

A MODERNIDADE NA ARQUITETURA HOSPITALAR

contribuições para sua historiografia

Ana M. G. Albano Amora | Renato Gama-Rosa Costa
(Orgs.)

30+
PROARQ

UFPA

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M 689 A Modernidade na arquitetura hospitalar: contribuições para a historiografia - Volume 1\Ana M. G. Albano Amora e Renato Gama-Rosa Costa (Organizadores). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo - PROARQ-FAU-UFRJ, 2019.
289 p.: il., 16 x 23 cm.
Inclui bibliografia e índice.
ISBN: 978-65-81518-00-4 | ISBN: 978-65-00-00894-4

1 ARQUITETURA 2 ARQUITETURA-HOSPITALAR-HISTÓRIA 3 PROARQ-FAU/UFRJ I. Amora. Ana M. G. Albano II. COSTA, Renato Gama-Rosa.

CDD 720
CDU 72

Universidade Federal do Rio de Janeiro | UFRJ
Centro de Letras e Artes | CLA
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo | FAU

Programa de Pós-graduação em Arquitetura | PROARQ-FAU/UFRJ

Reitora **CONSELHO EDITORIAL**

Profª. Drª. *Denise Pires de Carvalho*

Vice-Reitor

Prof. Dr. *Carlos Frederico Leão Rocha*

Decana do Centro de Letras e Artes

Profª. Drª. *Cristina Trajan*

Diretora da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

Profª. Drª. *Andrea Queiroz Rego*

Vice-Diretor

Prof. Dr. *Guilherme Lassance*

Coordenadora PROARQ-FAU/UFRJ

Profª. Drª. *Giselle Arteiro N. Azevedo*

Vice-Coordenadora PROARQ-FAU/UFRJ

Profª. Drª. *Monica Santos Salgado*

Coordenação Adjunta de Editoria

Profª. Drª. *Ethel Pinheiro Santana*

Alina Santiago | Pós-ARQ-DAU/UFSC

Claudia Piantá Costa Cabral | FA/UFGRS

Maria Angela Dias | PROARQ-FAU/UFRJ

Leandro Medrano | FAUUSP

Paulo Afonso Rheingantz | PROARQ-FAU/UFRJ

Renato Saboya | Pós-ARQ-DAU/UFSC

Ruth Verde Zein | FAU-Universidade Presbiteriana Mackenzie

PROJETO EDITORIAL PROARQ

Revisão de Textos | *Cristina Pereira*

Capa, Projeto gráfico e diagramação | *Rubens de Andrade*

Ficha Catalográfica | *Nara Ferreira Oliveira*

Revisão dos originais | *Ana M. G. Albano Amora e Renato Gama-Rosa Costa*

Foto da Capa: Homenagem de 100 anos do Arquiteto

Sérgio Bernardes (1919-2019) Foto do Sanatório de

Curicica de sua autoria ainda em construção, 1949.

Fonte: Fundo Raphael de Paula Souza. Acervo DAD FIOCRUZ.



UFRJ

FAU

30+
PROARQ
UFRJ



CNPq

NÃO PODE SER COMERCIALIZADO

Todos os direitos desta edição são reservados ao selo editorial da Faculdade de Arquitetura e urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ-FAU-UFRJ, à Editora Paisagens Híbridas e aos autores. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônicos ou mecânicos, incluindo fotocópias e gravação) ou arquivada em qualquer sistema de banco de dados sem permissão escrita dos editores

EDITORIA PROARQ

editoria.proarq@fau.ufrj.br

Programa de Pós Graduação em arquitetura da PROARQ-FAU/ UFRJ
Av. Pedro Calmon, 550, Sala. 433 | Prédio da Reitoria, Ilha do Fundão
Rio de Janeiro — RJ 21941-590 | Telefones: +55 (21) 3938-0288

A MODERNIDADE NA ARQUITETURA HOSPITALAR

contribuições para sua historiografia

VOLUME I

Ana M. G. Albano Amora | Renato Gama-Rosa Costa
(Orgs.)

30+ PROARQ PAISAGENS
HÍBRIDAS

1ª Edição
PROARQ
Paisagens Híbridas
2019

SUMÁRIO

6 **PREFÁCIO**

A modernidade na arquitetura hospitalar

Ana Tostões

8 **APRESENTAÇÃO**

Volume I- Contribuições para sua historiografia

Ana M. G. Albano Amora e Renato Gama-Rosa Costa

13 **PARTE 1 | FUNDAMENTOS DA ARQUITETURA HOSPITALAR**

14 A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil

Ana M. G. Albano Amora

46 Infraestructura nosocomial en el proceso de la Revolución mexicana 1910-1950

Maria LÍlian Gonzalez Servin

62 Nosocômios

Hugo Segawa

85 **PARTE 2 | HOSPITAIS E HISTÓRIA**

86 Hospitais, higiene e microbiologia no Rio de Janeiro: uma incursão histórica sob a ótica de Oswaldo Cruz

Jaime Larry Benchimol e Renata Soares C. Santos

122 O Hospital Gaffrée e Guinle: filantropia, saúde e os ecos do pasteurianismo no Brasil da Primeira República

Gisele Sanglard

147 **PARTE 3 | A MODERNIDADE NA ARQUITETURA DA SAÚDE**

148 Edward Fletcher Stevens and the modern hospital

Anmarie Adams

168 Arquitetura da saúde e preservação do patrimônio moderno no Brasil

Nivaldo Andrade

194 Arquitetura anti-tuberculose: uma atitude Moderna

Renato Gama-Rosa Costa

212 Luiz Nunes e a arquitetura da saúde em Pernambuco: o leprosário da Mirueira

Laura Alecrim e Luiz Amorim

237 **PARTE 4 | O HOSPITAL NO ESPAÇO E NO TERRITÓRIO**

238 De cómo un lazareto construye territorio: Agua de Dios y la lepra en Colombia

Carlos Eduardo Nieto

262 Salubridad urbana y equipamientos de salud en el desarrollo de Antofagasta, 1868-1929

Claudio Galeno-Ibaceta

284 **CONSELHO EDITORIAL E AUTORES**

PREFÁCIO

ARQUITETURA HOSPITALAR:

SÍMBOLO DO MOVIMENTO MODERNO

A arquitetura hospitalar constitui uma das contribuições mais relevantes para a fixação dos códigos formais, técnicos e espaciais da arquitetura do movimento moderno. Resposta a um programa eminentemente social e comunitário, ela foi também, neste aspecto, relevante para a afirmação da causa moderna na sua componente ideológica.

Resultado do **I Seminário Internacional sobre História da Arquitetura Hospitalar**, *A modernidade na arquitetura hospitalar* é um trabalho atual, pertinente e estimulante. A história dos hospitais na América é convocada, discutida e fixada com sentido crítico por uma plêiade de autores de referência, sob a coordenação dos professores Ana Amora e Renato Gama-Rosa. Trata-se de mais uma contribuição ao domínio da investigação focada nos equipamentos de saúde, campo que os autores vêm trabalhando há longos anos. Matéria inovadora, que coloca em discussão lugares tão distantes como Canadá e Chile, passando pela Colômbia, México, e com epicentro fundamental no Brasil.

Nesta história cruzam-se iniciativas higienistas, filantrópicas, e faz-se história do urbanismo e da arquitetura, mas também da ciência. E, sobretudo, fixa-se um patrimônio moderno, revelando o contexto que o justifica no tempo, entre passado e futuro.

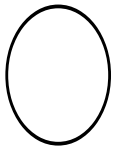
A investida no futuro, dos hospitais às casas de saúde e sanatórios, implica fixar o hospital como tipologia da modernidade. É, de fato, no contexto da grande revolução higienista, palavra que ecoa da ideologia do desenvolvimento e do progresso modernos, que se opera esta transformação radical do modo de pensar o espaço e a arquitetura.

Com efeito, o desafio do patrimônio hospitalar é, talvez, o mais enorme e mais complexo da história da arquitetura moderna. Por isso, pensar a arquitetura da saúde como espaço de memória é quase um paradoxo, porque se trata de uma tipologia que atravessou o século XX num processo em permanente evolução e que continuará, todos sabemos, nesse registro ao longo do século XXI. Daí a importância da discussão que agora se apresenta em livro para assegurar não só a memória, mas igualmente fazer o futuro com memória, condição e garantia da sustentabilidade. Uma sustentabilidade social, cultural e econômica, que urge reivindicar quando passam cem anos sobre muitos destes inovadores equipamentos onde a América, de norte a sul, se posicionou como vanguarda.

Ana Tostões

Professora Catedrática IST-Universidade de Lisboa
Presidente da Docomomo International

APRESENTAÇÃO



estudo acerca da história do edifício hospitalar tem atraído pesquisadores das áreas de arquitetura e urbanismo, patrimônio cultural, bem como da história das ciências e da saúde. Este livro, resultado do *I Seminário Internacional sobre a História da Arquitetura Hospitalar* (SIHAH), realizado nos dias 11 e 12 de dezembro de 2014, na cidade do Rio de Janeiro, reúne os textos de pesquisadores apresentados no seminário. Eles procuraram contribuir, cada qual com sua formação, para o tema que nos últimos anos vêm sendo objeto de projetos de pesquisa em diversas partes do mundo.

Os primeiros estudos sobre hospitais e sua história datam da década de 1980, influenciados pelos já clássicos textos de Michel Foucault, lançados nas décadas de 1960 e 1970, sobre a história da loucura e o nascimento da clínica e, em especial por uma coletânea de textos intitulada *Machines a Guérir*, apresentada, em 1979, por Foucault, Kriegel, Thalamy, Beguin e Fortier, fruto de pesquisas coordenadas pelo próprio Foucault no *Centre d'études, de recherches et de formation institutionnelles da Délégation générale à la recherche scientifique et technique*, vinculados ao *Centre National de la Recherche Scientifique* (CNRS), localizado em Paris, França. Nesse livro, o filósofo e sua equipe discutem as origens do hospital moderno (subtítulo da publicação), sobretudo a partir do incêndio do Hôtel Dieu, de Paris, em meados do século XVIII. Tal estudo seria reunido em menor escala no capítulo intitulado “O nascimento do hospital”, em seu livro *Microfísica do poder*, lançado no Brasil em 1979 e que influenciou e ainda influencia diversos estudos sobre a história do hospital moderno.

Além do trabalho de Foucault e de seus colegas do CNRS, a França desponta como importante nação a estudar a história do hospital e a se preocupar com sua conservação, com destaque para a associação Assistência Pública-Hospitais de Paris (APHP) e a base Merimée, do Ministério da Cultura francês¹, com estudos históricos e inventários contribuindo para chamar a atenção e valorizar um importante programa de arquitetura para a área da saúde, que compreende não só o edifício hospitalar, mas as casas de saúde, os sanatórios, os institutos de pesquisa etc. Os Estados Unidos e o Canadá também têm se destacado no tema. Sobressai, sobretudo, o trabalho desenvolvido por Annemarie Adams, da Escola de Arquitetura da McGill University, acerca do arquiteto norte-americano Edward F. Stevens, que atuou largamente no norte dos EUA e no Canadá. Stevens é autor do livro *The American Hospital of the Twentieth Century*, publicado em 1918, e cuja divulgação no Brasil² certamente influenciou nossos

¹ www.culture.gouv.fr/culture/inventai/patrimoine/

² Este livro pode ser encontrado nas bibliotecas da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU/UFRJ) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), indicando que ele teve grande repercussão entre arquitetos, engenheiros e médicos.

arquitetos, engenheiros e médicos sobre como proceder para a construção do moderno edifício hospitalar. Da década de 1970 e 1980, podemos citar ainda os trabalhos do historiador da arquitetura Nikolaus Pevsner, britânico nascido alemão, que publicou em 1976 pela Princeton University Press, dos Estados Unidos, o compêndio *History of Building Types*, com um capítulo inteiro dedicado ao programa hospitalar, e de Claude Mignot, francês, que publicou pela Rizzoli o livro *Architecture of the Nineteenth Century in Europe*, em 1984, em que igualmente aparece com destaque a tipologia dos hospitais como importante programa em arquitetura a ser estudado historicamente.

Esta atual publicação pretende contribuir para ampliar as discussões e conhecimentos acerca da história dos espaços de saúde nas Américas, em especial os hospitais, locais a que recorreremos em algum momento de nossas vidas, embora pouco nos preocupemos com ele enquanto espaço de memória, reflexão e objeto de pesquisa acadêmica, seja do ponto de vista histórico, arquitetônico ou cultural.

O hospital está presente nas pesquisas dos profissionais aqui apresentados seja como objeto de investigação de fato, seja como tema transversal e/ou estruturante à análise de outro interesse do pesquisador/autor. Seja qual for o grau da investigação, os autores deste livro foram em busca de explicações para seus objetos, aprofundando olhares sobre a construção hospitalar, sua história e seu contexto, procurando superar as reflexões já amplamente divulgadas de Foucault acerca de sua revisão histórica sobre o incêndio do Hôtel Dieu e os desafios que se colocaram para seu reerguimento, o que teria iniciado a era da modernidade hospitalar enquanto espaço de cura. Ao se ter esse entendimento consolidado – a modernidade hospitalar a partir do novo Hôtel Dieu, no terceiro quartel do século XVIII –, é preciso pesquisar mais detalhadamente os programas de cada hospital que, ao longo do tempo histórico, procuraram responder à modernidade, cada qual à sua maneira, bem como aos desafios da medicina e de seus tratamentos específicos, em constante evolução. É o que os autores dos textos aqui publicados procuram realizar na sua trajetória enquanto investigadores.

Os textos dos pesquisadores, elaborados a partir do tema apresentado no referido seminário e agora transportados para o livro, reúnem diferentes abordagens sobre a questão do hospital, sob o ponto de vista da história, da arquitetura ou com viés patrimonial, em países como Brasil, México, Chile, Colômbia e Portugal e na América do Norte.

Estruturamos o livro respeitando a ordem de apresentação dos textos no seminário.

A Parte I, Fundamentos da arquitetura hospitalar, traz os textos da Ana M. G. Albano Amora, Hugo Segawa e Maria Lilia González Servín.

A Parte II reúne textos de dois historiadores das ciências e da saúde, Jaime Benchimol e Gisele Sanglard, ambos com larga experiência em estudos e pesquisas sobre hospitais no Rio de Janeiro.

A Parte III traz o olhar de arquitetos sobre o hospital moderno e a preocupação patrimonial, tema que também tem encontrado eco nas discussões contemporâneas sobre a conservação deste programa arquitetônico em diversos países.

Por fim, a Parte IV aponta para a relação entre o hospital e o seu lugar no território, que sempre foi um tema recorrente nos estudos sobre as edificações de saúde. A questão da localização dos hospitais revela a evolução de sua própria historiografia em relação aos estudos sobre instituições de saúde. Quando o hospital era visto como local de transmissão e foco de doenças, sua localização era estudada tanto quanto sua distribuição interna e seu material construtivo. Com a modernidade do século XX, o hospital geral passou a ocupar um destaque na malha urbana, enquanto os hospitais de isolamento continuaram a ocupar regiões afastadas do centro da cidade.

Esperamos que os textos contribuam para se compreender melhor e difundir mais amplamente a temática de estudo das edificações de saúde, sob o olhar da história e da memória, articulando e incentivando novas investigações entre pesquisadores das Américas e de outros continentes, coordenados por pesquisadores da cidade do Rio de Janeiro, que esclarecerão as semelhanças e diferenças na concepção desses espaços em seus múltiplos contextos.

Ana M. G. Albano Amora

Renato Gama-Rosa Costa



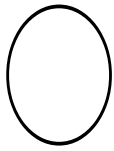
PARTE I

FUNDAMENTOS DA ARQUITETURA HOSPITALAR

A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil*

Ana M. G. Albano Amora

* Artigo fruto de pesquisa financiada pelo CNPq



processo de formação do campo da arquitetura para a saúde – ou da chamada arquitetura hospitalar no Brasil – como campo autônomo e representativo é uma questão que ainda não foi explorada em sua totalidade. A existência de uma obra de arquitetura hospitalar moderna de grande qualidade, produzida entre o final dos anos 1940 e a década de 1960 e a inexistência de uma produção acerca da formação dos profissionais nesse campo de atuação foram as principais motivações que me levaram a pensar sobre essa temática.

Apesar de não terem diretamente como objeto a formação dos profissionais e do campo, merecem menção os esforços realizados pelos pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz,¹ relacionados às pesquisas em história das ciências e da saúde e relativos ao patrimônio cultural da saúde,² para elucidar a atuação dos arquitetos em projetos para a saúde no âmbito da chamada arquitetura moderna. Além desses trabalhos, outras pesquisas, que resultaram em teses e dissertações,³ contribuíram para iluminar e destacar a temática.

As informações contidas nesses trabalhos trouxeram para o debate documentos e contribuíram com informações para que afirmemos que, ao longo da primeira metade do século XX, foram estabelecidas relações entre médicos e arquitetos no tocante aos espaços projetados e construídos para a saúde, bem como ocorreu a profissionalização desse campo do conhecimento dentro de projetos de modernização do país, sobretudo na esfera pública.

Pode-se considerar que tais relações, nesse momento, são de outra ordem e diferem daquelas existentes até então, pois colaboraram para a construção de uma área de trabalho específica da arquitetura e do urbanismo, que hoje tem um papel

¹ Entre outros, destacam-se os trabalhos de fôlego do livro *Manguinhos do sonho à vida*, coordenado por Jaime Benchimol (1990), da tese de Gisele Sanglard, depois editada em forma de livro sob o título *Entre os salões e o laboratório – Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940* (SANGLARD, 2008), bem como do artigo de Renato Gama-Rosa Costa *Arquitetura hospitalar em São Paulo* (In: MOTT; SANGLAD, 2011).

² O Projeto Inventário do Patrimônio Cultural da Saúde, desenvolvido pela Casa de Oswaldo Cruz, resultou em uma série de publicações. Até agora foram lançados seis livros apresentando os resultados do projeto. O primeiro foi uma publicação do Rio Grande do Sul, que saiu em um formato simplificado, apenas com os verbetes das instituições e patrimônio arquitetônico (WEBER e SERRES, 2008). O livro resultado da pesquisa sobre o Rio de Janeiro, editado pela Editora Fiocruz (COSTA; FONSECA; PORTO; SANGLARD (Orgs.), 2008) inaugurou um novo formato com artigos temáticos e cd-rom em encarte com os verbetes. Tal formato foi acompanhado pela Coleção História e Patrimônio da Saúde, coordenada por Gisele Sanglard e Renato Gama-Rosa, em coedição entre as Editoras Manole e Fiocruz nos livros da Bahia (SOUZA; BARRETO (Orgs.), 2011), Minas Gerais (MARQUES; SILVEIRA; FIGUEIREDO (Orgs.), 2011), São Paulo (MOTT; SANGLARD (Orgs.), 2011) e Santa Catarina (AMORA (Org.), 2012).

³ Vale citar a contribuição dada pelas teses de Ana Albano Amora (2006) e de Luiz Carlos Toledo (2008), bem como as dissertações de Laura Alecrim (2012) e Carolina Brasileiro (2012). Mais recentemente as dissertações de Eliana Beck Souza (2015) e Thaysa Malaquias (2018) e a Tese de Elza Costeira (2019), orientadas pela autora.

reconhecido e aclamado⁴ e que, de forma mais ampla, congrega em torno da edificação hospitalar profissionais de diversas áreas.⁵

Buscamos o conceito de *campo* para a compreensão das disciplinas e profissões, abordagem de Pierre Bourdieu (2004), conceito este que é pertinente para fundamentar o entendimento desse processo. Segundo o autor, os campos são partes do espaço social e formam pequenos mundos, como uma reunião de agentes que seguem leis próprias e guardam certa autonomia.⁶ Em adição, vale considerar as leituras contemporâneas da história da arquitetura e, em específico, da teoria da arquitetura que abordam a formação profissional (VIDLER, 1987).

O pano de fundo para a construção desse campo especializado, o da arquitetura para a saúde no Brasil, foi, sobretudo, a criação de infraestruturas públicas de saúde, em especial no período republicano. Credita-se aos períodos iniciais da República a estruturação das instituições públicas de saúde. Gilberto Hochman (1993, 2005) e Luiz Antonio de Castro Santos (1986) assinalaram a importância da Primeira República para a organização das políticas públicas de saúde. Hochman (1993, 2005) afirmou que, naquele período, as políticas de saúde pública estiveram presentes ativamente na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre todo o território nacional, integrando-o e legando ao governo Vargas uma estrutura administrativa com poder ampliado de ação. Por sua vez, no período do primeiro governo de Vargas, a saúde teve um papel de destaque com a criação do Ministério da Educação, Saúde e Assistência Pública e a construção de hospitais, centros e postos de saúde, bem como das demais edificações necessárias ao funcionamento da estrutura de saúde pública (AMORA, 2006). Posteriormente, a partir de 1945, no chamado período democrático, as medidas adotadas nas políticas de saúde irão garantir sua autonomia com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, pela lei 1.920.

⁴ Na história da arquitetura moderna e contemporânea brasileira destacaram-se arquitetos que se especializaram na arquitetura hospitalar, entre os quais o mais famoso é João Filgueiras Lima – o Lelé, cuja obra é reconhecida, sobretudo, pelos hospitais que desenvolveu para a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

⁵ Desde 1994, esse campo conta com uma associação própria, a ABDEH – Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar. A ABDEH conta com a participação de associados profissionais e de empresas e se propõe, segundo o próprio site da instituição, a contribuir para a “contínua evolução brasileira do campo da Edificação Hospitalar”. Para tal, a ABDEH, por meio de uma proposta multidisciplinar, promove o intercâmbio de profissionais de diversas áreas que lidam com o edifício hospitalar (tais como arquitetos, engenheiros, administradores hospitalares, médicos) em eventos técnicos e científicos como palestras, cursos e congressos. Informações disponíveis em: <http://www.abdeh.org.br/>. Acesso em: 30 maio 2013.

⁶ Os campos funcionam a partir de relações de poder, de dominação e conflito, dentro deles e em relação a outros. Assim, os processos de formação dos campos ocorrem em espaços de luta por representação, em que os agentes disputam a hegemonia de ideias e de significados.

A ampliação do atendimento público e o conseqüente e crescente volume de obras foram, possivelmente, o motor para a discussão de projetos e modelos de hospitais no Brasil. Isso contribuiu para que nos anos de 1953 se realizasse, já no âmbito do Instituto de Arquitetos do Brasil, em São Paulo, o primeiro Curso de Planejamento Hospitalar.

Um reflexo desse processo, e da necessidade de se estabelecer parâmetros condizentes com a realidade brasileira, foi o desenvolvimento de uma literatura nacional que se debruçou sobre a edificação hospitalar. Entre o início do século XX e 1953, cinco livros abordaram essa temática, dois deles frutos diretos de atividades relacionadas à formação profissional. São eles: *Projecto da leprosaria modelo nos campos de Santo Ângelo estado de São Paulo* de Adelardo Soares Cauby, publicado em 1919; *Principios geraes modernos de hygiene hospitalar* de Vicente Licínio Cardoso, escrito em 1927 e publicado em 1930; *Hospitaes* de Mauro Álvaro de Souza Camargo, publicado em forma de artigos no *Boletim do Instituto de Engenharia de São Paulo* e, depois, em livro, em 1930; *História e evolução dos hospitais*, publicado pela primeira vez em 1944, pelo Ministério de Educação e Saúde Pública, e reeditado pelo Ministério da Saúde, em 1965; e *Planejamento de hospitais*, publicação que resultou do Curso de Planejamento de Hospitais, oferecido pelo departamento paulista do Instituto de Arquitetos do Brasil em 1953.⁷

Os autores desses livros são, na sua maioria, engenheiros ou engenheiros-arquitetos. Adelardo Soares Cauby assina sua obra como construtor e arquiteto.⁸ Mauro Álvaro de Souza Camargo (1874), graduou-se pela Escola Politécnica de São Paulo como engenheiro geógrafo, em 1897, e como engenheiro arquiteto, em 1900 (FICHER, 2005). Vicente Licínio Cardoso (1889) graduou-se como engenheiro civil, em 1912, e como engenheiro geógrafo, em 1916. Ernesto de Souza Campos (1882), um dos autores e organizador de *História e evolução dos hospitais*, estudou engenharia na Escola Politécnica de São Paulo, onde se formou na turma de 1906 e, posteriormente, graduou-se médico na turma de 1918 da Faculdade de Medicina.⁹ Jarbas Karman, que, junto com Rino Levi, coordenou o curso do Instituto de Arquitetos do Brasil que deu origem ao livro *Planejamento de hospitais*, formou-se engenheiro civil pela Politécnica de São Paulo, em 1941, e, depois, arquiteto, em 1947.

⁷ Os dois últimos foram resultado de aulas ministradas em cursos com a temática hospitalar.

⁸ Em levantamento expedito na Hemeroteca da Biblioteca Nacional (Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro - 1891 a 1940 - PR_SOR_00165_313394) encontrou-se o dado de o referido autor ter exercido a profissão de engenheiro construtor e ter escritório à rua São Bento número 25, em São Paulo. Encontramos essa informação também na última página da *Projeto da Leprosaria modelo nos campos de Santo Angelo estado de São Paulo*.

⁹ O ano da graduação em engenharia foi obtido no site da Academia de Medicina de São Paulo, no verbete referente ao autor. Disponível em: <<http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/51/BIOGRAFIA-ERNESTO-DE-SOUZA-CAMPOS.pdf>>. Acesso em: 3.out.2014.

Essas obras, sendo marcos da construção desse saber especializado no Brasil, constituem o ponto de partida deste artigo. Devo esclarecer que não pretendo ser conclusiva e sim traçar um panorama para investigações futuras que abordem os pontos elencados no texto. Dessa forma, pretendo contribuir para o entendimento de uma área de fronteira entre duas historiografias: a da saúde e a da arquitetura.

Fazem-se necessários, entretanto, um retrocesso no tempo e a ampliação da abrangência espacial para que seja possível entender as bases da formação desse campo, suas referências europeias e norte-americanas, suas contradições, assim como questões relevantes que oferecem possibilidades para futuras pesquisas.

Antecedentes

A França é um desses lugares celeiros para a formulação de ideias acerca da edificação pública e do hospital em particular, bem como local de formação de profissionais e modelo para a estruturação do ensino no Brasil, a partir do século XIX, sobretudo no Rio de Janeiro.¹⁰ Posteriormente, já no século XX, tanto para médicos como para arquitetos e engenheiros com atuação no campo da saúde, a principal relação se dará com os EUA, o que foi condicionado, sobretudo, pelas relações estabelecidas por meio da Fundação Rockefeller e da John Hopkins.

O marco histórico para se pensar o caráter moderno do tipo hospital se encontra na França, na segunda metade do século XVIII, antes da Revolução Francesa, no exaustivamente discutido caso do extenso debate em função da reconstrução do Hôtel Dieu, destruído por um incêndio em 1772. Jacques Tenon,¹¹ médico, membro da Academia de Ciências de Paris e relator da comissão responsável por opinar acerca da reconstrução desse hospital, o mais antigo de Paris, realizou um detalhado inquérito sobre os hospitais da França e da Inglaterra e redigiu relatórios que subsidiaram princípios para a arquitetura hospitalar (FOUCAULT, 1979), os quais, segundo Jaime Benchimol (1990), foram seguidos pelos projetistas brasileiros até os anos 1920. A principal questão era garantir o hospital como espaço anticontágio, uma máquina de cura, pelo que se tinha como fundamental, para a construção do edifício, a circulação do ar e a dispersão das possibilidades de contatos entre doentes e doenças.

Jaime Benchimol (*op.cit.*, p. 192), apoiado em Michel Foucault, considera que tais questões seriam determinantes para o “(...) desmembramento de hospitais massivos

¹⁰ As duas principais instituições de ensino do Rio de Janeiro no período republicano, a Escola Politécnica e a Escola de Belas Artes, tiveram como referência o ensino francês. A Escola Politécnica, instituída em São Paulo, apesar de ter sido implantada em outro contexto, teve condicionada sua estrutura ao modelo adotado pela politécnica carioca, mas com referências do ensino germânico (FICHER, 2005).

¹¹ Os relatórios foram publicados por Tenon em forma de livro sob o título *Mémoire sur lês Hôpitaux de Paris*, em 1788.

como o Hôtel Dieu, perigosamente encravados na aglomeração urbana, em unidades menores, afastadas da cidade (...)” e na escolha da tipologia pavilhonar. Esse modelo, composto por edificações isoladas, ocupadas por funções diferenciadas – desde enfermaria para doenças específicas até os serviços de apoio – disporia de passagens e caminhos abrigados para conectá-las, viabilizando a separação de doentes e doenças e, sobretudo, a disponibilização de “um considerável volume de ar, continuamente renovado pelos ventos”. O ar viciado foi uma das principais questões recorrentes nos discursos e polêmicas acerca da salubridade do edifício hospitalar e sua espacialidade, com esse debate transcendendo a concepção miasmática e alcançando os avanços científicos do século XIX.¹²

A discussão desses primórdios do hospital moderno – o chamado hospital higiênico - se deu na Europa no século XVIII em um contexto de profundas mudanças, em que as profissões estiveram envolvidas na representação e na construção de uma nova ordem social, com a forte conexão do pensamento arquitetônico e social. O historiador da arquitetura Anthony Vidler (1987) considera que debates instruídos pela filosofia e pela teoria econômica dos círculos enciclopedistas, pelos avanços da pesquisa na medicina e nas ciências físicas e pelo aumento progressivo da profissionalização de arquitetos e engenheiros ocasionaram a criação e a reinvenção de edificações públicas nas cidades, tais como prisões, asilos e hospitais. Contribuindo para essa afirmação vale citar o artigo de Richard Chafee (1977), em que o autor apresenta, no ambiente após a Revolução Francesa, as grandes mudanças da arquitetura e a criação da École Polytechnique, objetivando-se um ensino prático da engenharia e do projeto de arquitetura civil, sobre a qual nos deteremos mais tarde.

Para acompanhar essas mudanças, competindo com médicos, advogados e engenheiros, os arquitetos, apesar das fronteiras ainda imprecisas entre esses dois últimos profissionais, tentaram encontrar na esfera pública seu papel como autores, procurando, em seus projetos, responder aos programas por meio de uma abordagem funcional e não mais apenas monumental. Dessa forma, segundo Vidler (*op. cit.*, p. 3), emergiu um novo entendimento da arquitetura, transformador do conhecimento clássico, a que este autor chama de “funcionalismo primitivo”. Ou seja, a organização da planta e a divisão espacial teriam a função de mecanismos reformadores e de controle social, enquanto as características da fachada deveriam ser legíveis como representativas de aspectos morais. O conceito tradicional do edifício corporificador da beleza por meio

¹² Nikolaus Pevsner, em *History of building types* (1976), cita trabalhos sobre a importância da ventilação nos hospitais, entre eles o de Henri Louis Duhamel de Moreau – *Différents moyens pour renouveler l'air des infirmeries* (1748) –, o de Stephen Hales – *Description of ventilators* (1743) – e o de Claude Leopold de Genneté – *Nouvelle construction de cheminées* (1759). No século XIX, a contribuição de Casimir Tolleu marcou época. Em 1878, as “salas Tolleu” com abóbadas favoreciam a circulação do ar viciado das enfermarias hospitalares e receberam o primeiro prêmio do júri da Exposição Universal de Paris (CABANAS; IBANEZ, 2006, *apud* TOLEDO, 2008).

das suas proporções e da sua geometria tridimensional seria, assim, subordinado a uma ordem geométrica em sintonia com os preceitos sociais e as necessidades do meio. Por outro lado, a teoria clássica da representação, com regras de embelezamento articuladas às convenções sociais de distinção, seria substituída por uma teoria arquetônica da comunicação, em que a arquitetura deveria ser rapidamente assimilável pelo público.

Entretanto, os célebres projetos desenhados como alternativas ao Hôtel Dieu (propostas e projetos publicados por médicos, filósofos, advogados e jornalistas), resultantes do *Memorie (...)*, segundo Vidler (*op. cit.*), tiveram pouco valor arquetônico, embora apresentassem soluções funcionalmente adequadas, baseadas em novos conhecimentos científicos. Tais soluções, em sua maioria, foram *inventadas*¹³ por médicos – como Antoine Petit, membro da Academia das Ciências, e Jean-Baptiste Le Roy,¹⁴ inventor além de médico – para atender aos novos requisitos programáticos. No entanto, esses fisiologistas do espaço necessitaram da expertise dos arquitetos para traduzirem seus diagramas em edifícios. Nesse sentido, serve de exemplo a interessante disputa entre Le Roy e o arquiteto Charles-François Viel quando as pranchas do projeto apresentado pelo primeiro foram reveladas, em 1814, como de autoria do último. Viel, autor de projetos de hospitais, vendera a Le Roy, em 1780, as pranchas e confirmou sua autoria ao demonstrar acurado conhecimento de cada detalhe dos desenhos. As pranchas revelavam a concepção de viés clássico do arquiteto ao invento de Le Roy, a quem Viel atribuiu a responsabilidade pela criação dos esquemas de ventilação, de separação das enfermarias e de distribuição de leitos e serviços, assegurando, porém, ser sua a composição do plano, requerendo ainda autoria de todos os projetos posteriores ao de Le Roy que utilizassem o modelo de enfermarias em blocos separados. “Um trabalho de arquitetura nunca pertence como composição ao autor do programa, porque as artes de projetar não se expressam em palavras”, proclamou Viel (*apud VIDLER, 1987, p. 62*).¹⁵ Essa indignação do arquiteto foi por anos alimentada pelo ressentimento contra a concessão da propriedade do projeto ao especialista.¹⁶

Permitimo-nos fazer uma analogia entre o fato relatado acima – do arquiteto que interpreta a invenção – e a atuação de grande parte dos arquitetos e engenheiros que, no Brasil, responderam a demandas de médicos para elaborar projetos arquetônicos hospitalares. Aqui, o aspecto palaciano dos hospitais construídos especificamente para

¹³ Grifo nosso.

¹⁴ De uma família de inventores e médicos, Jean-Baptiste era sobrinho do importante arquiteto Julien-David Le Roy, que publicou os primeiros desenhos da Acrópolis no livro *Les ruines des plus beaux monuments de La Grèce* (1758) (CHAFEE, 1977; VIDLER, 1987; ROCHA-PEIXOTO, 2000). Julien-David também exerceu importante papel na reestruturação do ensino de arquitetura após a Revolução Francesa.

¹⁵ Tradução da autora.

¹⁶ Esse episódio é um significativo exemplo da luta travada pela autoria à época entre arquitetos e outros profissionais responsáveis pelos programas e os aspectos técnicos dos edifícios hospitalares.

esta finalidade, a partir de meados do século XIX, com características que denotavam preceitos higiênicos, seria substituído, no início do século XX, pela submissão aos referenciais médicos da medicina. Sob a égide da função de tratamento e cura, seguia-se o que se configurara como tecnicamente aceitável pelos tratados de higiene e pela literatura médica (BENCHIMOL, 1990), em grande parte de origem estrangeira. Essa bibliografia era, sobretudo, francesa, como, entre outros livros, a *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, de Jules Rochard,¹⁷ publicada em 1890, e *Les Hôpitaux* de Casimir Tolle, obra de 1889. Entretanto, observamos, a partir dos anos 1930, a citação de referências norte-americanas como a do livro *The American Hospital of the Twentieth Century*, de autoria do arquiteto Edward Stevens.¹⁸

Mas qual seria o papel dos arquitetos e engenheiros modernos, problema que nos suscitou a investigação? Apenas o de transformar em cal e pedra a espacialidade idealizada pelos médicos? Haveria regras, determinações e modelos produzidos dentro do campo e que direcionavam essas respostas? Como contribuição para elucidar essa questão, Reyner Banham (1979) creditou ao sistema acadêmico de ensino a responsabilidade pela fundamentação teórica da arquitetura moderna. Entretanto, isso só responde parte de nossas questões e, para dar conta disto, sobretudo no que diz respeito à obra dos arquitetos modernos brasileiros, tornou-se necessário entender os fundamentos da formação desses profissionais.

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A arquitetura fundamentada no ensino acadêmico foi desenvolvida na França, ainda no século XVII, e chegou ao Brasil com a chamada missão francesa no século XIX. Entretanto, apesar dessa longa tradição de ensino, durante o século XIX e a primeira metade do século XX era comum encontrar no Brasil a maioria dos prédios construídos nas cidades como obra de construtores e práticos,¹⁹ legando-se as edificações públicas

¹⁷ Observamos, ainda, a presença da enciclopédia coordenada por Rochard (1890) na base de dados Minerva da UFRJ na Biblioteca de Obras Raras da Escola de Belas-Artes, instituição que abrigou o curso de arquitetura até 1945.

¹⁸ Uma rápida pesquisa feita na biblioteca da COC demonstrou a presença, nos acervos dos médicos, de livros sobre hospitais e sua espacialidade de procedência europeia e norte-americana. Vale destacar o livro *The American Hospital of the Twentieth Century*, de autoria do arquiteto Edward Stevens. Encontramos uma edição de 1918 na biblioteca da FAU/UFRJ e, outra, de 1928, na base das bibliotecas da Fiocruz. O autor, Edward Fletcher Stevens (1860-1946), um importante arquiteto graduado no MIT e com larga experiência em arquitetura hospitalar nos Estados Unidos e no Canadá, é citado em dois livros abordados neste artigo.

¹⁹ Em 1934, na apresentação de lançamento da *Revista de Arquitetura*, citada por Amora (2006), os editores referem-se a uma ampla atuação na arquitetura do que chamam “práticos”. Consideram a necessidade de uma cruzada pela profissão, que seria realizada também por meio da elaboração de um extenso programa discutindo os direitos dos profissionais com formação acadêmica.

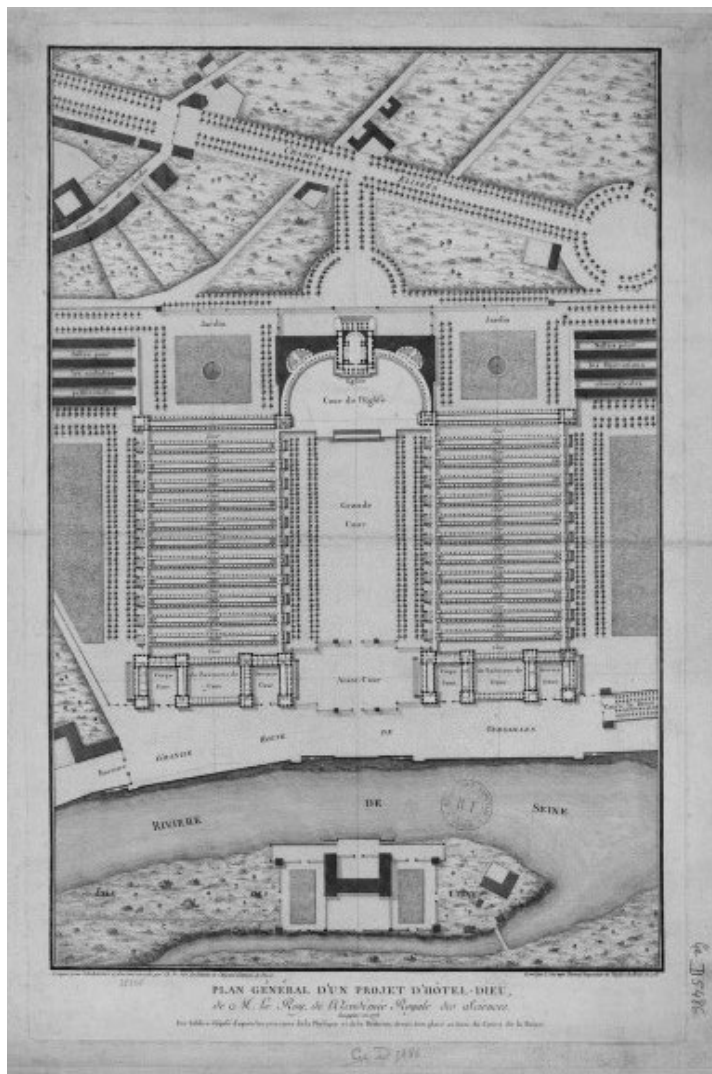


Figura 1:

Planta para o Hôtel-Dieu. Idealizado pelo membro da Academia Real de Ciências, M. Le Roy em 1773, projetado e desenhado pelo arquiteto Charles-François Viel em 1780.

Fonte: Gallica, Bnf

e a clientela de maior poder aquisitivo aos engenheiros e arquitetos.²⁰ Destaca-se que, aqui, essas profissões só foram regulamentadas após a Revolução de 1930, por meio do Decreto nº 23.569, que oficializou, em 11 de dezembro de 1933, o Conselho Federal de Engenharia e Arquitetura.²¹

²⁰ Cabe esclarecer que, em São Paulo, o chamado engenheiro-arquiteto era formado pela Escola Politécnica.

²¹ O governo instaurado após 1930 teve uma intensa ação regulatória sobre as profissões. Em 1932, também promulgou o Decreto-Lei nº 20.931, com o objetivo de regular e fiscalizar o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, estabelecendo penalidades para o exercício irregular dessas profissões.

Era ainda corrente encontrar referências a trabalhos de arquitetura realizados por profissionais de fato formados em escolas de engenharia. Em relação a projetos para edificações de saúde – hospitais e instituições ditas como para-hospitalares²² – encontra-se, até os anos 1940, seguidamente atribuições de autoria a engenheiros, a arquitetos e a médicos associados a engenheiros. Daí por diante, é comum se observar prioritariamente a assinatura de arquitetos.

Como é de amplo conhecimento, o ensino acadêmico da arquitetura tem como marco a fundação da *Académie Royale d'Architecture*, em 1671, sob o reinado de Luís XIV. Segundo Richard Chafee (1977), o objetivo inicial da instituição, como das demais academias francesas, era o estudo de temas e questões referentes ao conhecimento específico de cada uma destas instituições²³. Para tal, os membros da Academia de Arquitetura, indicados pelo rei, se reuniam uma vez na semana para tratarem de problemas arquitetônicos, compartilham conhecimentos e estruturarem alguma teoria. Para que esse conhecimento fosse disseminado entre os jovens profissionais do reino, a Académie instituiu uma escola, na qual eram ministradas aulas teóricas.²⁴ No início ministradas duas vezes por semana, essas aulas, após 1771, foram transformadas em um curso regular de dois ou três anos, com sessões proferidas no período de novembro a setembro.

A Revolução Francesa teve grande impacto sobre a organização das academias. O pintor revolucionário Jacques-Louis David (1748-1825) travou um embate acirrado com os membros da Academia Real de Pintura e Escultura, que afetaria todo o sistema das academias montado no Ancien Régime.²⁵ Nesse contexto de disputas, a Academia de Arquitetura foi a menos afetada e, mesmo com a extinção dessas instituições, em agosto de 1793, foi considerada pelo ministro do Interior como de grande utilidade, sobretudo sua escola, tornando-se a primeira a retornar às atividades sob a direção de David Le Roy, arquiteto e membro da antiga Academia, que gozava de boas relações com Jacques-Louis David.

²² Uma classificação das edificações para a saúde foi encontrada em duas das publicações. O livro decorrente de curso realizado no Ministério da Saúde e Educação, e publicado pela primeira vez em 1945 (Ministério da Saúde, 1965), e aquele publicado como resultado do curso ministrado no Instituto dos Arquitetos do Brasil, sessão São Paulo, em 1953. Segundo a primeira publicação citada, a “Assistência Para-hospitalar é aquela prestada por instituições de finalidades semelhantes à dos hospitais ou complementares à assistência hospitalar, tais como: a) clínicas ou policlínicas ou as enfermarias isoladas; b) dispensários; c) ambulatórios isolados; d) as estâncias de cura (hidrominerais, balneárias, climáticas); e) os asilos; f) abrigos; g) albergues” (MINISTERIO DA SAÚDE, 1965).

²³ Segundo Chafee (*op. cit.*), as Academias foram uma forma de a monarquia francesa combater as guildas medievais. Atraía profissionais, artistas, homens das ciências, conferindo-lhes uma nova posição na hierarquia social – de artesões para acadêmicos.

²⁴ Os conteúdos ministrados eram sobre teoria da arquitetura, aritmética, geometria, mecânica, arquitetura militar, fortificações, perspectiva e corte de pedras (CHAFEE, 1977).

²⁵ Para mais informações sobre esse processo ver o artigo já citado de Chafee (*op. cit.*).

Como resultado do reconhecimento pelo novo regime da utilidade da arquitetura civil, bem como da crise da credibilidade do sistema das academias e das ameaças de invasões ao território francês, que urgiam providências para a defesa, deu-se criação de uma nova instituição, a *École Polytechnique*, inicialmente denominada *École Centrale des Travaux Publics*.²⁶ Tornara-se naquele momento necessário um profissional com formação técnica abrangente que atendesse uma gama ampla de demandas – desde a artilharia e engenharia militar à construção de pontes, estradas e construção civil, bem como mineração, construção de navios e topografia, entre outras.²⁷ Destacou-se na instituição, entre os professores de arquitetura, o arquiteto Jean-Nicolas-Louis Durand (1760-1835), que deu uma contribuição inestimável à teoria da arquitetura. Durand publicou dois livros com seus ensinamentos *Recueil et parallèle des édifices en tout genre, anciens et modernes* (1800) e, em dois volumes, *Précis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*²⁸ (1802 e 1805). Em seus livros, iria considerar como finalidade primeira da arquitetura a sua utilidade social e propor um esquema do projeto arquitetônico (BIERMAN *et al.*, 2003)²⁹ subordinando a questão artística à função. A razão da simplicidade da representação dos desenhos, explicitada por Durand e que sugeria um tipo de composição arquitetônica, devia-se ao fato de os engenheiros terem necessidade de conhecer arquitetura, mas disporem de pouco tempo para tal (CHAFEE, 1977). Dito de outro modo, a prática do exercício da engenharia, submetida a inúmeros conteúdos, exigiria uma síntese manualística da teoria arquitetônica.

Sonia Gomes Pereira (2009, p. 83) afirma que as publicações de Durand se tornaram manuais obrigatórios não só para os estudantes de engenharia, mas também para os de arquitetura em todo o século XIX. Indo além, a autora cita em nota o trabalho de Bernard Huet, em que o autor confirma a importância de Durand para a formação dos arquitetos franceses, pois, até 1968, quando foi realizada a reforma das universidades francesas e, por consequência da Escola de Belas Artes, “os alunos estudavam pelos livros de Durand”. Entretanto, a racionalidade projetual já não era fato novo, e o projeto

²⁶ Escola Central de Obras Públicas.

²⁷ A *École* ainda preparava os estudantes em dois anos intensos de estudos para dar entrada nas escolas de Artilharia, *Génie Militaire*, *Ponts et Chaussées*, *Mines*, *Génie Maritime*, *Télégraphie*, *Aéronautique* e outras.

²⁸ Encontra-se, na base Minerva da UFRJ, na Biblioteca de Obras Raras da Escola de Belas-Artes, uma edição de 1817 de *Précis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*. A mesma obra pode ser encontrada na Biblioteca de Obras Raras do Centro de Tecnologia, em que se encontram os exemplares da antiga Escola Politécnica, em edições de 1821, 1823 e 1840. Já na Base do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo, todas as três ocorrências encontradas estão na Biblioteca Central da Escola Politécnica, com edições datadas de 1805, 1819/21 e 1840.

²⁹ Para ele a “(...) ‘conveniência’ de todo edifício, como a ‘economia’ da figura do projeto e da sua construção devem submeter-se a este princípio. Da ‘conveniência’ relevam a estabilidade, a higiene e a comodidade; da economia a simetria, a regularidade e a sinceridade (BIERMAN *et al.*, 2003, p. 328).

ganhador do Prêmio de Roma, na Academia Real de Arquitetura, em 1762, um Mercado Coberto, de Antoine-François Peyre,³⁰ já utilizara uma trama ortogonal modulada para a definição da planta. Assim, se desenvolve uma metodologia de projeto com o uso de malhas, modulação e modelos. Em *Précis (...)*, nesta lógica, Durand apresenta um modelo do edifício hospitalar que segue a proposta desenvolvida por *Le Roy e Viel*, e que se configurou em modelo amplamente divulgado e apropriado por arquitetos e engenheiros. (Figura 2)

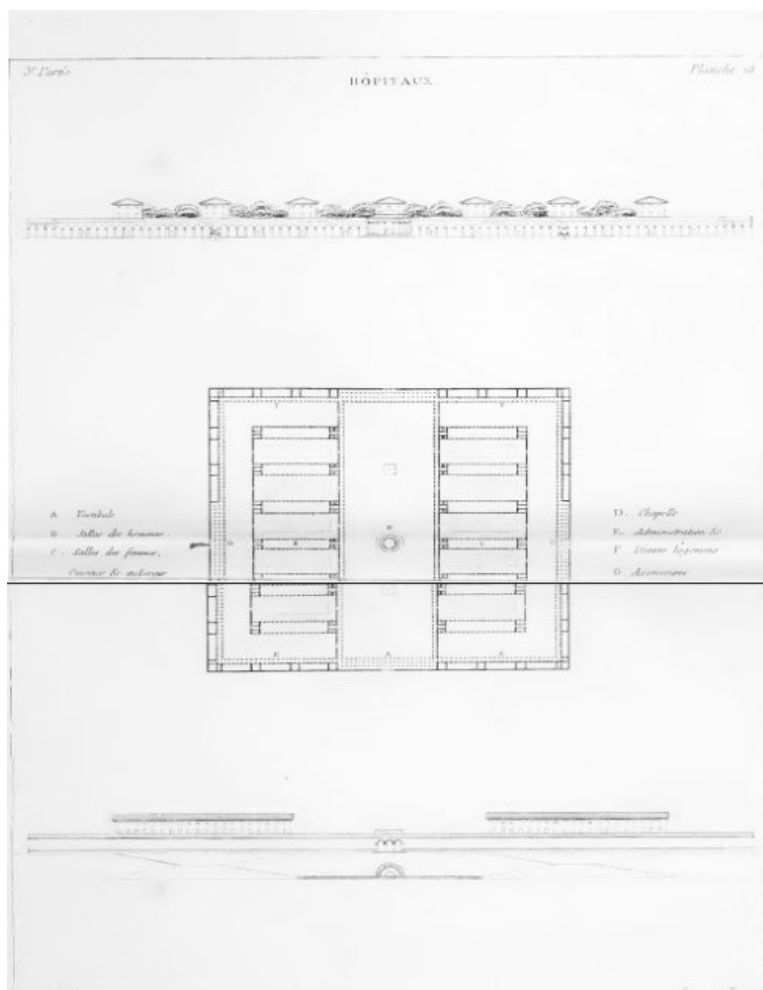


Figura 2:
Proposta para Hospital elaborada por Durand
Fonte: *Précis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*, Obras Raras da Escola de Belas-Artes.

³⁰ A autora cita em nota que a origem desse padrão de projeto estaria, segundo Van Zanten (1977), no projeto para a Igreja de Santa Genoveva, depois Panteão, em que Jaques-Germain Soufflot, nos anos 1750, utilizou esse método “para a configuração geral, mas não para o espaço interno” (PEREIRA, *op.cit.*, p. 81).

Ao reforçar o aspecto pragmático no projeto arquitetônico, Julien Gaudet (1834-1908), professor de teoria na École entre 1894 e 1906, em seu livro *Elements et theorie de l'architecture*, sistematizou o método de trabalho acadêmico fundamentado na análise de arquiteturas conhecidas, que se adotara a partir de Durand na *Polytechnique* e que, entre 1815 e 1853, Achile Leclère introduzira no ensino *Beaux-Arts*. A apresentação de um recorte útil de edifícios a serem conhecidos por meio de seus elementos, conjuntos, subconjuntos e programa seria a base do ensino de projeto. Tal procedimento teria impacto sobre o ensino de arquitetura no século XX no Brasil. A esse respeito, Gustavo Rocha-Peixoto nos diz que a obra de Gaudet “...foi a referência teórica mais intensa no curso de arquitetura da Escola Nacional de Belas-Artes” implicando em “...enorme influência na ‘Belas-Artes’ carioca”³¹ (ROCHA-PEIXOTO, 2013, p. 39).

A formação de arquitetos e engenheiros no Brasil

Em 1816, um passo fora dado para o ensino acadêmico da arquitetura no Brasil com a criação, pelo príncipe regente D. João, da Escola Real de Ciências, Artes e Ofícios, cujo ensino seria orientado por artistas, artífices e arquitetos franceses contratados na chamada Missão Francesa, liderada por Joachim Lebreton, recém-destituído do Institut de France.³² Entretanto, devido a uma série de dificuldades de ordem política e social, a instituição só viria a funcionar em 1826, já como Academia Imperial de Belas-Artes.

O ensino da engenharia, por outro lado, descendia da engenharia militar e tinha como antecedente a Academia Real Militar, fundada em 1810, cuja origem está na base dos cursos regulares da área no Brasil, como a Aula de Fortificações, instituída no Rio de Janeiro em 1699 (SILVA TELLES, 1994).

Muitos dos engenheiros brasileiros, que atuaram no final do século XIX e na primeira metade do século XX, foram formados nas escolas fundadas no Brasil a partir

³¹ *Elements et theorie de l'architecture* é uma obra com diversas ocorrências na Base Minerva da UFRJ. São três ocorrências na Biblioteca da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, três na Biblioteca de Obras Raras do Centro Tecnológico e uma na Biblioteca de Obras Raras da Escola de Belas-Artes. O único exemplar datado na base de dados é um da Biblioteca de Obras Raras do Centro Tecnológico de 1901. Na base do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo são três as ocorrências: uma na Biblioteca da Escola Politécnica, uma na Biblioteca da Faculdade de Arquitetura, e uma na Biblioteca da Pós-graduação da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, todas datadas de 1909.

³² Criado em 1795, o Institut de France originou-se do agrupamento de outras instituições com o objetivo de promover as artes e as ciências: Académie Française, Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, Académie des Beaux-Arts, Académie des Sciences, Académie des Sciences Morales et Politiques.

da segunda metade do século XIX³³ e seguiam, na prática profissional, as demandas impostas pelas necessidades da modernização do país. Segundo Silvia Figuerôa, eles basicamente realizavam “construção de edifícios, os estudos e projetos de portos, e o projeto e construção de estradas de ferro”. Tais “melhoramentos”, identificados com o progresso, pressupunham aliar a ciência à técnica. Maria Inês Turazzi (*apud* FIGUEIRÔA, s.d) contribui para entendermos essa atuação dos engenheiros,³⁴ dizendo:

a palavra ‘melhoramento’ [é] uma das expressões mais reveladoras das convicções ideológicas que alicerçaram o projeto de construção da nação pela elite brasileira do século XIX (...). Como expressão verbal de uma convicção inabalável no progresso, o substantivo e quase todas as suas adjetivações referiam-se, direta ou indiretamente, às obras públicas e ao trabalho de engenheiros, arquitetos, cientistas e industriais.

A principal e mais antiga instituição formadora de engenheiros no Brasil foi a Escola Politécnica do Rio de Janeiro. Fundada em 1874, constituiu uma separação definitiva entre os ramos civil e militar da engenharia (FIGUEIRÔA, s.d.).³⁵ Posteriormente, em 1894, fundou-se a Escola Politécnica de São Paulo, dominando, a partir de então, ambas as instituições, a paulista e a carioca, a formação desses profissionais no país até surgirem outras escolas de engenharia.³⁶

Tais estudos, entretanto, não se davam apenas no Brasil. Segundo as já citadas pesquisas de Figueirôa (s.d.), entre 1825 e 1903 as Grandes Écoles francesas de engenharia – Polytechnique, Mines e Ponts-et-Chaussée – receberam cerca de uma centena de jovens brasileiros. Nesse período ocorreram momentos de maior concentração de matrículas – ou o que ela chama de “levas” –, que coincidiram com mudanças políticas importantes; a de 1821/1830, logo após a Independência, denota a necessidade de formação de quadros para o novo Estado, com a participação de alguns estudantes já graduados pela Academia Real Militar; e as levas de 1851/1860 e

³³ A Escola Central (1855), no Rio de Janeiro, herdou o ramo civil da engenharia e foi transformada na Escola Politécnica, em 1874. Em 1875, criou-se a Escola de Minas de Ouro Preto, destinada a formar profissionais para a área da mineração, mas que depois abriu outras modalidades de formação. Em São Paulo, em 1894, fundou-se a Escola Politécnica e, em 1896, a Escola de Engenharia Mackenzie (CERASOLI, 1998).

³⁴ Note-se que a autora refere-se também aos arquitetos, cientistas e industriais como parte dessa elite comprometida com o progresso.

³⁵ Como já comentado, a Politécnica originou-se da Escola Central, herdeira do ramo civil da engenharia e criada em 1855. Esta, por sua vez, descendeu da Academia Real Militar, fundada em 1810 (SILVA TELLES, 1994). Silva Telles (*op.cit.*) também esclarece que, apesar da Escola Central ter sido criada para distinguir a Engenharia Civil da Engenharia Militar, com vista a atender a diversificação de atividades que implicaram o acúmulo de saberes em um só profissional, de fato a nova instituição continuou subordinada ao Ministério da Guerra e sujeita a uma rotina de caserna. Essa situação só iria se modificar com a criação da Escola Politécnica e a desvinculação definitiva com o ramo militar.

³⁶ Ver nota 21.

1871/1880, que se relacionam a maiores investimentos em infraestrutura. Considera-se ainda que esses alunos mantiveram contato em sua formação com novas possibilidades técnicas e construtivas, bem como com os modelos correntes para a construção de edificações públicas.

Grande parte dos engenheiros formados no exterior e/ou no Brasil trabalhou na engenharia ferroviária, infraestrutura em franca expansão no século XIX. Esse ramo demandava um conjunto de atividades práticas que iam desde projetos e construção das estradas propriamente ditas – trabalho mais técnicos – até a concepção das edificações requeridas nessas empreitadas – trabalho, ao mesmo tempo, técnico e artístico.

Ao longo do século XX, entretanto, criaram-se especialidades no âmbito da engenharia motivadas, sobretudo, pela necessidade de dar solução a problemas da produção econômica e a questões correlatas para o incremento produtivo, conforme apresentado na conferência do engenheiro Vitor da Silva Freire, realizada, em 1917, no Instituto de Engenharia de São Paulo. Essa conferência foi analisada por Josianne Cerasoli (1998, p. 162), que comenta:

Refletindo a respeito da orientação que deveria ter o engenheiro nacional, Freire analisava, então, a importância desses profissionais informarem à sociedade sobre as possibilidades da engenharia, sobre o que seria ou não passível de execução através de seus saberes e práticas. (...) A esfera de ação do engenheiro ‘universalista’, com possibilidades para desenvolver os mais variados projetos em diversas áreas, já havia se tornado mais rara naquele momento.

No final do século XIX e início do século XX, as considerações sanitárias e higiênicas impuseram-se como aspecto importante da prática profissional, relacionado às condições em que viviam e trabalhavam as populações urbanas, sobretudo nas cidades portuárias, portas de entrada de bens e de mão de obra imigrante (BENCHIMOL, 1992; LEME, 1999), o que gerou a especialidade do engenheiro sanitário exemplificada pela atuação de Saturnino de Brito e por projetos de urbanização elaborados em todo o país.

A especialidade e o ensino específico da arquitetura hospitalar eram inexistentes nos cursos de engenharia, mas se ensinava a disciplina *Hygiene dos edificios – saneamento das cidades*, cadeira presente na Politécnica do Rio de Janeiro e para a qual Vicente Licínio Cardoso apresentou, em concurso de 1927, a tese “Principios geraes modernos de hygiene hospitalar e sua applicação ao Rio de Janeiro”, uma contribuição para um campo que se estruturara até então na prática profissional.

Na Politécnica de São Paulo era ministrada uma disciplina semelhante, tanto para obtenção do título de engenheiro-arquiteto como para o de engenheiro civil. A cadeira *Arquitetura civil – hygiene das habitações* teve como catedrático Francisco de Paula Ramos de Azevedo. O programa (FICHER, 2005) contava com três seções: 1) elementos

de arquitetura, que tratava especificamente da construção do edifício; 2) elementos de higiene, concernentes à salubridade e às instalações hidráulicas das habitações; 3) elementos de composição, tratando dos princípios de composição e do estudo dos tipos de edifícios. Segundo Sylvia Ficher (2005, p. 47), o curso era de fato:

sobre a construção de edificações e suas instalações, complementado pelo ensino de um método particular de projeto arquitetônico: aquele proposto por Durand (1802/1805) em seu curso na Politécnica de Paris, que prescrevia a definição da composição da planta a partir de traçados reguladores e da distribuição das partes do edifício segundo seus diferentes tipos ou finalidades.

O ensino da arquitetura civil no Brasil, iniciado por meio da criação da Escola Real de Ciências, Artes e Ofícios,³⁷ não deu resultados imediatos e foi apenas uma formalidade. As aulas só tiveram início, efetivamente, em 1826. Durante o Império, a instituição passou a ser designada como Academia Imperial das Belas-Artes e, depois, com o advento da República, foi denominada Escola Nacional de Belas-Artes (ENBA), nome da instituição que agregou o ensino das artes plásticas e da arquitetura até a criação da Faculdade Nacional de Arquitetura (FNA), em 1945.

Gustavo Rocha-Peixoto (2008) apresenta como marco para uma mudança na arquitetura no Brasil, no século XIX, a abdicação de D. Pedro I e o início do período regencial. Daí por diante, até a Abolição e a República, teria se afirmado uma cultura aristocrático-agrícola-escravista, marcada por edificações representativas. Outro fato relevante teria sido, em 1834, na gestão de Felix Emile Taunay, a delimitação definitiva entre as arquiteturas produzidas até então e aquelas realizadas a partir desse momento.

Artistas e arquitetos franceses, como Pierre Joseph Pézérat³⁸ e Jean-Baptiste Debret,³⁹ que deixaram o país em 1831 junto com D. Pedro e outros intelectuais (e mesmo Grandjean de Montigny, que ficaria e morreria no Rio de Janeiro em 1850), tinham concluído até então suas principais obras. Na nova fase da arquitetura brasileira, a partir dos anos 1840, os principais autores da arquitetura neoclássica, inclusive hospitais, foram ex-alunos da Academia. Diz Rocha-Peixoto (*op. cit.*, p. 69): “Porto-Alegre começa sua carreira de arquiteto oficial fazendo um arco-do-triunfo e a varanda-da-coroação de D. Pedro II (1841). E é por aí também que têm início as produções de Rebello, Köller etc.”

³⁷ Em 1931, a escola integrou a Universidade do Rio de Janeiro e, em 1937, a Universidade do Brasil. Em 1945, o curso de arquitetura se tornou autônomo com a criação da Faculdade Nacional de Arquitetura.

³⁸ Pézérat, formado na Escola Politécnica de Paris, acabou se estabelecendo em Lisboa, onde lecionou na Escola Politécnica de Lisboa, cidade em que veio a falecer em 1872.

³⁹ Retornou à França em 1831, onde publicou *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil (1834-1839)* e onde faleceu, em 1848.

O próprio Manuel de Araujo Porto-Alegre, em artigo na revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro – IHGB, indica uma modificação no gosto por volta de 1841, que Rocha-Peixoto denomina *abrasileiramento da arquitetura neoclássica*. Teria ocorrido, segundo o último autor, a mudança de um modelo internacional na busca de padrões formais para dar civilidade ao Brasil, na administração joanina e no reinado de D. Pedro I, para um modelo impregnado de referências culturais locais. A curta gestão de Porto-Alegre (1855-1857) como diretor da Academia Imperial de Belas-Artes ou, como ficou conhecida, a Reforma Pedreira da Academia, teve papel decisivo por implicar a adoção de novos valores com impacto nas edificações e na dispersão pelo país, a partir de 1855, da arquitetura neoclássica de viés brasileiro, contribuindo assim para a representação da nação que se modernizava no Segundo Império (ROCHA-PEIXOTO, 2010). Estavam demarcadas, então, questões relacionadas ao “gosto” e a novos padrões projetuais para edificações, incluindo aí o higienismo nos hospitais. Nesse sentido, as duas principais edificações hospitalares construídas em meados do século XIX no Rio de Janeiro, o novo edifício para Santa Casa de Misericórdia e o Hospício Pedro II, foram ambos projetados com aspecto palaciano, mas já seguindo concepção higiênica por arquitetos formados pela Academia Imperial de Belas-Artes, os renomados Domingos José Monteiro, José Maurício Jacinto Rebello e Joaquim Candido Guilhobel (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2000).

Helena Cunha de Uzeda (2006), cuja tese abarca o primeiro período republicano, que vai de 1890 e 1930, nos esclarece, sobre a adequação da antiga Academia, que ela atendera à aristocracia monárquica, e, em seguida, às aspirações da recém-implantada República. Cabe pontuar que a última data, além de corresponder à Revolução de 1930 e ao fim da Primeira República, refere-se ainda à entrada em cena dos arquitetos modernos na ENBA, liderados pela presença de Lucio Costa na direção por um curto período de um ano. O início do período abordado trouxe a mudança do nome da instituição de *academia* para *escola*. Na França, a *Academie* e a *École* tinham atribuições distintas, exercendo a *Academie* a “supremacia de decisão sobre os assuntos da *École*” (UZEDA, 2006, p. 11). No Brasil, as atribuições foram abrigadas numa mesma instituição, que passou a ostentar o nome de maior distinção.

A principal ideia que permeou as reformas realizadas na Escola de Belas-Artes, entre 1890 e 1925, com as respectivas alterações curriculares e seu significado para o ensino da arquitetura, foi a adaptação do velho modelo de ensino herdado da escola francesa aos novos tempos e às novas necessidades da modernização. Entre outras medidas, adotou-se no curso de arquitetura uma “organização seriada de ensino”, bem como outras medidas pontuais com o intuito de igualar o ensino da nova escola ao de arquitetura civil da Escola Politécnica (UZEDA, 2006, p. 460). Outro encaminhamento

refere-se à prática pedagógica, que incorporou exercícios práticos diários, com a cadeira Composição de Arquitetura passando a ser ministrada nas três séries do curso.

Esse cenário reformista, entretanto, não impediu que, nos primeiros anos republicanos, o curso de arquitetura perdesse prestígio frente ao de engenharia. Ainda assim, a manutenção do curso de arquitetura nas Belas-Artes e sua ascensão a curso de nível superior resultaram em um maior reconhecimento da profissão pela sociedade. A construção da avenida Central representou uma “virada espetacular”, afirmando o papel da Escola de Belas-Artes como principal instituição formadora de profissionais arquitetos atualizados (UZEDA, 2006, p. 72).

