

INTRODUÇÃO

Este capítulo mostra como ocorreu a transformação dos espaços de saúde na capital paulista, sobretudo os hospitalares, a partir da produção dos arquitetos entre finais do século XIX e meados do século XX, ou seja, da passagem do modelo pavilhonar (de influência europeia) para o modelo monobloco, de origem norte-americana. Em certa medida, o espaço hospitalar procurava responder às mudanças de paradigmas sanitários e médicos pelos quais passava o mundo ocidental. Essa análise indica que, aos poucos, a tecnologia das construções e das instalações foram dominando o projeto, em detrimento de conceitos consagrados pela medicina, como o higienismo. Essa trajetória também aponta para uma gradual mudança dos atores envolvidos nos projetos dos edifícios hospitalares, quando o protagonismo dos médicos foi substituído pelo dos arquitetos e engenheiros, tentando acompanhar a própria evolução da arquitetura e das técnicas construtivas.

A estrutura deste capítulo é baseada na produção de determinados arquitetos cujas trajetórias profissionais ajudam a compreender a transformação da arquitetura hospitalar em São Paulo. Esses profissionais procuravam adotar em seus trabalhos o que havia de mais contemporâneo em relação à arquitetura hospitalar que se construía na Europa e nos Estados Unidos, com algumas

26 | particularidades locais. Os arquitetos e engenheiros privilegiados nesta análise são paradigmáticos e influenciaram arquitetos e projetos hospitalares em suas respectivas épocas. São eles: Francisco de Paula Ramos de Azevedo (1851-1928), formado na Bélgica e adepto do sistema Tollet de arquitetura hospitalar em pavilhões; Ernesto de Sousa Campos (1882-1970), médico e engenheiro, um dos fundadores da Faculdade de Medicina de São Paulo e pesquisador da arquitetura dos hospitais monoblocos norte-americanos; e Rino Levi (1901-1965), arquiteto italiano de origem e o mais representativo de uma geração de arquitetos paulistas adeptos da arquitetura hospitalar moderna realizada no Brasil a partir dos anos de 1950.

O período abordado neste capítulo abrange da transformação da construção hospitalar trazida pelo engenheiro militar francês Casimir Tollet (1828-1892) e seu sistema até a adoção do modelo da construção em bloco único, que teve seu início, no Brasil, influenciado pela forma de organização construtiva representada pela Fundação Rockefeller e que se consolidou com a arquitetura moderna racional e funcionalista, tendo no também francês Le Corbusier sua referência. O sistema Tollet foi desenvolvido em 1872 e propunha que as construções hospitalares fossem afastadas das aglomerações urbanas e localizadas em terrenos ensolarados. A superfície do terreno deveria ser crescente em relação ao número de alojamentos coletivos e os edifícios deveriam dispostos por toda a superfície do terreno e respeitar um paralelismo entre os diversos prédios e os outros itens de segurança. O sistema assim concebido foi amplamente difundido por toda a Europa e ficou conhecido como “modelo pavilhonar”, marcado pelo medo do contágio pelos germes, seguindo as descobertas de Louis Pasteur. Era caracterizado por edifícios de no máximo dois pavimentos, onde imperavam o princípio de isolamento, com cada doença e cada doente sendo isolados no interior do pavilhão (Tollet, 1894).

Na quase exclusiva publicação sobre tipologias de arquitetura hospitalar lançada no Brasil por Lauro Carlos Miquelin, em 1992, nota-se o modelo que se seguiu ao pavilhonar foi o do monobloco modernista. Entretanto, que estudos apontam para um modelo de transição que retoma alguns elementos formais da arquitetura hospitalar higienista de fins do século XVIII na Europa, ainda marcada por uma estética clássica, e que encontra no Rio de Janeiro, no projeto

de Porto d’Ave (1890-1952) para o Hospital Gaffrée e, Guinle e em São Paulo, na figura de Sousa Campos, seus maiores expoentes. Sem dúvida, a passagem do século XIX para o século XX, em relação às construções de saúde, foi marcada pela discussão sobre a substituição da velha tipologia pavilhonar europeia pelo novo modelo norte-americano do bloco único, que transformou sobremaneira a forma de se projetar hospitais.

No começo do século XX, o sistema monobloco, criado nos Estados Unidos, atraía cada vez mais os planejadores hospitalares e parecia ser a resposta a uma modernidade mais própria ao novo século. Segundo Nikolaus Pevsner,

A mudança pode ser também descrita [...] como da passagem do período pré-antisséptico para o antisséptico. [...] Se a bacteriologia estava certa, a necessidade pelos pavilhões tinha acabado. Ochsner e Sturm teriam escrito em 1907 que o pavilhão “não pode mais ser usado como base para a construção hospitalar” e que a nova tendência era pelo “edifício compacto de vários andares”, (Pevsner, 1997, p. 158).

Ainda segundo Pevsner, as vantagens do monobloco – quanto mais alto melhor, “repousam na preservação da circulação do pessoal de serviço e nos dutos, isto é, calefação, iluminação, limpeza e muito mais” (idem). Durante as primeiras décadas do novo século, o pavilhonar ainda era adotado, mas praticamente restrito às instituições que realizavam tratamento de pacientes com doenças que requeriam isolamento, como a tuberculose, a lepra e as de origem mental – essas últimas regidas pela denominação de “colônias”.

Alguns estudiosos contemporâneos a essa discussão, como Vicente Licínio Cardoso, ajudam a compreender como ocorreu essa mudança de paradigma entre os arquitetos, engenheiros e médicos. Na sua apresentação, em 1927, como requisito para o concurso de professor catedrático de “Arquitetura Civil – Hygiene dos Edifícios – Saneamento das Cidades” da Escola Polytechnica do Rio de Janeiro, mostrou, por meio de exemplos franceses, ingleses e alemães, que a evolução hospitalar na Europa aos poucos afirmou que os hospitais não eram mais tidos como edifícios de reclusão e tratamento de doentes terminais, “refúgio das misérias humanas”, tal como o hospital medieval, mas como centros de defesa social (Cardoso, 1927, p. 118).

Foi preciso que houvesse, também, uma mudança no conceito de propagação da doença para que ocorressem mudanças na estrutura dos hospitais. Na época dos hospitais higienistas, acreditava-se que o contágio ocorria pelo ar e, depois, com os pavilhonares, entre doentes e entre eles e os médicos e as enfermeiras, justificando a estrutura do isolamento.

O hospital europeu traduz o temor do homem em face das teorias rigorosas ditadas pela bacteriologia, enquanto o tipo norte-americano exprime, ao contrário, o destemor hodierno consequente às conclusões epidemiológicas e bacteriológicas modernas que abriram horizontes novos, não só a higiene em sua fase profilática, como a medicina na sua ação de assistência hospitalar. (Cardoso, 1927, p. 146)

Para Cardoso, a concepção norte-americana de um hospital-geral moderno incluía, naquele momento, finais dos anos 1920, além das enfermarias com pequeno número de leitos (de 8 a 16), quartos anexos para no máximo duas pessoas (casos especiais), quartos individuais (se houvesse pagantes) e anexos às enfermarias, suficientemente amplos e bem distribuídos, para o bom funcionamento da enfermagem. As clínicas deviam ser independentes e subdivididas em geral, cirúrgica, oftalmológica, otorrinolaringológica, obstetrícia e ginecológica, pediátrica (médico-cirúrgica e ortopédica), dermatológica e sifilográfica (para moléstias infecciosas), podendo haver ainda clínica de urologia, neurologia e psiquiátrica, cancerosa etc., dependendo das instalações do hospital. A seção de admissão dos doentes (triagem e diagnóstico) deveria ser bem atuante e, se o hospital recebesse muitos doentes, ter um dispensário e um ambulatório. Seria imprescindível a existência de um Instituto de Pesquisa para exames bacteriológicos, anatomopatológicos etc., bem como instalações de fisioterapia e anexos; serviço de alimentação, lavanderia e casa de máquinas; clínicas pediátricas (que não deveriam receber casos declarados de doenças infecciosas); e maternidade, que deveria ter um tratamento especial, sendo afastada das outras clínicas (Cardoso, 1927; Sanglard e Costa, 2004).

Entre os anos de 1900 e 1926, segundo Cardoso, foram construídos, nos Estados Unidos, cerca de 6.700 hospitais, ultrapassando em muito a Europa. Esses hospitais eram de difícil classificação, em função da enorme variedade de plan-

tas e elevações. A única afirmação de aparecimento de uma tipologia nos Estados Unidos era a do bloco vertical. Foi nesse país que surgiram os hospitais em bloco, com mais de cinco pavimentos, enquanto na Europa os pavilhões hospitalares não podiam passar de dois pavimentos.

O relatório da Divisão de Organização Hospitalar, do Ministério da Saúde brasileiro, primeiramente lançado em 1944 e relançado em 1965, confirma a análise de Cardoso e Pevsner e atesta que, de fato, os hospitais pavilhonares exigiam grande número de pessoal e alto custo de instalação e manutenção e que seus pavilhões (de um pavimento, em sua grande maioria), caso adotados nos centros urbanos, estariam mais sujeitos aos efeitos nocivos do contato com a poeira das ruas. Os pavilhões, portanto, deveriam estar restritos a determinados tratamentos, pois suas áreas verdes e espaçosas ainda eram úteis para a recuperação de alguns pacientes. Na questão terapêutica, suas instalações não correspondiam à cada vez maior especialidade das doenças e não se via vantagem em isolar os não contagiosos.

O relatório da Divisão de Organização Hospitalar dá a chave para compreender as mudanças trazidas pela bacteriologia. As modificações introduzidas por Pasteur revelaram novas noções sobre o contágio das doenças infecciosas e a arquitetura hospitalar se viu diante de uma encruzilhada, agravando-se ao longo dos anos 1930 e 1940. Ao mesmo tempo em que a bacteriologia valorizava ainda mais o pavilhão e suas regras rígidas de desinfecção, em que cada doença deveria ficar isolada para evitar o contágio, que agora não ocorria mais pelo ar, mas pelo contato entre os pacientes e entre médico e paciente, a manutenção do sistema para toda e qualquer doença o colocava em cheque. Separados por doenças que se especializavam cada vez mais, como as “novas especialidades cirúrgicas – a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a neurocirurgia, a cirurgia plástica”, que “passaram a figurar entre os serviços hospitalares como a fisioterapia [...], os laboratórios ligados à imunologia, bacteriologia, parasitologia, anatomia patológica, química fisiológica, fisiologia, farmacologia e dietética” (Benchimol, 1990, p. 220), os não contagiosos seriam obrigados a conviver com os demais doentes transmissores.

O monobloco apresentava muitas vantagens sobre o pavilhonar, como redução do custo da compra do terreno e instalação; economia de transporte, trajetos e tempo de circulação do pessoal administrativo e do corpo médico e de enfer-

30 | magem, possibilitado pelo deslocamento vertical dos elevadores; concentração da administração, disciplina interna e vigilância; concentração das instalações hidráulicas, térmicas, de esgoto e de eletricidade; maior afastamento dos ruídos e da poeira para os andares mais elevados, entre outras (Costa, 2008; Brasil, 1965).

