

## ARTIGO

### “O SILÊNCIO É UMA... EMOÇÃO!”

RASTROS DE UM REGIME EMOCIONAL NO HOSPITAL MIGUEL COUTO, EM NATAL (1945-1955)

RODRIGO OTÁVIO DA SILVA

Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Professor de História do IFPB, pós-doutorando da Faculdade de Medicina.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6848-7762>

**RESUMO:** Este artigo aborda o “regime emocional” do Hospital Miguel Couto, em Natal (RN), entre os anos 1940 e 1950, seguindo os rastros de comportamentos e expressões socioafetivos deixados na documentação hospitalar, especialmente nos relatórios técnicos da Sociedade de Assistência Hospitalar (SAH), conhecidos como “Prestações de Contas e Exposições de Motivos”, que descreviam o movimento hospitalar da instituição bem como atividades administrativas e econômicas. O objetivo é rastrear naquele ambiente tradicionalmente marcado pelo “modelo biomédico de atenção” traços de uma emocionalidade no seu interior que viesse a sinalizar a existência de “padrões emocionais” para além do sofrimento comum da “emoção dolorosa”.

**PALAVRAS-CHAVE:** Regime emocional; Hospital Miguel Couto; modelo biomédico de atenção.

## **“SILENCE IS AN... EMOTION!”**

### TRACES OF AN EMOTIONAL REGIME AT MIGUEL COUTO HOSPITAL, IN NATAL (1945-1955)

**ABSTRACT:** This article addresses the “emotional regime” of the Miguel Couto Hospital in Natal (RN) between the 1940s and 1950s, following the traces of socio-affective behaviors and expressions left in hospital documentation, especially in the technical reports of the Hospital Assistance Society (SAH), known as “Accounts and Statements of Reasons”, which described the hospital’s operations as well as its administrative and economic activities. The objective is to track down traces of an emotionality within that environment, traditionally marked by the “biomedical model of care”, that would signal the existence of “emotional patterns” beyond the common suffering of “painful emotion”.

**KEYWORDS:** Emotional Regime; Hospital Miguel Couto; biomedical model of attention.

DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2767.2025v84p354-381>

Recebido em: 30/06/2025

Aprovado em: 11/09/2025



Não basta conhecer as doenças. É preciso conhecer os seres humanos, e levar em conta suas aspirações e também os seus temores.

(Moacyr Scliar, *Território da emoção*, 2013, p.71)

As forças primitivas das emoções humanas são mais perigosas e devastadoras do que a fissão nuclear. Quem é capaz de duvidar de que o problema científico central do nosso tempo é o problema das emoções?

(Howard S. Liddell, psicólogo norte-americano, 1954)

## 1. Prolegômenos

O silêncio é uma prece!... enunciado imemorial, faz-se onipresente nos corredores hospitalares brasileiros. Ecoa, na sua genealogia histórica, o modelo religioso de administração dos nosocômios, da longínqua Cesareia de Basílio, o Grande (370-379 d.C.), na Capadócia, até a pioneira Santa Casa de Misericórdia de Santos, de Brás Cubas, no Brasil colonial. Esse “pedido de silêncio”, entretanto, acabou por marginalizar, ao longo dos séculos, a plurivocidade do fenômeno doloroso em sua dimensão emocional, recalcando o comportamento e a expressão das emoções no ambiente hospitalar. Seja como for, da dor espiritual dos antigos à moderna compreensão da dor (neurofisiologicamente considerada), o silenciamento das emoções no interior dos hospitais continua como um traço indelével de uma personalidade institucional.

Obviamente, estamos falando de um longuíssimo processo histórico. Pensemos, por exemplo, no campo de saber da medicina e – por extensão – na própria área da Saúde. Em geral, as relações com as emoções obedeceram, nessa vasta intersectorialidade, ao regime de uma etnopsicologia ocidental bastante conhecida, fundada em dois pressupostos essenciais: (1) as emoções são lotadas na dimensão de uma psicobiologia do indivíduo; (2) e, conseqüentemente, são constantes e universais. Em um tal programa, o

corpo se encontra em oposição à mente, embora ambos estejam articulados na pessoa. Por sua vez, as emoções teriam seu par opositivo na razão, tendo no corpo o lugar próprio para a sua manifestação, normalmente associadas à produção de hormônios (testosterona, estrogênio, progesterona) e ao funcionamento do cérebro (reações químicas diversas), tidos, nessa perspectiva, como reguladores ou causadores do comportamento emocional. Semelhantemente aos fenômenos corporais, as emoções seriam marcadas pelo seu caráter involuntário e espontâneo, que independeria da vontade do sujeito, sendo, por isso, mais variáveis, imprevisíveis e menos suscetíveis ao controle externo (Rezende; Coelho, 2010, *passim* 19-21).

Esse “sistema de conhecimentos” próprio ao Ocidente e o lugar nele ocupado pelas emoções marcou (e ainda o faz) profundamente a prática médica. Para o médico, o sofrimento do paciente era algo que geralmente não merecia muita confiança, pois se radicava no indivíduo, na sua subjetividade emocional, o que naturalmente turvaria o conhecimento médico mais preciso e sua pronta intervenção no quadro clínico do doente. Tal atitude em relação ao sofrimento partiu de uma certa “visão da dor” que acompanhou a própria história da medicina, pelo menos desde o séc. XIX. Para o profissional da medicina, via de regra, ela era encarada como um sintoma, isto é, um sinal que remetia às causas da doença, a alguma lesão em órgãos ou tecidos. A expressão emocional viu-se, com efeito, enclausurada no seio de uma semiologia, na medida que a dor, como valor de signo, remete-se a um sistema de causalidade (Carol, 2020, p.401-402).

De fato, 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 do hospital como tecnologia a serviço da cura acabou conflitando com a dimensão ancestral de acolhimento da instituição, produzindo-se um tensionamento “entre o técnico e o humano” (Guillaume, 2011, p.988), uma “tensão entre duas normas opostas” (Carol, 2020, p.406), marcando, na praxeologia médica, uma mistura de hospitalidade e hostilidade que se inscreveu no coração da instituição hospitalar até os nossos dias.

Por outro lado, é justo afirmar que tal “frieza” nas relações intra-hospitalares não proveio exclusivamente de um movimento interno à Saúde. É preciso considerar, por exemplo, que tal estado de coisas – uma espécie de

*ethos* da medicina – era poroso a uma verdadeira mutação das sensibilidades na sociedade contemporânea que, dada a velocidade das estimulações promovidas por uma vida acelerada, técnica e cada vez mais imaterial, provocaria o “esvaziamento da capacidade de atenção, indissociável da reflexão, leva ao empobrecimento da interioridade e, diversas vezes, retira da pessoa seus atributos mais fundamentais” (Haroche, 2008, p.212-213).