Nas referidas reformas, foram introduzidos conteúdos para alterar a formação e a atuação de arquitetos, presentes nas discussões ocorridas na França desde o século XVIII, e que incorporaram às edificações a ideia da dimensão funcional. A partir da reforma de 1901, entrou em vigor a cadeira História e Teoria da Arquitetura, sua Legislação e Higiene das Habitações, que, como o nome indica, tinha abrangência ampla com a inclusão de três áreas distintas do conhecimento. O programa de 1906 (UZEDA, 2006, p. 151, 152 e 156), apresentado pelo professor Ernesto da Cunha de Araujo Viana,⁴⁰ contemplava, entre os conteúdos de teoria e história da arquitetura, o item arquitetura hospitalar ou nosocomial; entre os de legislação, o item terras e obras públicas, e, nos de higiene da habitação, os itens da higiene e saneamento dos núcleos de população, mortalidade, duração da vida humana, além de ventilação, insolação, iluminação, localização, abastecimento e esgotamento sanitário. Ministrada no segundo ano do curso de arquitetura, a cadeira preparava teoricamente o aluno para o curso prático, no terceiro ano, que consistia em exercícios de projeto arquitetônico.

A criação dessa disciplina era reflexo da atenção que se vinha dispensando ao problema sanitário e que colocava em destaque a salubridade da cidade e das construções. Isso se devia ao lastimável quadro sanitário da capital brasileira, que teve debelada as recorrentes epidemias de febre amarela com a campanha sanitária de Oswaldo Cruz como diretor-geral de Saúde Pública (1903-1909), campanha associada à reforma no código sanitário.

⁴⁰ Rocha-Peixoto (2010) credita a Ernesto da Cunha de Araujo Viana (1851-1920) importante papel para a historiografia da arquitetura brasileira. Engenheiro e professor na Academia Imperial e, depois, na Escola Nacional de Belas-Artes, Viana foi sócio do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e publicou artigos em diversos periódicos. Destaca-se, sobretudo, “Das artes plásticas no Brasil em geral e na cidade do Rio de Janeiro em particular”, publicado no número 78 da revista do Instituto, fruto de curso ministrado, em 1914, na instituição.

OS LIVROS

O contexto acima apresentado demarca o processo de adequação do ensino às novas demandas das profissões de engenheiro e arquiteto, impostas pelo processo de modernização da sociedade. Observa-se, assim, a partir do final do século XVIII, uma maior racionalidade com a submissão da estética da forma à função, o que se tornará mais evidente na obra dos arquitetos modernos no século XX.

A arquitetura hospitalar esteve estreitamente articulada à tecnologia e à racionalidade no projeto, o que se reflete no conteúdo prescritivo das publicações levantadas e apresentadas no início deste artigo. Annmarie Adams, em seu livro *Medicine by design*, põe em evidência esse aspecto da modernidade na arquitetura hospitalar do final do século XIX e primeira metade do século XX, tendo como compromisso dispor dos mais modernos meios técnicos e materiais, mas ainda tímida em abraçar uma nova estética. Entretanto, a arquitetura hospitalar dos modernos arquitetos brasileiros foi um ensaio dos novos princípios estéticos, formais e estruturais, uma resposta às possibilidades colocadas por esta função. Beatriz Colomina (2003, p. 123) comenta a analogia entre o pensamento médico e as propostas para a arquitetura moderna

The principles of modern architecture seem to have been taken straight out of a medical text on the disease which in the late 19th century gave as causes of tb “unfavorable climate, sedentary indoor life, defective ventilation and deficiency of light.” In response, modern architects offered sun, light, ventilation, exercise, roof terraces, hygiene, and whiteness as means to prevent, if not cure, tuberculosis.

Em *Projecto da leprosaria modelo nos campos de Santo Ângelo*, Adelardo Soares Cauby descreve o complexo hospitalar destinado a hanseníase. O médico Arthur Neiva, então diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, e o construtor e engenheiro-arquiteto estabeleceram uma parceria que é explicitada no tom laudatório do prefácio da publicação, escrito por Neiva. O título já denota o conteúdo prescritivo, uma vez que esta leprosaria serviria como modelo para o estabelecimento de outras pelo Brasil, como forma humanizada de tratar o paciente com lepra em confinamento. De fato, este projeto foi um experimento para a implantação de um tipo que chamei de Cidade Hospital e que resultou na construção de 51 complexos entre os anos de 1919 e 1945, com clara intenção de aliar o tratamento à vida social, especificando um lugar em que se reproduziria a vida cidadina (AMORA, 2009).

A apresentação do projeto, por Cauby, se dá em duas partes. A primeira refere-se a uma descrição do que ele chama de Plano Geral, que estaria implantado seguindo uma determinada orientação solar e as curvas do terreno, com vistas a favorecer o doente, cuja pele seria sensível às maiores radiações e às condições de locomoção

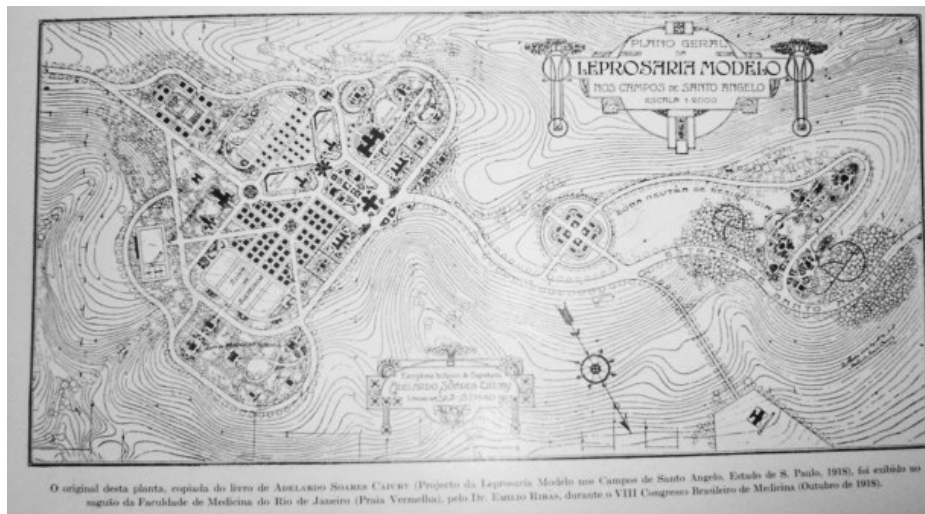


Figura 3:

Plano Urbanístico da leprosanria modelo nos campos de Santo Ângelo.

Fonte: Cauby (1919).

dificultadas. O zoneamento estabelecia usos em locais distintos, divisão entre pacientes e *staff*, estabelecendo-se a classificação dos pacientes – segundo sexo, idade e renda – e do pessoal responsável pelo tratamento – médicos, enfermeiros e religiosos. A segunda parte é destinada à apresentação do projeto arquitetônico das edificações, com desenhos e breves comentários relacionados aos usos, à linguagem arquitetônica e ao partido escolhido. No projeto desses edifícios buscou-se a padronização de tipos funcionais e formais que pudessem ser replicados.

A ideia do conjunto seria de uma cidade-jardim com certo ar pitoresco em que a arquitetura, com um caráter campestre em meio ao verde, instauraria uma relação de familiaridade e conforto para os usuários. Diz o autor: “A cidade-jardim vem solucionar o problema. Um imenso parque recortado por alamedas arborizadas, salpicado de casinhas alegres e pitorescas, formando tudo uma pequena cidade [...]”; e ainda: “Um amplo e pitoresco parque envolve todas as edificações, concorrendo para aumentar os seus encantos” (CAUBY, 1919, p. 12 e p. 18).

A obra *Principios geraes modernos de hygiene hospitalar*, de Vicente Licínio Cardoso, publicada em um volume em conjunto com *A margem da arquitetura grega e romana*, é composta por cinco capítulos, acrescidos de prefácio e referências bibliográficas: I – Novos horizontes da hygiene; II – Evolução do hospital moderno; III – Varias espécies de estabelecimentos hospitalares e seus anexos; IV – A margem das construções hospitalares; V – Assistência hospitalar no Rio de Janeiro. O texto denso de informações tem caráter

histórico e crítico, além de prescritivo, e revela que o autor realizou leituras dos textos então representativos acerca dos temas da higiene e hospitalar.⁴¹

O autor parte de sua experiência na visita que fez aos Estados Unidos, em 1916, para apresentar suas impressões sobre a arquitetura hospitalar. Toma posição de vanguarda como arauto do uso da tipologia em bloco e do edifício em altura nessas arquiteturas como sinônimo de progresso. Seu argumento, que conduz em seu texto a discussão por todos os capítulos, é a de que, liberado pela teoria pasteuriana das amarras do lugar, o edifício hospitalar poderia se destacar na cidade como objeto técnico e como representação da modernidade que se pretendia conquistar. O primeiro capítulo apresenta as conquistas científicas que possibilitaram essa autonomia do edifício hospitalar. Para tal, apoia-se, sobretudo, na obra de Charles Chapin e suas experiências, em Providence, Rhode Island, referentes ao controle da disseminação das doenças infecciosas e à adaptação e superação dos modelos que tiveram início no Hospital Pasteur em Paris. O capítulo expõe ainda a preocupação com a assistência pública, a partir da ideia da função social do hospital e das atividades correlatas a esse tipo de instituição, que elevariam o nível de saúde da população.

O segundo capítulo, de caráter histórico e crítico, apresenta o estado da arte da arquitetura hospitalar até o momento nos principais países, bem como a inadequação projetual desses edifícios em relação aos modernos princípios de higiene e à função social do hospital. O aspecto crítico tem aqui a finalidade de introduzir a hipótese da inconveniência da manutenção da tipologia pavilhonar na modernidade.

No terceiro capítulo, o autor realiza um esforço para a descrição das várias categorias de instituições de saúde e suas respectivas edificações. Ele introduz o tema considerando que cada espécie de hospital exigiria não só um estudo particular, relacionado ao projeto e às instruções referentes ao seu subsequente funcionamento e organização, mas também “a necessidade de consorcio atento entre o profissional clínico e o architecto na elaboração dos planos” (CARDOSO, 1927, p. 157).

O capítulo quatro versa sobre aspectos de ordem técnica a serem considerados no projeto do edifício hospitalar, tais como: localização e situação; orientação e insolação; aeração e ventilação; instalações sanitárias; iluminação hospitalar. Além de demonstrar largo conhecimento dos temas e o aspecto multidisciplinar do projeto do hospital, o autor aprofunda cada item com referências a discussões, contemporâneas à época da publicação, ocorridas em campos diversos como no da física e da química.

⁴¹ Cardoso cita bibliografia que até os dias de hoje é utilizada como referência e demarcadora da modernidade hospitalar: *Memoires sur lês hôpitaux de Paris*, organizada por Jacques Tenon (1788), *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, coordenada por Jules Rochard (1890), *Les Hôpitaux* de Casimir Tollet (1889). Além destas, apresenta uma bibliografia mais contemporânea, como o livro *The american hospital of the twentieth century*, de Edward Stevens, e artigos de revistas como “Architectural Record”, “The Architect and Engineer” e anuários de exposições realizadas nos EUA.

Finalmente, o último capítulo apresenta a situação sanitária do Rio de Janeiro desde a epidemia de gripe espanhola, ocorrida em 1918, e a assistência hospitalar, assinalando a insuficiência da rede de atendimento no Distrito Federal e as inovações nas construções de hospitais desde então, com os esforços empreendidos pela Fundação Gaffrée e Guinle e pela Fundação Oswaldo Cruz. Toma como exemplo de proposta a ser seguida o projeto do arquiteto Porto d’Ave para o Hospital Gaffrée e Guinle, obra modelar advinda da atenção dada pelo arquiteto às recomendações técnicas dos médicos. Conclui admitindo que o confronto da nossa realidade com os casos europeus e norte-americanos estudados indicaria, “de maneira insophismavel, a miseria das condições de nossa assistencia hospitalar” (CARDOSO, 1927).

Apesar da argumentação do texto em prol do edifício em bloco vertical, o conteúdo prescritivo se dá pelas recomendações que o autor faz em cada um dos pontos dos capítulos IV e V, nos quais considera o exemplo apresentado como modelo, sem, no entanto, discorrer especificamente acerca do desenho dos elementos arquitetônicos que compõem o projeto hospitalar. A formação positivista de Vicente Licínio Cardoso o fez buscar, como ser político que era, nos diversos tópicos que analisa no texto, as possibilidades de resolução do problema do hospital esperando que pudessem contribuir para o ordenamento das condições sociais da nação e, sobretudo, da capital do país.

Mais modesto é o livro de Mauro Álvaro de Souza Camargo.⁴² Sua atividade como engenheiro-chefe da Seção de Engenharia Sanitária no Serviço Sanitário da Secretaria de Estado do Interior de São Paulo, e sua experiência no Serviço Sanitário por vinte e oito anos, observando as necessidades nas mais longínquas localidades do estado, talvez tenham sido o motivo para o texto ser mais operativo e pragmático. Vale ainda considerar que essa obra foi, inicialmente, publicada no Boletim do Instituto de Engenharia, para só depois ser editada na forma de livro.⁴³

O texto de Camargo tem o caráter de um guia para a implantação e para o desenvolvimento de projetos de hospitais gerais. Sua hipótese quanto à melhor tipologia é mais ou menos categórica, apesar de, inicialmente, se mostrar favorável ao hospital pavilhonar. Busca, a partir de uma análise do contexto local e do número de pacientes a serem atendidos, um tipo mais adequado à situação particular.

Inicia sua exposição pela questão da localização, optando pela defesa da implantação do hospital fora do contexto urbano, em áreas do entorno, por considerar que nesses lugares o ar atmosférico seria mais puro, usando como referência a criação de hospitais europeus nos séculos XVIII e XIX, na França e na Alemanha, e explanando

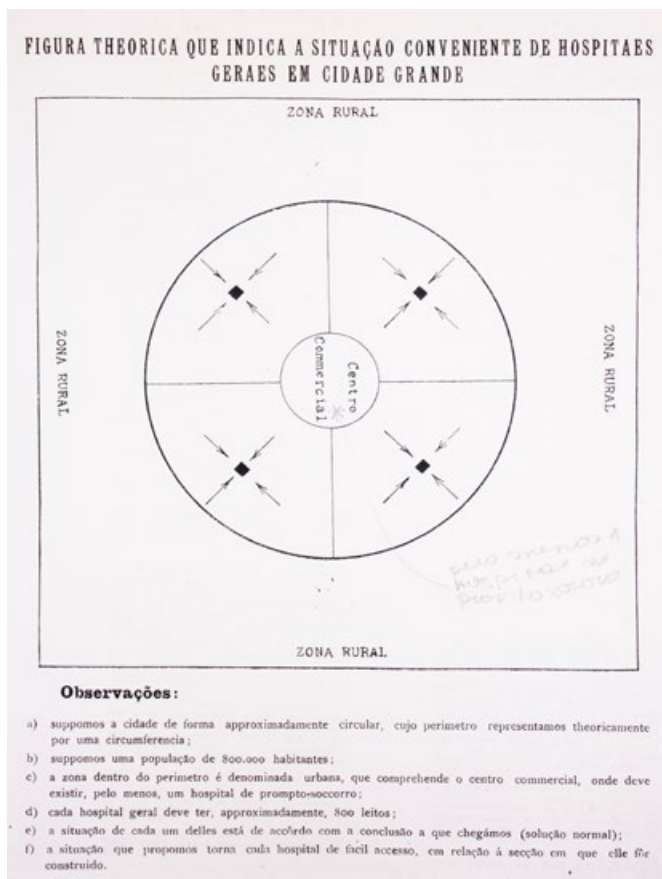
⁴² Em meados década de 1940 foi ainda diretor do Serviço Sanitário.

⁴³ Sílvia Ficher (2005) apresenta a informação de que o livro teria sido publicado pela Editora Escolas Profissionais Salesianas, em 1930.

acerca da importância do ar puro para a saúde. A partir daí, nesse primeiro artigo publicado no Boletim de Engenharia, refere-se às demais condicionantes a serem consideradas: o ruído, a iluminação, o abastecimento de água, o despejo de esgotos e a vizinhança. Considera ainda a importância da qualidade da paisagem circundante e diz: “A encantadora alegria de uma paisagem tem sobre nosso moral acção grandemente benéfica, que, por sua vez, actua favoravelmente sobre nosso organismo, do mesmo modo que a tristeza de um recanto da natureza exerce em nós acção algo deprimente” (CAMARGO, 1929, p. 224).

Finaliza considerando que, no caso das pequenas cidades, seria de fácil resolução a localização dos hospitais e que estes deveriam se situar no limite da cidade ou próximo deste. Entretanto, no caso das grandes cidades, tal fato mereceria maior detalhamento, pois haveria questões a serem consideradas, tais como o maior ruído, a atmosfera menos pura e o custo elevado dos terrenos, que implicariam uma localização nas zonas periféricas. Camargo apresenta, ainda, um diagrama teórico para esse procedimento (Figura 4).

Figura 4:
Diagrama para implantação de hospitais em grandes cidades
Fonte: Hospitais. (CAMARGO, 1929, p. 219)

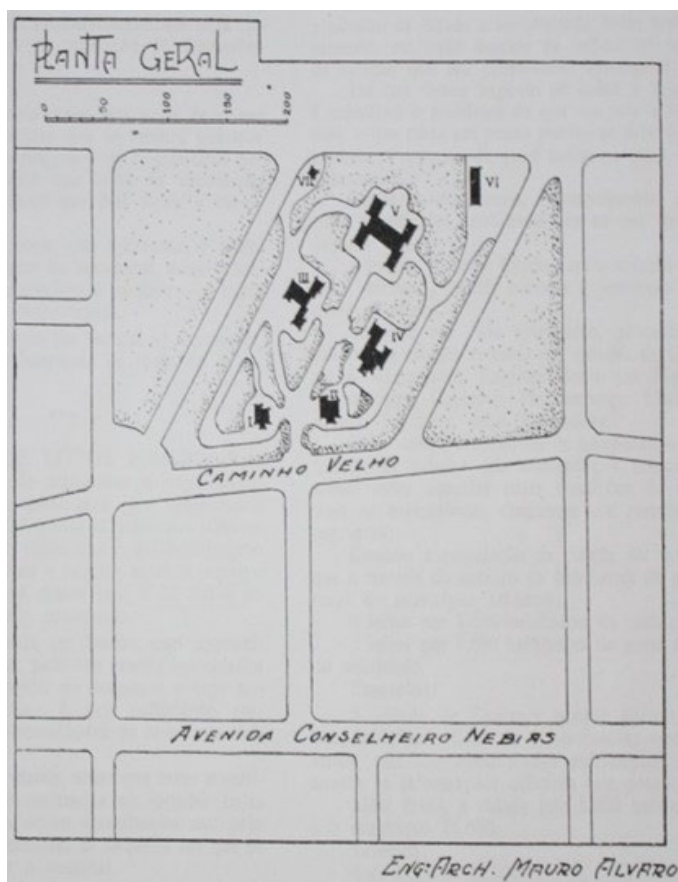


O capítulo segundo, publicado em setembro e outubro de 1929, refere-se a questões relativas ao edifício e à sua locação no terreno propriamente, tais como a ventilação e a insolação. Recorre a bibliografias particulares dos assuntos discutidos, inclusive às já citadas obras de Edward Stevens (1918) e a enciclopédia dirigida por Jules Rochard (1890).

Retorna, no capítulo terceiro à questão da paisagem, exposta anteriormente, com os jardins apresentados como zonas de proteção ou amortecimento, propiciando menos ruídos e melhores clima e ventilação das edificações, e cita autores que irão ponderar sobre estes assuntos como coadjuvantes do processo de cura, bem como apresenta a planta de situação do Isolamento de Santos, de sua autoria (Figura 5). Diz Camargo:

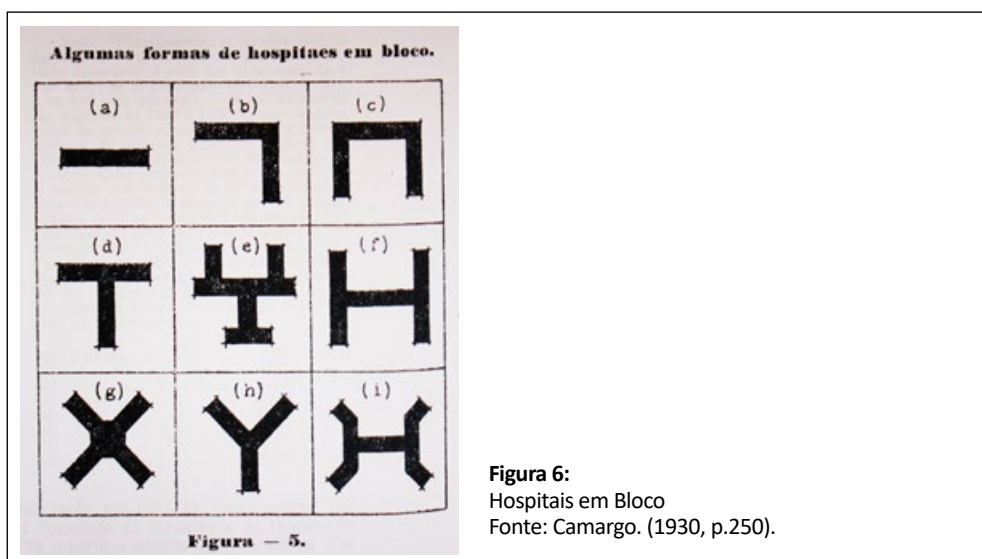
Edward Stevens, ao depois de ponderar que os jardins ou parques dos hospitais devem ser estudados por habil architecto paizagista (...), menciona varios estabelecimentos norte-americanos, que são rodeados de parques famosos: – Newton Hospital, Talitha Cumi Maternity Home, Bervely Hospital e outros (CAMARGO, 1930, p. 11).

Figura 5:
Situação do Isolamento de Santos
Fonte: Hospitales.
(CAMARGO, 1930, p. 12).



Prossegue com a temática do dimensionamento do edifício hospitalar, tendo como parâmetro o número de leitos necessários em relação à população atendida, e apresenta exemplos dessa relação em hospitais de diversos países, considerando que “este valor pode ser fixado, com aproximação satisfactoria, pelo estudo em cidades já dotadas de hospital ou hospitaes e cujo numero de leitos (...) seja sufficiente (...) ás necessidades de cada uma delas” (1930, p. 13).⁴⁴ Chega à conclusão de que não seria aconselhável a construção de hospitais massivos de grandes proporções, mas os construir em maior quantidade em diversas zonas da cidade com número de leitos não superior a 1000.

No quinto e último capítulo, publicado no referido Boletim em maio de 1930, apresenta o que chama plano geral de construção, que se relaciona à escolha do partido e da tipologia formal para cada situação. Para tal, apresenta as diversas possibilidades, subdividindo-as em quatro tipos: hospitais em bloco, ou aquele em que a parte dedicada às enfermarias estaria em um único edifício; hospitais semiblocos, formado por pavilhões ligados entre si por corredores, mas que aparentam uma edificação única; hospitais em pavilhões isolados, ligados por galerias; e hospitais mistos, que corresponderiam à composição de pelo menos dois dos tipos anteriores. A partir do exposto, o autor conclui que, para hospitais com até cem leitos, o ideal seria que o mesmo fosse do tipo em bloco, embora o projeto devesse seguir soluções diferenciadas para casos específicos, quando estivessem localizados em regiões setentrionais do nosso país. Nesse sentido, apresenta a figura abaixo (Figura 6), pois o plano geral do hospital nessa escala deveria seguir as formas “c” ou “f”.



⁴⁴ Como uma das referências para esse estudo, apresenta as considerações do dr. Goldwater acerca do assunto no periódico *The modern hospital*, editado em Chicago, no século XX.

Finaliza, agradecendo ao Boletim, pelo espaço disponibilizado e apresenta para conclusão geral seu projeto para uma Santa Casa com cem leitos, seguindo as recomendações de Casimir Tollet quanto ao espaçamento recomendado entre os blocos, tema sobre o qual discorre brevemente.

Os dois últimos livros mereceriam cada um deles um artigo específico, uma vez que possuem conteúdo prescritivo, informativo e formativo, e ainda demarcam, significativamente, o campo da arquitetura para a saúde como um campo multidisciplinar, quer no plano institucional público, quer quando relacionado às instituições representativas dos profissionais, como o Instituto dos Arquitetos do Brasil. São também contemporâneos – 1944 e 1953 – das grandes mudanças desejadas para a área da saúde na Primeira República, mas que foram levadas a cabo somente no primeiro governo Vargas e que tiveram continuidade com a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Buscarei sintetizar a especificidade de cada um.

O primeiro, *História e evolução dos hospitais*, edição de 1965, é uma reedição de uma publicação institucional do Ministério da Saúde, especificamente da Divisão de Organização Hospitalar produzida em 1944. A obra refere-se à transcrição dos conteúdos ministrados no Primeiro Curso de Organização e Administração Hospitalares, realizado pela mesma divisão do ministério,⁴⁵ em 1943. A obra tem seis capítulos de cerca de cem páginas cada um. O dr. Theophilo de Almeida, autor de vários textos do livro, diz que esses capítulos representariam a sua tarefa como responsável pela referida divisão entre os anos 1941 e 1949, ou “as etapas consecutivas das atividades, dia a dia, ano a ano”. Os seis capítulos são: 1) História e evolução dos hospitais; 2) Iniciação da moderna organização hospitalar; 3) Especialização; 4) Aperfeiçoamento técnico na administração de hospitais; 5) Conceitos básicos e planejamento da assistência hospitalar; 6) Construção e modernização da rede nacional de hospitais (Ministério da Saúde, 1965, p. 382).

Entre 1944 e 1965, foram agregadas novas partes ao livro, resultado de palestras, cursos e congressos realizados no âmbito daquele mesmo setor do Ministério da Saúde. A mais substancial é o novo capítulo acrescentado à edição de 1965, o sétimo, que apresenta material com legislação específica considerada pelo seu então diretor, o dr. Dirceu Eulálio, “de particular interesse da D.O.H. e das entidades hospitalares e especialistas na matéria”.

A agenda inicial do livro é semelhante à dos dois últimos e começa com uma exaustiva descrição histórica, de autoria de Ernesto de Souza Campos, das formas pretéritas de lidar com as doenças e os espaços desenhados para tal, no mundo e nas Américas; ao final, apresenta as tipologias para cada época e discorre acerca dos

⁴⁵ Ainda Ministério da Educação e Saúde Pública; a instituição só iria ficar autônoma em 1953.

hospitais pavilhonares, objetivando fazer uma crítica e a indicação de que o uso dessa tipologia seria, no mínimo, anacrônico. O organizador comenta sobre o fato de o verbete da *Enciclopédia Universal Ilustrada*, edição de 1925, indicar o tipo pavilhonar, com as regras para a sua construção. Diz o autor:

Quase tudo quanto está estabelecido nestas regras construtivas de 1925, da Espasa, entrou definitivamente para a história antiga. É incrível que uma enciclopédia tão famosa como é a editada pela Espasa – Calpe – S.A. ainda divulgasse, como divulgou, ideias tão antiquadas no ano de 1925. E admira-se que em New York houvesse um hospital de sete pisos, com 200 leitos funcionando, com êxito, sob o ponto de vista da salubridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p. 45)

O progresso da arquitetura seria evidente, com as construções metálicas e de concreto armado que surgiram, permitindo “a edificação econômica de prédios com muitos pavimentos – os chamados arranha-céus. Os transportes por elevadores tomaram incremento e popularizaram-se”. Assim, buscava provar o ponto de vista de que o chamado “monobloco”,⁴⁶ com muitos pavimentos originário dos Estados Unidos, seria escolha mais adequada para a configuração do edifício hospitalar moderno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p. 49).

O segundo capítulo, com texto introdutório do médico Theophilo de Almeida, então diretor da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), versa sobre a situação da assistência hospitalar no Brasil com dados levantados pelo Primeiro Cadastro ou Censo Hospitalar (1941-1942), promovido pela DOH e cuja conclusão remetia à afirmação de que:

Falta-nos, em suma, o “hospital moderno”, conhecido e difundido, que não é, como alguns erradamente julgam, o hospital rico, luxuoso, que só pode existir em país de milionários; falta-nos êsse hospital moderno que, entretanto, pode ser simples e modesto, mas bem organizado e eficiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p.71).

O derradeiro livro apresentado neste artigo, e que demarca definitivamente esse subcampo de trabalho especializado do arquiteto, é *Planejamento de hospitais*, assinado pela Comissão de Planejamento de Hospitais do Instituto de Arquitetos do Brasil, Departamento de São Paulo. Entretanto, tem o arquiteto Jarbas Karman, que assina a introdução da obra, como seu organizador.

O livro é uma coletânea das aulas ministradas no I Curso de Planejamento de Hospitais, realizadas entre 13 e 17 de abril de 1953, seguida de perguntas dos alunos e das

⁴⁶ Pela primeira vez aparece o termo “monobloco”. Até esta obra apareceram apenas as designações em bloco ou em bloco vertical. Consideramos que a ideia de concentração em um bloco de todos os serviços hospitalares em vários andares pode gerar uma série de diferentes tipologias formais, o que para nós invalidaria o uso.

respectivas respostas dos professores. Na introdução, Karman (IAB, 1954, p. 13) diz que os objetivos dos cursos eram, entre outros: divulgar as conquistas essenciais no campo do planejamento hospitalar; analisar elementos para um projeto de base científica; possibilitar a construção de hospitais eficientes, com projetos livres de empirismo e preconceitos; ventilar problemas que preocupavam planejadores e administradores de hospitais; aproximar interessados e estimular o intercâmbio de informações; procurar soluções brasileiras para assuntos controvertidos da arquitetura hospitalar. Karman deixa claro que este seria o primeiro de uma série de cursos e ações, que se levariam a cabo por meio da criação do Instituto Nacional de Pesquisas e de Desenvolvimento Hospitalares (INPDH), cujos resultados se propunha a editar, futuramente, em outros volumes, com vistas a subsidiarem tomadas de decisões na prática dos profissionais diretamente vinculados ao projeto, construção e funcionamento de um hospital.

A obra não segue o protocolo de traçar um panorama histórico introdutório sobre o tema hospitalar. Seu objetivo é dar subsídios à prática profissional moderna e, dessa forma, é prescritiva. Também apresenta o caráter multidisciplinar do projeto hospitalar, o que fica implícito quando se observam os temas das conferências, que alcançam as diversas problemáticas do hospital, e os nomes dos palestrantes do curso, profissionais de reconhecida expertise nas áreas da saúde e da arquitetura como o médico Theophilo de Almeida e os arquitetos Rino Levi, Roberto Cerqueira Cesar, Oscar Valdetaro, Jorge Machado Moreira e o próprio Jarbas Karman. Não se propõe mais aqui, como nos três últimos livros apresentados, o trabalho do engenheiro e o do arquiteto subsidiados pela orientação imprescindível do consultor, mas um trabalho de equipe coordenado pelo arquiteto.

O livro encontra-se dividido em doze capítulos, iniciando pelos aspectos gerais até os aspectos específicos de cada função do programa hospitalar moderno. Os capítulos são: I – Planejamento e administração com vistas a apresentar uma perspectiva ampla do tema e relacionar os pontos de vista de cada profissional, do administrador hospitalar, do arquiteto, do engenheiro, e da medicina legal, bem como da organização da assistência hospitalar e temas relativos ao projeto arquitetônico; II – Enfermagem; III – Radiologia; IV- Fisioterapia; V – Cirurgia; VI – Maternidade; VII – Farmácia; VIII – Ambulatório; IX – Lavanderia; X - Lavanderia e Cozinha. Esses capítulos apresentam um panorama dessas funções e usos para subsidiar o projeto do edifício hospitalar. O capítulo XI apresenta uma miscelânea de temas – desde uma discussão acerca da indústria de equipamentos hospitalares até a criação do INPDH e seu estatuto. O capítulo XII e último faz o fechamento com o relato da sessão de encerramento do curso.

Finalizaremos esta exposição com os comentários de Rino Levi ao apresentar o item planejamento de hospitais sob o ponto de vista do arquiteto, que sintetiza o



Figura 7:

Arquiteto Jarbas Karman ministrando aula no 1º Curso de Planejamento de Hospitais - IAB/SP, São Paulo - SP, 1953.

Fonte: Fotografia Jarbas Marcondes. Acervo do Instituto de Pesquisas Hospitalares.

conjunto dos conteúdos do curso e do livro (IAB, p. 39 a 42). O arquiteto comenta o caráter interdisciplinar do projeto, que não prescindiria do conhecimento do médico, do administrador, da colaboração do engenheiro e do técnico, bem como do conhecimento dos equipamentos hospitalares. Essas colaborações e informações subsidiariam uma das fases mais importantes do projeto para Levi, a da definição do programa. O desenho do edifício só poderia vir a ser definido após essa etapa inicial; qualquer iniciativa contrária, como a determinação dos aspectos formais, seria para ele “inconveniente e perda de tempo”. Seriam muitas as condições e imposições para o projeto. Por exemplo, a forma deveria ser inteiramente livre: “A concepção do projeto deverá resultar unicamente do estudo funcional e técnico do problema, livre de quaisquer outras injunções.” Isso para ele não significava a inexistência de parâmetros práticos de projeto, mas que se deveria levar em conta três fatores no caso dos hospitais: “primeiro, o agrupamento de serviços afins; segundo, estudo adequado da circulação; e, terceiro, flexibilidade do plano”.

Assim, a máxima da arquitetura moderna – “a forma segue a função” – é definitivamente alcançada. Os aspectos relacionados à função hospitalar resultariam na definição formal e a flexibilidade da planta – planta livre –, divisão funcional e circulação clara permitiriam ao hospital adaptar-se ao longo de sua vida útil, como uma grande fábrica cujo produto final, como um dia nos falou Julien Gaudet, seria a saída do paciente, curado ou morto.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Annmarie. *Medicine by design: the architect and the modern hospital, 1893-1943*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.
- AMORA, A. M. G. A. (Org.). *História da saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- _____. *Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leprosos no Brasil*. Cadernos de História da Ciência, São Paulo, V. 5, p. 23-53, 2009b.
- _____. *O Nacional e o Moderno: a arquitetura e saúde no Estado Novo nas cidades catarinenses*. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- BARRETO, M. R. N.; SOUZA, C. M. C. de (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Barueri: Manole, 2011.
- BENCHIMOL, J. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.
- BANHAM, R. *Teoria e projeto na primeira era da máquina*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- BIERMANN, V. et al.. *Teoria da arquitetura – do Renascimento aos nossos dias*. [S. l.]: Taschen, 2003.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa: Difel, 2004.
- CAIUBY, A. S. *Projecto da leprosaria modelo nos campos de Santo Ângelo estado de São Paulo*. São Paulo: Gráfica E. Riedel & C., 1919.
- CAMARGO, M. A. de S. *Hospitales*. São Paulo: Escolas Profissionais Salesianas, 1930.
- CARDOSO, V. L. I. *À margem das arquiteturas grega e romana; II – Principios geraes modernos de hygiene hospitalar e sua aplicação no Rio de Janeiro* (Theses apresentadas no concurso para provimento da cadeira “architectura civil” na Escola Polytechnica (Universidade do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro: Typographia do Anuario Brasil, 1927.
- CERASOLI, J. F. *A grande cruzada: os engenheiros e as engenharias de poder na Primeira República*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- CHAFEE, Richard. The teaching of architecture at the École des Beaux-Arts. In: DREXLER, A. (Ed.). *Architecture of the École des Beaux-Arts*. Nova York: Museum of Modern Art, 1977.
- COLOMINA, B. Skinless Architecture. *Thesis*, *Jornal Científico da Universidade Weimar Bauhaus*, 2003. p. 122-124. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/colomina%20(1).pdf>. Acesso em: 5 jun. 2014.
- COSTA, R. G. R. *Arquitetura hospitalar em São Paulo*. In: MOTT, M. L. e SANGLARD, G. (Orgs.). *História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

- DURAND, J. N. Louis. *Precis des leçons d'architecture données à l'École Royale Polytechnique*. Paris: L'École Royale Polytechnique, 1817.
- FICHER, Sylvia. *Os arquitetos da Poli: ensino e profissão em São Paulo*. São Paulo: Edusp, 2005.
- FIGUEIRÔA, S. F. de M. Engenheiros brasileiros nas "Grandes Ecoles" francesas no século XIX: um mapeamento em grande escala. Disponível em: <<http://www.hcte.ufrj.br/downloads/sh/sh3/palestras/Silvia%20Figueiroa.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GAUDET, J. *Elements et théorie de l'architecture*. Paris: Construction Modern, 1929.
- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, V. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.
- INSTITUTO DE ARQUITETOS DO BRASIL. *Planejamento de Hospitais*. São Paulo: IAB, 1954.
- LEME, M. C. S. (Coord.). *Urbanismo no Brasil 1895-1965*. São Paulo: Studio Nobel/FAU/USP/FUPAM, 1999.
- MARQUES R. de C.; TORRES, A. J.; FIGUEIREDO, B. (Orgs.). *História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808/1958)*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (1944), 1965.
- MOTT, M. L.; SANGLARD, G. (Org.). *História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808/1958)*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- PEVSNER, N. *A history of building types*. Princeton, NJ: Princeton Paper Back, 1997 [1970].
- PEREIRA, S. G. O ensino acadêmico e a teoria da arquitetura no século XIX. In: OLIVEIRA, B. S.; LASSANCE, G.; ROCHA-PEIXOTO, G.; BRONSTEIN, L. (Orgs.) *Leituras em teoria da arquitetura, conceitos*. Rio de Janeiro: Vianna & Mosley, 2009.
- PORTO, A.; SANGLARD, G.; FONSECA, M. R. F.; COSTA, R. G. R. (Org.) *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Guia da arquitetura colonial, neoclássica e romântica no Rio de Janeiro*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2000.
- ROCHA-PEIXOTO, G. *Reflexos das luzes na terra do sol: sobre a teoria da arquitetura no Brasil da Independência (1808-1831)*. São Paulo: ProEditores, 2000.
- _____. *A estratégia da aranha. Ou: da possibilidade de um ensino meta-histórico da arquitetura*. Rio de Janeiro: RioBooks, 2013.
- _____. Arquitetura brasileira no s. XIX: esboço para uma historiografia: 1834-1964. In: I ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPARQ, 2010. Disponível em: <<http://www.anparq.org.br/dvd-enparq/simposios/140/140-648-1-SP.pdf>>. Acesso em: 6.mar.2013.
- ROCHARD, J. *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*. Paris: Lecrosnier et Babe, 1890. 8 v.
- SANGLARD, G.. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- SANTOS, L. A. de C. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, V. 28, nº. 2, p. 193-210. 1985.
- SEGRE, R.; BARKI, J. A perda de um ícone do movimento moderno carioca: o Hospital Universitário da UFRJ (1949-2010). In: 9º SEMINÁRIO DOCOMOMO BRASIL. *Anais...* Brasília: UNB, 2011.
- SILVA TELLES, P. C. *História da engenharia no Brasil: séculos XVI a XIX*. Rio de Janeiro: Clavero, 1994.

SOUZA, C. M. C; BARRETO, M. R. N. (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Barueri: Manole, 2011.

STEVENS, Edward F. *The american hospital of the twentieth century*. New York: Architectural Record, 1918.

TOLEDO, L. C. M. D. *Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

TOLLET, C. *Les hôpitaux modernes au XIXe siècle: description des principaux hôpitaux français et étrangers les plus récemment édifiés, divisés en dix sections par contrées, études comparatives sur leurs principales conditions d'établissement*. Paris: [s.n.], 1894.

UZEDA, H. C. de. *Ensino acadêmico e modernidade: o curso de arquitetura da Escola Nacional de Belas-Artes, 1890-1930*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais, Escola de Belas-Artes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

VIDLER, A. *The writing of the walls: architectural theory in the late enlightenment*. Princeton: Princeton Architectural Press, 1987.

WEBER, B. T.; SERRES, J. C. P. (Orgs.). *Instituições de saúde de Porto Alegre: inventário*. Porto Alegre: Ideograf, 2008.

Infraestructura nosocomial en el proceso de la Revolución mexicana 1910-1950

María Lilia González Servín

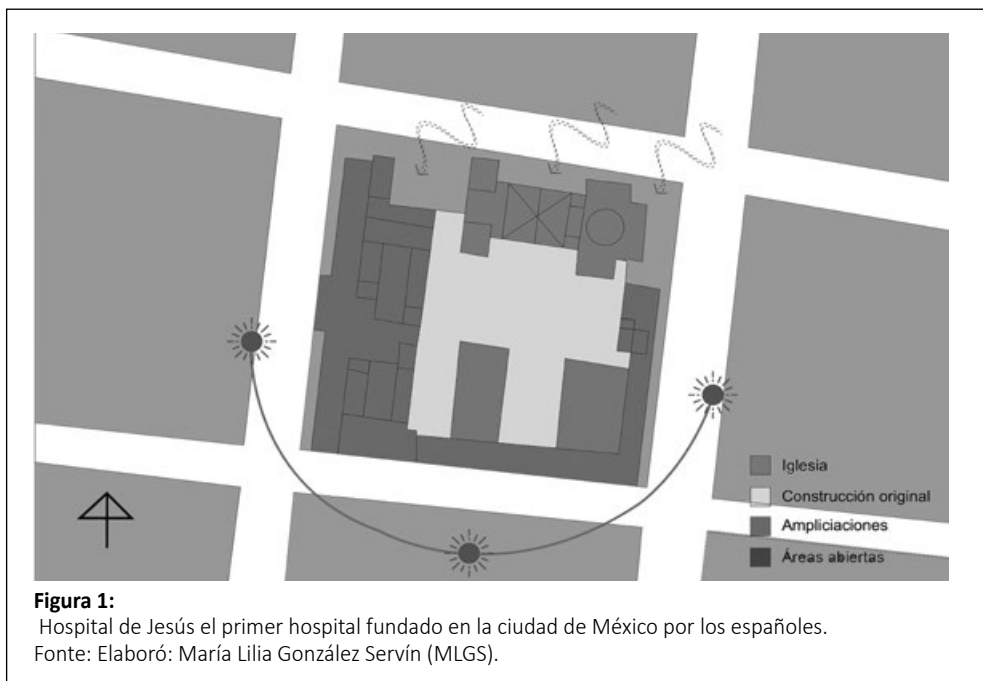


La evolución de la arquitectura para la salud en México está en correspondencia con el contexto social al que brinda atención médica, y el ambiente de la época define las características dando forma a su construcción. Bajo esta premisa, existen principalmente tres episodios en el proceso de evolución que muestran lo sustantivo de la actualización de la arquitectura para la salud: La Conquista española (1521), la Independencia de España (1810) y la Revolución (1910). Estas rupturas sociales contribuyeron a modificar la manera de cómo se ejercía la práctica médica en México, e indican las características de la práctica arquitectónica hospitalaria, sus particularidades y contribuciones manifiestan el grado de evolución que se alcanzó en el pensamiento para comprender a la salud con los parámetros actualizados en cada tiempo.

Con la Conquista se impuso el carácter caritativo a los nosocomios, en los que se mitigaba las consecuencias de las enfermedades o se brindaba auxilio para bien morir. La organización de las construcciones se hizo en la tipología de claustro, que fue la manera que se introdujo hacerlo; con muros altos y anchos, fabricados con piedra; de uno o dos niveles y pocos vanos al exterior. Construcciones alejadas de las poblaciones contra los vientos dominantes, en terrenos amplios que incluían el camposanto y como elemento que jerarquizaba la composición: la capilla. El hospital-capilla resolvió la habitabilidad en las salas de los enfermos que estaban separándolas por sexo alrededor de patios; éstos eran la fuente de la habitabilidad por medios naturales, como ventanas abiertas al cielo para que la luz, el sol y el viento entrara al corazón de las construcciones. (Figura 1)

En el preámbulo de la Independencia se introdujeron nuevas ideas de progreso, entre ellas, el estudio del cuerpo humano con parámetros en la ciencia. El racionalismo reafirmaba su dominio en el urbanismo y la arquitectura; la salubridad e higiene se introducían como parte de las ideas de progreso, que eran reforzadas por los hallazgos en la investigación y la enseñanza de la ciencia médica, que se sumaron a la práctica. La arquitectura se ajustó a los tiempos modernos variando su disposición y transformando la planta claustral. Primero se multiplicaron los patios o se ensancharon, experimentando diversas geometrías, proyectando entre ellas, concéntricas o radiales para reorganizar las instalaciones y mejorar la funcionalidad como clasificar los espacios de acuerdo a los padecimientos previniendo contagios.

La búsqueda de soluciones, en la distribución espacial, se acompañaba por los cambios que se introducían en los modos de curar y en la mejoría de la habitabilidad. A partir de ello, se continuó la búsqueda de soluciones y transformaciones para refuncionalizar los edificios, dando pie al sustento para el desarrollo del sistema



arquitectónico de pabellones. Éstas novedades se realizaban paralelamente a la formación del Estado mexicano que se hilaba a los cambios e ideas socioeconómicos.¹

Con el triunfo del liberalismo, la salud pública, apoyada en la teoría de los microorganismos, se concreto como idea de prosperidad. Las instalaciones hospitalarias se transformaron con la intención de que la arquitectura debía contribuir a la salud,² consolidando esa filosofía en el sistema de pabellones. Se reguló a las construcciones en lo referente a la prevención mediante un código sanitario que además se aplicó para los espacios públicos y en muchos aspectos de la vida urbana y privada. Los hospitales fueron sufragados por el gobierno en un plan general de desarrollo urbano nacional. De esa manera, al final de siglo, se implantaron nosocomios, plazas y jardines con mobiliario urbano en las principales ciudades del país como parte de la infraestructura mínima que debían tener las ciudades modernas.

La nueva infraestructura para la salud se convirtió en una vanguardia que actualizó a la arquitectura de respecto a la virreinal. Se fabricaron nuevas construcciones

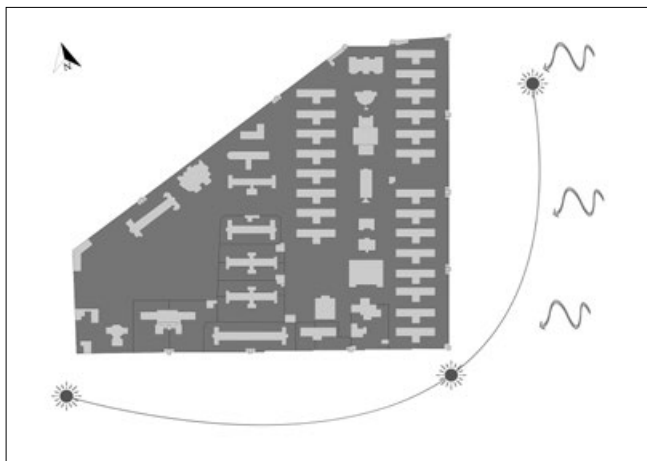
¹ Muchos gobiernos, entre liberales, conservadores y centralistas dan cuenta de lo difícil que fue lograrlo. Para mayor información, consultar: González Servín María Lilia. Los hospitales del liberalismo de México (de la tipología de claustro al sistema de pabellones), tesis de maestría, FA, UNAM, México, 2005.

² Ver los libros publicados por la red de investigadores: González Servín María Lilia (Coord.), Sistema arquitectónico de pabellones en los hospitales de América Latina, FA, UNAM, México, 2012 y Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina, volumen 1, FA, UNAM, 2014.

incorporando lo más actualizado de la ciencia médica y de la arquitectura, que al cierre de ese momento, fueron el remate y a la vez la punta en la tendencia de introducir materiales y equipo inéditos, entre otras consideraciones teóricas y constructivas, se mejoró la funcionalidad, la habitabilidad y el sistema constructivo que contribuían a la salubridad e higiene para proteger y prevenir enfermedades. No obstante que predominaron las formas eclécticas en las fachadas verticales, en la cubierta y en el entresuelo, que se elevó unos centímetros del suelo, se hacían orificios para que la luz, el sol penetraran y el aire circulara generosamente para mantener una temperatura estable al interior. Asimismo, en los techos se sustituyeron las vigas de madera por vigas de hierro, formando el sistema constructivo de viguetas y bovedillas; con muros angostos reforzados con soportes de hierro para soportar los techos, y se transformaron las cubiertas en azoteas para aprovechar el agua de lluvia, almacenar agua y solear la ropa. Se incorporaron nuevos servicios como laboratorios e hicieron mejorías en las salas de hospitalización, cirugía y farmacia; el servicio de urgencia se hizo parte de la atención social. En ésta arquitectura, a diferencia de otros géneros, se asumía el carácter preventivo, proliferando varias construcciones al cierre del siglo decimonónico, incluso se construyeron nosocomios para conmemorar el Centenario de la Independencia Mexicana en la primera década del siglo XX; construcciones nuevas que aumentaron considerablemente la capacidad en el número de camas respecto a los nosocomios fabricados durante la colonia, con las atribuciones que se consideró lo más avanzado en la medicina como en la arquitectura; se formó el sistema de pabellones como parte de la nueva tipología hospitalaria. (Figura 2)

En el tercer episodio, que corresponde a la Revolución y que caracteriza a la arquitectura para la salud de la primera mitad del siglo XX, la arquitectura evolucionó en relación a las circunstancias sociales que provocó el movimiento. La infraestructura

Figura 2:
Conjunto arquitectónico del Hospital General de México, ciudad de México. Proyectado con el 70% de área abierta que comprendía jardines arbolados.
Fuente: Elaboró, MLGS.



para la salud se volvió actualizar rompiendo con el pasado, conforme el movimiento se desarrollaba, la atención a la salud se actualizaba, ajustándose a las circunstancias nacionales y a referentes que la ciencia médica alcanzaba en otras naciones de Europa y de los EUA. La dinámica social contribuyó a: modificar la conceptualización de la salud que se verá traducida en la composición de los hospitales, variando el sistema de pabellones de horizontales a la organización de pabellones articulados en vertical. Estas transformaciones están en relación a cómo se presentaron y diluyeron las controversias, pues constituían parte de los objetivos planteados en la lucha y en cuánto se lograban éstos a su vez contribuían alcanzar la paz.

La Revolución se desarrolló en tres momentos.³ El movimiento armado cuando inició en 1910; el de la reconstrucción nacional de 1920-1934, cuando triunfaron los constitucionalistas sobre los grupos más radicales (entre ellos los zapatistas); y el último momento de modernización nacionalista con él se cierra éste episodio al final de la cuarta década. En cada momento se observan cambios sustantivos. La evolución de la arquitectura en éste episodio logró conceptualizar la necesidad y el criterio que debía adoptar la actualización del servicio médico. Poco a poco se hicieron ajustes a la política de salud, organizando un sistema nacional e introduciendo innovaciones en la práctica hasta condensar los nuevos cánones con los que la infraestructura nosocomial se desarrolló. Es a partir de la década de los años treinta, especialmente y con el Plan Nacional de Construcción de Hospitales (1941-1946), que se impuso un programa arquitectónico para edificar una gran cantidad de hospitales que se levantaron en muchas partes del territorio nacional. De ésta manera, se concretó otra expresión de modernidad en la arquitectura mexicana para la primera mitad del siglo veinte.

LA PREVENCIÓN

En el umbral del siglo XX, México vivió una crisis política y económica, porque La Revolución estalló en 1910 para derrocar al General Porfirio Díaz, que se había perpetuado en el poder 31 años. Inicialmente el movimiento solamente se propuso el derrocamiento del presidente. Pero la sustitución del presidente no garantizó cambios, por lo que los acontecimientos se agudizaron en todo el territorio nacional, brotando distintas demandas aglutinadas en planes con las que el movimiento adquirió mayor fuerza. (Figura 3)

La Revolución puso de manifiesto las condiciones de rezago social en que vivía la mayoría de los habitantes de la República e hizo más evidente las condiciones sociales

³ Vargas Salguero, Ramón (Coord.) *Arquitectura en La Revolución y revolución de la arquitectura, Historia de la Arquitectura y el Urbanismo Mexicanos*, UNAM-FCE, 2009.



Figura 3:

Los zapatistas representaron el grupo más radical en cuanto a las demandas sociales.

Fonte: Fotografia: MLGS.

de miseria, desnutrición, analfabetismo, insalubridad, desempleo, migración, entre otros factores que se reflejaban en el cuadro morfológico.⁴ Las epidemias afectaron especialmente a la población rural e infantil. Puede apreciarse que en los años de 1902⁵ a 1910, hubo más muertos que nacimientos y en la década siguiente, la disminución significativa de la población rural que fue la que más participó en el movimiento y la que más sufrió las calamidades.⁶ Sin embargo, la Ciudad de México era el punto estratégico para la lucha, los servicios de la Beneficencia Pública se ampliaron adaptando comedores y asilos públicos para albergar a la población del campo que llegaba de varias partes del interior del país huyendo de las calamidades y de las luchas en sus lugares de origen.

Desde los primeros brotes de violencia los caudillos se preocuparon por resolver el problema de la salud. No obstante que surgieron muchos movimientos contra el régimen, durante las controversias se definieron principalmente dos facciones en contienda. En las plataformas políticas de los grupos en lucha se aprecia la urgencia de contar con servicios médicos, que en primera instancia fueron de emergencia y de prevención. Aunque se fue consolidando la idea de que éstos fueran más eficientes, en especial con mayor capacidad para atender a más mexicanos.

Es importante resaltar que ésta etapa fue la más álgida de la Revolución y que se promovieron medidas de prevención y de salubridad porque fueron imprescindibles

⁴ Los altos índices de mortalidad eran provocados por enfermedades nativas (tifo, fiebre amarilla, tifoideas, sarampión, tos ferina, paludismo, entre otras enfermedades transmisibles y de padecimientos gastrointestinales) y las adoptadas por las invasiones, como la viruela, las pandemias de cólera e influenza, que en repetidas ocasiones dejaron huella de los estragos que provocaron, incrementando el número de muertes.

⁵ En 1902 hubo veintiocho mil víctimas por viruela y en 1905 una epidemia de tifo.

⁶ Ver Estadísticas históricas de México, Tomo I, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de Antropología e Historia, SEP, 1986, p. 53-67.

para el momento, al igual atender a los heridos con carácter de urgencia. Más avanzado el movimiento se alcanzaron otras metas. También es reconocer la producción arquitectónica en la que se llevó a cabo la atención médica, aun en condiciones apenas mínimas, fue en donde se atendieron necesidades apremiantes a enfermos y heridos.

Debido a la situación, la arquitectura de este momento asumió un carácter preventivo y emergente que se caracteriza por la improvisación de unidades médicas, servicios de apoyo social y arquitectura móvil que acompañaba a los distintos grupos en disputa en hospitales-trenes que se adaptaron; además de los servicios médicos establecidos que se transformaron en hospitales de sangre. El sostenimiento y el recurso para las adaptaciones en los hospitales estaban en déficit, dependían de las condiciones sociales y económicas, por esta razón la población civil como personal de esos establecimientos se organizaron para brindar el apoyo médico a la población en general, incluso fuera de los hospitales. (Figura 4)

En algunos recintos se hicieron mejoras, ampliaciones, o se construyeron pabellones que se destinaron especialmente para el apoyo emergente de las luchas y porque la situación epidemiológica se agudizó, aumentando las enfermedades contagiosas; por eso se implementaron medidas higiénico-sanitarias de carácter preventivo y se establecieron en el interior del país varios institutos para la fabricación de vacunas.



Figura 4:

Los trenes-hospitales ambulantes se adaptaron para atender a enfermos y heridos en campaña con capacidad para atender a 1,400 heridos durante 40 días con estar un vagón cargado de agua.

Fonte: Reprografía:MLGS.

En las construcciones y transformaciones de éste momento se aprecia la continuidad de los cánones arquitectónicos de años atrás. Es de destacar un pabellón de tuberculosos en el Hospital General, porque la tuberculosis se expandió por el hacinamiento convirtiéndose en una de las principales causas de muerte. Se proyectó con cambios novedosos en la composición del pabellón, particularmente en la proporción y el ritmo de los vanos y su relación respecto al macizo de las fachadas. Las ventanas fueron fabricadas con perfiles de hierro. Las salas, al igual que la proporción de las ventanas se redujeron; la estructura y el recubrimiento de los muros exteriores se fabricaron en concreto sin ornamentación.

A pesar de lo crítico de los acontecimientos, en éste momento⁷ quedó claro la necesidad de organizar un programa nacional de salud, que se fue estructurando al calor de los hechos. No obstante éste momento fue importante porque encunó los parámetros conceptuales para su organización y dio las directrices para revolucionar la atención médica, motivando a los cambios en la arquitectura; particularmente repensar los espacios hospitalarios en otras condiciones y con mayor capacidad para atender a más personas. De ésta manera se incluyó en la Constitución de 1917 el derecho a la salud de los mexicanos,⁸ y la responsabilidad del gobierno de proporcionar las condiciones para que éste derecho se lograra. Este hecho, fue uno de los logros más trascendentales de las reivindicaciones sociales.

LA ORGANIZACIÓN

Aunque se pretendió dar por terminada la Revolución en 1920, seguía latente el movimiento revolucionario y el país continuaba con algunas luchas intestinas que en cualquier momento podían alcanzar otro nivel. Para mitigar algunos de los objetivos que perseguía el movimiento y que seguían inconclusos como el de la salud, se llevaron a cabo programas sociales de alcance nacional, dirigidos a los sectores marginados y logrando algunos resultados, por eso fue necesario continuarlos y reforzarlos a través de las siguientes administraciones, incluso se legislaron reformas a la agricultura para ir diluyendo el movimiento como un hecho pretérito. Los principales programas fueron el de educación que inició con una campaña nacional de alfabetización y el de salud con la centralización y definición de funciones de las distintas instituciones existentes.

Los estragos por las enfermedades desgraciadamente continuaban reflejándose en las altas tasas de mortalidad infantil. En 1920 se formó el Departamento de Salud Pública que tenía la misión de disminuir las incidencias epidemiológicas y prosperar el rezago en los hábitos de higiene y de prevención. Instrumentó campañas médico-sanitarias de vacunación y de higiene, que a través de una red de brigadas sanitarias dieron cobertura

⁷ Durante las cuatro décadas siguientes hubo 17 gobernantes, lo que muestra la inestabilidad política.

⁸ Disposición asentada en el artículo 4 de la Constitución Política de México en 1917.



Figura 5:

El rezago social se hizo evidente con la Revolución Mexicana.

Fonte: Fotografías de Lucas López, CREFAL, Pátzcuaro, Michoacán.

a todo el territorio nacional. Además se construyeron lazaretos y estaciones sanitarias en diversos sitios. De igual manera, la Beneficencia Privada estableció centros de asistencia.

El cuadro epidemiológico se configuró en relación a las enfermedades de mayor incidencia (tuberculosis, fiebre amarilla, tifo, viruela e influenza, entre otros padecimientos) que fueron catalogados como enfermedades sociales por los altos índices de defunciones que provocaban, derivando en su estudio para combatirlas, fomentando el establecimiento de institutos. (Figura 5)

Asimismo se estructuró el nacionalismo como código basado en las masas y sus anhelos por alcanzar el bienestar social. Fue el fundamento ideológico que el Estado legitimó como eje rector para dar una imagen de unidad, homogeneidad, que configuró los programas sociales como instrumentos transformadores y catalizadores de la modernización. Este lenguaje, coadyuvó a contrarrestar al eclecticismo decimonónico, a estimular la modernización de la arquitectura mexicana, que inicialmente buscó una identidad propia relacionada a la cultura indígena local, menos globalizadora, que dejó huella de un momento fructífero que hizo coincidir el pasado con el presente, adaptando los componentes a la técnica y al arte exaltando un sentimiento patriótico apropiado para el momento como parte del proceso creativo y de apertura que se vivió.

El concepto de salud-enfermedad basado en la teoría de los microorganismos se actualizó, asociado a otorgar mayor beneficio social con la idea de estandarizar la atención médica. A medida en que la situación social se apaciguaba se reafirmaban los aspectos funcionales, racionales, severos, lógicos con tecnología de punta. Se renovaron y se reciclaron varios edificios administrados por la Beneficencia Pública y la Privada, adaptándolos con drenaje, teléfono, instalación de equipos novedosos en las salas de curación, laboratorios y cocinas.

De esta manera se introducía poco a poco otra modernidad en la arquitectura. Las primeras edificaciones públicas surgidas de la Revolución se realizaron a partir de

1925 con la construcción de las oficinas para el Departamento de Salubridad. Proyecto del arquitecto Carlos Obregón Santacilia, quien dio el primer paso para articular las construcciones mediante un puente elevado. En 1929 se formó el Departamento del Distrito Federal, el cual mediante un plan de desarrollo brindaría atención médica a los sectores económicamente menos favorecidos, construyendo varios servicios nosocomiales en el Distrito Federal y sus alrededores, además se implementó la obra pública con el ensanchamiento de la traza urbana. (Figura 6)

Ese mismo año, el arquitecto José Villagrán García proyectó el centro de preparación de vacunas: el Instituto de Higiene y Granja Sanitaria en Popotla. Conjunto arquitectónico que diversificaba la composición de los edificios. Desarrolló un edificio en planta claustral, otro combinando el sistema de pabellones y otro avisaba la introducción de los parámetros que reafirmarían la articulación de pabellones. Esta última propuesta quedaría más explícita en la composición del Hospital de Tuberculosos

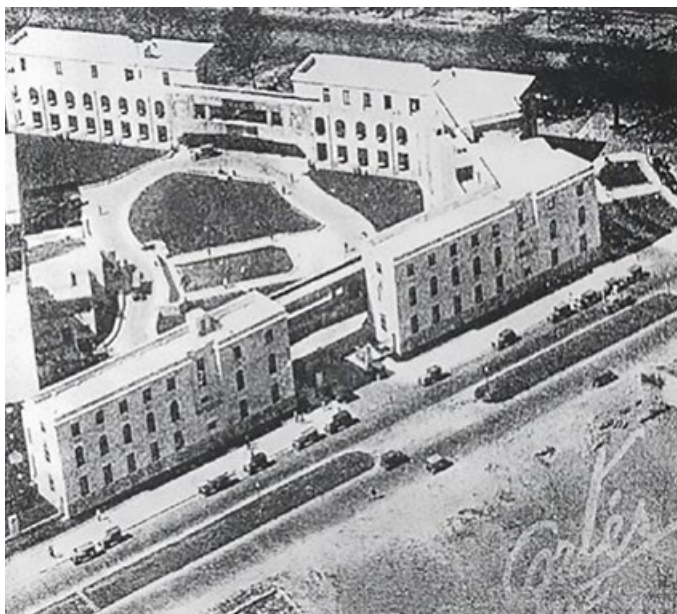
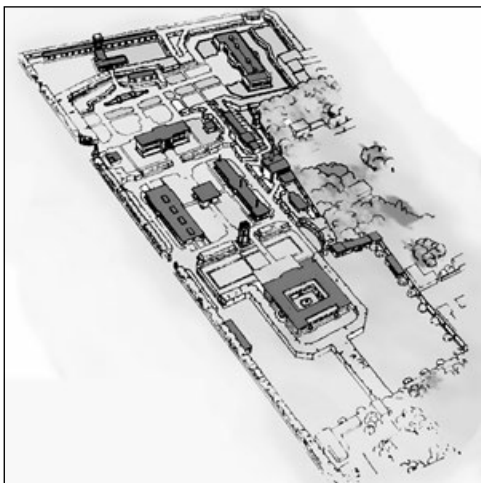


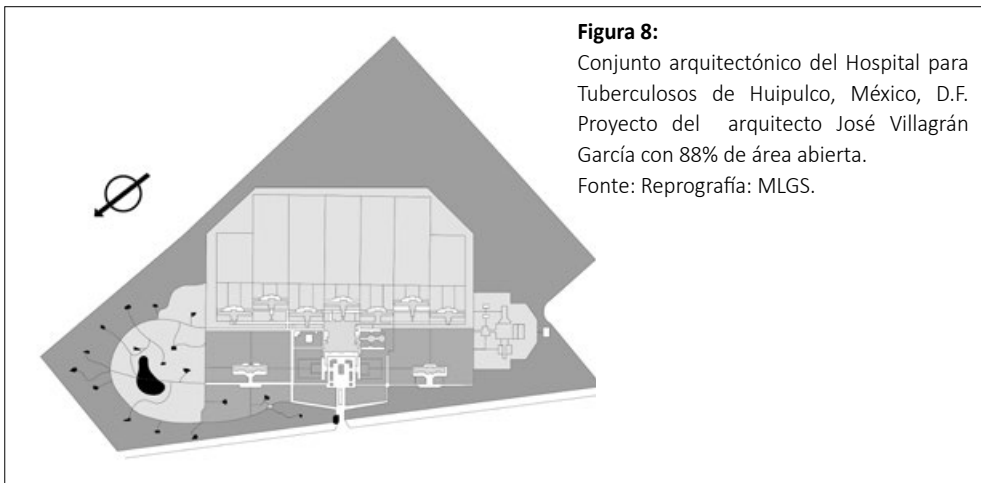
Figura 6: Conjunto arquitectónico del Departamento de Salubridad, ciudad de México.
Fuente: Reprografía: MLGS.

en Huipulco (1929-1940), en donde el arquitecto Villagrán logró articular los pabellones en horizontal, implantando un referente para el momento y un modelo a seguir para muchos de los nosocomios que se construyeron después. Se ubicó en la periferia del sur de la ciudad de México, emplazamiento ideal considerado benigno para la salud, y porque los vientos dominantes provenientes del noreste primero cruzan la ciudad, constituyendo la zona de hospitales, lo que muestra un avance en la planeación urbana. (Figuras 7 e 8).

**Figura 7:**

Conjunto arquitectónico del Instituto de Higiene y Granja Sanitaria en Popotla. Proyectado por el arquitecto José Villagrán García con 70% de área abierta.

Fonte: Reprografía: MLGS.

**Figura 8:**

Conjunto arquitectónico del Hospital para Tuberculosos de Huipulco, México, D.F. Proyecto del arquitecto José Villagrán García con 88% de área abierta.

Fonte: Reprografía: MLGS.

En los primeros años de la tercera década se fue disminuyendo la tasa de mortalidad en la población infantil, gracias a las campañas nacionales de vacunación, de salubridad e higiene, el acceso a los servicios médicos y el apoyo de otros programas como los de alimentación infantil, aglutinados en programas asistenciales muchos promovidos por el Dr. Salvador Zubirán y la planeación urbana promovida por los gobiernos que comprendió la dotación de servicios públicos básicos: red de agua potable, drenaje y electricidad.

LA MODERNIZACIÓN

El tercer momento se dio en el preámbulo de la Segunda Guerra Mundial. La política estatal favoreció el establecimiento de industrias en el país que se multiplicaron en varias regiones, especialmente en la ciudad de México, con ello el empleo y

concentración de trabajadores. Las migraciones de personas y capitales al país se elevaron en ese tiempo, por ello la infraestructura para la salud creció en las zonas con mayor número de industrias, y en los puertos que demandaban mano de obra. De igual manera, la Beneficencia Privada aumentó los servicios médicos y de asistencia social para atender a grupos de extranjeros que se radicaron en el país.

