construtiva. Na primeira, as ações eugênicas centravam-se em medidas restritivas, como a regulamentação do casamento, a segregação e a esterilização. Essas práticas proibitivas e limitantes buscavam impedir a reprodução dos indivíduos considerados incapazes, como epiléticos, alienados e deficientes mentais. Agindo assim, os defensores do eugenismo esperavam eliminar todos os problemas de uma descendência “anormal”, que pusesse em risco o futuro de uma raça, civilização ou povo. Na segunda posição, a aposta recaía sobre a educação higiênica e a propaganda como meios mais eficazes de divulgar os mecanismos de controle eugênico.<sup>1279</sup> Entre esses dois horizontes, o diretor do hospital pendia mais para a perspectiva “construtiva”, como se pode constatar no trecho a seguir:

A educação sanitária, cujos preceitos deveriam constituir assumptos de leituras e provas escolares, de par com os vários prolegomenos da cultura humana, iniciando-se a creança na sciencia da vida, ao em vez desse suplicio heteróclito de se lhe embotar a razão com o papaguear de arengas poéticas e queixumes de amor, seria o caminho mais curto á

---

<sup>1277</sup> Ibid., p.20.

<sup>1278</sup> MOTA, Op. Cit., p.43.

<sup>1279</sup> Ibid., p.44.

longevidade, levando uma existência saudável a extremos de séculos.<sup>1280</sup>

Com a difusão dos “credos da Hygiene”, principalmente entre as crianças na escola, Januário acreditava que os povos teriam uma vida mais saudável e conseqüentemente mais longeva, proporcionando à nação a força de trabalho de que esta carecia. Aliás, esta era outra preocupação fundamental do movimento higienista. O esforço de médicos e sanitaristas no processo de “regeneração da pátria” dedicava um lugar especial em suas atividades para a temática da reprodução da força de trabalho. Em virtude da sua importância política e econômica, a figura do trabalhador, notadamente o operário, se convertia no elemento chave do progresso da nação, sendo, por isso, alvo dos interesses higienistas. Constituía, antes de tudo, uma nova maneira de lidar com o corpo fomentada pelo capitalismo industrial, que buscava disciplinar o corpo como mão-de-obra, transformando em instrumento útil à produtividade, moldando comportamentos, gestos e posturas adequadas às exigências de eficiência e rendimento conformes à racionalidade do capital. Segundo a historiadora Sônia de Deus Rodrigues Bercito, instaurava-se então a Era do corpo-máquina:

A concepção que se coaduna com o advento da sociedade industrial relaciona-se com a constituição de um corpo-ferramenta “definido pelos músculos, pela força, pela resistência, pela disciplina e pela rentabilidade”. O que, em última instância, interessava ao capitalismo industrial, seria a constituição de corpos dóceis, úteis e produtivos. A energia humana orientava-se para a atividade industrial e o corpo se tornava uma ferramenta mercadorizada como força de trabalho.<sup>1281</sup>

Esse corpo-ferramenta do trabalhador passou então a ser progressivamente incorporado aos cuidados de médicos e sanitaristas, que se preocupavam com a saúde do proletariado enquanto força de trabalho forjadora das riquezas da nação. Tal era a relevância dos trabalhadores para os higienistas que algumas analogias médicas mediam a importância dos obreiros para a nação comparando-a a uma árvore: nela, os operários e agricultores ocupariam os lugares da raiz e do tronco, isto é, a base da planta.<sup>1282</sup> A este respeito, Januário Cicco manifestou claramente seu ponto de vista. Segundo ele, cabia ao governo a responsabilidade pela saúde do operário, devendo proporcionar-lhe

---

<sup>1280</sup> CICCO, Op. Cit., p.25.

<sup>1281</sup> BERCITO, Sônia de Deus Rodrigues. *Corpos-máquinas: trabalhadores na produção industrial em São Paulo (décadas de 1930 e 1940)*. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Márcia (Orgs.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011. p.374.

<sup>1282</sup> MOTA, Op. Cit., p.37.

os meios básicos de subsistência e promover nessa classe operária hábitos e costumes saudáveis, afastando-a dos principais problemas que afligiam essa valiosa força nacional. Dentre esses males, Januário insistia na questão do alcoolismo. Ele reclamava inflamado com o descaso das autoridades públicas em relação aos graves problemas gerados pela venda de bebidas alcoólicas, que minavam a resistência da população, e a cada homem “[...] mata as suas energias, encurtando assim os seus dias, *degenerando a descendência e empobrecendo o seu paiz*”.<sup>1283</sup> Suas reflexões de base eugênica apontavam na direção da classe operária, considerada por ele a principal mão-de-obra do país, e, por isso, merecedora de cuidados especiais do governo. As medidas intervencionistas e preventivistas foram por ele assinaladas:

Além da educação escolar, das sociedades de temperança, onde os abstêmios encontrarão todos os recursos para o desenvolvimento physico e cultura do espírito, os governos taxariam de tal modo as bebidas alcoólicas, que fosse difícil o seu uso á população operária, *a mais volumosa columna de homens úteis á pátria, os incumbidos da riqueza nacional*.<sup>1284</sup>

Preocupado com o corpo-máquina do operário e com o “aperfeiçoamento da raça”, Januário disparou duras críticas ao comportamento dos comerciantes de bebidas e da gente rica que zombavam epicuristas acerca das consequências da perigosa “alcooolose”:

O resto, essa gente que enche os theatros, os bars, dirige o commercio, regula o cambio e habita palácios e passa a vinho e todas as bebidas comndenáveis, si teimasse em viver passando os copos da bocca do amante aos lábios da bacchante, que morresse de uma vez, porque só assim o paiz se livraria da ruindade de homens que pretendem justificar não valer a pena privar-se dos vícios, quando a morte é certa também para os abstêmios, como si a sua vida não fosse uma parcella do corpo nacional que deve ser respeitado e amado, e não houvesse piores desgraças antes da morte.<sup>1285</sup>

Essa elite social e econômica, que no entender de Januário deveria fornecer o exemplo, acabava por difundir e chancelar as mazelas produzidas pela bebida alcoólica. Sua crítica a essa elite desregrada no álcool assume tom nada condizente com os princípios da “educação sanitária”, vendo inclusive na “eliminação” desse grupo uma possibilidade de solução para a questão, “porque só assim o paiz se livraria da ruindade de homens que pretendem justificar não valer a pena privar-se dos vícios”. Sacrificar a

---

<sup>1283</sup> CICCIO, Op. Cit., p.98.

<sup>1284</sup> Ibid., p.98-99.

<sup>1285</sup> Ibid., p.99.

Parte para garantir a sobrevivência do Todo, eis a concepção de sociedade orgânica que vigoraria nos estados totalitários. O álcool, considerado veneno na visão do toxicologista Januário Cicco<sup>1286</sup>, era um dos principais “entraves á normalidade” da fisiologia do corpo humano, produto do “mais irracional dos animaes, que, dotado de tanta inteligência, não vê o precipicio cavado por suas próprias mãos, enquanto os seres inferiores fugindo da cicuta, e entre o joio escolhendo o trigo, só se não defendem da fúria humana”<sup>1287</sup>. Isto preocupava bastante o médico-cirurgião do HMC, que costumava medir o índice de civilização de sua época através da “soma de vícios e degradação”, mostrando que os números obtidos em seu tempo se equiparavam aos das orgias dos imperadores romanos, quando a “impudicícia dos excessos e as bacchanaes nivelavam regulos e dirigentes”.<sup>1288</sup>

Para se ter uma noção desse consumo de bebidas alcoólicas, Januário fez um cálculo baseado no número de casas que comerciavam o mencionado “veneno”. Segundo ele, em 1926, foram consumidos 437.596 litros, o que dá uma média de 50 litros e 546 gramas a cada habitante, cerca de 139 gramas por dia! O gasto com esse consumo alcançou a cifra de 1.375:750\$000 réis, quantia que, de acordo com Januário, daria no prazo de dez anos uma boa poupança individual na caixa econômica, além de uma vida mais longa.<sup>1289</sup>Essa relação estabelecida entre a bebida alcoólica e a saúde do trabalhador era também objeto das investidas dos estudiosos da eugenia, que vinculavam esse “vício” às questões da hereditariedade e da degeneração da espécie. Correlacionando meio social, costumes e genética, os eugenistas apontavam os perigos da associação entre determinadas raças e certas afecções:

A degenerescência na espécie implica que se busquem as suas raízes: a hereditariedade oferece a solução. Hereditariedade que é menos vista como ligada a um dado biológico (as ideias de Mendel não penetraram ainda os meios científicos e menos ainda as mentalidades) do que como transmissão de taras resultantes de certas circunstâncias dos meios de vida. Meios físicos, certamente, mas também ambientes sociais. O alcoolismo é o tipo disso: nos ambientes pobres se bebe, se transmite a tara aos filhos, isso provoca degenerescências. Desta maneira se pode ver com bastante clareza o paralelismo entre esta concepção e o que se disse em outro lugar das “classes laboriosas, classes perigosas”.<sup>1290</sup>

<sup>1286</sup> Na Escola de Farmácia, criada em Natal, em 1924, ele ocupou exatamente essa cadeira na grade curricular desta instituição de ensino.

<sup>1287</sup> Ibid., p.91.

<sup>1288</sup> Ibid., p.92.

<sup>1289</sup> Ibid., p.96.

<sup>1290</sup> STIKER, Op. Cit., p.367.

De todos as teses e argumentos do diretor do hospital expostos até aqui, torna-se perfeitamente válida a afirmação de que o corpo do trabalhador entrava nas suas reflexões recoberto de ideologias eugênico-raciais que tendiam a enxergá-lo, já de partida, como portador genético de debilidades carreadas mendelianamente de geração em geração, potencializadas pelos meios físico e social degradados, que terminavam por produzir toda uma “degeneração da raça”. Neste sentido, todos aqueles desenvolvimentos da medicina assinaladas por Foucault – medicina urbana, medicina social e medicina da força de trabalho – foram convocados pelo Estado a se mobilizarem na intervenção progressiva de vasto campo das atividades humanas para impedir ou barrar os perigos do declínio racial. Em tão amplo movimento, as classes trabalhadoras locais, majoritariamente compostas por agricultores e pequenos lavradores ainda enraizados nas zonas rurais, distantes dos núcleos urbanos mais avançados, como Natal, Mossoró e Caicó, por exemplo, e vivendo em precárias condições de vida e trabalho, eram vistas com muita desconfiança e preocupação. As migrações forçadas da população mais interiorana para a capital, fugindo das secas e cataclismas variadas, inquietavam ainda mais a prefeitura e o governo estadual. Assim, o corpo do trabalhador passou a alvo dos interesses da assistência social e da saúde pública, e os médicos dos quadros do Departamento Estadual de Saúde, incluindo aí o HMC, passaram a atuar em diferentes instâncias que diziam respeito à vida desses trabalhadores, de modo que “as classes laboriosas” não viessem a se transformar em “classes perigosas”, o que, no sentido da medicina, significava atacar os “males” que enfraqueciam a capacidade de trabalho e, por consequência, a própria degenerescência do corpo social como um todo. Dessa maneira, a boa saúde do trabalhador asseguraria o futuro de toda uma nação.

Devemos considerar também, nessa análise, o movimento que interconectava intimamente o corpo do operário e a produtividade almejada no capitalismo industrial. No séc. XX, a bem da expansão da forma fabril de produção, o corpo do trabalhador teve de ser associado ao maquinismo da produção. A intensificação das forças humanas na direção da produtividade tornou-se o alvo principal da indústria nascente, estimulando os investimentos na máxima racionalização do trabalho segundo preceitos cientificamente elaborados, como a proposta taylorista do início do séc. XX e os estudos de tempo e movimento do casal Frank e Lilian Gilbreth apresentados em 1912. Malgradas as diferenças, ambos os projetos buscavam controlar o processo de trabalho

mediante a separação estrita das tarefas a serem realizadas e o rígido controle do tempo despendido em cada ação. Dessa maneira,

Na fábrica assim pensada, os movimentos do trabalhador deveriam ser previstos e controlados, com a eliminação de todo gesto desnecessário. Nenhum desperdício de energia poderia ser tolerado. Os movimentos úteis deveriam ser uniformes, contínuos e ritmados, para aumentar a quantidade da produção em cada vez menos tempo, o fordismo, que pode ser visto como o desdobramento das posições de Taylor, intensificou ainda mais esse ritmo nas linhas de produção, com o uso do sistema de esteiras e maior controle dos movimentos, levando adiante a automatização do trabalho humano nas fábricas.<sup>1291</sup>

Em busca de um arranjo das atividades produtivas orientadas pelos princípios da racionalização do trabalho, foram criadas várias instituições para a difusão e implementação das novas ideias. Em São Paulo, por exemplo, os industriais incentivaram a criação do Instituto e Organização do Trabalho (Idort) em 1931, alinhado ao Instituto Internacional de Organização Científica do Trabalho, assim como patrocinaram o Centro Ferroviário de Ensino e Seleção Profissional (Cfesp), em 1934, e o conhecido Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, em 1942.<sup>1292</sup> Esta última, sob a direção do engenheiro Robert Mange, pensava o trabalhador segundo sua condição mais ou menos qualificada, podendo ser o operário “braçal”, atrelado a atividades especificamente mecânicas, ou especializado, alocado em espaços que exigissem mais esforço cognitivo, reservando-se para estes os cursos de qualificação profissional. Na década de 1940, outras iniciativas se somaram a este esforço da classe industrial de racionalizar o trabalho, surgindo daí organizações como A Associação Brasileira de Normas Técnicas, a Associação Brasileira de Prevenção de Prevenção de Acidentes e o Conselho de Higiene e Segurança do Trabalho.<sup>1293</sup>

Concomitantemente a esse período, entre os anos 1930 e 1950, formularam-se a primeiras políticas públicas endereçadas ao trabalhador nacional. Em 1931, com o Decreto n.19443, criou-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) para regulamentar as condições de trabalho em geral, normatizando a relação entre higiene, medicina e segurança do trabalho. No ano seguinte, em 1932, surgiu o Departamento Nacional do Trabalho e, posteriormente, a Inspetoria do Trabalho, seção esta que, em

---

<sup>1291</sup> BERCITO, Sonia de Deus Rodrigues. *Corpos-máquinas: trabalhadores na produção industrial em São Paulo (décadas de 1930 a 1940)*. In: PRIORE, Mary Del; AMANTINO, Márcia (org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011. p.376.

<sup>1292</sup> *Ibid.*, p.377.

<sup>1293</sup> *Ibid.*, p.381



1934, passou, a partir de então, a fiscalizar as leis trabalhistas. Em 1938, desgarrando-se da Inspetoria, tivemos o Serviço de Higiene Industrial, que procurava interligar mais efetivamente a higiene e a medicina do trabalho. Com a reformulação do DNT em 1942, e seguindo o sentido da preocupação com a higiene no espaço de trabalho, estabeleceu-se um importante órgão, que foi a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho (DHST), substituindo o Serviço de Higiene Industrial (SHI). Em 1943, o Governo Vargas criou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que abordava no seu quinto capítulo o tema da Higiene do Trabalho. Por último, destacamos a criação da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT), composta inicialmente por funcionários do próprio ministério, cerca de trinta e cinco médicos e cinco engenheiros, ocupando, dali em diante, um lugar no mesmo prédio do MTIC. Para o Ministério do Trabalho, a ABMT funcionava com uma extensão da antiga DHST.<sup>1294</sup>

Sublinhemos, desde já, para que não incorramos na ingenuidade da generalização descabida, que uma tal estrutura tecno-burocrática da organização do trabalho que se montava em nível federal não penetrou todos os estados e municipalidades do mesmo modo e com a mesma força normativa. Havia evidentemente diferenças sensíveis entre o nascente parque industrial paulista e a mão de obra nele empregado e, por exemplo, a unidade federativa do Rio Grande do Norte, ainda profundamente dependente das culturas da cana e do algodão, nas quais a mecanização da produção só muito lentamente se instalou nos moldes fabris, sendo predominantemente mais agroexportadora de matérias-primas de pouco valor agregado do que de produtos industrializados, como explicitamos anteriormente.

O ramo industrial em solo potiguar era como uma tela pontilhista, formada por uma miríade de pequenos negócios fabris, acanhados e dispersos, vivendo do extrativismo ou naquilo que se pode chamar de “indústria nossa de cada dia”, tais como padarias, atividade mandioqueira e produção de cigarros. A Inspetoria Regional de Estatística, atuando para o Registro Industrial de 1948, chamava a atenção de uma série de firmas para que cadastrassem seus estabelecimentos conforme os decretos-leis n.4081 e 4862, nominado as atividades e seus donos, dando-nos a ver a pluralidade dos pequenos negócios e do “industrialismo” local: alfaiataria, ateliês, construção civil,

---

<sup>1294</sup>ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: locus do processo de constituição da especialidade medicina do trabalho no Brasil na década de 1940. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 3. Acessado em: 30 out. 2021, p. 869-877. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300009>>. Epub, 7 jan. 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300009>. p.870-871.

fabricação de ataúdes, fabricação de esquadrias, colchões, estufamento de acolchoados, consertos de relógios, fundição, consertos de rádios, consertos de automóveis e de máquinas em geral, funilaria, sapataria, móveis, sabão, teceria, fiação e tecelagem e fabricação de redes, fabricação de doces, cigarros e charutos, lavanderias, padarias e tipografias, fabricação de bebidas, serraria e torrefação e moagem de café.<sup>1295</sup> O café, carro-chefe da economia nacional já por longas décadas no Sudeste, só teve suas primeiras fábricas por aqui nos anos 1950, atreladas ao momento da política nacional-desenvolvimentista.<sup>1296</sup> Ocorria que, dada a fragilidade do sistema de transportes e das vias que interligavam a capital aos demais municípios do interior, os pacientes mais comuns eram aqueles mesmos que viviam na capital ou que, de algum modo, desbordavam das vizinhanças imediatas. Eram doentes pobres e indigentes, seguidos de parcela de funcionários públicos, profissionais liberais, como comerciantes de “secos e molhados”, operários, condutores de bondes, motoristas de ônibus, tripulação de navios a vapor, professores, militares etc, além dos membros das famílias abastadas que, quando recebidos na Clínica Civil, podiam até optar por internarem-se nos apartamentos de luxo do HMC, escolhendo seu médico de preferência.

Eram exatamente esses, em termos gerais, os trabalhadores da vida cotidiana que o hospital habitualmente abrigava em suas enfermarias, mão de obra pouco qualificada, com baixo nível de escolaridade, e normalmente empregada em serviços braçais. E é dessa mesma força de trabalho que iremos nos ocupar mais adiante, na seção a seguir. O nosso intuito, lembrando, será “joeirar” nas entrelinhas dos textos o conjunto das pistas que nos levem a decifrar algo que aponte na direção daquilo que possa ser lido por nós como uma prática de hospitalidade, seja ela mais ou menos explícita, ou mesmo uma certa tendência, um padrão de comportamento que funcione como tal. Dito isto, tentemos, então, rastrear essas práticas.

---

<sup>1295</sup> A ORDEM. Registro Industrial de 1948. Natal, 15 abr. 1948, p.4.

<sup>1296</sup> FELIPE, ROCHA e RÊGO, Op. Cit., passim.

## 5.2.4 Corpo operário e hospitalidade maquínica:

### 5.2.4.1 Médico, trabalhador e.... doente

De maneira insólita, talvez não nos tenhamos dado conta atinadamente ao fato de que no hospital também se trabalhava. Dizemos isto no sentido da legislação trabalhista mesmo, tendo seu reconhecimento e disciplinamento realizado pelos órgãos de Estado. Como acertadamente alertou o médico Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (2017, p.55) em sua “Teoria do Processo de Trabalho em Saúde”, a medicina é simultaneamente uma prática técnica e uma prática social, ou seja, ela é, de um lado, uma apreensão intelectual dos aspectos concernentes à dinâmica saúde-doença-cuidado (dimensão técnico-científica), que tem no corpo humano doente seu objeto, e, de outro, um processo de trabalho como os demais, que inclui a atividade considerada nela mesma, sua matéria e seus instrumentos.<sup>1297</sup> Dito de outro modo, enquanto ciência e prática técnica, a medicina se ancora em

[...] um complexo processo social-histórico, protagonizado por trabalhadores, criadores e agentes atuantes em uma rede institucional própria, mediante condições materiais, determinações sociais e instâncias político-ideológicas particulares. Rigorosamente, trata-se de um modo de produção de conhecimento sobre os processos de produção dos fenômenos, eventos e processos na natureza e na sociedade, a partir da exploração dinâmica dos recursos cognitivos e tecnológicos disponíveis aos cientistas de uma dada época. Nesta visão, os meios de produção do conhecimento constituem recursos que a ciência pode empregar enquanto opera seu trabalho de conhecimento para a transformação do mundo e da sociedade.<sup>1298</sup>

A sua vez, enquanto trabalhadores (tomando-se aqui a clara filiação teórica do materialismo histórico), o corpo médico deve ser também frisado à maneira de um prestador de

[...] de serviços e, enquanto tais, são dominados não apenas pelas relações de produção que progressivamente definem seus modos de trabalho e de vida (por regimes de formação e emprego, remuneração, status social, etc.), mas também pelo progressivo poder da tecnologia

---

<sup>1297</sup> MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico. In: AYRES, José Ricardo; SANTOS, Lilian (org.). *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p.55.

<sup>1298</sup> ALMEIDA FILHO, Naomar de. Prefácio: por uma epistemologia bruniana: dilemas de um prefácio. In: AYRES, José Ricardo; SANTOS, Lilian (org.). *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p.36-37.

em determinar o valor das ciências (das quais os médicos seriam os supostos senhores) e o lugar dos profissionais nos processos de trabalho em saúde concretamente operados.<sup>1299</sup>

Por isso, o HMC, para o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), era consignado na modalidade de uma “firma”, com uma composição determinada de “trabalhadores” na sua organização hospitalar (eram 20, em 1942), e tendo, portanto, seu registro de empregados devidamente cartoriado na 6ª Delegacia Regional do Trabalho. Devemos entender, com isso, que o trabalho médico dizia respeito tanto à prestação de serviços como trabalho especializado quanto “[...] participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção de serviços de saúde”<sup>1300</sup>, englobando e articulando nessa proposta não apenas a questão do “mercado local ou regional”, mas também as “ideologias ocupacionais” e os “projetos de reorganização dos meios de produção de serviços de saúde”.<sup>1301</sup> Disto se pode deprender, dentre outras coisas, que a classe médica pertencia a um grupo com elevado estatuto social e autonomia, reconhecimento que o estatua ao nível das “profissões”, ou seja, do conjunto de

[...] pessoas que praticam uma técnica fundada sobre uma formação especializada, exercem autoridade e jurisdição exclusiva, simultaneamente sobre uma área de atividade e de formação ou conhecimento, tendo uma visibilidade social e legitimidade política suficientes, sobre um período significativo.<sup>1302</sup>

Em síntese: como profissão, detentora de “elevado estatuto social e autonomia”, a medicina não deixava de ser - conquanto que *sui generis* - também uma categoria dos trabalhadores, com todas as implicações que daí podem advir, inclusive, e sem qualquer ironia, a de seguramente figurar na lista dos doentes e acidentados. No Rio Grande do Norte em particular, a construção dessa profissionalização se consolida em meados dos 1940, com a reorganização do Sindicato dos Médicos para se adaptar à Legislação Sindical exigida pela Delegacia Regional do MTIC. Em 1944, alguns médicos, como José Moreira, Mirabeau Pereira e Auzenda Lima Góis, organizaram um ajunta para eleger uma diretoria e dar cabo de providências referentes à profissão, tais como a

<sup>1299</sup> AYRES, José Ricardo. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. In: AYRES, José Ricardo; SANTOS, Lilian (org.). *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p.47-48.

<sup>1300</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina & Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p.14.

<sup>1301</sup> *Ibid.*, p.15.

<sup>1302</sup> TAVARES, David. *Introdução à Sociologia da Saúde*. 2. ed. Coimbra: Edições Almedina, 2019. p.135.

fixação da tabela de preços para os serviços de consultórios e os domiciliares.<sup>1303</sup> De todo modo, insistimos em tudo isto para ressaltar, logo de saída, um aspecto pouco ou nada mencionado nas fontes manuseadas nos arquivos: o médico era trabalhador e adoecia.

E talvez, assim conjecturamos, essa constatação não se deva exclusivamente a uma lacuna na documentação. As poucas vezes que nos deparamos com referências a médicos enfermos, tais notas davam conta da recuperação do esculápio em seu próprio domicílio, sempre com muita discrição. Em 1935, noticiava-se na coluna “Sociaes” do jornal A Ordem: “Desde alguns dias, acha-se enfermo, em sua residência á avenida Nysia floresta, o dr. Januário Cicco, diretor do ‘Hospital Miguel Couto’ ”.<sup>1304</sup> O mesmo médico teve sua saúde exposta publicamente outra vez, em 1943: “Encontra-se enfermo em sua residência, na Avenida Sachet, o dr. Januário Cicco diretor da Sociedade de assistência Hospitalar, mantenedora do Hospital ‘Miguel Couto’, e ilustre clínico desta capital. Por seu pronto restabelecimento, formulamos votos a Deus”<sup>1305</sup>, e outra mais em 1948: “Guarda o leito, em sua residência, á avenida Duque de Caxias, o dr. Januário Cicco, diretor do Hospital Miguel Couto e figura de destaque nos círculos médicos do Estado”<sup>1306</sup>.

**Figura 137** - Comprovante de pagamento das taxas do MTIC e o termo de abertura cartorial de firma na 6ª Delegacia Regional do Trabalho, registrando os 20 trabalhadores do HMC regidos pela legislação trabalhista em 1942

The image shows two pages of a document. The left page is a receipt from the 'MINISTERIO DO TRABALHO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO' and 'DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRABALHO'. It contains handwritten information in red ink: 'N.º 899', 'Via', 'Rs. 10 \$000', 'Sociedade de Assistência Hospitalar', 'casas de saúde', 'empregados e localizados em Natal, a av. Nilsa Pessoa', 'n.º 69', 'apresentou, nos termos do decreto nº 22.489, de 22 de Fevereiro de 1933, os livros que ficam registrados sob os nºs 1843-1844 e serão entregues dentro do prazo de 3 dias, tendo pago os emolumentos de 10 \$000, de acordo com o art. 2º do citado decreto.' The date 'Natal 21 de julho de 1942' and the name 'Assal de Medeiros Pinosa' are also written in red. The right page is titled 'TERMO DE ABERTURA' and contains handwritten text: 'Contem este livro 20 (vinte) folhas numeradas de 1 a 20 e rubricadas com a rubrica "Assal de Medeiros Pinosa" de que faço uso e servizo para a inscrição dos empregados da firma "Hospital Miguel Couto" neste Estado.' It is signed by 'Assal de Medeiros Pinosa' and dated 'Natal 21 de julho de 1942'.

Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 194, Prateleira 03, Estante 07, Diversos

<sup>1303</sup> A ORDEM. Reorganizado o Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Norte. Natal, 3 jul. 1944, p.2.

<sup>1304</sup> A ORDEM. Sociaes. Natal, n.45, ano 1, 6 set. 1935.

<sup>1305</sup> A ORDEM. Enfermos. Natal, ano 8, n.2275 (?), 7 jun. 1943.

<sup>1306</sup> A ORDEM. Dr. Januário Cicco. Natal, 15 dez. 1948.

Raras são as ocasiões em que temos notícia do internamento de médicos no hospital. Em uma delas, em 22 de maio de 1940, somos informados da baixa hospitalar do dr. Ricardo Barreto bem como da evolução de seu quadro clínico:

Acha-se internado no Hospital Miguel Couto, em tratamento de saúde, o nosso dedicado cooperador dr. Ricardo Barreto, por cujo restabelecimento fazemos a Deus ardentes votos. O ilustre clínico foi operado pelos competentes médicos drs. Clovis Sarinho e Aderbal de Figueiredo. O dr. Ricardo Barreto vai passando bem e muitas visitas há recebido de seus amigos, interessados pela sua saúde.<sup>1307</sup>

A nota é cerimoniosa, formal. Ela assinala no médico Ricardo Barreto um dos “colaboradores” do hospital, pois, de fato, o doutor chegou a clinicar no HMC, atuando no Pavilhão de Pensionistas. Em consultório particular, na rua Dr. Barata, n.210, atendia como especialista em “doenças de senhoras”, e costumava sair representando o estado em conferências nacionais e no estrangeiro como médico da Saúde Pública. Fazia-se bastante presente em diversas instituições, ocupando o cargo de tesoureiro no Sindicato Médico Norte-Rio-Grandense, membro da Comissão de Assistência ao Cooperativismo, um dos diretores da Caixa Rural e Operária de Natal, entre outras façanhas. Ainda assim, com esse extenso currículo, mereceu discreta menção.

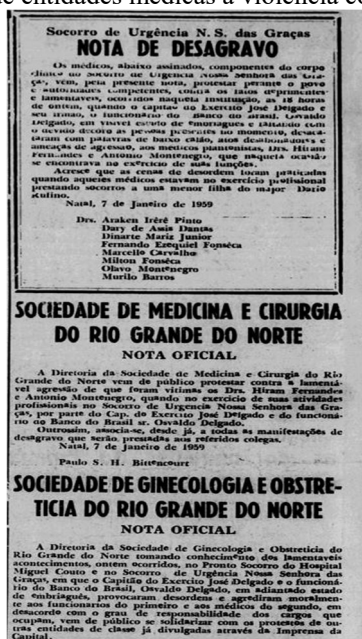
Em outros tantos casos, embora não tenham redundado em hospitalização, a violência espreitava cotidianamente os médicos em seu ambiente de trabalho. Em 1959, o capitão José Delgado e o bancário Osvaldo Delgado adentraram o HMC transportando nos braços um ferido. Exaltados, teriam provocado médicos e enfermeiros e ameaçado fisicamente funcionários do estabelecimento, tendo, na confusão, ainda quebrado frascos de remédios. Os agressores, saindo do HMC, rumaram para o Pronto Socorro de Urgência Nossa Senhora das Graças, onde também desacataram os plantonistas Hiram Fernandes e Antônio Montenegro. O episódio rendera, na época, protestos imediatos lançados a público em “Nota Oficial” pela Sociedade de Medicina e Cirurgia e pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do estado, além de uma “Nota de Desagravo” do Socorro de Urgência mencionado.<sup>1308</sup>

---

<sup>1307</sup> A ORDEM. Dr. Ricardo Barreto. Natal, ano 5, n.1397, 22 mai. 1940.

<sup>1308</sup> O POTI. Capitão e bancário promoveram desordens, ontem, em Hospitais. Natal, 7 jan. 1959.

Figura 138 - Reações de entidades médicas a violência contra funcionários (1959)



Fonte: O POTI. 7 jan.1959

A história se desenrolou mais adiante, com publicação dos Delgados revidando as acusações, mas isso já não importa tanto aqui. Vale assinalar, isto sim, um matiz na questão do acolhimento de que estamos tratando. Nos termos de Jacques Derrida, tanto a hospitalidade pode converter-se, de súbito, sem aviso, em inospitalidade, quanto tal gesto de receber inclui, de igual maneira, aquele que é recebido. Podemos pensar na hospitalidade, portanto, como uma prática que engloba o receber e o recebido em via de mão dupla. É lícito, assim ponderado, afirmar que os médicos e plantonistas não receberam, da parte do capitão e do bancário, a hospitalidade desejada. À primeira vista, parece estranho dar azo a esse raciocínio, mas ele “abre”, por assim dizer, a hospitalidade, o acolhimento e o cuidado para a complexidade das relações, fazendo-nos atentar para a ambivalência de sua oferta no sentido de que receber tem seus perigos e ser recebido seus “pontos cegos”. A hospitalidade é uma decisão que, como tal, não pode deixar de ser tomada, configurando-se mormente em uma certeza e, ao mesmo tempo, uma aposta: a certeza de que alguém vem, seja lá quem for, e a aposta de que poderá vir em paz.

Um ano antes das agressões cometidas pelos Delgado, outro acontecimento, dessa vez muito mais grave que simples impropérios e ameaças verbais, envolveu dois médicos que trabalhavam no serviço do SAMDU. O plantonista João Leandro foi acusado de negar-se a atender um paciente, o que levou seu diretor, mediante portaria,

suspender Leandro por cinco dias. Inconformado, o plantonista afastado invadiu a casa de seu diretor na rua Olinto Meira, o médico Abelardo de Melo, e desfechou, após discussão, quatro tiros em seu chefe imediato, três no abdômen e um no tórax, e outro na esposa Maria Venus de Melo. O próprio Abelardo ainda conseguiu sacar uma arma e ferir Leandro na perna esquerda. O casal atingido fora levado ao HMC por um transeunte que assistiu ao tiroteio, Antônio Bezerra, conhecido como “Tonheca”, e Leandro conduzido para a Emergência Nossa Senhora de Fátima. A tentativa de homicídio teria se dado porque o plantonista temia ser demitido por Abelardo Melo em virtude de irregularidades já há muito cometidas. Infelizmente, o chefe de Leandro veio a falecer em 30 de março daquele ano, às 21h24min, no HMC.<sup>1309</sup>

Figura 139 - Nota de falecimento do médico Abelardo Mélo e convite para seu velório e enterro

**Faleceu ontem à noite o dr. Abelardo Mélo**

Não resistindo aos graves ferimentos recebidos na covarde agressão perpetrada pelo seu colega João Leandro, na sua própria residência, veio a falecer ontem, às 21,24 horas, no Hospital Miguel Couto, o dr. Abelardo de Mélo, diretor do SAMDU, que ali se encontrava internado desde 21 do corrente, dia do brutal acontecimento. Cerca de quinze minutos antes do desenlace, d. Maria Venus, esposa do infeliz médico, e também vítima da sanha assassina de João Leandro, desmaiou presa de forte crise nervosa, tendo seu estado de saúde bastante agravado. Apesar o esforço e dedicação dos médicos natalenses, nada puderam fazer para salvar a vida do colega, infelizmente. O sepultamento do dr. Abelardo Mélo verificar-se-á hoje, saindo o féretro de sua residência à Rua Olinto Meira, 1008, no Barro Vermelho, às 16 horas, para o Cemitério do Alecrim.

**INSPECTORIA DE SAUDE DO PORTO DE NATAL**

O Dr. Vicente Feijó de Melo, Inspetor Chefe da Saúde do Porto, comunica o falecimento do Dr. ABELARDO FERNANDES DE MELO, Médico desta Repartição, e convida funcionários e amigos do pranteado morto para acompanharem os seus restos mortais hoje às 16 horas, saindo o feretro de sua residência à rua Olinto Meira 1008.

Antecipando os seus agradecimentos a todos aqueles que comparecerem a este ato de caridade cristã.

**Eleição suplementar, hoje, no município de Canguaretama, com as garantias de Força Federal**

Por decisão do TRE, a apuração vai ser realizada mesmo naquela cidade — Grande expectativa cerca o pleito — Favoritismo do candidato possedista

Num clima de intensa expectativa realizam-se no momento, as eleições suplementares do município de Canguaretama, quando será decidida a sorte dos candidatos a Prefeito e Vice Prefeito do mesmo.

O Tribunal Eleitoral deliberou em sua sessão de ontem que o dr. Joaquim das Virgens Neto presidisse o pleito da renovação da 2.ª seção da legislação em Canguaretama, o qual se destacou ontem mesmo de eleição para realizada em repleto possedista.

De nossa Capital, seguiram diversos políticos interessados no resultado final da eleição suplementar de Canguaretama. De acordo com o TRE, força federal garantirá o pleito.

**Alcançando êxito invulgar o Concurso "Miss R. G. do Norte"**

Fonte: O POTI, 30 mar.1958

O internamento e a operação cirúrgica realizada no dr. Ricardo Barreto, assim como a baixa do chefe do SAMDU Abelardo Mélo e seu posterior falecimento, são uma “vela acesa no escuro” a respeito do adoecimento e hospitalização dos médicos no HMC. Não que seu quadro de profissionais, incluindo o grupo de enfermagem ou mesmo os distintos grupos ocupacionais que trabalhavam na instituição, não se visse, em algum momento, afligido pelas agruras do sofrimento físico, ou que tivesse de obrigatoriamente ser atendido nas dependências de pensionistas ou na Casa de Saúde.

<sup>1309</sup> O POTI. Premeditado o crime da rua Olinto Meira. Natal, 23 mar. 1958; *Idem*. Faleceu ontem á noite o dr. Abelardo Mélo. Natal, 30 mar. 1958, p.6.



Dependendo da situação em pauta, simplesmente teriam buscado a cura em outros estabelecimentos hospitalares e até em outros estados, como de fato já assinalamos. Nos jornais da capital, as notícias de médicos do HMC, salva a publicidade das clínicas privadas, normalmente se resumiam a congratulações de aniversário, informes de aposentadoria ou notas de falecimento, guardando, aqui e acolá, um ínfimo espaço para as debilidades físicas dos profissionais da saúde, tal como podemos constatar em despacho do Palácio do Governo de 27 de junho de 1940: “O Sr. Interventor Federal assinou os seguintes atos: - mandando seja submetido a Inspeção de saúde o enfermeiro-chefe do Hospital ‘Miguel Couto’, José Lucas do Nascimento, no prazo de dez dias, sob as penas da lei [...]”<sup>1310</sup>. Sabendo-se que o “Zé Nascimento” desfrutaria dos louros da aposentadoria no ano seguinte, provavelmente a mencionada inspeção já estava fazendo correr a papelada necessária. O diretor da Colônia São Francisco de Assis, o médico Varela Santiago, nos idos de 1953, havia se envolvido num acidente de automóvel na rua Apodi, tendo-se de ausentar por 90 dias, indo tratar-se em Recife. O jornal A Ordem chegou a informar até que seu estado se agravara e que a família pensava em retornar para Natal, porém nenhuma notícia concreta sobre sua situação clínica mais específica fora liberada pelos familiares.<sup>1311</sup>

Figura 140 - Nota de falecimento de José Lucas do Nascimento, em 1943

**FALLECIMIENTOS**  
**JOSÉ LUCAS DO NASCIMENTO**  
 - Faleceu, ontem, às 16,50 horas, nesta capital, o sr. José Lucas do Nascimento, enfermeiro-chefe aposentado do Hospital “Miguel Couto” e pessoa muito relacionada entre nós.  
 O saudoso extinto contava 52 anos de idade e era casado com a sra. d. Erolides Damasceno Lucas, deixando lesse consorcio os seguintes filhos: Antonio José Damasceno Lucas, funcionario da Caixa Rural e Operaria de Natal, atualmente servindo no Exército; e os menores José Carlos, Luiz Antonio, Fernando, Cristovam, Ferezinha, Maria de Lourdes, Maria dos Anjos, Maria Luiza e Lucia. São seus irmãos os srs. Firmo Lucas do Nascimento, funcionario da Panair do Brasil S/A, Luiz Lucas do Nascimento, funcionario da E. F. C. R. G. N. e senhorinhas Maria Lucas do Nascimento e Maria Nazaré do Nascimento e seus cunhados os srs. Gonçalo Damasceno, Samuel Damasceno, Antonio Damasceno, Maria dos Anjos Damasceno, Julita Damasceno, Marieta Damasceno e professora Sebastiana Damasceno.  
 Confortado com os ultimos sacramentos da Igreja, ministrados pelo revmo. padre José Winterhalter, vigário da paróquia do Bom Jesus, o sepultamento do prentado morto realizou-se, hoje, às 8,30 horas no Cemiterio do Alecrim, saindo o feretro da rua Conceição, 611, com grande acompanhamento, notando-se a presença do major José Bezerra, representante do Interventor Federal, representantes do 16.º R. I., do Esporte Clube de Natal, da Sociedade de Assistência Hospitalar, dos Irmãos Maristas, da Caixa Rural, das Congregações Marianas, da Irmandade dos Passos, que compareceu, incorporada, além de outras pessoas.  
 A encomendação foi feita pelo revmo. padre Severino Bezerra, capelão da Irmandade dos Passos.  
 A todos os membros da familia entulada fazemos chegar as nossas sincceras condolencias.

Fonte: A ORDEM, 6 fev. 1943

<sup>1310</sup> A ORDEM. Palacio do Governo. Natal, ano 5, n.1426, 27 jun. 1940.

<sup>1311</sup> GALVÃO, Cláudio. *Varela Santiago: um apóstolo entre nós*. Natal: Jovens Escribas, 2017. p.375.

Nem mesmo no arquivo do HMC temos disponíveis tais informações. Quais as razões dessa lacuna? Espelhariamos algo como uma estratégia da classe médica? Afinal, “vender saúde” expondo suas próprias vulnerabilidades não seria bom “marketing” para atrair pacientes. De todo modo, o fato é que, como ressaltamos antes, o médico do HMC era um trabalhador da saúde, respaldado pela legislação trabalhista, mesmo que na prática de profissional liberal. Sendo assim, estava sujeito ao adoecimento e a tratamento médico-hospitalar, não obstante, repetimos, publicizar seu estado mórbido talvez fosse contraproducente para seu próprio exercício profissional, inscrevendo-se em alguma espécie de código invisível da classe.

#### **5.2.4.2 Um “palácio” para os seus “servos”: o Miguel Couto e o trabalhador nosso de cada dia**

Na abordagem do fenômeno da hospitalidade que empreendemos até o momento, fizemos notar que sua compreensão não pode prescindir de determinadas condições, e as expressamos no tripé hospedeiro/espaco/hóspede, que, naquela altura da explicação mais teórica, chamamos tal estrutura de “transcendental” no sentido das condições universais de possibilidade do acolhimento. Conforme se pôde perceber, nesse esquema, e particularmente na questão da espacialidade, enfocamos, em diversos momentos, o arranjo institucional e na materialidade urbana de Natal, descrevendo a infra-estrutura da cidade, as organizações de saúde e sua normatividade própria, o modo de ordenamento das forças produtivas em seu nível econômico, as instituições de associação do trabalho que regiam sindicatos, cooperativas, dinâmica de aposentadorias e de cuidados médicos, tudo enfim visando desenhar certo contorno das potências da hospitalidade no HMC, pois entendemos que a interface neste estudo com a História Urbana tornou-se imprescindível. Desconsiderar estes aspectos do acolhimento, embora não dispense outros fatores em sua multidimensionalidade (o “porão” não pode achar que é residência necessariamente desfazendo-se do “sótão”...), significa perder de vista, como ressaltou Fernand Braudel certa vez, aquela “zona espessa rente ao chão”<sup>1312</sup> que marca indelevelmente a nossa cotidianidade enquanto vida-sendo-vivida.

Isto posto, contamos agora com certo contexto que nos permite “ver” e “dizer” algo mais acerca dos trabalhadores ordinários que tiveram seus corpos fragilizados nas

---

<sup>1312</sup> BRAUDEL, Fernand. *Civilização material, Economia e Capitalismo – Séculos XV-XVIII*. V.I: As Estruturas do Cotidiano. São Paulo: Martins Fontes, 1995. p.12.

lutas diárias da existência, e que “se entregavam” nas mãos dos médicos esperando deles a “reparação” (acolhimento?) dos males que inviabilizavam o retorno à faina habitual. Nesse sentido, precisamos voltar ao HMC e entretecer alguns dados a respeito de sua organização interna, não obstante devamos mais uma vez recordar que as instalações do mencionado hospital se destinavam por princípio aos indigentes e pobres, havendo até, muito limitadamente erguido, um Hospital dos Operários<sup>1313</sup> para isso em funcionamento na cidade. Entrementes, o que determinava este ou aquele destino era efetivamente o contrato com os Institutos de Aposentadoria e Pensão bem como as Seguradoras e seus médicos associados.

Por volta de 1947, a Prestação de Contas do HMC informava existentes no estabelecimento 379 leitos, distribuídos entre 16 enfermarias, 9 das quais voltadas para o atendimento nas Enfermarias de Mulheres e Maternidade, administradas pelas irmãs Santina Cruz, Modesta Marques e Dorinda Leitão, enquanto as demais 7 eram Enfermarias Masculinas. A divisão variou bastante ao longo do tempo: em 1938, de 11 enfermarias, 4 eram para atender as mulheres (8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup>, esta última destinada às mulheres-mães) e as outras para os homens; em 1939, registravam-se 5 para homens (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup>, administrada por Francisca Blandini, e a 6<sup>a</sup> por Emerenciana de Araújo) e 4 femininas (8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup>, com Honorata Rodrigues); em 1940, eram 4 femininas (8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup>, com Honorata Rodrigues) e 7 masculinas (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup>, com Francisca Blandini); em 1941, novamente 4 para as mulheres (8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup>, todas regidas por Honorata Rodrigues) e 7 masculinas (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, com Inês Minelli, e 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> com Clementina Andrade); em 1942, tínhamos 3 femininas (8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup>, sob os auspícios de Honorata Rodrigues) e 7 masculinas (coordenadas por Inês Minelli e Clementina Andrade); em 1943, repetia-se a composição de 1942; em 1946, somavam-se 15 enfermarias, com 8 delas sendo femininas (8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup>, nas mãos de Flora Pacheco e Rosarina Peixoto) e as demais masculinas (comandadas por Delfina Lorena e Bertha Silva); em 1951, eram 418 leitos, 16 enfermarias, sendo a 5<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> reservadas ao Pronto Socorro. O HMC saiu de menos de 200 leitos antes de 1945 para 418 em 1951 e de 11 enfermarias em 1939 para 16 cerca de uma década depois. Percebe-se nesses dados que as enfermarias masculinas praticamente permaneceram

---

<sup>1313</sup> Com campanha iniciada em meados de 1932, a Sociedade Mantenedora do Hospital Operário, ligada à filial da Cruz Vermelha no Rio Grande do Norte, logrou, em 1942, permissão para instalar provisoriamente suas atividades no bairro do Tirol, no edifício onde funcionou o 24<sup>a</sup> RC, na Avenida Rio Branco, pertencente ao Ministério da Guerra. A Reforma do prédio foi realizada pela Prefeitura Municipal.

constantes enquanto as de mulheres aumentavam de 4 para 9, o que refletia a preocupação com a mortalidade infantil, algo que já explicitamos longamente em páginas precedentes.

No caso dos homens trabalhadores que adoeciam, temos de buscá-los cuidadosamente, assim nos parece, em determinadas clínicas, como a Dermatológica (por vezes, Sifiligráfica, outras, Venereológica), a Urológica e a Clínica de Homens e Mulheres. Podemos, de largada, deter-nos na predominância nosológica que tais clínicas sugerem, mesmo sabendo que as doenças mencionadas não eram exclusivamente ocupacionais, no sentido da medicina do trabalho. Aliás, nosso foco, dada a natureza e o estado arquivístico das fontes, é certamente mais geral, ou seja, pensamos em reconstruir, conquanto alimentados por significativo grau de imprecisão, algum padrão desses internados, deduzindo, então, de algumas pistas o modo de acolhimento que lhes foi oferecido pelo HMC. A tarefa tem – e estamos certos disto – uma boa dose especulativa, muito ao sabor dos ventos soprados pelo “anjo da história” de Paul Klee, que, de costas para o futuro, via os destroços do passado “crescerem até o céu”. Em nosso caso, sobraram as cinzas. Tentaremos tomar nas mãos os restos dessa destruição, sem olhar para o futuro também, sem retrodicção, a ver se essas cinzas ainda queimam.

Na Enfermaria de Clínica Médica, que atendia tanto homens quanto mulheres, em quase 13 anos, podemos observar claramente a prevalência masculina nos registros. Em geral, a Seção de Homens computava constantemente doenças infecciosas e parasitárias, enfermidades que atacavam os aparelhos digestivo e respiratório, como anotou Ernesto Fonseca em 1938. Nessa clínica, houve apenas pequenas alterações, com a inclusão, por exemplo, de doenças do sistema nervoso em 1939 e de casos de reumatismo e nutrição em 1945. Nos relatórios correspondentes, não se impôs qualquer interpretação dos dados, de modo que temos de nos valer de hipóteses um tanto frágeis, ou nem mesmo isso, tendo apenas conjecturas mais ou menos verossímeis.

Os problemas envolvendo o aparelho digestivo já são bem conhecidos dos governadores e interventores locais. As secas, que destruíam as colheitas, em se tratando da zona rural, e a carestia dos alimentos nos núcleos urbanos, produziam os fenômenos da fome, atingindo especialmente as camadas mais pobres da população. Durante a Segunda Guerra, Natal sofreu frequentemente com o problema: em 1939, já se denunciava “a elevação de preços de meios de subsistência”; em 1942, o HMC se queixa do “custo exorbitante dos artigos de consumo diário” e da “elevação dos meios

de subsistência”; em 1943, falava-se abertamente na “escassez de gêneros alimentícios” que causavam o aumento da miséria. Provavelmente, a mão de obra mais braçal que se empregava na cidade compartilhava desse estado nutricional. Não sem motivo, a Clínica Odontológica contabilizava altos índices de extração em adultos, que podem ser relacionados, até certo ponto, à alimentação deficiente da população. A força de trabalho, sob esse prisma, apresentava-se bastante vulnerável a doenças, tendo seu rendimento laboral e sua saúde seriamente prejudicados.

Por sua parte, a Clínica Dermatológica é igualmente esclarecedora sobre os trabalhadores na capital. As doenças venéreas, especialmente a sífilis, constituíam para as autoridades sanitárias locais outro obstáculo para a saúde da classe trabalhadora. Nos anos 1920, instalaram-se postos de combate à sífilis, mais voltados para a situação no campo, alvo privilegiado do movimento sanitarista<sup>1314</sup> do período. Em 28 de março de 1921, o governador Antônio de Souza lançou o Serviço de Profilaxia da Sífilis e Moléstias Venéreas, abrindo inicialmente um posto no HCJB e outro no Batalhão de Segurança. O objetivo era cuidar dos enfermos e investir na prevenção da doença. A iniciativa fora inclusive elogiada pelo *Office Internacional D’Hygiène Publique*, órgão que congregava cerca de 43 países.<sup>1315</sup>

Esse esforço se dava, entre outras coisas, porque a medicina da época desconhecia a etiopatogenia da sífilis, cuja terapêutica demandava muito tempo e capital, sendo bastante onerosa para o Estado, e sem a certeza do restabelecimento ou cura. Não apenas os homens preocupavam, mas as mulheres também chamavam a atenção. Nas suas memórias, o diretor do hospital relatou a este respeito um caso peculiar:

Foi ao Posto do Hospital “Jovino Barreto” uma senhora de 62 anos de idade, casada, mãe de muitos filhos e apresentando na commissura labial esquerda um cancro duro, leucoplasias na bocca e garganta, bem como syphilides papulo-maculosas na face, thorax e braços.

Contando sua história disse que havia dois meses lhe apparecera aquella ferida no “canto da bocca” e havia poucos dias encheu-se-lhe o corpo daquellas manchas, a ponto de não poder comer nem dormir, taes as dores que sentia.

Interrogada sobre a origem da sua moléstia, contou ainda que tratava de um filho, que ficára em casa entrevado e cheio também daquella

<sup>1314</sup> O período ficou conhecido, na feliz expressão de Gilberto Hochman, como a “Era do Saneamento”, assinalado pela formação das primeiras políticas de Saúde Pública do Brasil, e que teve seu marco definidor na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922. Para um estudo detalhado sobre o tema, cf.: HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

<sup>1315</sup> CICCO, Op. cit., p.105.

“feridagem”, acreditando que apanhara tudo aquilo, porque costumava fumar o resto do cigarro que o filho deixava.<sup>1316</sup>

Vê-se que um núcleo familiar inteiro era portador da sífilis, e, no caso da mulher, o prognóstico era desalentador:

A medicação arsenobenozoica fez o milagre da cicatrização rápida das lesões da pelle, e a pobre senhora voltou ao lar e ao trabalho, certa de estar curada, e sem saber que o terciarismo virá mais tarde terminar os seus dias...<sup>1317</sup>

A disseminação da moléstia incentivou a produção de inúmeros manuais de venereologia. Estudava-se o desdobraimento da doença nos rins, no fígado e no sistema nervoso, costumando-se usar de forma abusiva o mercúrio nas feridas fétidas. Em 1910, o químico alemão Paul Ehrlich (1854-1915) sintetizou os compostos arsenicais 606 e 914, que passaram a ser utilizados contra o *Treponema* de Fritz Schaudinn.<sup>1318</sup> Os sintomas da sífilis primária eram muito difíceis de se reconhecer nas gestantes, e se acreditava que o sêmen do primeiro parceiro, infectado, ficava impregnado na mulher, sendo transmitido para os segundos e terceiros filhos, que daí recebiam a doença. Por isso, normalmente a moral social impunha severa responsabilidade aos homens, considerados culpados pela proliferação da doença.<sup>1319</sup>

A crença na hereditariedade da sífilis não era mera credence popular. Obtinha seus fundamentos na observação dos casos de crianças que apresentavam sintomas diversos próprios que anunciavam a presença da morbidade sífilítica. Em muitas ocasiões, a doença encontrava-se encoberta sob a aparência de uma úlcera, que rapidamente atacava os tecidos moles e os ossos. Em seus apontamentos, Januário Cicco registrou um caso dessa natureza, envolvendo uma criança no HCJB. O drama da situação estava na decisão que ele teria de tomar, ao sugerir a amputação da perna do infante:

Lembro-me de um caso muito interessante, passado há alguns annos, de uma ulcera que destruiu a tibia, da sua extremidade inferior ao terço superior, cuja circumvisinhança fora invadida por um processo de suppuração fétida e tão propagado a todo membro que lembrei a amputação da perna, como medida de defesa á seu portador. O pae da

---

<sup>1316</sup> Ibid., p.115.