Essa tensão entre a tecnologia e o humano dominou o cenário hospitalar nacional entre as décadas de 1950 e 1970, quando se pode notar uma espécie de “virada humanista” no campo da Saúde. Desde então, o tema das emoções vem recebendo determinada atenção por parte dos profissionais da Área Médica e afins, notadamente da Psicologia Hospitalar, que, a partir dos anos 1950, passou a frequentar os hospitais gerais. Algumas décadas mais tarde, os movimentos de reforma sanitária e antimanicomial recolocaram em cena a importância da pessoalidade do doente em seu tratamento médico, abrindo as portas para a compreensão da saúde como integralidade, o que, com efeito, acabava por revalorizar a dimensão psicológica e emocional do doente em seu processo de cura. A emergência da modalidade dos cuidados (“care”) na Europa e o movimento mais geral de humanização da saúde no Brasil representaram bem, dessa maneira, a demanda por uma subjetividade do doente mais marcada pela emocionalidade. No dizer da historiadora alemã Ute Frevert (2014, p.1), a segunda metade do séc. XX consolidou-se como a “era da terapia”, com o crescimento do número de psicólogos e clínicas.

O artigo que propomos aqui dialoga, portanto, com essa longa narrativa de tensionamento entre as dimensões técnica e humana dos cuidados em saúde. Posicionados nas fileiras de Clio, abordamos aspectos da dimensão socioafetiva do Hospital Miguel Couto na cidade do Natal (RN), nas décadas de 1940 e 1950. Nesse período, buscamos problematizar o papel que os comportamentos emocionais e suas expressões desempenharam na estrutura institucional do Hospital Miguel Couto, focando na dinâmica do “regime emocional” nas dependências desse hospital público, acompanhando, por conseguinte, os rastros de esquecidas “experiências sentidas” no seio de uma comunidade hospitalar.

## 2. Aspectos teórico-metodológicos: recortes e costuras

### 2.1 Conceito de emoção

Enveredar pelo campo da História das emoções requer do pesquisador, já de partida, uma disposição para lidar com certas “pedras de Sísifo” próprias desse território. A primeira delas – talvez a mais constrangedora – diz respeito ao conceito mesmo de “emoção”. Em 1981, por sua vez, os psicólogos Paul R. Kleinginna e Anne M. Kleinginna fizeram um levantamento das variadas definições científicas sobre “emoção” produzidas entre 1872 e 1980. Na publicação, intitulada *“A Categorized List of Emotion Definitions, with Suggestions for a Consensual Definition”*, os pesquisadores reuniram nada menos que 92 respostas diferentes e 9 “declarações céticas” (Cristiani; Rosenwein, 2018, p.9; Boddice, 2018, p.45). “Existem quase tantas definições de emoções quanto pessoas que as estudam”, disse Richard Firth-Godbehere (2022, p.12).

Existe um largo espectro nocional para falar sobre as emoções, além de uma enorme dificuldade em se produzir determinada unidade conceitual. Na verdade, estaríamos mais acertadamente falando de um “fluxo de fenômenos mentais entrelaçados”, discriminados em termos de “domínio afetivo”, reunindo em seu conjunto emoções, humores, sentimentos, desejos e dor (Tappolet, 2023, p.19-21). Dada a pletora de conceitos à disposição, e tendo todas elas sua “ordem interna” de razões, adotaremos uma postura mais flexível. Ela consiste, inicialmente, em renunciar ao essencialismo das definições. Como Georges Didi-Huberman (2016, p.61) certa vez declarou em entrevista: “[...] eu não sei o que ‘é’ a emoção, e não busco nunca o que ela é em absoluto”. De modo mais direto, agora nas palavras do historiador Richard Firth-Godbehere (2022, p.14-15): “Todos nós podemos sentir coisas semelhantes, mas a maneira como entendemos e expressamos esses sentimentos muda de tempos em tempos e de cultura para cultura”. Neste sentido, ao historiador cabe, portanto, a tarefa de interrogar os contextos do passado (Rosenwein; Cristiani, 2018, p.122), problematizando os sentimentos e “tratando de suas características distintivas” (Rosenwein, 2011, p.21), sempre no esforço de tentar “interpretar uma fonte através dos olhos da sociedade que a produziu” (Barclay, 2020, p.12).

Assim, alguns historiadores das emoções costumam usar as palavras paixão, sentimentos, afetos e emoções como sinônimos, não fazendo quaisquer distinções entre elas. Neste caso, a palavra “emoção” funcionaria como uma categoria-mestre, dentro da qual caberiam todas as demais, isto é, qualquer coisa com valência afetiva poderia ser enquadrada como uma “emoção” (Boddice, 2020, p.41-42). Andrea Scarantino (2025, v.2, p.1), por sua vez, endossa o uso da palavra como “categoria superordenadora” para falar dos fenômenos, porém chama a atenção para o cuidado que se deve ter com a rede conceitual e semântica que determinada “valência afetiva” adquire na época e cultura estudada, evitando a “armadilha do anacronismo”.

Em tal perspectiva, que Boddice (2018, p.45) chamou de “uso taquigráfico”, o historiador poderia manejar a categoria das emoções, mas teria de se mostrar sensível aos caprichos, sutilezas, políticas e deslizamentos de linguagem. Seu uso historiográfico, entretanto, não pode limitar nossa sensibilidade semântica e conceitual para uma única palavra, como emoção, ou qualquer léxico emocional tradicional. Em suma, a pesquisa sobre as emoções demanda do historiador a reconstrução do inventário das formas de expressão linguísticas e simbólicas próprias do domínio afetivo de uma dada sociedade. Usaremos, por conseguinte, a categoria “emoção” na maior parte de nosso artigo, observando, quando necessário, as filigranas das circunstâncias semânticas apresentadas pela documentação.