En 1943 se logró aglutinar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, institución que concentró todo lo relacionado con la salubridad y la asistencia. Paralelamente se llevó a cabo y de acuerdo al programa nacional de salud, que promovió el Dr. Gustavo Baz P. el Plan Nacional de Construcción de Hospitales. Arrancó con la construcción de cinco hospitales generales, treinta hospitales generales regionales y seis hospitales generales ejidales, cuatro hospitales generales periféricos y otros servicios menores que se sumaron a otros tantos que se fabricaron en la década de los años treinta, aumentando los servicios de atención médica en sitios estratégicos para el desarrollo de la economía nacional; además se avanzó en la formación del Centro Médico Nacional.

A través del Seminario de Estudios y Técnicas Hospitalarias encabezado por el arquitecto Villagrán García, se definieron las características y los lineamientos específicos para los hospitales; la capacidad del nosocomio dependía del nivel de atención y de la ubicación geográfica. Así, se edificaron obras hospitalarias totalmente modernas para el momento, con los nuevos cánones que dieron fisonomía a la arquitectura contemporánea en el género de la salud en varios estados de la república y siendo referentes de la arquitectura moderna mexicana. (Figura 9)

La conceptualización de los hospitales se transformó, concibiéndolos como sitios para curarse y en donde se debe saber curar. A diferencia de los modelos extranjeros, en México, el servicio estaba ligado a la política estatal cómo una dádiva,

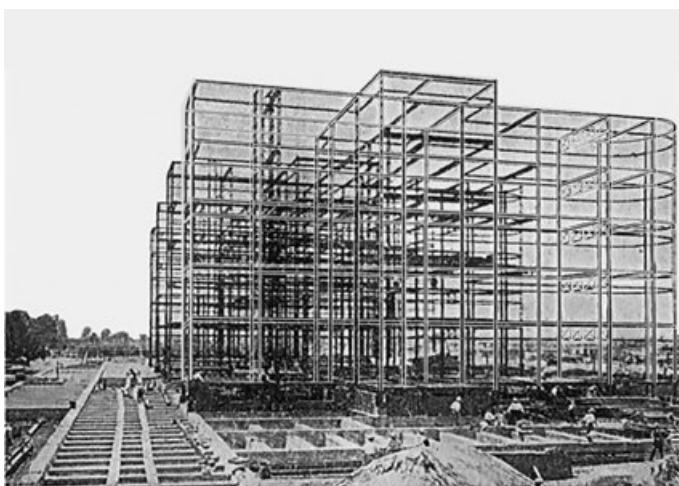


Figura 9:
Sobre la cimentación de concreto armado, se colocó la estructura metálica del hospital del Niño, Ciudad de México, Proyecto del arquitecto José Villagrán García
Fuente: Reprografía: MLGS.

producto de la Revolución, por eso, debían proyectarse auténticamente regionales y nacionales preceptos que se tradujeron en los componentes básicos para el programa arquitectónico para concebir la institución hospital como un todo armónico. En cuanto a las particularidades que el programa arquitectónico debía cubrir, la ciencia médica marcó los lineamientos y los arquitectos ajustaron las necesidades a la idea de modernidad de entonces.

La planeación, proyección y construcción de hospitales debieron considerar mayor número de pacientes, introducir innovaciones tecnológicas y otras novedades, lo que generó a su vez otras condiciones de habitabilidad y funcionalidad transformando cambios sustantivos en el desarrollo del programa arquitectónico y en la composición de los conjuntos hospitalarios, que se dispusieron en la lógica de organizar las construcciones en pabellones verticales articulados. Esto implicaba comprender la estrecha relación entre la arquitectura y el urbanismo, pues los conjuntos nosocomiales se planeaban con el desarrollo de infraestructura básica: vías de comunicación, abastecimiento de agua, redes de drenaje, de electricidad y otros servicios más.

Las circunstancias socioeconómicas de este contexto hicieron viable que fraguaran tendencias y arquetipos futuristas, racionalistas y lógicos, con estructuras funcionales y simples que otorgaron severidad, manifestando la sencillez geométrica. Se importó tecnología en los sistemas constructivos para alcanzar mayor altura y acelerar el proceso de fabricación; salvar claros más amplios en los espacios como simplificando las formas. Los arquitectos interpretaron los aspectos funcionales del servicio dentro de los cánones de la modernidad, condicionados a los logros de la Revolución, no obstante en correspondencia con los avances científicos y tecnológicos.

Los espacios se concibieron multifuncionales expresando la desnudez tecnológica como precepto de verdad y belleza. Aunque los aspectos ambientales se tomaron en cuenta, éstos se redujeron al interior, al igual que las áreas abiertas que incluyeron los estacionamientos; también los espacios al interior se reducían, especialmente las salas de hospitalización, pues se aumentó el número de camas. Así se justificaba la optimización de las comunicaciones verticales y horizontales e incrementaba la altura de los edificios y los metros cuadrados de construcción que formaron parte de los nuevos parámetros de diseño y las directrices proyectuales. El lenguaje funcional fue la panacea para los arquitectos constructores y promotores del racionalismo que se impuso por varias décadas. La funcionalidad y la tecnología se enfocaron la reducción de la arquitectura a uno de sus componentes: al de la construcción.

Se formó un gusto y un valor estético en la idea de una arquitectura fabricada con tecnología de acero, concreto y cristal que era práctica eficiente, conveniente, lógica y accesible; especialmente para espacios de mayor capacidad y altura. Novedades que

deslumbraron a los arquitectos mexicanos, convertidos en paradigmas, los plasmaron en sus proyectos con el ansia de alcanzar la modernidad y convirtiéndolos en las características que se comprendía ser la arquitectura moderna mexicana.

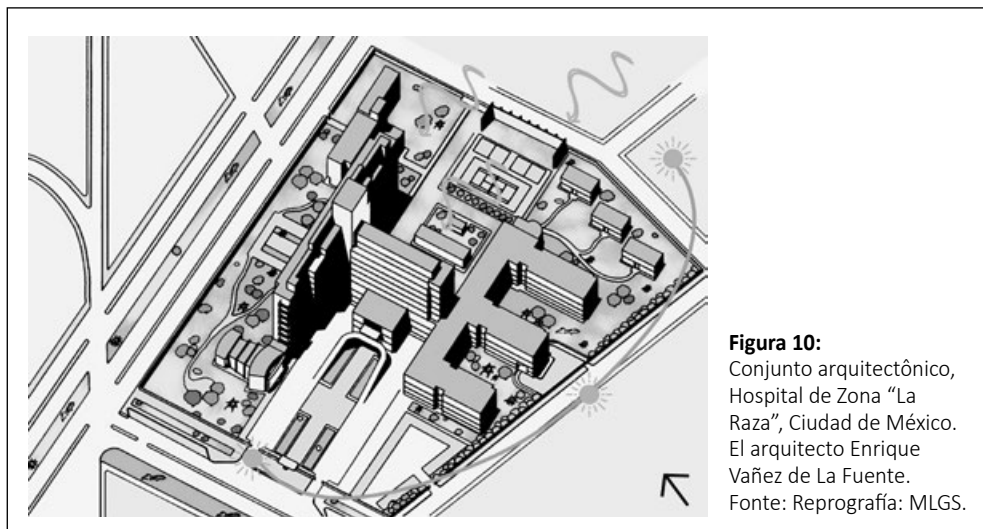
La atención médica se diversificó por sectores. Un organismo que alcanzó mayor cobertura nacional fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se fundó en 1943, descentralizado del gobierno fue destinado a brindar servicio médico a los trabajadores asalariados en el territorio. Desarrolló la planeación del servicio por zonas socioeconómicas y niveles (hospitales y clínicas).

El primer hospital que construyó el IMSS fue el primer Hospital de Zona “La Raza” (1945-1952). Destaca porque se emplazó en la región industrial al norte de la ciudad de México y requería desarrollarse con un programa arquitectónico ambicioso. El arquitecto Enrique Yañez de la Fuente proyectó las instalaciones articuladas de manera vertical, alcanzando la altura de hasta once niveles para las salas de hospitalización, que lo convertía en uno de los edificios más altos y en el reto a construir en un suelo de origen lacustre. Ésta disposición requirió aplicar otra tecnología con eficiencia y lógica; aunque se optimizó las condiciones de habitabilidad por medios naturales, se aprecia la utilización de sistemas electromecánicos para resolver la ventilación e iluminación.

Las alturas de los entrepisos y las ventanas se achaparraron destacando franjas horizontales en la composición de las fachadas, alternadas con muros bajos. La geometría regular de los volúmenes muestra limpieza formal y sencillez compositiva, diferenciando las alturas para dar jerarquía a las funciones. Cada edificio se integra a todo el conjunto, en donde la composición y la secuencia están en relación a la función y eficiencia. En plantas libres sobre losas de concreto armado se organizaron los servicios y la proporción del área abierta con respecto a la de desplante se hizo en equilibrio. Otro aspecto interesante es que el proyecto se concibió incorporando al muralismo a la arquitectura, motivando a que el Movimiento de Integración Plástica en la arquitectura se consolidara, al igual que su mentor Villagrán García, el arquitecto Yañez se convirtió en el otro de los principales constructores de hospitales en México por varias décadas.⁹ (Figura 10)

Cierra éste episodio la construcción del Centro Médico Nacional (capacidad para 4.100 camas de hospitalización) que se expande con construcciones de mayor altura y edificios uniformes. Las diversas composiciones que se experimentaron en los pabellones articulados verticales se van compactando para tender al llamado monobloque que se desarrolló en muchos edificios en las décadas posteriores.

⁹ Entre otros, los arquitectos: Enrique de la Mora, Enrique del Moral y Mario Pani, Antonio Pastrana.



El episodio finalizó al perpetuar a una facción política en el poder que consolidó la institucionalización de la Revolución; los gobiernos se hicieron civiles y la sociedad fue conquistada por una ideología que suponía el progreso; se consumaba el desarrollo del capitalismo en México; no obstante que hubo avances significativos respecto a la atención médica, muchos mexicanos continuaron con desigualdades sociales por las que lucharon en la Revolución.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La arquitectura que surgió de la Revolución tuvo un proceso de transformaciones conceptuales, de aspectos compositivos, formales y tecnológicos que estuvieron en correspondencia a cada uno de los momentos en que se desarrolló el movimiento revolucionario. En el aspecto general, es de reconocer que la Revolución revitalizó el proceso de desarrollo económico y político, pues se removió la estructura oligárquica del porfirismo para dar paso a la renovación de la administración gubernamental, integrando y organizando al campo y a la ciudad para mayor productividad de la mano de obra en el desarrollo de la economía. Con este panorama se comprende que el proceso requirió de múltiples ajustes sociales, entre ellos, formar un sistema nacional de salud con infraestructura hospitalaria necesaria, actualizada al carácter científico-social, particularmente para atender a la población asalariada, lo que hizo que los ideales revolucionarios giraran hacia una política de modernización del país, precisando una cultura nacional de integración para homologar el rezago social en salud.

Lo sustantivo del episodio de la Revolución es que el sistema de salud evolucionó con rapidez, se instruyeron las directrices que sustentaron a los programas

arquitectónicos, basados en los parámetros sociales y científicos que definieron los lineamientos para el diseño de la infraestructura para la salud. Los hospitales, por mucho tiempo fueron planeados, proyectados y construidos con los lineamientos que fijo el Seminario de Estudios y Técnicas Hospitalarias que argumentó al concepto de arquitectura moderna mexicana.

La Revolución Mexicana es un testimonio de cómo los espacios nosocomiales se modificaron no sólo por su relación con la práctica, la atención, la enseñanza y la investigación médica, porque además, la dinámica social condicionó los cambios al considerar a la salud como un derecho, otorgándole el carácter de servicio social. Esta situación favoreció a que los hospitales se actualizaran y se ampliaran bajo los parámetros de la modernidad de entonces. Modernidad que imponía modos de organización administrativa, maneras de curar, métodos de investigación y de enseñanza médica y de construcción. En éste contexto se puede apreciar que la erección de obras arquitectónicas, la ampliación y mejoras en las condiciones físicas de los edificios existentes, así como las modificaciones a las reglamentaciones higiénico-sanitarias, tuvieron el objetivo de contribuir a generar un ambiente sano, a precisar la prevención de enfermedades epidémicas, las derivadas de las condiciones climatológicas, las catalogadas como profesionales en el trabajo industrial o las más recurrentes, y es de reconocer el alcance e impacto que provocaron en la población, respecto de prevención y atención, sobre todo en la disminución del número de muertos, coadyuvando a modificar la esperanza de vida de los mexicanos en un corto tiempo.

REFERÊNCIAS

CREFAL, Fotografías de Lucas López, Pátzcuaro, Michoacán

GONZÁLEZ SERVÍN, María Lilia (Coord.). *Sistema arquitectónico de pabellones en los hospitales de América Latina*. México, DF: FA, UNAM, México, 2012.

_____, *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina*, V. 1, México, DF: FA, UNAM, 2014.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas históricas de México*, Tomo I. México, DF: Instituto Nacional de Antropología e Historia, SEP, 1986.

VARGAS SALGUERO, Ramón (Coord.) *Arquitectura en la Revolución y revolución de la arquitectura*, Historia de la Arquitectura y el Urbanismo Mexicanos. México, DF: UNAM-FCE, 2009.

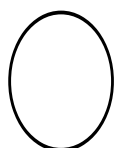
Nosocômios*

Hugo Segawa

* Versão condensada de capítulo da dissertação de mestrado Construção de Ordens, defendida na FAU-USP em 1988.

Em suma, na época presente, o Brasil caminha, em matéria de salubridade, em sentido oposto ao dos tempos coloniais; à incúria e ignorância dos conquistadores, ao atrapalho administrativo dos primeiros tempos de nossa organização política vai sucedendo o necessário cuidado pela saúde pública, sob as luzes do progresso científico; as moléstias infectuosas vão sendo cada vez mais dominadas e cada vez mais se procura colocar o homem no meio higiênico que lhe é próprio, e que as excelências do clima desta terra favorecem abundantemente.

Plácido Barbosa e Cassio Barbosa de Rezende, 1909.



s termos hospedaria, hospício e hospital têm uma origem etimológica comum no latim. Em arquitetura, essa tripla afinidade não se limitou apenas ao étimo.

Hospedarias recebem hóspedes. Em Portugal, a partir do século XI, hospedarias ou albergarias ofereciam abrigo aos peregrinos que buscavam os santuários milagreiros. No entanto, mais do que um simples abrigo, a busca de uma cura em troca de uma promessa muitas vezes fazia das hospedarias locais organizados para acolher e tratar doentes (RUSSELL-WOOD, 1981, p. 6). O hospício era uma “casa religiosa que recebia peregrinos em viagem, sem retribuição” (CORONA; LEMOS, 1972, p. 262]. Em meados do século XIX, Ambroise Tardieu, em seu *Dictionnaire d’Hygiene Publique*, definia-o como “lugares de asilos onde são recolhidos os alienados, os anciãos, as crianças abandonadas, os incuráveis e os enfermos não domiciliados”. Os hospitais, para o mesmo Tardieu, eram “os estabelecimentos destinados ao tratamento gratuito de indigentes atingidos por moléstias agudas” (1862, V. 2, p. 425).

Entre as três casas, a afinidade comum com as doenças e a internação de enfermos, e com a prática ordenadora de seus espaços. Prática, todavia, que não considerava necessariamente entre seus objetivos a cura do paciente, atribuição nova, datada do final do século XVIII. O Oitocentos encontrou termos mais precisos para as instituições: o nosocômio (“cura da doença”) e o manicômio (“cura da mania”).

Esta digressão etimológica nos ajuda a compreender um pouco a origem do hospital, do hospício e da hospedaria em sua roupagem mais rudimentar: a da filantropia social. Na raiz desse humanitarismo, o estoicismo da doutrina cristã a galardoar os fiéis que se dedicassem a minorar os sofrimentos alheios, em obediência aos princípios evangélicos da caridade.

DA PIEDADE COMO NORMA À CURA MEDICINAL: A CLÍNICA

“Minorar os sofrimentos” era o figurino predominante e norteador de inúmeras sociedades de assistência em atividade, sobretudo a partir do século XI na Europa. Epidemias, pragas, fome e guerra foram os flagelos que marcaram a Idade Média e mobilizaram entidades pias que se dedicaram a finalidades hospitalares, preocupadas com o atendimento de pobres nos meios urbanos. Certamente, a mais familiar dessas instituições, para nós, foram as irmandades inspiradas na Virgem Maria de Misericórdia.

Qual era a natureza desse atendimento hospitalar? E o que era a arquitetura hospitalar decorrente? Ao final do século XIX, Julien Guadet tinha uma explicação:

A arquitetura de um momento é a resultante das ideias e do estado social dessa época: naqueles séculos de fé profunda, a finalidade, de fato, da hospitalização, era menos prolongar que consolar a vida dos infelizes; o pensamento dos seus benfeitores era voltado e se voltava mais para a vida futura que a existência presente; tudo era feito pela saúde das almas, não pela dos corpos (GUADET s.d., V. 2, p. 192).

Michel Foucault desenvolveu uma interpretação nessa linhagem:

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 1986, p. 101).

O hospital como espaço terapêutico data do final do século XVIII, sendo contemporâneo ao nascimento da medicina moderna, de natureza científica. E é com uma perspectiva científica que o espaço hospitalar começa a ser investigado. O inglês John Howard (1726-1790), da mesma maneira como procedeu com o seu inquérito sobre as prisões, divulgou suas observações sobre estruturas hospitalares no tratado *An account of the principal lazarettos in Europe*. Em 1789, J. R. Tenon (1724-1816), cirurgião e membro da Academia de Ciências da França, publicou, um ano antes de Howard, seu *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Howard, como Tenon, descreviam em suas obras o estado de conservação dos prédios ocupados como hospitais: suas condições sanitárias, a qualidade das acomodações, das dependências de atendimento, das cirurgias, das enfermarias, a população atendida, reunindo diversas estatísticas e dados comparativos sobre índices de mortalidade, número de leitos, áreas úteis, cubagem de ar etc. (PEVSNER, 1976, p. 152-153; FOUCAULT, 1986, p. 99-100). Uma verdadeira radiografia da estrutura hospitalar ao final do Setecentos visando diagnosticar o espaço do hospital como um vetor maligno na terapêutica das doenças. “O hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças etc.”, observa Foucault (1986, p. 100).

O ESPAÇO HOSPITALAR E O HOSPITAL NO ESPAÇO

A dimensão clínica atribuída ao hospital implicou, necessariamente, a funcionalização de seus espaços voltada à sua transformação em instrumento terapêutico. Não mais a casa pia, lugar terminal do desenganado; doravante, o espaço hospitalar dever-se-ia pautar em função do combate à doença. Mecanismos disciplinares assegurariam a medicalização do espaço hospitalar: vigilância, controle, registro, isolamento. O nascimento da clínica estabelecia um novo poder: a força do saber médico, sentenciando “verdades” em tópicos nunca antes diagnosticados.

Em 1887 o Congresso Internacional de Higiene de Viena formulava algumas proposições básicas, respeitadas como “leis” no final do século XIX:

Declaração obrigatória das doenças infectuosas; isolamento obrigatório em hospitais especiais de todos os indivíduos portadores de doenças infecciosas e que se não possam isolar nos respectivos domicílios.

Necessidade do estabelecimento, em todas as cidades, pequenas ou grandes, ou de um hospital especial, ou de pavilhões isolados no perímetro de um hospital geral.

Os hospitais de isolamento podem ser instalados fora do perímetro das cidades, sem que sejam, entretanto, muito afastados.

Devem, todavia, em qualquer hipótese, separá-los das casas vizinhas, jardins, muros, avenidas, ou extensas plantações (*apud* SEIDL, 1897, p. 8-9).

Ainda na década de 1880, a Sociedade de Medicina Pública e de Higiene Profissional de Paris apresentava as seguintes conclusões para a construção de um hospital padrão para 500 leitos em cidades de 60.000 a 80.000 habitantes:

Deve-se evitar a vizinhança perigosa dos quartéis, oficinas, liceus, as aglomerações de quarteirões populosos. (...) de preferência convém escolher-se para aí assentar-se o futuro edifício, os terrenos graníticos, silicosos ou calcáreos, e deixar de lado, ao contrário, os terrenos de aluvião e, em geral, aquele cujo subsolo seja impermeável, o que produz estagnações de água no solo superficial; rejeitar igualmente os fundos dos vales, as planícies expostas a estagnações de águas. Uma declividade sobre uma colina pouco elevada oferece excelentes condições (*apud* PLANAT, 1888, p. 90-91).

Essas recomendações, corolários de encontros internacionais na penúltima década do século XIX e de manifestações de instituições científicas, anteriormente já eram praticadas em vários pontos do mundo, inclusive no Brasil.

Em 1873 a Câmara Municipal de São Paulo consultava o seu médico, Francisco Honorato de Moura, “sobre a pretensão da Sociedade Portuguesa de Beneficência de edificar um hospital entre a rua Alegre e a Triste”. Em sua resposta, o médico ponderava que era contrário à

seleção de localidade que fez a Sociedade beneficente, porquanto é visível que a rua Alegre é uma daquelas que em decurso de poucos anos terá de ser repleta de edificações. [E que] Se este fato se der como é extremamente provável, achar-se-ia o projetado hospital encravado entre habitações de particulares, o que debilitaria as condições higiênicas exigidas sendo que então igualmente os futuros vizinhos dar-se-ão por incomodados e censurarão a imprevidência da concessão.

E se armava de argumentos:

Tardieu, em seu dicionário de higiene, artigo ‘hospitais e hospícios’, diz que uma das condições de salubridade consiste na seleção de local de sua situação. Tanto quanto possível devem ser construídos em lugares altos e ventilados. Se é útil ter hospitais no centro das cidades, no meio de quarteirões populosos, pela facilidade de transporte dos doentes, é ainda mais urgente que estes estabelecimentos sejam levantados em quarteirões sãos onde se encontram ar e espaço sem agitação e ruído das cidades (MOURA, 1873).

Em 1896, o secretário do Interior do estado de São Paulo solicitava providências em relação ao Hospital dos Lázaros na área da Luz, na capital:

Seja-me lícito lembrar-vos a conveniência da mudança do hospital para lugar mais apropriado, porque o atual hospital se acha em um bairro muito populoso, vizinhando com o quartel de polícia, com um colégio de meninas, com o Recolhimento da Luz, e com uma população que sofre os riscos de tão grande mal (RSISP, 1896, p. 34).

Nesses fragmentos de diretrizes e recomendações, alguns mecanismos disciplinares essenciais eram: o enquadramento sanitário do hospital em relação ao aglomerado urbano, a exclusão dos indivíduos suspeitos de sua condição de saúde, a ênfase à quarentena e a “purificação” do meio urbano mediante o confinamento e controle de focos de doença. Um esquema em que a socialização da medicina introduzia o controle da sociedade sobre a população, quer na defesa da manutenção de uma força de trabalho na estrutura capitalista, quer na proteção das elites contra epidemias originárias das classes mais pobres. Também, noutra perspectiva,

a conquista de direitos sociais, mediada pela interferência estatal, adquire nova conotação: diz respeito ao novo papel desempenhado pelo Estado de classe na manutenção da ordem social capitalista ou, em outros termos, à existência, na base das decisões de natureza política, da dinâmica de relações sociais características do capitalismo. Já não se trata, portanto, de uma resposta a interesses coletivos “comuns”, mas de um processo de acomodação de interesses de diferentes classes sociais diretamente relacionado à continuidade do sistema (DONNANGELO, 1975, p. 6).

O LUGAR DOS HOSPITAIS NO BRASIL

...um hospital não seria construído como qualquer monumento no qual a fantasia e as conveniências pessoais possam dar livre curso. Em um edifício

destinado a receber, cuidar e curar doentes, devem-se observar certas regras, estabelecidas ao longo de séculos de trabalho e de experiência e dos quais é impossível de se considerar sem que a harmonia do todo se ressentia em prejuízo dos hospitalizados. Um construtor pode ser um sábio engenheiro, um arquiteto hábil, um artista distinto e ignorar esta ciência especial [...]. Ora, os erros, nesses casos, são no mais das vezes irreparáveis e suas consequências, acumulando-se durante os séculos...

Casemir Tollet, 1892 [V-VI]

Os nossos primeiros hospitais de atendimento geral não diferiam muito, na sua essência, dos hospitais europeus de ascendência pia, ou seja, derivados da filantropia assistencial inspirada na caridade cristã. Na ação colonizadora portuguesa, a Coroa se ocupou de algumas tarefas estratégicas. Outras, Portugal as atribuiu à Igreja e, entre elas, o assistencialismo hospitalar.

Nessa esteira, até inícios do século XX, a assistência hospitalar no Brasil ficou virtualmente sob a responsabilidade das Irmandades da Misericórdia. Essa associação pia, consagrada em Lisboa, em 1498, detentora de privilégios reais, desenvolveu infatigável trabalho assistencialista ao desembarcar no Brasil com os mesmos propósitos e condições de atuação de sua matriz portuguesa. A criação das Irmandades foi simultânea ou pouco posterior à fundação das principais vilas e cidades brasileiras, constituindo as Santas Casas de Misericórdia em referências obrigatórias na descrição da paisagem de nossos aglomerados urbanos.

Respeitadas e reconhecidas por eclesiásticos e leigos, as Misericórdias sempre mereceram especial deferência de todas as classes sociais e do poder público, beneficiando-se de recursos que instrumentaram a sua ação e formando um incalculável patrimônio material. Daí a marcante presença dos hospitais da Misericórdia na paisagem urbana – usualmente edificações de porte acima do convencional, casario colonial e, eventualmente, rivalizando com a Matriz, com a Câmara e Cadeia ou com o Quartel. A Santa Casa de Misericórdia de Salvador talvez seja o maior expoente das estruturas monumentais da Irmandade no Brasil Colônia.

Evidentemente, não foram todas as santas casas espalhadas pelas vilas e cidades brasileiras que ostentaram tal pujança – a regra talvez fosse outra. A arquitetura dos hospitais das Misericórdias é um tema ainda pouco estudado em seu conjunto (não obstante existirem trabalhos de qualidade sobre algumas irmandades e, na abordagem geral, uma menção à arquitetura como em Russel-Wood (1981). No entanto, é certo que a configuração das edificações hospitalares das Misericórdias, até meados do século XIX, obedeceu aos esquemas inspirados nos blocos claustrais com a igreja dominando a composição do conjunto e em nada incorporando, até essa altura, os conhecimentos acerca das concepções profiláticas orientadoras dos novos hospitais europeus.

Talvez possamos caracterizar a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro como um dos derradeiros grandes hospitais dessa linhagem antiga e, ao mesmo tempo, uma transição para o hospital clínico, conquanto a Corte ostentasse um curso de medicina e cirurgia, parcialmente ministrado nas dependências da Santa Casa.

OS LAZARETOS

A instalação da Corte portuguesa no Rio de Janeiro, em 1808, e a elevação do Brasil à categoria de Reino Unido trouxeram transformações institucionais significativas para a ex-colônia. Dois desdobramentos dessa nova condição que nos interessam, por ora, foram: 1) a criação de aulas de cirurgia na Bahia (1808) e no Rio de Janeiro (1809), estabelecendo as bases dos futuros cursos de medicina e legitimando a atividade médica de natureza clínica no Brasil; 2) a abertura dos portos. O acesso de barcos de bandeiras das “nações amigas” não só providenciava a ida e vinda da preciosa mercadoria como também a livre importação de moléstias contagiosas, epidemias que deixaram enormes sequelas registradas na crônica do Rio de Janeiro e outros aglomerados urbanos de evidência no século XIX.

Em 1809, D. João criava o lugar de “Provedor-mor de Saúde da Costa e Estados do Brasil”,

tendo em consideração o muito que interessava o bem público e o particular de seus fiéis vassalos na conservação da saúde pública, facilmente sujeita a ser alterada por contágio, comunicado por embarcações, passageiros e mercadorias que demandassem o porto do Rio de Janeiro e nos demais do Brasil podendo contaminar a peste e outras moléstias contagiosas (*apud* BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 299).

A quarentena era recurso conhecido para o isolamento de cargas e passageiros suspeitos de conduzirem moléstias contagiosas. Isolamento praticado em hospitais marítimos, estabelecimentos há séculos conhecidos como lazaretos (nome derivado de São Lázaro, patrono dos leprosos e ladrões). O Rio de Janeiro, não obstante ungido com regimento sancionado em 1810 instituindo um regime quarentenário, não abrigou até o último quartel do século XIX uma só instalação adequadamente equipada e caracterizável como um verdadeiro lazareto. Dizia o regimento joanino que

se constituiria um lazareto, onde fariam quarentenas os navios procedentes de portos suspeitos. E enquanto não se edificasse e estabelecesse com a regularidade e forma que conviesse, far-se-ia a quarentena no sítio da Boa Viagem, onde provisoriamente se fariam as acomodações precisas... (*apud* BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 299)

Inúmeras foram as instalações supostamente destinadas a lazareto no Rio de Janeiro, sobretudo a partir da década de 1850. Em comum, a condição provisória e precária

dos seus espaços. É interessante registrar o depoimento sobre a construção do lazareto de Jurujuba, em 1851, no testemunho de seu diretor em 1873, Bento Maria da Costa:

Este hospital [...], construído em uma época em que as frequentes epidemias de febre amarela no porto exigiam a prontificação rápida de um hospital onde fossem tratados os homens do mar por ela acometidos, com o fim de não só socorrê-los com a prontidão possível, mas ainda livrar esta cidade da acumulação de tais doentes em seu interior; e sendo além disso pequenas as quantias decretadas para a sua edificação, devia necessariamente ressentir-se de imperfeições na construção e da falta de meios indispensáveis a estabelecimentos dessa ordem, tanto mais quanto, apenas concluído, o edifício começou a trabalhar e nunca mais cuidou-se em remediar essas faltas, entre as quais mais sensíveis se tornaram a de água dentro do estabelecimento, e de latrinas e banheiros, condições indispensáveis ao serviço regular de um hospital (*apud* BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 321-322).

O Lazareto da Ilha Grande foi o maior estabelecimento hospitalar construído exclusivamente pelo governo imperial, rivalizando enquanto empreendimento ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia e ao Hospício de D. Pedro II. A evidente necessidade da construção de um lazareto desde a chegada da família real só se materializou a partir de 1884, quando a comissão composta por Nuno de Andrade (inspetor de Saúde do Porto), Antonio de Paula Freitas (engenheiro do Ministério do Império) e pelo Barão de Teffé foi incumbida de examinar a melhor localização para o estabelecimento. A escolha recaiu sobre a Ilha Grande, localizada diante do atual município de Angra dos Reis, justificada

por sua distância dos centros de população, pela sua aguada, boa orientação relativamente aos ventos regionais, pela sua área bastante grande, de modo a permitir a construção de edifícios convenientemente separados para passageiros, carga, bagagens, hospitais etc (BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 309).

Entrando em funcionamento no ano de 1886, este complexo hospitalar marítimo teve projeto do engenheiro civil Antonio de Paula Freitas e por muito tempo serviu como o principal lazareto de toda a costa brasileira, até carreando embarcações suspeitas do Nordeste, na ausência de estabelecimentos dessa natureza naquela região.

A costa Nordeste brasileira conheceu um lazareto apropriado com a construção, no litoral pernambucano, do Lazareto de Tamandaré. Originalmente cogitado para a ilha de Fernando de Noronha, onde até se iniciaram algumas obras com essa finalidade, foi um parecer do coronel Antonio Geraldo de Souza Aguiar – chefe da comissão de engenheiros militares encarregados da construção do hospital marítimo – que contemplou definitivamente, a partir de 1893, um dos pontos mais fundos e abrigados da baía de Tamandaré para receber o complexo hospitalar de quarentena e desinfecção reclamado pelo comércio internacional diante da distância que requeria o

deslocamento até o Lazareto do Rio de Janeiro, então o único em condições de atender adequadamente às necessidades (BARBOSA; REZENDE, 1909, v. 1, p. 143). Inaugurada em 1904, após um período de paralisação das obras, a estrutura de atendimento deste lazareto já introduzia novos padrões em relação ao Lazareto da Ilha Grande:

Compõe-se: de um pavilhão de 1ª classe, em duas alas, cada uma com 16 quartos, para acomodações de famílias e 20 para solteiros, além de refeitórios, sala de visitas, cozinha, banheiros e latrinas; de um pavilhão de 3ª classe, em duas alas também, cada uma com capacidade para 60 leitos, além dos cômodos destinados a refeitórios, banheiros, cozinha, latrina; de um hospital de isolamento, afastado 500 metros das outras edificações, construído de madeira sobre pilastras de cantaria a dois metros de altura do solo, com quatro alas iguais ligadas por passadiços cobertos compreendendo quatro enfermarias de 12 leitos cada uma, farmácia, cômodos para residência dos médicos, do farmacêutico e de enfermeiros, para lavatórios, refeitórios, banheiros, cozinha, rouparia e latrinas, e um desinfetório anexo [...] [e outro], comunicando por via férrea com a ponte de desembarque, instalado em vasto edifício de alvenaria de 30 metros de comprimento sobre 18 metros de largura, separado em lado puro e lado impuro...

O lazareto é iluminado a luz elétrica, para o que possui instalação própria, com um motor a lenha ou carvão, de força de 20 cavalos, um dínamo, aparelhos distribuidores etc., e possui uma padaria com motor a gasolina.

...o lazareto compreende ainda a sede da administração, edifício de dois andares, com um mirante para observações e sinais; o almoxarifado, e o edifício destinado aos serviços de correio e telégrafo.

Para enterramento dos mortos existe cemitério afastado dos edifícios do lazareto e ligados a eles por via férrea. [...]

O acesso ao lazareto se faz por meio de uma ponte de desembarque, com guindastes a vapor, e de onde parte uma via férrea comunicando com o desinfetório e as mais instalações do lazareto (BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 143-144).

O Lazareto de Tamandaré, em algumas de suas instalações, já introduzia o padrão dos hospitais de isolamento. Não obstante a importância dos lazaretos fluminense e do pernambucano, prevaleceram ao longo de todo o período monárquico atitudes precárias e provisórias diante da questão da quarentena marítima. Se, aos exemplos do Rio de Janeiro, se juntar o Lazareto de Tatuoca no Pará – construído pelo Estado – e Hospital de Bom Despacho – localizado no porto de Salvador e destinado ao isolamento de enfermos de procedência marítima –, ambos desativados no início do século XX “por não serem necessários”, verifica-se que a questão da epidemia não merecia qualquer enfrentamento sistemático por parte do poder público, registrando-se iniciativas somente por ocasião da notícia de alguma grave enfermidade grassando nos portos europeus. O hospital era encarado como uma instalação sazonal, ao sabor dos ventos

epidêmicos que sopravam sobre nossos portos. Sazonalidade que nunca ensejou outro empenho do governo senão as sucessivas improvisações para acomodar indivíduos infectados em espaços sem nenhuma característica clínica, condição que irá lentamente amadurecer no último quartel do século XIX com a veiculação das ideias acerca dos hospitais de isolamento, exigindo uma arquitetura de características próprias.

ARQUITETURA DA MEDICALIZAÇÃO

O médico Carlos Seidl (1897, p. 7) escreveu no Rio de Janeiro em 1895: “A Tenon coube em França a primazia, na judiciosa proposta (sic) da fundação de um hospital de isolamento moderno, no último quartel do século passado”. J. R. Tenon, como já mencionamos, ao realizar o seu inquérito, publicado em 1789, estabeleceu também as bases funcionais para um projeto hospitalar com o respaldo institucional da Academia de Ciências da França. Todavia, foi o surgimento da microbiologia que permitiu uma melhor fundamentação das soluções empiricamente alcançadas por Tenon. Com o desenvolvimento dos conhecimentos bacteriológicos, sobretudo com Pasteur (1822-1895), a partir da segunda metade do século XIX, boa parte das soluções arquitetônicas desse final do Oitocentos se ampararam e se justificaram a partir de diferentes teorias em discussão.

Livra-te dos ruins ares que te livrarei dos males
Máxima terapêutica, 1888

Em matéria publicada, em 1888, na *Revista dos Construtores* do Rio de Janeiro, temos um testemunho das certezas e incertezas do conhecimento acerca da higiene das construções. Por ocasião da publicação deste artigo, predominava ainda a dita “teoria telúrico-meffítica” concebida por Max von Pettenkoffer (1818-1901):

os organismos vivos, germens de enfermidades, não contagiosas, comunicados ao homem pelo ar, se desenvolvem no interior do solo nos pontos úmidos e ao nível das águas subterrâneas. Quando baixa o nível das águas, ordinariamente no verão, estes organismos se desprendem das partículas terrosas a que se agarram no estado de plenitude vital, e são transportados pelo ar que circula nos interstícios do solo. Deste modo chegam à atmosfera. Se o ar do lugar está parado, eles aí se aglomeram, o contamina e finalmente atingem número suficiente, para que respirado pelo homem esse ar possa originar certas enfermidades. Se ao contrário o ar está batido por correntes numerosas, os miasmas se dispersam em todos os sentidos, se tornam secos, depois de haver percorrido um trajeto mais ou menos longo e perdem a sua ação nociva (RC, 1888, 2(3), p. 45-46)

Esses fragmentos de conhecimento médico-profilático do final do século XIX nos esclarecem as razões de certas proposições disciplinares, tais como o isolamento de portadores de doenças infecciosas em hospitais especiais – os hospitais de isolamento; a segregação do espaço hospitalar no meio urbano e, sobretudo, de vizinhanças populosas; a implantação de hospitais em locais secos e ventilados.

Sentenciava o engenheiro Candido de Araújo Viana de Figueiredo em 1889, na *Revista dos Construtores* (1889, p. 20):

O tratamento de doentes acometidos de moléstias contagiosas em hospitais para isso exclusivamente destinados – é um princípio incontestável de higiene, universalmente reconhecido. [...]. Os hospitais monumentais estão, portanto, fatalmente condenados, e hoje impera em todo o mundo o hospital barraca.

O termo “isolamento”, na presente situação, tinha outra amplitude. Isolamento que se supunha necessário para separar indivíduos acometidos de moléstias e potencialmente transmissores do mal, o isolamento preconizado com o hospital ostentava o componente da segregação absoluta do remediado. As Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro de 1832, citadas por Barbosa e Rezende (1909)¹, já cuidavam de evitar a proliferação de instalações de natureza hospitalar:

Os hospitais públicos ou irmandades, que se acham atualmente nesta cidade, serão conservados, até que possam ser transferidos para lugares mais apropriados. Nenhum particular ou corporações poderá estabelecer em qualquer parte mais hospitais, ou casas em que se recebem doentes a tratar de qualquer enfermidade, sob qualquer pretexto que seja, sem licença da Câmara (Posturas, Seção I, Título V, *apud* BARBOSA; REZENDE 1909, V. 1, p. 38).

Norma profilática, numa época em que a profilaxia não era codificada pela medicina, prudência que se embaralhava com algum corporativismo médico e boa dose de segregação social: quem podia se cuidava com a família, em casa. Pois se, a priori, o hospital era um estabelecimento destinado aos remediados (lembrando a definição de Tardieu do início do capítulo), não é difícil compreender o desprezo com que eram tratados os estabelecimentos hospitalares públicos. À exceção da Santa Casa de Misericórdia, os inúmeros precários e provisórios lazaretos do Rio de Janeiro demonstravam a atitude do governo imperial diante da questão. O Hospital de Santa Bárbara, hospital de isolamento para variolosos, criado em 1882, na ilha do mesmo nome (não se tratava de um lazareto), descrito pelo inspetor geral de Higiene, dr. Souza Lima, em 1891, oferece um parâmetro dos estabelecimentos dessa natureza herdados pela República:

Este hospital [...], aliás bem colocado, em uma ilha da nossa baía, a 20 minutos de viagem em uma lancha a vapor, carece de grandes reparos, se não de uma reforma completa, para que se torne um abrigo higiênico e salubre dos infelizes variolosos, a cujo tratamento é exclusivamente destinado. É um velho edifício com salas e compartimentos de dimensões diferentes, dispostos sem nenhuma ordem, sem nenhum plano, visto

¹ Houve vários códigos de posturas ao longo do século XIX. As citações foram tomadas do livro de Plácido Barboza e Cassio Rezende, 1909, texto que fazia uma resenha das posturas.

como foi um antigo depósito de material de guerra, depois aproveitado em uma emergência momentosa para este novo mister. Ressente-se, pois, ainda de vícios radicais, que o tornam impróprio para uma instalação nosocomial dessa natureza. Em geral, e sobretudo na espaçosa sala, ou antes no vasto saguão que serve a principal enfermaria, o teto é de telha vã, o chão asfaltado e frio, as paredes úmidas, as janelas desprotegidas dos artifícios com que ordinariamente se distribui o ar e a luz e se gradua a ventilação que, naquelas condições, ora é nula, ora é demasiada, e, portanto, prejudicial em ambos os casos. O compartimento que serve de enfermaria particular é uma irrisão, sem nenhum conforto absolutamente para os pensionistas, que apenas se acham assim separados dos outros, das enfermarias gerais, mas quase nas mesmas condições que eles. [...]. A peça que serve de necrotério é simplesmente detestável e repugnante: oferece o aspecto de um quarto imundo ou mesmo de uma privada de estalagem (*apud* BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 284).

A Postura Municipal do Rio de Janeiro de 6 de outubro de 1876 indiciava o posicionamento oficial diante das doenças epidêmicas:

Nos hospitais e casas de saúde gerais, isto é, naqueles em que se recebem doentes de quaisquer moléstias, não podem ser recolhidos doentes afetados de febre amarela, varíola, cólera morbo e de outras moléstias epidêmicas e contagiosas (Artigo 2.790, *apud* BARBOSA; REZENDE 1909, V. 1, p. 216).

Estabelecida a regra, foi somente em 1889, no ocaso da Monarquia, que o Rio de Janeiro conheceria seu primeiro hospital de isolamento, o Hospital de São Sebastião. A construção desse hospital ensejou uma atitude inovadora em busca de uma imagem pública; por ocasião de sua abertura, festejavam Plácido Barbosa e Cassio Rezende em 1909 (V. 1, p. 29):

Foi permitida a visita pública durante três dias, e a imprensa acolheu o hospital com o maior carinho, aconselhando a população que visitasse o novo hospital. Essa lembrança, certamente sugerida pelas autoridades sanitárias, que tinham em vista favorecer o conceito público do hospital e facilitar o isolamento dos doentes, foi o prelúdio da defesa sanitária da cidade.

Todavia, Carlos Seidl, diretor do Hospital de São Sebastião, lamentaria em 1897:

A luta não é pequena para que possamos conseguir aproximarmo-nos do desideratum no assunto. Luta para obter um pessoal adestrado no ingrato mister que tem de executar, para o qual requer-se educação especial e quiçá até certa vocação. Luta para ensinar aos parentes e conhecidos dos doentes, que um hospital de isolamento, a fim de que o seja deveras, não admite visitas a todo o dia e a toda a hora. Luta até para conseguir em tempo os melhoramentos imprescindíveis ao estabelecimento (1897, p. 75).

O hospital pavilhão

O Rio de Janeiro no início da República já contava, não obstante imperfeições lamentadas pelo seu diretor, com um complexo hospitalar relativamente informado acerca dos preceitos sanitários em voga na Europa, sobretudo com a adoção do sistema

pavilhonar. Pois, firmado o princípio do isolamento nosocomial, expressão usual nos anos 1880 para definir um tipo de profilaxia e um tipo de arquitetura baseados na segregação física dos enfermos (tanto no espaço urbano como entre si e em conformidade com a natureza da moléstia), contrapunha-se ou somava-se o novo padrão nosocomial aos hospitais anteriores, conforme defendia Carlos Seidl no final do século XIX:

Já não há mais precisão, nos tempos que correm, de construírem-se grandes templos, monumentos arquitetônicos de pedra e cal, com dois e mais andares, para hospitais. Mais modesto, mais prático, mais vantajoso, mais ligeiro é o sistema moderno das construções hospitalares. Quer o isolamento nosocomial se tenha de fazer em pavilhões anexos aos hospitais gerais, quer em hospitais especiais, basta imitar as boas normas seguidas em tais construções, com grandes vantagens, pelos países da Europa e da América, que têm sabido acompanhar o progresso. [...]. Construídos que sejam hospitais especiais de isolamento para as moléstias apontadas [febre amarela, varíola, cólera, tuberculose, difteria, sarampo, escarlatina e mais algumas], não se faz mister dotá-los de proporções colossais (SEIDL, 1897, p. 95-96).

Propunha-se uma arquitetura móvel, de rápida execução e a baixos custos. O Congresso Internacional de Higiene de Veneza (1887) recomendava que:

...as barracas móveis desmontáveis podem suprir a falta de hospitais de isolamento ou completá-las se preciso for (*apud* SEIDL, 1897, p. 9).

O hospital barraca constituía uma transição para o hospital pavilhonar. Sintetizando bastante o programa estabelecido, em 1883, pela Sociedade de Medicina Pública e de Higiene Profissional de Paris para um hospital de 500 leitos destinado a uma cidade de 60.000 a 80.000 habitantes, um hospital no sistema pavilhonar de finais do século XIX teria as seguintes características básicas:

1. A implantação do conjunto hospitalar deveria ser segregada ou semisegregada de locais populosos e do meio urbano.
2. Um conjunto hospitalar se compunha de três partes: sala para doentes, edifício administrativo e anexos e deveria ser organizado em vários edifícios abrigando cada um as diversas partes de uma estrutura clínica – pavilhões de isolamento, pavilhões de tratamento, enfermaria, banho, desinfecção, lavanderia, cozinha, administração, capela etc. – de acordo com a natureza do atendimento e a complexidade do hospital. Dessas edificações, os pavilhões de isolamento ou tratamento obedeceriam a projetos padronizados em um pavimento (admitindo-se até mais um andar), abrigando 20 ou 30 leitos.
3. Entre as construções haveria áreas livres (da ordem de 25 metros quando construção térrea), evitando a aglomeração e concentração de volumes edificados e assegurando boa ventilação e insolação. Em torno do hospital se reservaria uma faixa de cerca de 15 metros evitando a proximidade de construções das vizinhanças e encerrando o conjunto. Essas áreas livres seriam ajardinadas e arborizadas e serviriam para os doentes passearem.
4. Galerias cobertas de 6 metros de largura interligariam os diversos edifícios, assegurando circulações

protegidas, arejadas e iluminadas, servindo tanto para tráfego geral como para o passeio dos internos. 5. Cada pavilhão disporia de latrina, banho, enfermaria ou sala de médico, dependendo da natureza do atendimento, e estas dependências se localizariam nas extremidades do bloco ou, conforme o caso, dispostas tendo como referência o eixo transversal da edificação. (solução empregada em pavilhões completamente isolados) (cf. TOLLET, 1892, p. 236-240).

No início do século XX, o Pará experimentou a então nova solução, decorrência da epidemia de varíola que se abateu sobre Belém, construindo um hospital barraca em três meses:

Traçou o plano do edifício, de acordo com indicações do governador Dr. José Paes de Carvalho, o engenheiro Luiz Maximino de Miranda Corrêa, que delineou o edifício em três corpos, independentes uns dos outros, ligados apenas por varandas cobertas. No primeiro corpo estão as salas de recepção, aposentos das enfermeiras, capela, farmácia e gabinete do médico; no segundo ficam as grandes enfermarias e suas dependências; no terceiro acham-se os quartos particulares para os doentes pensionistas, sala de refeições, quartos para os criados, cozinha e despensa. O edifício conta com 120 metros de comprimento e 22 de largura; é todo de madeira, pintado a cores claras. À esquerda do hospital existe um desinfetório, como dependência hermeticamente fechada para fumigações, e uma estufa locomóvel, perto da qual está a lavanderia. Este hospital barraca dista do hospital dos amareletos 130 metros, é iluminado a luz elétrica e servido de água canalizada. Esta construção representou uma urgentíssima necessidade, reclamada como vimos desde longos anos, e criminosamente adiada pelo governo monárquico (VIANNA, 1906, p. 35).

Todavia, o hospital era visto com desconfiança:

Combateu-lhe os esforços o obstáculo terrível da oposição do povo; no Pará, talvez por vigorarem ainda as reminiscências das antigas enfermarias, agrupamentos desordenados de enfermos em locais prejudiciais, ou por influência da ignorância, guerreia-se ainda com afinco as medidas profiláticas. Existe ainda a estulta preocupação de esconder o doente para furtá-lo ao isolamento; o povo resiste em seu próprio desproveito e dificulta assim a ação salutar da higiene oficial (VIANNA, 1906, p. 35).

Criticando a finada Monarquia, a República tratava aqui e acolá de organizar um sistema sanitário, esforçando-se pela instalação de equipamentos hospitalares em busca de uma superação da situação herdada do período anterior.

Assim como no Pará, o governo do Rio Grande do Sul também procurou construir isolamentos, todavia implantando uma série de edificações segundo um projeto-padrão de hospital de isolamento em alvenaria (RSOPRG, 1909), baseado certamente nos ensinamentos de Tolle, Guadet, Cloquet ou Planat. Mas foi em São Paulo que se desenvolveram as iniciativas mais concretas, materializando uma política sanitária mais ampla.

A ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA PAULISTA

Passando a estudar o isolamento nosocomial no Brasil, voltamos primeiramente nossas vistas para o próspero estado de São Paulo, ao qual pertence, depois da fundação da República Federativa na nossa pátria, o primeiro lugar em questões de higiene pública.

Depoimento que, partindo do diretor do principal hospital de isolamento do Rio de Janeiro, Carlos Seidl (SEIDL, 1897, p. 16-7), constituía um reconhecimento insuspeito do avanço paulista nesse campo. Avanço num quadro que, definitivamente, demandava uma estruturação adequada para sustentar o incremento da economia agroexportadora fundada no café. O contingente populacional paulista era crescente e necessário no atendimento a esse objetivo, exigindo medidas para a ampliação de mão de obra e, evidentemente, na sua manutenção enquanto força de trabalho. É eloquente o esforço paulista na organização de um sistema imigratório incrementando a população trabalhadora na lavoura.

A questão da higiene pública proporcionou a abertura de diversas frentes de trabalho, ordenadas pela Secretaria do Interior, sobretudo no período em que foi dirigida por Cesário Motta. Os espaços urbanos mereceram deferência enquanto ambiente a serem saneados: na primeira década republicana, uma das grandes prioridades urbanísticas do estado foi a retificação do rio Tietê em seu trecho na capital, com a canalização de afluentes e subafluentes como o Tamanduateí e o Anhangabaú. A canalização de cursos fluviais em trechos urbanos configurou uma das obras mais marcantes em inúmeros municípios paulistas, principalmente naqueles onde a incidência de epidemias recomendava a eliminação desses focos “causadores” de doenças. Nas grandes cirurgias hidrográficas – que consumiram, às vezes, décadas e décadas de esforços e recursos – as paisagens urbanas sofreram metamorfoses morfológicas e fundiárias cujos desdobramentos até hoje confundem a organização territorial dessas áreas lindeiras subtraídas dos antigos meandros hídricos.

As águas dos rios que, em seu curso natural, poderiam ser domesticadas com canalizações, mediante esse recurso também passariam a servir ao homem: do suspeito manancial dos chafarizes e fontes, disseminados no tecido urbano dos aglomerados, o abastecimento doméstico de água seria realizado por uma rede de distribuição domiciliar, tornada obrigatória por lei de 1900 (nº 758) no perímetro urbano paulistano atendido por canalização. Desde 1888, funcionava a Companhia Cantareira de Esgotos, iniciativa particular encampada em 1892 pelo governo do estado e responsável pela construção da rede de abastecimento de água e de esgotos da capital. Desapropriações de terrenos para construção de reservatórios e dependências foram iniciativas correntes na época em decorrência da implantação desse serviço público. A cidade de Santos contou com a City of Santos Improvements, com capital estrangeiro, assim como inúmeras cidades

do interior paulista contaram com a ajuda do governo do estado para implantarem suas redes de abastecimento e esgoto. Nesse tocante, Santos, por sua posição estratégica no corredor de exportação agrícola, mereceu especial atenção das autoridades estaduais com a criação da Comissão de Saneamento de Santos, em 1892.

O combate às epidemias e doenças em geral contou com uma poderosa tropa de choque: instituições de pesquisa (Instituto Bacteriológico, Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas e Laboratório Químico e Farmacêutico, criados em 1891), de produção de vacinas e soros (Instituto Vacinogênico, criado em 1891; Instituto Serunterápico, criado em 1901 e instalado definitivamente na fazenda Butantã em 1914; Instituto Pasteur, criado em 1903), de monitoria (Seção de Estatística Demógrafa-Sanitária, criada em 1893), de policiamento (Serviço de Desinfecção, sediado nos desinfetórios centrais como o de São Paulo, criado em 1893, ou o de Campinas, em funcionamento em prédio próprio em 1897; Inspeção de Amas de Leite, de 1905, e Seção de Engenharia Sanitária, criada em 1911) e os espaços de terapêutica e profilaxia (hospitais de isolamento, Seção de Profilaxia e Tratamento de Tracoma, criado em 1906, e a reorganização do Hospício de Alienados) – tudo sob o comando (à exceção do Hospício) da Diretoria do Serviço Sanitário, subordinada à Secretaria do Interior. Evidentemente, ao longo de toda a Primeira República o organograma do Serviço Sanitário amoldou-se segundo as contingências: reformas nessa estrutura foram realizadas em 1893, 1896, 1906, 1911, 1917 e 1925. O Código Sanitário, carta fundamental e orientadora de toda a ação oficial na questão sanitária, conheceu sua primeira versão em 1894; revisões técnicas procuraram atualizar seu conteúdo em 1911 e 1918, preservando, no entanto, o essencial de seu conceito (LEFEVRE, 1937, *passim*; MASCARENHAS, 1949, *passim*).

Esse arcabouço médico-sanitário era uma lenta gestação em direção à medicalização do espaço. A ação médica não mais se dirigia sobre o doente – para evitar a morte –, mas, ao se diagnosticar um novo quadro, traçava-se uma nova estratégia: obstruir a propagação do mal, controlar a doença no âmbito da sociedade. “No momento em que, pela primeira vez, se pensa em prevenção e se organiza um dispositivo para realizá-la, a medicina situa as causas da doença não no próprio corpo do doente, mas naquilo que o cerca, em sua circunvizinhança, no meio ambiente” (MACHADO *et al.* 1978, p. 248). A medicina passa a exigir o conhecimento de uma série de outras disciplinas para a realização de seus objetivos. O exame do ambiente reclamava métodos auferidos da geografia, da geologia, da física, da estatística etc. O controle de doenças na sociedade, questão vital para a segurança do Estado, exigia a constituição de autoridades para a vigilância e supervisão de indivíduos e populações, impondo normas e comportamentos com o objetivo de preservar a saúde pública. A medicina responsabilizava-se então por traçar as estratégias adequadas e racionais para essa operação: configurava-se como

um poder político, estabelecendo “medidas específicas capazes de prevenir a saúde da população”, indispensáveis para o exercício do poder do Estado.

A organização das práticas sanitárias no Rio de Janeiro do século XIX, introduzidas com a chegada da família real portuguesa, inseriu-se nessa dimensão política da medicina (cf. MACHADO *et al.*, 1978, *passim*). Todavia, foi com a República que essas práticas se alçaram a um padrão de requinte, possível com a instrumentação que a ciência proporcionou em suas iniciativas de saneamento urbano e social. Emblemática disso foi a gestão de Pereira Passos como prefeito do Rio de Janeiro no início do século XX com a abertura da avenida Rio Branco e a campanha comandada por Oswaldo Cruz para a erradicação da febre amarela. Em São Paulo, a oligarquia cafeeira organizou no alvorecer da República uma estrutura de polícia médica e controle sanitário: o palmilhamento territorial mediante unidades sanitárias no interior e na capital, conforme arsenal de instituições anteriormente referidas. Ação de saneamento sobre o ambiente, vetor etiológico passível de “controle científico” a partir da perspectiva pasteuriana da doença, codificada na bacteriologia (cf. MASCARENHAS, 1949, *passim*; MERHY, 1983, *passim*).

A organização do Serviço Sanitário, em 1893, ensejou a criação de uma rede de hospitais de isolamento no estado de São Paulo. O começo disso se deu com a nomeação de comissões para escolha de local e fiscalização de obras em vários municípios do interior do estado e na construção da unidade da capital. Esta se situava “muito adiante do Cemitério da Municipalidade”, no alto da Consolação, em direção a Pinheiros, numa respeitável distância dos aglomerados significativos. Essa ordenação territorial inicial condicionou a concentração de equipamentos de saúde e correlatos e necrópoles na região ao longo da primeira metade do século XX. O Hospital de Isolamento era vizinho do Hospital de Variolosos, herança do período monárquico e teria como vizinho, a partir de 1896, o Instituto Bacteriológico. Devem-se o projeto e a construção do hospital, iniciada em 1893, a Theodoro Sampaio. O Isolamento foi organizado com pavilhões separados para diversas moléstias, bem como pavilhão de observação, dois pavilhões para administração e portaria, desinfetório, cozinha, lavanderia a vapor e contava ainda com luz elétrica gerada mediante motor de “6 cavallos” e crematório: “...duas modernices (na frase irônica dos retardatários do progresso e da ciência) de grande alcance, desconhecidas nos hospitais da Capital do Brasil”, no testemunho de Carlos Seidl em 1895 (1987, p. 17).

“ANTECÂMARAS DA MORTE”

Se o Isolamento da capital era merecedor de aplausos, o mesmo não se sucedeu com os congêneres no interior do estado, reclamava o secretário do Interior em seu relatório de 1897:

Os hospitais de isolamento de Campinas, Limeira, Rio Claro, Araraquara, Jaú, Pirassununga, Descalvado, Mogi Mirim, e Casa Branca, com exceção do primeiro, são todos do mesmo tipo, e em sua maioria carecem de retoques que os coloquem ao nível das necessidades do regime hospitalar, como o requer o tratamento de moléstias transmissíveis. Quase todos ficaram por demais afastados da cidade, e com estradas mal conservadas que muito lhes dificultam o acesso. Nestes estabelecimentos, a carga das municipalidades, o asseio e a conservação são, de ordinário, coisas deficientíssimas. Permanecem fechados quase todo o tempo em que não há epidemia, sem um pessoal residente para zelar lhes as construções e o mobiliamento quase sempre escasso e ruim (RSISP, 1897, p. 17).

Mais que um problema administrativo, o secretário Dino Bueno atribuía o problema à arquitetura, ao sistema construtivo, numa longa e queixosa avaliação:

Dadas as nossas condições de clima e as dificuldades de conservação dos edifícios e suas respectivas instalações, a ideia das construções rústicas, provisórias, ou improvisadas para o fim único de servir numa determinada época epidêmica, não podia ser adotada. Os hospitais de campo, ou os hospitais barracas, por melhor que seja o tipo ideado, construídos de madeira, ou mesmo de lona, além de saírem dispendiosos não atendem jamais às especialíssimas condições que os nossos hospitais estão sujeitos por efeito dessa invencível repugnância da população pelo tratamento em comum e fora da família. O hospital de isolamento de Campinas, no Fundão, construído de madeira, à imitação dos hospitais barracas, aí está como o mais frisante exemplo do que se pode esperar de tais ensaios.

E enfatizava a “invencível repugnância”:

Dessa mesma assinalada repugnância não escapam os próprios hospitais de isolamento, construídos de alvenaria, de três anos a esta parte [o relato é de 1897]. Por isso, o povo que não sabe discernir entre a intensidade ou virulência do flagelo e a excelência do tratamento, diante do obituário que tais hospitais acusam, designou-os por antecâmaras da morte. Seria erro insistir nas construções provisórias deste gênero. Aos que lutam com as dificuldades da polícia sanitária não é estranho esse sentimento de aversão que o povo do interior não esconde em se lhe apontando o tratamento em qualquer dos nossos hospitais de isolamento. Os próprios hospitais para moléstias transmissíveis nesta capital, construídos na mais aprazível das situações, com todos os melhoramentos que a ciência sanitária aconselha, estabelecimento que se pode considerar modelo no seu gênero, não escapam tampouco a essa aversão ou repugnância invencível que tantos males acarreta à população. Queixam-se invariavelmente os diretores destes hospitais de que os doentes, levados de preconceitos só tardiamente se removem, resultando disso a maior propagação do contágio e a perda de vidas por efeito de uma medicação já fora do tempo. Cumpre, pois, melhorar os hospitais de isolamento existentes em algumas localidades do interior e em Santos, de modo a reabilitá-los na confiança pública (RSISP, 1897, p. 27-28).

“Reabilitar” não parecia ser o termo mais adequado diante do quadro descrito: as constatações assinaladas por Dino Bueno registravam hábitos há muito arraigados, como já verificamos no Pará e no Rio de Janeiro. Na realidade, os hospitais buscavam uma “habilitação” perante a população. Fazer as instalações sanitárias funcionarem apenas em ocasiões de epidemia em muito reforçava a aversão por essas dependências, sintomaticamente acionadas quando pairavam ameaças irreversíveis. Não era gratuita a alcunha “antecâmara da morte” num espaço que herdava toda a pesada significação de local terminal para os doentes, à maneira da “busca da redenção” própria dos hospitais não medicalizados, anteriores ao século XVIII. Estigma a ser superado e credibilidade popular sendo perseguida mediante campanha de imprensa, tal como sucedeu com o Hospital de São Sebastião do Rio de Janeiro, em 1896, ou pelo ímpeto reformador da administração paulista na passagem do século XIX para o XX. Essa habilitação perante a população, os hospitais das Santas Casas de Misericórdia já ostentavam. Neles, valia mais a tradição sedimentada ao longo de séculos de assistencialismo filantrópico, catalisador de uma imediata associação entre a instituição e seu objetivo precípuo: o atendimento hospitalar. E não importando, necessariamente, a natureza desse atendimento. Não é à toa que o governo paulista subsidiava hospitais de misericórdia a título de “estabelecimentos de caridade” em diversos municípios no início da República (São Paulo, Santos, Campinas, Taubaté, Bananal, Sorocaba, Ubatuba, Tatuí, Jacareí, Piracicaba, Lorena, Casa Branca e Pindamonhangaba [RRESP, 1894]), reforço estratégico para a questão da saúde pública, talvez obstaculizando uma ação oficial mais consequente posto a influência da tradicional instituição com desdobramentos nos interesses e nos mandonismos locais.

Mais ambiciosa foi a proposta resultante das transformações operadas na reforma sanitária de 1896: o Plano de Organização do Serviço Sanitário no interior, baseado na implantação de uma estrutura arquitetônica denominada “Estação Sanitária”. A localização dessas Estações no território paulista obedeceria aos seguintes critérios:

1º Preferir as linhas férreas, como veículos que são mais diretos e acelerados para a transmissão do contágio, para à margem delas assentar as estações sanitárias, destinadas ao tratamento e distribuição de recursos.

2º Nas linhas férreas, escolher para sede das estações sanitárias as localidades consideradas focos, isto é, as mais frequentemente flageladas pelas epidemias, e destas localidades preferir as que estivessem nos entroncamentos da rede ferroviária.

3º Proporcionar os recursos e instalação da estação sanitária à importância da localidade e à possibilidade de atender a mais de uma localidade vizinha. (RSISP, 1897, p. 25).

A construção de algumas Estações Sanitárias, minuciosamente viabilizadas numa justificativa contida no relatório do secretário do Interior, foi iniciada, em 1896, em vários pontos do estado de São Paulo.

A CRÍTICA AO SISTEMA DE PAVILHÕES (À GUIA DE CONCLUSÃO)

O sistema por pavilhões tem tido a seu favor sobretudo a ideia de que ele suprime todo o risco de contágio. O aspecto do hospital é mais agradável; a disposição das salas é frequentemente mais prática, as ampliações são mais fáceis. Nas edificações em andares podemos censurar as dificuldades de manutenção (escadas, elevadores), as idas e vindas pelos corredores entre as salas, uma maior dificuldade de aeração e iluminação, os vai e vem nos corredores diante dos quartos dos doentes, a circulação difícil de doentes paralisados ou operados em caso de incêndio ou de pânico. Os doentes não podem facilmente se beneficiar de jardins; é verdade que pode-se, a exemplo dos americanos, estabelecer “aériums” e jardins sobre as cobertas, acessíveis por elevadores; mas esta solução é cara.

Esta candente defesa do hospital pavilhão podia ser lida numa décima edição do manual *Hygiène hospitalière*, de Louis Martin e Dujarric de la Rivière, datado de 1927 (35-6). Mais que a justificação de um princípio, ela se constituía num esforço final para sustentar uma solução hospitalar em franca contestação, sobretudo por conta dos novos encaminhamentos trazidos à luz pela bacteriologia e pela epidemiologia. No início do século XX, observações científicas contrariavam as explicações difundidas por teorias como a “telúrico-mefítica” ou “da imundície”, orientadoras de inúmeros procedimentos profiláticos e terapêuticos condicionadores do projeto arquitetônico. O fato é que caía por terra a convicção de que o contágio infeccioso se fazia por intermédio do ar: reconhecia-se que os principais vetores de contágio eram os seres vivos e não os locais ou os objetos inanimados – era a chamada “transmissão por contato”.

Quando Martin e La Rivière defendiam a solução pavilhonar, Vicente Licínio Cardoso já propagandeava os novos conceitos no Brasil, em 1927:

A ideia dominante nos centros norte-americanos é que a técnica da enfermagem asséptica constitui garantia por excelência do êxito hospitalar, de pouco servindo o isolamento e a separação, rigorosamente estabelecidos entre os edifícios (pavilhões), se as enfermeiras não estiverem educadas, de acordo com os ensinamentos profissionais modernos. Assim, a construção hospitalar atravessa inegavelmente um ponto característico de sua evolução, podendo-se afirmar que o hospital do século XX é, de fato, diverso daquele criado nas duas últimas décadas do século XIX. Hospitais novos tornaram-se, por assim dizer, repentinamente velhos, bem como as teorias que haviam defendido a elaboração dos seus projetos (CARDOSO, 1927, p. 117).

Definia-se uma nova tendência de arquitetura hospitalar: em contraponto ao sistema espreado dos pavilhões, os americanos, sobretudo, desenvolve-se o sistema

de hospitais em vários pavimentos, organizando blocos verticalmente agrupados com circulação horizontal definida segundo conveniências funcionais de acordo com a natureza do programa clínico. Não mais se justificava a segregação espacial atribuída ao hospital pavilhonar. O novo hospital devia ser compacto, próprio para conviver com o meio urbano, onde o custo da terra inviabilizava ocupações horizontais mais generosas. A dispendiosa infraestrutura de vigilância, transporte de alimentos, instalações hidráulicas, elétricas, de esgoto, sistema de desinfecção etc., inerentes ao padrão pavilhonar, simplificava-se e racionalizava-se na estrutura vertical dos blocos.

Num intervalo de tempo relativamente curto, a obsolescência atingia uma solução arquitetônica lentamente amadurecida desde o final do século XVIII. O isolamento nosocomial, peça-chave no discurso médico ao longo de todo o século XIX, fora contestado e, afinal, derrubado diante das evidências científicas auferidas no início do século XX, sugerindo então novas proposições acerca da organização espacial do hospital.