No livro *Arte de projetar em arquitetura*, de Ernst Neufert, na parte referente aos hospitais, aparece a recomendação para a construção em bloco único, uma vez que o sistema de pavilhões estava sendo “cada vez menos empregado por ser muito oneroso, por ocupar muito espaço e exigir vias de circulação muito extensas, isto é, por ser antieconômico”¹ (Neufert, 1981, p. 387). Entretanto, para as doenças infecciosas, recomendavam-se edifícios isolados ou “pavilhões independentes” (idem, p. 401). Em suma, uma solução híbrida, que adotasse os dois modelos deveria ser a melhor opção a se seguir. Essa tipologia procuraria abandonar as desvantagens da adoção de um sistema em pavilhões nos centros urbanos (especialmente por demandar grandes terrenos arborizados em meio às malhas urbanas das metrópoles, que se adensavam cada vez mais), aliando as suas práticas ainda vantajosas (aeração, ventilação e insolação) com as das construções compactas.

Esse modelo hospitalar usado no Brasil pode ser visto como um antecedente do monobloco e um resquício dos hospitais em pavilhões. Até meados do século XX, esse modelo ainda era conhecido como construção “em pente”, ou seja, com alas salientes e perpendiculares ao corpo central da edificação. De qualquer forma, essa tipologia deve ser lida como um modelo de transição, antes da consolidação do hospital em bloco único ou como um complexo de blocos, que alcançaria a hegemonia depois da década de 1950 – a trajetória que será analisada por meio dos exemplos paulistas.

RAMOS DE AZEVEDO E OS HOSPITAIS PAVILHONARES

A arquitetura em função da higiene

A expressão do ecletismo arquitetônico em São Paulo encontra em Francisco de Paula Ramos de Azevedo um dos seus maiores expoentes. Formado em Engenharia e Arquitetura pela Escola Especial de Engenharia Civil da Universidade de Gante, Bélgica (Wolff de Carvalho, 2000), seus edifícios adotam os mais dife-

rentes estilos e linguagens, mas apresentam coerência e unidade no conjunto da obra. O interior de suas obras está organizado de acordo com a utilização prática, levando em consideração o funcionalismo e a articulação dos espaços. Os projetos de Ramos de Azevedo, entre hospitais, asilos, quartéis, edifícios públicos, escolas e residências, procuraram explorar ao máximo os materiais, programas e modelos do mundo industrial do século XIX, respondendo às necessidades de modernidade da época, com rigor técnico-científico e racionalidade a serviço da utilidade e da funcionalidade.¹ Nos espaços de saúde, hospitais e sedes de instituições ligadas à medicina, Ramos de Azevedo soube explorar as condições impostas por essa ciência.

Uma das primeiras incursões de Ramos de Azevedo na área da saúde foi sua participação no concurso para a construção do novo hospital da Santa Casa de Misericórdia em 1879 – ano de sua chegada da Europa. Em 1902, ele próprio assumiu as obras do hospital, cujo projeto escolhido foi o de Luiz Pucci, uma proposta pautada pelos princípios da higiene e que permitia “[...] a livre circulação do ar e a boa distribuição da luz” (apud Carneiro, 1986, p. 333). Nesse meio tempo, entre 1879 e 1902, Ramos de Azevedo projetou o Asilo de Mendicidade D. Pedro II (1885), a colônia de Juquery (1895-1898) e o Hospital Militar de São Paulo (1895-1916), o que certamente possibilitou que ele assumisse as obras da Santa Casa.

O projeto de 1879 para a Santa Casa foi concluído em 1885, ocasião em que uma comissão encarregada de organizar o serviço médico do hospital sugeriu modificações no funcionamento do hospital, como a criação de enfermarias por especialidades, sobretudo com o intuito de isolar os tuberculosos (que, naquela ocasião, representava um quinto do total de doentes), e a transferência de uma escola de crianças e sua substituição por uma escola para enfermeiros (realizada em 1913). Embora a inspiração de Pucci para seu projeto tenha sido os hospitais pavilhonares estudados pela Academia de Ciências da França e o trabalho de Florence Nightingale (segundo seu próprio memorial do projeto), a comissão entendia que esse isolamento deveria ser mais eficaz.

Contribuíam para a necessidade de modificações o aumento do número de doentes na virada do século, frente às epidemias que assolavam São Paulo, e o próprio aumento da população urbana. Um artigo do médico Oliveira Fausto,

32 | publicado na *Revista Médica de São Paulo* (apud Carneiro, 1986, p. 347), somaria-se à demanda por obras que levariam ao projeto de reforma de 1902, a cargo de Ramos de Azevedo. No artigo, Oliveira Fausto destaca o fato de que, apesar de nova, a construção tinha um defeito: um hospital moderno não deveria ter todos os pavilhões interligados ao corpo central do edifício, ou seja, deveria prevalecer o sistema de pavilhões, onde cada doença é tratada em um pavilhão separado e isolado dos demais, seguindo a lógica da descoberta da transmissão dos germes por Louis Pasteur. No caso da Santa Casa, enfermarias de mulheres, homens e crianças misturavam-se com tuberculosos. Ramos de Azevedo projetaria uma nova enfermaria só para mulheres e adaptaria uma só para os tuberculosos, até serem transferidos definitivamente, e sugeriria a remoção do asilo para outro local, o que também foi feito.

Foi nesse contexto que Ramos de Azevedo projetou seus edifícios, sob a lógica do sistema pavilhonar e do isolamento. O primeiro deles, o Asilo de Mendicidade, deveria, segundo o próprio engenheiro, ir para um lugar amplo, “onde o exercício da higiene pudesse contribuir para o bem-estar dos asilados”, portadores de “moléstias repugnantes” (ver verbete *Asilo de Mendicidade*). Inicialmente foram construído oito pavilhões ligados por galerias, quatro para cada sexo, e até os anos 1920 mais 11 seriam construídos, totalizando 17 pavilhões de dois pavimentos, espalhados por uma grande chácara, afastada do centro da cidade de São Paulo.

Oito também foi o número inicial de pavilhões construídos em Juquery, o Hospital de Alienados projetado por Ramos de Azevedo em 1895, igualmente adotando a disposição pelo isolamento, com interligação por galerias cobertas e áreas ajardinadas entre os pavilhões, e com o edifício central da administração. O Hospital de Alienados foi construído para abrigar os doentes mentais de São Paulo, dentro da metodologia de recuperação dos pacientes pela praxisterapia ou laborterapia, promovendo a recuperação do doente pelo trabalho – nesse caso, pelo trabalho agrícola (Figura 1). A colônia foi instalada em uma área de 150 hectares, banhada pelo rio Juquery, que, segundo Ramos de Azevedo, oferecia salubridade e absoluto isolamento (apud Wolff de Carvalho, 1986).

A disposição dos pavilhões buscava conforto, higiene, aeração e insolação dos ambientes de cura, aproveitando a proximidade do rio, as áreas ajardina-

**Figura 1**

Hospício de Alienados de Juquery. Acervo da Biblioteca da FAUUSP.

das e o declive do terreno. Sua distribuição espacial partia do edifício principal, mantendo a simetria dos pavilhões, separados em dois grupos de quatro, respeitando a separação por sexo. O edifício da administração foi projetado em estilo gótico, idêntico ao adotado na Santa Casa de Misericórdia. Nos demais pavilhões, Ramos de Azevedo manteve uma linguagem funcional, com destaque para as varandas com estrutura em ferro e cobertura em telha francesa. Internamente, o arquiteto se preocupou em revestir as salas com azulejos impermeáveis e “rincões amortecidos em linhas curvas, de sorte a evitar o acúmulo da poeira ou da umidade” (apud Wolff de Carvalho, 1986), recurso muito adotado atualmente nos laboratórios de biotecnologia.

Segundo o arquiteto, a parte da colônia agrícola propriamente dita foi construída sob “aspecto rústico” e os alojamentos com “aspectos de casas comuns, conforme prescrição dos modernos alienistas” (apud Wolff de Carvalho, 1986). Essa opção estética é encontrada nas demais instituições coloniais construídas até à década de 1920 no Brasil. A arquitetura dos alojamentos procurava acompanhar a tentativa de criar um ambiente familiar, adotando uma linguagem mais singela e tradicional, próxima das raízes coloniais, fazendo uso de telhados em duas águas, paredes com revestimento em baixo-relevo, geralmente na cor bran-

34 | ca, e esquadrias de madeira. Os arroubos estéticos, que procuravam expressar modernidade estilística, ficaram para as construções com função de abrigar espaços administrativos ou mesmo de lazer, como o Edifício da Administração da Colônia Santa Teresa, em Santa Catarina, e o Cine-teatro da Colônia de Curupaity, no Rio de Janeiro, ambas para leprosos, onde a linguagem utilizada era a do *art déco*. Ramos de Azevedo optou pelo neogótico, um dos estilos revistos pelo ecletismo dos finais de século XIX e, portanto, contemporâneo à época de construção da colônia de Juquery, que foi utilizado por Pucci para a Santa Casa.

Para o Hospital Militar, Ramos de Azevedo adotou uma referência às fortalezas medievais na opção estética. No partido arquitetônico, vê-se mais claramente a adoção de pavilhões e do esquema construtivo proposto por Casimir Tollet em 1872, que apresentou uma solução definitiva para a renovação do ar nas enfermarias: a construção de ambientes com paredes de altura elevada, com seção em arco ogival e abertura no teto, junto aos telhados, que permitia a saída do ar viciado pela parte de cima do ambiente. O engenheiro paulista usou o mesmo recurso na grande sala de cada um dos pavilhões: um arco em “berço ogival com altura de 1,50 m sob a chave”. Foram construídos 13 pavilhões de dois pavimentos, sendo nove mais próximos à área central. Dos 13, sete foram destinados às enfermarias. No relato publicado na *Revista Médica* de 1899, percebem-se citações sobre salubridade, ventilação, higiene, isolamento, uso da luz, ajardinamento e antissepsia, revelando referências tanto às já superadas teorias neo-hipocráticas de contágio quanto à microbiana, ou como dito por Pevsner, “indo da pré-antissepsia à antissepsia”.

Ramos de Azevedo insistiu ainda, no sistema pavilhonar no projeto para o Hospital de Crianças da Cruz Vermelha Brasileira, com a justificativa de ser considerado, na época, um tipo de construção que melhor correspondia aos interesses da higiene. O terreno escolhido, um parque no bairro de Indianópolis, também atendia à necessidade do isolamento do centro urbano para evitar alguma forma de contágio. No início, esse fato representou uma dificuldade para o acesso dos próprios pacientes ao hospital, mesmo sendo servido por uma linha de trem. Entretanto, a instalação valorizou a ocupação da região e logo essa dificuldade foi suplantada.