## **2.2 Abordagem: emoções e poder**

Segundo a psicóloga social Evelin Gerda Lindner (2013), a variadíssima gama de estudos sobre as emoções pode ser agrupada em três campos de pesquisa: uma perspectiva mais biologicista; outra de viés cognitivista; e uma última, denominada construcionista. A primeira, iniciada com Charles Darwin, na obra “A expressão das emoções no homem e nos animais” (1872), afirmava que as emoções exerciam uma função adaptativa, com o propósito de sobrevivência da espécie, tendo permanecido conosco como um hábito ancestral. Defendeu, inclusive, que as emoções das pessoas poderiam ser reconhecidas em expressões faciais (Rosenwein; Cristiani, 2018, p.12). Essa perspectiva trouxe as emoções para sua dimensão mais biológica e ligada ao corpo orgânico. Foi assim que os teóricos do comportamento e da motivação

tomaram o conceito, alinhando-se a abordagens anti-cognitivistas, que enxergam os afetos como estados pré-emocionais, pré-conscientes e pré-verbais, como hábitos e sintomas incorporados (Plamper, 2017, p.19-21). Os cognitivistas, ainda que aceitando o caráter transcultural das emoções, deslocaram o foco para os distintos modos de conhecimento e aprendizagem. Carregavam na sua teorização a existência de estruturas biológicas universais, mas enfatizavam os papéis socioculturais desempenhados em cada realidade antropológica, que forneceria modos particulares de ativação das funções orgânicas em cada contexto histórico. Por seu turno, os construtivistas romperiam com qualquer liame essencialista anterior, enfatizando o caráter de construção dos comportamentos emocionais, como produção humana “segundo uma lógica coletiva, contextual, cultural e, portanto, histórica” (Castanho, 2024, p.26). É com este espírito construcionista, com sua abordagem relacional e compreensiva, que alinhamos nosso “modo de ver” as emoções no seu devir espaciotemporal.

E isto traz para a pesquisa histórica uma enorme dificuldade e, com ela, uma profunda atenção às fontes utilizadas. Neste sentido, o campo da História das emoções tem abrigado uma enorme diversidade de “modos de ver” e “modos de fazer” próprios a cada conjunto documental e interesses de pesquisa. Assim, a partir dos anos 1980, saltaram os primeiros trabalhos e conceitos voltados para o estudo das emoções na vida social. Peter e Carol Stearn apostaram numa nova abordagem, que chamaram de “emocionologia”, focando nos “padrões de emoções” em lugar das emoções particulares e concretas, bem como constituição de “estilos emocionais”; William Reddy, na imposição regrada de modos de sentir, criando verdadeiros “regimes emocionais” em dadas sociedades; a etno-historiadora Monique Scheer preocupando-se com as “práticas emocionais” (de inspiração bourdiesiana) no interior dos regimes afetivos; a medievalista Bárbara Rosenwein estudando a formação de “comunidades emocionais” como alternativa de identidade coletiva aos regimes socioafetivos hegemônicos; e os muitos estudos da interface entre cultura material e emoções, com fecundas teorias, como a da “atmosfera afetiva” e a da “geografia emocional” (Barclay, 2020).

Aqui, em nosso estudo das emoções do Hospital Miguel Couto, recorreremos à ficção teórica do historiador e antropólogo William Reddy,



especialmente à obra “Navigation of Feeling: A Framework for The History of Emotions” (2001). Para ele, as emoções consistiriam num trabalho de adequação às normas sociais, em traduzir o que se sente para os outros segundo convenções pré-estabelecidas pela comunidade. Entrementes, tal acordo entre os sentimentos internos e as expressões convencionadas é sempre imperfeita e tensionada. Os sentimentos internos, com efeito, nesse esquema, jamais serão capazes de ser expressos “autenticamente”. As emoções não são produções espontâneas, pois precisam sempre negociar com certa ordem emocional de plantão.

Nesse sentido, às emoções que visavam inculcar comportamentos ele passou a chamar de “emotivos” e os contextos de produção, circulação e consumo deles, “regimes emocionais”, ou seja, os comportamentos emocionais impostos por determinada sociedade e que explicariam as maneiras como as emoções são expressas em determinadas circunstâncias (Reddy, 2001, p.129). Nesse esquema, pode-se perceber que as emoções são produto de um trabalho permanente de ajuste entre o “self interior” e as demandas socioafetivas exteriores.

Encontramo-nos, então, armados com esse quadro conceitual de Reddy. Ao nosso ver, a opção parece ajustar-se bem ao conjunto das fontes que iremos explorar mais adiante bem como suas possibilidades interpretativas. Trata-se de um enfoque lançado nos comportamentos sugeridos e esperados pelas instâncias reguladoras e normatizadoras da vida hospitalar, entendendo que qualquer visada a respeito das emoções terá inelutavelmente de pensá-las como “política das emoções”. Assim, problematizamos: que se pode sentir naquele espaço e quais as expressões emocionais permitidas? Que emoções são lícitas, incentivadas ou mesmo toleradas? Quem as pode expressar e em que circunstâncias? Eis algumas questões que merecem nosso exame mais detido.

### **2.3 O arquivo e as fontes**

Não nos consta que o próprio HMC<sup>1</sup> tenha desenvolvido alguma política de arquivamento de sua memória funcional. Temos poucas menções nas atas

---

<sup>1</sup> Por motivos de economia e clareza textual, evitando repetições desnecessárias, utilizaremos daqui em diante as seguintes siglas: HMC para referirmo-nos ao “Hospital Miguel Couto”; HC

da Sociedade de Assistência Hospitalar. Em 1927, na divisão interna do HMC, não constava nenhum espaço destinado a arquivo hospitalar. 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, criado dois anos antes. Ainda nesse mesmo ano, a SAH afirmava não haver um serviço de estatística nem sequer um fichário (APE/RN, SAH, 1947, p.29). No Centro de Estudos, o médico Paulo Estêvão assumiu a função de bibliotecário, e a descrição das pesquisas sugere a existência de um “arquivo”.

Além de tudo isso, cumpre ressaltar que não estamos diante de materiais produzidos com a preocupação de registrar aspectos emocionais da vida hospitalar. Para lidarmos com as “emoções” em sua complexidade, dependemos substancialmente da linguagem narrativa, pois é em sua capacidade de articular o vivido, dar forma ao tempo (tecendo continuidade entre passado, presente e futuro) e criar sentido que as emoções ganham o mundo das relações humanas, que é compreensivo e simbólico (Ricoeur, 2010, p.117). Tradicionalmente, o hospital se fez como “não-lugar” (Augé, 1994), espaço sem identidade, sem historicidade. O registro existente, dessa forma, é da ordem da informação, que não trabalha narrativamente. Daí o silêncio da documentação hospitalar sobre a emotividade em seu interior. Assim, a documentação disponível acompanhou a própria dessubjetivação e despersonalização do doente do paradigma biomédico, vendo-se marcada por uma impossibilidade quase estrutural de narrar o que aconteceu.