O reconhecimento da significação e da importância da ordenação do espaço hospitalar foi a grande contribuição do século XVIII, definindo toda uma estratégia médica na transformação do hospital purgatório, de origem medieval, para o hospital clínico, de sustentação científica, numa lenta evolução cujo estágio de desenvolvimento, hoje, encontra suas bases projetuais nos hospitais norte-americanos de organização vertical, mas cujos antecedentes históricos, enquanto sistematização de um conhecimento em busca de um espaço terapêutico, remontam ao bucólico hospital pavilhão.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P.; REZENDE, C. B. de. *Os serviços de saúde pública no Brasil – especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907* (esboço histórico e legislação). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.

CARDOSO, V. L. *À margem das arquiteturas grega e romana e princípios gerais modernos de higiene hospitalar e sua aplicação ao Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typographia do Annuario do Brasil, 1927.

CORONA, E., LEMOS, C. A. C. *Dicionário da arquitetura brasileira*. São Paulo: EDART, 1972.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FIGUEIREDO, C. de A. V. de. Higiene nosocomial: hospitaes de moléstias contagiosas. *In: Revista dos constructores*. Rio de Janeiro, V. 3, nº. 1, p. 20-22, fev. 1889.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

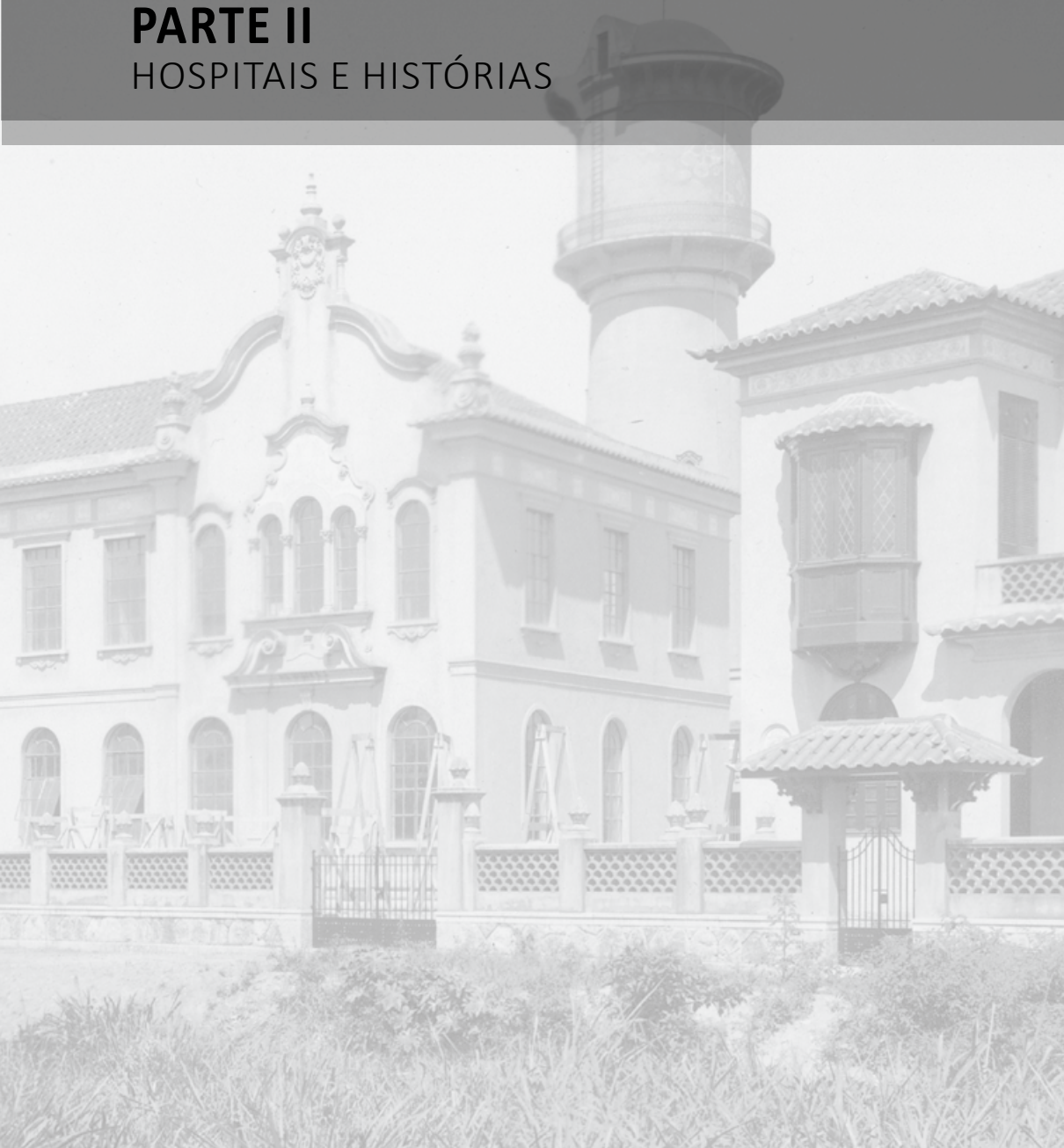
GUADET, J. *Éléments et théorie de l'architecture*. Paris: Librairie de la Construction Moderne, s.d. 4 V.

LEFEVRE, E. *A administração do estado de São Paulo na República Velha*. São Paulo: Typ. Cupolo, 1937.

- MARTIN, L.; LA RIVIÈRE, R. D. de. *Hygiène hospitalière*. Paris: Librairie J.-B, Baillièere et Fils, 1927.
- MASCARENHAS, R. dos S. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. 1949. Tese (Livre-docência em Saúde Pública) – Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.
- MERHY, E. E. *A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 1983. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.
- MOURA, F. H. de. [Ofício de 20 de janeiro de 1873 encaminhado ao presidente e membros da Câmara Municipal de São Paulo]. *Obras particulares - Papéis Avulsos 1870-73*. p. 307-9. E-1-1/AaG/I.J.L.M./P.T.V. Arquivo Histórico Municipal Washington Luis.
- PEVSNER, N. *A history of building types*. London: Thames & Hudson, 1976.
- PLANAT, P. Higiene nosocômial: a construção de hospitaes. *Revista dos constructores*, Rio de Janeiro, V. 2, nº 6, p. 90-92, ago. 1888.
- RELATÓRIO apresentado ao cidadão Dr. Cesario Motta Junior, Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo: pelo Diretor da Repartição de Estatística e Archivo, Dr. Antonio de Toledo Piza em 31 de julho de 1894. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger, 1894 [RRESP].
- RELATORIO apresentado ao Sr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negocios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do “Diario Official”, 1897 [RSISP].
- RELATORIO apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de março de 1896 pelo Secretário de Estado dos Negocios do Interior e Instrucção Publica Alfredo Pujol. São Paulo: Typographia do “Diario Official”, 1896 [RSISP].
- RELATORIO da Secretaria de Estado dos Negócios das Obras Públicas apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Carlos Barbosa Gonçalves Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Secretário do Estado Candido José de Godoy em 27 de agosto de 1909. Porto Alegre: Officinas Graphics da “Livraria Globo”, 1909 [RSOPRGS].
- REVISTA DOS CONSTRUCTORES. Rio de Janeiro, V. 2, nº. 3, p. 45-46, 1888.
- RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.
- SEIDL, C. *O isolamento nosocomial* (estudos de hygiene publica). Rio de Janeiro: Typographia Besnard Freres, 1897.
- TARDIEU, A. *Dictionnaire d’hygiene publique et de salubrité: ou repertoire de toutes les questions relatives a la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les subsistences, les épidémies, les professions, les établissements et institutions d’hygiene et de salubrité, complété par le texte de lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s’y rattachent*. 10. ed. Paris: J.-B. Baillièere et Fils, 1862. 2 V.
- TOLLET, C. *Les édifices hospitaliers depuis leur origine jusqu’à nos jours*. Paris: [s. n.], 1892.
- VIANNA, A. *As epidemias no Pará*. Pará: Diario Official, 1906.



PARTE II
HOSPITAIS E HISTÓRIAS



Hospitais, higiene e microbiologia no Rio de Janeiro:
uma incursão histórica sob a ótica de Oswaldo Cruz

Jaime Larry Benchimol e Renata Soares C. Santos



BREVE PANORAMA DOS HOSPITAIS PAVILHONARES NA CAPITAL BRASILEIRA

No começo do século XIX, os edifícios hospitalares começaram a se adequar à chamada “arquitetura pavilhonar”, programa que teve origem na França a partir de denso debate suscitado pela reconstrução do Hôtel Dieu, antiquíssimo hospital destruído por um incêndio, em 1772. As memórias redigidas pelo relator da comissão formada pela Academia de Ciências de Paris, o cirurgião Jacques René Tenon, firmaram princípios que influenciariam a arquitetura hospitalar até o começo do século XX. Derivaram esses princípios da constatação de que os hospitais existentes eram estruturas caducas no tecido urbano. Junto com outros espaços de aglomeração humana, tais como prisões, casernas e habitações coletivas, ou de amontoamento de cadáveres – cemitérios e matadouros, por exemplo –, os hospitais eram produtores de doenças. Para Tenon e outros reformadores, eles tinham que se transformar em máquinas de curar e, para isso, seria necessário canalizar racionalmente a circulação de fluidos, objetos e corpos. A circulação do ar ocupava lugar central no desenho do novo equipamento, pois era encarado como o principal propagador dos miasmas destilados pelos corpos doentes e por todas as matérias em putrefação, dentro e fora do hospital. O conceito difuso de miasma, que remonta ao *corpus* hipocrático, combinava-se com as descobertas de Lavoisier – membro também da comissão – sobre o papel do oxigênio e do gás carbônico na fisiologia da respiração. A restauração da saúde passou a requerer a renovação do ar segundo correlações rigorosas entre as necessidades de cada organismo e a unidade espacial por ele ocupada.¹

Em 1823, um ano depois de o Brasil separar-se de Portugal, foi formada uma comissão para investigar prisões, conventos e estabelecimentos de caridade do Rio de Janeiro, então a capital do Império brasileiro. Tendo como referência os preceitos de Tenon, essa comissão apresentou um quadro do hospital da Santa Casa da Misericórdia semelhante ao do inquérito parisiense sobre o Hôtel Dieu. A construção do novo Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia (1840-1852) coincidiu com a construção de um hospício para alienados (1841-1852) em outro ponto da cidade, a Praia Vermelha, obedecendo também à estrutura pavilhonar. Ambos eram grandes construções, contemporâneas ao Hospital Lariboisière, de Paris, inaugurado em 1854, e tido como o modelo do sistema de pavilhões isolados. Outros hospitais da cidade mantiveram o padrão tradicional das construções compactas, com maior ou menor imponência

¹ É farta a literatura sobre a história dos hospitais e sobre a arquitetura pavilhonar, mas o tema ganhou relevância acadêmica com a publicação do trabalho de Foucault e colaboradores, em 1976 (Foucault *et al.*, 1976; ver também Foucault, 1984).

conforme a riqueza das ordens religiosas e irmandades responsáveis por sua construção ou manutenção. É o caso do Hospital Real Militar, instalado em 1859 no antigo Colégio dos Jesuítas, no alto do morro do Castelo, e do Hospital Central da Marinha, que ocupou, em 1834, a antiga fortaleza na ilha das Cobras (ARAÚJO, 1982; ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA, 1922; BENCHIMOL, 2010, p. 160-179; PORTO *et al*, 2008).

Os lugares que prestavam assistência médica à população daquela cidade medularmente cindida em senhores e escravos estavam mais ou menos próximos ao morro do Castelo e à orla onde, quatro séculos antes, emergira a povoação do Rio de Janeiro.

Ao longo do século XIX, na França e em outros países, houve um aumento considerável no número de hospitais gerais e, logo, de hospitais especializados nos centros urbanos em expansão, bem como um deslocamento irreversível do caráter dessas instituições, que se organizavam, de fato, segundo estratégias médicas e terapêuticas bem definidas. Os hospitais tornaram-se os lugares por excelência de acumulação do saber médico. Mas a permanência de índices elevados de infecções e mortes manteve aceso o debate acerca desses espaços, imputando-se os seus defeitos principalmente à influência do ar confinado, objeto de repetidas e minuciosas medições.

Os médicos, tanto quanto (ou até mais que) os engenheiros e os arquitetos, pontificavam sobre a construção de hospitais e outros tipos de imóveis então associados à produção de doenças. Nos tratados de higiene encontram-se formulações detalhadas sobre características geológicas e ambientais do terreno, localização e capacidade do hospital, distribuição, dimensões e cubagem dos pavilhões, tipos mais adequados de janelas e outros sistemas naturais de aeração, mecanismos engenhosos de aquecimento, ventilação e iluminação, aparelhos sanitários e instalações hidráulicas etc.²

A fabricação e exportação desses equipamentos e de materiais de construção, especialmente os artefatos de ferro usados nas edificações em geral, constituem uma dimensão da segunda Revolução Industrial – a das ferrovias e navios a vapor –, que, em meados do século XIX, consagrou o poderio mundial da Inglaterra e teve no Brasil outras dimensões: fim do tráfico negreiro, consolidação do Estado nacional, expansão das atividades agroexportadoras, crescimento das cidades portuárias e da imigração para elas, o que redundou no agravamento da situação sanitária das mesmas, em particular do Rio de Janeiro, constituindo a febre amarela problema dos mais graves justamente por incidir fortemente sobre os imigrantes (BENCHIMOL, 1999b; CHALHOUB, 1996).

Apesar da formação de novos bairros residenciais ou fabris à margem das estradas de ferro e das linhas de carris (bondes), a área central do Rio de Janeiro era aquela em que se condensavam de forma mais crítica as contradições entre as antigas estruturas

² Ver, por exemplo, a *Encyclopédie d'Hygiène et de Médecine Publique*, dirigida por Jules Rochard, livro V: *Hygiène Hospitalière et Assistance Publique* (Napias e Martin, 1893).

e as novas relações capitalistas que se enraizavam no espaço urbano. Uma multidão heterogênea e flutuante residia e labutava em suas ruas estreitas, congestionadas, onde irrompiam todos os anos epidemias mais ou menos mortíferas, conforme a sinergia biológica e social dos viventes que se concatenavam no curso de cada doença.

Espasmodicamente, nas crises epidêmicas, abriam-se lazaretos e enfermarias provisórias em várias paróquias e distribuíam-se médicos por elas para socorrer os mais pobres. Os que se ocupavam da higiene pública situavam as causas das doenças infecciosas no meio ambiente – tanto o ambiente natural, considerado hostil à “aclimatação” do europeu, como o ambiente urbano criado pelo homem. Os pântanos e os espaços onde se aglomeravam as pessoas – especialmente os pobres e os doentes – eram encarados como fermentadores ou putrefatórios a liberar nuvens de gases pestíferos sobre a cidade (BENCHIMOL, 2004, p. 57-97).

Sua infraestrutura hospitalar foi reforçada por unidades construídas por instituições beneficentes ligadas a comunidades imigrantes e por casas de saúde particulares voltadas para fornecer assistência às camadas sociais em condições de pagar por serviços médicos (BENCHIMOL, 2010; COSTA, 2011; PORTO *et al.*, 2008; SANGIARD, 2006). Os partidos arquitetônicos e o modo de funcionamento desses hospitais são temas ainda abertos à pesquisa historiográfica.

A comissão criada para enfrentar a grande epidemia de febre amarela, em 1849-1850, improvisou às pressas três lazaretos para isolar os doentes. O da enseada de Jurujuba, em Niterói, foi transformado no Hospital Marítimo de Santa Isabel para receber marinheiros e quem mais estivesse a bordo de navios com doença considerada perigosa. Inaugurado em 1856, esse hospital foi desativado cinco anos depois, mas o recrudescimento das epidemias determinou sua reabertura.

A REVOLUÇÃO PASTEURIANA NA SAÚDE PÚBLICA E NOS HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO

Em fins de 1879, quando novos casos de febre amarela anunciavam o começo do verão, a temida “estação calmosa”, um novo ator passou a figurar nos quadros explicativos da insalubridade urbana: o micróbio. Pelos jornais, Domingos José Freire (1843-1899), catedrático de química da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, anunciou a descoberta do suposto agente da febre amarela, o *Criptococcus xanthogenicus*. Freire encontrou seu micróbio nas sepulturas das vítimas da febre amarela e apontou os cemitérios como um dos focos de infecção da cidade. Pouco tempo depois (1883), João Batista de Lacerda, do Museu Nacional do Rio de Janeiro, apresentou a “verdadeira” causa da doença, o *Fungus febris flavae*. No México, Manoel Carmona y Valle relacionou-a ao *Peronospora luteum* e, em Cuba, Juan Carlos Finlay incriminou o *Micrococcus tetragenus* (BENCHIMOL, 1999).

“Revolução pasteuriana” é a expressão usada para designar essa vaga de microrganismos que varreu a medicina mundo afora no último quarto do século XIX. Traz a primeiro plano a França e a obra fundamental de Louis Pasteur (1822-1895) e seus discípulos, mas deixa à sombra a contribuição igualmente importante de outros personagens e países, em particular da Alemanha. Um aspecto da revolução pasteuriana é, justamente, a duradoura rivalidade entre franceses e alemães, exacerbada pela guerra franco-prussiana (1870-1871) e pelas guerras mundiais do século XX.

Em fins de 1889, às vésperas da proclamação da República no Brasil e no auge das controvérsias públicas envolvendo fungos e bactérias incriminados como agentes da febre amarela e de outras doenças, foi inaugurado um segundo hospital de isolamento no Rio de Janeiro, na Ponta do Caju, o Hospital São Sebastião (AQUINO, 1945).

Os médicos travavam intensa polêmica a respeito do programa arquitetônico que deveria ser adotado nesse e em outros hospitais da cidade. A questão não eram os pavilhões isolados, mas seu caráter permanente ou provisório e os materiais mais adequados à sua construção. De um lado, estavam os partidários de pavilhões de um só pavimento, utilizando materiais incombustíveis: ferro, tijolo e cimento. De outro, os adeptos dos chamados “hospitais barracas”, com pavilhões feitos de madeira para serem demolidos tão logo se constatasse sua infecção (ver, por exemplo, AZEVEDO, 1884; FERRAZ, 1889).

Utilizados na guerra civil norte-americana, na guerra da Crimeia e na do Paraguai, os hospitais barracas tornaram-se modelos para os hospitais civis nas décadas de 1870 e 1880, quando a desqualificação dos edifícios hospitalares foi levada ao extremo. O cirurgião francês Léon Le Fort (1862, 1866) foi um dos defensores da ideia de que os edifícios permanentes e os materiais empregados em sua construção constituíam o principal inimigo da higiene hospitalar. Stephane Étienne Tarnier, renomado obstetra francês e autor de trabalhos sobre hospitais, chegou a afirmar que o ideal seria a supressão deles em futuro próximo (*apud* FERRAZ, 1889). Para o dr. Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo (1884), cirurgião-mor da Armada brasileira, o perigo residia principalmente na infecção das paredes impregnadas de princípios orgânicos nocivos à saúde.

Em consonância com essas ideias, edificou-se com pinho-de-riça, em 1884, uma primeira enfermaria barraca na ilha das Cobras, no Hospital Central da Marinha. Em meio a essa controvérsia, o Ministério do Império contratou a construção de um pavilhão de ferro e cimento em Jurujuba para abrigar doentes de febre amarela e levantou lá, também, um “pavilhão com paredes de *papier mâché* (...) de tipo alemão”, como se lê em “Chronica e Noticias” (15.7.1900, p. 243-244). No novo Hospital São Sebastião, na praia do Retiro Saudoso, bairro do Caju, foram combinados os dois sistemas. Entre os 18 pavilhões relacionados, em 1907, figuravam vários de madeira e dois em papelão

trazidos da Alemanha, “sistema Cristoph Unmack” (ASSISTÊNCIA pública e privada..., 1922, p. 553-555; BARBOSA; REZENDE, 1909, V. 1, p. 290-297).

A superioridade atribuída aos hospitais barracas apoiava-se num conceito de contágio que já não era o dos tempos de Tenon. No cerne do novo paradigma pasteuriano estava a ideia de que as doenças eram causadas por microrganismos específicos que podiam ser transmitidos pelo ar e por outros veículos, inclusive as mãos dos médicos. As primeiras consequências práticas disso foram adotadas no hospital de Glasgow, por Joseph Lister, criador da antissepsia, isto é, do emprego de produtos químicos para “filtrar o ar” dos germes que entravam em contato com as fraturas e feridas dos pacientes. Acolhida, de início, com ceticismo, essa técnica generalizou-se entre os cirurgiões, combinando-se com a assepsia defendida por Pasteur: em vez de se proteger só o organismo operado por meio de compressas ou nuvens formadas pela aspersão de substâncias *antissépticas*, utilizavam-se instrumentos e ambientes esterilizados pelo calor ou outros meios, inclusive as mãos (pelo uso de luvas) e as vestimentas de quem manipulava os doentes.

A microbiologia não rompeu com as regras de espacialização pavilhonar, mas mostrou que elas eram insuficientes. Por bom tempo, continuou-se a privilegiar o ar como veículo de germes patogênicos, observando-se, a princípio, algumas estranhas simbioses destes agentes com os intangíveis miasmas. Em 1893, por exemplo, o já citado Henry Claude Robert Napias, autor de importantes tratados de higiene e diretor da Assistência Pública de Paris, referia-se a “miasmas orgânicos” como o maior perigo do meio nosocomial. “Todas essas substâncias putrescíveis se acumulam nas paredes, nos cantos, nos ângulos, nas fendas dos assoalhos, nas molduras com que uma arquitetura intempestivamente decorativa por vezes prodigaliza o interior das construções hospitalares”³ (NAPIAS E MARTIN, 1893, p. 383).

Assim, embora reiterasse o fracionamento dos hospitais em pavilhões isolados, a microbiologia levou à codificação de outras regras visando à esterilização do ambiente e à regulação dos contatos entre profissionais de saúde, pacientes e objetos, tais como o banimento de ângulos na intercessão de paredes, pisos e tetos, e de decorações ou saliências favoráveis à acumulação de poeiras nos ambientes internos. Adotaram-se materiais lisos e impermeáveis para o revestimento das superfícies de modo a facilitar a lavagem com soluções antissépticas. A assepsia determinou ainda a padronização de um mobiliário hospitalar, em geral em ferro.⁴

³ Um aspecto da revolução pasteuriana nessa fase “aerista” são as investigações sobre microrganismos aderidos aos mais recônditos recessos do hospital ou em suspensão na atmosfera desses espaços e das próprias cidades, programa que sucede, sem eliminar completamente, aquele dedicado às mensurações ideais da cubagem do ar puro que cada paciente requeria. Napias e Martin (1893) referem-se, por exemplo, a investigadores que inoculavam em coelhos vibriões e bacilos capturados na poeira retirada de um tacho da Escola de Veterinária de Alfort.

⁴ Excelente análise desse processo em âmbito mais geral, na vida cotidiana e na construção civil, encontra-se em Tomes (1998).

Nos anos 1890, a saúde pública no Rio de Janeiro obedeceu à acentuada orientação contagionista, à base de isolamentos, quarentenas e germicidas. Fizeram-se nada menos que 8.288 desinfecções domiciliárias na cidade em 1895 e 1896, sendo 4.304 consecutivas às remoções de doentes para hospitais de isolamento. Quase a metade dos casos era de febre amarela (COUTO, 1897) e os médicos agora eram passíveis de multa se não notificassem à saúde pública casos dessa doença e de varíola, sarampo, escarlatina, cólera, peste e difteria. Na ausência do médico, cabia ao chefe da família, ao administrador ou ao proprietário do estabelecimento comercial ou da habitação coletiva notificar o serviço de saúde para que o doente fosse introduzido no sistema de vigilância domiciliar ou pública. A cidade foi provida então de um novo tipo de equipamento, o chamado desinfetório. O central, na rua Clapp, perto da praça Quinze de Novembro, foi projetado pelo mesmo engenheiro do Hospital São Sebastião, Eugenio Ferreira de Andrade, tendo sido inaugurado em 1890. No ano seguinte, construíram-se dois outros: um, no largo Matadouro (atual praça da Bandeira), outro, na rua da Relação (BENCHIMOL, 1990a).

O desinfetório era dividido, longitudinalmente, em lados “puro” e “impuro”, com pátios e portões independentes. O doente, ao chegar pelo lado impuro, era submetido a banho asséptico e levado à sala de vestir, no lado puro, seguindo dali para o hospital de isolamento. Suas roupas e bagagens passavam por estufas a vapor engastadas no muro que compartimentava o edifício naqueles espaços antípodas. Objetos danificáveis passavam por câmaras com vapores de enxofre ou formol. Havia ainda uma câmara para desinfecção das próprias viaturas utilizadas na remoção dos doentes.

Outra peça fundamental do dispositivo urbano anticontagionista foi o lazareto para quarentenas construído na Ilha Grande, sob a direção do engenheiro Francisco A. de Paula Freitas. Inaugurado em 1886, seu propósito era barrar as doenças que se disseminavam por intermédio de navios. Nas proximidades do cais que serve hoje à vila do Abraão ficava o primeiro núcleo destinado à desinfecção de cargas e bagagens. O segundo núcleo, na enseada da praia Preta, compreendia o pavilhão para passageiros de terceira classe, e, em terreno mais elevado, ficavam os pavilhões mais luxuosos para passageiros de primeira e segunda classes que deveriam ali cumprir quarentena quando suspeitos de portar doenças infecciosas (SANTOS, 2007).

O TEMPO DE OSWALDO CRUZ

Na virada do século XIX para o XX, outra reviravolta na medicina e saúde pública teve algum impacto, também, sobre a arquitetura e a higiene hospitalar.

Quando os ingleses e italianos desvendaram, em 1898/1899, o modo de transmissão da malária por mosquitos do gênero *Anopheles*, tornou-se inevitável a suposição de que mosquitos cumprissem idêntico papel na febre amarela. Já proposta

pelo médico cubano Carlos Juan Finlay, essa hipótese foi demonstrada em 1900 por uma comissão médica ligada às tropas norte-americanas que haviam ocupado Cuba e outras colônias espanholas (BENCHIMOL, 1999).

A mudança na abordagem da doença que constituía o principal problema da saúde pública brasileira levou uma nova geração de médicos à linha de frente, sob a liderança de Oswaldo Gonçalves Cruz. Tendo viajado para a França para fazer estudos de aperfeiçoamento no Instituto Pasteur, regressou em 1899, ano em que a peste bubônica alcançou o Brasil. No rastro da pandemia seguiam os pasteurianos. Em 1894, Alexander Yersin e Kitasato Shibasaburō conseguiram identificar o bacilo da peste em Hong Kong, e logo Yersin desenvolveu o soro contra a doença com Albert Calmette e Amédée Borrel. Em 1898, na Índia, Paul-Louis Simond verificou que eram as pulgas que transmitiam a doença de rato para rato e do rato para o homem. Em 1899, em prisões e quartéis indianos, Haffkine fazia experiências com uma vacina e, no Porto, Calmette, Salimbeni e Ricardo Jorge aperfeiçoavam a preparação do soro, quando a peste migrou dessa cidade portuguesa para Santos em vapores lotados de emigrantes. A dificuldade de importar o soro e a vacina contra a temida doença levou o governo paulista a promover a criação de um laboratório para fabricá-los na Fazenda Butantã. No Rio de Janeiro, foi criado laboratório similar na Fazenda de Manguinhos, sob a direção técnica e logo plena de Oswaldo Cruz: o Instituto Soroterápico Federal, inaugurado em julho de 1900 (BENCHIMOL, 1990a; BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993).

Dois anos depois, em 1902, Francisco de Paula Rodrigues Alves foi eleito presidente da República (1902-1906), tendo como principal meta de governo o saneamento da capital brasileira. Em virtude dos estragos causados pela febre amarela, muitas companhias de navegação não se detinham mais no Rio de Janeiro, que perdera sua supremacia como exportador de café em proveito de Santos, mas ainda era o grande importador de imigrantes e bens manufaturados. Para executar a reforma urbana proposta quando as epidemias eram ainda associadas a miasmas, Rodrigues Alves escolheu experientes engenheiros. Aquele nomeado prefeito do Rio de Janeiro, Francisco Pereira Passos, assistira à reforma efetuada em Paris por Haussmann, no governo de Napoleão III, e vira emergir a nova metrópole que serviria de modelo para renovações urbanas similares em todo o mundo (ABREU, 1992; BENCHIMOL, 1990b).

Em 1904, começaram as demolições na orla portuária do Rio de Janeiro, repleta de cortiços, oficinas, trapiches e pequenos cais. As enseadas daquele litoral foram aterradas, arrasando-se para isso alguns morros da cidade, e construiu-se um cais corrido onde os navios puderam atracar para que guindastes elétricos fizessem a carga e a descarga. A avenida Central (atual Rio Branco), cujo leito rasgou a Cidade Velha, foi a espinha dorsal dos melhoramentos urbanísticos projetados com a finalidade de transformar aquele

aglomerado colonial numa cidade de ares parisienses. Milhares de pessoas tiveram seu cotidiano pulverizado por essas obras e pelas normas e proibições concomitantes.

Oswaldo Cruz assumiu o comando da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) com a missão de combater três doenças: febre amarela, peste bubônica e varíola. Brigadas de mata-mosquitos passaram a neutralizar depósitos de água com larvas do *Stegomyia fasciata* (*Aedes aegyti*). Outra seção expurgava as casas com gás à base de enxofre ou piretro, depois de cobri-las com imensos panos de algodão, para matar os mosquitos adultos. Os doentes abastados eram isolados (dos mosquitos) em suas próprias residências, enquanto os mais pobres iam para os hospitais de isolamento – e, em ambos os espaços, usou-se de uma inovação construtiva, as chamadas Câmaras Marchoux, para impedir o contato entre mosquitos e doentes. As vítimas da peste, varíola e outras doenças contagiosas eram conduzidas para os desinfetórios, antes de serem isoladas naqueles hospitais.

Apesar de investir nos hospitais São Sebastião e Paula Cândido, nos debates havidos no Congresso sobre a reforma dos serviços sanitários, Oswaldo Cruz argumentou que estes não supriam a demanda da cidade. Eram obsoletos e precários. Nas informações fornecidas, em 1904, ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, declarou:

Os atuais hospitais de isolamento de que se acha dotada esta Diretoria não preenchem absolutamente os fins a que são destinados os modernos isolamentos. O hospital Paula Cândido, outrora hospital marítimo, é um velho casarão, de antiga construção que absolutamente não pode ser transformado em hospital moderno. Qualquer soma que se dispenda com esse intuito será gasta em pura perda (...). Quanto ao hospital São Sebastião, se bem que em muito melhores condições (...) está, não obstante, muito longe de poder ser apontado como um estabelecimento que mereça o título com que se alardeia (OSWALDO CRUZ *apud* BENCHIMOL, 1990a, p. 208).

Oswaldo Cruz propôs ao governo a construção de um novo hospital e solicitou um projeto a Luís de Moraes Junior, o arquiteto português com que estabeleceu estreita parceria durante o tempo em que esteve à frente da saúde pública (BENCHIMOL, 1990a). As plantas são datadas de 17 de outubro de 1904 e foram orgulhosamente exibidas numa Exposição Internacional de Higiene em Berlim, em 1907. No relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública de 1906 consta que as plantas foram enviadas ao Instituto de Moléstias infecciosas da capital alemã e que seu diretor, Herman Kolle, considerou-as um modelo de construção sanitária no gênero (BENCHIMOL, 1990a).

O projeto foi aprovado pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores e o novo hospital de isolamento começou a ser construído em Botafogo, em um terreno vizinho ao novo Desinfetório, edificado na rua General Severiano nº1 entre os anos de 1904 e 1905. Esse primeiro trabalho de Luís de Moraes Junior para a saúde pública, na gestão de Oswaldo Cruz⁵, obedecia ao modelo da higiene pasteuriana: o edifício principal tinha

forma retangular e era composto de três seções; a primeira, reservada ao pessoal médico e ao depósito de materiais, enquanto que, as duas outras, às operações de desinfecções. Estas, como vimos, eram divididas longitudinalmente entre os lados puro e impuro. Pelo lado impuro da segunda seção os doentes ingressavam, despiam-se num cômodo e submetiam-se a um banho asséptico antes de passarem à sala de vestir, no lado puro. Suas roupas e bagagens eram transferidas do lado impuro para o puro na terceira seção, depois de passarem por estufas a vapor e câmaras de enxofre e formol, comandadas por um sistema elétrico instalado na sala da administração, de modo a isolar as pessoas e os objetos contaminados do pessoal de serviço. Além do prédio principal, o desinfectório possuía garagens e estrebarias, forno de incineração e uma câmara para desinfecção das próprias viaturas utilizadas na remoção dos doentes (BENCHIMOL, 1990a).

O projeto do hospital de isolamento, de acordo com a planta baixa e a fachada de um dos pavilhões, previa a criação de um espaço afinado também com os princípios da moderna higiene e inspirado no Hospital do Instituto Pasteur de Paris. Este, construído em 1900 próximo aos laboratórios do Instituto para dar suporte às pesquisas ali realizadas, era considerado um modelo para hospitais de isolamento modernos (COSTA, 2011). Aquele, projetado para a cidade do Rio de Janeiro, trazia como novidade o isolamento individual dos doentes, em harmonia com o hospital francês. Sua planta previa vinte quartos individuais em cada pavilhão, embora não seja possível saber ao certo o número de pavilhões que seriam construídos no terreno (BENCHIMOL, 1990a). A planta inovou também pela utilização de estruturas circulares em detrimento da forma retangular, então usual nos hospitais pavilhonares. Assentado sobre um embasamento de pedra, o pavilhão projetado compunha-se de dois corpos circulares rodeados por varandas e interconectados por um corpo central quadrangular. Cada corpo circular possuía dez quartos interdependentes, que se abriam para um recinto circular central e para o balcão que circundava, pelo exterior, o pavilhão. Os quartos eram divididos em dois ambientes: os de seção mais larga, para isolamento do doente, e os de seção menor, para o serviço de enfermagem e desinfecção. Além da escadaria principal, cada corpo possuía um acesso independente, situado em extremidades opostas, sendo ambos ligados por um corredor que atravessava longitudinalmente o prédio, propiciando-lhe uma corrente contínua de ar. A ventilação e iluminação eram asseguradas, ainda, pelas amplas janelas com bandeiras que se abriam, em cada quarto, para as varandas exteriores, assim como pelas aberturas situadas entre os telhados das varandas e o do pavilhão e pelas claraboias (BENCHIMOL, 1990a).

⁵ O Desinfectório de Botafogo (1904-1905) é o atual Hospital Rocha Maia. O local era responsável pelo isolamento hospitalar das vítimas de doenças infecciosas (exceto a febre amarela), pelo extermínio de ratos e pelas desinfecções nas residências dos doentes (BENCHIMOL, 1990a).

As obras desse hospital de isolamento foram interrompidas em 1905 sob o argumento de falta de recursos. O relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública de 1906 relaciona este insucesso à decisão de se construir, no Hospital São Sebastião, quartos particulares para atender a uma clientela que pudesse pagar para ter o conforto de instalações mais luxuosas (BENCHIMOL, 1990a).

A construção abortada do novo hospital de isolamento gerou polêmica entre os moradores de Botafogo, bairro nobre da cidade, como indica carta de Frederico A. Liberalli publicada no *Jornal do Brasil* (13.11.1904, p. 7). Aquela construção estava deixando os vizinhos apavorados, pois temiam que viesse a ser um “futuro foco de epidemias”. Lembrava o missivista os prejuízos causados pelo Hospital São Sebastião ao bairro de São Cristóvão e cercanias. Qualificando as obras do hospital de isolamento como um “espantalho contra o bom senso”, Liberalli considerava-as indignas de um bairro de “beleza incomparável” e que há pouco recebera “obras notáveis” de saneamento.

Esta queixa ecoou num momento em que vários conflitos estalavam na cidade por força das demolições e de outros aspectos da reforma urbana que o governo e a imprensa fiel a ele louvavam como a “regeneração” do Rio de Janeiro, enquanto seus principais executores, o prefeito Pereira Passos, o “bota-abaixo”, e Oswaldo Cruz, o “general mata-mosquitos”, eram furiosamente criticados por todos aqueles atingidos física, cultural e/ou financeiramente pela reforma. Ela teve como um de seus principais alvos as habitações populares, na época consideradas os principais focos de dispersão das doenças e epidemias pela cidade. Por volta de 1910 estavam edificadas os prédios e avenidas projetados com a intenção de transformar o Rio de Janeiro na Paris das Américas (ABREU, 1992; BENCHIMOL, 1990b; 2003). E, na distante Fazenda de Manguinhos, erguia-se o complexo arquitetônico dominado pelo imponente castelo mourisco, que ainda surpreende quem adentra a cidade (BENCHIMOL, 1990a).

O INSTITUTO OSWALDO CRUZ E SEU HOSPITAL

Oswaldo Cruz acumulava a direção da saúde pública e a do Instituto criado em 1899 para produzir soro e vacina contra a peste bubônica numa fazenda abandonada, a Fazenda de Manguinhos, local onde a Prefeitura já tinha levantado fornos para a incineração do lixo da cidade. A direção do Instituto Soroterápico, contemporâneo daquele criado em São Paulo, na Fazenda de Butantã (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993), foi entregue ao dr. Pedro Affonso Franco, barão de Pedro Afonso, proprietário do Instituto Vacínico Municipal, onde era produzida e aplicada a vacina antivariólica.⁶

Coube a Oswaldo Cruz, a princípio, a direção técnica da instituição criada para fazer face à peste bubônica. Durante a sua instalação, o prefeito do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, solicitou ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores que o mesmo fosse transferido para a alçada federal. Assim, em 23 de julho de 1900, foi inaugurado o Instituto Soroterápico Federal, “numa cerimônia simples e condizente com a modéstia daqueles laboratórios” (ARAGÃO, 1950, p. 5).

Distante do centro da cidade, em terreno extenso e de difícil acesso, em meio a mangues e ocupando as precárias edificações existentes na fazenda, produziu-se os primeiros frascos de vacina antipestosa, entregues à Diretoria Geral de Saúde Pública em outubro do mesmo ano. Em 1902, Oswaldo Cruz assumiu a direção plena do Instituto e, em seguida, foi alçado ao cargo de diretor-geral de Saúde Pública no governo de Rodrigues Alves, eleito presidente da República em março daquele ano. Junto com o projeto de reforma dos serviços sanitários, Oswaldo Cruz encaminhou ao Congresso a proposta de transformar o Soroterápico num “Instituto para estudo das doenças infecciosas tropicais, segundo as linhas do Instituto Pasteur de Paris”. Ele teria a seu cargo a preparação de vários outros soros terapêuticos e vacinas, inclusive a antirrábica, a produção de fermentos industriais e o ensino da bacteriologia e parasitologia, prometendo Oswaldo Cruz que essa instituição logo iria projetar “grandemente o nome de nosso país no estrangeiro”.⁷ A proposta foi aprovada em dezembro de 1907, quando já estava em curso a construção dos sofisticados prédios do Instituto de Patologia Experimental, rebatizado Instituto Oswaldo Cruz em março de 1908⁸ O regulamento

⁶ O Instituto Vacínico Municipal, que cuidava da vacinação contra a varíola na cidade do Rio de Janeiro, foi criado em 15.9.1894, pelo decreto nº 105, com base em projeto de Pedro Affonso Franco e encaminhado ao diretor-geral de Higiene e Assistência Pública naquele mesmo ano. Inaugurado em 8 de dezembro de 1894, o Instituto Vacínico Municipal ocupava dois prédios, um na rua Marquês de Abrantes nº 144, onde ficavam as cocheiras com vitelos, outro na rua do Catete nº 197, que continha a sala de inscrição dos vacinados, salão geral de vacinação, salão especial de vacinação de senhoras e famílias, e as salas para esterilização de materiais, de distribuição de vacina, escrituração dos vitelos, preparo da vacina, lavagem dos aparelhos, vacinação dos vitelos e de autópsias. O pessoal do Instituto era composto por um diretor, três médicos vacinadores, quatro estudantes de medicina auxiliares e dois empregados. Tratava-se de uma instituição particular subvencionada pelo Estado. O diretor era também o proprietário, mas os empregados eram considerados funcionários municipais. Ver: Fernandes, 1999; Instituto Vacínico do Império.

⁷ Carta de Oswaldo Cruz ao Congresso Nacional, em 1903, *apud* Stepan (1976, p. 78).

⁸ A criação do Instituto não é interpretada nesse trabalho como um marco da fundação da medicina científica no Brasil, e Oswaldo Cruz, como seu mentor. Edler (1996, p. 290) coloca a questão da seguinte maneira: “muitos estudiosos procuraram demarcar uma ruptura entre uma etapa pré-científica ou metafísica da medicina brasileira em relação a outra, através de um recurso básico: de um lado foram colocados os espíritos supostamente retóricos, anticientíficos, isto é, aqueles que rejeitavam as teses pasteurianas; do outro, os verdadeiros luminares da medicina experimental, Oswaldo Cruz à frente”. Os trabalhos de Edler, Benchimol (1999) e outros mostram que havia uma tradição de medicina científica e experimental, ainda que governada por outros paradigmas e que a transição para a medicina pasteuriana não se fez sem interessantes simbioses.

aprovado neste ano deu-lhe considerável autonomia administrativa e financeira, ampliou seu quadro de funcionários e autorizou a venda de produtos biológicos assim como a prestação de serviços científicos e profiláticos a órgãos públicos e setores privados. Tais mudanças proporcionaram fecundas oportunidades aos jovens cientistas recrutados por Oswaldo Cruz para investigar doenças urbanas e rurais relacionadas a bactérias, protozoários e helmintos, bem como para empreender ações profiláticas e publicar trabalhos científicos que, de fato, levaram a instituição a ser reconhecida nacional e internacionalmente como importante centro produtor de conhecimentos nos campos da microbiologia e da medicina tropical.⁹

A metamorfose do Instituto Soroterápico de Manguinhos no Instituto Oswaldo Cruz deveu-se, em larga medida, ao êxito da campanha contra a febre amarela na capital federal e à medalha de ouro conquistada no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia, em Berlim. Em 1911, o Instituto brilharia na Exposição Internacional de Higiene realizada em Dresden. Aí contou, sobretudo, o trabalho sobre a doença provocada pelo *Trypanosoma cruzi*, a doença de Chagas (KROPF, 2009).

A ornamentação mourisca recobre como um véu a estrutura do pavilhão central do Instituto Oswaldo Cruz, o Castelo Mourisco. Ela lembra o Alhambra de Granada e, também, o prédio do Observatório de Montsouris, que Oswaldo Cruz conheceu quando fazia especialização em microbiologia em Paris. Na arquitetura civil islâmica, os palácios se apresentam em planta com pátio interior, para serem vistos de dentro para fora. O pavilhão mourisco erguido na Fazenda de Manguinhos foi projetado para impressionar o público por suas fachadas ricamente decoradas. Oswaldo Cruz usou-as para legitimar a instituição de pesquisa que implantava, tomando como modelo o Instituto Pasteur de Paris, mas equipou seus laboratórios com sofisticados instrumentos e aparelhos fabricados pela Zeiss, Siemens, Telefunken e outras empresas alemãs. No interior do prédio, salta aos olhos o contraste entre a extrema simplicidade de alguns ambientes e a profusão decorativa de outros. Nos laboratórios e em outras salas de serviço, o construtor abdica dos estuques e mosaicos e passa a obedecer à funcionalidade e às normas de assepsia e desinfecção aplicáveis às construções médico-hospitalares. O pé-direito elevado e as enormes janelas refletiam a preocupação com o arejamento dos ambientes. As paredes eram lisas e sem nenhum ornamento, e todos os cantos eram arredondados de modo a impedir o acúmulo de poeiras contaminadas. Revestiram-se as superfícies com ladrilhos de cor neutra e tinta impermeável para evitar a umidade, propícia às fermentações, e facilitar a lavagem com soluções antissépticas (BENCHIMOL,

⁹ Sobre a história da instituição, ver Aragão (1950); Stepan (1976); Benchimol (1990a, 2005); Benchimol e Teixeira (1993); Cukierman (2007).

1990a). A mesma dualidade se observa nos demais prédios do conjunto arquitetônico histórico da atual Fundação Oswaldo Cruz.¹⁰

A Cavaleriça destinava-se a operações com cavalos, visando à obtenção de soros, exceto o antipestoso. As atividades relacionadas à *Yersinia pestis*, o agente da peste bubônica, foram isoladas no Pavilhão da Peste. Em sua torre, voltada para uma praça central, um relógio escandia o decurso das jornadas de trabalho. Ligados à rotina industrial do Instituto, Pavilhão da Peste e Cavaleriça lembram as construções fabris e ferroviárias daquele tempo. Defronte à Cavaleriça seria erguido, num segundo momento, o Pavilhão para o Serviço de Medicamentos Oficiais, até hoje conhecido como “Quinino”, nome do quimioterápico usado no tratamento das vítimas da malária, ali preparado junto com outros remédios para doenças que grassavam endemicamente nas zonas rurais do país.

Atrás do Pavilhão da Peste foi levantado o Aquário, em estilo art nouveau, contemporâneo ao aquário de água salgada, o primeiro da América do Sul, instalado por Pereira Passos no Passeio Público, em 1904. O de Manguinhos tinha duas piscinas para cultura de animais de água salgada e doce, a primeira em comunicação com o mar, do qual recebia, nas máres altas, água e animais. Um pouco afastado do conjunto principal foi construído o biotério para animais usados nos trabalhos de laboratório, com tanques e construções circulares a rodear a torre que se eleva acima das demais unidades, o “Pombal”, nome dado ainda hoje ao conjunto já desativado de sua função original.

Em outra colina da Fazenda de Manguinhos foi levantado o Hospital Oswaldo Cruz (atual Hospital Evandro Chagas). O primeiro projeto, de 1907, não foi executado. O segundo, de 1912, previa seis pavilhões, mas apenas um foi construído. Sua finalidade era proporcionar ao Instituto material humano para os estudos clínicos e laboratoriais sobre as doenças das cidades e, principalmente, das zonas rurais do Brasil. As obras começaram em 1912, em seguida à liberação de uma verba para o estudo e tratamento da doença de Chagas. As imagens tomadas por J. Pinto, fotógrafo do Instituto, documentam a construção, desde a organização do canteiro de obras até a colocação do embasamento em granito e a montagem da estrutura primária do edifício, de ferro forjado, em janeiro de 1913. O Congresso não renovou a verba e as obras foram interrompidas. Foi preciso haver a comção pública com a morte de Oswaldo Cruz, em 11 de fevereiro de 1917, para que o governo destinasse novos recursos ao hospital, inaugurado em 1918.

O primeiro projeto, como dissemos, data de 15 de junho de 1907. Não é possível saber muito a seu respeito, pois não encontramos referências a ele nos relatórios da Diretoria Geral de Saúde Pública, no Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, na documentação histórica do Instituto Oswaldo Cruz e tampouco nos arquivos pessoais

¹⁰ Sobre a formação do complexo arquitetônico de Manguinhos ver Benchimol (1990a) e Oliveira (2003).

de Oswaldo Cruz e de Luís de Moraes Junior. Há apenas um croqui da fachada e a planta baixa do prédio, que revelam características de um hospital pavilhonar (Figura 1). Seria erguido sobre embasamento de pedra com estrutura elíptica, integrando três corpos independentes. Os corpos laterais teriam um banheiro e sete quartos, cada um dividido em dois ambientes, com a parte maior destinada ao isolamento do doente, e, a menor, ao lavabo e ao vestiário. Tal disposição possibilitaria atenção individualizada ao doente e controle asséptico do que entrasse em contato com ele. Os dois corpos laterais contariam também com dependências de serviço, como depósitos para roupas limpas e para medicamentos, pequena cozinha e banheiro de uso geral. Os quartos e dependências de serviço eram conectados a duas varandas cobertas, que circundariam o pavilhão em quase toda a sua extensão. As janelas e portas dos quartos de isolamento abririam para essa varanda, garantindo a circulação do ar. No corpo central do prédio, a escadaria principal conduziria a uma sala de espera, próxima ao gabinete médico e aos quartos do pessoal de enfermagem (BENCHIMOL, 1990a). (Figura 1)

Além dos projetos de hospital de isolamento para a cidade, de 1904 e de 1907, Oswaldo Cruz concebeu outro projeto hospitalar para o Instituto Oswaldo Cruz tendo em mira pesquisas clínicas articuladas aos trabalhos de campo e às pesquisas que se faziam nos laboratórios nas áreas de microbiologia e de medicina tropical.

O HOSPITAL OSWALDO CRUZ E A VERBA DA MANQUEIRA

A construção deste hospital anexo aos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz foi alavancada pela descoberta, em 1909, de uma nova doença tropical no país, a doença de Chagas (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993; KROPF, 2009). As verbas provieram, inicialmente, de um crédito especial concedido pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores através de decreto sancionado pelo presidente Hermes da Fonseca (Figura 2) (Brasil, Decreto 1912): 500:000\$000 eram destinados aos estudos sobre a doença de Chagas, dos quais 300:000\$ deviam ser usados na construção de um hospital que tivesse por finalidade “exclusiva” promover a descoberta de tratamento terapêutico e profilático da tripanossomíase, recém-descoberta no interior de Minas Gerais; os 200:000\$ restantes destinavam-se a “experiências da profilaxia e assistência médica nas zonas mais flageladas”.

O investimento público alimentou um projeto institucional mais ambicioso que previa um hospital de pesquisa e ensino onde “técnicos se habilitem, com estudos especiais, para o tratamento das moléstias tropicais” (Brasil, Decreto, 1918), provido de biotério e instalações para experiências com animais. Não se tratava de um hospital para isolamento de portadores de doenças infecciosas ou para assistência à população

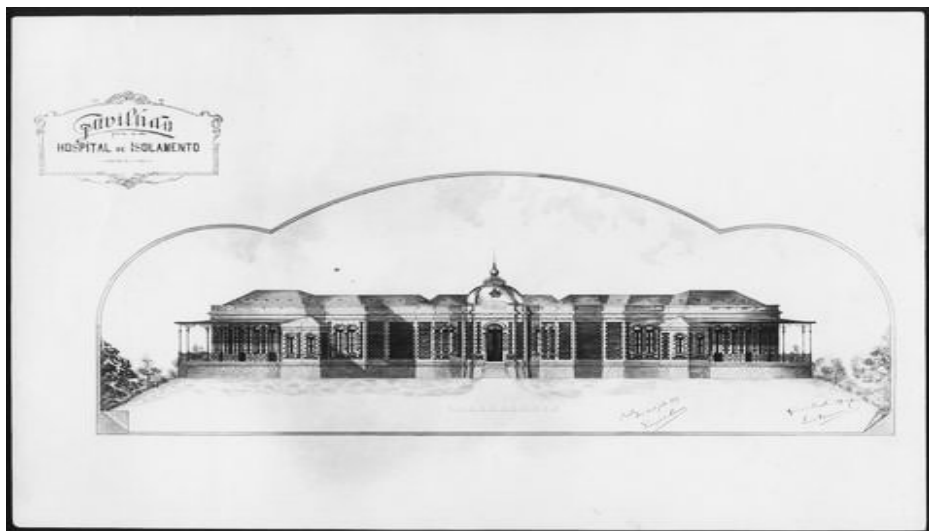


Figura 1:
Fachada do Hospital de
isolamento (1907).
Fonte: DADCOC.

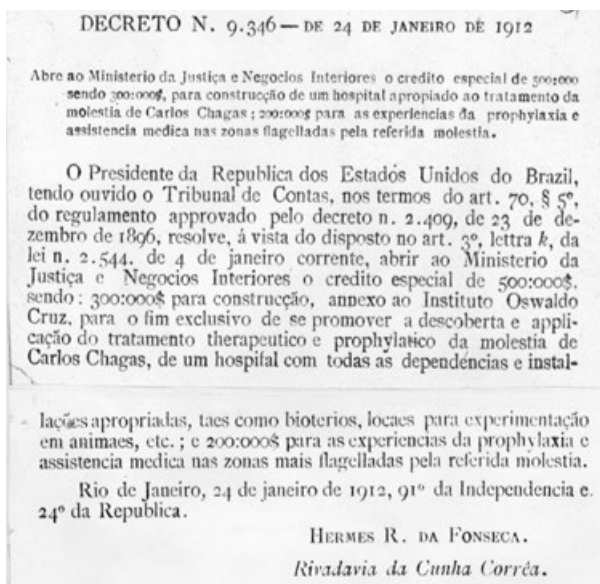


Figura 2:
Decreto n. 9.346 de 24
de janeiro de 1912.
Fonte: DADCOC/Fiocruz.

da cidade do Rio de Janeiro, ainda que mais tarde viesse a desempenhar esse papel também. À margem do sistema público de saúde, o hospital do Instituto Oswaldo Cruz foi projetado originalmente para dar suporte às atividades de pesquisa e ao ensino de seus cientistas.

As fotografias de Joaquim Pinto da Silva (1884-1951), documentando a construção do pavilhão entre 1912 e 1918, mostram a preocupação em obedecer às recomendações para um nosocômio higiênico, como a escolha de um terreno elevado,

ventilado e afastado tanto das demais instalações do Instituto como dos bairros em formação em seus arredores. (Figuras 3 e 4).¹¹

O hospital construído em Manguinhos tem forma retangular, conforme a clássica configuração da arquitetura de pavilhões, e não as formas circulares adotadas pelo arquiteto Luís de Moraes Junior nos projetos de 1904 e 1907. Como se observa na planta de 1912 (Figura 5), trata-se de um edifício de volumes equilibrados, sóbrio, com poucos elementos decorativos, restritos às varandas que proporcionavam sombra e ar às enfermarias. (BENCHIMOL, 1990a). O único pavilhão construído constituía um hospital de pequeno porte, com um andar cujo acesso se dava por escadaria central, varandas que circundavam todo o prédio, um sótão e um porão funcionais. Não há construções anexas ao prédio principal, e a planta aqui analisada não detalha as dimensões dos espaços internos nem faz qualquer referência a jardim e áreas externas. (Figuras 6).

Através dos relatórios anuais de atividades do Instituto Oswaldo Cruz é possível saber que esse pavilhão abrigou duas enfermarias, com trinta leitos cada, quatro quartos para isolamento individual de doentes (separados por sexo), uma sala para exames de raios x e eletrocardiograma, outra sala para curativos e pequenas operações, dois quartos para os funcionários em serviço, uma farmácia, uma pequena cozinha e banheiros (sem indicação do número), assim como lavanderia, biotério para pequenos animais de experiência e um laboratório para experiências e testes diagnósticos (RELATÓRIO, 1919 e 1924).

Doenças e atividades hospitalares foram centralizadas num único prédio, com base na suposição de que os preceitos pasteurianos eram capazes de controlar o temido contágio que, no passado, levava à fragmentação dos hospitais pavilhonares. O espaço destinado ao isolamento individual era reduzido em comparação ao dos dois projetos anteriores de hospitais para isolamento de portadores de doenças infecciosas notificadas à saúde pública da capital. No Hospital do IOC predominaram as enfermarias coletivas,

¹¹ Fotografia oficial do Instituto Oswaldo Cruz nas primeiras décadas do século XX, J. Pinto produziu grande número de imagens que documentam a trajetória da instituição e que integram o acervo do DADCO: retratam os primeiros prédios do complexo arquitetônico de Manguinhos, a região onde estava situado e os trabalhos científicos realizados pelos pesquisadores no próprio Instituto ou em viagens científicas. Em poucas fotos aparece sozinho ou acompanhando cientistas em expedições ao interior do país. Em um entrevista realizada com Wilson Pinto, um dos filhos de J. Pinto, revela que nasceu em Alagoinhas, na Bahia, em 1884. Com 14 anos, chegou ao Rio de Janeiro, onde formou família. Exerceu suas atividades no Instituto entre 1903 e 1946, quando se aposentou por problemas de saúde. É possível que tenha trabalhado na produção do primeiro filme científico realizado no país em 1909 – era o fotógrafo oficial do IOC e trabalhou com João Stamato (1886-1951), cinegrafista do Rio de Janeiro que documentou a expedição a Pirapora (MG). O filme, com nove minutos de duração chamava-se *Chagas em Lassance* e continha imagens de doentes da cidade de Lassance. Cópia filmada em 16 milímetros foi restaurada e digitalizada e serviu para a produção do filme Cinematógrafo brasileiro em Dresden, de 21 minutos, em 2011.



Figuras 3 e 4:
 Perspectivas do terreno escolhido para a construção do pavilhão do Hospital
 Fonte: DADCOO

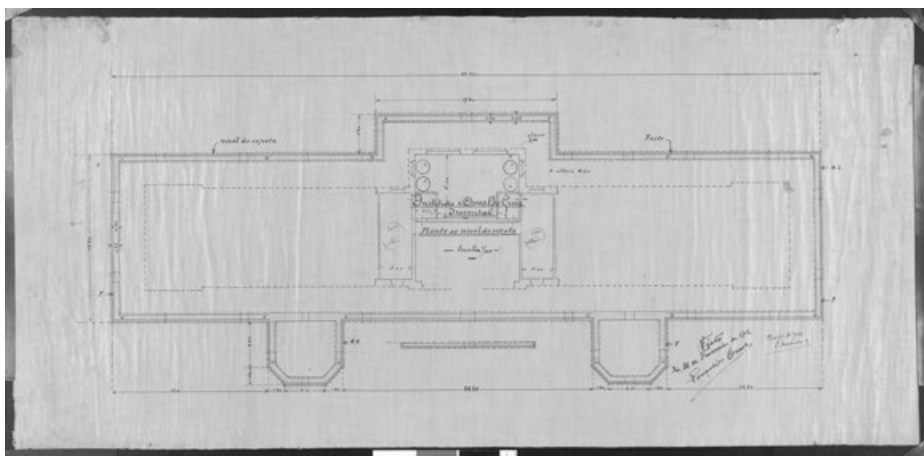


Figura 5:
 Planta do Hospital
 Oswaldo Cruz, 1912
 Fonte: DADCOO

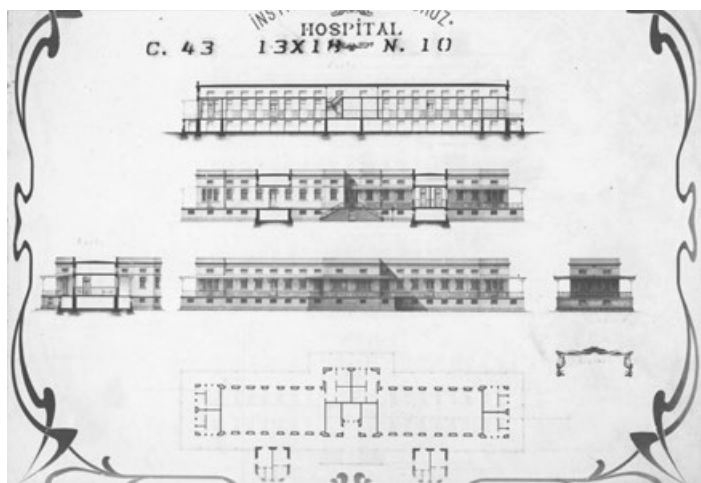


Figura 6:
 Planta do Hospital
 Oswaldo Cruz, 1913
 Fonte: DADCOO.

e o isolamento não constituía mais uma etapa obrigatória do processo terapêutico, uma vez que o hospital estava voltado primordialmente para endemias que não apresentavam grande perigo de contágio. Além disso, as noções sobre a fisiologia dos micróbios patogênicos vinham se modificando consideravelmente, relativizando-se o perigo de sua sobrevivência fora dos hospedeiros vivos (BENCHIMOL, 1990a; 2000), o que autorizava a desativação de certas regras de espacialização que caracterizavam a antiga e mesmo a recente higiene hospitalar.

Ainda assim, afinidades com o modelo hospitalar francês de Tenon ou de Pasteur eram perceptíveis nas dimensões internas das enfermarias, com pé-direito alto; no revestimento das paredes, com ladrilhos de até 1,50m de altura para facilitar a limpeza; no uso de ângulos arredondados para evitar o acúmulo de poeiras com microrganismos; na colocação de janelas amplas, de forma a favorecer a ventilação e a insolação dos ambientes; na disposição dos leitos e do corredor central. Um elemento característico dos projetos de Luís de Moraes Junior eram as varandas. A do Hospital Oswaldo Cruz possui um gracioso rendilhado de ferro, a expressar sua formação luso-mourisca, tendo sido projetada para ajudar a conter a insolação direta e o calor intenso daquele subúrbio carioca e ser o principal meio de circulação no pavilhão. A ela estavam articulados os quartos de isolamento, que abriam apenas para a varanda, as duas enfermarias, que tampouco tinham comunicação por dentro do prédio, e os serviços médicos e auxiliares.

Em fevereiro de 1912, mês em que a planta do hospital foi entregue à diretoria do Instituto Oswaldo Cruz, foram contratados trabalhadores para as obras e feitos os primeiros pagamentos a fornecedores de materiais.¹² De fevereiro a dezembro de 1912, há registros mensais dos fornecimentos feitos ao Instituto “para as obras do Hospital da Moléstia de Carlos Chagas.”¹³ Ao longo de sua construção, entre 1912 e 1918, ele foi também referido, na documentação institucional, como Hospital de Moléstias Tropicais. Passou a se chamar Hospital Oswaldo Cruz em dezembro de 1918, quando foram concluídas as obras.

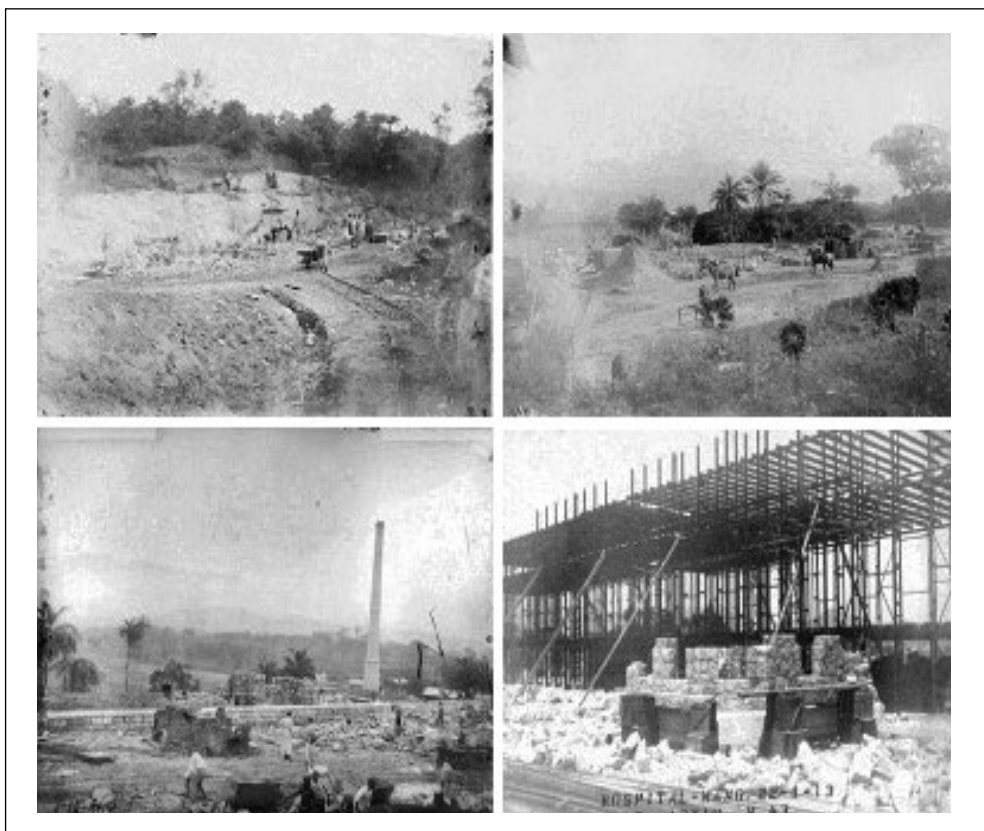
Os registros fotográficos de J. Pinto dos trabalhadores a cuidar da limpeza e da terraplanagem do terreno (Figuras 7 e 8a, 8b, 8c e 8d) mostram trilhos para vagonetes

¹² Segundo ofício de prestação de contas do Instituto, foram investidos em fevereiro de 1912 o total de 8:552\$372 no pagamento do construtor e do pessoal que trabalhou nas obras do Hospital, por conta do crédito aberto pelo decreto de janeiro de 1912 (NOTA DE PAGAMENTO, 1912).

¹³ Dos fornecedores listados constam Firmino Fontes; José João de Araújo & Cia; Villas Boas & Cia; Laport, Irmão & Cia; Wilson, Sons & Cia; Mayrink, Abreu & Cia; Companhia Federal de Fundação; Araújo, Santos & Cia; Carlos Schelessner & Cia; J. Pompilie Dias; Moss, Irmão & Cia; José Vicente da Costa; Companhia Brasileira de Eletricidade; Rio de Janeiro Lighterage Company; Carlos Schlosser & Cia; Gomes Pereira; Ernesto Pedroza & Cia; Euclides & Cia; Raphael Torelli; Álvaro Teixeira. Ofícios, 1912.



Figura 7:
Profissionais fazendo medição do terreno do Hospital
Fonte: DADCOG.



Figuras 8a, 8b, 8c e 8d:

Perspectiva do terreno e construção do Hospital Oswaldo Cruz. Na imagem superior, à esquerda, veem-se trabalhadores em atividade, junto ao carrinho e aos trilhos; à direita, aspecto da fazenda, com animais e materiais da obra. Na foto da parte inferior, à esquerda, trabalhadores em primeiro plano e, ao fundo, o forno de incineração de lixo edificado na Fazenda Manguinhos nos anos 1890; a fotografia ao lado mostra o prédio do hospital em construção e as bases de sua estrutura no começo de 1912.

Fonte: DADCOG.

que escalavam a colina com os mais diversos materiais, trilhos usados também na construção do Pavilhão Mourisco e dos prédios anexos a ele na colina fronteira à do hospital, mais próxima do mar.¹⁴

As imagens de J. Pinto revelam outros aspectos cotidianos das obras: uso também de cavalos para transporte de cargas; trabalhadores em atividade ou em descanso; medição do terreno e materiais utilizados nas obras, alguns extraídos do lugar (pedra e areia), outros adquiridos de firmas do Rio de Janeiro (madeiras, por exemplo), e muitos importados da Alemanha, França, Portugal e Inglaterra. Referindo-se aos materiais usados entre 1905 e 1918 na construção do Pavilhão Mourisco, o componente central do complexo arquitetônico de Manguinhos e um dos principais remanescentes da *Belle Époque* carioca, escreve Benchimol (1990a, p. 113): “da Alfândega, ou diretamente de bordo dos navios fundeados na baía, eram transportados em chatas até o cais à beira-mar e, com auxílio de guinchos e de um pequeno guindaste manual, transferidos para os vagonetes puxados a burro e levados até o canteiro de obras, no alto da colina.”