Para o projeto da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o projeto de Ramos de Azevedo de 1919 previa igualmente a construção em sistema de

pavilhões, com cinco edifícios compondo o complexo. No entanto, com a entrada da Fundação Rockefeller na orientação acadêmica e administrativa da faculdade, o projeto foi interrompido e apenas um pavilhão foi construído, sendo inaugurado em 1924, abrigando atualmente o Instituto Oscar Freire (Figura 2). O projeto foi retomado em 1931, sob orientação da Rockefeller e direção de uma comissão intitulada “Escritório técnico de obras”, presidida por Pedro Dias e composta por Luiz de Rezende Puech e Ernesto de Sousa Campos, com auxílio do arquiteto João Serato.² Essa reviravolta no projeto revela a mudança de paradigma que estava por vir.



Figura 2

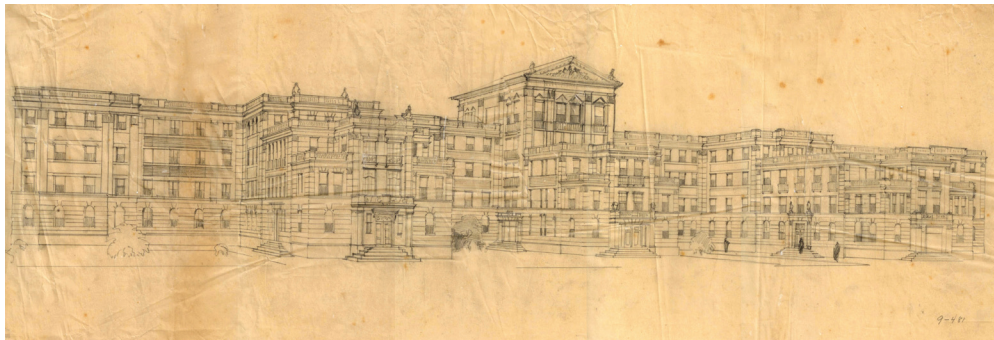
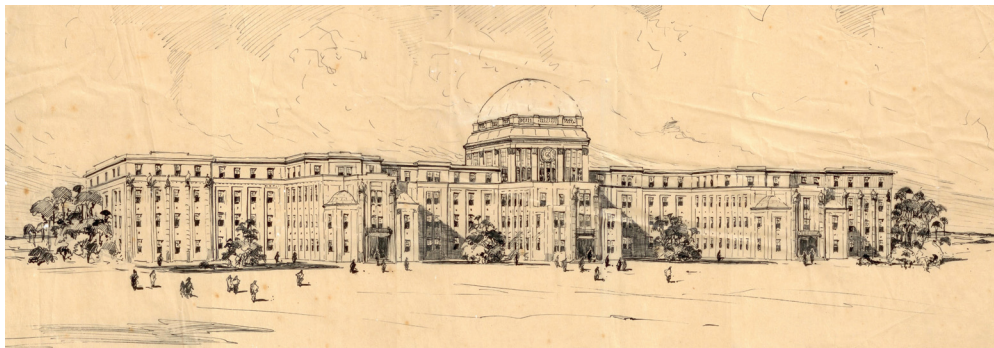
Instituto Oscar Freire. Acervo Iconográfico Museu Histórico Carlos da Silva Lacaz - FMUSP.

A construção ficou a cargo do escritório técnico Ramos de Azevedo, escolhida por concorrência pública, então dirigido pelos engenheiros Arnaldo Dumont Villares e Ricardo Severo.³ A autoria do projeto, segundo notícia publicada no *Correio Paulistano*, em 14 de novembro de 1928, foi atribuída a Sousa Campos e Rezende Puech, reconhecendo, porém, a colaboração do “saudoso e illustre Dr. Ramos de Azevedo [...] na parte arquitetônica, traçando, com mão de mestre, a fachada do edifício” (*Correio Paulistano*, 14 de novembro de 1928, p. 4).

Para a realização do projeto, Ernesto de Sousa Campos e Rezende Puelch, acompanhados de Benedito Montenegro, em 1925, viajaram pelos Estados Unidos e por diversos países europeus à custa da própria Fundação Rockefeller, com o objetivo de conhecer projetos semelhantes entre universidades e escolas médicas, detendo-se mais em Chicago (Campos, 1944). Sousa Campos, médico, engenheiro e então assistente do Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, tornou-se um franco defensor da tipologia do monobloco hospitalar, tipologia criada pelo país sede da fundação e que começava a ganhar força em países do Velho Mundo, especialmente na Alemanha.⁴

Independentemente das várias versões de desenho de fachada que foram consideradas para o novo projeto pelo próprio Ramos de Azevedo um pouco antes de sua morte (Figuras 3 a 7), que vão de uma releitura do classicismo ao neogótico, é interessante perceber o abandono do tradicional sistema pavilhonar europeu em favor da adoção da construção em um edifício único, com alas em pente, mas contíguas ao corpo central. Pode-se ler o projeto vencedor (Figura 8) como uma tentativa de se preservar uma predileção de Ramos de Azevedo, em respeito ao seu traço original – o neogótico –, aliando-o à orientação formal imposta pela Rockefeller, com forte participação de Sousa Campos, que atuou de forma decisiva nos projetos para o Hospital das Clínicas de São Paulo e da Bahia. No caso de São Paulo, a construção do Hospital das Clínicas foi financiada pela própria Fundação Rockefeller, revelando que as mudanças de orientação médica e formal de fato tinham vindo para ficar.





Figuras 3, 4, 5, 6 e 7

Estudos de fachada para a Faculdade de Medicina de São Paulo.

Acervo Iconográfico Museu Histórico Carlos da Silva Lacaz - FMUSP.

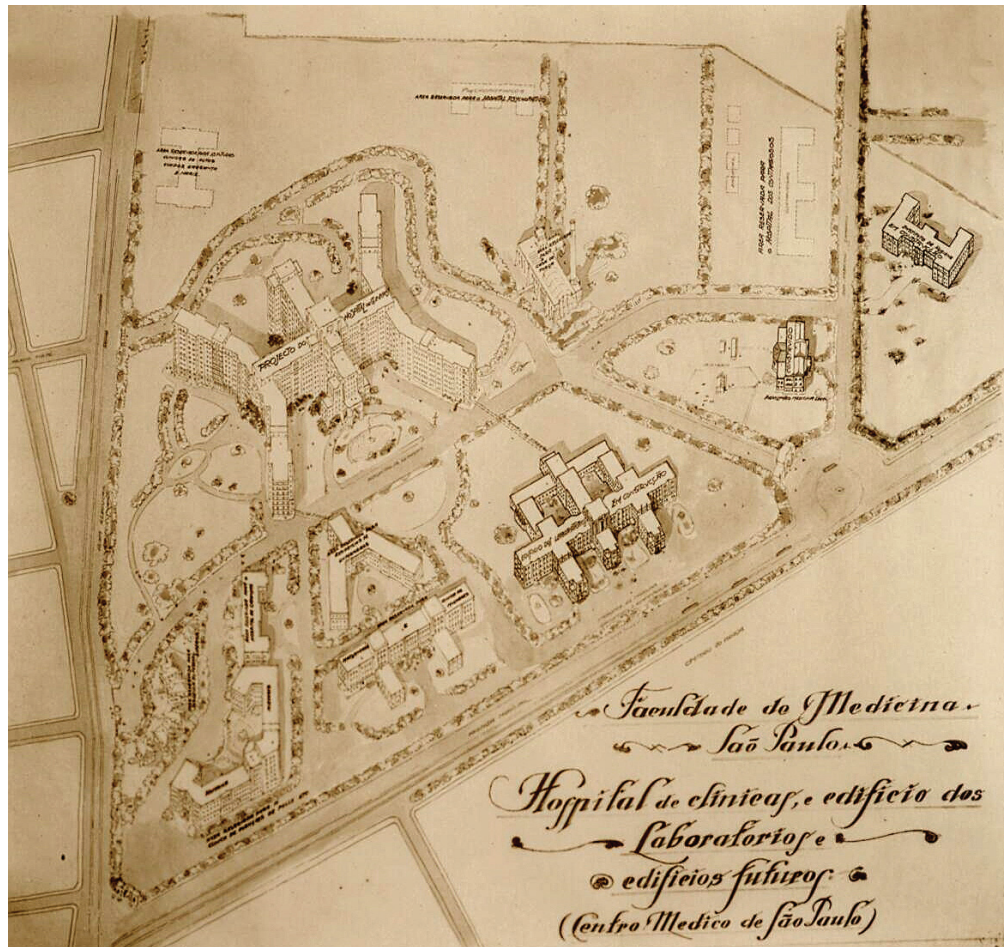


Figura 8

Faculdade de Medicina de
São Paulo. Projeto de 1931.
Acervo Iconográfico Museu
Histórico Carlos da Silva
Lacaz - FMUSP.

ERNESTO DE SOUSA CAMPOS E O HOSPITAL DAS CLÍNICAS

A mudança de paradigma - o bloco único

O projeto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo foi desenvolvido enquanto era construído o edifício central da faculdade, por equipe pertencente ao Escritório Técnico da faculdade, composta pelo engenheiro-chefe Abraão Leite, pelos engenheiros Guilherme de Amaral Lyra e Walfredo de Albuquerque e pelo arquiteto João Serato, que havia participado do projeto do edifício-sede da faculdade, no qual também estavam presentes Ernesto de Sousa Campos e Hipólito Gustavo Pujol Jr.⁵ A primeira questão a se resolver, segundo Sousa Campos, era “decidir se a escola seria dispersa em pavilhões ou

obedeceria ao tipo concentrado. Do exame da questão resultou a preferência pelo sistema centralizado, em franca vitória nas organizações modernas da América do Norte” (Campos, 1944, p. 28). O novo modelo representou um paradigma ao se construir hospitais e era amplamente adotado nas décadas de 1930 e 1940, influenciando outros projetos, como o do Hospital das Clínicas da Bahia, iniciado em 1938, durante as obras de construção do Hospital das Clínicas de São Paulo. Sousa Campos e Pujol são os autores do projeto arquitetônico, de extrema semelhança formal com o hospital paulista. Pode-se perceber, também, que a disposição das alas e do corpo central dos hospitais das clínicas dessas duas cidades cresceu apenas em escala, pois já estava delineada no projeto do edifício-sede da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Ainda segundo Sousa Campos, ministro da saúde em 1946

Um monobloco era ousadia para São Paulo naqueles tempos [...] “Em 1926-1928, o tipo dominante era o hospital-jardim, com pavilhões isolados. [...] Mas, depois de nossa observação através da Europa e América [durante a viagem de 6 meses em 1925], a balança pendeu, todavia, decididamente para o monobloco” (Campos, 1944, p. 28).

No prefácio da reedição da obra *História e evolução dos hospitais* (1965), chegou-se a afirmar que a década de 1950 foi o período da renovação hospitalar, o que obrigou especialmente os arquitetos a debaterem o assunto. Publicada primeiramente em 1944, a cargo da Divisão de Organização Hospitalar do Departamento Nacional de Saúde, essa obra trouxe importantes contribuições para o debate, abrindo um campo de reflexão sobre a construção de hospitais e sua arquitetura especializada e extremamente funcional. Criada em 1941, a partir do modelo do American College of Surgeons, a divisão se tornou uma referência para o tema, sobretudo nas duas décadas seguintes, ao oferecer cursos de Organização e Administração Hospitalares, com fez o Instituto de arquitetos do Brasil (IAB-SP), em 1953.