Destarte, privilegiaremos aqui certa literatura prescritiva, como as Exposições de Motivos com Prestação de Contas”, pois, conquanto não ofereça as melhores entradas para a pesquisa acerca das emoções no hospital, dada a sua racionalidade técnica pouco afeita a elementos de experiência emocional, elas trazem relatos potenciais a serem explorados. Contamos também, como fontes externas, com notícias em periódicos locais, mormente O Poti e A Ordem, prolíficas em relatos cotidianos da vida hospitalar. É delas, com efeito,

---

para “Hospital de Caridade”; HCJB para “Hospital de Caridade Juvino Barreto”; APE para “Arquivo Público do Estado”, SAH para “Sociedade de Assistência Hospitalar”; RI para “Regimento Interno”; MESP para “Ministério da Educação e Saúde Pública”; e DOH para “Departamento de Organização Hospitalar”. Em alguns casos, por razões estéticas, optamos por escrever o original por extenso em detrimento da sigla, já em ação. No mais, seguiremos com essa lista ao longo do artigo.

que iremos nos valer para reconstruir certos tópicos do regime emocional do HMC.

### **3. Script e rastros de emotividade no Hospital Miguel Couto**

#### **3.1 Breve histórico**

A primeira instalação de natureza hospitalar no Rio Grande do Norte – ao menos, como intenção clara e governamental – se deu em 1855, erguida às pressas contra o devastador cólera-morbus que se espalhava pelo litoral potiguar. Batizado Hospital de Caridade, arrastou-se por todo o séc. XIX, localizando-se fora do perímetro urbano ou longe das zonas residenciais. Em 1906, dada a precariedade de suas instalações, o teve seu funcionamento interrompido pelo governador Augusto Tavares de Lyra. Alguns anos mais tarde, já no governo de Alberto Maranhão, fora reaberto, agora com o nome de Hospital de Caridade Juvino Barreto, homenagem a conhecido filantropo e industrial de Natal. Diferentemente de seu antecessor, agora no alto do Monte Petrópolis, próximo à Praia de Areia Preta, a edificação acompanhava a expansão da cidade do Natal, na direção dos bairros nobres de Tirol e Petrópolis, situando-se, portanto, dentro da urbe, na sua zona imobiliária mais promissora.

Figura 1 - Hospital Miguel Couto [1950?]



Fonte: arquivo privado do fotógrafo Jaecir Emerenciano Galvão.

Em 1927, uma outra mudança significativa: a administração do velho HCJB passou para as mãos da SAH, uma organização privada que, com os recursos do Estado e a cessão temporária dos bens, tomaria as rédeas do

funcionamento médico-hospitalar do primitivo nosocômio. Em 1935, o diretor do então HCJB, dr. Januário Cicco, renomeou a instituição de saúde para Hospital Miguel Couto, alegando ser uma homenagem ao famoso médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o dr. Miguel de Oliveira Couto. Assim permaneceu, pelo menos até 1960, quando mudara mais uma vez de nome (Hospital das Clínicas).

Sua nova administração apontava um momento diferente das décadas iniciais do séc. XX. Um longo processo de expansão, com ampliações e reformas das estruturas físicas, foi levado adiante. Elaboraram-se concursos públicos para a ocupação de cargos específicos no hospital, surgindo, assim, novas especialidades médicas, como a clínica cardiológica. O próprio HMC abrigou um Centro de Estudos em parceria com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio Grande do Norte (SMC/RN). No plano nacional, acompanhou a instauração do modelo assistencial de saúde centralizador, representado fundamentalmente pelo Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), em 1930, com posterior criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), em 1941-42, e pelo Ministério da Saúde (MS), 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.

### **3.2 Os anos 1940: rumo ao “paradigma do cuidado”**

Em importante relatório da SAH produzido em 1942, conhecido como “Prestação de Contas com Exposição de Motivos”, lemos o seguinte trecho:

[...] um hospital moderno deve possuir salões para os convalescentes, onde palestrarão com 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; desse modo as tempestades do sofrimento, a saudade das esposas que ficaram na casinha humilde, dos filhos que lavram a terra, ou tangem para o chiqueiro a cabrinha que dá leite para o recém-nascido (APE/RN, Prestação de Contas, 1942, p.7-8).

Pela primeira vez na documentação hospitalar, apontava-se para os elementos subjetivos no processo de cura dos pacientes internados. A vida hospitalar deveria ser marcada, então, pela maior aproximação entre médico e doente, soldada na amizade, na confiança, emoções que amenizariam o sofrimento e as saudades dos entes queridos e do lar. A “afinidade espiritual” e o “imponderável” irrompem à luz do dia nas considerações socioafetivas da comunidade médica do hospital. Abria-se caminho, com isso, para a inclusão de aspectos de uma “cultura sensível” olvidada até então. Quando a medicina hospitalar houvera incluído a “saudade” como uma força atuante nos processos de saúde-doença?

Observando-se com atenção, vemos que o agrupamento das palavras (“cluster”) usadas nesta passagem pelo diretor do HMC, o dr. Januário Cicco, gravita em torno da noção de “qualidade e relação”, uma forma mais estreita de sensibilidade entre os homens, quiçá uma “política da amizade” no hospital. Essas palavras implicam gestos e ações que visam produzir emoções em conformidade com certas normas culturais da instituição (Barclay, 2020, p.77-78). Quer-se dizer com isso que a amizade e a confiança, nessa rede semântica esboçada acima, funcionam como “emotivos”, ou seja, termos que visam dirigir a experiência emocional dos doentes (Reddy, 2001, p.128), criando uma atmosfera para a sua realização. Nas relações interpessoais construídas no espaço hospitalar, esse imponderável opera um “regime emocional” na organização hospitalar, normatizando o que os indivíduos podem sentir naquele espaço, em suma, o *script* da vivência socioafetiva da instituição.