A verba inicial do governo, apesar de expressiva, não foi renovada e as obras foram interrompidas entre dezembro de 1912 e fevereiro de 1913, sendo então retomadas com renda própria do Instituto Oswaldo Cruz obtida, principalmente, com a venda de uma vacina de uso veterinário contra a peste da manqueira (carbúnculo sintomático), por isso chamada de “verba da manqueira” (RELATÓRIO, 1919). Como explica Benchimol (1990a), orientado por Oswaldo Cruz, o pesquisador Alcides Godoy patenteou a vacina por ele desenvolvida, cedendo em seguida os rendimentos do invento ao Instituto sob a condição de serem aplicados na sua vida científica. A documentação mostra que, entre 1913 e 1922, 6,87% da substancial renda própria do Instituto Oswaldo Cruz (321:786\$446) foi usada na construção e manutenção de seus hospitais – aquele levantado em seu campus e o de Lassance, sobre o qual já falaremos. Os hospitais estão entre os maiores investimentos da instituição entre 1909 e 1924, atrás apenas das somas empregadas nos pagamentos a funcionários e pessoal contratado e nas expedições científicas ao interior do país. (Figura 9)

Outro documento declara que, obedecendo ao art.16 da lei nº3454, de 6 de janeiro de 1918, “a renda eventual do Instituto, que deveria ser recolhida à Tesouraria dos Patrimônios, foi destinada ao desenvolvimento científico deste Instituto e ao custeio do hospital de doenças tropicais”(Renda Vacina, 1919).

O regulamento do Instituto Oswaldo Cruz, aprovado em 19 de março de 1908 sancionou a venda de serviços e produtos biológicos, como soros e vacinas. Isso é

¹⁴ Um ofício do IOC, encaminhado em 1919 ao Superintendente da Limpeza Pública informa que os trilhos assentados para as obras no Instituto eram da Societé Decauville, fábrica francesa de sistemas ferroviários e de veículos diversos, atuante desde 1875 (DESPACHE DE MATERIAIS, 1920).

	Pagamentos feitos por conta da renda própria				Total
	1909-1912	1913-1922	1923	1924	
aquisição e sustento de animais	3.196\$000	323.684\$641	302.618\$300	293.725\$700	386.869\$611
alimentação	—	98:529\$586	21:248\$419	7:811\$319	127:589\$324
aparelhos telefônicos	2:738\$309	—	—	—	2:738\$309
aparelhos e utensílios de laboratório	18:729\$156	108:452\$931	—	—	1.271:820\$087 ¹
aquário	1:087\$332	—	—	—	1:087\$332
ampolas para vacinas	27:436\$117	198:730\$588	—	—	226:166\$705 ²
armação da biblioteca	56:000\$000	10:000\$000	—	—	66:000\$000
automóveis	14:500\$000	23:160\$000	—	—	37:660\$000
bacteriofagina	—	—	—	10:564\$055	10:564\$055
carpintaria	—	69:119\$332	1:433\$687	3:677\$377	79:230\$394
cantaria para a estátua do Dr. Oswaldo Cruz	—	2:400\$000	—	—	2:400\$000
combustível	—	5:887\$000	—	—	5:887\$000
conservação	—	43:391\$419	7:766\$280	3:222\$751	54:380\$450
construção da cocheira	—	27:999\$956	—	—	27:999\$956
comissões	11:360\$867	600:994\$724	77:979\$535	118:360\$590	808:695\$716
custeio de carros e automóveis	2:506\$000	132:890\$562	17:351\$000	17:596\$805	170:344\$367
custeio dos hospitais	—	13:915\$458	16:666\$360	14:470\$332	46:072\$150
exposição de Dresden	1:584\$750	—	—	—	1:584\$750
excursões científicas	9:345\$000	64:896\$609	1:252\$400	9:949\$700	85:443\$709
exéquias do Dr. Oswaldo Cruz	—	1:581\$000	—	—	1:581\$000
eventuais	9:025\$672	170:258\$016	35:058\$580	19:726\$044	234:068\$312
folhas de pagamento de obras	8:009\$725	9:734\$692	—	—	17:744\$417
ídem pessoal contratado	14:565\$450	1.571:381\$762	255:364\$221	258:064\$064	2.099:375\$597
forno de gila	—	2:580\$000	—	—	2:580\$000
gás e acessórios	—	17:742\$110	42:000\$000	39:230\$128	255:972\$238
gratificações	21:330\$423	77:694\$964	12:771\$230	11:402\$235	123:198\$852
Hospital de Lassance	7:799\$100	93:299\$910	—	—	101:099\$010
Hospital Oswaldo Cruz	—	214:571\$078	—	—	214:571\$078
laboratório do Instituto na Santa Casa	2:270\$579	—	—	—	2:270\$579
material para obras	—	10:684\$077	—	—	10:684\$077
maquinários	—	7:133\$771	—	—	7:133\$771
mausoléu do Dr. Oswaldo Cruz	—	10:200\$000	—	—	10:200\$000
móveis e utensílios	—	3:087\$000	—	—	3:087\$000
memórias	41:899\$700	182:615\$752	—	—	224:515\$452
medalhas para curso	—	600\$000	—	—	600\$000
novas instalações	—	16:425\$679	—	—	16:425\$679
obras científicas, livros, jornais	92:988\$353	156:068\$780	11:980\$978	23:322\$490	284:360\$601
objetos de expediente	—	76:722\$220	—	—	76:722\$220
patente das vacinas	2:673\$000	2:829\$000	—	—	5:502\$000
fotografia e encadernação	—	20:917\$222	3:064\$800	2:758\$200	26:740\$222
placas	—	1:275\$000	—	—	1:275\$000
propaganda	—	6:717\$980	—	—	6:717\$980
relógios elétricos	3:656\$625	—	—	—	3:656\$625
retiratos do Dr. Oswaldo Cruz	—	790\$000	—	—	790\$000
rótulos, etiquetas etc.	1:114\$000	—	—	—	1:114\$000
renda especial	—	—	—	7:294\$348	7:294\$348
seguro da biblioteca	206\$700	—	—	—	206\$700
serviço de pesca	—	1:805\$762	—	—	1:805\$762
sacos sanitários	—	—	2:082\$500	—	2:082\$500
tipografia	—	120:123\$784	16:729\$450	34:333\$200	171:297\$434
Vacinogênico, aluguel	—	8:300\$000	—	—	8:300\$000
ap., vidros, drogas	—	79:838\$907	59:091\$285	75:366\$960	214:297\$152
totais	367:003\$458	4.680:469\$702	612:477\$023	686:634\$298	6.346:583\$481

Obs.:
1 Em 1922, incluída em ap., vidros e drogas.
2 Idem.
3 Incluída em 1922 em custeio dos hospitais.
4 Idem.

Figura 9: Pagamentos do Instituto Oswaldo Cruz feitos com renda própria
Fonte: Benchimol, 1990a, p. 86.

considerado importantíssimo na história da instituição, uma vez que foi responsável “por sua capacidade de sobreviver à penúria de recursos orçamentários votados pelo Congresso, em condições mais favoráveis do que outros estabelecimentos públicos do país” (BENCHIMOL, 1990a, p. 38).

Além do Hospital Oswaldo Cruz, a “verba da manqueira” custeou estudos realizados na cidade de Lassance, em Minas Gerais, como se vê no relatório anual de atividade do Instituto Oswaldo Cruz: “Não tendo o Congresso votado em 1913 verba destinada à continuação dos estudos da moléstia de Chagas no hospital estabelecido por este Instituto em Lassance, teve esta diretoria que lançar mão de grande parte da renda da peste da manqueira para não interromper os proveitosos estudos que ali estão” (RELATÓRIO, 1913).

De fato, a renda própria do Instituto financiou parte das pesquisas sobre a doença de Chagas no interior de Minas Gerais, em abarracamentos hospitalares móveis e num hospital instalado na casa que serviu de residência a Carlos Chagas a partir de 1911, quando ele retornou àquela cidade com uma equipe de pesquisadores para aprofundar os estudos sobre aspectos clínicos e parasitários da doença.¹⁵ Enquanto isso, prosseguia de forma lenta, por quase toda a década de 1910, a construção do hospital maior no *campus* do Instituto Oswaldo Cruz, para onde seriam levados os casos de maior interesse daquela e de outras doenças identificadas nas regiões interioranas do Brasil. As dificuldades financeiras alongaram as obras até dezembro de 1918 e explicam o fato de ter sido edificado um só pavilhão, e não os seis planejados inicialmente.¹⁶

Por dificuldades financeiras, foram suspensas também, de 1915 a 1918, as obras da biblioteca, do museu, da sala de cursos, do prédio de medicamentos e os acabamentos do Aquário (RELATÓRIO, 1915, 1919). Ao longo desses anos, os relatórios do Instituto fazem referências ao “hospital de estudos”, em construção no campus do IOC, reiterando que entraria “brevemente em função regular” e que a demora era devida ao custo elevado de um estabelecimento “construído com todo o rigor da técnica”, destinado a ser “um modelo para instalações similares nos países tropicais” (RELATÓRIO, 1919).

Vários argumentos foram utilizados para captar novos recursos do governo. Argumento recorrente foi a necessidade de dotar o Instituto Oswaldo Cruz, órgão federal, de um lugar apropriado às pesquisas que lhe dessem notoriedade no meio científico. Por exemplo, em anatomia patológica. Para organizar esta seção do Instituto, e promover o ensino da disciplina, Oswaldo Cruz contratou na Alemanha “os serviços do professor Hermann Duerck, lente de anatomia patológica da Universidade de Jena e *prosector* no Instituto patológico anexo ao Hospital de Munique” (RELATÓRIO, 1912). Em colaboração com pesquisadores do Instituto, Duerck organizou o serviço de anatomia patológica do IOC em salas do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, no centro da cidade do Rio de Janeiro, sob o argumento de que não existiam “instalações adequadas” no Instituto. As autópsias feitas pelo professor alemão e seus colaboradores ajudaram a elucidar casos clínicos da Santa Casa que careciam da intervenção do laboratório, mas o objetivo estratégico de Oswaldo Cruz era alojar aquele serviço no hospital em construção em Mangueiras.

O principal argumento usado então para obter mais recursos para as obras do hospital continuou a ser o “alto valor da descoberta de Carlos Chagas” e sua repercussão fora do país. Lembrava Oswaldo Cruz que “a este nosso compatriota foi concedida a

¹⁵ Sobre os abarracamentos móveis, o Hospital de Lassance e o Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas ver Santos (2019).

¹⁶ Em 1919 ainda era divulgado na mídia impressa carioca que seriam construídos mais cinco pavilhões similares ao prédio finalizado em 1918 (A PREFEITURA, 1919; O NOVO, 1919; O PREFEITO, 1919).

medalha Schaudinn, recompensa internacional de inestimável valor”. A notícia, com detalhes sobre a importância daquele prêmio, consta em ofício encaminhado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em 27 de junho de 1912.¹⁷ Nova verba do governo para finalizar o hospital, no entanto, só seria concedida em 2 de janeiro de 1918, através de um crédito especial no valor de 349:482\$800 do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (decreto nº 3.453, 1918). Tudo indica que a liberação dessa verba em caráter de urgência deveu-se a dois eventos importantes realizados simultaneamente no Rio de Janeiro em outubro daquele ano: o Congresso Brasileiro de Medicina e a Segunda Conferência Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia.¹⁸ Ambos os eventos transcorreram no novo prédio da Faculdade de Medicina, projetado pelo mesmo arquiteto do complexo arquitetônico de Manguinhos, Luís de Moraes Junior, e inaugurado na Praia Vermelha, no dia do encerramento dos referidos eventos, o que rendeu grande publicidade nos mais importantes jornais da época.¹⁹ Para dar maior solenidade ao ato, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz na direção do Instituto, de 1918 até sua morte, em 1934, convidou

¹⁷ Após a morte precoce, em junho de 1906, de Fritz Schaudinn, protozoologista do Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais de Hamburgo, que havia descoberto o agente causal da sífilis, foi criada em sua homenagem uma medalha a ser conferida ao “sábio que mais valiosas descobertas tivesse feito no departamento das ciências em que se exercitava o malogrado professor”. O primeiro condecorado foi Stanislaus von Prowazek. Chagas foi o segundo escolhido por uma comissão formada por cientistas de grande renome: Otto Bütschli, professor de zoologia na Universidade de Heidelberg; Paul Ehrlich, diretor do Instituto de Terapia Experimental de Frankfurt; Richard von Hertwig, diretor do Instituto Zoológico da Universidade de Munique; Robert Koch, professor e ex-diretor do Instituto de Moléstias Tropicais de Berlim; Patrick Manson, professor da Escola de Medicina Tropical de Londres; Ronald Ross, da Escola de Medicina Tropical da Universidade de Liverpool; Raphael Blanchard, professor de parasitologia na Universidade de Paris; Alphonse Laveran, do Instituto Pasteur de Paris; Élie Metchnikoff e Émile Roux, subdiretor e diretor do Instituto Pasteur de Paris; Angelo Celli, professor de higiene na Universidade de Roma; Camilo Golgi, professor de patologia e histologia na Universidade de Pávia; Giovanni Battista Grassi, professor de anatomia comparada na Universidade de Roma; Ishikawa Chiyomatsu, professor de zoologia e entomologia da Universidade de Tóquio; Shibasaburo Kitasato, diretor do Instituto de Moléstias Infecciosas de Tóquio; Karl Heider, professor de zoologia na Friedrich Wilhelm University, em Berlim; Richard Paltauf, professor de patologia na Universidade de Viena; Aires Kopke, diretor da Escola de medicina Tropical de Lisboa; Sphaenacanthina Shewiakoff, professor de zoologia na Universidade de São Petersburgo; Frederick Novy, professor de bacteriologia na Universidade de Michigan; Edmund Beecher Wilson, professor de zoologia na Universidade de Columbia e, *last but not least*, Oswaldo Cruz Cruz, diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Ver: OFÍCIO, 27.06.1912.

¹⁸ Para o Instituto, havia urgência de serem concluídas, em outubro de 1918, “as obras do hospital e as do Instituto Oswaldo Cruz, a fim de realizar-se aqui a Segunda Conferência da Sociedade Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia” (FIM DAS OBRAS, 1919).

¹⁹ Os periódicos que noticiaram a inauguração do prédio do Hospital como parte do encerramento dos congressos foram: *A Época* (O VIII Congresso..., 14.10.1918, p. 8), *A Noite* (A INAUGURAÇÃO..., 15.08.1918, p. 3 e FOI ADIADA..., 18.10.1918, p. 2), *Gazeta de Notícias* (OITAVO CONGRESSO..., 5.10.1918, p. 2 e O VIII CONGRESSO DE MEDICINA..., 14.10.1918, p. 3), *Jornal do Brasil* (VIII CONGRESSO..., 5.10.1918, p. 6 e Prefeitura. 9.10.1918, p. 6) e *O Paiz* (CONGRESSO BRASILEIRO... 05.10.1918, p. 6 e S/T 9.10.1918, p. 4).

Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina, o presidente da República, Wenceslau Braz, e o prefeito da cidade, Cavalcanti de Brito.²⁰

As cerimônias de inauguração do Hospital Oswaldo Cruz e da Faculdade, a serem realizadas na mesma data ou em data muito próxima, foram canceladas por força da epidemia de gripe que se abateu sobre a cidade. Ainda assim, grande parte dos jornais da cidade do Rio de Janeiro e de outras capitais noticiou a finalização das obras do Hospital Oswaldo Cruz.²¹ As notícias começaram a ser veiculadas em agosto de 1918 e prolongaram-se até o mês de outubro. *O Imparcial*, periódico que circulou nas décadas de 1910 e 1920 na cidade do Rio de Janeiro, sob direção de José Eduardo de Macedo Soares, dedicou ampla matéria ao novo hospital,²² vinculando sua inauguração ao projeto de saneamento do interior do país:

Será inaugurado, anexo ao Instituto de Manguinhos, o Hospital Oswaldo Cruz, destinado ao estudo das doenças tropicais do Brasil. [...] É este um preparativo indispensável para o ataque do grande problema nacional, ao qual não conhecemos outro que neste momento sobreleve em importância. Referimo-nos ao saneamento das populações rurais do país. [...] O Hospital Oswaldo Cruz, estamos certos, proporcionará ao Instituto de Manguinhos os meios de aperfeiçoar a terapêutica e a profilaxia das doenças que depauperam o brasileiro do interior, para que só funde em bases sólidas a grande obra do nosso saneamento rural – problema, não é demais repetir, não só humanitário, social e político, como, e sobretudo, econômico (Humanitário e econômico. *O Imparcial*, 17 de agosto de 1918, p. 4).

Após descrever o prédio com capacidade para trinta a quarenta leitos e enaltecer os modernos recursos de que fora dotado, o autor não identificado dessa matéria transcrevia discurso do médico Azevedo Sodré, segundo o qual “a reabilitação

²⁰ Wenceslau Brás Pereira Gomes assumiu o a presidência da República em 15.1.1914, pouco depois da eclosão da Primeira Guerra Mundial. Em 1918, seu último ano de governo, teve de enfrentar a epidemia de gripe espanhola. Apoiou a candidatura vitoriosa de Rodrigues Alves à presidência e, com a posse deste, em 15.11.1918, retirou-se provisoriamente da vida pública (Wenceslau..., s/a). Em 12 de janeiro de 1917, Cavalcanti de Brito foi nomeado prefeito da cidade do Rio de Janeiro quando esta ainda era o Distrito Federal. Governou de 15.1.1917 a 15.11.1918, data em que foi nomeado ministro da Fazenda pelo então presidente da República Delfim Moreira. Ver Biografia no portal do STF (Cavalcanti..., s/a). Sobre os convites dos médicos ao Prefeito da cidade e ao Presidente da República, ver: *Jornal do Brasil* (PREFEITURA. 9.10.1918, p. 6) e *A Noite* (A INAUGURAÇÃO..., 15.08.1918, p. 3).

²¹ Jornais de grande tiragem, entre os quais aqueles considerados por Olavo Bilac como os cinco melhores da alvorada do século XX: *Jornal do Brasil*, *Jornal do Comércio*, *Gazeta de Notícias*, *Correio da Manhã* e *O Paiz* (Barbosa, 2007, p. 41). Além desses, a inauguração foi pauta em *O Imparcial*, *A Noite*, *A Epoca* e os periódicos regionais *Correio do Maranhão*, *Correio Paulistano* e *Diário de Pernambuco*.

²² Existiram dois jornais cariocas com o nome *O Imparcial* no início do século XX. O primeiro, aqui referido, circulou nas décadas de 1910 e 1920, sob a direção de José Eduardo de Macedo Soares. O segundo periódico chamado *O Imparcial* substituiu o jornal *A Nação* e foi lançado em 1935 por José Soares Maciel Filho, tendo funcionado até 1942. Ver: *O Imparcial*. In: Gasparian, Helena. Dicionário FGV/CPDOC, www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/imparcial-o

sanitária dos sertões do Brasil, viveiros de uma grande população depreciada pelas doenças, será o melhor impulso dado à solução do problema econômico e financeiro do país”. O público-alvo do Hospital Oswaldo Cruz era descrito com palavras veementes que lembram as de Belisário Penna e Monteiro Lobato:

vê-se o caipira opilado, habitando com sua família, toda vítima do ancilóstomo duodenal, do paludismo ou da moléstia de Chagas, em choças de sapé, empregando as forças escassas de seu braço valetudinário no labor da terra contígua, abandonado dos poderes públicos e à revelia do governo, que não entra em contato com eles senão para lhe cobrar um imposto sobre o magro produto do seu trabalho. Se fosse despendida em instalar, curar e ajudar o campônio nacional a soma gasta em importar, instalar e auxiliar os imigrantes estrangeiros, os resultados mesmo no ponto de vista material da massa da produção seriam evidentemente maiores, porque o nacional dispensa o transporte, o aprendizado e a adaptação à terra, que consome os primeiros tempos do estabelecimento do estrangeiro (Humanitário e econômico). *O Imparcial* (17.08.1918, p. 4).

Ecoando Lobato e Penna, afirmava o jornalista que a “indolência” do camponês era simplesmente doença evitável ou curável, o que justificava plenamente a abertura de um hospital voltado para o estudo das moléstias que grassavam no interior do país, um hospital que seria importante ferramenta para concretizar a “grande obra” do saneamento rural, propulsor do progresso do Brasil.

Essa era a bandeira abraçada por intelectuais e por cientistas de Manguinhos e de outras instituições. O debate sobre o saneamento rural era animado por uma corrente nacionalista que identificava as raízes da brasilidade na figura do sertanejo, cujas condições de vida e saúde tinham de ser melhoradas (SANTOS, 1985). Nesse sentido, as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz a várias regiões do país podem ser consideradas pilares da campanha pelo saneamento rural que agregou médicos e outros atores sociais, todos agora conscientes da relevância das doenças endêmicas. Para Santos, o ano de 1915 “revela os primeiros contornos de ideologias e ações civilizatórias que têm como alvos as populações rurais do país” (SANTOS, 2004, p. 252). Importante marco desse movimento foi o relatório da viagem que Belisário Penna (1868-1939) e Arthur Neiva (1880-1943) fizeram aos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, de março a outubro de 1912, num total de sete mil quilômetros percorridos a cavalo ou em lombo de mula (PENNA; NEIVA, 1916).

O relatório apresentava com grande maestria um quadro a um só tempo médico e social dos sertões, de isolamento e pobreza, que atraiu a atenção de setores das elites e reacendeu o interesse pelos sertões, tema esquecido desde o episódio de Canudos, plantando a semente da ação do poder central nos estados então situados no Norte do país (BENCHIMOL, 1990a; SANTOS, 1985). Santos (2004) considera o período entre 1915 e 1920 como um dos mais importantes na história da saúde por ser aquele em que ela

passa a ter participação ativa na construção do Estado e de suas ideologias de salvação nacional.

Também em 1918 foi inaugurado o Hospital Oswaldo Cruz e se deu a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, movimento de elite que contou com expressiva adesão dentro e fora do círculo médico, congregando presidente, senadores, altas patentes militares e outras figuras notáveis da época (BRITTO, 1995; SANTOS, 1985). A Liga foi criada logo após a publicação de *Saneamento do Brasil*, livro em que Belisário Penna justificava as principais propostas da reforma da política de saúde e denunciava suas falhas, em particular o fato de só dar atenção às capitais, abandonando as populações do interior às doenças.

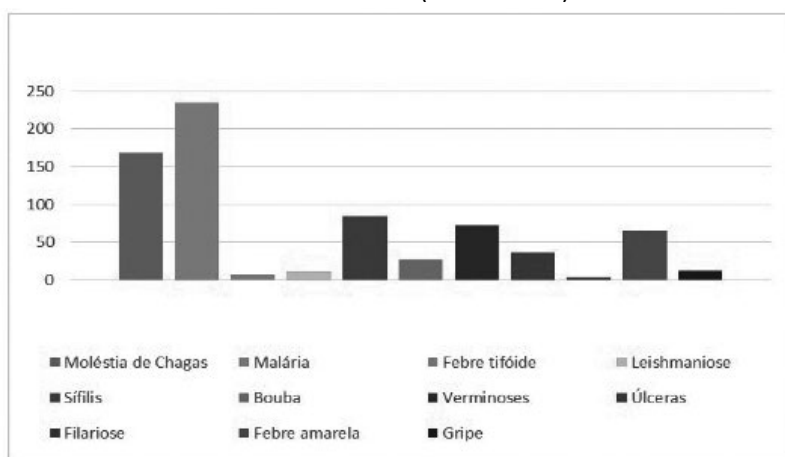
Entre os participantes da Liga estavam Carlos Chagas, Eurico Villela e Aristides Marques da Cunha. Chagas assumiu a direção do Instituto após a morte de Oswaldo Cruz, em 11 de fevereiro de 1917, e deu prosseguimento ao projeto do hospital, transformando-o numa peça importante das ações empreendidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920 e dirigido por ele até 1926. Eurico Villela, pesquisador do IOC desde 1912, desenvolveu vários trabalhos em parceria com Carlos Chagas, em especial aqueles mais diretamente relacionados às investigações com doentes internados nos hospitais de Lassance e no Instituto Oswaldo Cruz, tendo sido nomeado diretor (“chefe de serviço”) deste hospital em 1919.²³ Aristides Marques da Cunha integrou o conselho redator da revista *Saúde*, publicada pela Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1919 (BRITTO, 1995), assinando textos de caráter científico sobre endemias rurais. Ingressou no IOC em 1910 e especializou-se em protozoologia com Henrique Aragão. Em abril de 1912, foi contratado para trabalhar na Seção de Diagnóstico Bacteriológico e Combate às Espizootias do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Em dezembro de 1916, assumiu a vaga de assistente interino no IOC, em substituição a Arthur Neiva, tornando-se assistente em maio do ano seguinte. Marques da Cunha publicou, nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, diversos trabalhos sobre a fauna de protozoários do Brasil, patogênicos ou não. Em colaboração com Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca, pesquisadores do IOC, fez estudos experimentais sobre a influenza pandêmica em 1918, ano em que assolou o Rio de Janeiro e outras cidades brasileiras. As pesquisas com 40 doentes e animais de laboratório, muito provavelmente realizadas no Hospital Oswaldo Cruz, tiveram em mira esclarecer a etiologia da gripe e encontrar formas para tratar os doentes e combater a epidemia. Os resultados foram divulgados em *O Brasil Médico* e nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Aristides Marques da Cunha publicou ainda outros trabalhos em colaboração com Arthur Neiva, Lauro Travassos e Júlio Muniz, este médico do Hospital Oswaldo Cruz nas décadas de

²³ A estreita relação entre os médicos Carlos Chagas e Eurico Villela é analisada em Santos (2019).

1920 e 1930. A partir de 1934, Marques da Cunha desempenharia importante papel na Comissão Encarregada do Estudo da Leishmaniose Visceral Americana, constituída sob a direção de Evandro Chagas, filho primogênito de Carlos Chagas, e, desde janeiro de 1931, diretor do Hospital Oswaldo Cruz (BENCHIMOL; BARRETO; GUALANDI; PINHEIRO, 2019). Aí transcorreram parte dos trabalhos experimentais e grande parte dos trabalhos administrativos da Comissão e de sua sucessora, o Serviço de Estudo de Grandes Endemias (Sege), extinto dois anos depois da trágica morte de Evandro Chagas num acidente aéreo, em 1940.

Além desses pesquisadores, estiveram ligados ao Hospital Oswaldo Cruz, e à rede de hospitais que o Instituto mantinha, ou com os quais colaborava (o Hospital São Francisco de Assis, por exemplo, no Rio de Janeiro), os seguintes pesquisadores: Carlos Bastos Magarinos Torres, Octaviano de Almeida, Samuel Libâneo, Leocádio Chaves, Antonio Eugenio de Area Leão, Raul Magalhães, Chagas Bicalho, Carlos Burle de Figueiredo, Álvaro Lobo Leite Pereira, Alvares Lacerda, José de Castro Teixeira, Raul Avellar Alves, Emanuel Dias e Carlos Chagas Filho (SANTOS, 2019). Entre 1919 e 1930, ano em que esses cientistas atuavam nos hospitais do IOC, os casos de interesse médico tinham relação, sobretudo, com a doença de Chagas, a malária, verminoses e outras endemias, como mostra o gráfico abaixo. Ainda que as internações contemplassem principalmente a doença de Chagas, o gráfico construído a partir dos prontuários médicos elaborados pelo Hospital Oswaldo Cruz revela outras patologias relevantes para os estudos clínicos, laboratoriais e anatomopatológicos.²⁴

DIAGNÓSTICOS (1919 - 1930)



Fonte: Santos, 2019, p. 2016.

²⁴ O gráfico foi elaborado a partir da análise dos prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz, entre 1919 e 1930, em tese de doutorado de Santos (2019).

O ARQUITETO DE OSWALDO CRUZ

Na edificação do complexo arquitetônico de Manguinhos, inclusive o hospital, e no reaparelhamento da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz estabeleceu sólida parceria com o engenheiro português Luís de Moraes Junior.²⁵

Nascido em Faro, no Algarve, em 28 de janeiro de 1868, Luís de Moraes Junior graduou-se em engenharia, em Lisboa, e iniciou a carreira profissional como engenheiro ferroviário. Em 1900, aos 32 anos de idade, emigrou para o Brasil a convite de um conterrâneo, vigário-geral da igreja da Penha, para executar aí obras de reconstrução e embelezamento. O engenheiro português trabalhou também para a congregação beneditina na recuperação física de seu mosteiro no Rio de Janeiro. Sua carreira decolou depois que conheceu Oswaldo Cruz, em 1902, no trem da Leopoldina que o construtor e o pessoal do laboratório soroterápico tomavam cotidianamente. Um dos funcionários do Instituto registrou o encontro fortuito:

Chegada a hora da partida do comboio de poucos vagões, embarcavam todos, formando pequenos grupos pelos bancos (...). Os outros passageiros do trem olhavam entre desconfiados e respeitosos aquela gente que trabalhava em peste bubônica, fazendo comentários em voz baixa, mas um deles estabeleceu logo relações cordiais com a gente do laboratório. Era Luiz de Moraes, um jovem arquiteto português, vivo e insinuante (...). No momento estava reconstruindo a ermida da Penha e pouco mais se sabia dele e dos seus afazeres (ARAGÃO, 1950, p. 10). (Figura 10).

Curioso dos trabalhos feitos no Instituto de Manguinhos, Moraes chegou a participar de excursões à Baixada Fluminense para capturar anofelinos transmissores de malária. Durante os sete anos em que Oswaldo Cruz permaneceu à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (1903-1909), e ao longo dos quinze em que dirigiu o Instituto batizado com seu nome (1902-1917), Luís de Moraes Junior pôde acumular experiência



Figura 10:

Luís de Moraes Junior. Engenheiro e arquiteto português responsável pela construção da primeira geração de prédios do complexo arquitetônico de Manguinhos.

Fonte: Brasiliana Fotográfica/Biblioteca Nacional.

²⁵ Sobre Luís de Moraes Junior, ver Benchimol (1990) e Oliveira (2007).

notável num campo muito especializado, embora ainda pouco profissionalizado da construção civil: o das edificações laboratoriais, sanitárias e hospitalares. Oswaldo Cruz abriu-lhe as portas da comunidade médica da capital, possibilitando a Moraes Junior assinar projetos de grande envergadura, como os da sede da Policlínica, na avenida Central (atual Rio Branco) e da Faculdade de Medicina, na Praia Vermelha. São ainda de sua autoria o projeto e a construção da residência particular de Oswaldo Cruz (1913), na praia de Botafogo, e do sanatório para tuberculosos que o sanitarista pretendeu fundar em Mendes, em 1914, em sociedade com dois outros médicos. Foi de Moraes Junior também o projeto do Desinfetório de Botafogo (atual Hospital Rocha Maia). Quando o desinfetório da rua Clapp foi demolido pela Prefeitura, as diversas seções da DGSP foram transferidas para prédios alugados no centro da cidade. Em 1904, o engenheiro português elaborou as plantas da nova sede, inclusive seu Desinfetório Central, na rua do Resende n. 118. Como mostra Oliveira (2007), muitas atribuições marcaram a construção desse edifício, que não logrou dar à saúde pública a importância arquitetônica condizente com a ingerência que tinha sobre a vida dos cariocas.

Salles Guerra, biógrafo de Oswaldo Cruz, atribui a predileção que este devotava a Luís de Moraes Junior ao fato de “possuir o segredo de realizar planos de construção que outros tinham por inexecutáveis, apoiando o respectivo parecer em extensos cálculos matemáticos, penetráveis somente aos iniciados” (GUERRA, 1940, p. 544). A escolha de um construtor jovem e desconhecido para executar o ambicioso conjunto arquitetônico de Manguinhos, quando existiam outros profissionais com renome e experiência na praça, liga-se ainda a um aspecto notável da crônica do Instituto: o próprio Oswaldo Cruz tinha apenas 32 anos de idade quando assumiu o comando da saúde pública, posto de importância crucial para a República dos velhos oligarcas. E, para responder aos desafios da instituição da medicina pasteuriana na capital do país, recrutou médicos muito jovens, sem os vícios da carreira e com o indispensável entusiasmo para levar à frente um projeto que os contemporâneos encaravam com hostilidade ou indiferença.

O mérito de Moraes Junior como engenheiro construtor não reside apenas em ter expressado, de forma requintada, as tendências formais e estéticas da Belle Époque carioca, mas em ter equacionado necessidades construtivas complexas e inéditas para espaços funcionais que não tinham similar em nossa tradição arquitetônica.

NOVOS PARADIGMAS NA ARQUITETURA HOSPITALAR

Os limites do tema e de páginas do presente capítulo não nos permitem analisar as últimas obras de que participou Moraes Junior nos anos 1930, quando o prefeito Pedro Ernesto assentou as bases da infraestrutura hospitalar que ainda hoje responde por

grande parte da assistência médica prestada à população da cidade do Rio de Janeiro.²⁶ Expressavam aquelas obras novas tendências que vinham se impondo na arquitetura hospitalar, inclusive seu reconhecimento como especialidade no aparelho de Estado, especificamente no âmbito do Ministério da Educação e Saúde Pública, criado após a Revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas ao poder.

O princípio básico do modelo pavilhonar – dispersão do hospital em unidades isoladas – deu lugar a construções verticais em monobloco, cujo pressuposto era justamente obter maior concentração dos serviços hospitalares. A esta ruptura correspondia um deslocamento do polo de irradiação das formulações teórico-conceituais e de modelos construtivos da Europa para os Estados Unidos. A obsolescência da arquitetura pavilhonar deveu-se a vários fatores: complexidade crescente das práticas médico-terapêuticas aliada à nova percepção das formas de contágio das doenças e à redefinição daquelas com maior prevalência nos centros urbanos, com peso crescente das doenças crônicas e degenerativas; nova racionalidade no tocante ao custo das instalações e serviços hospitalares e à economia de tempo em seus fluxos internos, o que se articulava, por um lado, à sofisticação tecnológica dos equipamentos e do instrumental médico produzido pela indústria eletroeletrônica, e, por outro, ao crescimento urbano e à implementação de políticas públicas voltadas para a massificação da assistência médico-hospitalar. Por último, mas não menos importante, a adoção de novos paradigmas hospitalares estava relacionada a transformações ocorridas na arquitetura e nas técnicas construtivas em geral, que se traduziriam na multiplicação dos arranha-céus e na generalização da linguagem modernista na paisagem dos grandes centros urbanos.

Os autores que contestavam as velhas doutrinas sobre construção hospitalar argumentavam que a arquitetura pavilhonar era antieconômica e inadequada a toda a aparelhagem que a ciência e a indústria puseram à disposição da medicina, em particular daquelas especialidades clínicas, cirúrgicas e laboratoriais que sofreram grande impulso a partir da Primeira Guerra Mundial. A pluralidade de pavilhões complicava não só a circulação de doentes, pessoal médico, material de laboratório, medicamentos, refeições etc., como também as canalizações de gás, de água e esgoto, a rede elétrica e os demais circuitos e tubulações requeridos pelas instalações e pelos aparelhos mais modernos.

Tome-se como exemplo o texto de Jean Walter, muito citado em livro que inaugurou a extensa lista de publicações da Divisão de Organização Hospitalar, do

²⁶ Na conjuntura política inaugurada pela Revolução de 1930, Pedro Ernesto governou a cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal) primeiro como interventor, a partir de setembro de 1931, e, depois, como prefeito, de abril de 1935 até sua primeira prisão, em abril de 1936. Sua administração foi marcada por importantes realizações nos campos da educação e saúde. (PEDRO ERNESTO, 2001, p. 2008-2012).

Ministério da Educação e Saúde, e fonte indispensável para o estudo da história dos hospitais no Brasil no século XX.²⁷ Segundo o arquiteto francês,

o transporte de um doente a uma sala de radiografia ou a um laboratório faz-se lentamente, através de galerias intermináveis, nas quais sofre uma exposição perigosa. As relações entre um serviço e outro são difíceis, a distribuição dos alimentos é interminável, a comida chega fria (...) Toda a vigilância é impossível no dédalo infinito de salas e galerias (...) Inevitável que o doente receba cuidados insuficientes, visto que os métodos de diagnóstico e terapêutica desenvolvidos pela ciência moderna requerem o uso de laboratórios equipados com numerosos instrumentos. Estes só são úteis se estiverem ao alcance imediato dos pacientes; afastados, não podem (...) cumprir sua função. De outro ponto de vista, deve-se considerar que um doente já não depende, como antes, de um único especialista. Cada médico tem necessidade de conhecer, a todo instante, e muito rapidamente, as opiniões dos chefes de outros serviços (...) Não se pode assegurar num hospital pavilhonar nenhuma destas ligações necessárias (WALTER, 1938, *apud* CAMPOS, 1944, p. 55-56).

Ao lado dessas razões técnicas, administrativas e logísticas, também influíram no desenvolvimento de uma nova arquitetura hospitalar as conclusões a que chegaram os homens de laboratório sobre o comportamento dos micróbios patogênicos, enfraquecendo antigas noções, preservadas pela bacteriologia pasteuriana, sobre a periculosidade do ar e de outros suportes físicos para o contágio das doenças. Em trabalho apresentado ao *Office International d'Hygiene Publique*, em maio de 1926, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e do Instituto Oswaldo Cruz, apresentou um inventário dos conhecimentos que a medicina experimental viera acumulando sobre a transmissão das doenças infecciosas, com o objetivo de demonstrar a inutilidade de grande parte das medidas de desinfecção que constituíam rotinas básicas dos serviços de saúde pública.

Segundo Chagas, as pesquisas haviam demonstrado que

fora do organismo infectado, os micróbios patogênicos, privados de seu habitat indispensável, encontram condições desfavoráveis para o seu metabolismo e, quando não morrem em muito pouco tempo, são

²⁷ Jean Walter. Renversement des doctrines en matière de constructions hospitalières. *L'Architecture d'Aujourd'hui*. Revue mensuelle. *Les hopitaux*. Paris, s.e., n. 5, mai 1938. *Apud* Campos, 1944, p. 55-56. Segundo o dr. Teófilo de Almeida, diretor da Divisão de Organização Hospitalar, criada em fevereiro de 1942, com o objetivo de formar especialistas em administração hospitalar e de modernizar os hospitais e entidades para-hospitalares: “o conceito de hospital moderno (...) alcançou (...) particularmente nos Estados Unidos, os foros de uma especialidade definida (...) compreendendo desde a formação do especialista, o planejamento das edificações e instalações, a seleção do equipamento, as normas de organização e funcionamento, o regime econômico-financeiro, a assistência social, jurídica, cultural, religiosa e recreacional, o estudo da padronização em geral (...) abrangendo, desta sorte, todo o domínio da assistência médico-social à população” (p. 3-4).

incapazes de se multiplicar. A experiência demonstra, com efeito, que a cultura de quase todos os germes produtores de doenças requer artifícios de técnica e meios nutritivos especiais. Além disso, verificou-se que, mesmo quando mantidos nas excreções nas quais deixam o corpo, alguns micróbios perdem rapidamente no mundo exterior a capacidade de se reproduzirem quando são transplantados para os meios de cultura do laboratório. E mais, a vida parasitária de certos micróbios é tão exigente no que concerne às suas condições necessárias que até o presente mostrou-se impossível cultivá-los no laboratório, malgrado os mais obstinados esforços. (...) Nosso conhecimento exato sobre a biologia dos microrganismos patogênicos torna, assim, evidente sua rápida destruição no mundo exterior”.²⁸

A verificação de que o ar, as paredes, os pisos, móveis e outros objetos tinham importância bem menor como veículos de transmissão dos germes patogênicos, além de redirecionar práticas da saúde pública – tornando obsoletos, por exemplo, os desinfetórios pelos quais Oswaldo Cruz tanto se batera –, debilitou a legitimidade científica das regras de espacialização inerentes à arquitetura pavilhonar, abrindo caminho a novos paradigmas para as construções hospitalares (CHAGAS, 1928, p. 7-11).

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. de A. *Evolução urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IplanRio; J. Zahar, 1987.
- A INAUGURAÇÃO do Hospital Oswaldo Cruz e o Congresso Médico Sul-Americano. *A Noite*. Última Hora, Rio de Janeiro, 15 ago. 1918.
- A PREFEITURA vai adquirir outro forno de incineração de lixo. *A Razão*, Rio de Janeiro, 5 abr. 1919, p. 5.
- AQUINO, J. P. L. de. O Hospital Sanatório S. Sebastião. Memória histórica desde a sua fundação até nossos dias. Principais fatos ocorridos em antigas epidemias e reminiscências de vultos notáveis do mundo médico nacional e estrangeiro, ligados à vida do mesmo hospital. *Revista Médica Municipal*, V. VII, ns. 1, 2, 3, p. 144-81, jul./dez. 1945.
- ARAGÃO, H. de B. R. Notícia histórica sobre a fundação do Instituto Oswaldo Cruz, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, V. 98, Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1950. p. 1-50.
- ARAÚJO, A. R. de. *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, Conselho Federal de Cultura, 1982.
- ARISTIDES MARQUES DA CUNHA. Biblioteca de Manguinhos, Arquivo Promam, Aristides Marques da Cunha, Publicações, Caixa 1, p.1-15.

²⁸ O tema foi abordado em outras publicações do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em Torres (1925) lê-se: “A princípio exigia-se para cada espécie nosológica uma sala ou mesmo um pavilhão separado. Pouco a pouco, porém, foi se procurando isolar diferentes doenças na mesma sala (...) era o isolamento pela antissepsia, oposto ao isolamento pela distância. Desde o momento em que se permitiu isolar o doente entre os doentes, não subsistia razão para não isolá-lo entre os sãos (...) já que lentamente se foi compreendendo que o contágio aéreo não existia, além de dois metros; mesmo nas doenças em que o germe é excretado pelas vias respiratórias. Ao mesmo tempo (...), atribuíam-se crescente importância aos portadores ‘saudáveis’ de germes como fontes de disseminação de doenças infecciosas.”

- ASSISTÊNCIA pública e privada no Rio de Janeiro (Brasil). Commemoração do Centenário da Independência Nacional. Rio de Janeiro, Typographia do “Anuário do Brasil”, 1922.
- AZEVEDO, C. F. dos S. X. de. Discurso proferido pelo Conselheiro dr. Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo por ocasião da inauguração da primeira enfermaria barraca no Brasil, RJ, Typ. Nacional de H. Laemmert e C., 1884. p. 18-19.
- BARBOSA, P.; REZENDE, C. B. *Os serviços de saúde pública no Brasil especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907*. Trabalho organizado pelos drs. Placido Barbosa e Cassio Barbosa de Rezende por ordem do dr. Oswaldo Gonçalves Cruz, diretor geral de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Diretoria Geral de Saúde Pública/Imprensa Nacional, 1909, V. 1 (esboço histórico) ; V. 2 (legislação).
- BENCHIMOL, J. L.; GUALANDI, F. da C.; BARRETO, D. C. dos S; PINHEIRO, L. de A. Leishmanioses: sua configuração histórica no Brasil com ênfase na doença visceral nos anos 1930 a 1960. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. Ciências Humanas, Belém, V. 14, nº. 2, p. 591-606, maio/ago. 2019.
- BENCHIMOL, J. L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.
- _____. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990a.
- _____. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Divisão de Editoração, 1990b.
- _____. Hospitais de ontem e de hoje. In: VIDEIRA, A. P. (Org). *Rio científico: inovação e memória*. Rio de Janeiro: Eduerj/Faperj, 2010. p. 160-179.
- _____. Febre amarela e instituição da microbiologia no Brasil. In: HOCHMANN, G. e Diego ARMUS, D. (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 57-97.
- _____. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, J.; NEVES, L. de A.. *O Brasil republicano: economia e sociedade, poder e política, cultura e representações*, V. 1: O tempo do liberalismo excludente – Da proclamação da República à Revolução de 1930. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 231-286.
- _____. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.
- BENCHIMOL, J. L.; TEIXEIRA, L. A. *Cobras e lagartos & outros bichos: uma história comparativa dos institutos Butantã e Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1993.
- BRASIL. Decreto n. 9.346, de 24 de janeiro de 1912. Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DAD/COC). Fundo Oswaldo Cruz, Série Instituto Oswaldo Cruz, Dossiê 02, Correspondências e decretos. BR RJ COC OC-IOC-02. 24 jan. 1912.
- BRITTO, N. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- CAMPOS, E. de S. C.. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Hospitalar, 1944.
- CARTA DO LEITOR. Carta do leitor Libelli. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 13 nov. 1904, p. 7.
- CHAGAS, C. *On the practice of terminal disinfection*. Edinburgh and Glasgow: William Hodge and Comp., 1928.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHRONICA E NOTICIAS. *O Brazil Medico*, ano XIV, nº. 27, 15 jul. 1900, p. 243-244.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 5 out. 1918, p. 6.
- COSTA, R. G. R. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V. 18, supl. 1, p. 53-66, dez. 2011.
- COUTO, A. da G. (Inspetor do serviço de isolamento e desinfecção). *A desinfecção pública no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger, 1897.

- CRUZ, O. *Relatório apresentado ao Exmo. Sr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores, pelo Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz, DGSP – 1906*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1907.
- CUKIERMAN, H. *Yes, nós temos Pasteur*: Manguinhos, Oswaldo Cruz e a história da ciência no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Faperj, 2007.
- DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 540, 11 out. 1920.
- EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V. 3, nº. 2, p. 284-299, jul./out. 1996.
- FERNANDES, T. M. D. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FERRAZ, F. F. da C. *O novo hospital de Jurujuba*. Rio de Janeiro: Typ. Laemmert, 1889.
- FIM DAS OBRAS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 572, 1919.
- FOI ADIADA INAUGURAÇÃO do hospital de moléstias tropicais. *A Noite*, Rio de Janeiro, 18 out. 1918, p. 2.
- FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. et al.. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Paris: Institut de l'environnement, 1976.
- GUERRA, E. S. *Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Casa editorial Vecchi, 1940.
- HUMANITÁRIO e econômico. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, 17 ago. 1918, p. 4.
- INSTITUTO VACÍNICO DO IMPÉRIO. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em: 15 out. 2019.
- KROPF, S. P. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- _____. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, nº. 16 (suplemento), p. 205-227, 2009.
- LE FORT, L. *Des maternités. Études sur les maternités et les institutions charitables d'accouchements ... domicile dans les principaux états de l'Europe*. Paris: Victor Masson et Fils, 1866.
- _____. *Note sur quelques points de l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre*. Paris: Victor Massin et Fils, 1862.
- NAPIAS, H.; MARTIN, A. J. Hygiène Hospitalière et Assistance Publique. In: ROCHARD, J. E. (Org.). *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*. Tomo V, Livro V. Paris: L. Bataille et Cie Éditeurs, 1893.
- NOTA DE PAGAMENTO. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 55, 6 mar. 1912.
- OFÍCIO. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 168, 27 jun. 1912.
- OITAVO CONGRESSO Brasileiro de Medicina. *Gazeta de Notícias*, 5 out. 1918, p. 2.
- OLIVEIRA, B. T. (Coord.). *Um lugar para a ciência: a formação do campus de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- _____. Da antiga sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ao atual Instituto Nacional do Câncer (Inca). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V. 14, nº. 1, p. 325-346, 2007.
- O NOVO hospital de Manguinhos. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 28 mar. 1919. Seção Pelos Melhoramentos da Capital, p. 3.
- O PREFEITO visita o Instituto Oswaldo Cruz. *A Rua*, Rio de Janeiro, 27 mar. 1919, p. 2.
- O VIII CONGRESSO de Medicina. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, 14 out. 1918, p.3.
- PENNA, B. *Saneamento no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918.
- _____. 2. ed. Rio de Janeiro: *Revista dos Tribunais*, 1922.
- PENNA, B.; NEIVA, A. Expedição pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, t. VIII, nº. 3, p. 74-224, jan. 1916.

- PEDRO ERNESTO. In: ABREU, A. A. de. et al. (Coord.). *Dicionário histórico biográfico brasileiro (1930-1983)*. Rio de Janeiro: FGV/CPDOC, 2001, V. 2, p. 2008-2012.
- PORTO, A. et al. (Org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PREFEITURA. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 9 out. 1918, p. 6.
- RELATÓRIO. Relatórios anuais de atividades do IOC. DAD/COC, Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração Geral. 1912; 1913; 1915; 1919; 1924.
- RENDA VACINA. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº 49, 29 de janeiro de 1919.
- SANGLARD, G. P. A construção do espaço de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*, UFSC, V. 13, nº. 16, p. 11-33, 2006.
- SANGLARD, G. P.; COSTA, R. da G. R. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931). *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V. 11, nº. 1, jan./abr. 2004.
- SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. *Dados: Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – Universidade Cândido Mendes, V. 28, nº. 2, p. 193-210, 1985.
- SANTOS, L. A. C. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G. *Cuidar, controlar e cuidar: ensaios históricos sobre saúde e doenças na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 249-294.
- SANTOS, M. S. dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V. 14, nº. 4, p. 1173-1196, out./dez. 2007.
- SANTOS, R. S. C. *O Instituto Oswaldo Cruz e seus Hospitais: Médicos, pacientes e suas mazelas rurais e urbanas (1909-1930)*. Tese (Doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.
- S/T. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 9 out. 1918, p. 4.
- STEPAN, N. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.
- TOMES, N. *The gospel of germs: men, women and the microbe in American Life*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- TORRES, L. F. *Isolamento e quarentena*. Rio de Janeiro: DNSP, Serviço de Saneamento Rural, publicação nº. 1, 1925.
- VIII CONGRESSO de Medicina. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 5 out. 1918, p. 6.

O Hospital Gaffrée e Guinle: filantropia, saúde e os ecos do pasteurianismo no Brasil da Primeira República*

Gisele Sanglard



* Este artigo revisita, ao mesmo tempo em que atualiza, trabalhos por mim já publicados acerca do Hospital Gaffrée e Guinle, a saber: Sanglard e Costa (2004 e 2015); Sanglard (2008).

A finalidade da Fundação Gaffrée e Guinle, conforme os intuitos que lhe ditam seus fundadores, vae além da assistência médica e educação higiênica dos atingidos pela devastação venérea: — visa também colher do benefício individual o benefício coletivo, retirando dos seus serviços clínicos observações e ensinamentos úteis ao conhecimento de todos, congregando assim, num só destino, a ação filantrópica e a pesquisa científica.
(Chagas *et al.*: 1928: 1)

Conforme destaca na epígrafe que abre este texto, a Fundação Gaffrée e Guinle estava baseada em dois princípios: a ação filantrópica e a pesquisa científica. Para dar corpo à primeira ação construiu-se um hospital, inaugurado em 1929; e, em atenção à segunda, foi criado um Instituto de Pesquisa, cujas obras foram concluídas em 1927, permitindo, assim, o início dos seus trabalhos. Para divulgar ambas as vertentes de atuação foi lançado o periódico *Archivos da Fundação Gaffrée e Guinle*.

Este artigo tem por objetivo estudar a criação do Hospital Gaffrée e Guinle a partir da relação que se estabeleceu entre a filantropia e a saúde no Rio de Janeiro da Primeira República (1889-1930). Para entendermos esta relação será preciso compreender o pasteurianismo preventivo e sua tradução no Brasil.

GUILHERME GUINLE E CARLOS CHAGAS: O ENCONTRO DOS SALÕES COM O LABORATÓRIO

O período da Primeira República (1889-1930) é fértil para os estudos sobre filantropia e sociedade, cujos resultados foram a criação e a manutenção de instituições de assistência, notadamente a saúde. São vários os exemplos que podem ser fornecidos para refletirmos acerca da relação que se estabeleceu entre filantropia, sociedade e saúde no Rio de Janeiro de então. Dentre os vários exemplos, sobressaem as ações da família Guinle que, desde o início do século XX, dedicou seu capital político, social e financeiro para diversas obras filantrópicas nas cidades do Rio de Janeiro, Santos e Porto Alegre (SANGLARD, 2010).

A história da família Guinle e de sua posição no panteão político e econômico brasileiro teve origem ainda no Império e se relaciona estreitamente com a trajetória dos amigos, sócios e compadres Eduardo Palassin Guinle (1846-1912) e Cândido Gaffrée (1845-1919), ambos descendentes de franceses e nascidos na província do Rio Grande. Assim, falar da história dessa família é falar da trajetória desses dois – Eduardo e Cândido –, homens que foram comparados, por seus contemporâneos, a Irineu Evangelista

de Souza – barão e visconde de Mauá –, tanto pelo empreendedorismo quanto pela similaridade das histórias de vida; e é falar, também, dos filhos de Eduardo Palassin Guinle, que deixaram marcas naquela sociedade.

Os Guinle eram, nessa época, o chamado capital novo. Uma família que enriqueceu na passagem do Império para a República. Os sócios, Cândido Gaffrée¹ e Eduardo P. Guinle², obtiveram a concessão do porto de Santos ainda no Império (1888) e este passou a ser o principal negócio da família até o final da concessão, nos idos de 1980. Como todos os que enriqueceram neste período, eles também buscavam formas de enobrecimento, sendo a filantropia vista como uma dessas formas e largamente utilizada pela elite republicana em busca de marcar seu lugar social (SANGLARD, 2008 e 2010).

O movimento de inserção dos sócios Gaffrée e Guinle na vida social da época, bem como a caracterização da ascensão social deles, podem ser percebidos na construção de seus palacetes na rua São Clemente (em 1880, por Eduardo P. Guinle e, logo em seguida, por Cândido Gaffrée), ou mesmo o ingresso de Cândido Gaffrée no seletto Clube de Engenharia, em 1883. É nesse movimento de inserção nos códigos da elite da época que vemos a família Guinle e, também, a Gaffrée envolvidas na mais tradicional caridade: como irmãos da Misericórdia.

Os Guinle se notabilizaram pelos investimentos que começaram com a dupla Gaffrée e Guinle, como as estradas de ferro, a Companhia Docas de Santos, a Companhia Brasileira de Energia Elétrica (CBEE), a Companhia de Laticínios Normandia, o Copacabana Palace, o Teatro Phoenix e outras tantas ações no Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Ficaram conhecidos pela elegância do traje e de suas residências. Mas também deixaram marcas como mecenas e filantropos.

¹ Cândido Gaffrée nasceu a 5 de novembro de 1845, no distrito de Santo Amaro, município de Bagé, Rio Grande do Sul. Era filho do francês Antoine Gaffrée (1802-1877) com a gaúcha Juliana Cândida de Azambuja (1809-1877). Na década de 1860 veio para a Corte tentar a sorte. Em 1866, ingressou na Loja Maçônica de S. João (União e Tranquilidade). Na Corte, trabalhou como caixeiro, em lojas de ferragens e armarinhos, até que, em 1870, aparece registrado como negociante estrangeiro de importação e exportação, sendo sócio da firma comercial Aux Tulleries. Dois anos depois, em 1872, casou-se com Marie Thérèse Eugénie Bouchaud, de quem enviuvou em 1873. Faleceu, no Rio de Janeiro, a 27 de dezembro de 1919, sem deixar herdeiros diretos.

² Eduardo Palassin Guinle nasceu a 18 de março de 1846, em Porto Alegre (RS), e faleceu no Rio de Janeiro, a 10 de março de 1912. Era filho de Jean-Arnaud Guinle e de Josephine Désirée Bernardine Palassin, ambos franceses. Trabalhou como caixeiro e guarda-livros. Em 1871, já na Corte, Eduardo Palassin Guinle se tornou sócio comanditário (capitalista) na loja Aux Tulleries, de propriedade de seu amigo de infância Cândido Gaffrée. Em 1875, retorna à província natal, para se casar com Guilhermina Coutinho da Silva (10/4/1875). Desse casamento nascem os filhos Eulália, Eduardo, Guilherme, Arnaldo, Luiz, Otávio, Carlos, Celina e Heloísa – sendo que Eulália e Luiz morreram ainda na infância.

O investimento dos Guinle com a filantropia já foi objeto de estudo anterior (SANGLARD, 2010). O quadro abaixo ilustra bem a relação da família com esta instituição de assistência e caridade:

Quadro 1 As ações filantrópicas da família Guinle para a saúde	
Nome	FILANTROPIA
Cândido Gaffrée	Policlínica de Botafogo – grande benemérito Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) – benemérito Sociedade Beneficente Operários da Companhia Docas de Santos – grande benemérito
Eduardo Palassin Guinle	Policlínica de Botafogo – grande benemérito Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) – benemérito e membro da diretoria Sociedade Beneficente Operários da Companhia Docas de Santos
Guilhermina Guinle	Policlínica de Botafogo – benemérita Fundação Gaffrée e Guinle Dispensário São Vicente de Paula Liga Brasileira contra a Tuberculose
Guilherme Guinle ³	Fundação Gaffrée e Guinle Fundação Oswaldo Cruz Liga Brasileira contra a Tuberculose Dispensário São Vicente de Paula (Irmã Paula) Cruz Vermelha Brasileira Casa São Luiz para a Velhice Obra do Berço Instituto dos Inválidos de Santos Associação Cristã de Moços (ACM) Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho

Contudo, a ação filantrópica dos irmãos Guinle teria uma ação bem maior e difícil de ser mensurada. Guilherme Guinle foi benemérito de museus, instituições científicas e literárias, instituições de saúde e uma enormidade de outras instituições (SANGLARD, 2008). Os irmãos – Guinle se notabilizaram pelo incentivo às artes, notadamente a música: Arnaldo foi mecenas de Pixinguinha e de seu grupo Oito batutas. Carlinhos Guinle, de Dorival Caymmi. Os irmãos Arnaldo, Carlos e Guilherme, de Heitor Villa-Lobos. Os sobrinhos Paula Machado, através da Sociedade Beneficente Guilherme Guinle, de Nelson Freire e Arnaldo Cohen. Estes são alguns nomes da música popular e erudita

³ A atuação de Guilherme Guinle será analisada posteriormente.

que tiveram no mecenato dos Guinle um apoio fundamental para o desenvolvimento de suas carreiras. Ressalte-se ainda o mecenato de Guilherme a Candido Portinari, que lhe permitiu viver no exílio uruguaio, tendo como resultado o quadro *A primeira missa no Brasil* (1949), recém-incorporado ao acervo do Museu Nacional de Belas-Artes. Celina, por sua vez, se dedicou à filantropia tanto no Rio de Janeiro, como em Rio Claro, enquanto que seu marido Linneo, juntamente com o cunhado Guilherme, foram importantes doadores do Museu Imperial e do Masp, para citar alguns exemplos.

A partir do quadro aqui exposto, poderemos entender melhor o significado da filantropia de Guilherme Guinle, notadamente na criação da Fundação Gaffrée e Guinle e de seu Instituto de Pesquisa.

A FILANTROPIA COMO AÇÃO SOCIAL

Em um mundo em larga transformação, tanto política quanto social, muitas das quais com forte presença da industrialização (a luz elétrica e o automóvel, por exemplo – luz, movimento e velocidade), os filantropos procuravam, com suas ações, minimizarem os efeitos do pauperismo urbano e industrial.

O papel que a filantropia passa a exercer a partir do século XVIII, segundo alguns autores, foi o de prevenir os males causados pela indigência através da criação e manutenção de caixas econômicas e sociedades de auxílio mútuo. Junto com seu caráter moralizante (prevenir o futuro, por meio de uma ação no presente), ela também previa a atuação na forma de vida da família operária, caracterizada pela degradação moral e dos costumes, pela promiscuidade de sexo e idade, e pela falta de higiene, sem contar o alcoolismo e a prostituição (CASTEL, 2010).

Outros consideram que o processo de modernização da caridade marcou a separação entre o doente e o pobre, entre o incurável e o infeccioso; e que medidas especiais foram então tomadas para o cuidado das crianças, das mães solteiras e dos idosos. Essa modernização da caridade veio acompanhada de tensão social e de discussões políticas – entre a indústria e o trabalho, a Igreja e o Estado. Tais autores frisam que tanto a beneficência voluntária quanto as ações da Igreja se desenvolveram concomitantemente ao surgimento do *welfare state*. Como exemplo, citam a Société de St. Vincent de Paul, fundada em 1833, além da luterana Innere Mission (1848) e da também católica Caritas, de 1897 (WEIDLING, 1991).

Contudo, só se pode falar em modernização da caridade a partir dos trabalhos de Louis Pasteur e da criação do Instituto Pasteur, em 1888. A partir daí, os filantropos perceberam, na medicina pasteuriana, uma nova forma de combate à pobreza, por meio primeiramente do financiamento da produção do soro antidiftérico e, em seguida, da distribuição deste pelos Bureaux d'Assistance. Com a possibilidade de prevenção das

doenças aberta pelas descobertas de Pasteur, a pesquisa médica passa a ser considerada pelos filantropos uma forma de terapêutica em potencial: investir na pesquisa médica era investir na tentativa de erradicação da pobreza. Dessa forma,

O Instituto Pasteur tornou-se um modelo a ser imitado pelas instituições beneficentes na área médica no século XX. Exemplos são: o Instituto Rockefeller de Pesquisa Médica e o Instituto de Terapia Experimental e Prova de Soro Paul Ehrlich, em Frankfurt. Recursos voluntários incrementaram institutos nacionais de pesquisa em grande escala, já que as ciências prometiam eliminar as raízes causadoras da pobreza e das doenças, enquanto a filantropia era vista como mero paliativo (WEIDLING, 1991, p. 196, tradução livre).

Este momento foi marcado pelo encontro do higienismo com o pasteurianismo, em que, motivados pela obsessão pelas epidemias, médicos e poderes públicos lançaram mão dos meios disponíveis para sanear. E com medo do avanço do socialismo, deram forma a uma legislação social que teve como um de seus pilares a assistência pública gratuita, cuja lei data de 1893 (FAURE, 1994). Vale ressaltar que o higienismo pode ser entendido como uma doutrina nascida “de uma visão global do indivíduo, [que] dá origem à saúde pública que integra o indivíduo a um conjunto mais vasto, a sociedade, e dá a essa a prioridade sobre aquele” (FAURE, 2009, p. 55). A prioridade a que se refere Olivier Faure pode ser traduzida nas ações de saúde pública e na criação de instituições de assistência à saúde.

Para esse grupo de autores, a experiência do soro antidiftérico abriu uma nova relação entre a bacteriologia e o consultório médico. Os médicos podiam fazer uso da bacteriologia sem perder sua independência, tanto em termos de prática como de ética médica. Eles permaneciam fazendo seu trabalho habitual, só que com meios mais eficazes. Por outro lado, a descoberta do soro modificou a relação da sociedade com a medicina e recriou o universo médico. Não bastava garantir a sua produção se a distribuição não pudesse atingir todo o território nacional e, para tanto, foi fundamental a entrada do Estado como parceiro do Instituto Pasteur, em 1895, subvencionando a distribuição do soro. O modelo pasteuriano preventivo, tanto o de pesquisa quanto o de gestão institucional, teve reflexos importantes no Brasil, no final do século XIX e início do século XX, em grande parte devido às evidentes mudanças que desencadeou na urbe francesa. De fato, o alcance de suas medidas extrapolou o âmbito da questão sanitária e da saúde, alterando radicalmente, pelo viés da higiene, a vida do homem urbano – suas moradias, o traçado das ruas e o controle dos corpos através da vacinação –, e configurando-se como uma modalidade efetiva de controle do pobre e da pobreza (FAURE, 1994).

No Brasil, em particular, muitas questões marcam a virada do século XIX para o século XX, notadamente o período entre 1890 e 1930, como o surgimento de um operariado, mesmo incipiente, nas principais cidades do país; a catolicidade, que singularizou o período ao lado do crescimento, graças à liberdade de culto, das igrejas

protestantes e do espiritismo; a cultura de elite que se desenvolveu no período; a percepção da desintegração dos valores morais da sociedade e a necessidade de preservação da família como lócus desses valores; as ações de Oswaldo Cruz na capital no início do século XX, que deram novo significado ao trabalho da instituição por ele dirigida, o Instituto Soroterápico Federal (logo em seguida Instituto Oswaldo Cruz, IOC); o pasteurianismo preventivo (FAURE, 1994) ou o sanitarianismo messiânico de que Gilberto Freyre (2000) nos fala, entre outras. Todo este conjunto de questões torna esse período rico para o estudo das relações entre sociedade, medicina e poderes públicos no que tange à assistência em geral e à assistência à saúde em particular.

A filantropia foi uma das facetas dessa sociedade da Belle Époque, que se reunia para angariar donativos para a infância necessitada, para a criação e manutenção de hospitais, entre outras ações. Rosa Araújo (1995) ressaltou que o programa das festas beneficentes (chás, bailes, loterias etc.) era bastante diversificado, buscando assim atrair público e doações. Muitas instituições filantrópicas mantinham uma sugestiva Comissão de Donativos Particulares, normalmente contando com nomes consagrados do beau monde para organizarem a arrecadação dos fundos necessários para a manutenção da instituição e/ou de algum projeto específico. A análise desse grupo permite-nos reconhecê-lo como um grupo heterogêneo e preocupado com o combate de doenças como a tuberculose, a sífilis e o câncer.

No que tange à ação filantrópica para a saúde no Brasil, e no Rio de Janeiro em particular, notamos diversas motivações por parte dos benfeitores. Há os movidos por uma ação mais moralizante das classes populares – buscando modificar os hábitos; há os que buscavam socorrer em momentos de calamidade ou ainda imbuídos do espírito caritativo; e, por fim, os que acreditavam que suas ações tinham uma *utilidade social*.

A personagem aqui estudada, Guilherme Guinle⁴ (Figura 1), faz parte do rol destes últimos filantropos. Sua ação filantrópica era bem direcionada como já demonstrado

⁴Guilherme Guinle nasceu em 1882, no Rio de Janeiro, terceiro filho de Eduardo Palassin Guinle e Guilhermina Guinle. Por insistência familiar, ingressou na Escola Politécnica, onde se formou engenheiro. Apesar de não ser o primogênito, coube-lhe a direção dos negócios da família após a morte de seu pai, em 1912, e de Cândido Gaffrée, em 1919. Sua trajetória como homem de negócios foi brilhante: assumiu a direção da Companhia Docas de Santos e do Banco Boavista; foi o primeiro presidente da Companhia Siderúrgica Nacional e presidente do Banco do Brasil, entre outros empreendimentos. Era frequentador dos principais clubes da cidade, entre eles o Jockey Clube, o Clube de Engenharia, o Fluminense Football Clube e o Yacht Clube do Rio de Janeiro, tendo sido sócio benemérito do Clube de Engenharia, tal qual Cândido Gaffrée, além de fundador e benemérito do Fluminense e do Yacht Clube. Em 1941, teve seu nome inscrito no recém-criado Livro do Mérito, comenda criada por Getúlio Vargas para homenagear os responsáveis por doações vultosas, trabalhos relevantes em prol do enriquecimento material ou espiritual da nação, ações de filantropia e mecenato. Guilherme Guinle faleceu na cidade do Rio de Janeiro, a 20 de maio de 1960 (SANGLARD, 2008).

anteriormente (SANGLARD, 2008 e 2010). Ao lado do tradicional pertencimento à Misericórdia carioca, Guilherme Guinle investiu seu capital social e político, além de seus recursos financeiros, no apoio à ciência produzida em Manguinhos pela escola de Oswaldo Cruz. Ele era daqueles que acreditavam que a medicina pasteuriana tinha poder de transformar a sociedade. Mas, sobretudo, Guinle apoiou o projeto de saúde pública defendido por Carlos Chagas.