<sup>1317</sup> Ibid., p.116.

<sup>1318</sup> SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2ª ed. São Paulo: Senac, 2005. p.78.

<sup>1319</sup> DEL PRIORE, Mary. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. São Paulo: Planeta, 2011. p.97.

creança negou permissão a qualquer intervenção cirúrgica, mesmo a raspagem; e nada tendo a fazer, deixei o doentinho com uma medicação mercurial e cuidados tópicos, e nunca mais tive notícias do caso. Anos depois, recebi no meu consultório um rapaz robusto, corado, já casado, vindo consultar-me sobre incômodos gástricos; e contou-me que fora elle o doente de quem eu quis amputar a perna, por necrose da tibia, narrando, então que o osso cahira, largando-se “das suas amarras”, e vivendo agora com o peroneo, sem claudicar, nem sentir qualquer differença na marcha. Examinei-o, de facto, a perna era muito mais fina do que a outra e sensivelmente arqueada para fóra.<sup>1320</sup>

Segundo dados dos relatórios do HMC, a doença se manifestava principalmente por intermédio de úlceras nos membros inferiores, podendo até evoluir para o câncer venéreo, tal como apontado nos mapas de 1945 e de 1946. Muitas dessas úlceras eram crônicas, chegando mesmo a superlotar os leitos hospitalares, como declarou a SAH em 1943:

Confrontando ainda os mapas, vê-se claramente que o movimento da seção de dermatologia e sífilis hospitalizou 462 doentes, afóra inúmeros outros tratados no Ambulatorio. Pode-se dizer que quase metade dos leitos das enfermarias de homens é ocupada por esta clínica, das mais dispendiosas e ingratas, apesar dos esforços do chefe da clínica, convencido, como nós, de que esses doentes constituem dificuldade invencível á renovação dos enfermos, porque, de ordinário, demoram longamente a sua estada no estabelecimento, pela própria natureza e extensão das lesões.<sup>1321</sup>

É proveitoso recordar, neste ponto, que tal problema já fora assinalado pelo diretor do HMC (na época, HCJB) como o maior inimigo da saúde da classe operária, aliado aos velhos e conhecidos males atribuídos ao alcoolismo, questão sobre a qual dissertamos em outra oportunidade. Deixando de lado o forte traço de moralismo que carregava esse discurso médico, sua percepção dos riscos individuais e sociais da disseminação da doença certamente tinham forte base de comprovação na experiência clínica, o que as estatísticas apresentadas nos relatórios efetivamente corroboravam. Ele também nos traz claramente uma preocupação com importante parcela dos trabalhadores que, desde os anos 1920, mesmo que em cenário ainda limitadamente composto por microindústrias, vinham crescendo em número e ocupando até importante papel na política local.

<sup>1320</sup> CICCO, Op. Cit., p.251.

<sup>1321</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0754. Prestação de contas com exposição de motivos apresentada ao Exmo<sup>o</sup> Senr. Interventor Federal General Antonio Fernandes Dantas pelo dr. Januário Cicco Diretor da Sociedade de Assistencia Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943. Natal, 1943. p.6-7.

Como vimos, no Censo de 1920, totalizavam cerca de 2146 operários para 197 estabelecimentos industriais, o que dava uma média de 11 operários para cada indústria. Passaram, a partir desse período, a se associarem em organizações sindicais, como a dos salineiros em Mossoró (que chegou a reunir, mais adiante, entre 3 e 5 mil sindicalizados) e a dos sapateiros em Natal, notoriamente instruídos ambos pelo Partido Comunista.<sup>1322</sup> Os sindicatos de trabalhadores cresceram dali em diante, e, em 1932, deu-se a criação da União Geral dos Trabalhadores, que atuava à margem da legislação sindical, estando ligada, na política local, a Café Filho e seus correligionários. Com efeito, na década seguinte, as associações sindicais se multiplicaram de tal maneira que, só em Natal, em 1933, podemos registrar uma pletora delas, como o Sindicato dos Estivadores Natalenses, Sindicato dos Sapateiros, Sindicato dos Pedreiros de Natal, União Social Beneficente dos Motoristas, Sindicato dos Ferroviários da Great Western, Sindicato dos Marceneiros e Pintores de Natal, União Sindical da Prefeitura de Natal, Sindicato dos Trabalhadores das Docas do Porto, Sindicato dos Pintores, Sindicato dos Professores Norte-rio-grandenses e Centro Operário Natalense.<sup>1323</sup>

Segundo o Censo de 1950, que toca o extremo de nossa periodização, dentre os ramos da indústria recenseados, haviam sido contabilizados 2751 operários, dos quais quase metade deles, cerca de 1169 trabalhadores, exerciam suas atividades em Natal, com 30,51% (712 operários) desse total de empregados ativos lotados nas indústrias de alimentos e subsidiárias, 22,29% (cerca de 520 empregados) no ramo do extrativismo com beneficiamento e 13,2% (306 trabalhadores) na construção civil.<sup>1324</sup> Mesmo não sendo uma indústria expressiva e tão numerosa em seus empregados, este ramo da atividade econômica tinha seu quinhão trabalhando na capital, demandando atendimento médico e hospitalar no único hospital geral<sup>1325</sup> da cidade. Daí toda a inquietação do diretor da SAH com essa população operária, já que era clientela sempre presente nas enfermarias do HMC.

<sup>1322</sup> COSTA, Homero de Oliveira. *A insurreição Comunista de 1935*. Natal: EDUFRRN, 2015. p.66.

<sup>1323</sup> *Ibid.*, p.68.

<sup>1324</sup> IBGE. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1951. p.114-117. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_1950.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1950.pdf). Acessado em: 5 nov. 2021.

<sup>1325</sup> Ao longo do tempo, outros hospitais gerais foram surgindo. Na década de 1930, tínhamos o Hospital do Seridó e um outro em Mossoró. Duas décadas depois, o Censo registrava 36 deles espalhados pelo estado, sendo o Hospital São Lucas o primeiro particular da capital (1952). Em Natal, nos idos de 1948, apareciam entre os telefones úteis o HMC (o único para toda a população), o Hospital Evandro Chagas, a Policlínica do Alecrim, o Sanatório Getúlio Vargas, o Hospital dos Alienados, o Hospital Militar e o Hospital Naval, a maioria voltada a público restrito.



A propósito, as categorias de trabalhadores recebidas no Miguel Couto não eram tipologicamente rígidas, mas se entremesclavam a partir de cruzamentos diferentes, por exemplo, entre as profissionais e as socioeconômicas. Assim, menções a “operários pobres” nos pedidos de internamento foram bastante comuns, como neste ofício n.68 redigido pelo prefeito de Areia Branca para a direção do HMC, em 4 de agosto de 1937:

Necessitando submeter-se a uma operação cirúrgica, o operário Antonio Felix Barbosa, portador do presente, residente nesta cidade, peço a V.S. o obsequio valioso de internal-o (sic) nesse estabelecimento para o fim desejado independente de pagamento, isso porque se trata de um cidadão pobre sem os recursos necessários para as despesas decorrentes da intervenção cirúrgica. Certo de ser atendido, agradeço de antemão, e sirvo-me da oportunidade para expressar a V.S. os meus protestos de muita estima e distinta consideração.<sup>1326</sup>

Esse operariado mais pobre era extremamente vulnerável. As doenças ou os acidentes de trabalho que os afligiam sublinhavam, por certo, essa condição. Um simples operário de ferrovia poderia ter sua vida ceifada inesperadamente por um pequeno acidente. Veja-se o caso de Julio de Brito, em 3 de janeiro de 1938, que recolhemos a partir do pedido de um juiz de Natal, Regulo Fonseca Tinoco, ao HMC:

Solicito a V. As. As necessárias providencias no sentido de ser informado a este Juizo a causa mortis de JULIO FERREIRA BRITO, operário da Estrada de Ferro Central do Rio Grande do Norte, internado nesse Hospital no dia 31 de Janeiro do ano próximo passado, para tratamento de uma estrepada no pé direito por um prego, e falecido no dia 3 de Fevereiro do mesmo ano.<sup>1327</sup>

O operário deixou o local de trabalho - vejam só! – com uma “estrepada no pé direito” e, um mês depois da baixa no hospital, deixou mesmo foi a própria vida... Outros operários contavam com a melhor sorte de, ao menos, estarem protegidos por alguma Companhia de Seguros, o que tornava as condições de atendimento certamente mais suaves. Dentre tais Seguradoras, a Sul América Terrestres, Marítimos e Acidentes estava no rol das mais acionadas. Quando, em abril de 1938, o operário José Tibúrcio da Costa precisou de “repouso” de 2 a 5 dias no HMC, sob as observações de Travassos Sarinho, a apólice foi liberada por essa empresa.<sup>1328</sup> Certamente, a garantia de uma Seguradora tornava a vida de Tibúrcio mais confortável que a do trabalhador da Estrada

<sup>1326</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0826. Ofício n.68 da prefeitura de Areia Branca. Natal, 4 ago. 1937.

<sup>1327</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0077. Solicitação de Juiz da 2ª Vara de Natal. Natal, 3 jan. 1938.

<sup>1328</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0077. Correspondência. Natal, 6 abr. 1938.

de Ferro Central, podendo ser recebido nas condições da Clínica Civil ou no Pavilhão dos Pensionistas, na terceira classe.

Na esteira dos exemplos anteriores, retenhamos desde já, mesmo ameaçando sermos repetitivos, a importância para esses trabalhadores de se verem vinculados formalmente a tais Companhias, Seguradoras e IAPs. Essas organizações forneciam as garantias legais e práticas para o atendimento médico no HMC, agindo como fontes pagadoras da instituição hospitalar. Determinavam, nesse sentido, a condição primeira de hospitalidade do operário, sem a qual possivelmente não poderia dar baixa no nosocômio. Sua centralidade era tal que os contratos assinados com o hospital eram extremamente rigorosos e detalhados, constando de cláusulas e tabelas diversas com classificações minuciosas acerca dos acidentes de trabalho e os valores correspondentes aos serviços prestados. Exemplificativamente, dispomos do contrato da Companhia Segurança Industrial, de junho de 1940. Nele, temos um bom exemplo do que afirmamos anteriormente, merecendo nosso destaque em citação:

O Hospital obriga-se:

(I) A prestar aos operários ou empregados segurados pela Companhia que forem vítimas de acidente de trabalho e que se apresentarem com uma “guia” fornecida pela mesma, os socorros e o tratamento de que carecem.

(II) A empregar o maior zelo no tratamento dos acidentados, de modo que a sua cura se verifique completamente e dentro do menor período possível, não resultando reclamações por parte dos acidentados ou dos seus patrões, das quaes advenham prejuízos para a Companhia.

(III) A providenciar, com maior presteza, o transporte dos acidentados sempre que for requisitado, ao local onde houver ocorrido o acidente.

(IV) A não prestar assistência nos casos que não forem derivados exclusivamente de acidentes de trabalho.

(V) A fornecer regularmente á Companhia, devidamente preenchidos (na parte que se lhe refere), as “Guias de Accidente” as “Guias de Alta”, os Mapas do movimento de assistência medica e hospitalar e ainda quaisquer Relatorios sobre os acidentados ocorridos, quando necessários.

(VI) [...]

(VII) A fornecer quando necessário, as radiografias e radioscopias requisitadas pela Companhia.

(VIII) A apresentar a Companhia, depois da terminação dos tratamentos, as contas dos serviços prestados aos acidentados, devendo cada conta ser relativa a uma única pessoa e conter a especificação dos serviços bem como serem todas as contas apresentadas ao mesmo tempo e de uma só vez em cada mês.<sup>1329</sup>

<sup>1329</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0772. Recibos ano 1940. Natal, 30 de junho de 1940.

Suprimimos acima os preços e serviços (item VI) e as obrigações da Companhia (itens IX a XIV), pois preferimos dar visibilidade especificamente às obrigações do HMC, deixando de fora outros aspectos a considerar. É interessante notar o quanto que o contrato atesta acerca das dificuldades de se obter uma internação, não só pela exclusividade fática dos acidentes de trabalho enquanto objeto, mas também pela própria documentação exigida pela Companhia, ou seja, pensar a hospitalidade no HMC era incluir a própria estrutura das organizações securitárias do trabalho e suas práticas de exclusão, como a nos dizer que o primeiro gesto da hospitalidade era mesmo a inospitalidade, a resistência (ironia) a receber, tais se mostravam as limitações. Outro ponto essencial deste contrato foi a modalidade dos acidentes de trabalho sumariados. A maioria dos itens se referia cirurgias ligadas a fraturas, luxações e problemas oculares, o que parece concordar com as nossas observações sobre o Pronto Socorro e o Ambulatório na década de 1940, particularmente no pós-Segunda Guerra.

Todos esses detalhes do contrato que esboçamos, por óbvio, nem sempre foram seguidos à risca, e, por conseguinte, os desentendimentos acabavam emergindo. Alguns anos antes, em 1937, uma confusão com uma paciente do HMC rendeu farpas entre a Sul America e a direção do Miguel Couto. Tudo teria se dado porque a mulher internada pertencia a uma classe de pacientes distinta daquela categoria em que fora hospitalizada. A questão foi expressa numa carta-reposta de Januário Cicco para Enéas Reis, representante da mencionada Seguradora:

Tomando conhecimento da carta que V.S. mandou á administração deste Hospital, cumpre-me, a bem da verdade, dizer que no dia 25 do corrente, ás 12 horas, apresentou-se neste estabelecimento a mulher Joanna Maria da Silva, acidentada e necessitando de socorros urgentes, tendo sido atendida imediatamente pelo medico residente, fazendo na paciente uma pequena intervenção, sustando assim profusa hemorragia e suturando os planos anatômicos interessados. E o fez certo de que se tratava de uma indigente, pois só depois da intervenção foi que veio á administração o cartão dessa Companhia, pedindo para internar a enferma como pensionista de 3ª classe. Certamente V.S. esqueceu de avisar ao medico da Sul America aquelle acidente, pois ainda no dia 27, pela manhã, aquelle facultativo ignorava tudo quanto occorrera. Informado o medico dessa Companhia da atitude que assumiu no caso o medico residente, numa indigente até o momento da intervenção, na Segunda-feira, pela manhã, foi nessa ocasião entregue a doente aos cuidados do medico dessa Companhia de Seguros. O qual recusou terminantemente assumir a direção dos cuidados post-operatorios. Isto posto, não procede a sua carta de 27 do, andante, e chamo a atenção de V.S. para ás disposições do Art.100 do Regulamento do Hospital “Miguel Couto”.

Que se não repitam reclamações e factos dessa natureza, porque não interessa á Directoria da nossa Sociedade a desorganização dos nossos serviços, e muito menos permitir a indisciplina dentro do nosso estabelecimento de assistência publica, onde só a Directoria tem autoridade para fazer cumprir ordens, sendo preferível recusar os seus segurados.

Oportunamente levarei ao conhecimento da Directoria da Sul America a occorrença, que deu logar á sua carta de 27.<sup>1330</sup>

Nessa longa e dura carta em resposta às acusações feitas pela Sul América em 1937, assim como as disposições leoninas do contrato de 1940 com o HMC, dão-nos uma boa medida, nas suas entrelinhas, de como o paciente era visto por tais instituições. Ambas se movimentavam segundo o espírito da “lógica securitária”, que enxergava no corpo doente uma máquina a ser “consertada”, “reparada” no mal funcionamento de suas peças. O artigo segundo do contrato é exemplar a respeito do que estamos falando, e vale, de nossa parte, a sua retomada. O “zelo no tratamento dos acidentados” não sinaliza qualquer exigência no sentido da hospedagem acolhedora no hospital; ela diz tão somente, dentro da mencionada lógica das Seguradoras, que o corpo do doente deveria ser consertado com “a qualidade e eficiência esperadas dos tratamentos”<sup>1331</sup>, ou seja, que a “cura” fosse obtida “dentro do menor tempo possível” e sem “reclamações por parte dos acidentados ou dos seus patrões” ou “prejuízos para a Companhia”. O corpo do trabalhador é valor econômico e os riscos das Seguradoras precisa ser recompensado financeiramente. Toda a dimensão pessoal, afetiva ou emocional da paciente ficou abafada pela miríade de papeis administrativos e contábeis solicitados. Por sua vez, a possível troca na categoria da paciente Joana Maria constituiria mero problema técnico, pois tinha a ver com a “desorganização de nossos serviços” e a “indisciplina” no hospital, mas nada ligado ao desconforto ou desrespeito a paciente: tratava-se de uma desfuncionalidade das normas. Aliás, não ficamos sabendo, por nenhum outro meio, o que a doente internada pensava a respeito do episódio. Sua voz simplesmente foi silenciada.

Em outros desses imbróglis envolvendo confusão de categorias para internamento, as ações tiveram contornos, no mínimo, pitorescos, pois traziam para a cena questões políticas locais. Quem nos conta o acontecimento foi o médico Abelardo

<sup>1330</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0781. Correspondências do Hospital “Miguel Couto” de 1929, 1936 e 1937. Natal, 28 set. 1937.

<sup>1331</sup> GUILLAUME, Pierre. Hospital: entre o técnico e o humano. In: MONTANDON, Alain (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. Tradução de Marcos Bagno e Lea Zylberlicht. São Paulo: Senac, 2011. p.588.

Calafange, que, naquela época, também servia na Policlínica dos Pescadores.<sup>1332</sup> Contamos Abelardo que Joaquim Augusto de Souza, líder político de Canguaretama e inimigo do PTB, partido a que pertencia, compareceu a seu consultório com um pescador de Baía Formosa e o irmão dele, pedindo um atendimento cirúrgico. Abelardo pediu, então, ao médico José Pinto Júnior, responsável pelo Ambulatório de Natal, que facilitasse o atendimento com a indicação terapêutica. No dia seguinte, Abelardo foi ao Ambulatório verificar se o atendimento havia ocorrido, e viu que o paciente tinha uma ficha com o diagnóstico de Hidrocele e a indicação de intervenção operatória. Conversou com o doente e lhe prometeu tratamento no Hospital da Policlínica. No dia 19, o enfermo e seu irmão procuraram Abelardo, mas como era fim de semana, agendaram internamento na segunda, dia 23. Ocorreu que o auxiliar de serviço Vitório Montenegro, responsável por abrir o hospital, faltou ao trabalho mais uma vez e ainda perdeu as chaves. Abelardo, então, pediu ajuda a Hiram Fernandes para internar o pescador no HMC, como pensionista. Contudo, o acidentado já havia sido hospitalizado como indigente na Enfermaria Masculina. Encontrando-o lá, Abelardo transferiu-o para a ala dos pensionistas, e acabou descobrindo, em conversa com o pescador, que o médico José Valentim telefonara para o outro médico Olavo Montenegro e ordenara seu internamento como “hernia em vias de estrangulamento”, completamente diferente do diagnóstico oficial dado por José Pinto Júnior. Segundo Abelardo Calafange, o paciente fora internado dia 23 e operado no dia seguinte, e tudo não passou de uma tentativa de desqualificar seus serviços médicos. Observem que o transtorno da “troca” de pensionista para indigente incomodava por afetar a reputação de Calafange, implicitamente sugerida como alguma manobra política, aproveitando ressentimentos de outros médicos colegas de profissão. Nessa novela, o pescador de Baía Formosa nem em linguagem de sinais teve algo a dizer...

Voltando à situação dos operários ferroviários, conforme se pôde perceber, as diferenças no atendimento e nas práticas de hospitalidade interligavam-se (in)sensivelmente com a presença ou não de fontes pagadoras que assegurassem o internamento e, com ele, os “mimos” que a posição funcional do empregado pudessem lograr. Pertencente a mesma companhia ferroviária de Júlio e Tibúrcio, o trabalhador Luís Antônio da Silva internou-se no HMC como primeira classe dos pensionistas,

---

<sup>1332</sup> DIÁRIO DE NATAL. Abelardo Calafange responde... Natal, 26 set. 1957,p.5.

sendo cuidado pelo médico dr. Carlos Alberto Passos.<sup>1333</sup> Estar “segurado” por tais companhias era uma vantagem não apenas para o trabalhador filiado, mas poderia, em certos casos, beneficiar também os parentes. Em uma correspondência enviada à Superiora do Miguel Couto, Aberarda Cortiani, em dezembro de 1938, o 2ª Curador dos Acidentes de Trabalho, o sr. Otto Guerra, explicou longamente á Irmã a necessidade de receber a viúva de um determinado operário, dando-lhe a devida assistência:

Dará entrada nesse Hospital, amanhã, a sra. Joana Batista Lago, viúva do operário José Thames, para ser operada.

A referida sra., na qualidade de consorte do acidentado, tem direito a receber da Panair do Brasil S. A. a indenização por morte do seu marido, em consequencia de acidente do trabalho – (moléstia profissional), já tendo obtido ganho de causa junto ao Tribunal de Apelação, por seu intermédio, na qualidade de curador de acidentes do trabalho.

Como a referida sra. Não disponha de recursos, presentemente, para internar-se como pensionista, mas tenha a receber a indenização que lhe é devida, que dará para esse pagamento, venho solicitar de V. Excia., a seu pedido, que a debite pela despeza, até que ela receba a sua indenização, o que será paga pela Panair, em período de tempo que não estará distante, pois já estou em entendimentos com a referida companhia para a liquidação do caso.<sup>1334</sup>

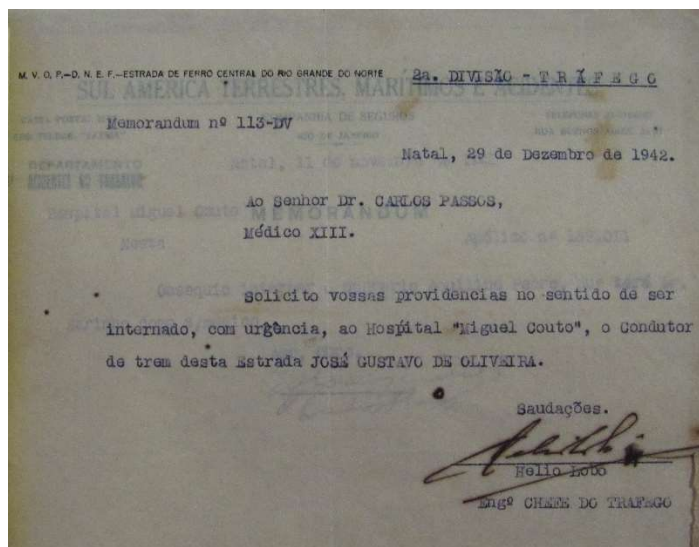
Na situação destacada acima, a internação não ocorreu, por assim dizer, tão “naturalmente”, porém teve de valer-se de um pedido feito por uma autoridade em questões do trabalho. Este modelo de documento, por sinal, era a chave para a entrada no HMC. Nem mesmo os indigentes estavam livres de portar um comprovante desses autorizando ou referendando a sua hospitalização: normalmente, os mais pobres obtinham-no nas delegacias de polícia, podendo ser expedidas também nas prefeituras, em instituições filantrópicas, como a LBA, entre outras instâncias.

---

<sup>1333</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0077. Correspondência. Natal, 18 abr. 1938.

<sup>1334</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0077. Correspondência. Natal, 20 dez. 1938.

**Figura 141** - Pedido de internação de condutor de trem



Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 0746. Memorandos, 1942.

Nesse universo do operariado que acessava os serviços do hospital, é imperioso notar que os nomes femininos simplesmente desapareceram dos registros. Os círculos operários na capital raramente desfilavam sua presença. Era uma profissão quase que exclusivamente composta por homens. Em toda a documentação examinada, somente vemos surgir uma silhueta feminina em um *memorandum* de 1 de fevereiro de 1943, enviada pela Sul América Terrestres, Marítimos e Acidentes, com a seguinte mensagem para o HMC:

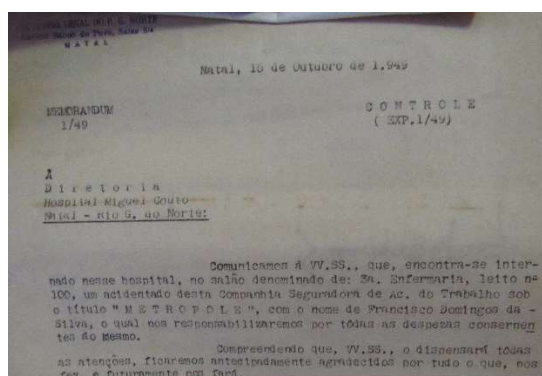
Operaria Julia Fernandes  
Pedimos internar a operaria supra mencionada por conta desta Cia., devendo ser chamado na ausência do Dr. Sarinho o Dr. João Tinoco para s/tratamento.<sup>1335</sup>

Consultando o relatório de 1943, vemos que, no corpo médico do HMC, o médico João Tinoco Filho atuava como chefe da Clínica Obstétrica e o dr. Clóvis Travassos Sarinho era cirurgião (titular até 1937), atendendo privado na Clínica de Saúde anexa. Talvez, a hospitalização indicada na guia se desenrolasse em virtude de uma possível maternidade, como se deixa entrever na especialidade do médico substituto. De todo modo, como dissemos, Júlia destoava do quadro predominantemente masculino dos ferroviários.

<sup>1335</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0746. Memorandos, 1942.

Entrementes, sabemos que as mulheres participavam ativamente de outros setores, como fiação e tecelagem, vestuário, confecção de roupas e alimentos.<sup>1336</sup> Entre 1920 e 1940, com o refluxo feminino no setor industrial, as mulheres vão ser empurradas na direção dos serviços domésticos e do trabalho em domicílio, só posteriormente se ocupando com o setor de serviços, o comércio e a burocracia de escritórios.<sup>1337</sup> Como sublinhou a historiadora Margareth Rago, “Às mulheres pobres e miseráveis, as fábricas, os escritórios comerciais, os serviços em lojas, nas casas elegantes ou na Companhia Telefônica apareciam como alternativas possíveis e necessárias”<sup>1338</sup>. Calcula-se que, em 1872, a força de trabalho da mulher correspondia a 76% do contingente fabril, enquanto em 1950, os números reduziram-se para 23%.<sup>1339</sup> Explicamos em outra parte as camadas de significado que recobriram de forma dominante o corpo feminino como o da mulher-mãe, sendo esta a antropologia médica que marcou de ponta a ponta a hospitalidade no Miguel Couto.