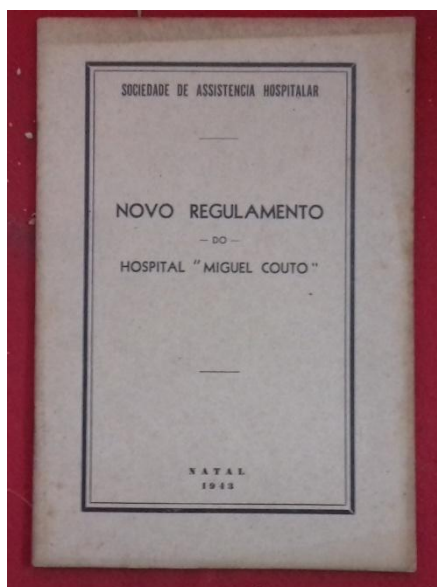
Uma tal cultura das emoções se faz acompanhar - na verdade, a promoveu - uma atmosfera favorável às emoções que se deseja inculcar, o que inclui todos aos aspectos materiais à disposição. Os jardins, por exemplo, introduziam uma sensibilidade em relação às plantas, árvores e flores, remetendo o ambiente hospitalar àquele das famílias dos internados, um lugar de encontro e acolhimento. Buscava-se abolir a antiga imagem do hospital como um lugar para morrer, depósito de doentes, apostando-se

agora no nosocômio moderno como uma espécie de “coabitação fraternal, ou até de uma equivalência entre enfermos e saudáveis” (Moulin, 2009, p.17).

Ainda acerca desse regime socioemocional, podemos apontar outras pistas de linguagem. Quando um paciente era recebido no hospital, dizia-se que fora “recolhido”. Nos jornais locais, os pedestres acidentados nas ruas, vítimas de atropelamentos, eram noticiados como “colhidos”, equivalendo a “apanhado de súbito”, em referência a acontecimento inesperado ou imprevisto. Seguindo o processo de derivação prefixal, a entrada e baixa do acidentado no hospital aparecia no livro do movimento hospitalar como “recolhimento”. Era, assim, uma questão de mecânica, movimento, choque de corpos, explicados consoante regime de causalidade.

Quando consultamos o Regimento Interno do HMC de 1943, notamos que o vocabulário habitual (colher/recolher) passou a dividir espaço com um outro: “cuidado”. No cap.19, em seu artigo 150-b, orientava as enfermeiras a “tratar as gestantes com todo esmero, paciência e carinho” (APE/RN, SAH, 1943, p.22), enquanto às parteiras, o artigo 151-b recomendava “cuidar carinhosamente de todas as enfermas e ocupar-se desveladamente dos recém-nascidos [...]” (Idem.). E essa expressão normativa do cuidado fazia-se 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” (Idem.); 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” (Idem.). Com efeito, a cadeia semântica formada pelo par colher/recolher acabou por receber um terceiro elemento, não sensível, mas detectável: o “acolher”, expresso no RI pelo “cuidar carinhosamente”. Estamos diante da emergência de um conjunto de traços que sinalizam na direção de uma nova cultura emocional no HMC, que passaremos a nomear de “regime emocional do cuidado”.

Figura 2 – Regulamento do HMC em 1943.



Fonte: APE/RN. SAH, Caixa 0830.

Antes de prosseguirmos com a descrição dessa configuração socioemocional, vale detalhar o sentido de “cuidado” que apomos ao conceito original de Reddy. A palavra guarda uma rica polissemia. Na literatura americana sobre enfermagem, a palavra “caring” apresenta cinco significados: característica humana, imperativo moral, afeto, interação pessoal e intervenção terapêutica (Gonçalves, 1998, p.2). Nota-se nesta lista a prevalência de aspectos comportamentais, ou seja, ligados ao ser cultural, social e ético do doente, em contraposição às observações mais mecanicistas sobre o corpo orgânico/físico. Entre os gregos antigos, havia uma tal distinção: cuidado-terapia, que considerava a pessoa e sua dimensão espiritual; e o cuidado-*iatreia*, 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 referindo-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”).

Havia, obviamente, forte ênfase na disciplina dos doentes no espaço do 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, 2018, p.11).

Assim, um tal cuidado que se anunciava - ainda timidamente - no regime emocional hospitalar dos anos 1940 indiciava uma revalorização da pessoalidade no modo de praticar a relação entre médico e paciente, o que podemos entender também como um traço mais geral de uma nova “cultura emocional” nas interações humanas do HMC, a proposta de uma “atmosfera” nos moldes da “afinidade espiritual” desejada pelo próprio diretor da instituição.

Mas, a que devemos uma tal mutação no ethos hospitalar? Certamente não estavam restritas a fatores endógenos, como as mudanças na tecnologia médica (novos antibióticos, métodos diagnósticos e cirurgias). Na década de 1940, o paradigma da medicina em seu “modelo biomédico de atenção” já vinha sofrendo críticas, ampliadas na década seguinte sob o influxo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, conquanto ainda pouco sensibilizassem a esfera do desenvolvimento médico-científico (Rios; Schreiber, 2012, p.15-6). Já se discutia a respeito 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 anatomofisiológico. A própria definição de saúde da OMS fora alterada: de ausência de doença, passou a ser vista como o “completo estado de bem-estar”, que incluía as dimensões física, mental e social (Almeida Filho, 2011, p.48), logo incorporada no Substitutivo ao 1º Ante-Projeto da Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1948, p.476).

A transformação tem a ver fundamentalmente 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” (Giddens, 2012, p.363; Mazower, 2001, p.332-336), envolvendo-se cada vez mais com “os riscos que as pessoas enfrentam no decorrer de suas vidas: doenças, deficiência, perda do emprego e velhice” (Ibid.).



Isto implicava duas linhas de atuação das políticas sociais: uma delas dirigia-se aos cuidados materno-infantis, com a criação de maternidades, e a outra, à saúde do trabalhador, com a implantação dos sistemas previdenciários e a expansão da legislação trabalhista. A expressão “Os alegres vagidos dos cidadãos da pátria”, utilizada pelo articulista Moreira de Aguiar em matéria de 26 de setembro de 1949, no jornal católico *A Ordem*, ilustra bem o sentido ideológico dos novos cuidados: o acolhimento das mulheres-mães ligava-se ao patriotismo que tomava a família como garantidora de uma ordem nacional “saudável”. Daí as muitas exigências feitas às autoridades do Estado para intervirem e viabilizarem 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 (Martins, 2018, p.202-203).

Foi com essa ideologia nacionalista que o movimento pró-infância avançou no cuidado de mães e crianças na primeira metade do séc. XX, afinal, tudo passava pela “construção de um povo saudável e preparado para conduzir o futuro da nação” (Martins, 2004, p.199). Estimularam-se a criação de creches, as campanhas de 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” (Barreto, 2015, p.185).