Carlos Chagas⁵ foi o sucessor de Oswaldo Cruz na direção do Instituto Oswaldo Cruz (IOC, 1917) e, logo em seguida, o responsável pela Reforma da Saúde Pública (1919), que criaria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja direção seria entregue a ele mesmo, repetindo a atuação de Oswaldo Cruz nos primeiros anos do século XX, que havia acumulado a direção do IOC e a da saúde pública. É a partir deste momento que o Estado se fará mais presente nas questões de saúde – não apenas cuidando das epidemias, das grandes endemias ou da prevenção através das campanhas de vacinação, mas, também, cuidando das chamadas “nosologias habituais” (SANGLARD, 2008).

A relação de Carlos Chagas com a família Guinle remonta a 1905, quando os sócios Cândido Gaffrée e Eduardo P. Guinle solicitaram que Oswaldo Cruz visitasse a construção da usina hidrelétrica em Itatinga (SP), que ambos construíam para o porto de Santos. A malária atrasava as obras e Oswaldo Cruz indicou Carlos Chagas para a tarefa, uma vez que a tese deste último, recém-defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, versava sobre o impaludismo. O sucesso da missão de Chagas o aproximou dos dois empresários.

O ano de 1919 foi marcado pela ascensão de Carlos Chagas na Saúde Pública, ao assumir a direção do DNSP. E 1920 foi o ano em que Guilherme Guinle assumiu os negócios da família depois da morte de seu pai, Eduardo P. Guinle (1912), e de Cândido Gaffrée, em dezembro de 1919. A relação que se estabelecerá entre o médico e o jovem empresário mostra que Carlos Chagas continuou gozando do respeito da família – o que será traduzido

⁵ Carlos Ribeiro Justiniano Chagas nasceu a 9 de julho de 1878, na Fazenda Bom Retiro, em Oliveira (MG). Em 1897, ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e, em 1902, passou a frequentar o então Instituto Soroterápico Federal a fim de realizar estudos sobre o impaludismo, sob a orientação de Oswaldo Cruz. Em 1906, casou-se com Íris Lobo, filha do senador mineiro Fernando Lobo Leite Pereira, com quem teria dois filhos, Evandro e Carlos. Em 1909, foi comissionado por Oswaldo Cruz para o combate à malária no norte de Minas Gerais, nas obras da Estrada de Ferro Central do Brasil. Na cidade mineira de Lassance seus trabalhos tomaram novo rumo e afastaram-no definitivamente dos estudos sobre impaludismo: com a descoberta do *Trypanosoma cruzi* e da doença de Chagas, passaria a se dedicar ao estudo desta. Em 1912, ganhou seu primeiro prêmio internacional, o Prêmio Schaudinn, deferido a cada quatro anos pelo Instituto de Moléstias Tropicais de Hamburgo, na Alemanha, para o melhor trabalho em protozoologia. Com a morte de Oswaldo Cruz, em fevereiro de 1917, Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1919, assumiu a Diretoria Nacional de Saúde Pública e na década de 1920 atuou como membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações. Faleceu no Rio de Janeiro em 1934.

nas ações de Guilherme Guinle financiando os projetos da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas do DNSP, a cargo do médico Eduardo Rabello,⁶ amigo de infância de Carlos Chagas (SANGLARD, 2008), como se verá mais adiante, neste artigo.

Guilherme Guinle e Carlos Chagas mantiveram uma relação de amizade reforçada pelos laços de sociabilidade em instituições como o Jockey Club Fluminense, do qual ambos eram sócios. Essa amizade se estendia a toda a família Guinle e a toda a família Chagas (SANGLARD, 2008). O resultado do encontro destes mundos distintos – o dos salões da elite carioca e o dos laboratórios do IOC – foi o financiamento aos projetos de saúde pública de Carlos Chagas, notadamente aqueles da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, bem como dos filhos de Carlos Chagas.

GUILHERME GUINLE, PORTO D’AVE E O PROJETO DO HOSPITAL GAFFRÉE E GUINLE

Logo que assume os negócios da família, Guilherme Guinle lança o concurso internacional que escolherá o projeto do futuro Hospital Gaffrée e Guinle. Como já apontado em estudo anterior, o hospital estava sendo anunciado desde 1920 (SANGLARD, 2008). Em 1922, o projeto já estava escolhido. Vale ressaltar que a Fundação Gaffrée e Guinle, a quem coube gerir o hospital, foi criada apenas em 1923. Se na tese de doutorado eu não podia afirmar com certeza que o projeto do Hospital Gaffrée e Guinle era anterior à criação da Fundação Gaffrée e Guinle, mas apenas sugerir baseada em uma única fonte, o livro *Assistência pública e privada no Rio de Janeiro: história e estatística (1922)* – organizado por Ataúlfo de Paiva e publicado pela Prefeitura do Distrito Federal no âmbito das comemorações do Centenário da Independência, que trazia uma breve descrição do hospital e apresentava o desenho do pátio interno (SANGLARD, 2008) – hoje posso afirmar com certeza: o projeto do hospital já vinha sendo discutido com Carlos Chagas e Eduardo Rabello desde que Guilherme Guinle assumiu os negócios da família. Vale ressaltar que o desenho do pátio interno foi publicado no álbum comemorativo à inauguração do hospital, pertencente à família Paula Machado.

⁶ Eduardo Rabello nasceu a 22 de setembro de 1876, em Barra Mansa (RJ), e faleceu na capital em 8 de agosto de 1940. Sua tese de doutoramento, “Hematologia da anquilostomíase”, foi desenvolvida no Instituto de Manguinhos. Posteriormente, foi nomeado pelo próprio Oswaldo Cruz para o recém-criado Laboratório de Saúde Pública, o que nos permite afiliá-lo à “escola de Oswaldo Cruz”. Contudo, sua proximidade maior era com Carlos Chagas, de quem fora colega na Enfermaria de Benjamin Emiliano da Rocha Faria, na Santa Casa da Misericórdia, e com quem desenvolveu diversos trabalhos, entre eles a prevenção e terapia do câncer de pele e de útero, entre 1919 e 1923, e a epidemiologia da hanseníase, em 1933. Foi chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, entre 1920 e 1927, e esteve à frente da proposta e da implementação da legislação antivenérea. Esteve ainda ligado à Policlínica de Botafogo, tornando-se, no final da década de 1910, professor da disciplina de doenças da pele e sífilis da Faculdade de Medicina. Em 1925, com a aposentadoria de Fernando Terra, assumiu a cátedra deste e, por conseguinte, a chefia das Enfermarias de Dermatologia da Santa Casa da Misericórdia.

As poucas informações que temos acerca desse concurso vêm da biografia do arquiteto vencedor: o alemão Hugo Häring (ou Haering, na forma aportuguesada). Com relação à datação do concurso proposta por Peter B. Jones, concluído em 1922, levanto minhas dúvidas acerca da veracidade desta informação, sobretudo pelo fato de a publicação de 1922 já apresentar o desenho do projeto vencedor.⁷ A não localização dos documentos referentes a este evento deixam mais perguntas no ar do que respostas (JONES, 1999).

Por outro lado, este mesmo autor nos permite perceber que as dificuldades financeiras pelas quais a Alemanha passava no entreguerras impediram que Hugo Haering participasse pessoalmente do processo. No concurso, o arquiteto foi representado por seu irmão Kurt Haering, que já morava no Rio de Janeiro, onde era engenheiro. E Porto d’Ave⁸ (Figura 2)? Como o arquiteto responsável pelo projeto apareceu?

⁷ Este tema foi melhor explorado em Sanglard e Costa, 2017.

⁸ Adelstano Soares de Mattos Porto d’Ave nasceu no Rio de Janeiro, a 6 de março de 1890, e faleceu na mesma cidade, em 1952. Casou-se com dona Hilda de Oliveira Rocha, com quem teve seis filhos. Este filho de portugueses – seu pai recebera o título de visconde de Nossa Senhora de Porto d’Ave do rei de Portugal Dom Carlos – trabalhava como arquiteto e construtor. Na época era comum o desempenho de múltiplas atividades por parte dos engenheiros que atuavam nos mais diversos programas de arquitetura, em várias especialidades de engenharia e na construção (SANGLARD & COSTA, 2004). No início da década de 1920, pouco tempo depois de ter se formado e, ao que tudo indica, por convite de Guilherme Guinle, tornou-se o responsável pelo projeto do Hospital Gaffrée & Guinle. Em 1924, novamente por intermédio de Guinle, fez o projeto do hospital e do Instituto do Câncer, da Fundação Oswaldo Cruz. A partir desse apoio inicial de Guilherme Guinle, Porto d’Ave se especializou em arquitetura hospitalar. Ainda na década de 1920 esteve à frente do projeto do Hospital das Clínicas, da então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e do Sanatório Santa Clara, em Campos do Jordão (SP). Em 1934, elaborou o projeto do Hospital dos Servidores do Estado. Por ocasião da construção dos hospitais Gaffrée & Guinle e do Câncer seu escritório funcionava na rua Buenos Aires, 54, 2o andar, e Porto d’Ave estava registrado como construtor (*Almanak Laemmert*, 1927). Porto d’Ave tinha relações também familiares com os Guinle – sua cunhada Gilda casou-se com Carlos Guinle, irmão de Guilherme – e, certamente, privou de uma certa proximidade com Guilherme, pois ambos frequentavam alguns clubes, como o Jockey Club e o Automóvel Clube, além de eventos como o Salão do Automóvel. Sem dúvida, pode-se afirmar que sua vida esteve bastante ligada à família Guinle. Primeiro, a Guilherme, a quem se pode chamar de seu padrinho profissional; depois, a seu concunhado Carlos. A antiga residência de Porto d’Ave, na esquina das ruas Sorocaba com São Clemente, em Botafogo, pertence ainda hoje à família de Carlos Guinle. Porto d’Ave também era membro ativo do Clube dos Bandeirantes (do qual chegou a ser presidente), que reunia intelectuais, empresários, militares e grandes nomes da política dos anos 1920, como o ministro Getúlio Vargas, os ministros da Guerra e da Aviação e o próprio presidente Washington Luiz. O Clube dos Bandeirantes era uma entidade cívico-cultural e tinha a revista *A Bandeira* como porta-voz de seus projetos e propostas visando à defesa nacional, ao crescimento industrial, à modernização agrícola, ao saneamento e à educação (SANGLARD, 2008).



Figuras 1: Guilherme Guinle, [1940].
Fonte: Acervo família Guinle de Paula Machado.



Figura 2: Porto d'Ave, óleo sobre tela, s.d.
Fonte: Acervo da família Porto d'Ave.

Como já havia apontado, Porto d'Ave teve em Guilherme Guinle seu mecenas. Foi por meio de Guinle que o engenheiro-geógrafo se tornou arquiteto de hospitais (SANGLARD, 2008; COSTA; SANGLARD, 2004), tendo projetado quatro hospitais e um sanatório.⁹ Teve como sócio, ao menos no início, Kurt Haering, irmão de Hugo Haering. O escritório de ambos funcionava na rua Buenos Aires, 54, 2º andar, e Porto d'Ave estava registrado como construtor e Kurt Haering como engenheiro (*Almanak Laemmert*, 1927). Na publicação da Prefeitura do Distrito Federal de 1922, Porto d'Ave assina junto com Haering a perspectiva da fachada de um ambulatório antivenéreo – o que nos permite afirmar que Porto d'Ave já estava inserido de alguma forma no projeto do Hospital Gaffrée e Guinle. Contudo, as duas outras perspectivas publicadas na mesma

⁹ São eles: o Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929), o Hospital e Instituto do Câncer (1927-1934), o Hospital Abrigo Arthur Bernardes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1928-1931), o Hospital Regional de Niterói (1930) e o Sanatório Santa Clara em Campos do Jordão. Destes, os dois primeiros estão diretamente ligados às ações da Inspetoria de Profilaxia da Lepa e das Doenças Venéreas e foram financiados por Guilherme Guinle; o terceiro, tinha Guilherme Guinle no conselho; os três primeiros estiveram vinculados às políticas de saúde pública postas em prática por Carlos Chagas à frente do DNSP; o projeto do Hospital Regional de Niterói, que respondia às políticas do antigo estado do Rio de Janeiro, lhe rendeu primeiro lugar no concurso de projetos; e, em 1934, elaborou um projeto para o Hospital dos Servidores do Estado (SANGLARD, 2008). Vale ressaltar que, de todos estes projetos, apenas o do Hospital Gaffrée e Guinle foi levado a cabo.

obra não deixam dúvidas sobre a autoria do projeto: em todas há o autógrafo de Hugo Haering. (Figura 3)

Peter B. Jones (1999) aponta que o projeto original de Hugo Haering sofreu modificações; certamente, sofreu adaptações propostas por Porto d’Ave, notadamente na linguagem arquitetônica, que deixava o racionalismo estético e ganhava contornos neocoloniais – estilo arquitetônico muito em voga no Rio de Janeiro da década de 1920 por representar a arte genuinamente brasileira (COSTA; SANGLARD, 2004) –, além de outras alterações que devem ter sido solicitadas por Eduardo Rabello, responsável técnico pelo projeto. A grande alteração realizada, sem dúvida, foi a criação da fachada posterior, que se fez necessária com a abertura da rua dos Trapicheiros pela Prefeitura do Distrito Federal a fim de melhorar a circulação no entorno do hospital (Figuras 4 a 7), sendo todo o processo supervisionado por Kurt Haering. A coleção fotográfica de Porto d’Ave, depositada no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, não deixa dúvidas sobre o papel de Porto d’Ave na adequação do projeto do Hospital Gaffrée e Guinle. Pelas imagens podemos acompanhar o processo de transformação do hospital (Figuras 8 a 11), quando os traços de uma arquitetura mais racionalista, propostos no projeto de Hugo Haering, perdem espaço para os contornos do neocolonial, definido na execução do projeto.

Outro ponto deve ser salientado: no livro *Assistência pública e privada no Rio de Janeiro*, Porto d’Ave já assina ao menos um dos três desenhos publicados no verbete referente ao Hospital Gaffrée e Guinle. O autógrafo é bem claro: Porto d’Ave & Haering. Isso aponta que a inserção do arquiteto brasileiro no projeto se deu, ao menos, desde 1922.

Na literatura sobre o tema, o engenheiro-arquiteto Porto d’Ave está citado como construtor e projetista do Hospital Gaffrée e Guinle no *Guia da arquitetura eclética no Rio de Janeiro* (CZAJKOWSKI, 2000), juntamente com Haering. Porto d’Ave aparece ainda no livro de Vicente Licínio Cardoso (1927) como o arquiteto dos dois hospitais financiados por Guilherme Guinle – Hospital Gaffrée e Guinle e Hospital e Instituto do Câncer (COSTA; SANGLARD, 2004).

Contudo, neste período, Porto d’Ave era quase um desconhecido. O médico João Marinho, um crítico das qualificações técnicas do arquiteto, explicita bem o pouco conhecimento que se tinha na década de 1920 sobre Porto d’Ave:

Como construtor de obra de algum vulto ainda estava na primeira, a construção do Hospital Gaffrée e Guinle, que lhe fora confiada mais por consideração de ordem pessoal que por nome adquirido em exercício regular da profissão. Entre os arquitetos da cidade passava como colega desconhecido. Como engenheiro, não tinha ido além do geógrafo. (MARINHO, 1931, p. 75).

A trajetória profissional de Porto d’Ave explica, em parte, as críticas proferidas por João Marinho. Porto d’Ave prestou concurso para a Escola Politécnica em 1908,

Figura 3:

Perspectivas do Hospital Gaffrée e Guinle e Guinle.

Fonte: Assistência pública e privada... 1922, p. 734.

**A** Hospital para veneresos - Fachada**B** Ambulatório, Avenida da Independência**C** Hospital, Pátio interno**Figura 4:**

Perspectiva do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle.

Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



**Figura 5:**

Obra de abertura da rua dos Trapicheiros. [s.d.].

Fonte: Coleção Porto d'Ave. Acerco Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Figura 6: Finalização das obras da fachada voltada para a rua dos Trapicheiros. [s.d.].

Fonte: Coleção Porto d'Ave. Acerco Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Figura 7: Finalização das obras da fachada voltada para a rua dos Trapicheiros. [s.d.].

Fonte: Coleção Porto d'Ave. Acerco Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Figura 8: Perspectiva final do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle.

Fonte: Acervo família Paula Machado.

**Figura 9:** Hospital Gaffrée e Guinle, fachada da rua projetada com a capela, o Instituto de Pesquisa e a casa do administrador.

Fonte: Acervo família Paula Machado.

Figura 10: Hospital Gaffrée e Guinle – Biotério, fachada principal.

Fonte: Acervo família Paula Machado.





Figura 11: Hospital Gaffrée e Guinle – Biotério, fachada posterior.
Fonte: Acervo família Paula Machado.

porém só iniciou o curso em 1911. Concluiu-o em 1918 e colou grau no ano seguinte como engenheiro-geógrafo. Pouco tempo depois, aparecia como projetista do Hospital Gaffrée e Guinle juntamente com Haering, o que mostra que, desde o início de sua carreira, esteve desenvolvendo projetos arquitetônicos de grande vulto. As obras do hospital só começaram em 1924 – os dois anos entre o fim do concurso e início das obras devem ter sido consumidos com as adequações do projeto –, embora fossem anunciadas desde 1920. Dois anos depois, Porto d’Ave apresentou os primeiros projetos do Hospital e Instituto do Câncer e Hospital das Clínicas Arthur Bernardes; e, pouco depois, começou o projeto do Hospital Regional de Niterói. Sem dúvida, sua relação com a família Guinle lhe rendeu bons frutos (SANGLARD, 2008).

Sem julgar o trabalho e a personalidade de Porto d’Ave, o certo é que de todos os projetos hospitalares nos quais ele se envolveu, na década de 1920, dos quais a maioria tinha envolvimento de Guilherme Guinle, apenas o Hospital Gaffrée e Guinle foi concluído plenamente.

O HOSPITAL GAFFRÉE E GUINLE E SEU INSTITUTO DE PESQUISA

A Fundação Gaffrée e Guinle foi inaugurada em 20 de agosto de 1923, por iniciativa de Guilherme Guinle e com o objetivo de perpetuar a memória de Eduardo Palassin Guinle e Cândido Gaffrée. Sua missão era possibilitar a política de combate e controle da sífilis e das doenças venéreas proposta por Eduardo Rabello. Esta política era baseada principalmente na educação e propaganda higiênicas e no tratamento de doentes em dispensários e/ou hospitais especializados.

A família Guinle frequentemente se reporta a um documento encontrado em meio ao arquivo de Cândido Gaffrée, em que este manifestava a vontade de legar uma determinada quantia para a construção de um hospital. Se, por um lado, a existência desse documento manuscrito reforça uma continuidade de ação, por outro, indica a mudança nas ações de Guilherme: sua aposta em projetos que visassem à melhoria e ao engrandecimento do país. Dessa forma, podemos notar a sua vinculação às transformações pelas quais passava, desde 1919, a saúde pública no Rio de Janeiro.

Caberia à Fundação Gaffrée e Guinle construir um hospital e ambulatórios para o tratamento, diagnóstico e profilaxia da sífilis, em terrenos adquiridos para este fim pela família Guinle. Todo esse patrimônio deveria ser repassado, posteriormente, para a Fundação. O aparelhamento e a manutenção do hospital, assim como a instalação dos ambulatórios, correriam a expensas do governo federal.

O hospital recebeu a designação de Hospital Gaffrée e Guinle, que jamais poderia ser mudada. Ficou acordado em doze o número de ambulatórios a serem construídos pela Fundação, dos quais quatro ficariam subordinados às seguintes instituições de saúde: Santa Casa da Misericórdia, Instituto de Proteção e Assistência à Infância, Maternidade de Laranjeiras e Hospital Nossa Senhora das Dores. Um quinto ambulatório foi instalado nas dependências da Casa da Moeda.

Com relação à sua administração, a Fundação teria um Conselho Administrativo formado pelo diretor do DNSP (Carlos Chagas, à época), por um especialista da Faculdade de Medicina (Eduardo Rabello) e por um representante da família Guinle (Guilherme Guinle). Haveria também um Conselho Consultivo formado por 17 membros, escolhidos entre pessoas de destaque na sociedade, entre elas Ataulpho de Paiva, Clementino Fraga, Felix Pacheco, Fernando Terra, Fernandes Figueira, Gabriel Ozório de Almeida, José Xavier Carvalho de Mendonça, Linneo de Paula Machado, Miguel Couto, Paulo de Frontin e Werneck Machado.

A composição do Conselho Administrativo da Fundação Gaffrée e Guinle, à época de sua regulamentação, reafirmava a proximidade desta com a direção da saúde pública e com a inspetoria que deveria dirigir seus trabalhos. Eduardo Rabello está presente como representante da Faculdade de Medicina, mas deve-se atentar para o fato de que este médico foi o responsável pela legislação antivenérea implantada naquele momento, uma vez que era o chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e que dois de seus discípulos também estavam diretamente ligados a este projeto: Oscar da Silva Araújo e Joaquim Mota.

O Hospital, cujo projeto era assinado pelo escritório Porto d'Ave & Haering, sob fiscalização e orientação dos médicos Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa, foi

inaugurado em 1º de novembro de 1929, sem que todas as enfermarias estivessem equipadas, visto que faltaram recursos governamentais. Seu primeiro diretor foi Gilberto de Moura Costa, que assumiu o posto em 1924.

O projeto do hospital, elaborado para internar 320 pessoas, contava com um prédio principal de quatro pavimentos (o quarto andar era destinado ao *solarium*), onde localizavam-se os diversos serviços e um ambulatório. Nele funcionavam os Serviços de Pronto-Socorro, de Vias Urinárias, de Ginecologia, de Obstetrícia, os Serviços Auxiliares ao Ambulatório do Hospital (laboratório, fisioterapia e raios X), de Sífilis Visceral, de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, as salas de cirurgia e o Serviço de Mulheres Contagiantes. No mesmo prédio estavam instaladas as Superintendências dos Serviços Administrativos, dos Serviços de Estatística e de Enfermagem, da Renda da instituição e dos Serviços Sanitários, bem como o anfiteatro, a rouparia, o salão de honra, a biblioteca e o museu. No *campus* foram projetados pavilhões especiais para abrigar o Instituto de Pesquisa, o Biotério, a capela consagrada à Nossa Senhora da Conceição do Brasil, a residência do diretor, as oficinas de conservação, o dormitório dos empregados e a lavanderia.

Do ponto de vista arquitetônico, o projeto do Hospital Gaffrée e Guinle foi considerado como um hospital moderno por uma série de características, que não necessariamente podem ser atribuídas a Porto d’Ave – podendo ser a permanência do projeto original de Hugo Haering. A saber: a disposição das enfermarias, sua implantação no centro urbano, o uso dos elevadores, entre outras características (SANGLARD, 2008; COSTA; SANGLARD, 2004). A opção pelo estilo neo-colonial também pode ser incluída neste rol, uma vez que remete à valorização do elemento genuinamente nacional, bem como à noção de salvação do homem brasileiro, tão necessária para a construção da nação acalentada pelos intelectuais envolvidos no projeto (SANGLARD, 2008).

Se, no plano concreto, o projeto do Hospital Gaffrée e Guinle nos permite refletir acerca da moderna arquitetura hospitalar, o seu Instituto de Pesquisa não só reforça esta modernidade – no caso, a vinculação à moderna bacteriologia – como também permite uma leitura simbólica. Tal perspectiva é evidenciada tanto nos elementos decorativos quanto nas opções científicas e nos pesquisadores envolvidos. As escolhas realizadas vinculam sobremaneira o Instituto de Pesquisa ao Instituto Oswaldo Cruz e à ciência ali produzida. Como já demonstrado ao longo deste artigo e em outros trabalhos (SANGLARD, 2008), a criação da Fundação Gaffrée e Guinle e os principais médicos estavam fortemente ligados à liderança de Carlos Chagas, então diretor do IOC e diretor-chefe do DNSP. Já o Instituto de Pesquisa encontrava-se em conexão direta com o IOC e com a bacteriologia brasileira, cujo principal expoente fora Oswaldo Cruz, podendo, desta maneira, este instituto ser pensado como mais uma das diversas homenagens ao médico brasileiro que ocorreram após sua morte, em 1917 (BRITTO, 1995; SANGLARD, 2008).

São vários os indícios que permitem perceber esta intencionalidade. Certamente, a maior evidência está nos vitrais que iluminam a escadaria principal do Instituto de Pesquisa (Figura 12): no centro, e em lugar de destaque, Oswaldo Cruz, ladeado à sua esquerda por Louis Pasteur, de cuja tradição ele próprio era herdeiro, e à sua direita por Paul Erlich, o descobridor do treponema responsável pela sífilis. Afinal, o hospital era dedicado à assistência, ao combate e ao controle da sífilis. Não restam dúvidas de que este vitral representa a consagração da bacteriologia (ou do pasteurianismo preventivo) brasileira e de seu principal divulgador, Oswaldo Cruz.

A dimensão simbólica facilmente perceptível no vitral do Instituto de Pesquisa pode também ser vista em outros espaços do instituto, onde o IOC serviu de inspiração e modelo. O Hospital Gaffrée e Guinle teve como médicos responsáveis Eduardo Rabello – professor catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e inspetor-chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas – e Gilberto de Moura Costa, o que indicava a proximidade com Carlos Chagas e sua política para o DNSP. Já no caso do Instituto de Pesquisa, coube ao bacteriologista José Gomes de Faria, pesquisador do IOC, a direção técnica. É esta proximidade com a ciência desenvolvida em Manguinhos pela



Figura 12:

Vitral localizado na escada de acesso ao primeiro pavimento do Instituto de Pesquisa. Do lado direito, Louis Pasteur; ao centro, Oswaldo Cruz; e, à esquerda, Paul Erlich. Foto Roberto Jesus Oscar e Vinícius Pequeno de Souza, 2004.

Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

escola de Oswaldo Cruz que percebemos na construção do instituto: nos laboratórios individuais (Figuras 13 a 15), nas salas de anatomia patológica (Figura 16), que contavam com uma biblioteca própria, desvinculada da existente no hospital; sem contar o Biotério em prédio próprio e próximo ao Instituto, que mantinha uma cavaliária fortemente inspirada naquela existente no Instituto de Manguinhos (Figuras 17 e 18).

Todas estas características transformaram o Instituto de Pesquisa no grande projeto da Fundação Gaffrée e Guinle, ao aliar pesquisa e assistência médica – tanto aquela oferecida pelos ambulatórios antivenéreos quanto pelo hospital –, além de vinculá-lo à ciência de Manguinhos e ao pasteurianismo preventivo.

O arquiteto Porto d’Ave dava um grande valor ao Instituto de Pesquisa, pois, para ele, seriam os trabalhos ali desenvolvidos que dariam projeção às atividades da Fundação Gaffrée e Guinle. Em conclusão ao seu artigo na revista *A Bandeira* sobre o Hospital Gaffrée & Guinle, o arquiteto afirmava que “a grande obra que orgulha a todos os brasileiros e que está prestes a beneficiar, inicialmente o Brasil, e depois atravessando as suas fronteiras, toda a humanidade, pelos ensinamentos e descobertas que seguramente terão origem no seu Instituto de Pesquisas” (PORTO D’AVE, 1928, p. 14).

Uma boa tradução da expectativa pode ser percebida no editorial do primeiro volume dos *Archivos da Fundação Gaffrée e Guinle*, publicado em 1928, em que firmam-se suas linhas editoriais:

Organizado com os trabalhos levados a efeito em seus diversos dispensários e laboratórios, antes (...) da inauguração daqueles grandes serviços, será este volume o testemunho do esforço dos que labutaram naquela grande obra filantrópica e um como antecipação ao que ela, dentro de seus designos, poderá produzir em prol da arte e da ciência medica em nosso país (CHAGAS *et al.*, 1928, I).

Os *Archivos* foram publicados ininterruptamente até 1931. Nos quatro anos seguintes, apenas dois números foram editados, um relativo aos anos de 1932 e 1933 e, outro, ao período de 1934 e 1935. A partir de então, deixou de circular. A Comissão Técnica responsável por sua publicação era formada por Carlos Chagas, Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa. Vale lembrar que Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa eram também os editores dos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, que começara a circular três anos antes, em 1925. Os *Archivos* publicaram trabalhos médicos como os do próprio Gilberto de Moura Costa e de Hélon Póvoa; e, a partir dos anos 1930, Álvaro Ozório de Almeida começou a publicar no periódico seus primeiros trabalhos sobre o tratamento do câncer e da lepra na cama hiperbárica.

Dos assuntos discutidos neste periódico, a sífilis era dominante, seguida da malária. O câncer, a meningite e a blenorragia também se fizeram presentes em suas páginas. Chama atenção a presença de uma discussão sobre *o regime alimentar* no periódico, tema que vai

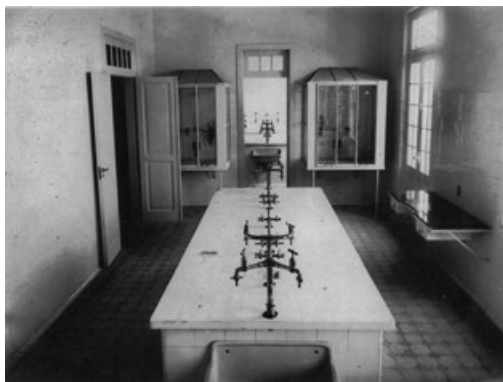


Figura 13, 14 e 15: Laboratório do Instituto de Pesquisa do Hospital Gaffrée e Guinle. [s.d.]. Coleção Porto d’Ave. Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Figura 16: Sala de Anatomia Patológica do Instituto de Pesquisa do Hospital Gaffrée e Guinle. [s.d.]. Coleção Porto d’Ave. Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Figura 17: Cavalariça do Instituto de Pesquisa do Hospital Gaffrée e Guinle. [s.d.]. Coleção Porto d’Ave. Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Figura 18: Interior da cavalariça do Instituto Oswaldo Cruz, [1910]. Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

ganhando espaço no início da década de 1930. Como se verá no Quadro 2 a seguir, os temas discutidos neste periódico eram bem variados.

QUADRO 2 Archivos da Fundação Gaffrée e Guinle (1928-1934)		
Tema	Repetição	Ano
Blenorragia	1	1932-1933
blenorragia, tratamento no HGG	1	1932-1933
Câncer – tratamento experimental de oxigênio	1	1934-1935
Câncer	1	1934-1935
clororachia	1	1930
coração	1	1929
doença de Friederich	1	1928
doença de Thomsen	2	1928, 1929
Glycorachia	1	1930
Malária	2	1928, 1929
Malarioterapia	2	1929, 1930
Meninges	1	1930
Meningite	1	1932-1933
Paralisia	1	1929, 1930
regime alimentar	1	1929
Sífilis (diversos)	6	1928, 1929, 1930, 1931, 1932-1933
sífilis e prostituição no Rio de Janeiro	1	1929
sífilis nervosa	1	1929
Síndrome de Froin	1	1928
soroterapia	1	1929
<i>syringomyelia glyomatosa</i>	1	1930
terapia por raios ultra-violeta	1	1928
torção	1	1928
tumor medular	1	1929
úlcera tuberculosa	1	1928

A interrupção desta publicação, em 1934, pode ser explicada a partir das transformações que a instituição viverá na década de 1930 e que ficarão evidentes nas décadas subsequentes. Ao suceder Eduardo Rabello, de quem era discípulo, na direção da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas na gestão de Washington Luiz na presidência da República (1927-1930), Oscar da Silva Araújo publica nos *Archivos de Higiene* uma matéria em que ressalta que os bons resultados colhidos pelas campanhas de profilaxia da sífilis, bem como o sucesso de seu controle (ARAÚJO, 1927), possibilitaram que o Hospital Gaffrée e Guinle diversificasse suas ações – ainda que sem perder o foco original e sua vinculação às políticas de Carlos Chagas. Nesse sentido, entende-se o acordo da Fundação Gaffrée e Guinle com a Fundação Rockefeller para a ocupação de salas enquanto esta aguardava a conclusão das obras do prédio próprio, localizado próximo ao Hospital de Manguinhos; da mesma forma, o acordo com o Departamento Nacional de Saúde para a transferência de parte do hospital ao Serviço Nacional do Câncer (1946) e a tentativa de doação do Hospital Gaffrée e Guinle ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados no Transporte de Cargas (Iapetec),¹⁰ para ali instalar o hospital do Iapetec.

A proximidade ideológica e simbólica com Manguinhos se fez sentir também nos novos usos do Instituto de Pesquisa. A partir de 1934, foram suspensas a fabricação e a pesquisa de produtos veterinários e a venda de soros e vacinas pelo IOC, medidas que atingiriam diretamente a produção e a venda da vacina da manqueira, uma grande fonte de renda extra para o Instituto (BENCHIMOL, 1990). É neste contexto que deve ser entendido o arrendamento do Instituto de Pesquisa e do Biotério aos biólogos do Instituto Oswaldo Cruz, Astrogildo Machado e Alcides Godoy, que passaram a desenvolver suas pesquisas em medicina veterinária nas dependências da Fundação Gaffrée e Guinle a partir da década de 1940.

Para finalizar, gostaria de ressaltar que o investimento que Guilherme Guinle fez no projeto de saúde pública defendido por Carlos Chagas sintetiza os ideais de uma época, em que a prática filantrópica foi reinventada pela medicina pasteuriana que, no Brasil daquela época, fora estabelecida no Instituto Oswaldo Cruz e por seus dois grandes líderes, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. A criação do Hospital Gaffrée e Guinle significou, nesse sentido, uma forma de controlar uma doença que, pelo seu caráter degenerador,

¹⁰ Uma documentação guardada pela família Paula Machado nos permite perceber, a partir de uma série de correspondências trocadas na década de 1940 entre Guilherme Guinle e o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, uma tentativa de Guilherme Guinle de transferir o Hospital Gaffrée e Guinle ao Iapetec. Tal doação não se efetivou por uma cláusula da Fundação Gaffrée e Guinle, que era impeditiva. Ressalte-se, nesse caso específico, a longa relação da família Guinle com os empregados do Transporte de Cargas – afinal, a família era a proprietária da Companhia Docas de Santos.

colocava em risco a nação brasileira: a sífilis, uma vez que, na época, acreditava-se que o não controle dessa doença iria criar uma geração de hereditários.

Do ponto de vista simbólico, a construção do Hospital Gaffrée e Guinle significou, para os médicos envolvidos no projeto, o coroamento de um projeto de saúde pública; para o filantropo, uma ação de utilidade social cujos frutos seriam colhidos a médio e longo prazo, como o controle e o combate às doenças venéreas. Também representou, do ponto de vista arquitetônico, a tradução de uma época na busca de uma estética genuinamente nacional, o neocolonial, assim como a inserção da arquitetura hospitalar no que havia de mais moderno à época. A Porto d'Ave, Hugo e Kurt Haering coube dar a forma visível a este projeto de saúde pública que, através de sua estética, sintetizou a modernidade carioca e o espírito de uma época.

REFERÊNCIAS

ALMANAK LAEMMERT. Rio de Janeiro: Laemmert, 1927.

ARAÚJO, O. S. *A prophylaxia da lepra e das doenças venéreas no Brasil e a actuação do Departamento Nacional de Saúde Pública*. Archivos de Hygiene, I(II): 195-293, 1927.

ARAÚJO, R. M. B. *A vocação do prazer: a cidade e a família no Rio de Janeiro republicano*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA NO RIO DE JANEIRO (Brasil)- História e Estatística. Rio de Janeiro: Prefeitura do Distrito Federal, 1922.

BENCHIMOL, J. L. (Coord.). *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1990.

BRITTO, N. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CARDOSO, V. L. *A margem da arquitetura grega e romana e Princípios geraes modernos de hygiene hospitalar*. Rio de Janeiro: Typographia do Anuário do Brasil, 1927.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 2010.

CHAGAS, C.; RABELLO, E.; COSTA, G. de M. *Archivos do Hospital Gaffrée e Guinle*. Archivos do Hospital Gaffrée e Guinle, nº. 1, p. I-II, 1928.

CZAIJKOWSKI, J. (Org.). *Guia da arquitetura eclética no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Centro de Arquitetura e Urbanismo, 2000.

FAURE, O. *Histoire sociale de la médecine (XVIIIè – XXè Siècles)*. Paris: Anthropos Histhoriques, 1994.

_____. O olhar dos médicos. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Dir.). *História do corpo*, v. 2 – Da Revolução à Grande Guerra. Petrópolis: Vozes, 2009.

FREYRE, G. *Ordem e progresso*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

JONES, P. B. *Hugo Häring – the organic versus the geometrical*. Stutgard/London: Axel Menges, 1999.

MARINHO, João. *Ocasão perdida*: depoimento prestado perante à Comissão de Sindicâncias das obras do hospital das Clínicas. Rio de Janeiro: Oficina Industrial Graphica, 1931.

PORTO D'AVE, A. *A Fundação Gaffrée e Guinle*. A Bandeira, Rio de Janeiro, ano II, nº. 7-8, p. 8-14, jan./fev. 1928.

SANGLARD, G. *Entre os salões e o laboratório*: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008. (Col. História & Saúde).

SANGLARD, G. Cultura, sociedade e saúde no Rio de Janeiro durante a Primeira República. In: MARTINS, W. e SANGLARD, G. *História cultural*: ensaios sobre linguagens, identidades e práticas de poder. Rio de Janeiro: Editora Apicuri, 2010.

SANGLARD, G.; COSTA, R. da G. R. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro 1923-1931. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, V. 11, nº. 1, p. 107-141, jan./abr. 2004.

SANGLARD, G.; COSTA, R. da G. R. Cultura e sociedade no Rio de Janeiro: a família Guinle e a modernidade arquitetônica. In: ALVES, I.; CRUZ, E. da; FRANCO, S. C. (Org.). *450 anos de portugueses no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: O Oficina, 2017. p. 272-286.

WEIDLING, Paul. The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany. In: BARRY, J.; JONES, C. *Medicine and charity before the welfare state*. London/New York: Routledge, 1991. p. 190-206.



HOPITAL NOTRE

115



PARTE III

A MODERNIDADE NA ARQUITETURA DA SAÚDE



Edward Fletcher Stevens and the modern hospital*

Anmarie Adams

Royal Victoria Hospital
Montreal
Twentieth
A P R 1 1
1 9 2 7

Attention of Mr. Squibb

Dear Sir,
We have very great pleasure in stating that after about three years' operation we find the Micro Brake Elevator to be most satisfactory for Hospital purposes. As compared with the other control elevators we find that the nasty jarring is entirely done away with. The transportation of the patient is pleasant in every respect.

Robert S. ...
Asst. Superintendent

Micro-Levelling
Elevators
for patients
and passengers
are now
the accepted
standard
for
hospitals.

* Este artigo foi publicado anteriormente pela editora da Universidade de Minnesota, como parte do livro de Anmarie Adams, *Medicine by Design: The Architect and the Modern Hospital, 1893-1943* (2008). Aqui recebeu uma nova conclusão autorizada pela referida editora.

This paper explores the architecture of Edward F. Stevens and his partner, Frederick Clare Lee, during the 1920s, a critical period of expansion in the history of the North American hospital. Stevens and Lee's work is representative here of a whole wave of modern institutions that incorporated and promoted social and medical change. Driven by many changes and tensions, the key features of the modern institutions included historicist imagery, steel and reinforced concrete framing, fireproofing, soundproofing, functional zoning, overt references to domestic and hotel architecture, delivery by automobile, internal communication technologies, adherence to standards, planning for expansion, factory-inspired kitchens and laundries, suites of rooms for surgery, and a new emphasis on individual patient rooms. Designed by experts with personal knowledge of outstanding doctors and their preferred work settings, Stevens and Lee's buildings set a new twentieth-century standard.

HISTORICIST IMAGERY, MODERN MEDICINE

Modern hospitals during the 1920s combined technological fetishism with intense social conservatism. Architects evoked historical styles and used traditional materials for the conservative outside of their buildings, while finding multiple and often ingenious ways to incorporate and display technologically advanced medical, service, and managerial equipment inside. Stevens and Lee's Hôpital Notre-Dame's exterior, for example, was "hard burned rough textured buff brick."¹ The Montreal hospital's main entrance featured double-height Corinthian columns (Figure 1) of Stanstead granite and a segmented arch. The building had a pronounced base and cornice, quoins of Montreal limestone, and its windows had keystones. These classical details— "all trim and special architectural features"— ensured that Hôpital Notre-Dame, an urban institution, was decorously comforting and dignified.

Just as he camouflaged mechanical equipment in the medieval-styled tower of the Ross Memorial Pavilion at the Royal Vic, Stevens cloaked particularly high-tech departments of Hôpital Notre-Dame in traditional exterior features. At the back of the romantic arcade on the ground floor of the new hospital was the department for otolaryngology (ear, nose, and throat). Surgery was similarly camouflaged, but

¹ *Notre Dame hospital, Montreal, completes \$1,500,000 building program*, Canadian Hospital. p. 17.

prominently featured in this same elevation (Figure 2). Two large windows located just over the cornice line call attention to the surgical wing.²

Behind such historicist guises, North American hospitals constructed in the 1920s were thoroughly modern. Both Hôpital Notre-Dame and Stevens's Ottawa Civic Hospital (Figure 3) were reinforced concrete frames with combination brick and tile curtain walls. In addition, the arrangement of girders and columns meant that the reinforced concrete structure of the Stevens and Lee hospitals could also carry the pipes and ducts for the gravity exhaust ventilation system. Stevens's structural system supported the mechanical design, which was integrated with functional zoning; this meant that a specific department could be ventilated independently by pushing a button from within the department.³

In the 1920s, hospitals were designed as thoroughly fireproof and older buildings modernized for fire protection. This desire for safety inspired architects to specify incombustible materials (concrete floors) separated by hollow terra cotta tiles, brick⁴ and stone cladding, partitions of terra cotta tile, gypsum tile or plaster on metal lath. In his book, Stevens admitted that the doors, windows, furnishings, and linen might be combustible, for as "to have them otherwise would make them so ugly and impractical as to more than offset the slight menace of fire" (STEVENS, 1928, p. 5-6).

URBAN PROBLEMS AND THE HOSPITAL

The effects of modernity in other domains were explicitly addressed in Stevens's architecture. Stevens, for example, took special care to buffer the loud noises produced outside the hospital, especially those of automobiles (he noted the honking and starting of cars), airplanes, trains, and streetcars. The new noisy machinery of urban transportation ironically also helped hospitals perform better. Automobiles and paved roads meant that urgent patients would arrive sooner; doctors could reach the hospital

² More research is needed to determine the geographic extent of these trends. Some hospitals in Europe in the 1920s also combined traditional exteriors and modern planning. I am grateful to Adrian Forty and Christine Stevenson for pointing to the Middlesex Hospital, in London, as an interesting parallel to the work of Stevens and Lee. Designed by Alner W. Hall in 1927-1935, the new building was built in phases. Its H-plan included modern features: medical and surgical wards, separate space for women, four large operating theatres. Middlesex Hospital is red brick and Portland stone, supported by a steel frame. It is described in H. Richardson, ed., *English Hospitals*, p. 37-8, as "a still fashionable neo-Georgian, perhaps with a few transatlantic overtones." For a history of the institution, see Saunders, *The Middlesex Hospital*. On the influence of many American institutions, excluding hospitals, on European architecture, see Cohen, *Scenes of the World to Come*.

³ *Notre Dame hospital, Montreal, completes \$1,500,000 building program*, p. 17, 26.

⁴ See *Hospital and the community It serves*, p. 17-19.

quickly from their clinics, offices, and homes; and medicine, food, and other supplies could be delivered to the hospital more efficiently. Stevens's projects such as the Ottawa Civic Hospital that were not additions or renovations to older sites were frequently located at some distance from the city center in order to simultaneously take advantage of motor transportation and escape the noise and pollution of the urban core.

Noise control was a major factor in the planning of hospitals. For Stevens, soundproofing was a way to tolerate rather than resist urban crowding, which was necessary to the economic health of hospitals. Stevens recommended locating serving kitchens in cross-corridors, rather than corridors leading to the patients' rooms, in order to minimize noise transmission.⁵ Such noise, as well as bad smells, was particularly unacceptable to middle-class patients, willing to pay for private (and thus quieter) rooms. This acoustic and olfactory control fits with the range of other luxuries we encountered in such buildings.

Ironically, it was modern construction and planning that created these noise problems in the hospital. Noisy corridors were a new problem created by the double-loaded plan arrangement combined with fireproof construction. The multitude of smaller rooms located on both sides of a narrow corridor (as opposed to the open wards of the pavilion-plan hospital with minimal circulation spaces) meant that hospital specifications included hundreds of doors, opening and closing at all times of day and night. Telephones and call systems rang constantly, disturbing patients and staff (AGNEW, 1974, p. 24). Stair towers and elevators were carefully located away from patient rooms, often on side corridors.

Servicing more rooms, too, meant that hallways would become congested with staff and equipment. Strict visiting hours were enforced in order to make hospitals quieter, and management likewise urged nurses and interns to minimize their socializing: "Even after nurses pass the probationary period, if they persist in disturbing the wards by engaging in foolish talking and laughing with house surgeons or visitors they should be severely reprimanded" (BOYCE, 1910, p. 199).

To muffle sounds produced within the hospital — plumbing, signal bells, doors and Windows slamming, and patients talking — Stevens recommended doors "with special gaskets," "pipes and vent ducts wrapped with heavy felt," acoustic plaster in corridors and service rooms, and sound-absorbing Celotex ceilings in especially noisy spaces: serveries, utility rooms, and the delivery suite.⁶ Stevens and Lee's St. Joseph's Hospital in Toronto (Figure 4) featured "sound stopping" gypsum partition tiles. Stevens

⁵ See *Preparing the trays*, p. 10.

⁶ Stevens used Celotex in the corridors of the Ross Pavilion at the Royal Victoria Hospital; see Lindahl, *Relieving the noise evil in Hospitals*, p. 36.

also claimed to have patented the soundproofing treatment he devised for the Royal Victoria Montreal Maternity Hospital in 1925 (Figure 5).⁷ It was called the “Stevens System” and featured what he called “Stevens isolators” and “Stevens low felted chairs” in walls and ceilings. Stevens suggested in *Modern hospital* in 1925 that the time might soon come for the hospital to put a sign up on its chimney “for the aeronaut to read as he passes by — ‘Hospital Zone! Shut off the motor while passing!’”⁸ (STEVENS, 1925, p. 511).

The debate on the health benefits of the so-called block plan, this arrangement of smaller rooms along double-loaded corridors, over the older pavilion-plan type raged during the two decades of Stevens and Lee’s practice, focusing on the question of how to balance the efficiency and economy of the ward with the comfort and protection of the private room.⁹ Some physicians claimed that the total spatial separation of patients would curb the spread of contagious diseases, while other social commentators, even Henry Ford, argued that private rooms were more democratic.¹⁰ To some extent, the same sociomedical debates continue today.

Stevens walked the line between the two sides of the debate, professing a middle-ground solution for the middle-class patient (the poor continued to occupy wards, while the rich paid for private space) and pointing to the subdivided wards of two Danish hospitals as models. He typically provided wards for sixteen to eighteen patients, in groups of three or four “alcove” wards, recommending that each patient be allotted from eighty-three to one hundred square feet of floor area and a floor-to-ceiling height of twelve feet (STEVENS, 1928, p. 42). This smallish ward, Stevens believed, would satisfy “the great intermediate class of patients who, with the ‘ward pocketbook,’ are acquiring the ‘private room appetite’”¹¹ (STEVENS, 1922, p. 233). Hospitals boasted that the thin, metal partitions that separated patients in such

⁷ A copy of this detail, dated Aug. 20, 1925, is in the *Archives of Ontario*, Arthur Heeney Jr. Collection, C-27, series D.

⁸ For more on Stevens’s ideas about sound control, also see the article he published entitled *Sound Absorption, Insulation and Air Control*.

⁹ An interesting discussion of the apparent flexibility (related to increased occupation) of a hospital of all-private rooms is found in Thompson and Goldin, *The Hospital*, p. 207-25.

¹⁰ See my life and work (FORD, 1923). Ford’s perspective is particularly relevant since he founded, paid for, and built a hospital in 1915.

¹¹ Thompson and Goldin have noted how the trend towards private accommodation was completely obliterated by the Depression, as almost instantly nobody at all could afford private rooms and hospitals remodelled them as semi-private. See Thompson and Goldin, *The hospital*, p. 216.



Figure 1: Stevens and Lee’s entrance to Hôpital Notre-Dame featured classical columns. Source: Courtesy of Céline Lemercier



Figure 2: High-tech departments like surgery were subtly visible in the façade of Hôpital Notre-Dame. A. Adams. Source: Courtesy of the author

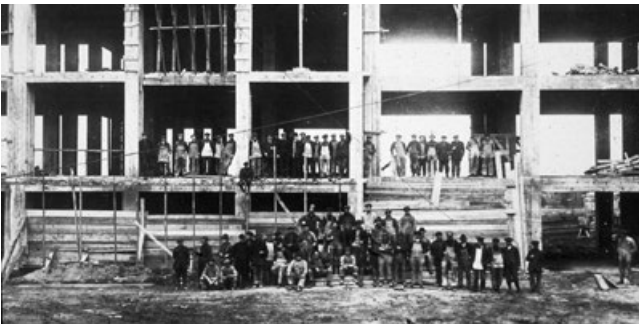


Figure 3: The Ottawa Civic Hospital under construction, 1922-23. Archives of Ontario, slide OA C27 series C-1 Box 1 file 1. Source: Courtesy of the Archives of Ontario, Toronto, Arthur Heeny fonds C27 series C-1.

QUIET HOSPITALS

Are a Question of Technical Study Leading to
SOUND ABSORPTION
SOUND STOPPING

St. Joseph's Hospital, Toronto, Ont. Architects—Stevens and Lee, Constructors—Piggitt Construction Co.

In this building 60,000 square feet of Gypsum Partition Tile were installed to provide permanently fire-proof partitions between rooms. This application of Gypsum has prevented sound passing from room to room in the building.

Taking advantage of the consulting services of Prof. G. R. Anderson, of the University of Toronto, DEKOOSTO Acoustic Plaster was used to absorb sound within the building. By this medium it was possible to install exactly the proper amount of acoustic treatment in every room in the building where it was needed, and to know in advance the results which would be obtained.

A complete consulting service on problems of fire, sound and heat insulation is available to the building public in Canada to-day without charge. A call to any office or representative will place this at the disposal of any building owner, architect or contractor.

GYPSUM, LIME & ALABASTINE,

CANADA, LIMITED
HEAD OFFICE - PARIS, ONTARIO
BRANCHES: MONTREAL, TORONTO, WALKERVILLE, WINNIPEG, VANCOUVER

Figure 4: Advertisement for gypsum partition tiles featuring a hospital designed by Stevens and Lee. Source: *Canadian Hospital*, p. 7.9, 1930, nº.7.

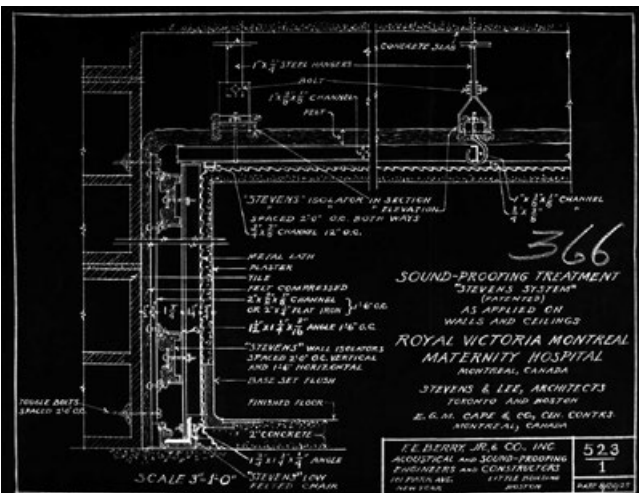


Figure 5: Wall section showing Stevens’s sound-proofing system, 1925. Source: Courtesy of the Archives of Ontario, Toronto, Arthur Heeny fonds C27 series C-1.

wards served to even out differences in social class, as well as separating potentially dangerous patients. The Montreal Jewish General Hospital, for example, featured four-bed public wards and boasted that the food and furniture were identical for public and private patients.¹²

While thin metal walls blurred social distinctions among patients, Stevens's choice of flooring materials expressed the spatial separation of functions. The interwar hospital was planned in functional zones, very much like the modern city, and the hospital's flooring materials were carefully matched to the various functions of spaces, reflecting then current notions in acoustics and cleaning, but also denoting the social hierarchy of certain spaces. Wards and patients' rooms typically had sound-absorbing floor coverings, such as linoleum (Figure 6), cork, or rubber.¹³ The last was also recommended for the floors and ceilings of X-ray departments.¹⁴ The floors of balconies, waiting rooms, and kitchens were covered in quarry tile; vitreous tile was found on the floors of operating rooms.

Terrazzo was used throughout the hospital, due to its cheapness and durability, while marble was often reserved for use in the hospital lobby¹⁵ (SMITH, 1924) Indeed, the lobbies in the Ottawa Civic Hospital, Hôpital Notre-Dame, and the pavilions at the Royal Victoria Hospital resembled hotel lobbies, because of their ostentatious materials and historicist decoration. The lobby at the Ross Pavilion (Figure 7), illustrated in *The American Hospital of the Twentieth Century*, was intended as a memorial vestibule to the building's benefactors, John Kenneth Leveson Ross erected it in memory of his parents, James Ross and Annie Kerr Ross. A bronze bust was positioned on axis with the entry, perched on a grand oak-and-marble pedestal, which also functioned to conceal the radiators. Perhaps this rather solemn memorial function of the room persuaded Stevens and Lee to use Caen stone on the walls and groined ceiling of the Ross Pavilion lobby, "depart[ing] from the hospital type of finish."¹⁶ The twenty-six-foot by thirty two-

¹² Montreal Jewish General Hospital Opens with Impressive Ceremony.

¹³ On the history of linoleum, see Simpson, *Linoleum and Lincrusta*, 1997.

¹⁴ The supplier of rubber to the Royal Victoria Hospital in 1926, Gutta Percha & Rubber, Ltd., of Toronto, expressed considerable hesitation in this specification, stating that the plans for rubber on the walls and ceiling were "something quite beyond our sphere." See letter from J.H.S. Kerr to H.E. Webster, 10 May, 1926. *Royal Victoria hospital collection*.

¹⁵ The subject of flooring was often discussed in the professional literature. Stevens's ideas on hospital floors were articulated in *More about hospital floors* and *A discussion of hospital floors*; and later in *The trend in hospital construction*, p. 31-2.

¹⁶ Ross Pavilion, *Construction*, p. 191; a contemporary comparison of a hotel and hospital lobby is found in Pearson, *Some modern american hospitals*, p. 643.



New Maternity Wing of the Royal Victoria Hospital, Montreal, in the halls and corridors of which Dominion Battleship Linoleum is laid extensively.
Architects—Morris & Lee, Toronto. Contractor—G. W. Cook & Co., Montreal.

Quiet, Permanent Floors

IT IS of the utmost importance that the floors of a hospital be quiet, odorless and durable. These same qualities are also of prime importance in selecting the floor for any building. Dominion Battleship Linoleum is a permanent floor. It is so tough that the hardest usage, year after year, has no effect on it. There is no replacement cost with Dominion Battleship Linoleum. An occasional waxing meets the needs of those who prefer a highly polished floor.

DOMINION Battleship Linoleum

The smooth surface of Dominion Battleship Linoleum will not absorb moisture or hold dirt; it is germicidal, washes even in hot water, weather easily cleaned. By recent service it has answered the floor problem in banks, offices, hospitals, department stores, libraries and public institutions in every Province of the Dominion.

Dominion Battleship Linoleum, AAA quality, is made in eight standard shades—beiges, greens, terra-cotta, grey, buff, blue, black and white (used extensively for the floors). AA and A qualities, in four standard shades only; Dominion Jacon, for and set grades, in two colours only—blue and grey. Special colours for large contracts.

Dominion Battleship Linoleum is made in Canada; to suit Canada's climatic conditions and is installed by all large department and floor furnishing stores. Write us for samples and literature.

Dominion Oilcloth & Linoleum Co., Limited
MONTREAL

Makers of Floor Coverings for over Fifty Years.

Figure 6:
Advertisement for Dominion battleship linoleum.
Source: *Journal, Royal Architectural Institute of Canada*, July-Aug, 1926, xii 5.

Figure 7:
The lobby of the Ross Memorial Pavilion featured luxurious materials and hotel-like details in order to entice paying patients.
Source: Stevens, *American Hospital*, 1928, p. 32.



foot entrance to the Ross Pavilion also had five bronze chandeliers, fine oak paneling and Belgian-black and Italian-white tile flooring, illustrating Stevens's counsel that the entrance furniture should be both "dignified and decorative." (STEVENS, 1928, p. 28).

At the same time, many historicist-decorated hospital lobbies, including the Ross Pavilion, anticipated the delivery of patients by automobile (Figure 8). In 1916, the Ross Pavilion entry sequence comprised heavy wrought iron gates at the street, a curvilinear driveway rising about one thousand feet – sufficiently broad to allow the turning of automobiles and carriages, – and a porte cochere. The hospital thus not only accommodated new modes of transportation, but by doing so also reinforced the new modes as desirable and permanent. Automobile parking was thus an important feature of the modern hospital. Photographs of the Ottawa Civic Hospital taken about 1924 (Figure 9) show Model T Fords parked along the driveway and in designated parking lots (Stevens wanted them located – at some distance – from the patients' rooms). The Ottawa Civic Hospital added a luxurious fourteen-car parking garage (Figure 10) for doctors in 1930, which heated the vehicles to a toasty ninety degrees Fahrenheit using excess boiler heat.¹⁷ As early as 1911, the Royal Victoria Hospital had added parking lots for doctors and private patients and a special entrance and garage for its ambulances. This was only a year after Henry Ford opened his advanced car manufacturing plant at Highland Park, Michigan.

¹⁷ A Heated garage for hospital doctors. (1930, p. 108-109)

Figure 8:

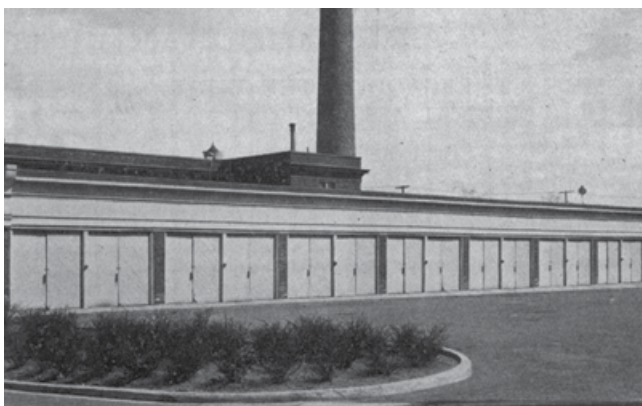
Proposed elevation for the Ross Memorial Pavilion, Royal Victoria Hospital, 1914.
Source: McGill University Archives.

**Figure 9:**

Ottawa Civic Hospital showing cars, 1925.
Source: City of Ottawa Archives 2469.

Figure 10:

Ottawa Civic Hospital heated parking garage.
Source: *Canadian Medical Association Journal*, 22.1, Jan. 1930, p. 109.



STANDARDIZATION VERSUS FLEXIBILITY

Stevens took every opportunity to build technology (instrument cabinets, refrigerators, blanket warmers, and drying closets) directly into the hospital walls. The private patients' rooms in the maternity hospital at the Royal Victoria were wired for telephone and each floor had receptacles for electrocardiograph. Patients' rooms had special night-lights, allowing nurses to illuminate the rooms at night without using ceiling lights, in addition to a call system similar to those found in many hospitals today. This consisted of a system of lights over the doors of rooms indicating the location of doctors and nurses.

These technologies were largely standardized during Stevens's lifetime, a process accelerated by the American experience during World War I.¹⁸ In 1918, the American College of Surgeons developed standards and encouraged hospitals across North America to apply for approval. The ACS published annual lists of hospitals that met its minimum standards, with more and more hospitals satisfying its criteria each year. In

¹⁸ Morman, *Efficiency, scientific management, and hospital standardization*, n.p. [11].

1918, 89 of 697 eligible hospitals with one hundred or more beds met ACS approval; by 1921, this number had increased to 576.¹⁹

The arguments for the standardization of hospitals were well worn: public safety, cost efficiency, and hospital evaluation. Architects, however, as professionals responsible for custom-designed health-care facilities, occupied an ambivalent position vis-à-vis the standardization of hospital design. Would not the eventual adoption of a standard hospital plan make specialists like Stevens and Lee obsolete? In the 1920s and 1930s, it was not unusual for specialized journals to publish “checklists” of hospital equipment, in order to avoid errors of omission.²⁰ The lists organized in 1934 for *The Hospital yearbook* by Sigismund Schulz Goldwater, physician and commissioner of New York City’s hospitals from 1934 to 1940, considered the planning of wards, private rooms, and various departments of the hospital.²¹

Stevens’s book was in some ways the same sort of thing: a checklist of points to consider and standards to uphold in the design of a hospital. Stevens himself advocated the standardization of hospital equipment, pointing to the wartime experience with plumbing as a case in point, but he was completely opposed to the standardization of hospital plans, noting the necessity of judgement in dealing with the complexities of site and circumstances. His book and articles made the same argument by underlining his professional authority (the book showcased his own buildings), offering only the most general guidelines and implying that each commission demanded a unique solution.²²

Stevens might also have noted how designing for built-in technology and standardization was an impulse contradictory to allowing for both expansion and change. Much of the firm’s work involved adding to older buildings, or designing hospitals to be constructed in stages, such as Hôpital Notre-Dame. Only three of the firm’s twenty or so Canadian commissions, in fact, were for completely new buildings. Planning for

¹⁹ These statistics are from MacEachern, “What Is hospital standardization?” (1922, p. 8). On standardization in general, see Morman, ed., *Efficiency, scientific management, and hospital standardization*; Stephenson, “The college’s role”; Stevens, in *Sickness and in Wealth*, p. 105-39.

²⁰ Examples of these include “Introduction to the architectural check lists”. In: *Hospital yearbook*, 1934, p. 14: entire issue.

²¹ See “Introduction to the Architectural check lists.” Goldwater’s obituary stated that he was also a registered architect and an “advisory construction expert for 156 hospitals in the United States, Canada, Newfoundland and British Columbia.” See “Dr. S.S. Goldwater is dead here at 69.” *New York Times*, p. 23 Oct. 1942, p. 21.

²² This “negotiation of cognitive exclusiveness” as essential to the development of specialist professions is explained by sociologist Larson, *The rise of professionalism* (1977, p. 15-18, p. 30-1. For a discussion of how architects developed professional authority along these lines, see Upton, *Architecture in the United States* (1998, p. 247-83).

expansion was thus a fundamental aspect of hospital modernization and specialization. It was particularly important in the choice of a site, which had to provide ample space for the hospital's growth, as well as anticipate the way the surrounding city might develop. "In selecting a site it was necessary to have enough land available for future expansion and, at the same time, a location easily accessible to the medical men and patients, as well as one that would be in the path of the city's normal growth," Stevens recounted about the Ottawa Civic Hospital (STEVENS, 1926, p. 69).

He was equally concerned about designing flexible space in his hospitals. In *The American hospital of the twentieth Century*, he quoted from Goldwater's report of the Committee on Hospital Planning of 1924, to the American Hospital Association, whose fourth principle was "flexibility." By this Stevens meant far more than facilitating simple, unanticipated alterations, but rather the potential of a building to adapt to a total change in function. He imagined, for example, "a plan so flexible that the medical department of yesterday may be the surgical department of to-morrow" (STEVENS, 1932, p. 24).

Although the plans of interwar hospitals consisted of mostly smaller rooms off long, doubleloaded corridors, aspects of the earlier pavilion-plan buildings survived in the newer buildings, a fact rarely noted by hospital historians. However, new hospitals of the 1920s included features of both types. Which features of the pavilion-plan hospital were carried into the reformed buildings and why? Like other general hospitals of the 1920s, Stevens's designs nearly always had some sort of ward accommodation for poorer patients, often called "public wards." These were typically smaller than their nineteenth-century precedents; at Hôpital Notre-Dame, for example, the second floor featured square public wards that were forty-three feet wide and contained twenty beds. These spaces were further subdivided into smaller sections containing five beds, separated from the others by partitions that did not quite reach the ceiling.²³

NEW WAYS OF WORKING

The sophisticated physical structure and features of the modern hospital paralleled an up-to-date social structure: the hospital restructured ways of working. Within his (apparent) Renaissance palazzo or Scottish castle hospitals, Stevens's planning facilitated the working methods of highly specialized physicians, nurses, teams of orderlies and other aides, administrators, janitorial and laundry staffs, all trained to work as efficiently and productively as possible, as we have seen. In addition to the overall arrangement of the building that grouped patients by the general treatment they required, the premium placed on time and efficiency led to the inclusion of nonmedical technology such as

²³ Last Word in *Hospital Design* (1924, p. 486). The plan in *American hospital* (1928, p. 94), shows 16-bed wards, partitioned into groups of 4.

time clocks, call systems, and adding machines, then becoming familiar in other modern corporations and institutions.²⁴

The quest for efficiency, driven not by medical science but rather by social change, also fashioned a need to improve the performance of existing nonmedical technologies like elevators. A 1927 advertisement for Otis-Fensom elevators (Figure 11) featuring the Royal Victoria Hospital boasted that following three years of microleveling elevator operation, “nasty jolting and jarring” had been done away with, making the movement of patients and passenger considerably smoother. Stevens made the same point in *The American hospital of the twentieth century*: “An automatic levelling device is a most important adjunct to a hospital elevator” (STEVENS, 1928, p. 497). Elevators only became important when they ran smoothly, which coincided with the time that hospitals became multistory blocks rather than pavilions and patients had to be moved to specialized treatment locations, rather than waiting for physicians in the wards. Stevens even went so far as to compare a good elevator to a Rolls-Royce, insisting that “service should be considered before price.”²⁵ In the 1927 annual report of the Montreal General Hospital, L. J. Rhea, director of the Pathological Laboratory, made a direct link between elevator technology and medical progress:

An elevator, a long hoped-for improvement, has recently been approved by our Board of Management. When this is built it will release some much needed space in the main building, as well as add greatly to the comfort of the patients, who must now climb three flights of stairs, in order that certain tests be properly made upon them. It will, in fact, make possible certain tests that we have been unable to carry out in the past.²⁶

The modern hospital integrated and coordinated vast mechanized support services. The factory aesthetic and its emphasis on machinelike efficiency (no jolting and jarring) was most obvious in the more industrial sectors of the hospital, such as the service building, or in the myriad of tunnels constructed during the 1920s to connect the service sector to the patients’ rooms. Like the industrial zone of the emerging modern city, the hospital service building typically accommodated messy work like the cooking, washing, and ironing, as well as housing the hospital’s male and female help. “The hospital kitchen should be planned like a modern factory — that is, to receive the raw material and to deliver the finished product (which is palatable food) with as few lost motions and delays as would be expected by a modern manufacturer in his factory,” wrote Stevens (STEVENS, 1928, p. 443). At the Ottawa Civic Hospital, the section (Figure 12) illustrates how food cars were sent through tunnels to elevators in the main building

²⁴ Howell, *Technology in the hospital* (1995, p. 30-68). On the impact of Taylorism and scientific management in general, see Giedion, *Mechanization Takes Command* (1948, p. 77-127).