**Figura 142** - Detalhes de internamento no HMC de um operário segurado, em 1949



Fonte: APE/RN. HMC. Caixa 0746. Memorandos de 1930 a 1966. Natal, 15 out. 1949.

Curiosamente, os operários do Porto de Natal, bastante movimentado, ou mesmo passageiros de Companhias de Navegação, também possuem escasso registro nas internações do HMC. Em 4 de outubro de 1932, o Capitão de Corveta e da Capitania dos Portos, Cesar Augusto Machado da Fonseca, enviou um memorando solicitando ao

<sup>1336</sup> MATOS, Maria Izilda; BORELLI, Andrea. Espaço feminino no mercado produtivo. In: PINSKI, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (org.). *Nova História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2018. p.128.

<sup>1337</sup> Ibid., p.134.

<sup>1338</sup> RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista: Brasil 1890-1930*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p.88.

<sup>1339</sup> \_\_\_\_\_, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: PRIORI, Mary Del; PINSKY, Carla Bassanezi (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2018. p.582.



diretor do HMC a alta de o “Carvoeiro” João Cavalcante de Vasconcelos, que havia se acidentado a bordo do vapor Oswaldo Aranha.<sup>1340</sup> Alguns anos depois, em 21 de junho de 1942, a firma Derick Von Söhsten & Cia. pediu a hospitalização como pensionista de Sigurd Hansen, tripulante do vapor norueguês Brenas,<sup>1341</sup> o mesmo se dando para A. Anderson e J. Gabrielsen, do cargueiro norueguês Banaderos, em 11 de novembro do mesmo ano, a pedido da Companhia Nacional de Navegação Costeira.<sup>1342</sup> Nas listas dos pensionistas do hospital, o número de estrangeiros se mostra mais significativo, principalmente no período da Segunda Guerra, mas, nesses casos, não sabemos a origem nem a profissão de cada um deles.

Em se tratando das classes trabalhadoras, sobretudo a operária, o hospital legounos pistas frágeis a respeito. Em uma única oportunidade, um *memorandum* da Sul América mencionou, em 28 de março de 1942, que o operário José Luiz de Paiva iria internar-se no HMC para ser “operado de hernia”, e nada mais.<sup>1343</sup> Por estranho que possa parecer, encontraremos melhores informações acerca das causas de internamentos nas páginas dos jornais, nas ilhas de pequenas notícias, vagando aqui e ali, nas colunas de despachos do Palácio do Governo, no desborde da seção do Informador, enfim, nas manchetes dos acidentes.

É exatamente nos periódicos que os operários da zona portuária, antes esquecidos, tiveram seus acidentes de trabalho noticiados. Nas obras de prolongamento do cais, seis trabalhadores foram atingidos por um “desarranjo” nos tubos de ar comprimido, que causou ferimentos e escoriações nos acidentados, sendo atendidos pelo médico da Companhia Hidráulica e logo depois levados ao HMC. Trabalhar nas Docas comportava efetivamente seus perigos. Trabalhando com o descarregamento de sacas de cimento, o estivador Leoncio Simplicio do Nascimento, de 33 anos, recebeu uma sacada inesperadamente lançada do vapor Alkaid, caindo ao solo desacordado. Fora levado ao HMC pela ambulância, posteriormente se recuperando bem.<sup>1344</sup> Eram, como bem se vê, acidentes de trabalho característicos da ocupação, nem todos, é importante ressaltar, amparados nas Seguradoras ou nos IAPs.

---

<sup>1340</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0077. Correspondência 1937. Natal, 4 out. 1932.

<sup>1341</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0746. Memorandos de 1930 a 1963. Natal, 21 jun. 1942.

<sup>1342</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0746. Memorandos de 1930 a 1963. Natal, 11 nov. 1942.

<sup>1343</sup> APE/RN. HMC. Caixa 0746. Sul América Terrestres, Marítimos e Acidentes. *Memorandum* ao Hospital “Miguel Couto”. Natal, 28 mar. 1942.

<sup>1344</sup> A ORDEM. Atingido por uma saca de cimento. Natal, 16 jan. 1948.

Distante das Docas, havia trabalhos igualmente inseguros e arriscados. Nos anos 1930, relataram-se vários acidentes que compreendiam explosões. Em 28 de agosto de 1935, no município de São Gonçalo, houve uma grande explosão no Engenho Santo Antônio, pertencente a Francisco de Souza Mattoso. A caldeira arrebentou e destruiu todo o prédio, matando o operário João Pimenta e uma criança, e deixando mais quinze feridos, cinco dos quais em estado grave. Todos foram transferidos em caminhões para o HMC.<sup>1345</sup> Em outros casos, o acidente nem propriamente era inerente aos riscos da atividade laboral. Em 8 de janeiro de 1936, o operário José Marcolino, do Serviço de Saneamento, limpava um terreno nas proximidades do Almoxarifado do Estado quando, insuspeitadamente, na batida da picareta, atingiu uma dinamite que estava ali no mato, fazendo-a explodir com alto estampido. O operário, contudo, teve ferimentos leves e foi medicado no Miguel Couto.<sup>1346</sup>

Outros acidentes se mostravam mais próximos do cotidiano dos trabalhadores pobres, como o de Manoel Barbosa de Lima que se machucou numa pedreira em Macaíba, ligada ao ramo da construção civil,<sup>1347</sup> ou mesmo a queda de José de Aquino do alto de um sobrado na Av. Tavares de Lyra, próximo ao famoso Hotel Internacional, caindo no telhado do bar “Cova da Onça” e fraturando o braço esquerdo.<sup>1348</sup> Tais ocorrências desastrosas nos falam especificamente não apenas sobre os acidentes, mas também acerca da expansão das construções na cidade, como a notícia de um muro que desabou sobre dois operários que trabalhavam em construções na Ribeira, na esquina da Rua Nísia Floresta com a Ferreira Chaves em abril de 1945.<sup>1349</sup>

À primeira vista, esses pequenos eventos dispersos parecem nada nos dizer, para além de sua existência fática. Entretanto, à medida que colecionamos e examinamos o conjunto, notamos que os fios, antes soltos, se entrecem mais substancialmente, configurando determinada quadro ou paisagem da realidade social. Como discorreremos na discussão preliminar sobre o Pronto Socorro, o panorama de exposição do corpo do trabalhador, e, em certa medida, dos outros corpos também, sofreu uma alteração perceptível na direção dos traumatismos do que propriamente das doenças infectocontagiosas predominantes.

---

<sup>1345</sup> A ORDEM. Explodiu a caldeira do Engenho “Santo Antônio” em São Gonçalo. Natal, ano 1, n.38, 29 ago. 1935.

<sup>1346</sup> A ORDEM. Explodiu uma dynamite na Av. Rio Branco. Natal, ano 1, n.137, 9 jan. 1936.

<sup>1347</sup> A ORDEM. Hospital Miguel Couto. Natal, 8 mar. 1936.

<sup>1348</sup> A ORDEM. Caiu por cima da “Cova da Onça”. Natal, ano 1, n.191, 14 mar. 1936.

<sup>1349</sup> A ORDEM. O muro desabou, ferindo dois operários. Natal, 9 abr. 1945.

Nos anos 1930, mesmo que mais lentamente, os periódicos passaram a dar mais espaço em seu noticiário a acidentes provocados por entrechoques de passantes com transportes, como ônibus e bondes. Em 1937, ainda soavam plausíveis as peixeiradas e facas nas brigas de bar, as enxadas que cortavam acidentalmente agricultores, como a morte de Francisco Duarte, lavrador de Papari, no fim de agosto daquele ano<sup>1350</sup>, ou a cirurgia realizada em Antônio Gurgel, agricultor do Vale do Apodi.<sup>1351</sup> Já para o final dessa década em diante, víamos inicialmente notícias sobre choque entre bondes, atropelamentos inusitados, como o do usuário Pedro Coelho correndo atrás do bonde n.4, em frente ao cinema Rex, vindo a cair, num escorregão, debaixo dos trilhos<sup>1352</sup>; ou incidentes como o do mecânico da Air France, J. Barrier, que limpava o hidroavião a uma altura de dezoito metros, quando escorregou em mancha de óleo e caiu no solo de cabeça para baixo, vindo a falecer no HMC;<sup>1353</sup> ou até mesmo uma velhinha, de nome Maria Anunciada, sendo atropelada por um principiante na bicicleta, um rapaz de 22 anos, que, descendo ladeira abaixo no bairro do Carrasco, atingiu em cheio a senhora, provocando nela contusões graves e posterior falecimento no Pronto Socorro mesmo do HMC,<sup>1354</sup> mas que prenunciavam, cada um a seu modo, uma “era dos traumatismos” no pós-guerra.

De fato, os acidentes de veículos entre si e de transportes e automóveis com transeuntes se multiplicaram já no período da guerra. E isto tem relação com o crescimento da frota dessas máquinas circulando pelas cidades mais urbanizadas. O Anuário Estatístico do Brasil publicado em 1950, mas com dados de recenseamentos anteriores - pelo menos, em algumas situações, desde 1945 – mostra-nos nitidamente o volume geral dessa movimentação de veículos automotores e pessoas. No quadro ferroviário, que contava com 14km de linhas, havia, em 1949, cerca de 141 trabalhadores, 15 carros em tráfego, que transportaram, naquele ano, 7783 passageiros. Na rodoviação, no mesmo ano, constavam 1970 veículos motorizados, sendo 926 para passageiros, dos quais 659 eram automóveis, 208 ônibus e caminhonetes, 6 ambulâncias e 53 motos, e para cargas cerca de 950 caminhões e 72 caminhonetes, além de 22 outras modalidades de transportes de carga. Na aviação, as informações são do período entre 1945 e 1947.

---

<sup>1350</sup> A ORDEM. Sociaes: falecimentos. Natal, ano 2, n.612, 2 set. 1937.

<sup>1351</sup> A ORDEM. Sociaes: Enfermos. Natal, ano 4, n. 1007, 19 jan. 1939.

<sup>1352</sup> A ORDEM. Caiu debaixo do bonde quando procurava apanhá-lo. Natal, 30 ago. 1944.

<sup>1353</sup> A ORDEM. Num desastre morreu um mecânico da Air France. Natal, ano 1, n.47, 10 set. 1935.

<sup>1354</sup> A ORDEM. Na polícia e nas ruas: a anciã veio a falecer no Hospital Miguel Couto. Natal, 29 abr.1948.

No Anuário, a contagem se dá por chegadas e saídas de aviões, das pessoas que desembarcavam e daquelas que embarcavam, enfocando na circulação de pessoas e mercadorias. Assim sendo, no período mencionado, pousaram cerca de 1638 aeronaves em solo norte-riograndense (em Natal 1423, em Mossoró 215) e decolagens por volta de 1635 (1420 de Natal, e outras 215 de Mossoró), desembarcando-se 5442 passageiros (4775 em Natal e 667 em Mossoró) e tomando seus voos de partida 5744 tripulantes (4968 em Natal e 776 em Mossoró).<sup>1355</sup>

Em 1948, entretanto, embora com o aumento significativo de veículos e de pessoas circulando nas cidades, percebemos a limitação dos estabelecimentos de saúde. Não obstante a precariedade das informações estatísticas, elas não parecem tão distantes daquelas dos relatórios da SAH. Assim, em 1948, tínhamos 49 estabelecimentos com finalidade médico-social, dos quais 5 (1002 leitos, 37 médicos e 7933 internados) eram gerais, 10 maternidades (71 leitos, 20 médicos e 829 admissões), 3 para crianças (nenhum leito registrado, 3 médicos e nenhum registro de pessoa admitida), 1 leprosário (190 leitos, 2 médicos e nenhum registro de pessoas admitidas), 1 de doentes mentais e nervosos (363 leitos, 1 médico e 234 admissões), 1 para tuberculosos (130 leitos, 1 médico e 263 admissões), 3 unidades para civis (71 leitos, 26 médicos e 597 admissões), 4 para militares (267 leitos, 12 médicos e 862 internações) e mais 11 serviços oficiais de saúde pública.<sup>1356</sup>

Em vista disso, entende-se agora porque, naquele contrato da Companhia de Segurança Industrial de que tratamos, a cláusula VI descrevia e precisava quase que exclusivamente as ações relacionadas a intervenções cirúrgicas, fraturas e luxações, pois, de fato, essas ocorrências se tornaram os acidentes de trabalho mais comuns na vida cotidiana dos empregados. Ligavam-se à presença dos automóveis, acompanhavam

---

<sup>1355</sup>IBGE. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1951. p.114-117. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_1950.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1950.pdf). Acessado em: 5 nov. 2021.

<sup>1356</sup>IBGE. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1951. p.357-360. No fim dos quadros, encontram-se observações importantes sobre a coleta dos dados. Reproduzimo-los aqui, pois consideramos esclarecedores. Com relação aos estabelecimentos médicos: “I- Os estabelecimentos destinados ao tratamento médico, repouso ou convalescença, são classificados, como 11 ‘hospitais gerais’, quando possuem 25 ou mais leitos para doentes internos. Como ‘serviços oficiais de saúde pública’ foram classificados os centros de saúde, postos de higiene e outros serviços públicos de medicina preventiva. Finalmente, incluíram-se em ‘outros estabelecimentos’ aqueles que, embora pudessem ser incluídos nos itens anteriores -, estavam situados em escolas, estabelecimentos penais, etc. II – Os dados deste quadro estão sujeitos a retificação.” Com relação aos leitos, dizia-se: “I-O quadro não abrange cêrca de uma centena de leitos dos centros de saúde e postos de higiene”; e relativo ao corpo médico: “I-O quadro não abrange os médicos dos serviços oficiais de saúde pública, isto é, dos centros de saúde e postos de higiene e profilaxia”.

a ocupação de novos terrenos, o surgimento de novos bairros e a expansão da Construção Civil, já, pelo menos, desde o Plano da Cidade Nova no começo do séc. XX, entrelaçada com o crescimento demográfico, configurando um padrão de vida moderno, marcado singularmente pela velocidade no ritmo de vida da população trabalhadora.

Não gratuitamente, os periódicos locais vão, a partir de então, enchendo as suas páginas com o sangue dos atropelamentos, choques de carros e caminhões, quedas de aviões, capotamentos e tudo o mais que seja concomitantemente traumático e, se possível, pirotécnico. Descontando o apelo ao público ávido pelo sofrimento alheio ou por espantar a pasmaceira cotidiana, a vida urbana passou a traçar-se na paisagem sonora dos motores com seus “vrum-vrum” intermináveis, nos apitos dos guardas e seus gestos disciplinadores, na “semaforização” do ir e vir das pessoas para o trabalho e demais atividades ordinárias. Nessa transformação perceptível dos modos de produzir e reproduzir a vida pós-1945, a sociabilidade específica das instituições de saúde deve ter seguido, de algum modo, a hospitalidade-cidadã que apontamos em outro tópico. O indigente e o pobre, ao menos em teoria, eram cidadãos e, como tais, deveriam ser acolhidos como sujeitos de direitos e deveres, o que não significa, dentro das relações médico entre paciente, mais afetivamente ou tendo sua dimensão sentimental incorporada numa espécie de “comunidade emocional” dos corpos doentes, fragilizados ou vulneráveis.

Nessa virada que chamamos, de forma bastante imprecisa, de “era dos traumatismos”, o HMC, um tanto estranhamente, pouco registrou de um contato vis-a-vis dos corpos que não fosse a de uma espessa camada simbólica médica e legal, emudecendo os cidadãos na sua personalidade, tanto quanto nas décadas anteriores. Talvez, até haja aí algum laço de continuidade: a perspectiva de que a dor só falava a língua da medicina e, sendo monolíngue, pudesse dispensar todo o mais da vida vivida que não partilhasse da morfologia e da funcionalidade do corpo anatômico. Como sublinhamos uma vez, nas fraturas e luxações encaminhadas ao hospital não havia tempo para narrativa, para o tempo do demorar-se, só para passagens, sem começos nem fins. Daí nossa dificuldade em apreender a hospitalidade nessas situações, os rastros de emocionalidade da classe trabalhadora operária no acolhimento (melhor dizer recolhimento, não?) hospitalar, e as múltiplas representações dessas circunstâncias.

O investimento aqui foi circular, rondando os casos narrados, recolhendo cinzas de existências que, porventura, ainda queimam, tentando percolar as camadas simbólicas sobre os corpos hospitalizados, decifrando nas franjas gastas de um memorando, buscando encontrar alguma pista de hospitalidades bem possivelmente impensadas, até para seus atores. No caso dos operários, ficou patente que recebê-los no HMC era receber também uma articulação já dada entre “corpo e história”, uma “superfície de inscrição” impregnada dos códigos das Seguradoras, Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensão, que entremesclavam a antropologia do corpo-máquina, hegemônica no pensamento médico, e que via no corpo objeto de reparação, com a capitalização da noção de “risco” com que tais Companhias trabalhavam.<sup>1357</sup> A atividade laboral comporta riscos, que vão desde adoecimento, acidente, incluindo até a morte do trabalhador. As consequências não desejadas do trabalho poderiam ser previstas e minimizadas, podendo-se, assim, evitar transtornos maiores assinando-se uma espécie de “pacto de risco” entre as empresas e seus empregados mediado pelas Companhias, Seguradoras e IAPs, tendo-se em vista a “colonização do futuro”.<sup>1358</sup>

Dessarte, a hospitalidade ao trabalhador no hospital dialogava, não sem certo tensionamento, com as camadas simbólicas do corpo-utilidade do capitalismo industrial fordista, do corpo-trabalhador-cidadão de redemocratização, do corpo anatomofisiológico da medicina e do corpo-cidadão neoindividualista do Bem-Estar Social, que agregará sua dose de narcisismo nessa “geologia” do corpo doente hospitalizado. O movimento de hospitalidade no HMC, portanto, atendeu ao complexo jogo dessas camadas e seu tectonismo.

---

<sup>1357</sup> COURTINE, Jean-Jacques. *Decifrar o corpo: pensar com Foucault*. Tradução de Francisco Morás. Petrópolis: Vozes, 2013. p.8.

<sup>1358</sup> IANNI, Aurea Maria Zölnner. *Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.91 e 95. Para a autora, retomando N. Luhmann e Ulrich Beck, o risco é a previsão e controle das consequências futuras da ação humana, admitindo-se que o dano possível é contingente e evitável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nome “Miguel Couto” foi apenas uma de tantas outras designações oficiais recebidas pela organização hospitalar que abordamos nesta Tese: Hospital de Caridade “Juvino Barreto” (1909), Hospital Miguel Couto (1935), Hospital das Clínicas (1960) e, por último, Hospital Universitário Onofre Lopes (1984), administrado desde 2003 pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em parceria com a UFRN. As mudanças de nome, entretantes, não constituíram semiose gratuita, mas expressaram não somente significados socioculturalmente compartilhados, mas também os embates e as relações de força envolvidas na sua instituição. Em 1935, por exemplo, o diretor do então HCJB, o médico Januário Cicco, resolveu renomear o hospital para HMC, alegando ser uma homenagem ao famoso professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o doutor Miguel de Oliveira Couto.

Essa alteração soava como o desejo de sepultar o passado hospitalar vinculado às Santas Casas e concomitantemente apontar para um futuro da assistência médica marcado pelo conceito de hospital moderno. Durante longos anos, a decisão sofreu severas críticas dos jornais locais, em particular da imprensa católica, que se ressentia de a escolha não ter recaído no padre João Maria, figura que simbolizava a prática da caridade na capital. Outra versão, desta vez relatada pelo médico Travassos Sarinho, traz-nos uma cena mais prosaica: a mudança se deveu a uma discussão com o médico Ricardo Barreto, neto de Juvino César Paes Barreto, industriário local e conhecido filantropo. Em retaliação, o hospital substituiu o nome do antigo benemérito. Conforme se vê, a disputa pelo nome, não obstante a versão mais personalista de Sarinho, revelava certa tensão entre um modelo caritativo de assistência (além da memória de uma influente família local, por óbvio) e outro modelo médico-hospitalar dito moderno e tecnológico.

Assim, fizemos essa observação para ressaltar a complexidade de se abordar uma organização hospitalar que passou por tantas mudanças ao longo de quase três décadas, considerando-se a periodização adotada neste trabalho, indo de 1927, com a passagem para a administração privada da SAH, até meados de 1955, quando a instituição tornou-se hospital-escola da nascente Universidade do Rio Grande do Norte

(URN). Os rebatismos explicitados aqui, portanto, fornecem tão somente uma das portas de entrada para a descrição e compreensão do HMC.

Assim, propor um estudo sobre este hospital tornou-se desafiador. Primeiro, porque o HMC se constituiu na forja de uma temporalidade histórica acelerada, prenhe de acontecimentos traumáticos, transformações sociopolíticas e culturais profundas, principalmente durante os anos conflituosos da Segunda Guerra. Segundo, porque a historiografia hospitalar no Brasil ainda ecoa, em alto e bom som, a tradição laudatória que costumava “biografar” a instituição hospitalar segundo os feitos e atos heroicos de seus fundadores, fossem indivíduos, fossem grupos. O médico era o avatar do padre, e o nosocômio, uma expressão da Misericórdia... Terceiro, pois a documentação disponível falava quase exclusivamente a linguagem da burocracia administrativa, com suas muitas lacunas e sua conhecida assepsia no trato com a vida vivida.

Com efeito, tivemos de construir um caminho bem particular nessa empreitada, um modo de ver e uma modalidade percepção a respeito do objeto-hospital, digamos, nada usual. Investimos em uma história de “caráter destrutivo”, no sentido de “criar espaço, promover uma abertura para respirar” (MATOS, 2020, p.11) evitando as chamadas ideologias da Totalização e do Juízo Final, ou seja, construir uma história tensionada entre o ser e o devir, que alerte para o seu caráter de possibilidade, reconfiguração e diferenciação permanente, revelando que a sedimentação de todo horizonte histórico se constituiu a partir do arbítrio e da violência. Refiro-me à prática de uma “historiografia desconstrutiva” no sentido que Walter Benjamin e Jacques Derrida pensavam<sup>1359</sup>:

Ela [a historiografia] seria o âmbito responsável pela: 1) explicitação e retenção do caráter de possibilidade da história, ou ainda, à lembrança de que todo e qualquer aspecto emerge (*entsteht*) ou tem sua origem a partir de uma certa disputa ou polêmica entre determinadas perspectivas; 2) pela evidenciação do caráter de arbitrariedade que também seria próprio a todo e qualquer horizonte ou aspecto. Ou seja, também caberia à historiografia (ao pensamento histórico) descrever e explicitar que a história se diferencia a partir da tensão entre perspectivas e da sua rehierarquização necessária (arbitrária e violenta), de modo a reter a própria necessidade de que os homens e mulheres se dediquem à intensificação recorrente determinados passados denegados ou periferizados no presente, e, por conseguinte, à reconfiguração constante (no tempo certo, *kairós*) de seus horizontes históricos; 3) pela

---

<sup>1359</sup>RANGEL Marcelo de Mello. A história é o impossível:Walter Benjamin e Derrida. Rio de Janeiro:Ape´Ku, 2020, p. 20-21



liberação e disponibilização de sentidos e significados que podem e são fundamentais à constituição de argumentos e juízos próprios à crítica deste ou daquele horizonte histórico sedimentado (e congelado); 4) à animação desta tarefa árdua, (quase) impossível (marcada pela necessidade de certo revés) que é a da reorganização da história.

Por isso, apostamos na “multiplicação de narrativas” para abordar o HMC, buscando “abrir” as fontes para outras perspectivas, “redescrivendo-as” de modo a fazer emergir outras possibilidades, ainda que impossivelmente “marcada pela necessidade de certo revés”. De um hospital decantadamente moderno e tecnológico, sulcamos outras angulações inusitadas, como a face indesejada do hotel-hospedagem, a recusa do modelo das Santas Casas, os traços de anticomunismo durante a Intentona de 1935, os embates com o Hospital Militar instalado na Maternidade de Natal, as hospitalidades instáveis, diferenciadoras e até mesmo inamistosas, enfim, aspectos do HMC que o tornavam uma singularidade na assistência médica de Natal, algo mais do que um simples espaço de atendimento e internação para doentes. Sem embargo, enxergamos um “rosto” em tantas máscaras (agora, manifesto minha violência), ao menos me pareceu, um desejo de poder, um hospital que, expandindo sua “rede de amizade”, como diria Rorty, buscou localizar-se no centro da assistência médico-hospitalar, confundindo-se até com a própria SAH que a administrava. A hipótese de um “HMCentrismo” nem sempre aderiu bem a todos os momentos, ou até mesmo se mostrou plausível em outros, mas a consideramos útil para (re)descrever certo caminho da instituição nosocomial.

Não tivemos qualquer pretensão de dizer qual era mesmo o hospital: o de 1927-35? O da década de 1940? Ou aquele dos anos 1950, já próximo do hospital-escola (que aliás, já deambulava pelo Centro de Estudos de 1945)? A redescrição, como a praticamos nesta Tese, e que se seguia a certa “destruição”, deixou claro incontornavelmente que o HMC era MAIS DE UM: a singularidade de ser vários hospitais (caridade, tecnológico, hotel etc.). E era PARA MAIS DE UM: tanto para enfermos quanto para sãos, tanto para pobres quanto para abastados. E em todas essas possibilidades retidas, certamente jamais foi “neutro” nem alheio ao movimento da cidade, pelo contrário, esteve nela ativamente como agente social.

“Para a vida e para o bem”, disse certa vez um médico...