Com relação aos trabalhadores, desde 1º de outubro de 1931, com o Decreto-Lei n.20.645, as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) integraram em seus estatutos a prestação de serviços médicos. Entre 1933 e 1938, as antigas Caixas transformaram-se em institutos de amparo à classe trabalhadora, como o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), que se desdobrou em Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), entre outros (Neves, 2009, p.142). A Previdência Social passou a ser o maior comprador de serviços médicos, comunicando-se com estabelecimentos privados, consultórios, clínicas e hospitais. O Hospital Miguel Couto, como todos os demais, era grande consumidor desses serviços. Assim, as consequências não desejadas do trabalho poderiam ser previstas e minimizadas, assinando-se um “pacto de

risco” entre as empresas e seus empregados, mediados pelas Companhias, Seguradoras e IAPs, tendo em vista a “colonização do futuro” (Ianni, 2018, p.91 e 95).

Particularmente no pós-Guerra, com o fim do governo de Vargas, o regime emocional do HMC ganhou reforço em certo “igualitarismo democrático”, e, com ele, uma nova chave de leitura para se compreender o comportamento emocional: a noção de cidadania. Na SAH de 1943 (p.8-9), essa noção de igualdade já podia ser notada quando se falava em “princípios da nova assistência social aos hospitalizados”, que buscava “nivelar todas as camadas sociais em um único plano de assistência coletiva e segurança individual”. É nesse conjunto de transformações que encontramos o fio condutor do regime emocional hospitalar: aquela afinidade espiritual de que falava o médico e diretor do HMC Januário Cicco, e que gerou os emotivos da nova cultura emocional do hospital, conectava-se umbilicalmente, num primeiro momento, com a ideologia do nacional-patriotismo, afeito à ordem disciplinar (“o silêncio é uma prece”) e ao comportamento cívico, que explica toda aquele apelo a certas emoções (“amizade”, “confiança”), estados de ânimo, disposições e tendências (“paz”); e, num segundo, à horizontalidade do cidadão do Bem-Estar Social (“acolher”, “cuidado”).

### **3.3 Emoções em público**

Em geral, os registros de emocionalidade no HMC que se conservaram são da ordem do coletivo, falam de relações despersonalizados, referem-se aos sentimentos abstratos e impessoais, como “amor á humanidade”, “amor à pátria”, “amor ao sólo”, “felicidade materna” etc., não raros acompanhados de uma avaliação moral, de caráter pedagógico, atravessados por uma “cultura do dever”, cívica mesmo, tal qual já comentamos. Os momentos de alguma pessoalidade e de certa exposição particular, inclusive com nomeação dos sujeitos envolvidos na interação socioafetiva, não costumavam ser comuns na paisagem emocional do hospital. Algumas “vozes” deixaram suas marcas na documentação. Tivemos acesso a notas de pacientes, então publicadas nos jornais, agradecendo as visitas dos amigos no hospital e os cuidados efetuados pelos médicos. O texto das notas era bem formal, sem arroubos ou pitadas de emocionalidade explícita, mas revelavam sentimentos

de gratidão, reciprocidade, uma prova de certa intimidade afetiva entre médicos e doentes. 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. Assim, em 27 de julho de 1937, no periódico *A Ordem*, Joaquim Barbosa Romeiro fez questão de expressar esse reconhecimento:

Agradeço de público ao dr. Raul Fernandes, clínico 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.

Um mês depois, em agosto de 1937, o diretor do circo Valparaízo, Alexandre Stringhiny, também ofereceu sua gratidão:

Torno publico o meu agradecimento ao dr. Raul Fernandes e demais clínicos do Hospital Miguel Couto, irmãs de Caridade e pessoas (sic) que 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 Diretor de Companhia de Circo.

Em mais uma dessas notas, em 10 de janeiro de 1939, em *A Ordem*, foi a vez de outro doente:

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 sua 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.

Essas notas de agradecimento simbolizavam o reconhecimento social acerca da instituição hospitalar e dos seus prestadores de serviço, o que se comprova pelas inúmeras e frequentes citações nominais aos médicos e suas especialidades. Em 2 de julho de 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.

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 revelava, 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 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 do regime emocional em pauta. De qualquer modo, demonstrava-se no gesto de gratidão uma ligação de ordem emocional, ou, repetindo Januário Cicco, certo movimento de “afinidade espiritual”.

As mensagens se estendem pela década seguinte, algumas delas se tornando mais extensas, densas e detalhadas, assumindo até a forma narrativa. Exemplo dessa gratidão mais trabalhada foi 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, destinada ao médico do HMC José Tavares. O ex-cliente do chamado “terceiro homem” (apelido conferido por Hermes ao cirurgião) narrou longamente sua história-drama, revelando aspectos cruciais de sua relação afetiva e próxima com o dr. Tavares. Conquanto o antigo cliente já gozasse de relações amistosas com o médico, o relato não perdeu, por isso, seu potencial de ilustrativo. O texto é longo, mas merece nossa citação integral:

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 Alércia, da enfermaria onde me encontrava, fez-lhe então chegar ao seu conhecimento o meu estado de saúde e, sem perda de tempo, aquele 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 meu 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 afastar de mim aquela desassossego d'alma, aquela anomalia. Escutado pela divindade, certo é que chegou a minha vez. Todavia, observei que me encontrava 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 de 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 aquele que, graças a Deus e à sua capacidade profissional, me salvou a vida sem em cobrar um centavo sequer. E rindo, genuflexo, 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.

Aqui, o relato conta as agruras do paciente assaltado por uma apendicite que o levava ao hospital. Hermes descreveu seu tumultuado estado de espírito, o temor, as dores, certa calma misturada com resignação, o sofrimento mesmo que o acompanhava sem tréguas. É bastante curioso o modo como o doente narrou o evento, psicologizando suas dores em falas interiores: ele não grita, mas guarda recolhimento subjetivo. Sua mais clara expressão de dor se manifestou, no limite, na "grande comoção" do corpo que

suava, como que a chorar aquilo que o rosto ocultava... tamanha constrição. Há muito nesse gesto: uma poderosa internalização das regras emocionais do hospital, que excedia a consciência individual de Hermes Galvão e de tantos outros internados, uma mutação no modo de encarar a dor ocorrida no séc. XX:

[...] 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 causava escândalo e testemunha, simultaneamente, o fracasso dos médicos e a falta de autocontrole por parte do paciente (Corbin, 2021, p.121).