Mesmo adepto do bloco único (*under the same roof* – como disse Sousa Campos no artigo de 1944), ele chegou a estudar oito tipos diferentes de arranjo de blocos, segundo o que a comissão havia observado na viagem, e acabou optando

40 | por construir um bloco para o hospital e outro para os laboratórios, seguindo o exemplo de outros hospitais nas universidades de Colorado, Columbia, Chicago e Illinois, que construíram “dois blocos intimamente soldados entre si compondo laboratório e hospital, em perfeita intimidade” (Campos, 1944, p. 28). Os outros tipos incluíam a construção do hospital em bloco e dos laboratórios em pavilhões esparsos, distantes, dispersos, em satélites ou em blocos à parte ou tudo em um único edifício.

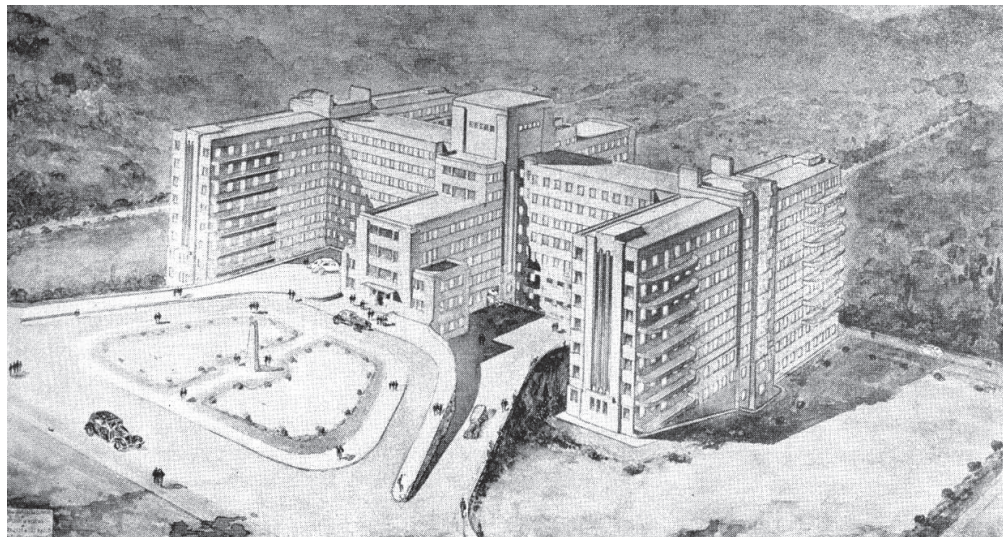
A fonte de inspiração para o Hospital das Clínicas de São Paulo, segundo seu autor, foi

O grande monobloco que estava sendo edificado em Ann Arbor, quando visitamos aquela universidade: H geminado, com duas alas externas inclinadas de modo a favorecer melhor luz, mais ar e evitar a visibilidade recíproca, entre enfermarias fronteiriças (Campos, 1944, p. 28).

Durante a construção a inclinação foi retificada, mantendo, porém, o que era mais importante nesse tipo de projeto: a insolação e a ventilação. No entanto, outros mais viriam, formando o complexo de edificações da faculdade de medicina (Figura 9).

Figura 9

Isométrico da Faculdade de Medicina de São Paulo, com o primitivo projeto para o Hospital das Clínicas, com as alas inclinadas no centro da imagem. Abaixo do novo hospital, observa-se o prédio da faculdade em construção (1928). Acervo Iconográfico Museu Histórico Carlos da Silva Lacaz – FMUSP.



Nas figuras 10 e 11 vê-se tanta semelhança entre os projetos de São Paulo e Salvador que é possível até imaginar se tratar da mesma edificação: planta em H, com uma ala destacada para acesso pelo centro da edificação, uso de varandas, aproveitamento do aclave do terreno, acentuada verticalidade e uso de elementos decorativos de inspiração *art déco*. Essa semelhança não foi aleatória, em função da participação de Ernesto de Sousa Campos em ambos os projetos.

O Hospital das Clínicas da Bahia também teve um projeto anterior⁶, mas provavelmente o novo projeto para São Paulo influenciou seu cancelamento, em nome de uma reorientação técnico-formal originada não mais da Europa, mas dos Estados Unidos. A Rockefeller não teve atuação no projeto baiano, cuja construção foi retomada sob a benção de Getúlio Vargas, mas o novo paradigma já estava consolidado.

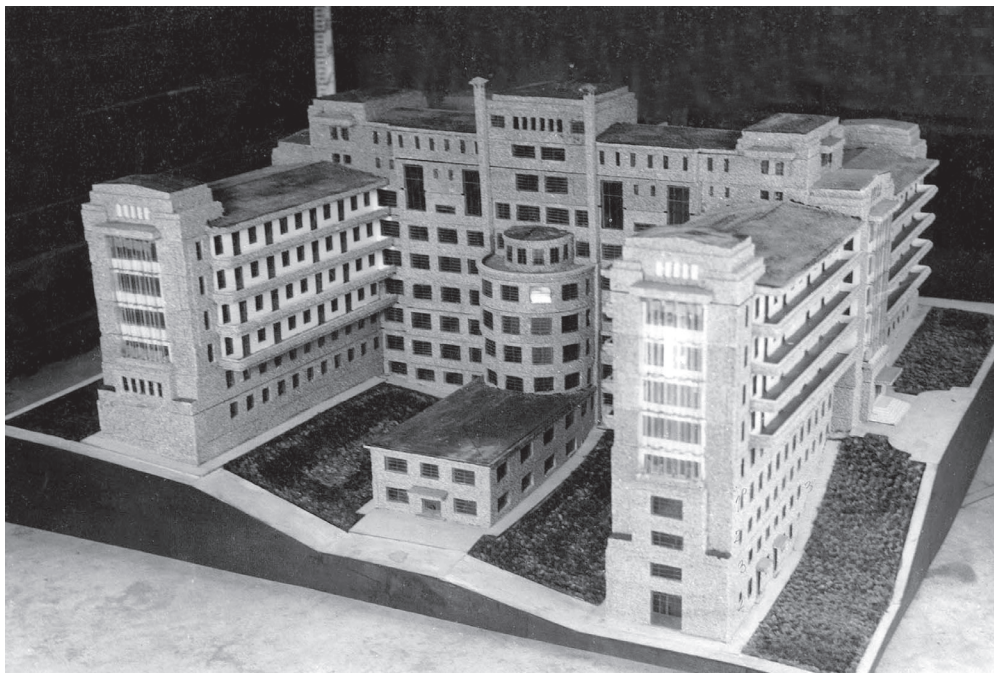


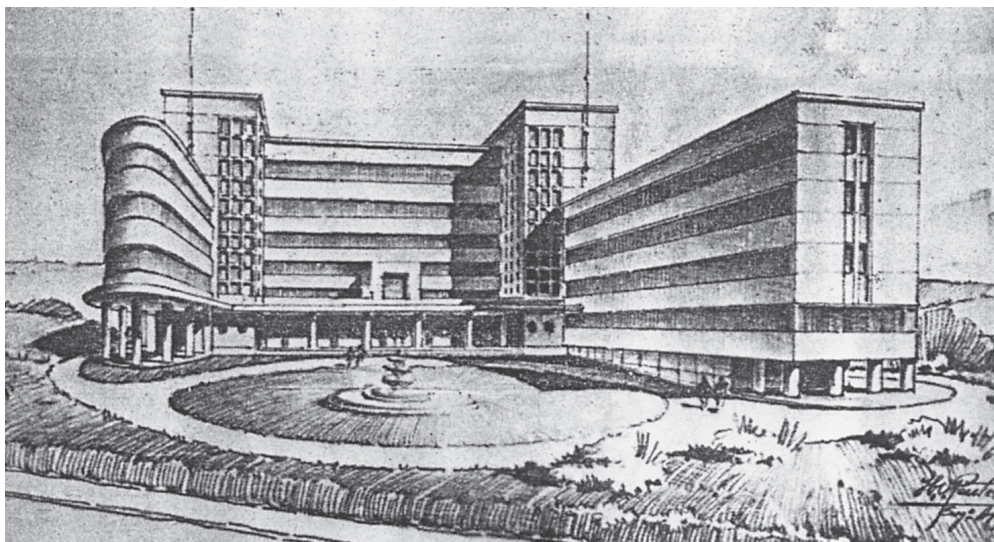
Figura 10

Projeto do Hospital de
Ensino da Faculdade de
Medicina da Bahia
Fonte: Campos, 1943.

Figura 11

Hospital das Clínicas de São Paulo em construção, já obedecendo à retificação das alas.

Fonte: *Memorial Histórico da Medicina de São Paulo*, 1940/1941.



Desenvolvidos entre 1943 e 1945, para compor o Centro Médico do Hospital das Clínicas, os projetos dos hospitais de Ortopedia e Traumatologia e de Psiquiatria seguiram a mesma padronização do instituto central paulista, embora na descrição do hospital de Ortopedia e Traumatologia tenha aparecido um “estilo francês moderno adaptado ao nosso meio” (*Revista Médico-social*, 1944). Elaborados pela Diretoria de Obras Públicas da Secretaria de Viação e Obras Públicas, tendo à frente Hernani do Val Penteado, os projetos apresentavam uma construção única, com acentuada verticalidade, alas avarandadas e bem pronunciadas, buscando as benesses preconizadas pelo higienismo, em forma de H, L, E, X ou duplo Y, com estética próxima ao *art déco* norte-americano (Figuras 12 e 13). Tal estética pode ser percebida mais fortemente no projeto do Hospital São Paulo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Figura 14), ou mesmo nos sanatórios das décadas de 1930 e 1940, como no Esperança, atual Hospital Infantil Menino Jesus, e no Pavilhão D^a Leonor Mendes de Barros, do conjunto hospitalar do Mandaqui (Figura 15).

O Sanatório Esperança representa a apoteose dessa estrutura higienista (ver verbete). Seus pavimentos partem de um eixo central, reservado à circulação e



Figura 12

Hospital de Ortopedia e Traumatologia. Projeto da Diretoria de Obras Públicas da Secretaria de Viação e Obras Públicas, que fazia questão de assinar como pessoa jurídica

Fonte: Revista *Acrópole*, 1943.