## ANEXOS

## ANEXO 1 - Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX

## Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX - Período pré-republicano

<b>Período pré-republicano</b>			
<b>Cenário nacional</b>	O processo de urbanização dos pais não estava consolidado; o Estado nacional era frágil e face de oligarquias regionais, não permitindo seu funcionamento institucional efetivo. Em consequência, a política nacional de saúde era incipiente e as ações locais eram apenas de caráter urbano-higienista. Os poucos hospitais da época eram filantrópicos ou beneficentes, construídos com recursos de particulares ou da Igreja Católica, e tinham natureza segregacionista: eram depósitos de pacientes com fim de proteger os que estavam fora da instituição.		
<b>Contexto local</b>	Pequeno crescimento urbano. Não havia assistência à saúde da população, apenas medidas de higiene urbana. Foram adquiridas, com recursos provinciais, edificações precárias para abrigar enfermos indigentes, loucos e furiosos. Em geral, a manutenção era feita com recursos do governo provincial, de instituições de caridade e de filantropos.		
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital de Caridade</b>	<b>Lazareto da Piedade</b>	<b>Hospital São João de Deus</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1856 (desativado em 1906)	Operativo em 1882 (desativado em 1957)	Operativo em 1892 (renomeado em 1943)
<b>Observações</b>	Desativado em 1906; substituído pelo Hospital de Caridade Juvino Barreto, inaugurado em 1909	Em 1911, Asilo de Alienados; em 1921, Hospício de Alienados; em 1933, Hospital de	Ligeiramente reformado em 1943, passou a denominar-se Hospital Getúlio Vargas. Foi objeto de

	na Cidade Alta.	Alienados. Desativado em 1957; substituído pelo Hospital Colônia João Machado, em outro local.	ampla reforma e ampliação em 1966.
<b>Perfil da assistência</b>	Abrigo de indigentes (pobres, escravos, presos) sem condições para tratamento na residência. Não havia pessoal especializado.	Segregação dos “loucos e furiosos” para proteção da sociedade. Não havia pessoal especializado.	Local para acolhimento de tuberculosos pobres, segregados para proteção da sociedade. Não havia pessoal especializado.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: Governo da província Custeio: Governo provincial e caridade	Construção: Governo da província Custeio: Governo provincial e caridade	Construção: Governo estadual Custeio: Governo do estado e caridade
<b>Localização</b>	Bairro da Cidade Alta, Rua da Salgadeira, na encosta do Rio Potengi.	Bairro do Alecrim, no terreno que hoje recebe o Centro de Saúde do Alecrim.	Bairro das Quintas.
<b>Tipologia</b>	Casa reformada sem registro gráfico	Casa reformada sem registro gráfico.	Casa reformada sem registro gráfico.

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. Da colônia ao shopping: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

**Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -Primeira República I**

<b>Primeira República: 1889-1930</b>		
<b>Cenário nacional</b>	Foram sendo suplantados os fatores inibidores da implantação de uma política nacional de saúde, construída com base nas ideias e atuações do movimento sanitarista, cuja ênfase estava na conscientização coletiva acerca da interdependência sanitária. Ações são concentradas na capital nacional e em cidades portuárias. Há campanhas sanitárias de combate às epidemias e endemias rurais. Foram criadas as CAPs, que financiavam a assistência médico-hospitalar. Introduzem-se enfoques curativos e terapêuticos nos hospitais, que ainda dependem da caridade e do esforço das comunidades religiosas. Criação da DNSP com a implementação de programas nacionais de combates a doenças infecto-contagiosas.	
<b>Contexto local</b>	Acentuado crescimento populacional; grande esforço da elite dirigente para a modernização urbana, com atuações na área de saneamento ambiental e saúde pública. O governo estadual é o principal mantenedor dos serviços hospitalares. Foram introduzidos cuidados terapêuticos na assistência hospitalar, com presença permanente de médicos, religiosas treinadas, laboratório de análises clínicas e práticas de cirurgias.	
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital de Caridade Juveno Barreto</b>	<b>Hospital Colônia São Francisco</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1909 (renomeado em 1935)	Operativo em 1929 (desativado nos anos 1990)
<b>Observações</b>	Sucessivas reformas e ampliações; em 1935, é reinaugurado como Hospital Miguel Couto.	Só foi desativado como hospital em finais do séc. XX, com as mudanças na política de saúde para enfermos de hanseníase.
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital geral, com introdução de cuidados terapêuticos e realização das primeiras cirurgias; laboratório de análises	Confinamento de pacientes com hanseníase. Não havia pessoal especializado.

	clínicas. Havia irmãs religiosas treinadas para cuidados de enfermagem.	
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: Governo estadual Custeio: Governo estadual, filantropia, receita de clientes particulares.	Construção: Governo estadual e federal Custeio: Governo federal, governo estadual e filantropia.
<b>Localização</b>	Av. Nilo Peçanha, bairro de Petrópolis.	Av. Capitão-mor Gouveia, bairro das Quintas.
<b>Tipologia</b>	Casa reformada sem registro gráfico.	Colônia.

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. Da colônia ao shopping: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

## Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -Estado Novo (Parte I)

<b>Estado Novo: 1930-1945 (Parte I)</b>		
<b>Cenário nacional</b>	Tentativa de formulação de uma política de saúde unificada. A ação preventiva era articulada nacionalmente pelo ministério e executada em associação entre este e os serviços estaduais. Criação dos IAPs destinados a financiar a assistência a saúde curativa a categorias profissionais organizadas. Surgiram novos hospitais de particulares e do estado com ênfase na ação curativa. O edifício hospitalar passou a incorporar a verticalização e o zoneamento do espaço por diferentes funções.	
<b>Contexto local</b>	Crescimento demográfico e desenvolvimento urbanístico; assunção pelo Estado de funções de controle urbanístico e de provisão de infraestruturas e serviços públicos. Implantação de novos hospitais, ampliação e/ou reforma de existentes, sempre com novas características como: aumento da especialização dos serviços médicos, intensificação do caráter terapêutico da assistência hospitalar, novas tecnologias de diagnósticos. Presença mais intensiva de médicos. Criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia, elemento de difusão de novos conhecimentos e tecnologias. Também aparece por primeira vez o hospital construído com recursos angariados por um grupo de médicos.	
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital Miguel Couto</b>	<b>Hospital Infantil</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1935	Operativo em 1936 (início da construção: 1923)
<b>Observações</b>	Sucedo o Hospital de Caridade Juvino Barreto, com modernização e reformas de porte. Renomeado para Hospital das Clínicas quando encampado pela UFRN em 1960; em 1984, passou a chamar-se Hospital	Renomeado para Hospital Infantil Varela Santiago em 1967.

	Universitário Onofre Lopes.	
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital geral, amplamente reformado para abrigar diferentes especialidades como: clínicas médica, cirúrgica, ginecológica, obstétrica, dermatológica, radiológica, oftalmológica e urológica. Corpo médico presente na assistência aos pacientes, em geral indigentes, mas também particulares.	Hospital especializado em pacientes infantis, contando com ambulatório, raios-x, laboratório de análises, centro cirúrgico e internação.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: Governo estadual Custeio: Subvenções do governo federal, estadual e municipal, contando com receita própria, todas geridas pela Sociedade de Assistência Hospitalar.	Construção: Governo estadual e doações de particulares Custeio: Subvenções do governo estadual e doações de particulares, geridos pela mantenedora.
<b>Localização</b>	Bairro de Petrópolis.	Av. Deodoro da Fonseca, limite entre os bairros de Petrópolis e Cidade Alta.
<b>Tipologia</b>	Casa reformada sem registro gráfico.	Várias apropriações das vertentes do tipo pavilhonar.

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

## Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -Estado Novo (Parte II)

<b>Estado Novo: 1930-1945 (Parte II)</b>		
<b>Cenário nacional</b>	Tentativa de formulação de uma política de saúde unificada. A ação preventiva era articulada nacionalmente pelo ministério e executada em associação entre este e os serviços estaduais. Criação dos IAPs destinados a financiar a assistência a saúde curativa a categorias profissionais organizadas. Surgiram novos hospitais de particulares e do estado com ênfase na ação curativa. O edifício hospitalar passou a incorporar a verticalização e o zoneamento do espaço por diferentes funções.	
<b>Contexto local</b>	Crescimento demográfico e desenvolvimento urbanístico; assunção pelo Estado de funções de controle urbanístico e de provisão de infraestruturas e serviços públicos. Implantação de novos hospitais, ampliação e/ou reforma de existentes, sempre com novas características como: aumento da especialização dos serviços médicos, intensificação do caráter terapêutico da assistência hospitalar, novas tecnologias de diagnósticos. Presença mais intensiva de médicos. Criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia, elemento de difusão de novos conhecimentos e tecnologias. Também aparece por primeira vez o hospital construído com recursos angariados por um grupo de médicos.	
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital Evandro Chagas</b>	<b>(Hospital) Policlínica do Alecrim</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1943, desativado em 1982	Operativo em 1944 (início das obras: 1942)
<b>Observações</b>	Serviços foram transferidos para o Hospital Vargas em 1982.	Renomeado para Hospital Professor Luiz Soares em 1967.
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital especializado em doenças infecto-contagiosas, atendendo preferencialmente enfermos pobres.	Hospital geral. Assistência aos pacientes era prestada por médicos e irmãs de ordens religiosas. Havia aparelho de



		raios-X, laboratório de análises clínicas, farmácia, pronto socorro. Voltava-se aos indigentes, mas havia internação com enfermarias e apartamentos para pacientes particulares.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: Governo federal Custeio: Governos estadual e federal	Construção: recursos próprios de médicos, apoio dos governos estadual e federal Custeio: contribuição de associados, receitas de particulares, subvenções do governo estadual, IAPs
<b>Localização</b>	Bairro das Quintas	Bairro do Alecrim
<b>Tipologia</b>	Pavilhonar	Pavilhonar

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -Redemocratização ao Golpe  
(Parte I)

<b>Redemocratização ao Golpe Militar: 1945-1964 (Parte I)</b>		
<b>Cenário nacional</b>	O período é marcado pela ação dos IAPs, que adquiriram maior solvência financeira, e pelo surgimento da medicina de grupo como os planos de serviço de saúde privados. Esses dois segmentos capitalizados para o consumo, somados a recursos federais e estaduais, propiciam suporte financeiro para ampliação dos serviços de saúde de tipo curativo, com apoio em tecnologia diagnóstica e técnicas cirúrgicas. Apareceram os primeiros sinais de abertura para acesso de parcelas menos abastadas da população aos serviços terapêuticos em hospitais de grande porte e qualidade do serviço.	
<b>Contexto local</b>	Forte crescimento populacional da cidade e dinamização da economia urbana. Há fortalecimentos dos IAPs e surgem serviços de medicina de grupo. Ampliações de hospitais existentes e construções de novos hospitais pela iniciativa privada. Consolidação da presença do conhecimento médico-terapêutico nos hospitais, influenciando na sua organização.	
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital Dr. Luiz Antônio</b>	<b>Maternidade Escola Januário Cicco</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1949	Operativo em 1950 (início das obras: 1932)
<b>Observações</b>	Iniciativa da Liga Nort-riograndense de Combate ao Câncer (LNCC).	Administrada pela Sociedade de Assistência Hospitalar, de início. Foi incorporada à UFRN em 1960.
<b>Perfil da assistência</b>	A princípio, um albergue para servir de abrigo para pacientes de câncer. Aos poucos, foram sendo introduzidos os serviços de internação e tratamento.	Hospital especializado em obstetrícia e ginecologia. Havia enfermarias e apartamentos para particulares, e serviços de apoio como nutrição, lavanderia,

		centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas e farmácia. Contava com médicos e irmãs para ajuda nos cuidados de pacientes.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: recursos próprios da LNCC e donativos Custeio: Governos estadual, recursos da LNCC e doações	Construção: doações da sociedade Custeio: governo estadual
<b>Localização</b>	Bairro das Quintas	Bairro de Petrópolis
<b>Tipologia</b>	Casa reformada sem registro gráfico	Casa de campo

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -Redemocratização ao Golpe  
(Parte II)

<b>Redemocratização ao Golpe Militar: 1945-1964 (Parte II)</b>			
<b>Cenário nacional</b>	O período é marcado pela ação dos IAPs, que adquiriram maior solvência financeira, e pelo surgimento da medicina de grupo como os planos de serviço de saúde privados. Esses dois segmentos capitalizados para o consumo, somados a recursos federais e estaduais, propiciam suporte financeiro para ampliação dos serviços de saúde de tipo curativo, com apoio em tecnologia diagnóstica e técnicas cirúrgicas. Apareceram os primeiros sinais de abertura para acesso de parcelas menos abastadas da população aos serviços terapêuticos em hospitais de grande porte e qualidade do serviço.		
<b>Contexto local</b>	Forte crescimento populacional da cidade e dinamização da economia urbana. Há fortalecimentos dos IAPs e surgem serviços de medicina de grupo. Ampliações de hospitais existentes e construções de novos hospitais pela iniciativa privada. Consolidação da presença do conhecimento médico-terapêutico nos hospitais, influenciando na sua organização.		
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Casa de Saúde São Lucas</b>	<b>Hospital João Machado</b>	<b>Hospital Médico-Cirúrgico</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1952 (início das obras: 1948)	Operativo em 1957 (início das obras: 1947)	Operativo em 1959
<b>Observações</b>		Sucedeu o antigo Hospital de Alienados, com mudança de sede.	Inicialmente em uma casa reformada. Nos anos 1960, um edifício de dois pavimentos.
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital geral com enfermarias e apartamentos para internação. Com	Hospital especializado em doença mental. Introduzidos	Hospital geral, com 12 leitos de internação, centro cirúrgico, laboratório

	centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas, raios-X, serviços de apoio como nutrição e lavanderia.	cuidados terapêuticos. Havia médicos e irmãs de ordens religiosas para prestar assistência aos pacientes.	de análises clínicas, raios-X, ambulatório, e serviços de apoio como nutrição.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: recursos dos empreendedores e empréstimos Custeio: IAPs e pacientes particulares	Construção e custeio: governo estadual e federal	Construção: recursos dos empreendedores Custeio: IAPs, clientes particulares, convênios
<b>Localização</b>	Bairro do Tirol	Bairro de Morro Branco	Bairro de Petrópolis
<b>Tipologia</b>	Pavilhonar	Pavilhonar	Casa reformada sem registro gráfico

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -**Ditadura Civil-Militar Parte I**

<b>Ditadura Civil-Militar: 1964-1985 (Parte I)</b>			
<b>Cenário nacional</b>	Urbanização acelerada e concentração de renda agravam as condições de saúde pública do país. Embora o modelo assistencial previsse um sistema regionalizado e hierarquizado de unidades de saúde, ele funcionava precariamente e com ênfase em atendimento curativo. Os IAPs são unificados no INPS, uma hiperinstituição nacional, com um orçamento gigantesco, gerida ineficazmente. Houve expansão de leitos hospitalares privados, financiados e mantidos com recursos do INPS. O Ministério da Saúde promulga normas e padrões para projeto e construção de unidades físicas de saúde.		
<b>Contexto local</b>	Crescimento acentuado da população com ocupação predominante da periferia da cidade. Construção dos primeiros hospitais especializados, tendo no INPS o maior financiador da prestação de serviços.		
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital Getúlio Vargas</b>	<b>Hospital Walfredo Gurgel</b>	<b>Hospital Santa Helena</b>
<b>Ano base</b>	Ampliado e reformado em 1966	Operativo em 1971	Operativo em 1976
<b>Observações</b>	Inicialmente Hospital São João de Deus, passou a Getúlio Vargas em 1943. Em 1966, houve modernização, ampliação e reforma de porte. Renomeado Giselda Trigueiro em 1990		Renomeado nos anos 1990 para Hospital Antônio Prudente.
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital especializado em tuberculose. Assistência prestada a tuberculosos	Hospital geral com ênfase no atendimento de urgência	Hospital materno-infantil com 60 leitos, centro cirúrgico e

	indigentes por médicos e irmãs de ordens religiosas. Havia 180 leitos, aparelho de raios-X, laboratório de análises clínicas, serviços de apoio como nutrição, lavanderia e administrativos.	emergência, 150 leitos de internação, centro cirúrgico, ambulatório, laboratório de análises clínicas e unidades de apoio como nutrição, lavanderia e administrativa.	obstétrico, berçário, raios-X, laboratório de análises clínicas e unidades de apoio como nutrição, lavanderia e administração.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção e custeio: governos federal e estadual	Construção e custeio: governo estadual e federal	Construção: recursos próprios, FAS e bancários Custeio: Particular e convênios, INPS
<b>Localização</b>	Bairro das Quintas	Bairro do Tirol	Bairro do Alecrim
<b>Tipologia</b>	Pavilhonar	Torre sob pódio	Torre sob pódio

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

## Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -Ditadura Civil-Militar

## Parte II

<b>Ditadura Civil-Militar: 1964-1985 (Parte II)</b>			
<b>Cenário nacional</b>	Urbanização acelerada e concentração de renda agravam as condições de saúde pública do país. Embora o modelo assistencial previsse um sistema regionalizado e hierarquizado de unidades de saúde, ele funcionava precariamente e com ênfase em atendimento curativo. Os IAPs são unificados no INPS, uma hiperinstituição nacional, com um orçamento gigantesco, gerida ineficazmente. Houve expansão de leitos hospitalares privados, financiados e mantidos com recursos do INPS. O Ministério da Saúde promulga normas e padrões para projeto e construção de unidades físicas de saúde.		
<b>Contexto local</b>	Crescimento acentuado da população com ocupação predominante da periferia da cidade. Construção dos primeiros hospitais especializados, tendo no INPS o maior financiador da prestação de serviços.		
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital PAPI</b>	<b>Maternidade Santa Isabel</b>	<b>Hospital Santa Catarina</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1982	Operativo em 1984	Operativo em 1985
<b>Observações</b>	—	Transformado em hospital de ortopedia e traumatologia, renomeado ITORN nos anos 1980	
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital especializado em pediatria, com 120 leitos, ambulatório, centro cirúrgico, urgência, raios-X, laboratório de análises clínicas e unidades de apoio	Hospital maternidade com 54 leitos, ambulatório, centro cirúrgico, raios-X, laboratório de análises clínicas e unidades de apoio como nutrição, lavanderia e serviços administrativos.	Hospital geral, com 50 leitos, ênfase em clínicas de atendimento básico com pediatria, cirurgia, obstetria e ginecologia. Conta com serviços de urgência,



	como nutrição e administrativa.		ambulatorial, laboratório de análises clínicas, raios-X e unidades de apoio como nutrição, lavanderia e serviços administrativos. Hospital de referência local e de média complexidade.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: recursos próprios, FAZ e empréstimos bancários Custeio: receita de clientes particulares e de convênios	Construção: recursos próprios e bancários Custeio: receitas de clientes particulares e de convênios	Construção: governos estadual e federal Custeio: SUS
<b>Localização</b>	Bairro do Tirol	Bairro de Petrópolis	Zona Norte
<b>Tipologia</b>	Torre sob pódio	Prédio reformado sem registro gráfico de sua implantação inicial	Rua hospitalar

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

## Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -De 1985 ao presente Parte I

<b>De 1985 ao presente (Parte I)</b>			
<b>Cenário nacional</b>	A política de saúde trata a questão da saúde e do meio ambiente saudável como dever de Estado e direito universal do cidadão. O financiamento é garantido pelo Governo federal, mas a gestão é repartida entre União, estados, municípios e sociedade. Esses princípios são concretizados no Sistema Único de Saúde (SUS), que deve enfatizar a ação preventiva. Formalmente, o sistema está universalizado e homogeneizado, mas sua concretização está comprometida pela depreciação da rede e falência fiscal do governo federal. Tais problemas dão origem ao crescimento do negócio privado de atenção à saúde, com base em financiamento subsidiado (via BNDES) e sustentado pelos convênios e planos de saúde complementar, e também pelo SUS.		
<b>Contexto local</b>	A verticalização possibilitou que a população se concentrasse em algumas áreas centrais; o crescimento periférico adquire caráter metropolitano. Na ausência de investimentos em novos hospitais públicos, abrem-se possibilidades de mercado para as instituições privadas, principalmente pela ampliação do número de segurados por plano ou seguros privados de saúde. A instauração da concorrência pela clientela de seguros e planos deu origem a crises que levaram os hospitais privados a reenfocarem os serviços de alta complexidade, em remunerados pelo SUS.		
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital Promater</b>	<b>Hospital Maria Alice Fernandes</b>	<b>Hospital Memorial</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 1996	Operativo em 1998 (início das obras: 1988)	Operativo em 1990
<b>Observações</b>	—	—	
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital materno-infantil, com 80 leitos, centro cirúrgico, UTI neonatal,	Hospital especializado em pediatria, com 70	Hospital geral com ênfase em ortopedia. Com

	raios-X, laboratório de análises clínicas, mamografia, ultrassonografia e serviços de apoio como nutrição, lavanderia e farmácia.	leitos, 6 leitos de UTI, urgência, raios-x, laboratório de análises clínicas, ultrassonografia, serviços de apoio como nutrição, lavanderia, farmácia.	17 leitos, serviços de urgência, raios-x, laboratório de análises clínicas, centro cirúrgico, nutrição, lavanderia, farmácia e UTI.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: recursos próprios e bancários Custeio: receita de clientes particulares e de convênios	Construção: Governos estadual e federal Custeio: SUS	Construção: recursos próprios, BNDES Custeio: receitas de clientes particulares e convênios
<b>Localização</b>	Av. São José, bairro de Lagoa Nova	Zona Norte, Conjunto Parque dos Coqueiros	Av. Beira Canal, no limite entre os bairros de Barro Vermelho, Cidade Alta e Tirol
<b>Tipologia</b>	Shopping Center/hotel/residência	Rua hospitalar	Torre sobre pódio

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

## Quadros sinópticos dos hospitais em Natal no séc. XX -De 1985 ao presente Parte II

<b>De 1985 ao presente (Parte II)</b>			
<b>Cenário nacional</b>	A política de saúde trata a questão da saúde e do meio ambiente saudável como dever de Estado e direito universal do cidadão. O financiamento é garantido pelo Governo federal, mas a gestão é repartida entre União, estados, municípios e sociedade. Esses princípios são concretizados no Sistema Único de Saúde (SUS), que deve enfatizar a ação preventiva. Formalmente, o sistema está universalizado e homogeneizado, mas sua concretização está comprometida pela depreciação da rede e falência fiscal do governo federal. Tais problemas dão origem ao crescimento do negócio privado de atenção à saúde, com base em financiamento subsidiado (via BNDES) e sustentado pelos convênios e planos de saúde complementar, e também pelo SUS.		
<b>Contexto local</b>	A verticalização possibilitou que a população se concentrasse em algumas áreas centrais; o crescimento periférico adquire caráter metropolitano. Na ausência de investimentos em novos hospitais públicos, abrem-se possibilidades de mercado para as instituições privadas, principalmente pela ampliação do número de segurados por plano ou seguros privados de saúde. A instauração da concorrência pela clientela de seguros e planos deu origem a crises que levaram os hospitais privados a reenfocarem os serviços de alta complexidade, em remunerados pelo SUS.		
<b>Instituição hospitalar</b>	<b>Hospital do Coração</b>	<b>Hospital Femina</b>	<b>Natal Hospital Center</b>
<b>Ano base</b>	Operativo em 2000	Operativo em 2001	Operativo em 2002
<b>Observações</b>	—	Renomeado em 2004 para Hospital UNIMED	
<b>Perfil da assistência</b>	Hospital geral com ênfase em cardiologia. Com 58 leitos de	Hospital materno-infantil, com 54 leitos de internação, centro	Hospital geral, com ênfase em cardiologia e

	internação, 13 leitos de UTI, urgência, centro cirúrgico, 25 consultórios, raios-x, laboratório de análises clínicas, tomografia computadorizada, hemodinâmica, ultrassonografia, serviços de apoio como lavanderia, nutrição, farmácia, almoxarifado e administrativo.	cirúrgico, UTI neonatal, urgência em pediatria, raios-x, laboratório de análises clínicas, e serviços de apoio de nutrição, lavanderia, farmácia, administrativos e almoxarifado.	oncologia, com 150 leitos de internação, centro cirúrgico, UTI, urgência, hemodinâmica, raios-x, laboratório de análises clínicas, ultrassonografia, serviços de apoio como nutrição, lavanderia, farmácia, almoxarifado e administrativos.
<b>Recursos financeiros</b>	Construção: recursos próprios e BNDES Custeio: receita de clientes particulares, de convênios e SUS	Construção: recursos próprios e BNDES Custeio: receita de clientes particulares, de convênios e SUS	Construção: recursos próprios e BNDES Custeio: receitas de clientes particulares, de convênios e SUS
<b>Localização</b>	Bairro de Lagoa Nova	Bairro de Lagoa Nova	Bairro do Tirol
<b>Tipologia</b>	Shopping Center/hotel/residência	Shopping center/hotel/residência	Torre sobre pódio

Fonte: MEDEIROS, Maria Alice Lopes. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, 2005. 196f.