Notemos especialmente que foi a primeira vez que encontramos explícita a menção à palavra “emoção” nas fontes pesquisadas. Ela é acontecimento expressivo. Fica evidente que Hermes tomou a emoção em sentido biológico, como uma “reação espontânea e imediata do corpo a um estímulo externo”. Ele foi explícito ao nomear suas emoções: temor diante da intervenção cirúrgica, alegria pelo retorno ao lar. Por último, e para despedirmo-nos desse caso, atentemos para outro aspecto essencial da emotividade de Hermes Galvão: ele não apenas falou de suas emoções mais íntimas, como as enunciou em público! Lembremos que tal gratidão, nesses casos, implicava certa dose de coragem para expor abertamente a própria intimidade, tornando visível a debilidade do corpo e suas fragilidades emocionais em uma sociedade marcada pela dominação masculina e seus códigos de virilidade: “Os homens devem ser fortes, mais ainda, devem se mostra fortes [...] os homens temem acima de tudo serem descobertos na sua vulnerabilidade, serem reconhecidos na sua impotência” (Haroche, 2013, p.29).

Porquanto a “alegria” de Hermes tenha se expressado fora do hospital, ainda assim ela nos comunica algo diferente: o rastro semântico de uma emoção “individualizada”. Ela foi experiência sentida por um sujeito concreto, com nome próprio. Conectava-se, de algum modo, com o momento neoindividualista do pós-Guerra, dirigido para uma noção de “bem-estar” ligada a uma sociedade de consumo de bens industrializados, valorizando um modo de vida mais voltado à satisfação dos desejos individuais (Mazower, 2011, p.338-343). Não à toa, foi exatamente nesse período que o HMC e a Maternidade de Natal (reaberta em 1950) passaram a investir na individualização dos apartamentos e quartos. De qualquer modo, deparamo-nos, de fato, com uma mutação no campo das emocionalidades no hospital:

do coletivo-abstrato ao individual-concreto, do silêncio da interioridade à enunciação aberta e pública.

Esse regime emocional do cuidado que se configurava, todavia, já vinha esboçando seus contornos próprios, com um movimento interno de mudanças muito ligado à centralização dos serviços de saúde no governo Vargas. 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, projetando reformas na direção daquilo que chamavam de hospital moderno, com seu projeto padrão flexível e progressivo, seguindo o modelo da experiência norte-americana. A partir de 1944, o Mesp passou a produzir diversos livros e textos abordando as novas formas de organização e administração hospitalar, transformando-os em orientações técnicas, administrativas e arquitetônicas. Quase todas as publicações estiveram a cargo do médico Teófilo de Almeida, à frente da DOH entre 1941 e 1949, e do médico e engenheiro Ernesto de Souza Campos, um dos fundadores da USP e ministro do Mesp em 1946. O objetivo era implantar um novo modelo hospitalar, oposto àquele das Santas Casas de Misericórdia, pautadas pelo princípio da caridade, do recolhimento, com a convivência entre médicos e religiosas nos espaços nosocomiais.

No sistema caritativo-assistencial das Santas Casas, os serviços prestados eram oferecidos preferencialmente aos pobres, entendidos, naquele contexto, como a “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” (Gandelman, 2001, p.17). Os recursos financeiros das Misericórdias eram auferidos de entidades privadas através de ações voluntárias (legados, esmolas, doações) fundadas na caridade ou filantropia e, cada vez mais frequentes, de recursos públicos (Sanglard, 2018, p.153). A DOH, então, buscava romper com essa linha filantrópico-caritativa da assistência médico-hospitalar, centralizando o sistema assistencial no Estado, com uma relação público-privada mais delimitada. Surgiu daí a proposta de modernização hospitalar, um espaço para todos os doentes, com aparelhamento moderno e contando com inúmeras especialidades, um lugar de ensino e aprendizagem: escola médica ou hospital-escola. Em um tal modelo, esperava-se do hospital que padronizasse suas informações e

práticas, produzindo censos, glossários, classificações e publicações. A modernização era o controle da informação para a produção de conhecimento e ordenamento econômico da instituição.

Nesse ambicioso projeto, as emoções ocuparam um lugar importante. As mudanças organizacionais, administrativas e econômicas em curso deviam ser acompanhadas por uma nova cultura emocional, agora mais sintonizadas os princípios do Welfare State. Cecília Ribeiro (2016, p.3), baseando-se na prolífica produção material do Mesp, resumizou bem a atmosfera emocional desejada no nascente hospital moderno:

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”.

No fragmento em destaque, Cecília ressaltou bem o complexo emocional da nova ordem hospitalar, anunciando os elementos do domínio afetivo que deveriam ser emulados na nova gestão nococomial. O ambiente hospitalar deveria inspirar as emoções como “alegria”, “alívio”, “confiança”, “esperança”; estados de ânimo (no sentido de disposições, humores e inclinações) como “conforto” e “consolo”; e uma certa percepção sensório-visual, como “ordem” e “asseio”. Tudo em oposição ao “medo” e ao “horror” provocados pelo antigo estabelecimento. Estava dado pelo Mesp, na sessão do DOH, o *script* emocional do hospital moderno. E que não parece ter se limitado a tal documento. Com naquela rede semântica que capturamos no Regimento de 1943, com a série colher/recolher/acolher, a Revista Careta, de 1956, legendou em reportagem uma fotografia do HMC, caracterizando os aposentos hospitalares como “hospedagem confortável e acolhedora”. Como se vê, pouco mais de uma década depois, a imagem do hospital como espaço de cuidados já havia se consolidado.

### **3. À guisa de conclusão**

Vemos aqui desenhado, em linhas gerais, um regime emocional que seria seguido pelo HMC nas décadas de 1940 e 50. Podemos falar mesmo de



um “projeto socioafetivo” na medida que suas diretrizes estavam esboçadas tanto pelo Mesp, em suas muitas publicações, quanto pela diretoria da SAH, em seus relatórios anuais. Tal cultura emocional desejada construía-se em oposição ao modelo assistencial-caritativo anterior das Santas Casas, baseado no atendimento preferencial dos pobres e na convivência entre médicos e irmãs religiosas, com a administração nosocomial a cargo destas últimas. Assim, as reformas e ampliações do HMC deveriam imprimir aos corpos dos internados estados de ânimo como “conforto” e “bem-estar”, além de insuflar as emoções gerais positivas, tudo em conformidade com o princípio de cidadania esposado no pós-Guerra. Ao menos para a categoria dos “pagantes”, da qual temos as melhores informações.