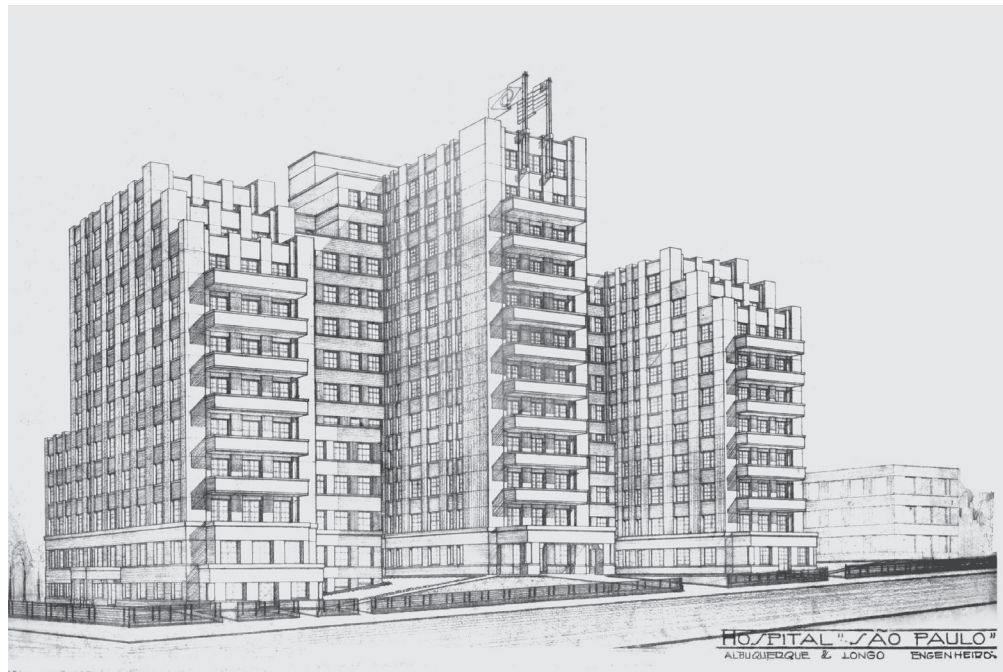
Figura 13

Hospital de Clínica Psiquiátrica. Projeto também da Diretoria de Obras Públicas, mas cuja autoria trazia a assinatura de seu diretor à época, o arquiteto Hernani do Val Penteadó.

Fonte: *Acrópole*, 1945.

Figura 14

Hospital São Paulo.

Fonte: *Pollitécnica*, 1939.

aos acessos independentes (para evitar a “confusão”, segundo o memorial descritivo), e foram dispostos para aproveitar ao máximo a insolação e a áreação proporcionadas pelo deslocamento em relação às faces norte-sul, com destaque para os solários localizados no quinto pavimento, que permitiam aos pacientes usufruir a helioterapia de forma natural.

O Sanatório Miguel Pereira segue as recomendações do Ministério da Saúde para a construção de sanatórios para tuberculosos, fazendo uso de uma estética arrojada para a época e que procurava responder, na sua opção formal, traduzida em amplas varandas e linhas aerodinâmicas, aos tratamentos que exigiam aeração, ventilação e exposição ao sol, que encontra eco em diversos outros sanatórios construídos pelo Brasil, como parte da campanha do primeiro governo de Getúlio Vargas (1937-1945), conhecida como “cruzada sanitária da Era Getuliana” (Costa, 2008).

Ainda dentro dessa estética, pode-se incluir o projeto para o Hospital Japonês de São Paulo, que foi realizado por arquitetos da Sociedade Japonesa de Beneficência no Brasil, com supervisão de Luiz de Rezende Puech, médico

integrante da comissão responsável por reelaborar o projeto para a Faculdade de Medicina, que seguia as orientações da Fundação Rockefeller. O resultado formal apresenta uma solução mais limpa do que vinha realizando, em seus projetos, o chefe da comissão da qual participavam Puech e Sousa Campos, aproximando-se mais do entendido por “estilo internacional”, ainda preso, à época, a referências classicizantes, que não permitem incluí-lo nas obras tidas como modernistas, embora tenha sido saudado como o hospital mais moderno da América do Sul (ver verbete).

Alguns projetos no Rio de Janeiro apontavam para a predominância dessa tipologia – uma construção em bloco único, de transição entre o modelo higienista e o monobloco racional modernista –, mesmo que efêmera, já na década de 1920, como foi o caso do Hospital Gaffrée e Guinle, projetado por A. Porto d’Ave entre 1927 e 1929. Entretanto, com o advento dos hospitais da década de 1950, essa estrutura formal foi novamente suplantada.



Figura 15

Sanatório de Mandaqui.

Acervo CPDOC/FGV.

Um novo paradigma para a arquitetura hospitalar

A finalização da construção do Hospital das Clínicas de São Paulo (que atuou como um instituto central), em 1994, deu início à criação, depois da Segunda Guerra e ao longo da década de 1950, de institutos e hospitais especializados, como o de Câncer (1946), de Moléstias do Aparelho Digestivo e da Nutrição (1952), para o atendimento de crianças (1950 e 1959), o Instituto de Cardiologia (1958), etc., trazendo para os arquitetos um campo de atuação profissional extremamente fértil.

Sentindo que o mercado se firmava para o arquiteto, especialmente em São Paulo, o IAB-SP ofereceu, em 1953, o curso *Planejamento de hospitais*, cujas palestras foram publicadas em livro no ano seguinte. O curso teve coordenação de Rino Levi, na ocasião, presidente do IAB-SP, e Benedito Montenegro, presidente da Associação Paulista de Medicina e realizador da viagem patrocinada pela Fundação Rockefeller, quase 30 anos antes, com Sousa Campos.

A linguagem arquitetônica adotada para hospitais a partir da década de 1950 aproximou-se mais da estética proposta por Le Corbusier, quando a consolidação da produção arquitetônica brasileira e mundial garantiu o selo de reconhecimento de Arquitetura Moderna: ausência de ornamento, estrutura aparente, planta livre, ideia do protótipo e possibilidade de reprodução industrial. Pelos desenhos apresentados no livro de Ernst Neufert como possibilidades de agrupamento das várias seções de um hospital, os monoblocos modernistas aparecem como tipologia a ser adotada, apresentados sob o arranjo de um T, um H, um H duplo, em I, em estrela, em cruz e com o andar térreo ampliado (Neufert, 1981, p. 401). Além disso segundo Rino Levi, em sua palestra durante o curso oferecido pelo IAB-SP, as edificações erguidas para a saúde da década de 1950 em diante, especialmente as hospitalares, ganharam maturidade construtiva diante de uma

“[...] maior complexidade funcional e técnica do hospital, que exige do arquiteto uma série de conhecimentos muito particularizados e elevado espírito de colaboração, para a coordenação correta de todos os dados do problema, de modo a criar um todo unitário”.

Essa maturidade surgiu como fruto de um investimento e de uma participação mais intensa dos arquitetos, construída, pouco a pouco, a partir das primeiras décadas do século XX, quando conquistaram o direito de ser os protagonistas do processo de construção dos hospitais, desde a sua concepção até a entrega da obra. Esse processo contava com uma grande participação dos médicos. O curso ministrado por médicos e arquitetos para médicos e arquitetos no IAB de São Paulo, durante 6 dias, em abril de 1953, representou um *turning point* nesse processo no Brasil. O time de professores contava com os grandes autores de projetos hospitalares daqueles anos, como o próprio Rino Levi, Jarbas Karman, Jorge Machado Moreira, Roberto Cerqueira César e Oscar Valdataro, com uma participação dos médicos na concepção do projeto cada vez mais como consultores que como coautores (como no caso do Hospital das Clínicas de São Paulo). Entre os alunos, estavam alguns outros projetistas de hospitais, já profissionais ou ainda estudantes, como Paulo Antunes Ribeiro, autor do projeto da Maternidade Arnaldo de Moraes, no Rio de Janeiro; Aldary Toledo, à época, arquiteto do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários; Armando Mesquita, da Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde; João Filgueiras Lima, estudante de arquitetura e futuro autor dos hospitais da Rede Sarah; etc. (IAB, 1954).

Os objetivos do curso, segundo consta na introdução da publicação, eram, entre outros,

[...] divulgar conquistas no campo de planejamento de hospitais, analisar os elementos essenciais a um projeto são e científico, possibilitar a construção de hospitais eficientes [...], aproximar interessados, e estimular o intercâmbio de informações e pesquisa. (apud IAB, 1954, p. 13 e 14)

Para o arquiteto Jarbas Karman, diretor do curso com Rino Levi, o hospital moderno era

[...] “Uma das mais complexas, dinâmicas e especializadas instituições. Dia a dia, novas aplicações, pesquisas e descobertas o vêm transformando. Gradativamente, o que ainda resta de empírico e tradicional dará lugar ao científico e ao racional”. (apud IAB 1954, p. 175)

Karman baseava suas impressões nos estudos da Divisão Hospitalar do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Em seu texto, Karman (IAB, 1954, p. 175) preocupava-se não somente com a solução plástica final – uma combinação de elementos formais de diversos tipos de plantas arquitetônicas (em I, L, V, U, X e Y) – mas também com itens que iam desde a disposição interna de cada aparelho, sala, centro médico e cirúrgico – associada ao detalhamento das medidas de cada espaço e área de circulação (vertical e horizontal) fluxos, áreas limpas, áreas sujas, sociais e de serviço, enfermarias gerais e de isolamento – até o detalhamento de armários, portas, sistemas de ventilação, instalações etc., demonstrando a extrema complexidade de uma construção hospitalar contemporânea à época.

Uma primeira separação feita pelos professores do curso e dada à especialização da medicina e aos diversos tipos de hospitais da época era em hospital-geral e hospital especializado. Nesse último tipo, estavam subordinados hospitais das mais diversas gamas de atuação, como hospital-colônia, asilo, sanatório, de emergência e de ensino. Dentro dessa divisão, ainda, existiam os hospitais para leprosos, tuberculosos, doentes mentais etc., cada um com sua especificidade quanto ao número de leitos, tipo de público, profissionais e localização.

Os hospitais-gerais e de emergência, por exemplo, deveriam estar localizados nos centros urbanos e adotar o tipo monobloco, pois ocupavam terrenos já existentes dentro da malha urbana. Os demais, como os para tuberculosos, por exemplo, deveriam continuar distantes dos centros urbanos, podendo, portanto, adotar ainda o sistema pavilhonar tradicional. Segundo especialistas do curso, os hospitais pavilhonares feitos para o tratamento de tuberculosos tinha preferência sobre os verticais, pois áreas verdes e espaçosas ajudavam na recuperação dos pacientes; porém, por serem desse tipo, eram hospitais de ritmo lento.⁷

No seu discurso de abertura do seminário, Benedito Montenegro apresentou uma radiografia da distribuição dos hospitais pela cidade de São Paulo, a maior parte deles localizada ao longo ou próxima à Avenida Paulista (sede do poder econômico paulista), ressentindo-se da ausência de hospitais em outras regiões da cidade, como no Brás, na Mooca, no Belenzinho, no Tatuapé, na Penha e em Santana. Entretanto, é reconhecido que os lugares distantes dos centros ainda são os mais apropriados para o tratamento de “doenças crônico-nervosas, mentais,

tuberculose, sensibilidade etc.” (Montenegro apud IAB, 1954, p. 28). Apesar de, em seu discurso, Montenegro apontar para a divisão dos hospitais em urbanos, suburbanos e rurais – uma divisão tradicional e de pouca expressão na época –, esse momento em São Paulo apontou para o domínio dos hospitais urbanos, cujos projetos de arquitetura ficaram a cargo de arquitetos de renome, como Rino Levi, Roberto Cerqueira César, Oswaldo Bratke e Oscar Niemeyer.