## ANEXO 2: Tipologia arquitetônica hospitalar

Período	<b>Renascença</b>
Tipo	<b>Casa de Campo</b>
Instrumento 1	<p>A relação leito-capela dos tipos anteriores é substituída pelo sentimento de privacidade na orientação dos espaços. As enfermarias são menores e contém menor quantidade de leitos. Os enfermos são separados por gênero. São utilizadas regras de composição por hierarquia e simetria. A atividade religiosa ainda é importante, com a capela integrada ao edifício, mas as atividades de caráter terapêutico e de serviços ganham maior relevância. A preocupação com os custos, a busca de simplicidade e uma certa racionalidade também influenciam na organização dos espaços. O caráter civil do edifício confere importância ao acesso e hall de entrada, a partir de que aumenta, na horizontal e na vertical, o grau de privacidade da atividade.</p>
Instrumento 2	<p>Planta retangular com desenvolvimento axial e simétrico, em forma de H, U, E ou C. A planta se desenvolve a partir de um eixo longitudinal linear, cortado no final e/ou no meio do corpo do edifício por eixos transversais. Os compartimentos de apoio e enfermarias estão distribuídos ao longo desses eixos, ora através de circulações, ora através de compartimentos sucessivos (enfermaria-corredor). A capela e a escada são localizadas no centro da planta. Nos três pavimentos, pode-se observar uma ligeira concentração dos primeiros no térreo e das enfermarias no último. A volumetria resulta da intersecção entre paralelepípedos secundários e o paralelepípedo maior, segundo eixos ortogonais. A dimensão horizontal da fachada principal se destaca das demais.</p>
Instrumento 3	<p>A estrutura da entrada é mais portentosa e aparente, valorizando o saguão com vãos amplos apoiados em colunas de pedra, arcos e eventuais abóbadas. No resto do edifício, o usual é a utilização de alvenarias autoportantes em pedras e tijolos como apoio a tetos e pisos planos, preferencialmente em madeira, mesmo material da estrutura da coberta. Arcos podem ser usados, mas sua presença é mais estético-decorativa que propriamente justificada por necessidades estruturais: os vãos não são grandes e as tecnologias de estruturas de madeira estavam suficientemente evoluídas.</p>

Fonte: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Iluminismo</b>
Tipo	<b>Pavilhonar</b>
Instrumento 1	Espaços organizados a partir das prescrições de um código, em que ventilação e insolação são os principais aspectos tratados. O arranjo do mobiliário e a ergonomia dos espaços também são considerados. As atividades terapêuticas são as mais importantes e o espaço mais valorizado é a enfermaria, estrutura de modo a facilitar a supervisão dos enfermos. As circulações assumem importância na distribuição de espaços e na disciplina dos fluxos. Ao longo da vigência do tipo, há uma crescente valorização da privacidade e uma crescente absorção das ideias funcionalistas. Uma noção preliminar de zoneamento funcional é utilizada.
Instrumento 2	Os pavilhões se resolvem em plantas retangulares, e se conectam a um extenso hall de circulação. A orientação vigente na conexão é usualmente 90°, mas o tipo contempla soluções radiais ou a 45°. O espaço interior da enfermaria é semelhante a um grande hall aberto, em que os leitos são colocados lado a lado sem divisórias, para facilitar a supervisão de enfermos desde o posto de enfermagem. Com o tempo, diminui-se a quantidade de leitos, devido ao sentimento crescente de privacidade. O posto se situa numa extremidade do pavilhão; na extremidade oposta estão os banhos e latrinas. Algumas atividades, como salas de cirurgias, refeitórios, salas dos médicos, podem estar descentralizadas. A volumetria é dada pela intersecção entre os pavilhões prismáticos (cobertos em duas águas), com até três pavimentos, e o contínuo corredor de interconexão, em um pavimento, sendo também marcada pelos espaços abertos.
Instrumento 3	A estrutura é organizada de forma repetitiva, reincidindo sobre alvenarias autoportantes de pedra e tijolo. Essa solução implica que os arranjos espaciais em cada piso de um dado pavilhão requerem que as alvenarias de fechamento dos compartimentos recaíam sobre alvenarias no pavimento inferior. As exceções devem ser equacionadas com recurso ao arco de pedra facejada ou tijolos. Em geral, entretanto, os tetos são planos, em madeira, com apoio em peças de madeira. A partir da segunda metade do século XIX, entram em cena as estruturas metálicas e, posteriormente, o concreto armado.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

	<b>Modernismo</b>
Tipo	<b>Torre sobre pódio</b>
Instrumento 1	O princípio organizador do espaço é o de produzir um conjunto eficiente, racional e produtivo. A organização segue uma hierarquização funcional em unidades, que depois se reúnem em zonas – internação, clínica e apoio. Estas zonas são distribuídas, segundo suas inter-relações funcionais, formando um todo concentrado. Usam-se equipamentos mecânicos para climatização e circulações verticais. A internação é a principal zona e contém enfermarias com pequena quantidade de leitos e apartamentos individuais. Os fluxos de pacientes externos e internos, funcionários, resíduos, material, são separados e hierarquizados, tudo isso de uma maneira sistêmica. São considerados aspectos como lote e relação com o entorno.
Instrumento 2	Planta retangular, com vários pavimentos conectados através de circulação vertical, escadas ou elevadores, posicionados estes no centro Período da planta. As circulações horizontais formam uma espécie de anel que inscreve as circulações verticais. Externamente ao anel, ficam os compartimentos que, por sua vez, estão na parte mais externa do retângulo, recebendo iluminação natural. Observada a volumetria, pode-se identificar a localização das zonas, uma torre em forma de paralelogramo vertical onde se localiza a internação. O eixo da torre é ortogonal com respeito à base, em forma de paralelogramo horizontal (pódio), onde estão localizadas as zonas de apoio e clínica. A zona de internação se destaca na volumetria final.
Instrumento 3	O avanço dos materiais e tecnologias de estrutura, com o uso de treliçados metálicos e pórticos em concreto, tridimensionais em ambos os casos, possibilita que o pódio seja tratado de forma a garantir vãos livres, necessários principalmente na zona de apoio, e que a torre seja de grande altura pelo uso de peças verticais em concreto armado.

Fontes: MEDEIROS, 2005.



Período	<b>Modernismo</b>
Tipo	<b>Rua hospitalar</b>
Instrumento 1	O princípio organizador do espaço é o de produzir um conjunto que possa expandir suas partes, em tempo e intensidades diferentes, sem afetar o conjunto. Atividades são agrupadas em unidades que, por sua vez, são organizadas em zonas funcionais e distribuídas segundo suas inter-relações em áreas espalhadas e independentes. Uma circulação principal faz a ligação entre as unidades e zonas, fazendo um itinerário que segue o fluxo e sequenciamento de procedimentos. Há preocupação com os acessos e com a ocupação do lote. Não há zona principal, todas podem crescer segundo seu ritmo.
Instrumento 2	Plantas retangulares se conectam a uma via de circulação troncal. As plantas são posicionadas paralelamente e se desenvolvem segundo um eixo longitudinal que se cruza ortogonalmente com o eixo da circulação principal. As extremidades das plantas ficam livres para crescer, podendo cada uma delas ter um tamanho diferente. O espaço interno de cada edifício é desenvolvido a partir de um módulo tridimensional. O tamanho final varia de acordo com os requerimentos funcionais de cada unidade ou zona, mas tendo como base um módulo básico de crescimento. A volumetria configurada no tipo é dada por uma série de paralelogramos, de pouca altura, que se conectam a uma circulação aberta nos extremos. O conjunto é hegemônico pela extensão da rua hospitalar de conexão entre os edifícios.
Instrumento 3	Em geral, a estrutura é o fator de uniformização arquitetônica, na medida em que o sistema estrutural é modular e tem seus componentes singulares padronizados. A solução é viabilizada pela tecnologia de concreto armado ou protendido, pré-usinado, para pilares, vigas e lajes. Soluções baseadas em tecnologia de estruturas metálicas também são passíveis de aproveitamento.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Modernismo</b>
Tipo	<b>Sanduiche</b>
Instrumento 1	A organização espacial é fortemente influenciada pelos requerimentos ambientais dos equipamentos médicos de tecnologia avançada e o combate à obsolescência provocada pelo rápido avanço tecnológico. Esse combate se dá principalmente através da disciplina das instalações e utilidades em pavimentos técnicos e da estrutura independente modular. As distintas atividades são grupadas hierarquicamente em unidades ou zonas funcionais, sendo posicionadas de acordo com suas inter-relações. A zona clínica é a mais importante e nela se concentra a presença das atividades que utilizam os equipamentos de alta tecnologia.
Instrumento 2	As plantas são retangulares, ordenadas umas sobre outras segundo um eixo vertical. Intercaladas entre duas plantas dedicadas às atividades hospitalares está uma planta técnica, usada para circulação horizontal e distribuição das instalações e utilidades. A circulação vertical das instalações se faz por <i>shafts</i> que ocupam espaços nos extremos do volume edificado. A volumetria resultante é a do bloco monolítico, de altura relativamente baixa e de dimensões de planta comparáveis entre si.
Instrumento 3	Estrutura em concreto armado, com lajes colmeia ou protendidas, com o fim de garantir grandes vãos livres, pisos e tetos planos em todos os pavimentos, mesmo os intersticiais. O contorno do edifício é marcado pela presença de colunas e vigas periféricas de grande porte.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Pós-modernismo</b>
Tipo	<b>Shopping center/hotel/residência</b>
Instrumento 1	Os espaços são organizados em torno de um pátio interno, considerado a ideia de familiaridade, atendimento menos impessoal e humanizado. As atividades são agrupadas por função e seu posicionamento relativo leva em conta, além das rotinas médicas e das necessidades de fluxo e tecnologia, as necessidades dos pacientes internos. O pátio interno ou átrio é o espaço mais valorizado da edificação, responsável por consolidar um ambiente agradável para pacientes e visitantes, ambiente esse reforçado pelo caráter residencial das acomodações de quartos e enfermarias.
Instrumento 2	A planta se desenvolve a partir do átrio, ao qual se conectam compartimentos ou grupos de compartimentos, seja diretamente ou por meio de circulações. O átrio tem altura de mais de um pé direito, encerrado em teto que permite iluminação zenital. Os grupos de compartimentos formam volumes diferente entre si, não havendo um volume predominante no conjunto, exceção feita ao destaque do átrio.
Instrumento 3	As soluções estruturais são diversificadas mesmo no âmbito de cada projeto, com uso de concreto, madeira ou metal segundo indique a situação. Salienta-se a solução usual para átrios e lobbies, estruturados mediante vigas e pilares de contorno e panos de cobertura em treliçados metálicos tridimensionais. Nas áreas de internação, a estrutura é menos evidenciada, embutindo-se pilares e vigas em alvenarias e disfarçando-se as lajes colmeia ou planas por forros falsos em pvc, madeira ou gesso.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Medieval</b>
Tipo	<b>Claustral</b>
Instrumento 1	Espaços organizados a partir de um pátio interno, por meio do qual são estabelecidas as inter-relações entre os compartimentos e as relações destes com o exterior da edificação. Através do pátio, os espaços interiores recebem iluminação, servindo ele também para preservar a intimidade do edifício com respeito à área externa. O consolo espiritual é exercido a semelhança dos ritos religiosos dos monges, privilegiando a relação dos enfermos com a religião. A disposição dos espaços segue uma hierarquia em que o conjunto pátio-claustro é o elemento mais valorizado, seguido pelas quatro enfermarias, o refeitório e a capela, e, por fim, as latrinas e a cozinha.
Instrumento 2	Retângulos concêntricos formados por pátio e claustro, na parte mais central, e por enfermarias, refeitório e capela na parte mais externa. Cozinha e latrinas estão anexadas ao retângulo, formando uma espécie de edícula. Como os aposentos não são de grandes dimensões nem em grande quantidade, a altura do volume é igual à metade dos lados. Logo, a volumetria assemelha-se a um cubo cortado na metade da altura, sendo a parte interna vazada pelo pátio. Apesar de que os espaços são organizados a partir do pátio, a volumetria destaca a capela, com pé direito mais alto que o do conjunto.
Instrumento 3	A estrutura do claustro é resolvida em colunas lançadas no perímetro do pátio, igualmente espaçadas, encimadas por arcos semicirculares, tudo em pedra, que suportam abóbadas em pedra. O resto do conjunto é estruturado sobre paredes de pedra, os cômodos tendo ou não tetos abobadados. O uso da madeira se restringe à estrutura da coberta, apoiada nas paredes de pedra dos compartimentos.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Medieval</b>
Tipo	<b>Basilical</b>
Instrumento 1	O princípio norteador da organização dos espaços é o de garantir que a missa celebrada no altar possa ser vista e ouvida desde uma grande quantidade de leitos. Por outra parte, cumpre também que todas as atividades dos enfermos, religiosos ou não, possam ser realizadas dentro do mesmo espaço. Logo, a configuração resultante é fortemente influenciada pela relação entre os leitos e a capela, à qual se segue a necessidade de abrigar, no mesmo espaço dos leitos, as atividades não-religiosas como beber, comer e dormir, exercidas coletivamente. Um anexo ao edifício provê latrinas e banhos.
Instrumento 2	Planta retangular, com três naves, dotadas as laterais de mezanino. O altar é colocado em lugar de destaque, na extremidade do retângulo; o espaço reservado para a disposição – perpendicularmente às paredes - de grande quantidade de leitos alonga um dos lados do retângulo. A planta é desenvolvida em uma só direção, a do eixo longitudinal que passa pelo altar. Cozinha e latrinas ocupam anexos longitudinais, incorporados à edificação por circulações e acessos. A volumetria do conjunto, com coberta em duas águas de grande inclinação, justapõe um paralelogramo de seção trapezoidal do hall aberto, discorrendo horizontalmente, e um prisma de altura destacada, correspondente ao volume da capela.
Instrumento 3	A estrutura tinha linhas de colunas, de grande altura, no perímetro da nave central e com as paredes laterais de fechamento, tudo em pedra. O teto da nave central era em abóbada semicircular, em pedra ou madeira, culminando com a capela, abobadada a uma altura superior e coberta em cúpula. Nas naves laterais, um piso intermediário em madeira se apoiava em abóbadas que ligavam a série de colunas às paredes externas do hall, e cujo teto podia ser igualmente abobadado ou simplesmente revelar a cobertura estruturada em madeira. Assim a estrutura acompanha a hierarquia tipológica, exibindo magnificência crescente das naves laterais para a central, e desta para a capela.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Medieval</b>
Tipo	<b>Colônia</b>
Instrumento 1	Perseguia-se a reprodução de uma estrutura física segregada, que disponibilizasse aos usuários os espaços e atividades necessárias para a vida de uma comunidade isolada, em contato direto com a natureza e que buscasse a autossuficiência, exceto pela dependência de doações e esmolas. Atividades comunitárias – como cozinha, alimentação, banhos – e as religiosas deveriam ser destacadas, pela centralidade, da vida das famílias, em acomodações simples, com certo grau de privacidade.
Instrumento 2	A segregação espacial da comunidade induzia a uma planta fechada, em formato retangular ou elipsoide, reservando-se o perímetro da área para as acomodações individuais ou familiares, articuladas em torno de uma área central ocupada por espaços propícios às atividades coletiva – religiosas ou não. Da volumetria resultante, destaca-se uma coroa perimetral continuamente construída, em pequena altura, ao redor de um grande pátio onde pontificam as estruturas da capela e as áreas dedicadas a outras atividades coletivas.
Instrumento 3	As estruturas singelas e vernaculares das acomodações familiares e dos ambientais de uso coletivo se resolviam em madeira e alvenarias de pedra brutas, reservando-se as soluções mais sofisticadas, em pedra e madeira trabalhada, para a capela, eventualmente com o uso de arcos e abóbadas.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

Período	<b>Renascença</b>
Tipo	<b>Enfermarias cruzadas</b>
Instrumento 1	A organização dos espaços deve propiciar que um maior número de enfermos, desde seu leito, possa ver e ouvir a missa na capela. A relação entre esta e os leitos exerce ainda muito influência na configuração geral, mas há uma preocupação voltada para maximizar a área de leitos. Apesar do consolo espiritual ainda ser a atividade mais valorizada, aparecem outras atividades de caráter terapêutico, como farmácia e serviços de apoio. Na distribuição desses espaços são utilizadas regras de composição geométricas, simétricas, proporções da arquitetura clássica, bem como a separação dos pacientes por gênero.
Instrumento 2	A planta é formada por dois retângulos cruzados na área onde seria localizada a capela. Estes retângulos cruzados estão localizados em cada lado de um grande pátio central onde, no final, localizava-se uma igreja. Os compartimentos de apoio são posicionados de maneira que completassem pátios quadrados, com claustros, com as pernas da cruz das enfermarias, em ambos os lados do grande pátio. Há semelhanças geométricas com o tipo claustral, mas os pátios são maiores e sua justaposição produz conjuntos bem grandes com respeito às enfermarias do tipo claustral. Comparadas ao tipo basilical, as dimensões de planta e a altura. A volumetria do conjunto resulta, entretanto, em larga hegemonia das dimensões no plano horizontal, em função da justaposição de paralelogramos de baixa altura relativa, e no destaque para os grandes espaços abertos.
Instrumento 3	A estrutura é repetitiva, simétrica, om uso de pedras, tijolos e madeira. Alvenarias estruturais suportam tetos planos apoiados em terças de madeira. O piso do primeiro pavimento é apoiado em abóbada que serve de teto para o porão. Com essa exceção, arcos e abóbadas de pedras já não mais se sobressaiam na configuração final do edifício, aparecendo eventualmente com funções estéticas, tendo em vista principalmente a harmonia das fachadas.

Fontes: MEDEIROS, 2005.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: WMF, 2018.

ABRAHÃO, Eliane Morelli. *História da alimentação: cadernos de receitas e práticas alimentares, Campinas: 1860-1940*. Campinas: Pontes Editores, 2018. p.269.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 9-12.

\_\_\_\_\_. *Nudez*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. *O tecelão dos tempos (novos ensaios de teoria da história)*. São Paulo: Intermeios, 2019. p.158

ALEXANDRE, Marcos. *Representação social: uma genealogia do conceito*. *Comum*, Rio de Janeiro, v.10, n.23, p 122-138, 2004.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: locus do processo de constituição da especialidade medicina do trabalho no Brasil na década de 1940. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 3, p.869-877. Acessado em: 30 out. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300009>>.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; PAIM, Jairnilson Silva. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica. *Caderno medico sociales*, (75).5-30. Centro de Estudios Sociales y Sanitarios. Rosario, mayo 1999.

\_\_\_\_\_. *O que é saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.p 48

ALMEIDA, Sheyla Rodrigues de. Ontologia, Desconstrução e Historiografia. In: *Emoções, expressões, artes e ontologia(s) numa rede indisciplinada: intertextualidades e hipermediações da corporeidade, de um filme, um livro, um quadro chamado “Moça com brinco de pérola”*. Tese (Doutorado em Letras) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

ALMEIDA, Teófilo de. A assistência hospitalar e um plano nacional para sua organização. *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 2, n.25, jul./ago. 1945, p.29.



AMADO, Renato. Católicos a postos! A relação entre a Ação Católica e a Ação Integralista no Rio Grande do Norte até o Levante Comunista de 1935. *Anais do IV Encontro Estadual de História*, Natal, ANPUHRN, 2010. p 7.

AMORA, Ana Albano (org.). *História da Saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ANDRADE, Alenuska Kelly Guimarães. *A eletricidade chega à cidade: inovação técnica e a vida urbana em Natal (1909-1940)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em História. Natal, 2009.

ANKERSMIT, F.R. *A escrita da História: a natureza da representação histórica*. Londrina: Eduel, 2012.

ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. *Filosofia: Idade Contemporânea*. 2.ed. São Paulo: Paulus, 2018.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARAÚJO, Denílson da Silva. *Dinâmica econômica, urbanização e metropolização no Rio Grande do Norte (1940-2006)*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia. Campinas: [s.n.], 2009. P. 45-46.

ARAÚJO, Iaperí. *Januário Cicco: um homem além de seu tempo*. Natal [RN]: EDUFRN, 2000.

\_\_\_\_\_. *História da Maternidade Escola Januário Cicco*. Natal: EDUFRN, 2000.

ARAÚJO, Inês Lacerda. *Do discurso ao signo: introdução à filosofia da linguagem*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004. P. 28-30; 101.

ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. P. 224-5.

ARÓSTEGUI, Júlio. *A pesquisa histórica: teoria e método*. São Paulo: EDUSC, 2006.

ARRAIS, Raimundo; ANDRADE, Alenuska; Marinho, Márcia. *O corpo e a alma da cidade: Natal entre 1900 e 1930*. Natal [RN]: EDUFRN, 2008. p.110-149.

\_\_\_\_\_. O mundo avança! Os caminhos do progresso na cidade de Natal no início do século XX. In: BUENO, Almir de Carvalho (org.). *Revisitando a História do Rio Grande do Norte*. Natal [RN]: EDUFRN, 2009.

ASSMAN, Aleida. *Espaços da recordação: formas e transformações da memória cultural*. Campinas: Unicamp, 2011.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane. Massacres - o corpo e a guerra. In: nascimento, Jean-Jacques (Dir.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*, p.383.

AUGÉ, Marc. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papyrus, 2005.

AYRES, José Ricardo; SANTOS, Lilian (org.). *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 36-37.

BARROS, José D'Assunção. *Teoria da História: os primeiros paradigmas: positivismo e historicismo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 73-106.

\_\_\_\_\_. O conceito de alienação no jovem Marx. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, v. 23, n. 1, 2011.p.223-245.

\_\_\_\_\_. *Cidade e História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.p. 52-53.

\_\_\_\_\_. *Teoria da História: a Escola dos Annales e a Nova História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p. 207-361.

\_\_\_\_\_. *O tempo dos historiadores*. Rio de Janeiro; Vozes, 2013. p. 72-213.

\_\_\_\_\_. *A expansão da História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p. 51.

\_\_\_\_\_. *Os conceitos: seus usos nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

\_\_\_\_\_. *Seis desafios para a historiografia do novo milênio*. Rio de Janeiro: Vozes, 2019. P. 94-95.

\_\_\_\_\_. *Fontes históricas: introdução aos seus usos historiográficos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2019.

\_\_\_\_\_. *A fonte histórica e seu lugar de produção*. Petrópolis: Vozes, 2020.

\_\_\_\_\_. *O uso dos conceitos: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2021. p.36.

BARTHES, R. Semiologia e urbanismo. In: \_\_\_\_\_. *A aventura semiológica*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 219-231.

BASTOS, Sênia Regina; RAMEH, Ladjane Milfont; BITELLI, Fábio Molinari. O conceito de hospitalidade de Jacques Derrida nos artigos científicos do Portal de Periódicos da Capes. *Anais do Seminário da ANPTUR*, 2016. n.p. Disponível em: [www.researchgate.net/publication/332371819\\_O\\_conceito\\_de\\_hospitalidade\\_de\\_Jacques\\_Derrida\\_nos\\_artigos\\_cientificos\\_do\\_Portal\\_de\\_Periodicos\\_da\\_Capes](http://www.researchgate.net/publication/332371819_O_conceito_de_hospitalidade_de_Jacques_Derrida_nos_artigos_cientificos_do_Portal_de_Periodicos_da_Capes). Acessado em: 15 jan. 2021.

BAZZICALUPO, Laura. *Biopolítica: um mapa conceitual*. São Leopoldo: Unisinos, 2017.

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas;

BELLOTTO, H.L. *Arquivo: estudos e reflexões*. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

BENCHIMOL, Jaime Larry. CERQUEIRA, Roberta C.; MARTINS, Ruth B.; MENDONÇA, Amanda. História, Ciências, Saúde – Manguinhos: um balanço de 12 anos de circulação ininterrupta. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.221-257, jan.-mar. 2007.

BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre Literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 225.

BERCITO, Sônia de Deus Rodrigues. Corpos-máquinas: trabalhadores na produção industrial em São Paulo (décadas de 1930 e 1940). In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Márcia (Orgs.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011. p.374.

BERGER, Peter; LUCKMANN. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2014.

BERT, Jean-Michel. *Pensar com Michel Foucault*. São Paulo: Parábola, 2013. p. 66-78.

BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15 (suplemento). 2005. p.11-14.

- BODSTEIN, R. C. Ciências Sociais e Saúde Coletiva: novas questões, novas abordagens. *Cadernos de Saúde Pública*, 1992. Vol.8 (2): 140-148.
- BORRADORI, Giovanna. *Filosofia em tempo de terror: diálogos com Habermas e Derrida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p. 97-98.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p. 7-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde: Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1988. p.11.
- BRAUDEL, Fernand. *Civilização material, Economia e Capitalismo – Séculos XV-XVIII*. V.I: As Estruturas do Cotidiano. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- BUENO, Almir de Carvalho. *Revisitando a História do Rio Grande do Norte*. Natal: EDUFRN, 2009. p. 164-165.
- BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007. p. 3-4.
- BURITY, Joanildo. Hospitalidade, amizade e os imperativos da ordem social. In: LOPES, Alice Casimiro; SISCAR, Marcos (org.). *Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir*. São Paulo: Cortez, 2018. p. 123-134.
- BURKE, Peter. *História e teoria social*. São Paulo: Unesp, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Testemunha ocular: o uso de imagens como evidência histórica*. São Paulo: Unesp, 2017. p. 23.
- BYNUM, William. *História da medicina*. Porto Alegre: LP&M, 2011.
- CAMPOS, E. de S. Evolução dos hospitais. In: Ministério da Saúde. *História e evolução dos hospitais* (volume1). Rio de Janeiro, 1944. p.51.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, vol.5, n.2, 2000. p. 220.
- CANESQUI, A. M. As ciências sociais, saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

\_\_\_\_\_. (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1997.

\_\_\_\_\_. Ciências Sociais e Humanas: interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva. In: HORTALE, Virgínia Alonso et al. (org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4. ed. Porto: Afrontamento, 2005. p. 46-103.

CARDOSO, Ciro Flamarion. No limiar do séc. XXI. *Tempo*, Rio de Janeiro, vol. 1, nº. 2, 1996, p. 7-30. p.4-7.

\_\_\_\_\_. Epistemologia pós-moderna, texto e conhecimento. *Diálogos*, DHI/UEM, v. 3, n. 3: 1-28, 1999.

\_\_\_\_\_.; VAIFAS, Ronaldo (org.). *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 133-136.

\_\_\_\_\_.; História e textualidade. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (org.). *Novos domínios da História*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p.233

CARNEIRO, Henrique. *Comida e sociedade: uma história da alimentação*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.p.93-94.

\_\_\_\_\_. *Bebida, abstinência e temperança na História Antiga e Moderna*. São Paulo: Editora Senac, 2010. p.179.

CARNEIRO, Maria Luiza Tucci (org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012. p. 220-21.

CAROL, Ane. Decadências corporais: diante da doença e da morte. In: COURTINE, Jean-Jacques (dir.). *História das emoções: 3. Do final do século XIX até hoje*. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2020. p.407-8.

CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro: MEC - Departamento de Imprensa Nacional, 1955. p.390.

\_\_\_\_\_. *História do Rio Grande do Norte*. Natal: Fundação José Augusto; Rio de Janeiro: Achiamé, 1980. p.270-271.

- \_\_\_\_\_. *História da cidade do Natal*. Natal: EDUFRN, 2010. p. 474.
- \_\_\_\_\_. *Pequeno manual do doente aprendiz: notas e maginações*. 3. ed. Natal: EDUFRN, 2011.
- \_\_\_\_\_. *História da alimentação no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Global, 2011.
- CÁSSIA MARQUES, Rita de; TORRES SILVEIRA, Anny Jackeline; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (org.). *História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011.
- CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- CASTIEL, L. D. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994. p. 87.
- CATÃO, Marconi do Ó. *Genealogia do direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 141.
- CATANI, Antônio Mendes (org.). *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano – 1: A arte de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- \_\_\_\_\_. *A escrita da História*. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p. 3-44.
- CHAUÍ, Marilena. *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 495-512.
- CHARTIER, Roger. *À beira da Falésia*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- \_\_\_\_\_. *A história ou a leitura do tempo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- CICCO, Januário. *Notas de um médico de província (crítica médico-social)*. São Paulo: Pongetti & Cia., 1928. p.51.
- CLARKE, A. E. et al. *Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness and U.S. Biomedicine*. *American Sociological Review*, New York, v. 68, n. 2 p. 161- 194, 2003;
- CLEMENTINO, Maria do Livramento M. *Complexidade de uma urbanização periférica*. Tese de Doutorado, Campinas: IE/UNICAMP, 1990. p. 65.

COE, Rodney. *Sociologia de la medicina*. 3.ed. Madrid: Alianza Universidad, 1973. p.271-272.

COELHO, Ivan Batista. *Os hospitais no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 2016.

CORACINI, M.J.R.S. Memória em Derrida: uma questão de arquivo e de sobre-vida. *Cadernos de Estudos Culturais*, Campo Grande, MS, v. 2, n. 4, p. 125– 136, jul./dez. 2010.

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. p. 228-229.

CORBIN, Alain. (dir.). *História do corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 17.

\_\_\_\_\_. *História do silêncio: Do Renascimento aos nossos dias*. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 30.