Enquanto o antigo HCJB seria marcado pela precariedade das instalações e do atendimento, o “moderno” HMC se mostraria como espaço tecnológico e agradável, propício para a “afinidade espiritual” e o estreitamento da “amizade” entre médico e paciente, forjando um ambiente terapêutico adequado à recuperação da saúde dos internados. As emoções no interior do hospital foram se tornando mais individualizadas, sensíveis, públicas (ou, pelo menos, publicáveis), diferindo das abstrações dominantes de então. Os antigos emotivos do “medo” e “horror” teriam sido substituídos pelos da “alegria” e “esperança”, sem deixar de estar acoplados a certa ideologia nacionalista da época, que investia nas figuras da mulher-mãe e do trabalhador, alvos das políticas sociais dos governos. Tecnológico, confortável e alegre, o novo regime emocional do HMC projetava moldar a emocionalidade do agora doente-cidadão-disciplinado, pronto para produzir a “ordem e o progresso” da nação...

### **Fontes consultadas**

#### **1) Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Norte (APE/RN) [Hospital Miguel Couto]**

Caixa 0743: Prestação de Contas e Exposição de Motivos de 1946 e 1947.

Caixa 0754: Prestação de Contas [1939, 42, 43, 51, 54, 58 e 61].

Caixa 0782: Relatórios e declarações do HMC de 1947, 57, 59 e 63.

Caixa 830: Novo Regulamento do Hospital Miguel Couto e Regimento Interno do HMC de 1943 e 1950.

- 2) **Hemeroteca Digital Brasileira do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro**  
(<http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital/>)

A Ordem (1935-1952)

O Poti (1954-1959)

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AUGÉ, M. **Não-lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 2005.

AZEVEDO, A. V. dos S.; CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 33(4), 573-585, outubro - dezembro 2016.

CORBIN, A. **História do silêncio**. Rio de Janeiro: Vozes, 2021.

REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

CAROL, A. Decadências corporais: diante da doença e da morte. In: COURTINE, J-J.; VIGARELLO, G. (dir.). **História das emoções**: 3. Do final do século XIX até hoje. Petrópolis: Editora Vozes, 2020, p. 390-414.

GANDELMAN, L. M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos sécs. XVI a XIX. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v.8, n.3, 2001.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. Assistir/cuidar na enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. UFMG, 2 (1): 2-8, jan./jun., 1998, p. 2-8.

GUILLAUME, P. **O livro da hospitalidade**: acolhida dos estrangeiros na história e na cultura. São Paulo: Senac, 2011.

BARRETO, M. R. N. Dar à luz no Rio de Janeiro da belle époque: o nascimento das maternidades (1870-1920). In; SANGLARD, G. et al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

BODDICE, R. **The History of emotions**. Manchester: Manchester University Press, 2018.

CASTANHO, G. Uma introdução à historiografia brasileira das emoções medievais no séc. XXI. In: CASTANHO, G.; LOPES FERREIRA, A. P. (org.). **O estudo das emoções medievais no Brasil**: historiografia, filosofias e literaturas. São Paulo: Paco Editorial, 2024. p.21-41.

DIDI-HUBERMAN, G. **Que emoção! Que emoção?** São Paulo: Editora 34, 2016.

EVANS, D. **Emoção**: uma breve introdução. Trad. Ana Carolina de Faria Silvestre. São Paulo: Dialética, 2022.

FIRTH-GODBEHERE, R. **Uma história das emoções humanas**: como nossos sentimentos construíram o mundo que conhecemos. Trad. Eduardo Rieche. Rio de Janeiro: BestSeller, 2022.

FREVERT, U. 'Defining emotions: concepts and debates over three centuries'. In: **Emotional lexicons**: Continuity and Change in the Vocabulaire of Feeling 1700-2000. Oxford University Press, 2014. p.1-32.

GIDDENS, A. **Sociologia**. São Paulo: Penso, 2012.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Ane Rose Bonet. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOBBSBAWM, E. **Era dos Extremos**: o breve séc. XX (1914-1991). São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IANNI, A. M. Z. **Mudanças sociais contemporâneas e saúde**: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018.

LINDNER, E. G. O que são emoções? Trad. Mauro Guilherme Pinheiro Koury. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v.12, n.36, dez. 2013, p.854-883.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos sécs. XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V.; FREIRE, M. M. de L. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

MAZOWER, M. **La Europa negra**: desde la Gran Guerra hasta la caída del Comunismo. Barcelona: Ediciones B, 2001.

MORTARI, L. **Filosofia do cuidado**. Trad. Dilson Daldoce Júnior. São Paulo: Paulus, 2018.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: COURTINE, J-J. (dir.). **História do corpo**: as mutações do olhar. O séc. XX. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

NEVES, N. M. B. C.; SIQUEIRA, J. E. de. Conselhos de Medicina: criação, trajetória e consolidação. **Brasília Médica**, 46 (2): 140-14, 2009.

PLAMPER, J. **The History of emotions**: An Introduction. UK: Oxford University Press, 2017.

DIXON, T. **From passions to emotions**: the creation of a secular psychological category. UK: Cambridge University Press, 2003.

BARCLAY, K. **The History of emotions**: a student guide to methods and sources. England: Red Globe Press, 2020.

REDDY, W. **The Navigation of Feeling**: A Framework for the History of Emotions. UK: Cambridge University Press, 2001.

RIBEIRO, C. "Sistematização! Especialização! Padronização!": o hospital geral no Brasil nos anos de 1940. In: **11º Seminário DOCOMOMO\_BR**: o campo ampliado do Movimento Moderno. Recife, 17 a 22 de abril, 2016.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: Unesp, 2012.

ROSENWEIN, B. H.; CRISTIANI, R. **What is the History of Emotions?** UK: Polity, 2018.

SANGLARD, G.; FERREIRA, L. O. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018. p.145-181.

SCARANTINO, A. **Emotion Theory**: The Routledge Comprehensive Guide. V.I e II. New York and London: Routledge, 2025.

SILVA, R. O. da. **Sair curado para a vida e para o bem**: o Hospital de Caridade Juveno Barreto e a construção de uma assistência médico-hospitalar em Natal (1909-1927). Natal: Caule de Papiro, 2019.

SILVA, R. O. da. **Entre fantasmas e (in) hospitalidades**: redescritções do Hospital Miguel Couto em Natal (1937 – 1955). Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Saúde Coletiva. São Paulo, 2022.

SCHEER, M. Are Emotions a Kind of Practice (And Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion. **History and Theory**, 51, 2 (May 2012), 193-220.

STEARNS, P. N.; STEARNS, C. Z. Emotionology: clarifying the History of Emotions and emotional standards. **The American Historical Review** 90, n.4, 1985, p.813-836.

TAPPOLET, C. **Philosophy of Emotion**: A Contemporary Introduction. New York: Routledge, 2023.

TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.