Ainda em relação ao curso, Rino Levi, em sua palestra, afirmou que, em matéria de construção hospitalar, se estava de fato diante de uma nova era.

[...] não se admite mais a adoção de formas preestabelecidas, com plantas em X, em H ou em pente, como também discutir se o hospital deve ser horizontal ou vertical, em pavilhões ou em monobloco. Em geral, cada projeto de hospital tem suas próprias exigências e particularidades, que podem influir decisivamente no seu planejamento. Para maior diversidade de soluções, entram em jogo também a topografia do terreno, a sua situação e orientação e as restrições estabelecidas nas posturas sanitárias e municipais, bem como outros fatores. [...] A concepção do projeto deverá resultar unicamente do estudo funcional e técnico do problema, livre de quaisquer outras injunções. (apud IAB, 1954, p. 40)

Rino Levi já pensava no hospital como um complexo de blocos com funções independentes, mas interligados espacialmente, facilitando a circulação pelo conjunto, cuja forma construtiva não deveria seguir apenas uma orientação única, dando liberdade criativa aos projetistas. Seguindo seu pensamento modernista, não se admitiam mais padrões estéticos e formais pré-estabelecidos: “[...] do ponto de vista plástico, cada unidade terá sua fisionomia própria, que obedecerá unicamente à sua função e à sua técnica” (apud IAB, 1954, p. 40-1).

A modernidade construtiva levava Rino Levi a ter uma atitude moderna perante as construções hospitalares:

Nas épocas passadas, a construção apresentava condições rígidas. Nunca se pensou e provavelmente nunca surgiu a necessidade de modificar o seu destino. Isso não seria mesmo possível ou fácil, pois a técnica só conhecia materiais pesados e maciços, as paredes tinham a função de suporte e o tamanho das janelas e dos vãos era limitado

pelas possibilidades reduzidas do material e da técnica. Tudo isso mudou de maneira radical. (idem, p. 41-2)

Um dos maiores desafios para o arquiteto, ainda segundo Rino Levi, era a circulação nos espaços hospitalares:

Uma vez fixado o programa, e antes de se iniciar o trabalho de desenho, deverão ser estabelecidos os gráficos de circulação, levando em conta as ligações nas várias seções, entre si e com o exterior. [...] O problema da circulação é mais complexo no hospital do que em qualquer outra obra de arquitetura. (IAB, 1954, p. 41).

De fato, em seus projetos, o arquiteto paulista de origem italiana daria grandes destaques aos esquemas (gráficos) que evidenciavam a preocupação com a circulação.

Na ocasião do curso Rino, Levi já havia projetado o Hospital do Câncer e a Maternidade do Hospital das Clínicas com Roberto Cerqueira César, seu sócio-colaborador. A proposta da maternidade era juntá-la ao complexo hospitalar iniciado com o projeto da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Baseado em sua experiência com esses dois projetos, Rino Levi descreveu o projeto ideal para um hospital:

Em primeiro lugar, localizar-se-ão nos andares inferiores os serviços que têm maior necessidade de ligação direta e imediata com a rua. É o caso do ambulatório [...]; do pronto-socorro [...]; do auditório [...]; dos serviços de almoxarifado, cozinha e lavanderia [...]. Os serviços técnico-científicos terão uma localização intermediária entre o ambulatório e a hospitalização. Por sua vez, o centro residencial deverá ser afastado do hospital, para maior repouso e distração do pessoal, durante as horas de folga. Será conveniente localizá-lo de modo a ter ligação direta com o restaurante e dando para o jardim. (idem)

A ideia de se construir um prédio próprio para a maternidade da Faculdade de Medicina surgiu no mesmo ano de conclusão da obra do Hospital das Clínicas, por iniciativa de seu diretor à época, Benedito Montenegro, a exemplo da Clínica

de Ortopedia e Traumatologia, que havia iniciado a construção de seu edifício próprio no ano anterior. Em 1945, a Clínica Psiquiátrica também ganhou um edifício independente.

O Hospital das Clínicas prestava serviço de maternidade na sua Clínica Obstétrica, situada no décimo andar da ala esquerda do edifício central, mas pleiteava um espaço maior ou próprio para a sua maternidade. Esse era um ponto importante para Vicente Licínio Cardoso, pois, segundo a concepção norte-americana para um hospital moderno, a maternidade deveria receber tratamento especial e ficar afastada das outras clínicas. No relatório de justificativa do projeto da maternidade, citava-se os Estados Unidos como referência para as questões médico-sociais, onde um terço dos partos era custeado pelo próprio governo e as maternidades apareciam com prédio próprio. Dizia-se que, no Brasil, essa realidade ainda era muito distante. Naquele mesmo ano, Raul Briquet foi comissionado com uma viagem de estudo para visitar, por 4 meses, maternidades e hospitais norte-americanos.

O anteprojeto da maternidade foi submetido a um concurso fechado para arquitetos convidados, sendo eles: Rino Levi, José Maria da Silva Neves, Hélio Duarte, Jaime Fonseca Rodrigues e Jacques Pilon e Oscar Niemeyer, que não apresentaram proposta. O concurso foi vencido por Rino Levi, contratado no ano seguinte. A comissão do concurso foi composta por médicos e arquitetos, entre os quais figuravam Eduardo Kneese de Mello (na ocasião, presidente do IAB-SP), Paulo Camargo Almeida (presidente nacional do IAB), Luis Anhaia Melo (lente de Estética e Urbanismo da Escola Politécnica), Benedito Montenegro, Hernani do Val Penteado (arquiteto da Secretaria de Viação e Obras Públicas e autor do projeto da Clínica Psiquiátrica), João Vilanova Artigas (representante dos concorrentes) e Raul Briquet (lente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina). O anteprojeto instituiu que a localização da maternidade ficasse à direita e bem próxima ao Hospital das Clínicas, na esquina da Avenida das Clínicas com a Avenida Rebouças. Rino Levi, Cerqueira Cesar e Franz Andrea Pestalozzi seus colaboradores, entregaram o projeto em agosto de 1945 (Briquet e Levi, 1946).

O projeto foi destacado por sua verticalidade, que inspirava monumentalidade, mas não suntuosidade, segundo o relatório sobre o projeto. Buscava inspiração nele próprio, rejeitando “a arquitetura do templo grego [...] e das catedrais” (Bri-

52 | quet e Levi, 1946, p. 12-3). De fato, estava-se diante da mais pura obra modernista, que ganhou destaque em diversas publicações pelo mundo e diversos prêmios de arquitetura. O esquema de circulação para a maternidade, por exemplo, que tanto apreciavam Rino Levi e Cerqueira César, foi publicado no livro de Ernst Neufert, *Arte de projetar em arquitetura*, sendo referenciado como Hospital das Clínicas para Mulheres, única menção a algum projeto brasileiro.⁸ O projeto recebeu prêmio da 1ª Bienal de Arquitetura de São Paulo, na categoria Projeto de Edifício de Uso Público, em 1951, e foi escolhido para integrar a Mostra Latino-americana de Arquitetura do Museu de Arte Moderna de Nova York, em 1955.

Rino Levi optou por distribuir as funções do programa por três blocos: para o ensino, com destaque para o auditório; para as enfermarias; e ambulatório, em duas lâminas de acentuada verticalidade, interligadas por plataformas de acesso em formato de leque, respeitando o terreno. A situação do projeto obedeceu orientações que permitissem proteger as enfermarias do ruído do tráfego da Avenida Rebouças, aproveitar melhor a incidência do sol pela manhã e à tarde e fugir da área de sombra do Hospital das Clínicas e de ventos úmidos e frios.

A distribuição do programa da maternidade em blocos visava a facilitar também a circulação, onde aparecia com maior clareza a complexidade que era o projeto de um hospital daquele porte. Ela contava com uma série de elementos a serem considerados e que, dependendo do tipo, não poderiam se misturar, em respeito à prevenção da temida infecção hospitalar: pacientes; visitantes, médicos e alunos; enfermeiras e pessoal de serviço; refeições; roupa limpa e roupa suja; farmácia, lactário e banco de sangue; cadáveres; lixo seco, lixo úmido e material diverso distribuídos pelos acessos ao auditório, ao pronto-socorro, do público geral e de visitantes, acesso ao ambulatório, de serviço e ao necrotério. Em cada bloco, duas prumadas de elevadores faziam a distribuição de públicos e de funções.

Cerqueira César também se preocupava com esse item. Em sua palestra durante o curso *Planejamento de hospitais*, referia-se à circulação como

[...] um dos problemas mais complexos que tem de resolver o arquiteto ao projetar um hospital. [...] pode-se dizer, sem exagero, que nenhum projeto de hospital é melhor do que a solução dada a sua circulação [...] Só o conhecimento perfeito, por

parte do arquiteto, da organização e orientação a serem dadas, em cada caso, aos serviços hospitalares, permitem o estabelecimento de um esquema de circulação que dê a máxima eficiência, no uso do edifício. (apud IAB, 1954, p. 101).

“Flexibilidade era um termo igualmente recorrente na proposta de Levi e seus sócios. No caso do hospital, verifica-se a tendência de elaborar o estudo levando em conta três fatores principais: agrupamento de serviços afins, estudo adequado da circulação e flexibilidade do plano. Por “flexibilidade, entende-se adequar os espaços às modificações constantes impostas pela medicina e pela evolução técnica e construtiva.

As paredes tornaram-se finas e leves e passaram a ser suportadas, pilares delgados passaram a suportar a construção, grandes vãos são vencidos com facilidade e as fachadas tornaram-se transparentes. Paralelamente, vemos a evolução rápida da medicina e da técnica hospitalar. [...] Procuramos, então, fazer com que a construção possa atender a essas necessidades. (apud IAB, 1954, p. 41-2)

Para Cerqueira César, a flexibilidade se expressava também ao permitir futuras modificações no projeto e não apenas ao possibilitar uma circulação eficiente.

A complexidade do problema resulta não somente da variedade e diversidade de percursos e acessos a prever, como também da necessidade de encontrar soluções flexíveis, que se adaptem a futuras modificações da organização interna, inevitáveis com a constante e vertiginosa evolução da medicina e, conseqüentemente, da técnica hospitalar, em nossos dias. (idem, 101)

Não se sabe ao certo por que não construíram o projeto de Rino Levi e Cerqueira César. Provavelmente, a linguagem arquitetônica proposta pelos dois arquitetos fugia muito do padrão seguido à risca desde o projeto de Sousa Campos para a Faculdade de Medicina e o Hospital das Clínicas, que adotava as recomendações da Fundação Rockefeller e que foi respeitado nos projetos para as demais clínicas do complexo hospitalar da Avenida Rebouças. Já o projeto de Peter Pfisterer para a Escola de Enfermagem desse complexo (Figura 16), também cons-

54 | truída com recursos da Fundação Rockefeller, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública e do Estado de São Paulo, foi bem-sucedido em sua proposta de sair do padrão. Ernesto de Sousa Campos, velho conhecido da Fundação Rockefeller, chegou a apresentar um projeto que procurava trazer contemporaneidade ao conjunto das clínicas, mas tendo ainda como referência um bloco em L, com uma ala de oito pavimentos e outra de dois. No programa, descrito em número da *Revista Médico-social* de 1942, Campos apresentou um texto da National League of Nursing Education, enaltecendo a função de uma boa escola de enfermagem e procurando valorizar sua ideia (Campos, 1942). No entanto, dessa vez, ocorreu o inverso: sua proposta foi preterida no lugar do projeto de Pfisterer, legitimamente norte-americano, mas que adotava referências de outra fonte da Europa.