COSTA, Homero de Oliveira. *A Insurreição Comunista de 1935*. Natal: EDUFRN, 2015. p. 66-68.

COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Rev Pan-Amaz Saude* [online]. 2016, vol.7, n.1 [citado 2021-07-27], p.11-25.

COSTA, N. R. Ciências Sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da saúde coletiva no Brasil. *Saúde em Debate*, n.45, p. 23-32, 1992.

COSTA, Sandra Liliana Cardoso da. *O jardim como espaço terapêutico: história, benefícios e princípios de desenho aplicados a hospitais* [Estudo de um jardim terapêutico para o Hospital Pedro Hispano]. Dissertação em Planeamento e Projecto do Ambiente Urbano– Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto/ Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2009. p.6.

COURTINE, Jean Jacques (dir.). *História da virilidade: 3. A virilidade em crise? Séculos XX-XXI*. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 29.

\_\_\_\_\_. *Decifrar o corpo: pensar com Foucault*. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 132-133.

\_\_\_\_\_.; CORBIN, Alain (dir.) *História das emoções: 3 Do final do século XIX até hoje*. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis – RJ. Vozes, 2020. p. 401-407.

CRAIG, Barbara Lazenby. *The Canadian Hospital in History and archives*. *Archivaria* 21. 1985. p. 52-58.

CULLER, Jonathan. *Sobre a desconstrução: teoria e crítica do pós-estruturalismo*. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997. p. 99.

DANTAS, George; FERREIRA, Ângela; MEDEIROS, Gabriel Paulo de. A cidade sobre trilhos: o bonde e as transformações urbanas de Natal-Brasil (1908-1929). *Simpósio Internacional Globalización, innovación e construcción de redes técnicas urbanas em América e Europa, 1890-1930*. Universidade de Barcelona, Facultad de Geografía e Historia, 23-26 jan. 2012. Acesso em: 11/05/2021. Disponível em: [http://www.ub.edu/geocrit/Simposio/cMedeirosetal\\_Acidade.pdf](http://www.ub.edu/geocrit/Simposio/cMedeirosetal_Acidade.pdf).

DARTON, Robert. *Boemia literária e revolução: o submundo das letras no Antigo Regime*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. p.7.

DAVIM, Paulo. *Médicos de ontem por médicos de hoje*. Natal: edição do autor/coedição da UFRN, 1999.

DEL PRIORE, Mary. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. São Paulo: Planeta, 2011. p. 97.

DERRIDA, Jacques; *L'écriture et la différence*. Paris: Éditions du Seuil, 1967.

\_\_\_\_\_. *Positions: entretiens avec Henri Ronse, Julia Kristeva, Jean Louis Houdebine, Guy Scarpeta*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1972. p. 56-57.

\_\_\_\_\_. *Margins of Philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985. p. 29-67.

\_\_\_\_\_. *Limited Inc*. São Paulo: Papyrus, 1991. p. 203.

\_\_\_\_\_. *Espectros de Marx: o estado da dívida, o trabalho do luto e a nova Internacional*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. *Of Grammatology*. Baltimore (Maryland): Johns Hopkins University Press, 1997. p. 158.



- \_\_\_\_\_. *Of Hospitality: Anne Dufourmantelle invites Jacques Derrida to respond*. California; Stanford University Press, 2000. p. 39-79.
- \_\_\_\_\_. *Mal de arquivo: uma impressão freudiana*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Papel-máquina*. São Paulo: Estação Liberdade, 2004. p. 308.
- \_\_\_\_\_. *Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva, 2011.
- \_\_\_\_\_. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 2005. p.7.
- \_\_\_\_\_. *La disseminación*. Madrid: Espiral, 2015.
- \_\_\_\_\_; ROUDINESCO, Elizabeth. *De que amanhã: diálogo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p. 65-102.
- \_\_\_\_\_; FERRARIS, Maurizio. *O gosto do segredo*. Lisboa: Fim de Século, 2006.
- \_\_\_\_\_; CAPUTO, John. *La deconstrucción em uma cáscara de nuez*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2009.
- DIAS, Giocondo. *Os objetivos dos comunistas: artigos, entrevistas e um depoimento*. São Paulo: Novos Rumos, 1983. p. 152.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, Luís. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- \_\_\_\_\_; *A Pesquisa na Área da saúde Coletiva no Brasil: a década de 1970*. Ensino de Saúde Pública e medicina preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Medicina & Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p.14.
- DORFMAN, Beatriz Regina. *A arquitetura e a diferença: uma leitura da desconstrução*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. p. 23.
- DORTIER, Jean-François (dir.). Representação. In: \_\_\_\_\_. *Dicionário de Ciências Humanas*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. p.555-558.
- DOSSE, François. *História do estruturalismo*. 2v. São Paulo: Edusc, 2007. p. 82.
- \_\_\_\_\_. *Renascimento do acontecimento: um desafio para o historiador: entre Esfinge e Fênix*. São Paulo: Unesp, 2013.

DUQUE-ESTRADA, Paulo César. *Desconstrução e Ética: ecos de Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p. 69.

\_\_\_\_\_. *Estudos ético-políticos sobre Derrida*. Rio de Janeiro: Mauad X: Puc-Rio, 2020. p. 34.

EAGLETON, Terry. *Ideología: una introducción*. Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1997.

ECO, Umberto. *Os limites da interpretação*. São Paulo; Perspectiva, 2015.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 103.

ESCOREL, Eduardo. 1935, o assalto ao poder. Documentário, 2002, 98 min.

ESPOSITO, Roberto. *Immunitas: protección y negación de la vida*. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2009. p.28.

\_\_\_\_\_. *Communitas: origen y destino de la comunidad*. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2012. p. 33.

\_\_\_\_\_. *Termos da política*. Comunidade, imunidade, biopolítica. Curitiba: Ed da UFPR, 2017. p.141.

FALCON, Francisco. História e representação. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; MALERBA, Jurandir (org.). *Representações: contribuição a um debate transdisciplinar*. São Paulo: Papirus, 2000. p. 45-47.

\_\_\_\_\_. *História Cultural: uma nova visão sobre a sociedade e a cultura*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

\_\_\_\_\_. História e poder. In: CARDOSO, Ciro Flamarion. *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FARIAS, André Brayner. *Poéticas da hospitalidade: ensaios para uma filosofia do acolhimento*. Porto Alegre: Zouk, 2018. p. 11-71.

FELIPE, José Lacerda Alves; ROCHA, Aristotelina Pereira Barreto; RÊGO, Giovanni Sérgio. *História da Industrialização do Rio Grande do Norte: uma indústria de resistência*. Natal: FIERN, 2010. p. 113-114.

FERREIRA, Ângela Lúcia; DANTAS, George A. F. Os indesejáveis na cidade: as representações do retirante da seca (Natal, 1890-1930). *Scripta Nova*, Barcelona, v. 5, n.94 (96), p. 1-17, 2001.

\_\_\_\_\_; DANTAS, George (org.). *Surge et ambula: a construção de uma cidade moderna, 1890-1940*. Natal: EDUFERN, 2006.

\_\_\_\_\_. et al. *Uma cidade sã e bela: a trajetória do saneamento de Natal (1859-1969)*. Natal: IAB/RN; CREA/RN, 2008. p. 125.

FERREIRA, Coriolano. O Hospital de Hoje e do Futuro. Lisboa, *Separata do Boletim de Assistencia S3333ocial*, Ano 16.

FLEURY, S. M. *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 52.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 91-93.

\_\_\_\_\_. O Nascimento da Medicina Social. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999. p. 79-98.

\_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Coleção Tópicos).

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 155-6.

\_\_\_\_\_. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

\_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 43-147.

\_\_\_\_\_. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Loyola, 2011. p. 53.

\_\_\_\_\_. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense, 2011. (Ditos e Escritos; 7).

FOULQUIÉ, Paul. *A dialéctica*. 3. ed. Lisboa: Europa-América, 1978. p. 77-78.

FRANCO, Ariovaldo. *De caçador a Gourmet: uma história da gastronomia*. 5.ed. São Paulo: Senac, 2010. p.239.

FREIDSON, E. (ed.). *The hospital in modern society*. New York: Free Press, 1963.

\_\_\_\_\_. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1970

FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.153-171, jun. 2008.

GALVÃO, Cláudio. *Um apóstolo entre nós: Varela Santiago*. Natal: Jovens Escribas, 2017. p. 375-376.

GANDELMAN, L.M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos sécs. XVI a XIX. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, v.8, n.3. 2001.

GARDINER, Patrick. *Teorias da História*. Calouste Gulbenkian, 1969.

GANDRA, Antenor Soares. Como estimular. In: *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 1, n.8, abr.1943, p.18.

GARCÍA-LORENTE, José Antonio. *Richard Rorty: uma alternativa a la metafísica occidental* [e-book]. Barcelona: Laertes S.A. de Ediciones, 2012. posição 2031.

GASTON, Sean. *Derrida: introdução*. Porto Alegre: Penso, 2012.

GHIRALDELLI, Paulo. *Richard Rorty: filosofia do Novo Mundo em busca de mundos novos*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_; RORTY, Richard. *Ensaio pragmatistas: sobre subjetividade e verdade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

\_\_\_\_\_. *O que é pragmatismo*. Brasiliense, 2007.

\_\_\_\_\_. *Narrativas contemporâneas: Debord, Sloterdijk, Agamben, Han, Lasch, Lipovetsky e Heidegger*. São Paulo: CEFA Editorial, 2020. p. 61-62.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

\_\_\_\_\_. *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 284.

\_\_\_\_\_. *Sociologia*. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 6. ed. São Paulo: Penso, 2012. p.363

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: \_\_\_\_\_. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. p. 143-274.

\_\_\_\_\_. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007

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.

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.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. Assistir/cuidar na enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. UFMG, 2(1):2-8, jan./jun., 1998. p. 2-8.

GOUVÊIA, Maria de Fátima Silva. A história política no campo da história cultural. *Revista de História Regional* 3(1):25-36, 1998.

GRAÇA, L. *Evolução do Sistema Hospitalar: uma perspectiva sociológica* ([https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2\\_hospital.html](https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html)).

GRANDSHAW, L.; PORTER, Roy (ed.). *The hospital in history*. London: New York: Routledge, 1989. p. 1.

GREIMAS, A. J.; COURTÉS, J. *Dicionário de semiótica*. São Paulo: Contexto, 2016. p. 144-148.

GUEDES; Batista Filho, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), p.81-90, 2011.

GURGEL, Tarcísio (org.). *A memória viva de Onofre Lopes*. Natal: EDUFRN, 2007.

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. p.125

HABERMAS, Jürgen. *O discurso filosófico da Modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HADDOCK-LOBO, Rafael. *Para um pensamento úmido: a filosofia a partir de Jacques Derrida*. 2007. Tese (Doutorado)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. p. 66-78.

\_\_\_\_\_. *Derrida e o labirinto de inscrições*. Porto Alegre: Zouk, 2008. p. 19.

\_\_\_\_\_; RODRIGUES, Carla; AMITRANO, Alice Serra Geórgia (org.). *Heranças de Derrida: da ética à política*. v.1. Rio de Janeiro: Nau, 2014.

HAN, Byung-Chul. *La desaparición de los rituales: una topología del presente*. Barcelona: Herder Editorial, 2020.

\_\_\_\_\_. *Favor fechar os olhos: em busca de um outro tempo*. Tradução de Lucas Machado. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 11-12.

\_\_\_\_\_. *Sociedade paliativa: a dor hoje*. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 62.

HARDY -VALLÉE, Benoit. *Que é um conceito?* São Paulo: Parábola, 2013.

HEIDEGGER, Martin. *Die Zeit des Weltbildes. Holzwege*. Frankfurt: Vittorio Klosterman, 6. Ed. 1980, p.73-110. parágrafo 24. Traduzido por Claudia Drucker como “A época das imagens de mundo” e disponível no site: [http://imagomundi.com.br/filo/heidegger\\_imagens.pdf](http://imagomundi.com.br/filo/heidegger_imagens.pdf). Acessado em: 4 ago. 2021.

HOBBSAWM, Eric. *Era dos Extremos: breve século XX (1914-1991)*. Tradução de Marcos Santarrita. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 80-81.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da Política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

HORDEN, P. A discipline of relevance: the historiography of the later medieval hospital. In: *Social History of Medicine*. 1988, v. 1, n. 3, p. 359.

HORTALE, Virginia Alonso (org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

HUTCHEON, Linda. *Una poética del postmodernismo*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2014. p.169-172.

IANNI, Aurea Maria Zölner. *Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.91-95.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975; ROSE, N. Medicine, history and the present. In: PORTER, R.; JONES, C. (org.) *Reassessing Foucault*. London: Routledge, 1994. p. 48-72.

JENKINS, Keith. Introduction: open being about our closures. In: \_\_\_\_\_. *The Postmodern History Reader*. London and New York: Routledge, 1997. p.6.

\_\_\_\_\_. *The Postmodern History Reader*. London and New York: Routledge, 1997. p. 121-298.

\_\_\_\_\_. *Refiguring History: new thought on an old discipline*. London and New York: Routledge, 2003.

\_\_\_\_\_. *Re-thinking History*. London and New York: Routledge, 2003. p. 35

JODELET, Denise. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

KECH, Frédéric; RABINOW, Paul. Invenção e representação do corpo genético. In: COURTINE, Jean-Jacques (Dir.). *História do corpo: As Mutações do Olhar: o século XX*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p.86.

KLEINBERG, Ethan. *Historicidade espectral: teoria da história em tempos digitais*. Tradução de André da Silva Ramos. Vitória: Milfontes, 2020. p. 13.

KORZYBSKI, Alfred. *Science and Sanity: an introduction to non-Aristotelian Systems and General Semantics*. 5<sup>o</sup> Edition. New York: Institut of General Semantics, 1994.

KOSELLECK, Reinhart. *Uma latente filosofia do tempo*. Organização de Hans Ulrich Gumbrecht e Tamara de Oliveira Rodrigues; traduzido por de Luiz Costa Lima. São Paulo: Unesp, 2021. p. 120-121.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006; 59(esp): 403-10.

LAURENT, Vidal. Alain Corbin: o prazer do historiador (entrevista). São Paulo, *Revista Brasileira de História*, v. 25, n. 49, jan/jun 2005.

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p. 285-286.

- \_\_\_\_\_. *Antropologia do corpo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016. p. 8-9.
- \_\_\_\_\_. *Antropologia dos sentidos*. Tradução de Francisco Morás. Petrópolis: Vozes, 2016. p. 280-282.
- LEFEBVRE, Henri. *La presencia y la ausencia: contribución a la teoría de las representaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- LE GOFF, Jacques. *História e memória*. São Paulo: Unicamp. 1990. p.244-275.
- LEMKE, Thomas. *Foucault, governamentalidade e crítica*. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2017. p. IX.
- \_\_\_\_\_. *Biopolítica: críticas, debates, perspectivas*. São Paulo: Editora filosófica politeia, 2018. p. 54-55.
- LIMA, Pedro de. *Saneamento e modernização em Natal: Januário Cicco, 1920*. Natal [RN]: Sebo Vermelho, 2003.
- LIMA VAZ, Henrique Cláudio de. *Antropologia filosófica I*. 6.ed. São Paulo: Loyola, 2001.p.93-95;
- LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- LYOTARD, Jean-François. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.
- LUZ, Madel. *O campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas*. Disponível em: [www2.ghc.com.br/GepNet/nepetformacaoprofissionaltexto1.pdf](http://www2.ghc.com.br/GepNet/nepetformacaoprofissionaltexto1.pdf)>.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 19-49.
- MAINWARING, Scott. *Igreja Católica e política no Brasil (1916-1985)*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- MALERBA, Jurandir (org.). *História & narrativa: a ciência e a arte da escrita histórica*. Rio de Janeiro: Vozes, 2016. p. 61.



MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARCONDES, Danilo. *Filosofia, linguagem e comunicação*. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. *As armadilhas da linguagem: significado e ação para além do discurso*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

MARINHO, Márcia. *Natal também civiliza-se: sociabilidade, lazer e esporte na Belle Époque natalense*. Natal: EDUFRN, 2011. p. 59-60.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MATOS, Olgária. Prefácio. In: RANGEL, Marcelo de Mello. *A história e o impossível: Walter Benjamin e Derrida*. Rio de Janeiro: Apek' Aku, 2020. p. 11.

MATTHES, Maíra. O espaçamento do tempo segundo Jacques Derrida. *Sapere Aude*, Belo Horizonte, v.4, n.7, p.245-259, 1 set. 2013.

MAZOWER, Mark. *La Europa negra: desde la Gran Guerra hasta la caída del comunismo*. Traducción de Guillermo Solana. Barcelona: Ediciones B, 2001. p. 332-336.

MEDEIROS, Aline da Silva. A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.20, n.3, jul.-set. 2013, p.963-981.

MEDEIROS, Rostand. *Sobrevoos: episódios da Segunda Guerra Mundial no Rio Grande do Norte*. Natal: Caravela selo Cultural, 2018. p. 356.

MEDEIROS, Tarcísio de. *Ontem, Hospital do Monte, hoje Hospital “Miguel Couto”*. Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte. Vol.LIII, 1960, p.42.

MELO, Protásio Pinheiro de. *Contribuição norte-americana à vida natalense*. Natal: Sebo Vermelho, 2015. p. 14.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Saúde, sociedade e história*. Organizado por José Ricardo de C. M. Ayres e Liliana Santos. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 55.

- MENESES, Ulpiano T. 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. p.107, nota n.2.
- MEYERS, Robert G. *Empirismo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2017. p. 233.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro, reedição de 1965. p. 7.
- MIRANDA, João Maurício Fernandes de. *Evolução urbana de Natal em 400 anos*. Natal [RN]: sem editora, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Natal foto-gráfico: do passado ao presente*. Brasília: Senado Federal, 2014.
- MONTANARI, Massimo. *Comida como cultura*. 2.ed. São Paulo: Senac, 2013. p.56.
- MONTANDON, Alain (dir.). *O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Senac, 2011. p. 31-32.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. p. 49-278.
- MORAIS, Patrícia Vanessa de. *As colunas da Ordem: imprensa, identidade e atuação política da Igreja Católica norte-rio-grandense (1935-1936)*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação História e Espaços. Natal, 2017. p. 75.
- MORFAUX, Louis-Marie; LEFRANC, Jean. Representação. In: \_\_\_\_\_. *Novo dicionário da Filosofia e das Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005. p.555-556.
- MORTARI, Luigina. *Filosofia do cuidado*. Tradução de Dilson Daldoce Júnior. São Paulo: Paulus, 2018.
- MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MOTA, André; *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 19-20.

\_\_\_\_\_; SCHRAIBER, Lilia Blima. Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico. *Revista Médica* (São Paulo), 2012, jul.-set., n.91(3).

\_\_\_\_\_; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C. (org.). *Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades*. São Paulo: USP; UFABC; CDG Casa de Soluções Editora, 2013.

\_\_\_\_\_; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, n. 4, jun.-abr., 2014.

MOTT, Maria Lúcia; Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil. *Cadernos Pagu* (16), 2001, p.199-234.

\_\_\_\_\_. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). São Paulo, *Proj. História*, 25 dez. 2002. p. 201.

\_\_\_\_\_. SANGLARD, Gisele (org.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Minha Editora, 2011. p. 1-170.

MOTTA, Luiz Gonzaga. *Análise crítica da narrativa*. Brasília: UnB, 2013.p. 98-9.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: COURTINE, Jean-Jacques (Dir.). *História do corpo: as mutações do olhar. O século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p.17.

MOURA, Gerson. *Autonomia na dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. p. 140.

MOUSSAVI Y KUBO. *La Función del Ornamento*. Barcelona: Actar, 2008.

MUNSLOW, Alun. Deconstructing History. *Institute of Historical Research*, 1997. p.1.

\_\_\_\_\_. *Desconstruindo a História*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 104.

NASCIMENTO, Evandro. *Derrida e a literatura: “notas” de literatura e filosofia nos textos da desconstrução*. São Paulo: É Realizações, 2015.

NAVA, Pedro. *Capítulos da História da Medicina no Brasil*. São Paulo: Ateliê Editorial; Londrina: Eduel; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

NERY BARRETO, Maria Renilda. *Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro*, v.18, supl.1, dez. 2011, p.295-301.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo de. Conselhos de Medicina: criação, trajetória e consolidação. *Brasília Médica*, n.46(2). 2009. p.140-142.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Rev. Saúde e Sociedade*, 3 (2): p.5-21, 1994, p.16-18.

OLIVEIRA FILHO, Moacyr de. *Praxedes: um operário no poder - a Insurreição Comunista de 1935 vista por dentro*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1985.

ONOFRE, Asael Canejo. *Estudo biográfico: Jacques Derrida* [ebook]. Posição 555.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, Salvador (BA), v.32, n.4, jun. 1998. p. 308-309.

\_\_\_\_\_. Crise da Saúde pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Instituto de Saúde coletiva e Casa da Saúde, 2000;

PARADA, Maurício. Corpos infantil e nacional: políticas públicas para a criança durante o Estado Novo. In: PRIORE, Mary Del; AMANTINO, Márcia (org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011, p.351-370. p.364-365.

PARENTE, Temis; ERTZOGUE, Marina (org.). *História e Sensibilidade*. Brasília: Paralelo 15, 2006.

PEDREIRA, Flávia de Sá. *Chiclete eu misturo com Banana: Carnaval e cotidiano de guerra em Natal*. 2. ed. ver. ampl. Natal: UFRN, 2012. p. 123-128.

\_\_\_\_\_. Intelectuais potiguares em face de *Parnamirim Field*. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Nordeste do Brasil na II Guerra Mundial*. 2 ed. revista e ampliada. João Pessoa: Ideia, 2021. p. 323-325.

PESAVENTO, Sandra Jatahy et al. *Sensibilidade na História: memórias singulares e identidade sociais*. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

\_\_\_\_\_. *História e História Cultural*. 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014. p. 43.

PETERS, Michael. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PIACENTE, Michele Suzeley. Jairo Ramos “A Socialização da Medicina”: a experiência da Escola Paulista de Medicina em meio às limitações da assistência a saúde no país (anos de 1940 e 1950). In: LANA NEMI, Ana Lúcia (org.). *SPDM/EPM: histórias de gente, ensino e atendimento à saúde*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012. p. 25-28.

PINHEIRO, Carlos Sizenando Rossiter. *Natal do séc. XX: memória, fatos e fotos marcantes*. Natal, 8 Editora, 2019.

PINSKI, Carla Bassanezi (org.). *Fontes históricas*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008. p. 23-79.

\_\_\_\_\_; PEDRO, Joana Maria (org.). *Nova História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2018. p. 128.

PINTO, Aline Magalhães. A história transborda: sobre a noção de suplemento em Jacques Derrida. *Anais do IIIº Seminário Nacional de História da historiografia: aprender com a história?* Ouro Preto: Edufap, 2009.p.1-11.

PINTO E SILVA, Paula. *Farinha, feijão e carne-seca: um tripe culinário no Brasil colonial*. São Paulo: Senac, 2005. p.40-41.

PINTO, Lenine. *Os americanos em Natal*. Natal: Sebo Vermelho, 2005. p. 35.

PINTO NETO, Moysés da Fontoura. *A escritura da natureza: Derrida e o materialismo experimental*. Porto Alegre, 2014. 299 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. 5ª ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

PORTER, Roy. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the Twenty-First Century*. Oxford: Princeton University Press, 2007;

PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 59-127.

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. p.252.

- PROST, Antoine. *Doze lições sobre a História*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.
- RABENHORST, Eduardo R. *Sobre os limites da interpretação*. O debate entre Umberto Eco e Jacques Derrida. Brasil: Prima Facie, 2002.
- RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista: Brasil 1890-1930*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p. 88.
- \_\_\_\_\_. Trabalho feminino e sexualidade. In: PRIORI, Mary Del; PINSKY, Carla Bassanezzi (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2018. p.582.
- RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005, mai.-jun.; 58(3):355-60.
- REIS, José Carlos. *História & Teoria: historicismo, modernidade, temporalidade e verdade*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 133-134.
- \_\_\_\_\_. *Teoria & História: tempo histórico, história do pensamento histórico ocidental e pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 69-166.
- REVEL, Judith. *Dicionário Foucault*. Rio de Janeiro: Forense, 2011. p. 43-44.
- 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.
- RIBEIRO, P. T. *A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil*, 1991. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz;
- RICOEUR, Paul. *A memória, a história, o esquecimento*. São Paulo: Unicamp, 2007.
- \_\_\_\_\_. *Tempo e narrativa*. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 3v. p. 117.
- RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Humanização e Humanidades em Medicina*. São Paulo: Unesp, 2012. p. 16-34.
- ROBERTS, Geoffrey (ed.). *The History and Narrative Reader*. London and New York: Routledge, 2001. p. 375.
- ROBINS, William E. Administração de um pequeno hospital. In: *Revista Médico-Social*, Ano 1, n.9, mai.1943, p. 20.

RODRIGUES, Carla. *Duas palavras para o feminino: hospitalidade e responsabilidades: sobre ética e política em Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 14-41.

RODRIGUES, Eugénia. 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, abr.-jun. 2014, p.609-627.

RORTY, Richard. *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. *Objetivismo, relativismo e verdade: escritos filosóficos I*. São Paulo: Relume-Dumará, 1997.

\_\_\_\_\_. Duas profecias. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 24 maio 1998. Caderno Mais (Extraído de: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs24059808.htm>).

\_\_\_\_\_. *Consequências do pragmatismo (ensaios:1972-1980)*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

\_\_\_\_\_. *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

\_\_\_\_\_. *Pragmatismo e política*. São Paulo; Martins, 2005.

\_\_\_\_\_. *Verdade e progresso*. São Paulo: Manole, 2005.

\_\_\_\_\_. *Contingência, ironia e solidariedade*. São Paulo: Martins, 2007.

\_\_\_\_\_. A justiça como uma lealdade maior. In: \_\_\_\_\_. *Filosofia como política cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.p.89 et seq.

ROSA, Hartmut. *Aceleração: a transformação das estruturas temporais da Modernidade*. Tradução de Rafael H. Silveira. São Paulo: Unesp, 2019.

ROSEN, G. *De la policia médica a la medicina social*. Madrid: Siglo XXI, 1985. p. 316.

ROSENWEIN, Barbara H. *História das emoções: problemas e métodos*. Tradução de Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2011. p. 32.

ROUDINESCO, Elizabeth. *Filósofos na tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

RÜSEN, Jörn. *Teoria da História: uma teoria da história como ciência*. Curitiba: UFPR, 2015.

RUSSEL-WOOD, A. J. R. Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília: UnB, 1981.