²⁵ *Construction Section* (1927, p. 369-70).

²⁶ *Montreal general hospital 106th annual report*, p. 72.

and the food was then served from ward kitchens. The ranges, steamers, deep sinks, and refrigerators were carefully arranged in the spacious main kitchen (Figure 13) according to studies aimed at reducing wasted steps. These recommended a single focal point, with carts traveling a minimum distance and equipment accessible from all four sides.

The new laundry (Figures 14 and 15) at the Royal Victoria Hospital, designed by Ross & Macdonald in 1931, is evidence that Stevens and Lee were not the only hospital architects concerned with isolating more industrial functions from the patients and encouraging factorystyle production. Ross & Macdonald evidently agreed with the preference for strictly linear movement Stevens outlined in his book: “[A]n effort should be made to avoid lines of crossing and re-crossing; one process should follow the other until the work is complete.” (*Ibid.* p. 468). The stark, undecorated spaces of the hospital laundry ensured that soiled linen could go smoothly from the sorting room — through the washer, extractor, flatwork ironer, drying tumbler, and steam press — to the clean linen room. This challenge for architects of the hospital laundry was related to the design problems inherent to other institutional building types, like hotels, which also tried to handle soiled materials discreetly and give (at least) the appearance of antiseptic linen.²⁷

This same “image” of cleanliness informed the design of rooms occupied by patients. The emphasis on aseptic surfaces had scientific and medical implications, but also economic and ideological ones. Medical specialists developed sterilization to discourage contact (as opposed to airborne) infections. But in the interwar period it is difficult to distinguish between an overall desire for cleanliness and an attempt to stop the spread of infection. Thus even though the Pasteur Institute in France had undermined the scientific justification for the fumigation of operating and patient rooms by 1900, and C. V. Chapin’s experiments in Rhode Island in 1905 – 8 had shown that there was no greater incidence of diphtheria and scarlet fever without fumigation, the practice continued into the 1910s.²⁸ The hospital had to be arranged so that disinfection could be done as efficiently as possible. Most important, these procedures could appear to have been done, which was particularly important to entice middle-class patients to accept the hospital as an institution.

The architectural counterpart to the countless cleaning products commonly used by hospitals at this time (germicide, sterilizing fluid, disposable water cups, paper towels, and various specialized soaps) was the detail that illustrated how all doors,

²⁷ On the hotel laundry, see *Modern Hotel Laundry*. The sanitary reform of hotels, Pullman cars, and restaurants is included in TOMES. *The gospel of germs* (1998, p. 172-82).

²⁸ RICHARDSON. *The fetish of fumigation* (1929, p. 90-1), and *Should Private Rooms Be Disinfected* (1904, p. 8).

Figure 11:
Elevator advertisement
featuring the Royal Victoria Hospital.
Source: *Canadian Hospital* 4.6, June 1927, 11.



Figure 12:
Section of the Ottawa Civic Hospital
showing the smooth tunnel connection of the kitchen
and patient rooms.
Source: Stevens, *American Hospital*, 1928), 89.

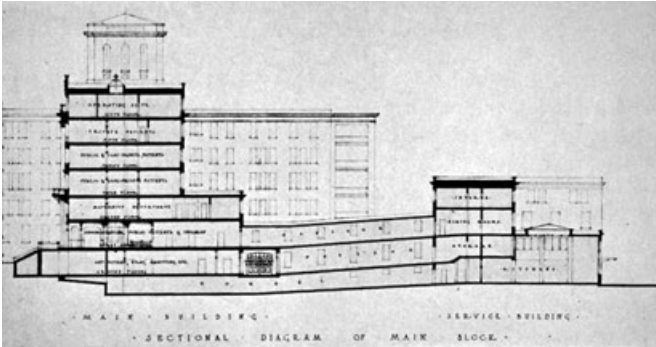


Figure 13:
Architects modeled hospital kitchens after
factories to maximize efficiency. Ottawa Civic
Hospital kitchen, 1926.
Source: City of Ottawa Archives 2453.



Figure 14:
Exterior view, Royal Victoria Hospital laundry, 1931.
Source: Royal Victoria Hospital.

Figure 15:
Interior view, Royal Victoria Hospital laundry, 1931.
Source: Royal Victoria Hospital.



windows, wall bases, medicine cabinets, closets, and even vents were to be located flush with the wall.²⁹ The floors, walls, and ceiling of the 1926 delivery room at the Ottawa Civic Hospital (Figure 16), for example, which appear as a continuous surface without any projecting base or trim, are typical of this trend. All the metal furniture in the room was on wheels, so that the seamless whole could be cleaned (and viewed) in a single instance. Stevens insisted on the inclusion of a covered flushing floor drain, too, in operating units so that the entire space could be hosed down (STEVENS, 1913).



Figure 16:

Delivery room, Ottawa Civic Hospital, 1926.

Source: Slide OA C27 Series C-1 folder 2/4 Box 1 file 1. Archives of Ontario.

PLANS AND EXTERIORS

The rise of surgery marked a major change in hospital architecture: the transformation of the old-fashioned operating theater into the operating suite.³⁰ Older buildings featured a rather grand space in which medical students and colleagues could watch surgery performed from tiered seating. Surgery in the state-of-the-art interwar hospital took place in a much more modest setting.³¹ An area of about three hundred square feet, according to Stevens, allowed the student to observe surgery from much closer up, and thus “to gain an intimate knowledge of live tissue” (STEVENS, 1928, p. 140). This reduction in area also meant that more operations could be done in the same total amount of space, an important parameter since surgery was in greater demand.

²⁹ See Pite, W. *Hospital operating theatres* (1925, p. 972).

³⁰ Note that Stevens’s design for Notre Dame included a small teaching amphitheatre, typical of his teaching hospitals. In 1932 he referred to the amphitheatre operating room as “almost a thing of the past except in intensive teaching hospitals.” See Stevens, *The trend in hospital construction*, p. 26. His ideas on operating rooms were articulated in his articles on the subject. See Stevens. *In: The surgical unit* and Stevens and Foss, *An ideal operating suite*.

³¹ An account of the disappearance of the surgical amphitheatre is given in Wangenstein; Wangenstein. *The rise of surgery* (1978, p. 453-73).

This increased visibility of surgery in hospital design was also perceptible from the street, as surgical suites built from about 1910 to 1940 were commonly illuminated by large windows and skylights. Skylights are, as such, a signature feature of interwar medicine. And North American hospitals tended to have multiple operating rooms, while European hospitals — even the largest ones — would have only one. Generally speaking, after World War II, electric operating lights and mechanical ventilation meant that operating rooms were often located in windowless spaces and thus became invisible from the exterior of the hospital.³² Historicist imagery was banned in operating suites to ensure this image of sterile, aseptic, modern medicine. But historicist decoration was clearly crucial to the image of the hospital outside of the operating room. On the exterior of the hospital service building, for example, which might be home to mundane functions such as heating, maintenance, and carpentry, it blanketed the structure's utilitarian role. And in terms of the hospital's urban image, a dignified exterior treatment expressed the dependence of hospitals on charitable donations. In the design of the original Royal Victoria Hospital by Snell in 1889–93, for example, the multiple references to Scottish baronial architecture presumably pleased the hospital's founders and administrators, many of whom had emigrated from Scotland. Stevens opted to employ this same architectural vocabulary in his two major additions to the building.

Stevens radically changed the theoretical basis of his professional persona by considering the exterior imagery of his hospitals of secondary importance to the plan. This is in sharp contrast to nineteenth-century architectural theorists, such as Andrew Jackson Downing, who worked hard to promote the architectural profession by arguing that building plan and exterior were inexorably if mysteriously linked.³³

Likewise, Stevens's discussion of aesthetics in terms of the psychological impact on the viewer is much more egalitarian than the earlier emphasis on inborn taste. He frequently mentioned this "psychological effect" of the hospital's exterior in his publications, presumably in an effort to associate architecture with the new science of psychology:

The severe, barren, forbidding exterior of the old hospital has given way to a studied architectural treatment, pleasing to the patient and the public. The small extra cost of a well designed exterior is more than repaid in its psychological effect on the entering patient and the visitor. If the patient can enter with the right impression of the institution, such impression reacts for the good of the patient's convalescence (STEVENS, 1932, p. 24)

³² Stevens stated as early as 1932 that "the old skylight is rarely seen" and that artificial illumination was generally preferred to daylight. Windows, however, were still used for ventilation. See Stevens, *The trend in hospital construction* (1932, p. 26).

³³ See Downing, *Architecture of country Houses*, 1969.

The psychological effects of historicist decoration were especially important in the design of the hospital's administration department, which also relied on the image of the big house to conjure up comfort, trust, traditional values, and dependability. Stevens justified an ideal administration department purely in terms of psychological effects that he argued should be pursued as far as the budget would allow:

The entrance to this department should be carefully studied from the psychological standpoint, with reference to the effect on the would-be patient. Decoration should play an important part in it. The architect should be allowed to depart from the severe design which characterizes other portions of the building, though over-elaboration should be avoided on account of its obvious expense³⁴ (STEVENS, 1928, p. 27).

On the question of style, the architect pointed to the plan. In his chapter titled "Details of Construction and Finish," he explained:

The exterior details of the hospital should be made to conform to the style of architecture in which the building is designed and should be left to the architect, it being borne in mind that the detail and exterior treatment should be subservient to the plan; in other words, the exterior should be designed around the plan, and not the plan made to suit the elevation as is so often the case (STEVENS, 1928, p. 493).

This attitude is reiterated in Stevens's published works, where he insisted, over and over again, that the test of a good hospital was its plan. He even went so far as to describe its importance in terms of a percentage. In 1915, he argued in *Architectural Record*:

Unlike most architectural problems, the plan of the hospital is the strongest factor in the design. . . . While the design should never be overlooked, the plan should hold at least eighty per cent of importance of the entire structure; and if the plan is right, we should be able to clothe it properly (STEVENS, 1915, p. 645).

The carefully orchestrated historical references made by architects like Stevens are illustrations of how hospitals responded to and encouraged social changes in health practices. The persistence of historical imagery may stem from the difficult acceptance of scientific procedures in modern health care. Technologies at the end of the nineteenth century, like the X-ray, or at the turn of the century, like the electrocardiogram, for example, were apparently used mostly for confirmation and or merely to satisfy physicians' curiosity (rather than as tools for diagnosis like they are today) until well after World War I. As historian of medicine Joel Howell has noted, "[T]he mere existence

³⁴ Stevens suggested that hospitals should reflect their surroundings, i.e. that suburban hospitals should appear more domestic, while urban hospitals should be more "stately." See Stevens, *What the past fifteen years have taught us* (1928).

of diagnostic technology did not dictate how or where it would be used; both hospital and machine had to change before the x-ray or any other machine could significantly influence the utilization of hospital care” (HOWELL, 1995, p. 132).

The white, undecorated, hard-edged architectural forms we associate with International Style architecture did not appear on the exteriors of many urban general hospitals until the 1930s, and really not in full force until the 1950s. By then, there was no reason to stem the optimism for an increasingly scientific medicine. Medicine of the interwar period inspired modernist plans, but these remained embedded in historicist and classicizing exteriors that might easily have been mistaken for hotels, schools, or even town halls.

An important exception, however, in the *oeuvre* of Stevens is one of his final projects: the Hospital Obrero de Lima, Peru, for Stevens, Curtin & Mason (Figure 17). A 607-bed hospital for workers that opened in 1941, Stevens’s hospital for Peru featured four pavilions linked by a central passage.³⁵ Carefully situated to be convenient to workers, the first pavilion, an H-shape in plan, accommodated the administration; two boomerang-shaped pavilions for patients appeared behind this entry building, maximizing natural light and ventilation by their gently bent plan (referred to in the literature as a “bent angle plan”). The final pavilion was dedicated to food preparation. Although Stevens had used similar plans in many previous examples, the hospital in Peru stands out among all his work as much closer to European modern precedents. Indeed the white, flat-roofed pavilions with cantilevered balconies bore close resemblance to iconic, non-medical structures like the Bauhaus art school in Dessau, which operated from 1925-32. This modern hospital, that is, actually looked modernist, unlike most of his other buildings.



Figure 17:
Hospital Obrero in
Lima, 1941.
Source: Hospital
Obrero De Lima, n.p.

³⁵ Hospital Obrero De Lima. Lima: Caja nacional de seguro social del Perú, 1940.

REFERÊNCIAS

COHEN, J-L. *Scenes of the world to come: european architecture and the american challenge*. Paris: Flammarion; Montreal: Canadian Centre for Architecture, 1995.

Construction Section. In: *Transactions of the american hospital association* 29,1927, p. 367-72.

DOWNING, A.J. *The architecture of country houses*. Rpt. New York: Dover, 1969. D. Appleton & Co., 1850.

FORD, H., in collaboration with Samuel Crowther. *My life and work*. London: Heinemann, 1923.

GIEDION, S. *Mechanization takes command: a contribution to anonymous history*. New York: Norton, 1948.

A Heated garage for hospital doctors. In: *Canadian medical association Journal*, nº. 22. 1, Jan. 1930, p. 108-9.

The Hospital and the Community It Serves. In: *The modern hospital year book*, nº. 1, 1919, p. 13-38.

Hospital Obrero De Lima. Lima: Caja nacional de seguro social del Perú, 1940.

HOWELL, J. D. *Technology in the hospital: transforming patient care in the early twentieth century*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1995.

_____. *Machines and medicine: technology transforms the american hospital*. In: *The american general hospital: communities and social contexts*, edited by D.E. Long and J. GOLDIN, Ithaca: Cornell University Press, 1989. p. 109-34.

Introduction to the Architectural Check Lists. In: *The Hospital Yearbook*, nº. 13, 1-2. Chicago: Modern Hospital Publishing, 1934.

LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1977.

The Last Word in Hospital Design. *Contract Record and engineering review* 38, 21 May 1924, p. 486.

LINDAHL, R. L. Relieving the noise evil in hospitals. In: *The Canadian hospital annual reference Number 9.1*, Jan. 1932, p. 34-7.

Montreal jewish general hospital opens with Impressive ceremony. In *Canadian hospital*, nº. 11, Nov, 1934, p. 5.

More about hospital floors. In *International hospital record*, nº. 18 (Dec. 1914), p. 9.

MORMAN, E. T., ed. *Efficiency, scientific management, and hospital standardization: an anthology of sources*. New York: Publisher, 1989.

Notre Dame hospital, Montreal, Completes \$1,500,000 Building Program. In: *Canadian Hospital* 9, no. 6 (June 1932): p. 12-17, 26.

PEARSON, L. G. Some modern american hospitals. In: *Architects Journal*, 28 Oct, 1925, p. 643.

PITE, William A. Hospital operating theatres. In: *The architects journal*, 24 June, 192, p. 972.

RICHARDSON, D. L. The Fetish of Fumigation - A Relic of the Past. In: *Modern hospital* 33, Aug. 1929, p. 90-1.

_____. Should private rooms be disinfected after patients with simple infections have left them? In: *International hospital record*, 25 Sept. 1914, p. 8.

RICHARDSON, H., ed. *English hospitals 1660-1948: a survey of their architecture and design*. Swindon, England: Royal Commission on the Historical Monuments of England, 1998.

Ross Pavilion of the Royal Victoria Hospital. In: *Construction*, nº. 10, June 1917, p. 189-95.

SAUNDERS, H. St. George. *The middlesex hospital 1745-1948*. London: M. Parrish, 1949.

SIMPSON, P. H. Linoleum and Lincrusta: The democratic coverings for walls and floors.

In: Perspectives in vernacular architecture vii, ed. by Annmarie Adams and Sally McMurry, p. 281-92. Knoxville: University of Tennessee Press, 1997.

SMITH, Harold J. The development and planning of a Large General Hospital. *In: Construction*, Dec. 1924, 361-74.

STEVENS, E. F. *The american hospital of the twentieth century*. New York: Architectural record, 1918. Rev. ed. New York: Architectural Record Co., 1921. 2nd revised ed. New York: F.W. Dodge Corporation, 1928

_____. Hospital noises and how to minimize them. *In: Modern hospital 24*, nº. 6, June 1925, p. 511-13.

_____. Sound Absorption, Insulation and Air Control: An Important Trio. *In: Modern hospital 45*, nº. 4, Oct. 1935, p. 88-92

_____. The open Ward vs. Single Rooms. *In: Modern hospital 18*, nº. 3, Mar. 1922, p. 233-4.

_____. A Discussion of hospital Floors. *International hospital Record/The hospital Matron*, 15 Sept. 1914, p. 5-6.

_____. The trend in hospital construction on the north american Continent. *In: Canadian Hospital 9*, no. 1, Jan. 1932, p. 24-32.

_____. How Ottawa Is Solving Its Hospitalization Problem. *In: Modern Hospital 26*, nº. 1, Jan. 1926, p. 69-72.

_____. The surgical unit. *In Modern hospital 1*, nº. 1, Sept. 1913, p. 18-21.

_____. The trend in hospital construction on the north american continent. *In: Canadian hospital 9*, no. 1, Jan. 1932, p. 24-32.

_____. What the Past Fifteen Years Have Taught Us in Hospital Construction and Design. *In: American Architect 132*, no. 2534, 5 Dec. 1927, p. 701-8.

_____. The American Hospital Development, Part I. *Architectural Record 38* (Dec, 1915), p. 641-661.

_____. Newer Trends in Hospital Plans and Equipment. *In: Hospitals 14*, Oct. 1940, p. 83-4.

THOMPSON, J. D., and Grace Goldin. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven: Yale University Press, 1975.

TOMES, N. *The gospel of germs: men, women, and the microbe in american life*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

UPTON, D. *Architecture in the United States*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

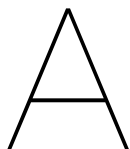
WANGENSTEEN, O. H. and S. D. WANGENSTEEN. *The rise of surgery: from empiric craft to scientific discipline*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1978

Arquitetura da saúde e preservação do patrimônio
moderno no Brasil

Nivaldo Vieira de Andrade Junior



A ARQUITETURA DE SAÚDE E A LISTA DO PATRIMÔNIO MUNDIAL DA UNESCO



Lista do Patrimônio Mundial da Unesco¹ inclui atualmente mais de 1.000 bens culturais e naturais, distribuídos em todo o planeta. Destes, somente vinte e um (cerca de 2% do total) correspondem a exemplares da arquitetura, do urbanismo e do paisagismo modernos, incorporados à Lista a partir de 1984, quando três obras de Antoni Gaudí localizadas em Barcelona – o Parque Güell, o Palácio Güell e a Casa Milà – foram inscritas na Lista do Patrimônio Mundial.² Em 1987, foi incorporada à Lista a cidade de Brasília e, a partir de 1994, os exemplares da arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos foram gradativamente sendo incluídos na Lista do Patrimônio Mundial. Hoje, compõem esta seleta lista casas burguesas,³ fábricas,⁴ conjuntos de habitação social,⁵ conjuntos arquitetônicos escolares

¹ A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) foi fundada em 1946 e conta hoje com 195 países-membros e 9 membros associados. Em 1972, foi aprovada a Convenção do Patrimônio Mundial, que fundou o Programa do Patrimônio Mundial, voltado à preservação do patrimônio natural e do patrimônio cultural do mundo.

² Em 2005, foram incorporadas outras quatro obras de Gaudí: as casas Vicens e Batllò, a fachada da Natividade e a cripta da Sagrada Família e a cripta da Colônia Güell.

³ A casa Schröder, projetada por Gerrit Thomas Rietveld e construída em Utrecht, Holanda, em 1924, e um conjunto de quatro casas urbanas construídas por Victor Horta em Bruxelas na última década do século XIX (Hôtel Tassel, Hôtel Solvay, Hôtel van Eetvelde e Maison e Atelier Horta) foram as primeiras a serem incorporadas à Lista do Patrimônio Mundial, em 2000. A elas se seguiu, no ano seguinte, a Villa Tugendhat, em Brno, República Tcheca, projetada e construída por Mies van der Rohe, entre 1928 e 1930. Em 2004, foi incluída na Lista a primeira casa latino-americana: a residência e estúdio de Luís Barragán, na Cidade do México, construída em 1948. Por fim, em 2009, foi inscrito o Palácio Stoclet, projeto de Josef Hoffmann construído em Bruxelas entre 1905 e 1911 e que ainda hoje serve de residência para os descendentes do banqueiro Adolphe Stoclet.

⁴ As fábricas modernas incluídas na Lista do Patrimônio Mundial são o complexo industrial da mina de carvão de Zollverein em Essen, Alemanha (projeto de Fritz Schupp e Martin Kemmer, de 1922, inscrito em 2001), a Fábrica Fagus em Alfeld, Alemanha (projeto de Walter Gropius, de 1910, inscrito em 2011), e a Fábrica Van Nelle, em Roterdã, Holanda (projeto de Johannes Brinkman e Leendert van der Vlugt, de 1925-1931, inscrita em 2014).

⁵ Em 2008, foi inscrito na Lista do Patrimônio Mundial um conjunto de seis conjuntos habitacionais construídos em Berlim entre 1910 e 1933, incluindo projetos de autoria de Bruno Taut, Martin Wagner e Walter Gropius.

e *campi* universitários,⁶ teatros e salas de concertos⁷ e, até mesmo, um cemitério⁸ e três conjuntos urbanos.⁹ As duas últimas inclusões ocorreram em 2016, quando foram inscritos na Lista do Patrimônio Mundial uma série de dezessete obras de Le Corbusier, localizadas em sete países,¹⁰ e o Conjunto Moderno da Pampulha, em Belo Horizonte, no Brasil, projetado por Oscar Niemeyer em 1940.

No que se refere à arquitetura da saúde do século XX, destaca-se neste conjunto de bens a inclusão na Lista do Patrimônio Mundial, em 1997, do Hospital de Sant Pau, em Barcelona, projetado pelo arquiteto Lluís Domènech i Montaner. A inclusão desta obra-prima do *modernisme català* – vertente de *Art nouveau* que produziu dezenas de edificações singulares em Barcelona e arredores entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, e cujo nome mais conhecido é Antoni Gaudí – se deu conjuntamente com outra obra do mesmo arquiteto, o Palau de la Música Catalana (1905-1908).

Atualmente, existem centenas de bens na Lista Indicativa do Patrimônio Mundial, que corresponde às indicações de bens para inclusão na Lista do Patrimônio Mundial,

⁶ As sedes da Bauhaus em Weimar (projetada por Henry van de Velde em 1911) e Dessau (construída entre 1925 e 1926 por Walter Gropius) foram incluídas na Lista do Patrimônio Mundial em 1996. A Cidade Universitária de Caracas, projetada por Carlos Raúl Villanueva entre 1940 e 1960, foi inscrita em 2000, e o Campus Central da Cidade Universitária da Universidade Nacional Autónoma de México – Unam foi inscrito em 2007.

⁷ Além do Palau de la Música Catalana, sobre o qual falaremos a seguir, em 2007 foi incluída na Lista do Patrimônio Mundial a Ópera de Sydney, na Austrália, projeto de Jørn Utzon, de 1957, que foi inaugurado somente em 1973.

⁸ O cemitério Skogskyrkogården, projetado e construído por Gunnar Asplund e Sigurd Lewerentz, em Estocolmo, a partir de 1917, foi incluído na Lista do Patrimônio Mundial em 1994. Embora o conjunto se caracterize pela forte influência do classicismo nórdico, o crematório projetado por Asplund, no final dos anos 1930, corresponde a uma das suas últimas obras, em uma expressão absolutamente moderna.

⁹ Além da já citada Brasília, foram inscritas na Lista do Patrimônio Mundial a Cidade Branca de Tel-Aviv, em Israel, em 2003, e a cidade de Le Havre, na França, em 2005. O plano da primeira foi elaborado por Patrick Geddes na década de 1930, enquanto que a última foi reconstruída entre 1945 e 1964, seguindo de um plano coordenado por Auguste Perret, após ter sido destruída por bombardeios durante a Segunda Guerra Mundial.

¹⁰ Das dezessete obras, dez se localizam na França: as residências contíguas La Roche et Jeanneret, em Paris (1923); a Cité Fruges, em Pessac, na periferia de Bordeaux (1924); a Villa Savoye, na França (1928); o edifício na Porte Molitor, em Paris (1931); a Unité d’Habitation de Marselha (1945); a Manufatura de Saint-Dié (1946); a capela de Notre-Dame-du-Haut, em Ronchamp (1950); o “Cabanon”, em Roquebrune-Cap-Martin (1951); o convento de Sainte-Marie-de-la-Tourette, em Évieux (1953); a Casa da Cultura, em Firminy (1953-65). Das sete restantes, quatro se localizam em outros países europeus, como Suíça (a pequena casa às margens do Lac Léman, em Corseaux, de 1923, e o edifício Clarté, em Genebra, de 1930), Bélgica (a residência Guiette, em Antuérpia, de 1926) e Alemanha (as residências projetadas para Weissenhofsiedlung, em Stuttgart, em 1927). As demais obras estão na Argentina (casa do dr. Curutchet, em La Plata, de 1949), na Índia (Complexo do Capitólio, em Chandigarh, de 1952) e Japão (Museu Nacional de Belas-Artes do Ocidente, em Tóquio, construído entre 1954 e 1959).

realizadas pelos países-membros da Unesco. Na Lista Indicativa constam diversos exemplares da arquitetura, do urbanismo e do paisagismo modernos, como um conjunto de onze obras de Frank Lloyd Wright nos Estados Unidos (proposto em 2008), a Cidade Universitária da Universidad Nacional de Colombia, em Bogotá (proposta em 2012) e o Palácio da Cultura, antiga Sede do Ministério da Educação e Saúde Pública, no Rio de Janeiro (proposto em 1996).

No que se refere à arquitetura vinculada à saúde, estão incluídos na Lista Indicativa do Patrimônio Mundial dois sanatórios para tuberculosos, ambos exemplares pioneiros e paradigmáticos da arquitetura moderna internacional: o Sanatório de Paimio, localizado na cidade homônima, na Finlândia, projetado por Alvar Aalto entre 1928 e 1929 e inaugurado em 1933, incluído na Lista em 2004; e o Sanatório Zonnestraal, em Hilversum, Holanda, projetado por Jan Duiker e Bernard Bijvoet em 1926, inaugurado em 1931 e incluído na Lista em 1995.

Como observa Paul Overy:

Os sanatórios exerceram uma poderosa influência na imaginação dos arquitetos e designers modernistas como tipologias arquitetônicas e modelos institucionais. Entre os primeiros a serem projetados em um estilo “moderno” ou “modernista”, os sanatórios para tuberculosos e portadores de outras doenças crônicas foram algumas das edificações mais avançadas tecnologicamente das primeiras décadas do século XX. Combinando associações de saúde, higiene, limpeza (e facilidade de limpeza), modernidade e precisão de operação de maquinário, eles viriam a ter uma grande influência na arquitetura e no desenho de interiores modernista no entre-guerras. Muitos dos materiais e muito do mobiliário empregado em construções modernistas foram desenvolvidos para sanatórios e hospitais, ou para o “modelo” de fábricas que com eles se assemelhava em limpeza e abertura para a luz e para os raios solares (OVERY, 2007, p. 29, tradução nossa).

Em holandês, *Zonnestraal* significa justamente “raio de sol”, e esse caráter solar da arquitetura dos sanatórios é bem representativo de seu papel na consolidação da arquitetura moderna europeia, baseada em um discurso de leveza, funcionalismo e economia. Segundo Margaret Campbell, esses ideais, presentes na obra e no pensamento do arquiteto Jan Duiker, se materializaram no Sanatório de Zonnestraal

[...] através do uso de interiores abertos bem iluminados, amplas áreas com vidro e tijolos de vidro e áreas externas de camas para cada paciente. Ele também tentou libertar o espaço interno das salas escuras, claustrofóbicas e propensas à proliferação de germes da casa holandesa tradicional ao pintar os espaços internos em tons de azul-claro e creme.

Associações simbólicas entre cura e luz, ar ou sol podem ser entendidas como modas médicas, semelhantes ao uso supersticioso de ouro que também era comum naquele momento, mas luz e ar, e especificamente luz solar, foram influentes na interpretação das ideias higiênicas modernistas no desenho de tetos planos, varandas, terraços e cadeiras (CAMPBELL, 2005, tradução nossa).

Tanto a trajetória do Sanatório Zonnestraal, quanto aquela do Sanatório de Paimio são sintomáticas dos desafios da preservação da arquitetura hospitalar moderna, especialmente quando o uso específico para o qual o edifício foi construído não mais existe e ele precisa ser adaptado a novas condições. Em ambos os casos, após algumas décadas de uso como sanatórios para tuberculosos, os edifícios foram adaptados para se tornarem hospitais gerais, função mantida até os dias de hoje. O Sanatório de Paimio manteve sua função original até 1971, quando foi transformado em hospital geral. Felizmente, no caso de Paimio, desde os anos 1970 o *National Board of Antiquities*, órgão nacional finlandês responsável pela preservação do patrimônio cultural de natureza material, tem acompanhado e orientado as intervenções de adaptação e ampliação realizadas no conjunto arquitetônico. Além disso, em 1993, o edifício recebeu proteção equivalente ao tombamento. Até 1990, todos os projetos de intervenção foram elaborados pelo escritório de Alvar Aalto (NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES, 2005).

O Sanatório Zonnestraal, por sua vez, foi fechado em 1950 e reaberto em 1957 como hospital geral. Desde então, foi objeto de muitas intervenções, que nem sempre levaram em conta seus valores culturais:

A morte de Duiker em 1935 e o progresso na erradicação da tuberculose após a Segunda Guerra Mundial [...] viram o sanatório ser esquecido pelo público e pelos acadêmicos, caindo em desuso e arruinamento, com algumas partes praticamente desaparecendo na paisagem circundante. Por aproximadamente duas décadas, Zonnestraal foi esquecido. Nos anos 1960, porém, o sanatório foi redescoberto e revalorizado pelos historiadores da arquitetura como um importante monumento da arquitetura moderna. Em 1982, confrontado com o iminente declínio físico e a obsolescência programática de um crescente conjunto de exemplares da arquitetura moderna no país, o governo holandês convocou arquitetos de renome, encabeçados por Hubert-Jan Henket e Wessel de Jonge, para resolver este problema. Zonnestraal foi o exemplo icônico monumental usado como modelo para o estudo sobre como salvar edifícios modernos. Concluído em 1987, o estudo resultou não apenas em um programa de conservação do Zonnestraal, mas também na criação, em 1988, de um movimento internacional voltado a salvar grandes obras da arquitetura moderna: o DOCOMOMO. A sobrevivência física de Zonnestraal foi garantida quando ele foi declarado monumento protegido, em 1995. Nos últimos 15 anos, a pesquisa exaustiva e a conservação e reconstrução meticolosas, conduzidas por Henket e Wessel de Jonge, levaram o sanatório a recuperar seu esplendor original e a adequar-se a um uso contemporâneo. Zonnestraal funciona hoje como um equipamento hospitalar multiuso, abrigando diversos serviços de saúde, uma clínica de obesidade, uma clínica para reabilitação de lesões esportivas e um centro de conferências (WORLD MONUMENTS FUND, 2010, p. 10).

O IPHAN E A PRESERVAÇÃO DA ARQUITETURA MODERNA NO BRASIL

A arquitetura moderna brasileira se transformou em uma referência mundial a partir da década de 1940, em função de iniciativas como a organização, pelo Museu

de Arte Moderna de Nova York, da exposição Brazil Builds, em 1942, e a publicação do catálogo homônimo (GOODWIN, 1943); a publicação nos Estados Unidos da primeira monografia dedicada à obra de Niemeyer (PAPADAKI, 1950); a publicação do catálogo de obras dos principais arquitetos modernos do Brasil organizado pelo arquiteto Henrique Mindlin (MINDLIN, 1956); e a contínua apresentação, nas principais revistas de arquitetura do mundo, tais como *L'Architecture d'Aujourd'hui*, *Domus*, *Casabella*, *Architectural Review* e *Architectural Forum*, de obras da arquitetura moderna brasileira (TINEM, 2006). Desta forma, o Brasil se tornou, no período que vai do início dos anos 1940 até a inauguração de Brasília, em 1960, a “meca” da arquitetura moderna mundial, para onde se voltavam os olhares de todo o mundo.

Não por acaso, o Brasil foi o primeiro país do mundo a implementar ações legais visando à salvaguarda de exemplares da arquitetura moderna, com a inscrição no Livro de Tombo das Belas-Artes do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN),¹¹ em 1947 – apenas dez anos após a criação do órgão federal de proteção do patrimônio – da igreja de São Francisco de Assis da Pampulha, em Belo Horizonte, obra de Oscar Niemeyer inaugurada apenas quatro anos antes.

Nos anos seguintes, outros exemplares da arquitetura, do urbanismo e do paisagismo modernos seriam igualmente reconhecidos como monumentos artísticos nacionais: o prédio do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp, atual Palácio Capanema), a Estação de Hidroaviões e o Parque do Flamengo, no Rio de Janeiro; e o Catetinho e a Catedral Metropolitana de Brasília.¹² Todas estas obras, reconhecidas como patrimônio nacional no período em que Lucio Costa esteve à frente da Divisão de Estudos e Tombamentos do IPHAN (1937-1972) e realizadas entre 1928 e 1960, no “período clássico” da arquitetura moderna brasileira (CAVALCANTI, 2001), são de autoria dos arquitetos da chamada escola carioca, liderada pelo próprio Lucio Costa e profundamente influenciada por Le Corbusier. Com razão, Silvana Rubino (1996, p. 105) observa que Lucio Costa e outros intelectuais e técnicos atuantes no período heroico do IPHAN (1937-1967), e que estavam umbilicalmente ligados à vanguarda arquitetônica moderna, como Alcides da Rocha Miranda, José de Souza Reis e Renato Soeiro, “fizeram

¹¹ Tendo em vista as diversas denominações que o órgão federal responsável pela identificação, documentação, preservação e divulgação do patrimônio cultural brasileiro teve desde a sua criação, em 1937, como Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (SPHAN), optamos por utilizar a sigla atual, independentemente do período abordado.

¹² A antiga sede do Mesp foi tombada em 1948, apenas três anos após sua inauguração. A Estação de Hidroaviões do Rio de Janeiro foi tombada em 1957 e o Parque do Flamengo oito anos depois, em 1965, ainda durante a execução do projeto de Affonso Eduardo Reidy. O Catetinho foi tombado em 1959, apenas três anos após a sua construção e antes mesmo da inauguração da nova capital, enquanto a Catedral de Brasília foi tombada em 1967, quatro anos antes da sua inauguração.

do tombamento uma instância de auto consagração – pois este é sempre uma medida de proteção e consagração – ao inscrever suas próprias obras. E ao inscrever os marcos modernos criados por eles, deixaram de lado obras do mesmo período ou do período imediatamente anterior.”

Mesmo após a aposentadoria da maior parte dos pioneiros do IPHAN, no que se refere à arquitetura moderna o órgão continuou a tomar quase que exclusivamente obras dos arquitetos da escola carioca: o Hotel do Parque São Clemente, em Nova Friburgo; o Edifício da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), o Conjunto Residencial do Parque Guinle e o Sítio de Roberto Burle Marx, no Rio de Janeiro; o Conjunto Urbanístico de Brasília; o Conjunto Arquitetônico e Paisagístico da Pampulha, em Belo Horizonte, e o Conjunto Histórico, Arquitetônico e Paisagístico de Cataguases, em Minas Gerais, que inclui obras de Niemeyer, do escritório M.M.M. Roberto e jardins de Burle Marx.¹³

Com o distanciamento crítico que o tempo permite, hoje podemos afirmar que a consagração internacional de Lucio Costa, Niemeyer, Reidy e outros nomes da escola carioca, associada ao papel preponderante que alguns intelectuais deste mesmo grupo desempenharam durante as primeiras décadas do IPHAN, se constituíram em uma faca de dois gumes: se, por um lado, o Brasil foi pioneiro na preservação de exemplares da arquitetura, do urbanismo e do paisagismo modernos, por outro se preocupou quase que exclusivamente com a salvaguarda de edifícios e sítios representativos somente de uma das vertentes da arquitetura moderna brasileira, a escola carioca.

Assim, com relação à preservação do patrimônio edificado moderno, as ações do IPHAN se concentraram, até recentemente, nas obras realizadas entre as décadas de 1920 e 1960 por Niemeyer, Costa, Reidy, M.M.M. Roberto e Burle Marx. Somente a partir de 1986, com o tombamento das três casas modernistas construídas por Gregori Warchavchki em São Paulo, entre 1927 e 1930, as ações de preservação da arquitetura moderna pelo IPHAN extrapolaram os limites da escola carioca. Mesmo assim, contam-se nos dedos os bens de arquitetura moderna não produzidos pelos principais nomes da escola carioca e que foram tombados pelo IPHAN até recentemente, como a Casa de Vidro de Lina Bo Bardi em São Paulo, tombada em 2007. Particular destaque deve ser dado ao Elevador Lacerda, tombado em 2006 e que, para além de se constituir no

¹³ Em 1984, foram tombados o Hotel do Parque São Clemente em Nova Friburgo, de Lucio Costa, e o Edifício da ABI no Rio de Janeiro, dos irmãos Roberto. Dois anos depois, em 1986, foi tombado o Parque Guinle. Em 1990, foi a vez de Brasília e, em 1997, do conjunto da Pampulha em Belo Horizonte. Em 2003 foram tombados pelo IPHAN o Sítio de Roberto Burle Marx e o Conjunto Histórico, Arquitetônico e Paisagístico de Cataguases.

mais importante marco urbano de Salvador e símbolo da sua condição de cidade de dois andares, corresponde a um significativo exemplar de uma outra arquitetura moderna, absolutamente distante da escola carioca.

O INVENTÁRIO NACIONAL DA ARQUITETURA, URBANISMO E PAISAGISMO MODERNOS E A ARQUITETURA DA SAÚDE

No final da década de 2000, o IPHAN desenvolvia uma série de ações de salvaguarda do patrimônio edificado moderno. Além do processo de tombamento de 35 obras de Oscar Niemeyer, conduzido diretamente pelo Departamento do Patrimônio Material e Fiscalização (Depam), em Brasília, existiam vários processos de tombamento e inventários em andamento nas superintendências, que enfocavam as mais diferentes vertentes da arquitetura moderna brasileira, como, por exemplo, os processos de tombamento conduzidos pela Superintendência do IPHAN na Bahia referentes ao Conjunto Arquitetônico e Urbanístico da Estância Hidromineral de Cipó, construído a partir da década de 1930 no sertão baiano, e o processo conduzido pela Superintendência do IPHAN no Pará e Amapá, referente ao tombamento da Vila Serra do Navio, no Amapá, construída entre 1955 e 1960 a partir de projeto de Oswaldo Arthur Bratke.¹⁴

Apesar da importância destas ações, elas vinham ocorrendo de forma isolada, sem qualquer articulação. Além disso, as diversas ações voltadas à salvaguarda da arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos por parte do IPHAN vinham sendo implementadas muito mais como resposta a demandas específicas do que em função de uma política institucional clara de salvaguarda patrimonial. Faltava, portanto, uma visão abrangente do patrimônio moderno brasileiro que pudesse estabelecer diretrizes para a salvaguarda deste acervo.

Por fim, mas não menos importante, as ações de salvaguarda iniciadas pelo IPHAN naquele período deixavam perceber a necessidade de entender a arquitetura moderna como aquilo que ela efetivamente é: múltipla e diversificada em suas inúmeras vertentes; difundida nacionalmente, porém caracterizada por uma grande variedade de influências, o que resultou em uma multiplicidade de linguagens, muitas vezes contemporâneas entre si. Tornava-se necessário, portanto, realizar uma análise global da produção realizada no território brasileiro do final da década de 1920 até os dias de hoje, de forma a identificar os edifícios e conjuntos detentores de valores histórico e arquitetônico que justificassem o seu tombamento pelo IPHAN.

¹⁴ O Conjunto Arquitetônico e Urbanístico da Estância Hidromineral de Cipó nunca obteve o tombamento federal, tendo sido tombado em nível estadual em 2008. A Vila Serra do Navio, por sua vez, foi tombada pelo IPHAN em 2010.

Assim, em julho de 2008, o Depam instituiu, através da Portaria nº 001/2008, o Grupo de Trabalho Acautelamento da Arquitetura Moderna, formado por técnicos lotados nas Superintendências do IPHAN dos estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Roraima, Santa Catarina e São Paulo, sob a coordenação nacional do autor deste artigo, então vinculado à Superintendência da Bahia.

Em seguida, foi elaborado o Plano de Trabalho deste GT, estabelecendo como objetivo principal do grupo a identificação e salvaguarda de bens da arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos brasileiros. O Plano de Trabalho estabeleceu uma série de atividades a serem desenvolvidas pelo GT, organizadas em etapas. A primeira delas, denominada de “Atividades Preliminares”, incluía o “Levantamento do Estágio Atual das Ações de Preservação do Patrimônio Edificado Moderno no Brasil”, através de relatórios produzidos pelos representantes do GT em cada estado contendo: 1) a listagem dos bens tombados ou em processo de tombamento pelo IPHAN, pelos órgãos estaduais e pelos órgãos municipais de preservação naquele estado; 2) o levantamento de outras ações desenvolvidas ou em desenvolvimento naquele estado, referentes à identificação e à preservação do patrimônio edificado moderno (inventários, obras de restauração de edifícios modernos etc.); 3) o levantamento bibliográfico preliminar (livros, artigos, teses, dissertações e monografias) sobre o patrimônio edificado moderno naquele estado; 4) a listagem de contatos institucionais (órgãos de preservação estaduais ou municipais, faculdades e escolas de arquitetura, grupos de pesquisa, núcleos do DOCOMOMO regional etc.) que vinham realizando pesquisas sobre a arquitetura, o urbanismo e o paisagismo modernos.

Esta etapa foi concluída em novembro de 2008, quando foram elaborados e encaminhados para todos os membros do GT nove relatórios, referentes às ações de preservação do patrimônio edificado moderno realizadas ou em andamento nos estados de Alagoas (ARAÚJO, 2008), Amazonas (PEREIRA, 2008), Bahia (ANDRADE JUNIOR, 2008), Distrito Federal (CASTRO; PÁDUA, 2008), Goiás (KIMURA; MOURA, 2008), interior do estado de São Paulo (NASCIMENTO, 2008), Pará (SARQUIS, 2008), Pernambuco (FREITAS, 2008) e Sergipe (CORRÊA, 2008).¹⁵

No âmbito destes levantamentos, observou-se que, nos estados cujo patrimônio edificado moderno foi inventariado, poucos eram os edifícios hospitalares que já estavam salvaguardados em nível federal, estadual ou municipal. Em primeiro

¹⁵ É importante observar que, durante a implantação do GT, foram incorporados representantes de outras Superintendências do IPHAN que não estavam listados na Portaria nº 001/2008 que criou o grupo, tais como aquelas do Distrito Federal, Goiás, Pará e Sergipe.

lugar, chamou a atenção o fato de que, em Recife, existem edifícios hospitalares modernos protegidos nestes três níveis, como registrou o arquiteto Marcelo Freitas, da Superintendência do IPHAN de Pernambuco, no seu levantamento (FREITAS, 2008). O mais importante deles é, sem dúvida, o antigo Pavilhão de Verificação de Óbitos da Escola de Medicina, no bairro do Derby, uma das obras-primas produzidas por Luiz Nunes e pela equipe da Diretoria de Arquitetura e Construção (DAC) na segunda metade da década de 1930 e que conta com dupla proteção, pois foi tombado pela Fundação do Patrimônio Histórico e Artístico de Pernambuco (Fundarpe), em 1986, e pelo IPHAN, em 1998. Desde 1984, o edifício abriga a sede do Departamento de Pernambuco do Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB-PE) e, em 2002 foi criteriosamente restaurado.

Além disso, três hospitais recifenses foram declarados “Imóveis Especiais de Preservação” pela prefeitura local: o Hospital da Brigada Militar, no Derby, obra menos conhecida de Luiz Nunes e da equipe do DAC; o edifício do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Coelhos, projetado pelo arquiteto Delfim Amorim; e o Hospital Geral do Recife, na rua do Hospício, na Boa Vista. Além disso, o relatório de Marcelo Freitas registrava a existência de um trabalho de conclusão de curso de graduação em arquitetura de uma universidade privada do Recife que consistia no estudo para o tombamento do Instituto de Antibióticos, projetado pelo arquiteto Mário Russo no início dos anos 1950 (SMITH, 2007).¹⁶

Do mesmo modo, em Maceió, dois bens relacionados à arquitetura hospitalar, com nítida influência da escola carioca, haviam sido declarados “Unidades Especiais de Preservação” pela prefeitura local: o 2º Centro de Saúde, no bairro do Poço, e a capela do Hospital do Açúcar, na Gruta de Lourdes.¹⁷

No caso da Bahia, o único bem vinculado à arquitetura hospitalar moderna que possui alguma proteção é o Hospital Aristides Maltez, no bairro de Brotas, em Salvador,

¹⁶ Os Imóveis Especiais de Preservação (IEP) foram criados pela Prefeitura da Cidade do Recife através da Lei nº 16.284, de 22 de janeiro de 1997, que os define como “exemplares isolados, de arquitetura significativa para o patrimônio histórico, artístico e/ou cultural da cidade do Recife, cuja proteção é dever do município e da comunidade, nos termos da Constituição Federal e da Lei Orgânica Municipal” (RECIFE, 1997).

¹⁷ Em Maceió, as Unidades Especiais de Preservação (UEP) foram criadas em 2005, com a instituição do novo Plano Diretor de Maceió, através da Lei nº 5.486, cujo artigo 61 define como UEPs os “imóveis ou espaços urbanos, públicos ou privados, de relevante interesse cultural no município de Maceió por constituírem: I – expressão arquitetônica ou histórica do patrimônio cultural edificado de Maceió, composta por uma ou mais de uma edificação isolada; II – suporte físico de manifestações culturais e de tradições populares do município, especialmente a música e a dança folclórica, a culinária e o artesanato” (*apud* AMARAL, 2009, p. 111). Segundo Vanine Borges Amaral (2009, p. 65), embora tenham sido criadas 56 UEPs em Maceió, “pouca ou nenhuma ação foi implementada para a preservação dessas localidades”.

construído a partir de 1940 e que foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia (IPAC) em 2008.¹⁸ (Figura 1)

Também no Distrito Federal, há um único bem vinculado à arquitetura hospitalar protegido, o Hospital Juscelino Kubistchek de Oliveira, no Núcleo Bandeirante, que atualmente abriga o Museu Vivo da Memória Candanga. Este imóvel foi tombado pela Diretoria de Patrimônio Histórico e Artístico do Distrito Federal (DePHA), em 1991, e pelo IPHAN, em 2015. Entretanto, do hospital, inaugurado em julho de 1957 e desativado em 1973, restaram apenas os barracões de madeira que abrigavam os funcionários. Ademais, seu tombamento se baseou muito mais no seu valor histórico, enquanto elemento representativo do processo de construção da nova capital, do que nos seus eventuais valores arquitetônicos.¹⁹

Outro exemplar da arquitetura hospitalar moderna brasileira que se encontra protegido é o Hospital da Lagoa (antigo Hospital Sul América), construído às margens



Figura 1:
Hospital Aristides Maltez, em Salvador, durante sua construção.
Fonte: Acervo Hospital Aristides Maltez.

¹⁸ Em 2008, durante o primeiro governo Jaques Wagner, o IPAC, então sob a direção geral do arquiteto Frederico Mendonça, promoveu o tombamento de diversos bens representativos das arquiteturas déco e moderna baianas, muitos deles ameaçados de demolição e descaracterização. Por outro lado, dois anos depois o IPAC, sob a mesma direção geral, negou o pedido de tombamento do Complexo Esportivo da Fonte Nova, encaminhado conjuntamente pela Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA), pelo Departamento da Bahia do Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB-BA) e pelo núcleo Docomomo Bahia. Ainda em 2010, o complexo esportivo, marco da arquitetura moderna baiana, foi implodido para a construção da Arena Fonte Nova (para mais informações sobre o tombamento da arquitetura moderna na Bahia e a implosão da Fonte Nova, cf. ANDRADE JUNIOR, 2011a).

¹⁹ O tombamento dos “remanescentes do Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira” ocorreu na mesma reunião do Conselho Consultivo do IPHAN, realizada em 5 de março de 2015, quando também foi tombado o Sesc Pompeia. Enquanto este último foi inscrito no Livro de Tombo das Belas-Artes, dado que é “considerado um marco da arquitetura brasileira por seus valores técnicos e estéticos, em especial pelas intervenções em sua estrutura, desenvolvidas por Lina Bo Bardi”, o Conselho Consultivo do IPHAN optou por inscrever os remanescentes do Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira no Livro do Tombo Histórico (BRASIL, 2015).

da lagoa Rodrigo de Freitas, no Rio de Janeiro, entre 1952 e 1958, com projeto de Oscar Niemeyer e Hélio Uchôa Cavalcanti e jardins de Roberto Burle Marx, e que foi tombado pelo Instituto Estadual do Patrimônio Cultural do Rio de Janeiro (Inepac) em 1992.

É preciso ressaltar que, em 2007, quando se comemorava o centenário de nascimento de Oscar Niemeyer, o IPHAN promoveu o tombamento de vinte e quatro obras de sua autoria, selecionadas a partir de uma lista de trinta e cinco obras que havia sido elaborada pelo próprio arquiteto, a pedido do então ministro da Cultura Gilberto Gil.²⁰ As obras de autoria do arquiteto carioca, tombadas em 2007, vieram se somar àquelas que já haviam sido tombadas anteriormente.²¹

O Hospital da Lagoa, contudo, não estava sequer na lista de trinta e cinco obras entregue por Niemeyer ao ministro Gil. Qual o motivo de o IPHAN ter tombado obras praticamente desconhecidas de Niemeyer, como a Casa de Chá e o Touring Club em Brasília, e ter deixado de lado o Hospital da Lagoa no Rio de Janeiro, projeto no qual Niemeyer utilizou pela primeira vez os pilotis em “V” que se tornariam uma das marcas da sua produção e da arquitetura moderna brasileira em geral, sendo copiado em todo o país e também no exterior?

Do mesmo modo, o tombamento pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico de São Paulo (Condephaat), em 2010, de sete

²⁰ As vinte e quatro obras de Niemeyer tombadas em 2007 estavam, em sua maioria, localizadas na cidade de Brasília e, de certo modo, já se encontravam protegidas pelo tombamento do conjunto urbanístico: Teatro Nacional, Capela Nossa Senhora de Fátima, Casa de Chá, Congresso Nacional, Conjunto Cultural da República, Conjunto Cultural Funarte, Edifício do Touring Club do Brasil, Espaço Lucio Costa, Espaço Oscar Niemeyer, Memorial dos Povos Indígenas, Memorial JK, Conjunto dos Ministérios e anexos, Museu da Cidade, Conjunto do Palácio da Alvorada (incluindo a capela), Palácio da Justiça, Palácio do Planalto, Palácio Itamaraty e anexos, Palácio Jaburu, Panteão da Liberdade e Democracia, Pombal, Praça dos Três Poderes, Quartel-General do Exército e Supremo Tribunal Federal. Além destas, a ação comemorativa do centenário do arquiteto incluiu o tombamento, pelo IPHAN, da Casa das Canoas, no Rio de Janeiro. A lista de trinta e cinco obras entregue por Niemeyer ao ministro Gil incluía ainda projetos executados em São Paulo (Edifício Copan, Conjunto do Parque do Ibirapuera e Memorial da América Latina/Parlamento), no Rio de Janeiro (Passarela do Samba e Sambódromo), em Duque de Caxias (Centro Cultural), em Volta Redonda (Memorial IX de Novembro), em Niterói (Museu de Arte Contemporânea e Caminho Niemeyer), em Curitiba (Museu Oscar Niemeyer), em Goiânia (Centro Cultural Oscar Niemeyer) e em Natal (Torre no Parque).

²¹ Quatro obras de Niemeyer já haviam sido tombadas anteriormente: a igreja de São Francisco de Assis na Pampulha, em Belo Horizonte (tombada em 1947), o Palácio Gustavo Capanema, antiga sede do Ministério da Educação e Saúde Pública, no Rio de Janeiro, projetado em parceria com Lucio Costa e outros arquitetos (tombado em 1948), a Catedral Metropolitana de Brasília (tombada em 1967), e o Catetinho, em Brasília (tombado em 1969). Além disso, dezenas de edificações projetadas por Oscar Niemeyer já haviam sido protegidas através dos tombamentos do conjunto urbanístico de Brasília (em 1990), do conjunto histórico, arquitetônico e paisagístico de Cataguases, em Minas Gerais (em 2003), e do conjunto arquitetônico e paisagístico da Pampulha (em 2007).

obras de autoria do arquiteto Rino Levi, não contemplou nenhum dos diversos hospitais projetados por ele. Construído entre 1947 e 1953, o Hospital do Câncer (Hospital A.C. Camargo), embora seja uma das obras mais importantes da produção de Rino Levi e Roberto Cerqueira César, teve seu processo de tombamento pelo Condephaat arquivado em 1998, três anos depois de o processo ter sido aberto. O arquivamento do processo de tombamento decorreu da “inclusão de uma quarta edificação ao complexo hospitalar, descaracterizando-o e impossibilitando a recuperação do conjunto arquitetônico original” e de uma suposta “impossibilidade real de se adequar o funcionamento de um complexo hospitalar às exigências de tombamento” (CONDEPHAAT, 2000).

A ARQUITETURA HOSPITALAR E O INVENTÁRIO NACIONAL DA ARQUITETURA, URBANISMO E PAISAGISMO MODERNOS NA BAHIA

Na 2ª etapa do Inventário Nacional da Arquitetura, Urbanismo e Paisagismo Modernos do IPHAN, o objetivo foi, através do levantamento em campo, identificar o maior número possível de bens de interesse ligados à arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos existentes em cada estado, preenchendo, para cada um destes bens, a Ficha M301 (Módulo 3 – Cadastro – Ficha 1 – Cadastro Geral/Informações Básicas) do Sistema Integrado de Conhecimento e Gestão do IPHAN, então em processo de implantação.

Na Bahia, até fevereiro de 2009, a equipe coordenada pelo autor deste artigo conseguiu preencher 171 fichas de bens de interesse, edificações das mais diversas tipologias e localizados nas cidades de Salvador, Feira de Santana, Ilhéus e Itabuna. Dentre estes, estavam exemplares da arquitetura hospitalar, como o Centro Médico Albert Schweitzer – construído em Salvador, entre 1967 e 1970, a partir de projeto do arquiteto Assis Reis – e o Hospital Sarah Kubitschek, também em Salvador e que foi projetado e construído pelo arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, entre 1988 e 1994.

Por uma série de razões, as atividades do Inventário Nacional da Arquitetura, Urbanismo e Paisagismo Modernos do IPHAN foram reduzidas e praticamente interrompidas a partir do segundo trimestre de 2009, sendo que, na Bahia, elas foram completamente paralisadas até que, em 2010, a superintendência local do IPHAN contratasse o autor deste artigo, agora vinculado à Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA), para dar continuidade ao trabalho, resultando no preenchimento de outras 120 fichas relativas a bens de interesse localizados nas cidades de Itaparica, Jequié, Paulo Afonso e Vitória da Conquista.

Este segundo momento do levantamento de bens revelou interessantes exemplares da arquitetura hospitalar moderna. Em Paulo Afonso, cidade construída

pela Companhia Hidro Elétrica do São Francisco na divisa com Alagoas e Pernambuco, a partir do final da década de 1940, foram identificados apenas três edifícios modernos em um contexto dominado pela arquitetura neocolonial: um hotel e um hospital projetados pelo principal arquiteto moderno da Bahia, Diógenes Rebouças, e um pequeno posto médico, inaugurado em 1951, com telhado borboleta, brise-soleils e elementos circulares vazados, dentre outros elementos característicos da escola carioca, e que, na realidade, correspondem a um projeto-padrão distribuído, à época, por diversas cidades do estado, como Jequié, Inhambupe e Catu. O hospital projetado por Rebouças em 1949 e construído nos anos seguintes, contudo, nunca chegou a ter o uso para o qual foi construído, e abriga, desde a sua inauguração, um quartel do exército. Sintomaticamente, o Hospital Nair Alves de Souza – principal estabelecimento de assistência hospitalar da cidade até hoje – possuía originalmente uma arquitetura neocolonial, que hoje já se encontra bastante descaracterizada. (Figura 2 e 3)



Figura 2:
Hospital Regional de Paulo Afonso em construção, atualmente quartel do exército
Fonte: Memorial da CHESF.



Figura 3:
Posto de Saúde Almerinda Lomanto, em Jequié
Fonte: Foto Alexandre Prisco, 16 jul. 2007.

OS SANATÓRIOS DE TUBERCULOSE NA BAHIA E A CONSOLIDAÇÃO DA ARQUITETURA MODERNA

Durante o levantamento dos bens de interesse ligados à arquitetura moderna na Bahia, pudemos identificar a relevância das edificações hospitalares construídas no estado a partir da década de 1930.²² Dentre estas edificações, se destacam aquelas voltadas ao tratamento da tuberculose.

A mais importante obra realizada pelo governo do estado para combater a tuberculose naquele período foi a construção do Hospital Sanatório Santa Terezinha, no Alto da Cruz do Cosme (Pau Miúdo), entre 1937 e 1941, com 250 leitos destinados à população de baixa renda.²³ O Hospital Sanatório Santa Terezinha se caracteriza pelos contínuos e lineares solários que se estendem ao redor das suas duas alas nos seus cinco pavimentos, com destaque para as extremidades curvas que, associadas à simetria da edificação e à sua acentuada horizontalidade e leveza, o aproximam da estética de hospitais para tuberculosos construídos nos anos anteriores em países europeus, especialmente o já citado Sanatório de Paimio, na Finlândia. A repercussão que teve, à época, o Sanatório de Paimio, projetando internacionalmente o nome de Aalto, pode ter influenciado diretamente no desenho do sanatório baiano, de autoria desconhecida.²⁴

A revolucionária estética arquitetônica do Hospital Sanatório Santa Terezinha – com a sua volumetria aerodinâmica, suas formas simples e sem ornamentações, suas cores claras, seus longos balcões lineares e, principalmente, com a abertura desses espaços, voltados aos banhos de sol dos pacientes, para um entorno rural, permitindo a integração entre interior e exterior e a maximização e o aproveitamento da luz natural – são características comuns a diversos sanatórios de tuberculosos no mundo, como vimos anteriormente.

²² Para uma análise aprofundada da arquitetura hospitalar moderna na Bahia, cf. Andrade Junior, 2011b.

²³ Renato da Gama-Rosa Costa (2008) observa que a decisão pela construção de sanatórios para tuberculosos em setores urbanos afastados das zonas centrais e mais habitadas esteve vinculada à tendência, consagrada a partir da década de 1920, de separação entre o hospital geral e o hospital de isolamento, especialmente para pacientes considerados perigosos, como doentes mentais ou portadores de doenças contagiosas, tais como hanseníase ou tuberculose.

²⁴ É possível que o projeto do Hospital Sanatório Santa Terezinha tenha sido elaborado pela Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde, criada em 1934, e cuja equipe de arquitetos e engenheiros, segundo Renato da Gama-Rosa Costa (2008, p. 216), “projetou e construiu, com verbas do ministério, de 13 a 19 grandes sanatórios em praticamente todos os estados da nação”. Não obstante, Costa menciona um único sanatório projetado pela equipe da Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde na Bahia: o Sanatório São Gonçalo dos Campos, não construído. Paulo Ormindo de Azevedo (1997), por sua vez, atribui o projeto do Hospital Sanatório Santa Terezinha a um arquiteto carioca de nome Azeredo.

A conclusão das obras de construção do Hospital Sanatório Santa Terezinha, em 1941, coincidiu com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose no âmbito da reorganização do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

A mortalidade por tuberculose na Bahia, no decênio 1937-1948, era bastante elevada, com médias anuais variando entre 478,9 e 569,6 óbitos por 100.000 habitantes, que representava o coeficiente mais elevado de todo o país (REVISTA FISCAL..., 1949). Em função desses índices e, certamente, também em função de o Ministério da Educação e Saúde estar ocupado, à época, pelo baiano Clemente Mariani, “a Bahia foi a primeira unidade federativa a integrar-se na CNCT [Campanha Nacional Contra a Tuberculose], datando de 20 de junho de 1947 a assinatura do convênio com o órgão federal” (REVISTA FISCAL..., 1949, p. 91).²⁵

A primeira ação da CNCT na Bahia foi a ampliação do Sanatório Santa Terezinha através da construção de um anexo com 138 novos leitos para adultos, e de um pavilhão infantil, com 80 leitos para crianças de 3 a 12 anos (REVISTA FISCAL..., 1949). O projeto destas ampliações manteve a horizontalidade do projeto original, porém com uma ortogonalidade que se contrapunha às curvas aerodinâmicas do pavilhão pioneiro, adotando uma linguagem mais tradicional que o edifício de 1942.

Mesmo com essas ampliações, os 468 leitos existentes no Hospital Sanatório Santa Terezinha ainda eram insuficientes e, entre 1947 e 1951, a CNCT e o governo do estado da Bahia concentraram esforços na ampliação do número de leitos para tuberculosos em Salvador. O governo do estado participou desse esforço de três formas: identificando o local ideal para a implantação de cada um dos hospitais, cujos projetos arquitetônicos e complementares seriam, em princípio, desenvolvidos pelo Setor de Arquitetura da CNCT, no Rio de Janeiro; desapropriando os respectivos terrenos; e assumindo a manutenção e o custeio dos hospitais após a sua construção pela CNCT.

A decisão de que os novos equipamentos deveriam ser construídos na vizinhança imediata do Sanatório Santa Terezinha, entre este e a praça Conselheiro João Alfredo (largo do Tamarineiro), teve entre suas motivações, provavelmente, o fato de que, nos estudos realizados previamente pelo Escritório do Plano de Urbanismo da Cidade do Salvador (EPUCS), então sob a coordenação de Diógenes Rebouças, aquela praça corresponderia ao centro cívico daquela zona.

Assim, o governo do estado desapropriou diversos terrenos contíguos ao sanatório existente, e, nos terrenos desapropriados, Rebouças identificou os locais onde seriam construídos pela CNCT os dois novos pavilhões de internação, o pavilhão de serviços

²⁵ A Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) foi criada no âmbito do Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Educação e Saúde, por meio do Decreto-lei nº 9.387, de 20 de junho de 1946.

gerais e o dispensário. Estes, junto com as instalações já existentes do Sanatório Santa Terezinha e do seu anexo, constituiriam o Parque Sanatorial Santa Terezinha, que, a partir de 17 de março de 1950, através da Lei Estadual nº 249, passou a ser administrado pela Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira.

Ainda que os dois novos pavilhões de internação – o Sanatório de Triagem, também denominado Hospital de Triagem, e o Pavilhão de Triagem – tenham quase triplicado a capacidade de atendimento que o Parque Sanatorial Santa Terezinha tinha até então, a meta de oferecer um leito para cada óbito anual registrado na Bahia – isto é, 1.500 leitos – não havia sido atingida. Neste sentido, o governo do estado doou uma parte dos terrenos desapropriados ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), para que este construísse aí um sanatório modelo, com capacidade para 350 pacientes (BAHIA, 1949). Com essas ampliações, o governador da Bahia Octávio Mangabeira pretendia

[...] passar, de 230 leitos, que era isso o de que dispúnhamos, e em condições deploráveis, para 1.400, em um conjunto ou organização, como outra mais completa, que a iguale, não há presentemente no Brasil ou na América do Sul, principalmente se nela incluímos, ou a ela vier a juntar-se o esplêndido Sanatório que o Instituto dos Bancários vai levantar, em contiguidade, ali mesmo, em uma área de terreno que para esse fim adquirimos, e de que lhe fizemos doação (MANGABEIRA, 1951, p. 28).

Poucos dias antes do final do governo Mangabeira, em 27 de janeiro de 1951, foram inaugurados o Sanatório de Triagem, o Pavilhão de Triagem, o Pavilhão de Serviços Gerais e o Dispensário da Cruz Vermelha, todos no Parque Sanatorial Santa Terezinha (RIBEIRO, 1956, p. 225-226). Embora o projeto do sanatório modelo do IAPB tenha sido elaborado pelo arquiteto Jorge Machado Moreira, em setembro de 1950, este jamais seria construído. (Figura 4)

O Sanatório de Triagem do Parque Sanatorial Santa Terezinha, projetado pelo arquiteto carioca Jorge Machado Moreira entre 1947 e 1948,²⁶ foi construído pela Companhia Brasileira Imobiliária e de Construções (CBIC) a partir de fevereiro de 1948. O Sanatório de Triagem possuía 76 enfermarias, totalizando 342 leitos, além de cozinha, sala de estar, refeitórios, administração, centro médico e centro radiológico, em uma área total de 5.429 metros quadrados. O edifício é formado por dois longos blocos paralelos, implantados no sentido noroeste-sudeste, com coberturas aproximadamente na mesma altura. Devido à declividade do terreno, o bloco B, implantado na cota mais baixa, tem cinco pavimentos, enquanto o bloco A, implantado na cota mais alta, tem

²⁶ Um conjunto formado por quatro pranchas do projeto do “Hospital Santa Terezinha – Sanatório de Triagem”, incluindo três plantas baixas em escala 1:100, datadas de 6 de março de 1948, e uma planta de situação em 1:1.000, foi identificado no Fundo Jorge Machado Moreira do NPD-FAU/UFRJ.

apenas três. Cada um dos blocos está implantado a meio nível com relação ao outro, e dois elementos os conectam: um volume alto e confinado, com pequenas aberturas quadradas, fica localizado aproximadamente no ponto central dos blocos e abriga uma série de rampas, enquanto outro volume menor, ao nível do pavimento de acesso, abriga uma passarela coberta e conecta as extremidades noroeste dos blocos. Este pavilhão tem sua horizontalidade acentuada pelas janelas em fita e possui cobertura em duas águas, com cumeeira paralela ao eixo longitudinal. (Figura 5).