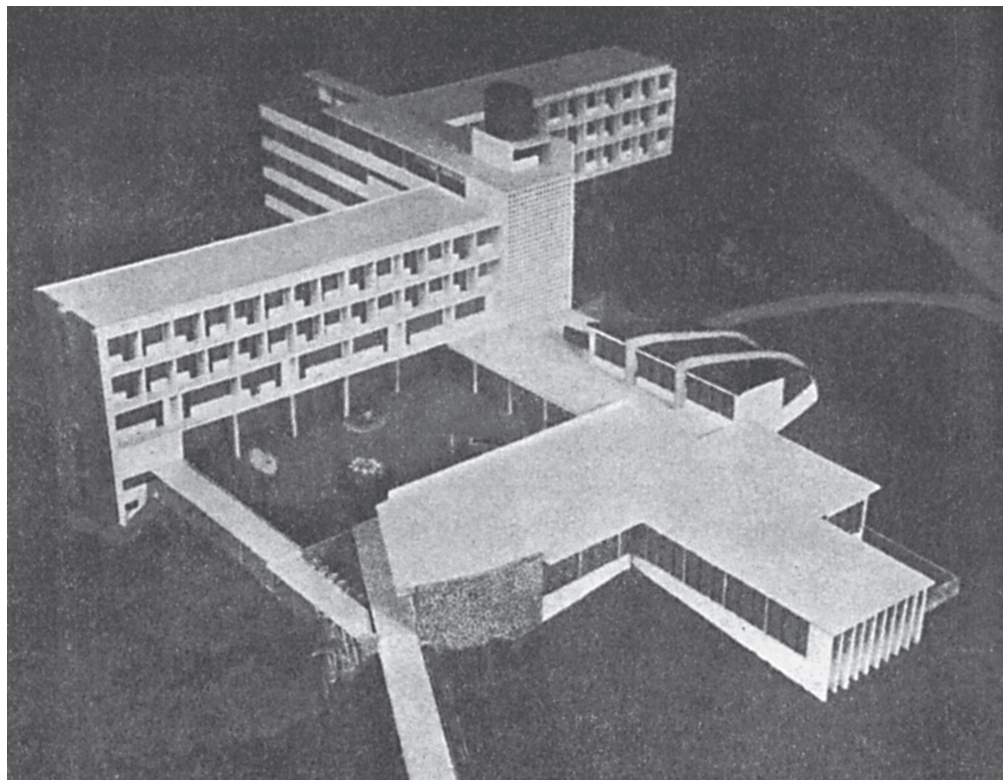


Figura 16

Maquete da Escola de Enfermagem de São Paulo.

Fonte: Projeto de Peter Pfisterer. *Revista Médico-social*, 1944.

O arquiteto da Rockefeller utilizou, em menor escala, as linhas propostas por Rino Levi para a maternidade, resultado de uma estética mais próxima da historiografia da arquitetura brasileira associada ao Movimento Modernista de influência corbusiana, com concreto aparente, pilotis no pavimento térreo, elementos vazados como revestimento de fachada, auditório em corpo separado e cobertura em arcos em forma de parábola. Esse pequeno projeto surgiu como um bom contraponto ao que existia no complexo das clínicas, especialmente por ter rompido com a tradição até então reinante de Sousa Campos e poder atuar como um edifício de transição estética para a maternidade de Levi, caso ela fosse construída. Confirmava-se, assim, um novo paradigma para a arquitetura hospitalar.

Em seu discurso de abertura do curso do IAB-SP, Rino Levi afirmou que os projetos hospitalares a partir de então deveriam fugir de “formas pré-estabelecidas”, como o complexo da Faculdade de Medicina. Seu projeto, portanto, não deveria seguir o que estava sendo feito até então. Sem a construção da maternidade universitária, a primeira obra hospitalar de Rino Levi finalizada teve de aguardar a construção do Hospital A. C. Camargo.

O projeto para o Hospital do Câncer, iniciado em 1948, também ordenou suas funções e circulações por três blocos interligados, adotando a distribuição segundo sua compreensão de projeto ideal (Figura 17). Nesse caso, a separação do ambulatório do serviço de internação do hospital, localizado na lâmina vertical, foi feita por meio da construção de uma ala independente de menor altura, solução que procurou poupar o uso cada vez maior de elevadores, adotando rampas para o fluxo dos pacientes. Dessa forma, fazia-se, também, a separação dos públicos pagante e não pagante. Na parte mais baixa do terreno, os arquitetos mantiveram serviços de facilidades para médicos e enfermeiras. Para manter a flexibilidade dos espaços internos, foram adotadas paredes leves compostas por divisórias, forro liso, modulação de aberturas e câmaras de ar contínuas entre as lajes do piso e do forro (Levi, 2001).

Figura 17

Hospital do Câncer. Projeto
de Rino Levi e Roberto
Cerqueira César.
Fonte: *Revista Paulista de
Hospitais*, n. 9, 1954).



A separação em alas independentes e a disposição dos volumes aproveitando o declive do terreno procuravam resolver os problemas que preocupavam os médicos: a ventilação e a iluminação. A opção por lâminas permitiu a entrada do ar cruzado, facilitando sua renovação, o que, em uma unidade que trata de câncer, pode conter doentes com lesões ulceradas e com mau cheiro, segundo o médico Antonio Prudente, em sua palestra para o curso do IAB (apud IAB, 1954, p. 331). Embora também preocupante, a iluminação não estava mais associada à contaminação e foi resolvida por Levi com o recurso da iluminação lateral ou mesmo artificial. Prudente estudou o assunto na França – talvez ainda sob o peso do higienismo – e trouxe suas impressões:

Eles [os franceses] acham que o problema da iluminação é um problema ligado ao da contaminação cirúrgica. Foi [...] mas hoje não é mais tanto, porque o uso dos antibióticos, o nível ou a porcentagem de infecção que os cirurgiões têm é mínimo, de modo que já não há aquele cuidado tão especial em relação à iluminação que era considerada um elemento contaminante. (idem)

A tecnologia procurava resolver, assim, séculos de conhecimento em torno da infecção hospitalar.

A separação por blocos interdependentes seguiu nos projetos de Levi para a Cruzada Pró-infância e o Hospital Einstein, mas adaptada aos terrenos escolhidos pelas instituições. Com terrenos menores, Levi optou por abandonar o terceiro bloco – que seria oferecido para médicos e enfermeiras –, mas mantém a separação entre ambulatório e internação. No projeto para a Cruzada, os dois volumes ficaram sobrepostos, reunindo de forma condensada ambulatório, puericultura, maternidade, hospital infantil e a sede da direção.

De forma singela, um anexo isolado do conjunto principal foi reservado para a residência das enfermeiras, como resquício de uma distribuição espacial que mantinha isolado esse uso dentro do complexo hospitalar, com o objetivo de proporcionar o repouso e a distração do pessoal durante as horas de folga, que Levi pensou no projeto não construído para a Maternidade do Hospital das Clínicas. Com o tempo, porém, esse recurso foi sendo abandonado.

A lâmina mais alta foi destinada à hospitalização, tirando partido da localização no terreno, para possibilitar insolação tanto para os quartos quanto para as enfermarias e barrar os ventos dominantes do sul. Nesse bloco, foram construídos ainda um solário (na cobertura), um andar para o centro cirúrgico, a obstetrícia e a central de esterilização e a sede da direção. No ambulatório, a iluminação natural foi resolvida por meio de *sheds*⁹, uma vez que todos os serviços foram reunidos em um só pavimento, incluindo salas de reuniões e vestiários para médicos e biblioteca.

No projeto para o Hospital Einstein, resultado de um concurso fechado organizado pela comunidade judaica, com apoio do IAB-SP, em 1958, Levi manteve os dois volumes, sendo um baixo para o ambulatório, os laboratórios e outros serviços e a lâmina para a hospitalização, dispostos de forma perpendicular entre si, como um T. A circulação vertical garantia a conexão entre os dois blocos, que foram sobrepostos em uma revisão do projeto. Essa bem-sucedida forma de projetar hospitais transformou Levi em referência na América Latina, possibilitando que ele trabalhasse em projetos na Venezuela (Levi, 2001).

Os projetos venezuelanos fogem à proposta deste capítulo, mas é interessante reparar que o projeto realizado para o Hospital Geral de Puerto Cabello (1960)

58 | segue a disposição dos hospitais em pavilhões: conjunto de pequenos edifícios de dois pavimentos, circundados com área verde e integração com o exterior (Levi, 2001). Mesmo tendo estabelecido uma referência na construção de hospitais com seus projetos paulistas tipo lâmina e plataforma ou lâmina e pavimento térreo ampliado, como prefere Neufert, Levi optou pelo modelo pavilhonar, aparentemente em desuso, para um caso específico na Venezuela foi, mesma atitude. Essa tomada por Sérgio Bernardes, uma década antes, ao projetar o Sanatório de Curicica, no Rio de Janeiro, para doentes de tuberculose pulmonar, cujo tratamento levou à opção pelo modelo tradicional.

Em 1952, foi projetado o Hospital do Instituto de Moléstias do Aparelho Digestivo e da Nutrição, por Oscar Niemeyer, que realizou apenas mais um projeto hospitalar em sua longa carreira, o Sul-América (atual Hospital da Lagoa), cuja construção foi iniciada no mesmo ano. Niemeyer repetiu a parceria com Burle Marx, responsável pelo paisagismo, e chamou Emiliano Di Cavalcanti para desenhar dois painéis no interior do hospital. Tanto a construção do hospital carioca quanto a do paulista demoraram muito a serem concluídas, mas o hospital do Rio de Janeiro não sofreu alterações em seu projeto original. A construção em São Paulo demorou quase 20 anos e acabou simplificada.