SALANSKIS, Jean-Michel. *Derrida*. São Paulo: Estação Liberdade, 2015. p. 41-42.

SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil*. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004.

SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro v. 10(3):1095-98, set-dez. 2003.

\_\_\_\_\_. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*, n. 16, UFSC, 2006.p.11-33.

\_\_\_\_\_. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo.N.Sér.v.15.n.2.p.257-289.jul.-dez.2007.

\_\_\_\_\_. *Entre os salões e o laboratório*: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 25-180.

\_\_\_\_\_. Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010, p.127-147.

\_\_\_\_\_; FERREIRA, Luís Otávio. Médicos e filantropos a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *VARIA HISTORIA*, Belo Horizonte, v. 26, n. 44: p.437-459, jul/dez 2010.

\_\_\_\_\_; FERREIRA, Luís Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Est. Hist.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 71-91, janeiro-junho de 2014.

\_\_\_\_\_. Filantropia e política pública: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro na Primeira República. In: SANGLARD, Gisele et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 134 -135.



\_\_\_\_\_; FERREIRA, Luís Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.145-181.

SANTIAGO, Silviano. *Glossário de Derrida*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

SANTOS, Dominique Vieira Coelho dos. Acerca do conceito de representação. *Revista de Teoria da História*, v. 6, n.2, 2011. p.27-53.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: HUCITEC, 1977.

SARINHO, Clóvis Travassos. *Casa de Saúde São Lucas: notas sobre a fundação e primeiros anos de funcionamento*. Natal: [s/d], 1981.

\_\_\_\_\_. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p. 41-45.

\_\_\_\_\_. *Fatos, episódios e datas que a memória gravou*. Natal: Nordeste Gráfica, 1991. p. 101.

SAUSSURE, Ferdinand de. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2012. p. 141.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *O médico e seu trabalho: limites de liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios*. Tese de Livre-Docência. São Paulo, USP, 1997.

\_\_\_\_\_. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2019. p. 5-28.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2ª ed. São Paulo: Senac, 2005. p. 78.

SERRES, Juliane Conceição Primon. Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil: uma questão emergente. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1411-1426.

SEWELL JR., William H. *Lógicas da História: teoria social e transformação social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2017. p. 323.

SHARPE, Jim. A história vista de baixo. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 1992.

SILVA, Anelino Francisco da. Migração e crescimento urbano: uma reflexão sobre a cidade de Natal. *Scripta Nova*, Barcelona, n.94 (74), 2001. p. 295.

SILVA, E. A. C. da, Tipple, A. F. V., Souza, J. T. de, & Brasil, V. V. (2010). Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(3), 571–7. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>.

SILVA, Fernanda; NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodriguez; TEIXEIRA, Luiz. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.28, n.3, p.171-184, 2019.

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. p.210.

SILVA, Kalina Wanderley; SILVA, Maciel Henrique. *Dicionário de conceitos históricos*. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2009. p.131-2.

SILVA, Rodrigo Otávio da. ROCHA, Raimundo Nonato Araújo. A eugenia de um esculápio de aldeia: a “redenção da humanidade” nas mãos do dr. Januário Cicco. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (org.). *Eugenia e História: ciência, educação e regionalidades*. v.4. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC: Casa de Soluções e Editora, 2013. p.239-266.

\_\_\_\_\_; *Sair curado para a vida e para o bem: o Hospital de Caridade Juvino Barreto e a construção de uma assistência médico-hospitalar em Natal (1909-1927)*. Natal: Caule de Papiro, 2019.

\_\_\_\_\_. Januário Cicco. In: \_\_\_\_\_. *Clio, por onde andei?: pirâmides, sociedades secretas e hospitais – descaminhos historiográficos*. Natal: Caule de Papiro, 2021.

SILVA, Rogério Forastieri da. *História da Historiografia: capítulos para uma história das histórias da historiografia*. São Paulo: Edusc, 2001.

SISCAR, Marcos. (org.). *Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir*. São Paulo: Cortez, 2018. p. 18-19.

SLOTERDIJK, Peter. *Derrida, um egípcio: o problema da pirâmide judia*. São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

SMITH JÚNIOR, Clyde. *Trampolim para a Vitória: recordações e fotografias pelos militares norte-americanos em serviço em Natal/RN-Brasil durante a Segunda Guerra*. Natal: Ed. Foco, 2003.

SOLIS, Dirce Eleonora; FUÃO, Fernando Freitas (org.). *Derrida e arquitetura*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014.

SOUZA CAMPOS, Ernesto. Diretiva indispensável na construção hospitalar. O exemplo da Santa Casa de Santos. O construtor e o arquiteto. In: : *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 2, n.24, abr./jun. 1945, p.75-6.

SOUZA CORDEIRO, Ana Gabriella de. Do Mercado Público ao Shopping Center: as similaridades ideológicas e tipológicas existentes entre estes equipamentos urbanos no caso da cidade de Natal – RN. *Cadernos do LEPAARQ*, v.12, n.23, 2015.p.135-155. p.141.

SOUZA FILHO, Danilo Marcondes de. Modernidade, subjetividade e linguagem. Acessado em: 5 jun. 2021. Disponível em: [www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/28-encontro-anual-da-anpocs/st-5/st13-4/3989-dsouzafilho-modernidade/file](http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/28-encontro-anual-da-anpocs/st-5/st13-4/3989-dsouzafilho-modernidade/file).

SOUZA, Ricardo Timm de. *Totalidade e desagregação: sobre as fronteiras do pensamento e suas alternativas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

\_\_\_\_\_. *Razões plurais: itinerários da Racionalidade Ética do séc. XX: Adorno, Bergson, Derrida, Lévinas e Rosenzweig*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 169.

\_\_\_\_\_. *Em torno à diferença: aventuras da alteridade na complexidade da cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2008. p. 63-67.

SPENCER, William H. O hospital na sociedade moderna. In: *Revista Médico-Social da USP*. Ano 2, n.19, jul./ago. 1944, p.15.

SPINELLI, José Antônio. *Getúlio Vargas e a oligarquia potiguar: 1930/35*. Natal: EDUFRN, 1996.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Pode o subalterno falar?* Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 15.

SZASZ, T. *The manufacture of madness*. Nova York: Harper Row, 1970.

TAKEIA, Denise Monteiro. *Um outro Nordeste – o algodão na economia do Rio Grande do Norte (1880-1915)*. Fortaleza: BNB/Etene, 1985. p. 64.

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. p.28-29.

TARELOW, Gustavo Querodia. *Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)*. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.

TAVARES, David. *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina, 2019.

TAYLOR, Dianna (dir.). *Michel Foucault: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2018. p. 61-63.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flávio COELHO. *História e cultura da medicina no Brasil*. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012.

\_\_\_\_\_; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 145-423.

TEIXEIRA, S. M. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPS, 1985.

THOMAS, Keith. *O homem e o mundo natural: mudanças de atitude em relação às plantas e aos animais (1500-1800)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 247.

THOMPSON, Edward Palmer. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981. p. 48-50.

TORRES, Leo Seva Ortensio Silva. *Produção do espaço, planejamento e mobilidade urbana: o uso da bicicleta como meio de transporte em Natal-RN*. Monografia (graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Bacharelado em Geografia. Natal, RN, 2018.

VASCONCELOS, José Antônio. O que é a Desconstrução? *Revista de Filosofia*, Curitiba, v.15, n.17, p.73-78, jul./dez. 2003.

VATTIMO, Gianni. *O fim da Modernidade: niilismo e hermenêutica na cultura pós-moderna*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VEYNE, Paul. *Foucault: seu pensamento, sua pessoa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 45-198.

\_\_\_\_\_. *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Brasília: UnB, 2014. p. 18-125.

VIEIRA, Enoch Gonçalves. *A construção da natureza saudável: Natal (1900-1930)*. 2008. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em História, Natal, 2008.

VIGARELLO, Georges.; COURTINE, Jean Jacques; CORBIN, Alain (dir.). *História das emoções: 3. Do final do século XIX até hoje*. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis (RJ): Vozes, 2020.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria/Bauru: Editora UFSM/EDUSC; 1999.

WHITE, Hayden. Historical Pluralism. *Critical Inquiry*, v. 12, n. 3, 1986, p. 482-483.

\_\_\_\_\_. *Trópicos do discurso: ensaios sobre a crítica da cultura*. São Paulo: Edusp, 2014. p. 98.

WHITECOTTON, G. O. Orçamento do hospital. In: *Revista Médico-Social; questões hospitalares e médico-sociais*. São Paulo, Ano 2, n.22, dez.1944/jan.1945, p.41.

WILLIAMS, James. *Pós-estruturalismo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p. 13-17.

WILSON, Bee. *Pense no gafo! Uma história da cozinha e de como comemos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014. p.126.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, v.4, p. 487-504, 1972.

## FONTES

*Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte (APE/RN) [Hospital Miguel Couto]*

Caixa 194: Setor Saúde, Estante 7, prateleira 6. Sociedade de Assistência Hospitalar, Livro de Ponto, Ficha Médica e Saúde. 1939, 42, 51, 57 e 58.

Caixa 196: Setor Saúde, Estante 7, prateleira 5, 1943 1950, Livro de Despesas

Caixa 197: Setor Saúde, Estante 7, prateleira 5, SAH 1950 1958

Caixa 200: Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 5. 1954, 55, Hospital Miguel Couto, Livro de Ponto set. 1945 e mai. 1955.

Caixa 198: Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 5. Diversos (ano), Hospital Miguel Couto 1960/1909-1967.

Caixa 199: Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 5. Diversos, 1920, 1930, 1940 e 50.

Caixa 201: Setor Saúde, estante 07, prateleira 01, Maternidade 1950 e 1960.

Caixa 208: Setor Saúde, Estante 7, Prateleira 6, Livro de Ponto da Maternidade [atas de reuniões e relatório SAH]

Caixa 0787: Autorização para fornecimento de produtos alimentícios, autorização para internação e outros e faturas diversas do HMC 49 52 62 69.

Caixa 0789: Folha de pagamento da Maternidade de 47 48 49 0 51 52 53.

Caixa 0790: Folha de pagamento Maternidade 55 56 57 58 59 60 61.

Caixa 0791: Faturas do HMC 1940, 41, 42, 43, 44 e 45.

Caixa 0792: Recibos e duplicatas [1940 e 1951]

Caixa 0799: Folha de pagamento [1931, 1933, 1934, 1935, 1949, 1950]

Caixa 0800: Folha de pagamento [1932-1940, 1943, 1944 e 1949]

Caixa 0801: Relação de pessoal 1930 36 41 45 47 48 49 51 58 60 66 89

Caixa 0825: Recibos e duplicatas do HMC de 1952 e 1953

Caixa 0826: Ofícios e correspondências do HMC de 1937 até 1967

Caixa 0827: Recibos do HMC de 1949 e 1962

Caixa 0828: Balanço financeiro [1956], relação de funcionários [1967], balancetes [1953 e 1958], processos [1949], resumo de ponto e licenças [1968]

Caixa 0830: Novo regulamento do Hospital Miguel Couto e Regimento Interno do HMC de 1943 e 1950

Caixa 0077: Correspondência 1937 [1935, 1937, 1938 e 1939]

- Caixa 0078: Folha de pagamento pessoal 1947
- Caixa 0743: Prestação de contas, exposição de motivos 1946 e 1947
- Caixa 0744: [Notas fiscais 1953 e 1954]
- Caixa 0746: Memorandos 1930 a 1963
- Caixa 0749: [ acidentados IAP (1957), acidentes de trabalho (1958-59)]
- Caixa 0750: [atestados (1959-67), certidões (1959-64), certificados (1959, 1961 e 1965) e declarações (vários)]
- Caixa 0751: [pagamentos (1955)]
- Caixa 0752: [Recibos de subvenção do Estado (1933-1955)]
- Caixa 0754: Prestação de contas [1939, 42, 43, 51, 54, 58 e 61]
- Caixa 0755: Inspeção de Saúde [1966]
- Caixa 0756: [Faturas: 1951-53]
- Caixa 0758: [Faturas: 1946-1948]
- Caixa 0759: [Atas (1953, 54, 56, 59 e 64) e relações de estagiários (1954, 61 e 65)]
- Caixa 0760: Guia de recolhimento vários anos [1939-1955]
- Caixa 0761: Correspondências recebidas e expedidas (1951 a 1958)
- Caixa 0762: Folhas de pagamento, contratos e convênios 1946, 1946 e 1971
- Caixa 0763: Faturas (1949 e 1950)
- Caixa 0764: Folhas de pagamento (1930 a 1944)
- Caixa 0766: [Diversos]
- Caixa 0767: [Diversos]
- Caixa 0768: [Diversos]
- Caixa 0772: Contratos hospitalares e recibos [1940-1960]
- Caixa 0773: Coleta de nascimento do HMC de 1972 a 1975
- Caixa 0774: Folha de pagamento de 1948
- Caixa 0775: Aposentadorias e pensões [1947-1959]
- Caixa 0779: Folha de pagamento 1957 58
- Caixa 0780: Recibos de aluguel 1965
- Caixa 0781: Correspondências do HMC de 1929, 1936 e 1937
- Caixa 0782: Relatórios e declarações do HMC de 1947, 1957, 1959 e 1963
- Caixa 0783: Circular do HMC 1932 a 19679



*Hemeroteca Digital Brasileira do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro*  
(<http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital/>)

A Ordem (1935-1952)

O Poti (1954-1959)

Diário de Natal(1950-1959)

A República(1900-1909; 1950-1955)

*Center for Research Libraries Global Resources Network. Relatórios Presidenciais Provinciais:RioGrandedoNorte.* [<http://ddsnexst.crl.edu/titles/181#?c=4&m=0&s=0&cv=0&r=0&xywh=-369%2C-123%2C3473%2C2449>]

RIO GRANDE DO NORTE. [1901] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo do Estado na abertura da primeira sessão da quarta legislatura pelo governador Alberto Maranhão acompanhada dos relatórios apresentados pelos chefes dos diversos ramos do serviço público.* Natal, Typ. d'A República, 1904.

RIO GRANDE DO NORTE. [1902] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo do Estado na abertura da primeira sessão da quarta legislatura pelo governador Alberto Maranhão acompanhada dos relatórios apresentados pelos chefes dos diversos ramos do serviço público.* Natal, Typ. D'A República, 1904.

RIO GRANDE DO NORTE. [1903] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo do Estado na abertura da terceira sessão da quarta legislatura a 14 de julho de 1903 a 14 de julho de 1903 pelo governador Alberto Maranhão acompanhada do Relatório do Secretario do Governo e das mensagens dos drs. Adolpho Affonso da Silva Gordo e Jeronymo Americo Raposo da Camara, apresentadas em 1890.* Natal, Typographia d'A República, 1905.

RIO GRANDE DO NORTE. [1904] *Mensagem apresentada pelo governador Alberto Maranhão ao passar o governo do Estado ao Doutor Augusto Tavares de Lyra no dia 25 de março de 1904.* Natal, Typographia d'A República.

RIO GRANDE DO NORTE. [1905] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da sessão extraordinária de janeiro de 1905 pelo governador Augusto Tavares de Lyra.* Natal, Typographia d'A República, 1905.

RIO GRANDE DO NORTE. [1906] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo do Estado na abertura da terceira sessão da quinta Legislatura a 14 de julho de 1906 pelo governador Augusto Tavares de Lyra acompanhada dos relatórios apresentados pelos chefes dos diversos ramos do serviço publico.* Natal, Typographia d'A República, 1907.

RIO GRANDE DO NORTE. [1907] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da sexta legislatura em 1 de Novembro de 1907 pelo governador Antonio José de Mello e Souza.* Natal: Typ. d'A República, 1907.

RIO GRANDE DO NORTE. [1908] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da Sexta Legislatura em 1º de novembro de 1908 pelo governador Alberto Maranhão*. Natal, Typographia d'A República, 1908.

RIO GRANDE DO NORTE. [1909] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Terceira Sessão da Sexta Legislatura em 1ª de novembro de 1909 pelo governador Alberto Maranhão*. Natal, Typ. d'A República, 1909.

RIO GRANDE DO NORTE.[1910] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da sétima Legislatura em 1º de Novembro de 1910 pelo Governador Alberto Maranhão*.

RIO GRANDE DO NORTE. [1911] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Segunda Sessão da Setima Legislatura em 1ª de novembro de 1911 pelo governador Alberto Maranhão*.Natal, Typographia d'A República, 1911.

RIO GRANDE DO NORTE. [1912] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da Terceira Sessão da Sétima Legislatura em 1º de Novembro de 1912 pelo governador Alberto Maranhão*. Natal, Typographia d' "A República", 1912.

RIO GRANDE DO NORTE. [1913] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da oitava legislatura pelo governador Alberto Maranhão*. Natal, Typographia d'A República, 1913.

RIO GRANDE DO NORTE. [1914] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da oitava legislatura em 1º de novembro de 1914 pelo governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves*. Natal, Typographia d'A República, 1914.

RIO GRANDE DO NORTE. [1915] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da terceira sessão da oitava legislatura em 1º de novembro de 1915 pelo governador Joaquim Ferreira Chaves*. Natal, Typographia d'A República, 1915.

RIO GRANDE DO NORTE. [1916] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da nona legislatura em 1º de novembro de 1916 pelo governador desembargador Joaquim Ferreira Chaves*. Natal, Typographia d'A República, 1916.

RIO GRANDE DO NORTE. [1917] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da nona legislatura em 1º de Novembro de 1917 pelo Governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves*. Natal: Typ. d'A República,1917.

RIO GRANDE DO NORTE. [1918] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da sessão da décima legislatura em 1º de Novembro de 1918 pelo governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves*. Natal, Typographia d'A República, 1918.

RIO GRANDE DO NORTE. [1919] *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da décima legislatura em 1º de novembro de 1919 pelo governador Desembargador Joaquim Ferreira Chaves*. Natal, Typ. Commercial J. Pinto & C., 1919.

RIO GRANDE DO NORTE. [1920] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da terceira sessão da décima legislatura em 1º de Novembro de 1920 pelo governador Antônio José de Mello e Souza*. Natal, Typographia Commercial J. Pinto & Cia, 1920.

RIO GRANDE DO NORTE. [1921] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da primeira sessão da undécima legislatura em 1º de Novembro de 1921 pelo governador Antonio J. de Mello e Souza*. Natal, Typographia Commercial J. Pinto & Cia, 1921.

RIO GRANDE DO NORTE. [1922] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da undécima Legislatura em 1º de Novembro de 1922 pelo Governador Antonio J. Mello e Souza*.

RIO GRANDE DO NORTE. [1923] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da terceira sessão da undécima legislatura em 1º de Novembro de 1923 pelo governador Antônio José de Mello e Souza*. Natal, Typographia d'A República, 1923.

RIO GRANDE DO NORTE. [1924] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da Primeira Sessão da 12ª Legislatura em 1º de Novembro de 1924 pelo governador José Augusto Bezerra de Medeiros*. 1924.

RIO GRANDE DO NORTE. [1925] *Mensagem lida perante o Congresso Legislativo na abertura da segunda sessão da 12ª legislatura em 1º de novembro de 1925 pelo governador José Augusto Bezerra de Medeiros*. Natal, Typographia d'A República, 1925.

RIO GRANDE DO NORTE. [1926] *Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 14ª Legislatura em 1º de Outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros*. 1926. Natal, Typographia d'A República, 1926.

RIO GRANDE DO NORTE. [1927] *Mensagem lida perante a Assembléa Legislativa na terceira sessão da 12ª Legislatura em 1º de Outubro de 1926 pelo Presidente José Augusto Bezerra de Medeiros [...] 1927*. Natal, Typographia d'A República, 1927.

RIO GRANDE DO NORTE. [1928] *Mensagem apresentada pelo presidente do Estado do Rio Grande do Norte Juvenal Lamartine á Assembléa Legislativa e lida na abertura da primeira sessão da 14ª Legislatura em 1º de Outubro de 1928*. Natal, Typographia d'A República, 1928.

RIO GRANDE DO NORTE. [1929] *Mensagem apresentada pelo exmo. Dr. Juvenal Lamartine de Faria, Presidente do Estado do Rio Grande do Norte á Assembléa*

*Legislativa por ocasião da abertura da 3º Sessão da 13º Legislatura em 1º de outubro de 1929.* Natal, Typographia d'A República, 1929.

RIO GRANDE DO NORTE. [1930] *Mensagem apresentada pelo presidente Juvenal Lamartine de Faria a Assembléa Legislativa, por ocasião da abertura da 1º Sessão da 14ª Legislatura.* Natal, *Imprensa Oficial*, 1930. Natal, Typographia d'A República, 1930.

***Museu Professor Carlos da Silva Lacaz [USP-Departamento de Medicina Preventiva]***

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

Revista Médico-Social: 1942/1943, n.1-9

Jun.1942, Ano I, n.1

Jul.ago.1942, Ano I, n.2

Set.1942, Ano I, n.3

Nov.1942, Ano I, n.4

Jan.1943, Ano I, n.5

Fev.1943, Ano I, n.6

Abr. 1943, Ano I, n.8

Mai-jun.1943, Ano I, n. 9

Revista Médico-Social: 1944/1945,n.19-27

Jul.-ago. 1944, Ano II, n.19

Set.1944, Ano II, n.20

Out.-nov.1944, Ano II, n.21

Dez.1944/jan.1945, Ano II, n.22

Fev.-mar.1945, Ano II, n.23

Abr.-jun.1945, Ano II, n.24

Jul.ago.1945, Ano II, n.25

Set.-out.1945, Ano II, n.26

Nov.-dez.1945, Ano II, n.27

### ***Academia Norte-riograndense de Letras***

#### ***Biblioteca da ANL/RN***

CASCUDO, Luís da Câmara. Discurso de recepção de Januário Cicco como membro da ANL, em 15 de outubro de 1939. *Revista da Academia Norte-riograndense de Letras*, Natal: Tip. do Centro de Imprensa, v.1, 1951, p.46-52.

CICCO, Januário. *Luiz da Câmara Cascudo (depoimentos)*: homenagem dos seus amigos. Natal: Centro de Imprensa, 1947.

FERNANDES, Raul. Discurso de posse do acadêmico Raul Fernandes. *Revista da Academia Norte-riograndense de Letras*, Natal, n.18, v.30, p.23-37, jan.-dez.1983.

FILHO, Ivo. Saudação a Onofre Lopes. *Revista da Academia Norte-riograndense de Letras*, Natal, p.161-169, 1955.

LOPES, Onofre. O padre e o médico. *Revista da Academia Norte-riograndense de Letras*, Natal, n.4, p.139-159, 1956.

MELO, Veríssimo de. Saudação a Raul Fernandes. *Revista da Academia Norte-riograndense de Letras*, Natal, n.18, v.30, p.39-50, jan.-dez. 1983.

SILVA, José Tavares. Januário Cicco. *Revista da Academia Norte-riograndense de Letras*, Natal, n.11, p.33-40, 1974.

### ***Arquivo do jornal A Tribuna do Norte***

Jornal A República (RN:1950-1955)

### ***Arquivo do HCurb***

Fotos do arquivo organizado pelo grupo de estudos História da Cidade e Urbanismo, do Departamento de Arquitetura da UFRN, coordenado pela professora Doutora Ângela Lúcia Ferreira.

### ***Memorial da Medicina do Rio Grande do Norte[MM/RN]***

#### ***Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte[IHG/RN]***

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto n.148, de 1º de setembro de 1921. Dá regulamento á Directoria de Hygiene e Saúde Pública. Actos e Legislativos e Decretos do Governo*. Natal: Typographia d'A República, 1922. p.146-197.

RIO GRANDE DO NORTE. *Lei n.268, de 1º de dezembro de 1908. Fixa a despeza e orça a receita do Estado para o anno financeiro de 1909. Actos Legislativos e Decretos do Governo*. Natal: Typographia d'A República, 1909.p.18-19.

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto n.205, de 21 de agosto de 1909. Reorganiza o Hospital de Caridade, médico de polícia e Batalhão de Segurança. Actos Legislativos e Decretos do Governo.* Natal: Typographia d'A República, 1910.p.85-86.

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto n.206, de 31 de agosto de 1909. Actos Legislativos e Decretos do Governo.* Natal: Typographia d'A República, 1910.p.87-88.

RIO GRANDE DO NORTE. *Lei n.280, de 29 de novembro de 1909. Actos Legislativos e Decretos do Governo.* Natal: Typographia d'A República, 1910.

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto n.24, de 22 de maio de 1893, execução da Lei n.14. Decretos do Governo do Estado do Rio Grande do Norte.* Natal: Typographia d'A República, 1893.

RIO GRANDE DO NORTE. *Lei n.14 de 11 de junho de 1892. Crea no estado uma repartição sanitária. Leis do Congresso.* Natal: Typographia d'A República, 1896. p.25-28.

RIO GRANDE DO NORTE. Resolução n. 92. Art.58-61. *Actos legislativos e decretos do governo (1904).* Natal: Typ d'A Republica, 1905.

### ***Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]***

IBGE. Censo Demográfico 1872, 1890, 1900, 1920, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000, 2010. Acesso em: 11 mai. 2021. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6>.

IBGE. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1951. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_1950.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1950.pdf). Acessado em: 5 nov. 2021.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. História e evolução dos hospitais. [Biblioteca Virtual em Saúde]. Rio de Janeiro, 1944.**

### ***Materiais diversos***

BODAS de ouro das Filhas de Sant'Ana no Brasil: 1884-1934. Rio de Janeiro: Escola Typ. Pio X, 1933.

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

CICCO, Januário. *Luiz da Câmara Cascudo (depoimentos): homenagem dos seus amigos.* Natal: Centro de Imprensa, 1947.

\_\_\_\_\_. *Como se Hygienizaria Natal: algumas considerações sobre o seu saneamento.* Natal: Atelier Typ. M. Victorino A. CAMARA & C, 1920.

\_\_\_\_\_. *Ligeiras considerações sobre o destino dos cadáveres perante a higiene e a medicina legal*. Bahia: Typographia do Salvador 1906.

\_\_\_\_\_. *Notas de um Médico de Província*. Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora, 1928.

\_\_\_\_\_. *Euthanasia (Ensaio de crítica medico-social)*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1937. Fac-similar editado pela NOSSA Editora, da Fundação José Augusto.

CÂMARA, Amphilóquio. *Scenários norte-riograndenses*. Rio de Janeiro: “O Norte”, 1923.

CÓDIGO de Deontologia Médica. In: *Boletim do Sindicato Medico Brasileiro*, 1º Congresso Médico Sindicalista, n. 8, agosto de 1931.

MEDEIROS, Tarcísio de. Ontem, Hospital do “Monte”, Hoje “Miguel Couto”. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte*. Natal, vol.53, 1959, p.33-46.

SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988.