Nos dois projetos, vê-se a marca de Niemeyer: dois blocos, uma lâmina vertical destinada à internação e um bloco mais baixo para abrigo de recepção e serviços de apoio. No caso do Rio de Janeiro, Niemeyer ainda destacou o bloco do auditório, localizado na parte posterior do terreno, que, no projeto paulista, ocupou a cobertura da lâmina principal. Em vez de volumes trabalhados, deixando em destaque o uso do auditório, na obra paulista, optou por construir um único volume retilíneo, que muito enfraqueceu sua proposta original. Ao menos no Rio de Janeiro, o arquiteto, em parceria com Helio Uchoa, conseguiu fazer um volume curvilíneo, semelhante a de uma chaminé de transatlântico, recurso que havia sido usado no projeto para o Ministério da Educação e Saúde. Em ambos os projetos, o nível térreo é afastado do solo por meio de pilotis, que, no caso carioca, ganharam uma versão em V. Nas fachadas do bloco em lâmina, Niemeyer fez uso de recurso para melhor aproveitamento do sol da manhã, que ia no Rio de Janeiro, recebia a proteção de elementos vazados, em São Paulo, adotava a total transparência, por meio do uso do vidro.

Niemeyer adotou leves diferenças nos dois projetos. No Rio de Janeiro, a coluna de circulação vertical é destacada do corpo do bloco principal que apresenta linhas retilíneas, enquanto, em São Paulo, é levemente convexa (ver verbete).

Em 1953, mesmo ano em que inaugurado o Hospital A. C. Camargo, lançou-se o projeto para a construção do Hospital do Servidor Público do Estado. De autoria de Regis de Agostini – à frente do Escritório de Engenharia e Construções ECEL –, o ambicioso projeto apresentava uma proposta bem consolidada do modelo lâmina/plataforma, articulada a blocos de menor tamanho. Repetindo o êxito dos exemplos anteriores, o Hospital do Servidor Municipal também adotava as linhas do monobloco modernista, agora a cargo da Divisão de Arquitetura da Prefeitura Municipal de São Paulo, evidenciando o quanto esse modelo estava difundido entre os arquitetos, fossem eles atuantes no serviço público ou por meio de seus escritórios particulares.

O projeto de Oswaldo Bratke para o Hospital Infantil Darcy Vargas, inaugurado em 1958, procurava manter essa tipologia já consagrada, mas em menor escala. Seu projeto adotava um bloco de seis pavimentos para a internação e outro de dois pisos para serviços gerais e de apoio, pois essa disposição facilitava a



FIGURA 18

Figura 18

Maquete do projeto para o Hospital dos Servidores Públicos do Estado.

Fonte: *Revista Médico-social*, 1953.

60 | separação entre a área de internação e as áreas de diagnóstico e centro cirúrgico. A arquitetura desenvolvida para o hospital procurou auxiliar ao máximo a proposta terapêutica, com painéis de vidro que asseguravam contato visual entre os pacientes, suas mães e as enfermeiras. Nos andares das internações, em vão livre e com corredor central, os quartos foram posicionados para a insolação mais favorável e cada enfermaria possuía apenas quatro leitos, para dar maior conforto e atenção à criança internada.

De escala ainda menor, o projeto de Bratke para a Escola e Centro Piloto de Reabilitação para Crianças Defeituosas da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), construído entre 1958 e 1963, procurou fugir do que já estava estabelecido como uma padronização para a construção hospitalar, que tinha em Rino Levi o grande representante. De fato, na justificativa do projeto, a proposta era realmente fazer algo diferente, em escala e estrutura adaptadas às crianças defeituosas. Nesse caso, o arquiteto contou com a supervisão direta de um médico e projetou dois blocos: um quadrado, com pátio interno, preparado para os setores médico-sociais, e um retangular, para escola e internação, interligados por rampas de inclinação que permitiam o acesso de cadeiras de rodas.

Toda a escala do projeto, que Bratke insistia em dizer que havia sido inspirada pela produção arquitetônica popular, visava a dar conforto e aconchego às crianças internadas, como se o arquiteto quisesse se despir de todo o peso da arquitetura modernista e voltar à tradição vernacular. Isso foi experimentado nas colônias de isolamento da década de 1930, onde as casas para os internos respeitavam a arquitetura tradicional e procuravam mimetizar o que se imaginava como a moradia popular brasileira. Estar-se-ia diante de uma nova atitude projetual? O ciclo se fecha.

BIBLIOGRAFIA

BENCHIMOL, J. L. (coord.). Manguinhos do sonho à vida. A ciência na belle époque. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BRASIL. História e evolução dos hospitais [1944]. Rio de Janeiro: Divisão de Organização Hospitalar/Departamento Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 1965.

BRIQUET, R. LEVI, R. Maternidade Universitária de São Paulo. São Paulo: Reitoria da Universidade de São Paulo, 1946.

- CAMPOS, E. S. Escola de Enfermagem do Centro Médico da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Revista Médico-social* 1942; 1(1).
- CAMPOS, E. S. O Hospital da Faculdade de Medicina da Bahia". *Revista Médico-social* 1943; 1(10).
- CAMPOS, E. S. "História do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Revista Médico-social* 1944; 2(17):55-8.
- CARDOSO, V. L. A margem da arquitetura grega e romana e princípios gerais modernos de higiene hospitalar. Rio de Janeiro: Typographia do Anuário do Brasil, 1927.
- CARNEIRO, G. O poder da Misericórdia: a Santa Casa na história de São Paulo. São Paulo: Press Graphic Editora e Gráfica Ltda, 1986.
- Correio paulistano, de 14 de novembro de 1928, p. 4.
- COSTA, R. G. R. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, A. et al. História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico - Rio de Janeiro (1808-1958). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MIQUELIN, L. C. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: Cedas, 1992.
- NEUFERT, E. A arte de projetar em arquitetura. 7. ed. São Paulo: Gustavo Gilli, 1981.
- PEVSNER, N. A history of building types. 5. ed. Bollingen Series XXXV, 19. Princeton: Princeton University Press, 1997.
- INSTITUTO de Arquitetos do Brasil. Departamento de São Paulo. Comissão de Planejamento de Hospitais. Planejamento de hospitais. São Paulo: IAB, 1954.
- PORTO, A. et al. História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico - Rio de Janeiro (1808-1958). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Revista acrópole*, setembro de 1943.
- Revista acrópole*, novembro de 1945.
- Revista politécnica*, maio de 1939.
- Revista médico-social*, ano II, n. 17, abril/maio de 1944.
- Revista médico-social*, ano I, vol. 1, n. 12, dezembro de 1953.
- LEVI, R. Arquitetura e cidade. São Paulo: Romano Guerra Editora, 2001.
- SANGLARD, G., COSTA, R. G. R. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro, 1923-1931. *História, ciências, saúde: Manguinhos* 2004, 11(1):107-41.
- WOLFF de Carvalho, M. C. Relatório realizado por Ramos de Azevedo para o secretário de Estado Alfredo Pujol, extraído do Estudo de Tombamento dos Hospitais do Juquery em Franco da Rocha, 1986.
- WOLFF de Ramos de Azevedo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000. Carvalho, M. C.

62 | SITES CONSULTADOS:

1 Para mais informações, acessar:

<http://www.sampa.art.br/biografias/ramosdeazevedo>

<http://www.poli.usp.br/Organizacao/Historia/ramosazevedo/obras/hJuquery.html>

http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/iof_61_imagemhome1.jpg

http://books.google.com.br/books?id=dEA4SB4E5yYC&pg=PA174&lpg=PA174&dq=Hipolito+Gustavo+Pujol+J%C3%BAnior&source=bl&ots=3GQvqfliN9&sig=QbyZGhuhoHxATRiUicopjKAcoqg&hl=pt-BR&ei=ea6GS662Gl2ouAfbubGBDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CCMQ6AEwCQ#v=onepage&q=Hipolito%20Gustavo%20Pujol%20J%C3%BAnior&f=false <http://www.playle.com/listing.php?i=HEM23925>

NOTAS

1 A primeira edição alemã foi lançada antes da Segunda Guerra. Em 1945, essa publicação já contava com dez edições, mas, aqui, adota-se a 7ª edição brasileira, lançada em 1981, pela Editorial Gustavo Gili, traduzida da 21ª edição alemã.

2 Segundo informações obtidas no processo de tombamento, de março de 1981, do Condephaat, à página 4.

3 O Escritório Técnico Ramos de Azevedo, Severo e Villares foi formado após o falecimento de Francisco de Paula e chegou a atuar na área da saúde no Rio de Janeiro, com o projeto para o Hospital dos Comerciários do Distrito Federal (atual Hospital de Ipanema), uma construção em sistema monobloco, adaptada de um hotel, inaugurada em 1955.

4 Cabe menção ao arquiteto Ernst Kopp, autor do projeto do Hospital Alemão do Rio de Janeiro, citado no livro de Ernst Neufert, *A arte de projetar*, como um dos arquitetos que aconselhavam a construção hospitalar em um bloco único:

As soluções mais econômicas consistem na construção dum edifício único, pois, reduzindo os percursos, reduz-se também os gastos de edificação, obtendo-se assim maior rendimento. Arquitetos especializados como Diestel, Kopp e Nelson, assim como os americanos em geral, aconselham esta solução especialmente para os grandes hospitais. (Neufert, 1981, p. 386).

O hospital do Rio, de 1932, atual Hospital Central da Aeronáutica (HCA), foi um dos primeiros exemplares cariocas a ser concebido dentro desse sistema. Aproveita-se aqui para reparar a

grafia do nome de Kopp, que, no verbete do HCA, publicado no CD encartado no livro História da saúde no Rio de Janeiro, consta como “Kupp” (apud Porto et al., 2008).

5 Ver Campos, 2004.

6 Para maiores informações, acessar: http://books.google.com.br/books?id=dEA4SB4E5yYC&pg=PA174&lpg=PA174&dq=Hipolito+Gustavo+Pujol+J%C3%BAAnior&source=bl&ots=3GQvqfliN9&sig=QbyZGhuhoHxATRiUicopjKAcoqg&hl=pt-BR&ei=ea6GS662Gl2ouAfbubGBDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=OCCMQ6AEwCQ#v=onepage&q=Hipolito%20Gustavo%20Pujol%20J%C3%BAAnior&f=false.

7 O projeto foi encomendado, em 1918, ao engenheiro Luiz Moraes Jr., construtor de Mangui-nhos e adepto do sistema dos pavilhões tanto quanto Ramos de Azevedo. Segundo Benchimol, os primeiros projetos hospitalares de Moraes incorporaram antigas regras da arquitetura higienista, do final do século XVIII, à da pavilhonar, do final do século XIX, ou seja, o saber e as tecnologias médicas oriundas da revolução pausteriana (Benchimol, 1990). O projeto de construção em pavilhões para a cidade de Salvador foi abandonado por considerar-se que necessitava de vultosa soma para sua efetivação. Desse projeto, foi inaugurado, em novembro de 1927, apenas o ambulatório, que recebeu o nome de seu idealizador, Augusto Vianna.

8 Como maior exemplo de hospital para tuberculosos da época a seguir essa orientação, há o de Curicica, projetado por Sérgio Bernardes para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, em 1952.

9 Em Arte de projetar em arquitetura, de Ernst Neufert, ao longo das páginas dedicadas a hospitais (384-402), aparece menção ao autor do projeto do Hospital Alemão do Rio de Janeiro, o arquiteto alemão E. Kopp.

10 Recurso construtivo colocado no teto que permite iluminação indireta ao ambiente.