Por sua vez, o projeto do Pavilhão de Triagem, ao que tudo indica, foi elaborado por Diógenes Rebouças, que era “representante da ‘Campanha’ [Nacional contra a Tuberculose] no Estado da Bahia” (SNT, 1951b, p. 765).²⁷ Construído pela Cia. Construtora

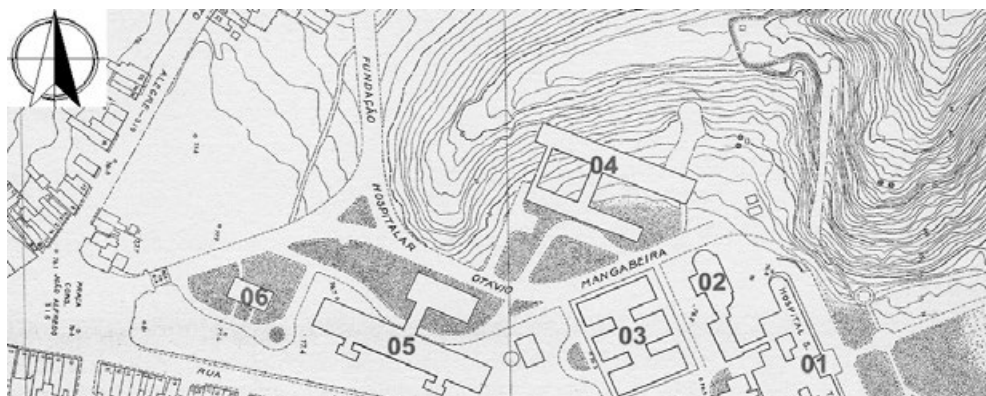


Figura 4: Planta de localização dos diversos pavilhões do Parque Sanatorial Santa Terezinha (entre parênteses o ano de inauguração): 01 Hospital Santa Terezinha (1942); 02 Pavilhão infantil (1948); 03 Pavilhão de Serviços Gerais (1951); 04 Sanatório de Triagem (1951); 05 Pavilhão de Triagem (1951); 06 Dispensário Modelo da Cruz Vermelha (1951).

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Atlas Parcial da Cidade do Salvador de 1955 [SALVADOR, 1955].



Figura 5:

Parque Sanatorial Santa Terezinha em 1949, vendo-se à esquerda a extremidade norte do pavilhão original e, em segundo plano, o Sanatório de Triagem em construção. Fonte: DAD-COC-FIOCRUZ – Fundo Raphael de Paula Souza – Hospital Santa. Terezinha 1949 – 01.

²⁷ O projeto para este pavilhão, elaborado pelo Setor de Arquitetura da CNCT no Rio de Janeiro, não pôde ser utilizado “em virtude de não existir disponibilidade de área suficiente ao projeto”; conseqüentemente, foram “elaborados novos estudos que, assim mesmo, exigiam a desapropriação de terrenos pertencentes a terceiros” (SNT, 1951, p. 765). Acreditamos que esses “novos estudos” tenham sido aqueles realizados por Rebouças na Bahia.

Régis Agostini a partir de 1949, possuía 74 enfermarias, totalizando 430 leitos, além de cozinha, sala de estar, dois refeitórios, centro médico e centro radiológico, em uma área total de 3.726 metros quadrados. Para a sua construção foi necessário desapropriar uma série de imóveis privados, o que retardou o andamento das obras.

Assim como o Sanatório de Triagem, este edifício se constitui de dois blocos paralelos, também implantados no sentido noroeste-sudeste, porém com comprimentos diferentes: o bloco localizado mais ao norte é curto, enquanto aquele localizado mais ao sul é mais longo; ambos possuem dois pavimentos. Da mesma forma que no Sanatório de Triagem, os dois blocos estão implantados em cotas diferentes, o que gera desníveis entre os pavimentos e, neste caso, também entre as coberturas dos dois blocos. A conexão entre os blocos é feita também por rampas; no caso deste sanatório, porém, o volume que as abriga é fechado somente por elementos vazados.

A fachada principal deste pavilhão, voltada para nordeste, é mais complexa do ponto de vista compositivo do que a do Sanatório de Triagem, embora apresente, como aquela, uma série de elementos e características da arquitetura moderna e, mais especificamente, da escola carioca, tais como assimetria, pilotis, esquadrias com venezianas de madeira e redução dos elementos maciços àqueles com função estrutural.

O Pavilhão de Serviços Gerais, cujo projeto também é atribuído a Rebouças, foi construído pela CBIC a partir de fevereiro de 1948 e é o edifício mais simples e de menor área dentre aqueles inaugurados pela CNCT em 1951: três blocos térreos, todos com planta retangular e paralelos entre si, implantados em um terreno plano no sentido sudoeste-nordeste e interligados em seus trechos centrais. Com 1.873 metros quadrados, foi construído para abrigar uma série de serviços fundamentais para o funcionamento do complexo hospitalar e que, até então, funcionavam no Hospital Santa Terezinha em condições mínimas ou nem sequer existiam, como lavanderia, laboratório, almoxarifado, casa de caldeiras e oficinas. (Figura 6)

No mesmo período, foi construído, junto ao Pavilhão de Triagem, o singelo edifício do Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira, filial da Bahia, com apenas 289,00 metros quadrados. Este dispensário, que teve sua pedra fundamental lançada a 28 de outubro de 1948 (RIBEIRO, 1956), foi projetado por dois arquitetos da CNCT sediados na capital federal,²⁸ Newton Secchin e Pedro Rossi Neto. Trata-se de uma construção térrea, caracterizada externamente pelos tijolos aparentes da fachada e pelos delgados pilares que sustentam a cobertura em laje plana do trecho anterior do edifício. Neste se encontram o acesso e a recepção, enquanto que o trecho posterior, que abriga os

²⁸ A CNCT contava com uma equipe de arquitetos e de engenheiros altamente qualificada. Além de Jorge Machado Moreira, o arquiteto Sérgio Bernardes elaborou diversos projetos para a CNCT, tendo sido também chefe do Setor de Arquitetura; o engenheiro Paulo de Assis Ribeiro, por sua vez, foi chefe do Setor de Planejamento e Engenharia (SNT, 1948, 1951a).

consultórios, salas de exames e espaços de apoio, possui um pé-direito maior e uma cobertura em uma água, gerando uma janela horizontal alta e contínua que garante iluminação e ventilação natural para todas as salas. (Figura 7)

No bairro do Canela, ao lado do Hospital das Clínicas (construído entre 1936 e 1948), foi construída, através de convênio entre a Universidade da Bahia e a CNCT, a Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia, um pequeno hospital com 148 leitos distribuídos em 24 enfermarias, que contava ainda com laboratório, farmácia, centro médico, duas salas de aula, três refeitórios, centro cirúrgico, lavanderia e espaços administrativos (REVISTA FISCAL..., 1949). O projeto foi assinado em 1948 pelos arquitetos Alexandre Costa Neto, Newton Secchin, Marcos V. Studart e Leslie Richard Inke, da CNCT, e a construção se deu entre 1949 e 1951, pela Norberto Odebrecht Construtora Ltda.²⁹

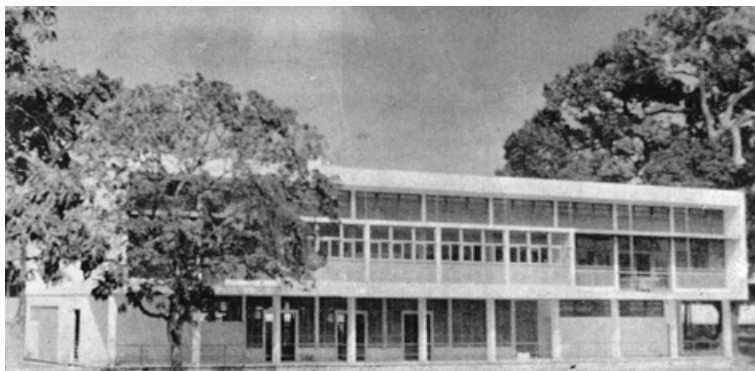


Figura 6:
Parque Sanatorial Santa Terezinha: fachada norte do Pavilhão de Triagem, na sua configuração original.
Fonte: Acervo do Hospital Especializado Octávio Mangabeira.



Figura 7:
Parque Sanatorial Santa Terezinha: fachada sul do Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira.
Fonte: ROSSI NETO & SECCHIN, 1957.

²⁹ Aparentemente, Tania Bittencourt (2000, p. 137) comete um equívoco ao atribuir esse projeto a Jorge Machado Moreira, uma vez que o mesmo, quando publicado pela revista Acrópole, nº 223, em maio de 1957, informa tratar-se de projeto de Costa Neto, Studart, Secchin e Inke. No acervo do Fundo Raphael de Paula Souza do DAD-COC-Fiocruz, fonte da pesquisa de Bittencourt, existem fotografias de uma maquete relativa a outro projeto para o “Hospital de Clínica Tisiológica – Cidade do Salvador – Campanha Nacional Contra a Tuberculose”. Esse projeto apresenta um bloco principal com maior número de pavimentos e um auditório perpendicular a ele, com proporções distintas do projeto definitivo, podendo corresponder a uma versão anterior, talvez elaborada por Moreira.

Guardadas as proporções de escala, o projeto da Clínica Tisiológica possui diversos pontos em comum com o do Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira, projetado à mesma época por Secchin e Pedro Rossi Neto, tais como as esbeltas colunas de seção circular que estabelecem um ritmo para a fachada principal do edifício e o predomínio da horizontalidade. A estas características agrega outras que reforçam ainda mais a sua vinculação à estética corbusiana e à escola carioca da arquitetura moderna brasileira, então dominante entre os arquitetos da CNCT: a planta em T, que articula transversalmente o volume principal, com quatro pavimentos acima do nível de acesso; um volume térreo que abriga o ambulatório; o complexo jogo compositivo estabelecido na fachada voltada para o vale do Canela, através dos diferentes tratamentos adotados para cada um dos retângulos definidos pelos elementos estruturais (pilares, vigas e lajes). (Figura 8)

Associe-se a estes aspectos a moderna decoração dos interiores da Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia, com a predominância do branco e das cores claras nos revestimentos internos, com mobiliário de design contemporâneo, como mesas e poltronas pés de palito, e com a incorporação de painéis de arte moderna preenchendo panos inteiros de paredes nos espaços mais nobres. Os dois painéis existentes no *hall* de entrada dos médicos e alunos e no refeitório dos médicos da Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia, de autoria atribuída a Jenner Augusto, são representativos da integração entre a arte moderna e a arquitetura de vanguarda no período, ultrapassando os limites dos edifícios de escritórios, residências e escolas – onde era recorrente – e se incorporando até mesmo à arquitetura hospitalar. (Figura 9)



Figura 8:

Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia: vista da fachada nordeste, a partir da rua Padre Feijó.

Fonte: Acervo do Centro de Documentação e Referência da Odebrecht.



Figura 9: Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia: vista do *hall* dos médicos e estudantes, no 2º pavimento, vendo-se, à direita, o painel atribuído ao artista plástico Jenner Augusto.
Fonte: Acervo do Centro de Documentação e Referência da Odebrecht.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível o papel que os sanatórios de tuberculose tiveram na difusão da arquitetura moderna, em âmbito mundial. Citando mais uma vez Paul Overy,

Combinando qualidades de luz, ar e abertura com uma escrupulosa atenção à higiene e à limpeza, os sanatórios se tornaram modelos para habitações, escolas e outros edifícios educacionais. Formas simples e desprovidas de ornamentos, superfícies lisas e laváveis e paredes internas (e muitas vezes externas) pintadas de branco ou com cores claras passaram a ser adotadas em construções domésticas e em outras edificações não hospitalares, que eram frequentemente equipadas com mobiliário originalmente projetado para sanatórios e executado com materiais duráveis, resistentes a germes e de fácil limpeza (OVERY, 2007, p. 30, tradução nossa).

No caso específico da Bahia, como vimos, estes edifícios foram projetados por arquitetos renomados, como Diógenes Rebouças e Jorge Machado Moreira, e apresentavam, em muitos casos, uma série de características comuns à melhor arquitetura moderna produzida no Brasil – aquela da escola carioca, então objeto de reconhecimento internacional. Estas características incluíam a solução estrutural em concreto armado, com lajes planas e pilotis, a assimetria, a adequação ao clima local, através da adoção de cobogós, venezianas e quebra-sóis como elementos de proteção da incidência direta do sol, a utilização de rampas (não apenas para conectar níveis distintos, mas também para criar *promenades architecturales*), e a integração das artes, observada nos painéis atribuídos a Jenner Augusto existentes na Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia. Além disso, é preciso destacar que estas construções tiveram um papel importante em levar a *nova arquitetura* para os bairros periféricos ocupados pela população de renda mais baixa, como no caso do Parque Sanatorial Santa Terezinha, no Alto da Cruz do Cosme, atual bairro do Pau Miúdo.

Para que se tenha uma ideia do impacto dessa arquitetura na velha cidade do Salvador, é preciso lembrar que a Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia chegou a ser incluída pelo crítico de arte baiano José Valladares, no seu guia turístico *Beabá da Bahia*, dentre as obras que, como o Edifício Caramuru, o Hotel da Bahia e o Centro Educativo de Arte Teatral (Teatro Castro Alves), “aos poucos [...] estão abrindo o caminho” para a arquitetura moderna em Salvador (VALLADARES, 1951, p. 70).

Lamentavelmente, a falta de ações voltadas à sua preservação, somada às mudanças de uso mais ou menos radicais – acompanhadas de intervenções que desconhecem os valores culturais dessa arquitetura – têm levado à descaracterização da maior parte destas edificações. O Parque Sanatorial Santa Terezinha encontra-se hoje fragmentado em uma série de instituições hospitalares autônomas e com finalidades distintas. Somente os pavilhões mais antigos, incluindo o pavilhão original, inaugurado em 1941, o Pavilhão Infantil, de 1948, e o Pavilhão de Serviços, inaugurado em 1951, continuam vinculados ao seu uso original, abrigando atualmente o Hospital Especializado Octávio Mangabeira, unidade de referência em cirurgia torácica e pneumopatias como a tuberculose. O antigo Pavilhão de Triagem foi bastante descaracterizado durante reforma realizada há alguns anos, visando transformá-lo no Centro de Regulagem da Secretaria Estadual de Saúde. Já o Sanatório de Triagem, que abriga hoje o Hospital Geral Ernesto Simões Filho, foi recentemente objeto de uma intervenção radical que o descaracterizou significativamente – o que é ainda mais grave considerando que, até bem recentemente, o edifício preservava as principais características do projeto original de Jorge Machado Moreira. Situação análoga, embora com menor grau de descaracterização, ocorre com a antiga Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia, que abriga hoje o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia. O singelo Dispensário da Cruz Vermelha, por sua vez, encontra-se há vários anos abandonado e em processo de arruinamento.

As experiências dos Sanatórios de Paimio e Zonnestraal demonstram que é possível preservar os valores arquitetônicos, artísticos e históricos de antigos sanatórios de tuberculosos, mesmo quando estes edifícios não possuem mais o uso original e precisaram ser adaptados às novas demandas de hospitais gerais. Aquelas experiências europeias desmentem a afirmativa do CONDEPHAAT, quando do indeferimento do pedido de tombamento do Hospital do Câncer de São Paulo, de que há uma “impossibilidade real de se adequar o funcionamento de um complexo hospitalar às exigências de tombamento” (CONDEPHAAT, 2000), e comprovam que os sanatórios baianos poderiam ter tido um outro destino, caso tivessem sido objeto de intervenções mais cuidadosas.



Figura 10:
Parque Sanatorial Santa Terezinha: fachada norte do Pavilhão de Triagem, no seu estado atual.
Fonte: foto realizada pelo autor, 11 fev 2011.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, V. B. *Expressões arquitetônicas de modernidade em Maceió: uma perspectiva de preservação*. 2009. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2009.
- ANDRADE JUNIOR, N. V. de. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado da Bahia*. Salvador: 7ª S.R./IPHAN, 2008.
- _____. Ampliações do conceito de patrimônio edificado no Brasil. In: GOMES, M. A. A. de F.; CORRÊA, E. L. (Org.). *Reconceituações contemporâneas do patrimônio*. Salvador: EDUFBA, 2011a, p. 145-170.
- _____. Arquitetura Moderna e as Instituições de Saúde na Bahia nas décadas de 1930 a 1950. In: SOUZA, C. M. C. de; BARRETO, M. R. N. (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Manole, 2011b, p. 94-139.
- _____. *Arquitetura moderna na Bahia, 1947-1951: uma história a contrapelo*. 2012. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- ANDRADE JUNIOR, N. V. de; CARVALHO, M. R.; FREIRE, R. N. da C. O IPHAN e os desafios da preservação do patrimônio moderno: a aplicação na Bahia do Inventário Nacional da Arquitetura, Urbanismo e Paisagismo Modernos. In: SEGRE, R. et al. (Org.). *Arquitetura+arte+cidade: um debate internacional*. Rio de Janeiro: Viana & Mosley, 2010. p. 333-348.
- ARAÚJO, S. G. de. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado de Alagoas*. Maceió: 17ª S.R./IPHAN, 2008.
- AZEVEDO, P. O. de. Diógenes Rebouças, um pioneiro modernista baiano. In: CARDOSO, L. A. F.; OLIVEIRA, O. F. de (Org.). *(Re)discutindo o modernismo: universalidade e diversidade do movimento moderno em arquitetura e urbanismo no Brasil*. Salvador: Mestrado em Arquitetura e Urbanismo da UFBA, 1997. p. 187-200.
- BITTENCOURT, T. M. M. *Peste branca, arquitetura branca: os sanatórios de tuberculose no Brasil na primeira metade do século 20*. 2000. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2000.

BRASIL. Ministério da Cultura. *Três bens são considerados pelo IPHAN patrimônios culturais do Brasil*. 06 mar 2015. Disponível em: <http://www.cultura.gov.br/noticias-destaques/-/asset_publisher/OiKX3xlR9iTn/content/id/1241685>. Acesso em: 06 jun.2015.

CAMPBELL, M. *What Tuberculosis did for modernism: The influence of a curative environment on modernist design and architecture*. *Medical History*, Cambridge, 49.4, p. 463-488, 1 oct. 2005.

CASTRO, D. L. F. de; PÁDUA, C. D. B. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no Distrito Federal*. Brasília: 15ª S.R./IPHAN, 2008.

CAVALCANTI, L. *Quando o Brasil era moderno: Guia de Arquitetura 1928-1960*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

CONDEPHAAT – CONSELHO DE DEFESA DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO, ARQUEOLÓGICO, ARTÍSTICO E TURÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Proc. SC 33.187/95, publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 20 de julho de 2000, p. 49. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/06287_PROC.%20SC%20N%2033.187%20-%20Hospital%20do%20Cancer.pdf>. Acesso em: 08 jun 2015.

CORRÊA, S. R. M. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado de Sergipe*. Aracaju: 8ª S.R./IPHAN, 2008.

COSTA, R. da G. R. *Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro*. In: PORTO, A. et al. (Org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 116-142.

FREITAS, M. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado de Pernambuco*. Recife: 5ª S.R./IPHAN, 2008.

GOODWIN, P. L.. *Brazil Builds: architecture new and old – 1652-1942*. Nova York: The Museum of Modern Art, 1943.

IPHAN. *Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*. Plano de Trabalho: Grupo de Trabalho 4 – Acautelamento da Arquitetura Moderna. Brasília: IPHAN, 2008.

KIMURA, S.; MOURA, A. A. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado de Goiás*. Goiânia: 14ª S.R./IPHAN, 2008.

LONGMAN, G. Sete tombados e outros esquecidos. Legado de Rino Levi para a cidade vai muito além das obras celebradas na última semana. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14 nov. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/revista/saopaulo/sp1411201015.htm>>. Acesso: em 08 jun 2015.

MANGABEIRA, O. *Um período governamental na Bahia* (de 10 de abril de 1947 a 31 de janeiro de 1951). Mensagem de despedida, lida perante a Assembleia Legislativa, em sessão extraordinária de 27 de janeiro de 1951, pelo dr. Octavio Mangabeira, governador do estado. [Salvador:] Imprensa Oficial da Bahia, 1951.

MINDLIN, H. *Modern Architecture in Brazil*. Nova York: Reinhold, 1956.

NASCIMENTO, F. B. do. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no interior do estado de São Paulo*. São Paulo: 9ª S.R./IPHAN, 2008.


NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES. *Nomination of Paimio Hospital for inclusion in the World Heritage List*. Helsinki: National Board of Antiquities, 2005. Disponível em: <<http://www.nba.fi/fi/File/410/nomination-of-paimio-hospital.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

OVERY, P. *Light, Air and Openness: Modern architecture between the wars*. Londres: Thames & Hudson, 2007.

PAPADAKI, S. *The Work of Oscar Niemeyer*. Nova York: Reinhold, 1950.

PEREIRA, C. S. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado do Amazonas*. Manaus: 1ª S.R./IPHAN, 2008.

- PEREIRA, J. N. de A. *Renovar preservando: os Imóveis Especiais de Preservação no Recife*. 2009. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
- PESSÔA, José. Cedo ou tarde serão consideradas obras de arte. In: PESSÔA, J. et al. (Org.). *Moderno e Nacional*. Niterói: UFF, 2006. p. 157-168.
- RECIFE (Prefeitura). Lei nº 16.284, de 22 de janeiro de 1997. Define os Imóveis Especiais de Preservação – IEP, situados no município do Recife, estabelece as condições de preservação, assegura compensações e estímulos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/leis/1628497.doc>>. Acesso em: 11 jun. 2015.
- Revista Fiscal da Bahia. *Quatro séculos de história da Bahia*: álbum comemorativo do 4º centenário da fundação da cidade de Salvador. Salvador: Tipografia Beneditina, 1949.
- RIBEIRO, L. *A luta contra a tuberculose no Brasil* (apontamentos para sua história). Rio de Janeiro: Editorial Sul-Americana, 1956.
- ROSSI NETO, P.; SECCHIN, N. Dispensário clínico. *Acrópole*, São Paulo, n. 224, p. 293, jun. 1957.
- RUBINO, S. O mapa do Brasil passado. *Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*, Brasília, nº. 24, p. 97-105, 1996.
- SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. *Atlas Parcial da Cidade do Salvador*. Salvador: P.M.S./D.T.C.M., 1955.
- SARQUIS, G. B. *Levantamento das ações de preservação do patrimônio edificado moderno no estado do Pará*. Belém: 2ª S.R./IPHAN, 2008.
- SMITH, R. L. B. *Estudo para o tombamento da arquitetura moderna no Recife*: o Instituto de Antibióticos da Mario Russo. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo), Faculdades Unidas de Pernambuco, Recife, 2007.
- SNT – SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE. *Relatório das Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose durante o ano de 1947*, apresentado pelo respectivo diretor, dr. Raphael de Paula Souza, ao diretor geral do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde / Departamento Nacional de Saúde / Serviço Nacional de Tuberculose, 1948.
- _____. *Relatório das Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose durante o ano de 1949*, apresentado pelo respectivo diretor, dr. Raphael de Paula Souza, ao diretor geral do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde / Departamento Nacional de Saúde / Serviço Nacional de Tuberculose, 1951a.
- _____. *Relatório das Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose durante o ano de 1950*, apresentado pelo respectivo diretor, dr. Raphael de Paula Souza, ao diretor geral do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde / Departamento Nacional de Saúde / Serviço Nacional de Tuberculose, 1951b.
- TINEM, N. *O alvo do olhar estrangeiro: o Brasil na historiografia da arquitetura moderna*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2006.
- VALLADARES, J. *Beabá da Bahia*: guia turístico. Salvador: Livraria Turista Editora, 1951.
- WORLD MONUMENTS FUND. *World Monuments Fund/Knoll Modernism Prize*. 2010 award to Bierman Henket architecten and Wessel de Jonge architecten for the restoration of the Zonnestraal Sanatorium (1928-1931). Hilversum, The Netherlands. Designed by Johannes Duiker and Bernard Bijvoet. New York: World Monuments Fund, 2010. Disponível em: <http://www.wmf.org/sites/default/files/wmf_publication/Modernism%20Zonnestraal%20booklet%20FINAL.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.



Arquitetura antituberculosa: uma atitude moderna*

Renato Gama-Rosa Costa

* Este texto visa apresentar uma parte da pesquisa realizada no pós-doutoramento realizado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES-UC), entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, com apoio da Capes.

Neste artigo, se procurará perceber, a partir de estudos de casos em Portugal e no Brasil, a relação entre a arquitetura e a tuberculose na construção de sanatórios durante os anos de 1930 e 1945, período que se inicia com a implantação do Estado Novo português (1930-1974) e culmina com o término do Estado Novo brasileiro (1937-1945). A contextualização da construção de tais sanatórios nesse período ajuda-nos a compreender as políticas públicas de saúde adotadas pelos dois países e como isso acabou por afetar a arquitetura desses estabelecimentos. Tal período representa, na historiografia da arquitetura mundial, o reconhecimento de uma linguagem consagrada como *moderna*, cuja produção no Brasil foi muito relevante por meio de uma geração encabeçada por Lúcio Costa e Oscar Niemeyer, influenciados pelo franco-suíço Le Corbusier, mas que em Portugal teve uma expressão muito efêmera. O que conseguimos verificar na arquitetura adotada nos sanatórios é que ela, apesar de não ser reconhecida moderna por parte dos estudiosos da arquitetura, acabaria por influenciar, segundo Beatriz Colomina, a própria arquitetura moderna produzida no século XX, indicando, portanto, uma *atitude* moderna.

ESTRATÉGIAS DE COMBATE À TUBERCULOSE: O FLAGELO DO SÉCULO XX

Até a descoberta do bacilo causador da doença, por Robert Koch (1843-1910), em 1882, se acreditava que a tuberculose era hereditária. Pessoas da mesma família contraíam a doença, que depois se descobriu que não era por motivos genéticos. A revista *A Saúde*, publicada pela Junta Geral do Distrito de Coimbra, em seu primeiro número, de janeiro de 1931, conclamava a população a fazer parte da revolução de profilaxia da tuberculose – “maior flagelo dos dias de hoje” – por meio da educação e da mudança de hábitos de higiene. “Prevenir é melhor que remediar. É preciso higienizar os costumes”, proclamava a publicação.

Na reportagem “Os maus ares”, da mesma revista, se descrevia a forma de propagação da doença, misturando conceitos de contágio prescritos depois do advento da recém-descoberta bacteriologia com conceitos provenientes da teoria miasmática:

O ar pode ficar contaminado por uma ventilação insuficiente, por aglomerações de pessoas que fazem alterar a composição do ar normal por conter micróbios virulentos, que partem de indivíduos tuberculosos. Diversos são os produtos que o podem tornar perigoso: milhões de corpúsculos de natureza e origem várias, poeiras inorgânicas (...), um excesso de gás carbônico, proveniente da respiração das multidões, dos focos de combustão, dos aparelhos de iluminação etc., não contando com as emanações do corpo, que tanto contribuem para o envenenamento do ar (*Os maus ares*, 1931, p. 1).

O texto chamava a atenção para o fato de a tuberculose ser uma *doença da miséria*, por conta do fato de as pessoas mais atingidas viverem em “casas mal arejadas

e insalubres, nas ruas estreitas e sujas, nas cidades cujo ar está conspurcado por motivos variados” (*Os maus ares*, 1931, p. 1).

Em texto acerca do Plano para a Campanha Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, a cargo do Departamento Nacional de Saúde (DNS) brasileiro, em 1936, apontavam-se três formas de ação contra a doença por conta de sua forma de propagação: o combate ao bacilo, incluindo o isolamento do contagiante devido ao perigo de contaminação por meio de seu escarro e tosse; a prática de “toda a higiene”, que incluíam ações diretas e indiretas, como a educação sanitária; e ações de proteção às crianças, separando-as de seus pais infectados logo ao nascer ou, dependendo do momento, direcionando-as para os preventórios.

Sabemos que a doença atingia todas as classes sociais em qualquer lugar do mundo, a ponto de as estâncias de cura oferecerem hotéis de luxo e casas mais simples para o tratamento de pessoas com maior ou menor poder aquisitivo, como exemplifica o anúncio do Caramulo, situado na Covilhã, em Portugal, região conhecida por seus sanatórios dedicados ao combate do flagelo – “Estância de cura e repouso”, que tratava das duas formas de ação da tuberculose, a “médica e a cirúrgica”, com “Sanatórios e Casas de Pensão nas melhores condições de rigorosa desinfecção, higiene e conforto” (CARAMULO. 1931, p. 4).

Como contribuição à prevenção da doença, sugeriam-se, em Portugal, “vida ao ar livre, exercícios físicos, movimento, higiene, asseio e indiferença ao frio”. E pregava-se que “a imobilidade, a clausura, a falta de limpeza, o ar impuro levam à tuberculose”. E concluía-se: “Façamos como os Povos do Norte, façamos a nossa casa saudável: aqueça-se, areje-se, deixe-se banhar pela luz e pelo sol; *não esqueçamos que onde entra o sol não entra o médico*” (*Os maus ares*, 1931, p. 1).

O combate à tuberculose naquele país, de um modo geral, teve como principal ferramenta a construção de sanatórios, de altitude ou marítimos, direcionados para o tratamento da tuberculose pulmonar no primeiro caso, ou demais formas de manifestação da doença, especialmente a cirúrgica e a óssea, no segundo. A revista *A Saúde*, no artigo “Praias” nos explica melhor as formas de combate à doença:

A tuberculose, duma maneira geral, se beneficia extraordinariamente com a beira-mar, a menos, que se trate de tuberculose do aparelho respiratório e especialmente dos pulmões (...). A tuberculose óssea, a tuberculose articular, cutânea e a ganglionar são, de todas as formas de tuberculose, as que mais lucram com o clima das praias (...). (PRAIAS, 1932, p. 1)

No Brasil, as ações de maior vulto no combate à doença (isolamento do contagiante, higiene e proteção à criança) se concentravam na construção de espaços onde se pudesse combater o bacilo, em seus diversos estágios, fosse no momento inicial da manifestação da doença, por meio dos diagnósticos ministrados nos dispensários,

fosse, a partir dos dispensários, no encaminhamento aos hospitais dos doentes curáveis ou para o isolamento nos sanatórios, dos doentes incuráveis.

O combate à tuberculose em Portugal, segundo André Tavares (2005), foi planejado para ser feito por meio dos sanatórios de altitude ou os marítimos, ou seja, para tratamento da tuberculose pulmonar ou das demais formas de manifestação da doença, especialmente a cirúrgica e a óssea.

No Brasil, ações semelhantes de combate à tuberculose pulmonar ou óssea exigiriam construções especializadas, ora para uma, ora para outra manifestação da doença, da mesma forma como se via por todo o mundo. Tal racionalidade projetual, a nível mundial, é que teria chamado a atenção de Beatriz Colomina no tocante à arquitetura desenvolvida para os sanatórios, fossem eles de montanha, de litoral ou mesmo de planície.

Koch descobriu que o sol ajudava a eliminar os bacilos da tuberculose que ficavam suspensos pelo ar, daí a importância dos tratamentos por meio da absorção do ar puro e do banho diário de sol, o que tornou a helioterapia uma obsessão curativa, capaz de ditar a arquitetura a ser construída para os sanatórios, influenciar toda a forma de se habitar moderna e a própria arquitetura moderna (COLOMINA, 2003).

A ARQUITETURA ANTITUBERCULOSA

Segundo Beatriz Colomina (2003, p. 123), “a relação entre arquitetura e as ciências médicas é muito mais íntima do que possamos imaginar”. Para esta pesquisadora, essa relação teria tido início ainda durante o Renascimento, a partir da vontade dos médicos de cortar o corpo para poder compreendê-lo em seu interior, o que teria influenciado os arquitetos a aplicarem os denominados cortes na elaboração do projeto arquitetônico para visualizarem os edifícios por dentro e em partes. Tal forma pormenorizada de se ver o corpo fez com que, segundo Colomina, “a principal referência para a arquitetura fosse não mais o corpo completo, mas um corpo dissecado, fragmentado e analisado” (2003, p. 123, tradução do autor).

Segundo ela, essa cumplicidade entre arquitetura e medicina é reconstruída a cada nova teoria em saúde. A pesquisadora cita como exemplo a relação umbilical, para usarmos um termo médico, entre arquitetura moderna e a tuberculose: *Modern architecture, for example, is unthinkable outside TB* (2003, p. 123).

As preocupações quanto à forma de propagação da doença, umidade, falta de sol, de iluminação e de ventilação, além da falta da vida ao ar livre, segundo Colomina, teriam levado os arquitetos modernos a oferecerem em seus projetos “sol, luz, ventilação, terraços, higiene e paredes brancas como meios de prevenção, se não a cura, à tuberculose” (2003, p. 123, tradução do autor). Pela reportagem que lemos da revista

A *Saúde*, de 1931, em que se proclamavam a vida ao ar livre, a mobilidade, a higiene, o asseio, vimos que estes conhecimentos já eram de domínio à época, de quem se lançava ao combate da doença.

Em outro texto seu (1997, p. 230, tradução do autor), Colomina afirma que “se é um fato que as ideias arquitetônicas e as ideias médicas sempre estiveram interligadas, não deve constituir nenhuma surpresa que a arquitetura do século XX tenha sido moldada pela obsessão médica com a tuberculose, que era dominante”. Nas estâncias sanatoriais, o espaço de repouso e tratamento dos doentes, as galerias de cura, não por acaso eram o espaço que se revelava mais moderno da edificação sanatorial.

As galerias de cura, ou terraços projetados para tratamento de tuberculosos, segundo Tavares (2005) e Cremnitzer (2005), teriam sido primeiramente utilizadas entre 1889 e 1899 pelo dr. K. Turban, de Davos, Suíça. Seu desenho ganhou repercussão mundial a partir de um concurso internacional de sanatórios na Inglaterra, em 1902, em que Turban participou juntamente com o arquiteto suíço J. Gros. Tais galerias ficavam enxertadas no pavimento térreo, na fachada direcionada e aberta, a sul. A fachada norte seria fechada para proteger os doentes dos ventos. A opção pela galeria de cura enxertada na fachada sul da edificação, segundo Cremnitzer (2005), diferenciava tais sanatórios dos alemães, adeptos da solução em pisos escalonados (*en gradins*).

O importante, na proposta suíça, era que a orientação da fachada principal do sanatório para o sul permitia um melhor aproveitamento da incidência solar. Por sua vez, a localização em terreno bem arborizado e em forte declive facilitava a absorção do ar puro. Soluções, que aliadas à boa alimentação, completavam o conjunto de ações visando à cura da tuberculose, sobretudo a de origem pulmonar:

Por definição, os Hospitais-Sanatórios são estabelecimentos situados nos arredores das povoações e destinados ao tratamento higiênico-dietético de todos os tuberculosos, seja qual for o grau da doença (...). Tem de satisfazer às condições exigidas pelos hospitais e pelos sanatórios, principalmente sob o ponto de vista de situação, exposição, organização, alimentação e disciplina (BARRETO, 1931, p. 18).

A outra manifestação da doença, a TBC óssea ou cirúrgica, aproveitaria melhor os terraços e as galerias escalonadas, em função do uso da helioterapia, solução a qual se seguiriam, aos alemães, os grandes especialistas nos primeiros anos do século XX, os franceses Tony Garnier, com seu projeto para uma Cidade Industrial (1904-1917), Henri Sauvage, em 1914, e, ainda, a Fundação Rockefeller, em 1917, com um projeto de construção de um Sanatório Franco-Americano. De qualquer forma, tanto uma solução quanto a outra “influenciariam indubitavelmente os arquitetos franceses e estrangeiros do movimento moderno na produção de sanatórios entre as duas grandes guerras” (CREMNITZER, 2005, p. 53, tradução do autor)

Entre 1928 e 1929, o arquiteto alemão Rudolf Gaberel empreendeu uma profunda reforma no Sanatório Alemão, situado em Davos, na parte germânica da Suíça, construído originalmente em 1901. Segundo Cremnitzer, este projeto foi amplamente divulgado à época. A principal intervenção de Gaberel era atualizar as fachadas neoclássicas e suas varandas anteriormente erguidas em madeira (e, depois, ferro), substituindo-as por um sistema de balcões de cura dispostos pelos três níveis da edificação:

A adoção desse novo procedimento arquitetural estava em perfeita concordância com a evolução terapêutica: as galerias de cura do térreo foram suprimidas em benefício de um sistema de largos balcões lineares, protegidos por um elegante guarda-corpo encurvado e que formava uma segunda fachada. (...) As novas técnicas do concreto armado permitiam, a partir de então, soluções alinhadas a este tipo de intervenção transplantada (CREMNITZER, 2005, p. 71). (tradução do autor)

Se verdadeiramente ocorreu a ampla divulgação desta intervenção, e, dadas as semelhanças entre os projetos, ela certamente serviu de modelo para os sanatórios que estavam sendo projetados em Portugal naquele momento, assim como para os que viriam depois.

Em um número especial da revista francesa *L'Architecture d'Aujourd'hui*, intitulado *Les Hopitaux*, de maio de 1938, que consta da coleção pessoal de Bissaya Barreto,¹ aparecem projetos diversos de hospitais gerais, hospitais para contagiosos, clínicas, maternidades, sanatórios e preventórios. Em um desses projetos, o destinado ao Hospital Pasteur de Colmar, aparece uma referência a um pavilhão para tuberculosos em que o autor do texto, W. Vetter, chama a atenção para o fato de que neste pavilhão especificamente, as galerias de cura

não estão dispostas em *gradins*. O que importa, de fato, é que essas doenças, devem poder aproveitar o ar puro mesmo durante o mau tempo, estando completamente protegidas dos tempos chuvosos e da neve. Mas, os inconvenientes da obscuridade para as salas detrás das galerias de cura são evitáveis dotando as salas de uma profundidade bem pequena (VETTER, 1938, p. 25). (Tradução do autor)

Entretanto, para o edifício principal, com serviços de um hospital geral, a solução em degraus para a fachada sul parecia atender a um pedido dos médicos dirigentes do hospital no qual “cada quarto deveria ter a sua frente, um balcão-galeria de cura, onde os doentes

¹ Mesmo se declarando um não apreciador da arquitetura moderna (XAVIER, 2013), é curioso saber que uma das revistas mais divulgadoras da arquitetura moderna internacional faça parte da coleção do médico, em seu Centro de Documentação, em Coimbra. Bissaya Barreto achava a moderna arquitetura portuguesa dos anos 1930 “chata, chatíssima”, ‘uniforme em toda a sua extensão’, desprovida de detalhes e ornamentos” (BANDEIRINHA *apud* XAVIER, 2013, p. 1000).

pudessem ser expostos ao ar e ao sol, conforme necessário, a partir de seus próprios leitos, os quais pudessem ser facilmente trasladados para tais galerias” (VETTER, 1938, p. 21, tradução do autor).

O artigo chama a atenção para tal sistema de andares em degraus, que não sacrifica a boa iluminação e aeração das salas, uma vez que a disposição do andar superior garante a iluminação do andar inferior. O grande destaque do hospital seria ter a fachada sul no sistema em degraus, mas, a fachada norte, não, sugerindo uma atitude bem racional.

Em outros exemplos de sanatórios citados na mesma revista, em especial os de Masaryk e de Teplitz, ambos na antiga Tchecoslováquia, aproveitamos para verificar outros aspectos dessas construções:

Para as doenças associadas à tuberculose óssea, os terraços estão situados diretamente diante das salas dos doentes (...). A fachada principal está orientada a sudeste. Esta orientação coloca os quartos à disposição de uma insolação mais forte, mas impede a acumulação de calor pelos painéis de madeira e por uma temperatura elevada dentro dos quartos durante a noite (inconveniente para as fachadas viradas a sul)” (ABRAHAM, 1938, p. 74-76, tradução do autor).

As fachadas voltadas para o Norte, ou seja, as posteriores, ao serem fechadas ao exterior acabariam por se tornar extremamente semelhantes em diversas partes do mundo, fosse na Alemanha, na Suíça, na França, em Portugal ou no Brasil (Figuras 1 e 2).

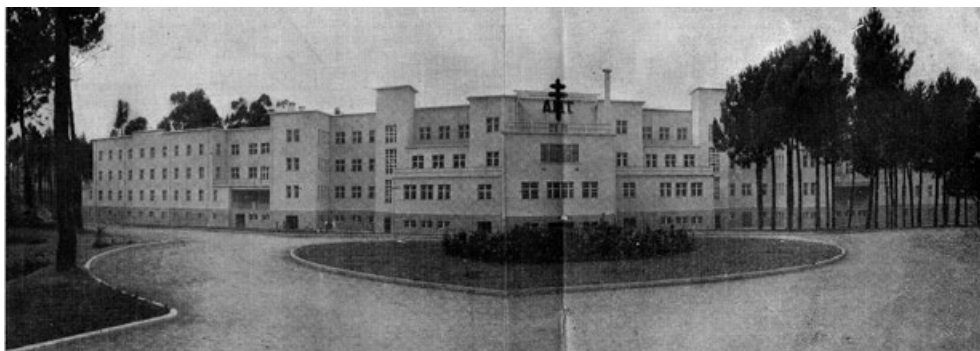


Figura 1:
Fachada Posterior do Sanatório D. Manoel II,
Vila Nova de Gaia, Portugal. Fonte: Rocheta,
1944.



Figura 2:
Imagem do Sanatório de
Santa Maria, Rio de Janeiro.
Fonte: CPDOC, FGV.

OS SANATÓRIOS ESTUDADOS (PORTUGAL E BRASIL)

Nos sanatórios escolhidos para a investigação, privilegiam-se os construídos durante e pelo Estado Novo Português (1930-1974) para fins de comparação com o caso brasileiro (1937-1945). Os estudados em Portugal fizeram parte do plano desenvolvido entre 1934 e 1935 pela Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), na gestão de Lopo de Carvalho (1931-1938). Foram excluídos do estudo final os sanatórios construídos por iniciativa privada, como os sanatórios do Caramulo, a Clínica Heliântia, e os construídos pelos Caminhos de Ferro Português, como o da Covilhã e do Algarve, embora o estudo tenha se servido de análises realizadas sobre tais edificações (VELOSO, 2006; PASSINHO, 2005; TAVARES, 2005; MARTINS, 2009).

Foram então analisados os sanatórios de Coimbra, construídos por iniciativa da Junta Distrital de Coimbra, sob direção do médico Bissaya Barreto, grande apoiador do general Oliveira Salazar, quais sejam: o Sanatório de Celas e o Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa do Brasil, que não foram construídos para atender ao programa de 1934, mas foram aproveitados, uma vez que já estavam concluídos à época; o Sanatório João de Almada, no Funchal; o Sanatório de Abraveses, em Viseu; e o Sanatório D. Manuel II, em Vila Nova de Gaia. Analisou-se também, por conta da proximidade arquitetônica e histórica com os demais estudados, o Sanatório da Guarda, em especial a ampliação realizada em 1947.

No caso brasileiro, consideram-se os sanatórios planejados na gestão de Getúlio Vargas pelo Ministério da Saúde, durante os anos de 1937 e 1945. Segundo dados do Fundo Gustavo Capanema, do CPDOC da FGV, foram projetados sanatórios para tuberculosos nos estados do Distrito Federal – cuja capital, à época, era a cidade do Rio de Janeiro (Sanatório de Santa Maria, em Jacarepaguá) –, Pará (Sanatório de Belém, 1938), Pernambuco (Sanatório Otávio de Freitas, em Recife, 1939-1946), Ceará (Sanatório de Fortaleza, 1938), Espírito Santo (Sanatório Getúlio Vargas, em Vitória, 1938-1942), Rio de Janeiro (Sanatório Azevedo Lima, em Niterói, 1939-1946), Rio Grande do Norte (Sanatório de Natal, 1939), Maranhão (Sanatório de São Luís, 1939), Sergipe (Sanatório de Aracaju, 1939-1941), Alagoas (Sanatório General Severiano da Fonseca, em Maceió, 1939-1946), São Paulo (Sanatório de Mandaqui, 1939), Paraíba (Sanatório Clementino Fraga, 1941-1946), Piauí (anexo ao Hospital Getúlio Vargas, 1941-1944), Minas Gerais (Sanatório Getúlio Vargas, projetado, mas não construído), Mato Grosso (Sanatório de Campo Grande, projetado, mas não construído), Bahia (Sanatório São Gonçalo dos Campos, projetado, mas não construído), Goiás (projetado, mas não construído), Amazônia (projetado, mas não construído) e Acre (projetado, mas não construído).

É a partir dos exemplares escolhidos em Portugal e no Brasil que se propõe analisar, neste artigo, a relação que pode existir entre o modo de funcionamento dos

sanatórios e as soluções arquitetônicas adotadas, apontando para uma modernidade construtiva e projetual.

De fato, as galerias de cura projetadas para o Sanatório de Celas (Figura 3), da cidade de Coimbra, ou mesmo para os sanatórios da Guarda, também em Portugal, por exemplo, são um testemunho da mudança de paradigma quanto a seu uso e função. No caso do primeiro, as galerias escalonadas do antigo asilo foram aproveitadas como um terraço separado para isolamento e tratamento dos pacientes por helioterapia. No estabelecimento da Guarda, por sua vez, as primitivas varandas em ferro, construídas em 1907, foram substituídas por balcões em concreto armado a partir dos anos 1930.

As novas varandas, tanto no Sanatório da Guarda, quanto no de Coimbra, obedeceram ao alinhamento da fachada em todos os pisos, com recursos que regulavam melhor a incidência do sol, fazendo uso, inclusive, de *paneaux* em tecido, e passariam a ditar a nova função das galerias de cura e terraços nos sanatórios dos anos 1930/1940. As galerias deveriam ser construídas em concreto armado, com um desenho e estrutura que permitissem um uso mais racional do sol, sem exposição excessiva, e que deveriam funcionar ainda como uma extensão dos quartos dos pacientes, permitindo o deslocamento de suas camas, sem desníveis ou perturbações, e que fossem protegidos de ventos. A mesma solução também seria adotada nos sanatórios brasileiros, que já passariam a se beneficiar dessa tipologia.

Em Portugal, a solução das galerias em fita e sobrepostas umas às outras teve mais aceitação, tanto para uma quanto para outra manifestação da doença, como se pode observar no projeto desenvolvido pelo arquiteto Vasco Regaleira para o Plano de Armamento Antituberculoso, desenvolvido em 1934 pela Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), tendo Lopo de Carvalho Filho à frente. Tal plano foi gestado em Portugal, entre os anos de 1931 e 1935, durante o Estado Novo Português, quando se previa a construção de sanatórios por todo o território luso, isto é, um em cada uma das dezoito capitais dos respectivos distritos continentais (Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Guarda, Leiria, Lisboa, Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Vianna do Castelo, Vila Real e Viseu), sem contar com o distrito da Ilha da Madeira. Treze desses hospitais-sanatórios seriam construídos nas cidades com mais de 250 óbitos e cinco nas com menos de 250 óbitos. Pode-se dizer que, de fato, apenas três deles foram finalizados, o de Viseu (1946), o de Vila Nova de Gaia (1949), cidade vizinha do Porto, na parte continental de Portugal, e o da Ilha da Madeira (1940), na parte insular (COSTA, 2014) (Figuras 4 e 5).

Os elogios ao sistema em degraus da fachada sul da edificação central do Hospital Pasteur, em Colmar, reforça a utilidade de um sistema tradicional defendido pelos sanatórios alemães, que seria plenamente usado no Brasil para o tratamento

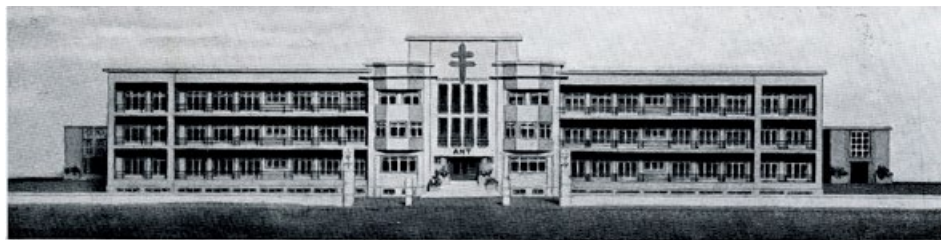
da tuberculose óssea, seguindo o exemplo dos sanatórios da antiga Tchecoslováquia. Todavia, a solução com as varandas em fita também foi adotada, o que sugere que houve uma tentativa de adequação dos sanatórios projetados ao tratamento da enfermidade, fosse ela de origem pulmonar ou óssea, a partir dos anos 1930.



Figura 3: Sanatório de Celas. Fachada Principal.
Fonte: Centro de Documentação Bissaya Barreto.



Figura 4:
Projeto do Grande Hospital-Sanatório de Lisboa. Espólio Vasco Regaleira.
Fonte: Acervo Biblioteca de Artes da Biblioteca Calouste Gulbenkian.



Hôpital-Sanatorium de District (en construction à Vizeu et Funchal)

Figura 5:

Desenho de um Hospital-Sanatório Distrital (para Vizeu e Funchal), publicado no Boletim da A.N.T. de 1937. Fonte: Acervo Biblioteca Geral de Coimbra.

Em 1935, o Ministério da Saúde do Brasil iniciou a construção de pequenas unidades hospitalares pelo Rio de Janeiro, então capital federal, procurando suprir a necessidade emergencial de leitos para o tratamento da doença. A partir de 1935, passaram a ser oferecidos leitos nos abrigos de Jacarepaguá e Bangu, o primeiro para homens e, o segundo, para mulheres, e ainda em outro abrigo, denominado Guilherme da Silveira, aberto em 1937; e, também, leitos em unidades hospitalares já existentes, por meio da construção de pavilhões para tuberculosos, como no tradicional Hospital São Sebastião (Abrigo do Retiro Saudoso), no Caju, aberto em 1936, e também na Santa Casa de Misericórdia.

O Diário Oficial da União de 24/12/1940 reconheceria que o ideal seria a construção de sanatórios de grandes dimensões, mas que, em meados dos 1930, o que era possível fazer era erguer abrigos de pequenas dimensões, seguindo o exemplo do Abrigo do Amorim, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1933 (que ganharia novas instalações a partir de 1938, com a transformação no Hospital Torres Homem), ou se adaptar espaços em hospitais tradicionais da cidade para atender à demanda, enquanto não se iniciava a construção dos sanatórios-hospitais. Em um documento anterior, de 1936, o Departamento Nacional de Saúde havia lançado o Plano Para a Campanha Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, em que se reconhecia que essa transitoriedade, que aproveitava “edifícios de objetivo normal diferente ao que foram construídos”, seguia uma fórmula antiquada e perpetuava a ideia de “hospitais para incuráveis”, e que esses deveriam ser substituídos por sanatórios (BRASIL, 1936, p. 295) ou por hospitais-sanatórios, cuja diferença real estava em sua localização (IDEM: 300), mesmo método adotado em Portugal. Enquanto o primeiro podia estar no meio da cidade – ainda dentro da ideia de se adaptar espaços já construídos, ou então anexos, a instituições existentes, o que resultava em espaços de pequenas proporções –, o segundo tiraria

proveito das vantagens climáticas de uma localidade mais afastada do centro urbano, o que, necessariamente, possibilitaria edificações de maiores dimensões.

O plano de 1936 previa a construção de três hospitais-sanatórios para o Rio de Janeiro, todos em Jacarepaguá, região quase rural dentro do município do Rio de Janeiro, sendo dois no terreno da Fazenda de Santa Maria – onde efetivamente foi construído um –, e o terceiro em terras da Colônia Juliano Moreira, originalmente erguida para doentes mentais, mas que, a partir de então, abrigaria também tuberculosos, primeiramente apenas do sexo masculino, mas, posteriormente, mulheres.²

Para a construção de tais sanatórios teria de se obedecer aos seguintes preceitos:

a) Tipo monobloco, convenientemente orientado de modo a se voltarem para os setores E,S, e intermediários, as partes do edifício destinadas à permanência de doentes e do pessoal técnico (salas de operação, laboratório etc.); b) separação dos sexos por andares ou alas de andares; c) suprimento adequado de água de boa qualidade; d) remoção e tratamento conveniente, possivelmente in loco, das águas residuais e do lixo; e) proteção contra os perigos de incêndio, incluídas aí a previsão, na construção, de saídas de escapamento e a instalação de extintores; f) situação central dos serviços gerais que compreenderão saguão de entrada, com portaria, local para visitantes e instalações sanitárias privativas; dependência para direção e administração, aí incluídos gabinetes para o diretor, e administrador, secretaria, arquivo, almoxarifado, depósito, oficina para pequenos reparos, garagem; lavanderia (...); cozinha (...); salas de refeição (...); barbeiro; dependências para recreio e educação dos pacientes, inclusive local para projeção cinematográfica (...); necrotério, com sala de autópsia; local para ensolamento (sic) de colchões, travesseiros etc.; g) situação central dos serviços médicos gerais que compreenderão: sala de estar para médicos (...); arquivos; bloco cirúrgico (...); instalação para raio-x (...); instalações para a prática do pneumotórax; gabinete oftalmo-otorrino-laringológico; gabinete dentário; laboratório; farmácia; instalações para fisioterapia, especialmente, helioterapia artificial, independente dos solários; h) dependência para pessoal interno, técnico e administrativo e i) acomodação para doentes (...) (BRASIL, 1936, p. 302-304)

Em relação à acomodação dos doentes, o documento descreve que os hospitais deveriam adotar três setores: um para doentes acamados, em que se prezava a separação de enfermarias, rouparia, serviços médicos e compartimentos de limpeza e desinfecção, bem como maior isolamento, inclusive nas galerias de cura (as varandas); outro para doentes semi-acamados, agrupados em dois ou três leitos nas galerias de cura, com os mesmos ambientes separados, como no caso dos acamados (enfermarias, rouparia,

² O Pavilhão de tuberculosos homens viria a ser o Jurandir Manfredini, inaugurado de fato em 1936, e o de mulheres seria o Pavilhão Nossa Senhora dos Remédios, aberto em 1945 (COSTA; GONÇALVES, 2015). Uma década mais tarde, seria construído o Sanatório de Curicica, também em terras da antiga colônia.

serviços médicos e compartimentos de limpeza e desinfecção), mas que poderiam dispor de refeitório separado e salas de estar e para terapia ocupacional; finalmente, o setor de doentes ambulantes, que podiam circular pelo refeitório geral, previa grupos maiores de três a quatro pessoas para as galerias de cura e também para as salas de estar próprias, além das demais salas separadas, seguindo a lógica para os outros pacientes.

A partir da metodologia sugerida para o Distrito Federal, com a edificação do Sanatório de Santa Maria, com capacidade para 600 leitos, em 1937, se daria a construção dos grandes sanatórios para todo o território brasileiro, quando se teve o início do Plano Federal de Construção e Instalação de Sanatórios, apelidado de Armamento Antituberculoso, mesmo nome cunhado por Portugal, como vimos. De fato, no ano seguinte, cinco sanatórios tiveram sua construção iniciada: o da cidade de Belém (350 leitos), o de Fortaleza (350 leitos) (Figura 6), o de Recife (350 leitos), o de Vitória (130 leitos) e o de Niterói (Hospital Azevedo Lima, também com 350 leitos). Em 1939, seriam iniciados ainda os de São Luiz, no Maranhão (150 leitos), o de Natal (100 leitos), o de Maceió (200 leitos), o de Aracaju (100 leitos) (Figura 7) e o de São Paulo (com 600 leitos), totalizando onze sanatórios. À época, a doença atingia cerca de 80 mil indivíduos por ano, número que de certa forma vem se mantendo historicamente (NETTO, 1997).

A partir de 1946, com a institucionalização da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), subordinada ao Serviço Nacional de Tuberculose, no governo de Gaspar Dutra (1946-1951), as ações de combate à tuberculose, na proposta do ministro da Saúde Ernesto de Souza Campos, conclamavam para uma “comunhão de responsabilidade financeira entre os poderes públicos, os órgãos de previdência e as organizações de benemerência” (CAMPOS *apud* RIBEIRO, 1956, p. 171), ampliando a ação para além dos espaços construídos anteriormente.

A Campanha se articulava em convênios de colaboração com entidades públicas e privadas de combate à doença, se concentrando nas áreas mais afetadas; intensificava o levantamento de dados epidemiológicos e os estudos da vacina BCG; atuava na melhoria das instalações dos sanatórios e dispensários, bem como no treinamento de seus funcionários e técnicos, por meio de cursos de formação e em pesquisa clínica; estudava a construção padronizada de novos dispensários e sanatórios; e criava legislação que estimulava a participação de órgãos de previdência e assistência entre seus associados e beneficiários (RIBEIRO, 1956).

No ano de sua institucionalização, 1946, a CNCT possibilitou a conclusão das obras de alguns sanatórios iniciados no governo Vargas, como o Sanatório Otávio de Freitas, de Recife (PE), o Sanatório General Severiano da Fonseca, de Maceió (AL) e o Sanatório Clementino Fraga, de João Pessoa (PA). E foi responsável, também, pela construção do

Sanatório de Curicica, no Rio de Janeiro, ainda nos primeiros anos da década de 1950, projeto de Sérgio Bernardes (1919-2002).

Nos projetos dos sanatórios dos anos 1940, percebe-se a intenção de se construir edifícios aptos a atender aos preceitos do plano do DNS, de 1936. Em destaque, o fato de serem todos monoblocos verticais, com varandas de curas, ora escalonadas (como em Recife, Fortaleza e Niterói), ora em fita e sobrepostas (como, por exemplo, no Rio de Janeiro, Belém, Espírito Santo e São Paulo), e cuja arquitetura buscava a limpeza formal e a racionalidade construtiva, bem próximo da arquitetura que tanto teria influenciado a arquitetura moderna, como nos fala Beatriz Colomina.



Figura 6:

Sanatório de Fortaleza, Ceará.

Fonte: CPDOC/FGV. S/data.



Figura 7:

Sanatório de Aracaju, Sergipe.

Fonte: CPDOC/FGV. S/data.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, os sanatórios construídos no século XIX e início do XX adotaram a substituição de suas antigas galerias de cura em madeira ou ferro por novas em concreto armado. A partir, sobretudo, dos anos 1930, quando a tuberculose teve uma nova epidemia a nível mundial, em consequência da Primeira Grande Guerra, os sanatórios passaram a adotar as galerias de cura como forte expressão plástica dos projetos arquitetônicos, privilegiando ora mais fortemente o escalonamento, ora a sobreposição das varandas, de acordo com o maior ou o menor uso da helioterapia no combate à doença.

Essa racionalidade construtiva, isto é, a proposta pensada especificamente tendo em vista o combate da tuberculose e de suas diferentes formas de manifestação, é que fez Beatriz Colomina associá-la aos princípios da arquitetura moderna: tuberculose pulmonar – ar puro e clima frio/sanatórios de montanha/varandas lineares; tuberculose óssea – ar puro e sol (helioterapia)/sanatórios à beira-mar/varandas escalonadas.

Em seu texto de 1997, Colomina evoca o exemplo do projeto de Tony Garnier para a Cidade Industrial, onde o complexo hospitalar domina o plano, situado na parte mais elevada, e onde o complexo esportivo toma o lugar da catedral como ponto central da cidade. Colomina aponta que os arquitetos “repetidamente usam a imagem da doença para expressar preocupações com a ordem social” (COLOMINA, 1997, p. 233, tradução do autor).

Em ambos os textos, a autora cita os trabalhos de Le Corbusier, em especial seu projeto para a Radiant City, de 1935, onde o arquiteto franco-suíço:

desqualificava o solo natural por ser ele um propagador do ‘reumatismo e da tuberculose’ e o declarava ‘inimigo do homem’. Ele advogava o pilotis com o papel de elevar o edifício do ‘solo molhado e húmido onde as doenças se procriavam’, e advogava os tetos e os jardins para o banho de sol e exercícios físicos. Ele utilizava desenhos médicos de pulmões e seu funcionamento interno, como ilustração de arquitetura, e desenvolveu um conceito de ‘respiração exata’, onde o ar interno circulava continuamente limpo, livre de poeira, desinfectado e pronto para ser consumido pelos pulmões. Uma a uma, todas as características dos preceitos da arquitetura moderna (pilotis, teto jardim, panos de janelas de vidro e ar puro) se revelaram dispositivos médicos (COLOMINA, 2003, p. 123, tradução do autor).

Esse programa de saúde, que tanto teria influenciado a arquitetura moderna, vive nos dias atuais um dilema: deve a arquitetura continuar a seguir os preceitos da medicina contemporânea e, assim, correr o risco de perder as suas características construtivas que tanto encantaram pesquisadores como Colomina, ou deve ser preservada a todo o custo? Quais os limites entre a conservação e o reuso que impõem desafios na sua preservação?

Como foram concebidos, os sanatórios deixaram de ter sua razão de ser após a descoberta da vacina BCG na metade do século XX, tendo, a partir daí, se iniciado um processo de abandono ou mesmo de reconversão que passaram a ameaçar sua integridade. A função original, uma das maiores bandeiras do movimento moderno, não havia mais razão para ser mantida. Em Portugal e no Brasil, contudo, muitos desses antigos sanatórios continuam com sua função na área da saúde, na grande maioria atendendo como hospitais gerais, o que, de certa forma, contribui para sua preservação. Mas, até quando? Muitos correm o risco de serem desativados, como aconteceu com o Sanatório de Celas, em Coimbra. E poucos são os de fato amparados por leis de proteção patrimonial, como ocorreu, recentemente, com o Sanatório da Guarda, inaugurado em 1907 e situado na região norte de Portugal. Tal acontecimento nos traz esperança de que sejam adotadas ações semelhantes para outros sanatórios.

O Sanatório de Abravezes, de Viseu, assim como o do Funchal, na Ilha da Madeira, ambos em Portugal, estão classificados como grau 6 no Sistema de Informação para o Patrimônio Arquitetônico (Forte Sacavém), o que indica: “registro em pré-inventário elementar, meramente identificativo, em que apenas se registam dados elementares relacionados com o objecto de registo, como a localização, designação e tipo de utilização”. Tal registro, porém, por si só não garante sua preservação. O processo de proteção ao Sanatório de Viseu se iniciou em meados dos anos 2000, sendo aberto processo formal no dia 6 de novembro de 2007, no IGESPAR/MC de Portugal, requerendo sua classificação. O documento ressalta a localização do terreno “sítio alto, alegre, vistoso e muito saudável. (...) O que certamente influenciou a construção de um sanatório neste local” (PROPOSTA de eventual classificação..., 2009). O parecer seguiu enaltecendo a arquitetura funcional do edifício, mas, ao final, não reconheceu nele “os elementos essenciais para a fundamentação de um processo de classificação de um bem imóvel”, sugerindo o arquivamento do pedido e mantendo apenas o registro de inventário.

No Brasil, e mesmo pelo mundo, iniciativas desse porte estão longe de serem uma unanimidade, como poderá ser melhor apreciado em outro artigo nesta parte III deste livro. Poucas ações de preservação encontram-se limitadas a casos únicos, como o tombamento do Hospital da Lagoa, de Oscar Niemeyer, pelo estado do Rio de Janeiro, e o pedido de salvaguarda do Sanatório de Curucica, obra de Sérgio Bernardes, de 1952, que se encontra em análise pelo Instituto Rio Patrimônio da Humanidade da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Uma tentativa de inventariação do patrimônio moderno da área da saúde foi capitaneada pelo Docomomo Internacional, entre 2011 e 2012, com proposta de encaminhamento dos bens inventariados à Lista Indicativa da Unesco.

O inventário brasileiro concretizou a indicação de representativos edifícios da área da saúde em diferentes partes do território nacional, incluindo numa única ficha os sanatórios brasileiros aqui apresentados neste artigo.³

Assim, os inúmeros questionamentos permanecem: como fazer para preservar esses sanatórios? Deverão eles ficar apenas como registro de uma forma de se fazer medicina? Isso será suficiente para iniciarmos uma campanha para sua preservação? Mas, quais de fato devem ser as ações para a preservação destes importantes edifícios modernos?

REFERÊNCIAS

ABRAHAM. La construction des sanatoriums d'altitude: sanatorium a Teplitz. In: BLOC, A (dir.) . *L'architecture d'jour d'hui. Les hospitaux*. Annéé 9, p. 74-78, mai.1938.

À LAREIRA. *A Saúde*, Coimbra, nº. 5, mar. 1931.

BARRETO, B. A peste branca. *Diário de Notícias*, Funchal, 1931. Entrevista concedida ao jornal.

BRASIL. Plano para a campanha contra a tuberculose no Rio de Janeiro. DNS e Assistência Médico-social. 1936.

CARAMULO, Estância de Cura e Repouso. *A Saúde*, Coimbra, nº. 1, jan. 1931.

CARVALHO, L. de. *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa: Imprensa Adolpho de Mendonça, 1935.

CREMNITZER, J. B. *Architecture et santé: le temps du sanatorium en France et en Europe*. Paris: Picard, 2005.

COLOMINA, B. Skinless architecture. *Thesis*, Wissenschaftliche Zeitschrift der Bauhaus-Universität Weimar, Heft 3, p. 122-124, 2003.

_____. The Medical Body In: *Modern Architecture. Daidalos: Architecture, Art, Culture*, nº. 64, 1997.

³ Coordenado pelo Docomomo-Rio, o inventário brasileiro apresentou as fichas do Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis (do arquiteto Paulo Motta); dos hospitais Einstein e do Câncer, de São Paulo (do arquiteto Rino Levi); do Sanatório de Curicica (de Sérgio Bernardes); dos hospitais da Lagoa (de Oscar Niemeyer) e do Andaraí (de Firmino Saldanha); do Laboratório de Febre Amarela da Fiocruz (do arquiteto Roberto Nadalutti); do Instituto de Puericultura (de Jorge Machado Moreira), todos localizados no Rio de Janeiro; do hospital das Clínicas de Porto Alegre (de Jorge Machado Moreira); do Instituto dos Antibióticos (de Mario Russo), em Recife; do Sanatório Santa Terezinha (projetado pela equipe da Campanha Nacional Contra a Tuberculose), em Salvador; e dos sanatórios de tuberculose projetados e construídos pela Divisão de Obras no Rio de Janeiro, Belém, Recife, Maracanaú, Vitória, Niterói, São Luís, Aracaju, Maceió, João Pessoa e São Paulo. Todos os edifícios elencados foram projetados entre os anos 1930 e 1960, dentro do período moderno de nossa arquitetura e foram escolhidos por sua qualidade arquitetônica, construtiva e por sua representatividade para a saúde. A ficha do Hospital Santa Terezinha foi elaborada por Nivaldo Vieira de Andrade Júnior, a do Instituto de Antibióticos por Luiz Amorim, Patrícia Menezes e Carolina Brasileiro, e, as demais, por Renato Gama-Rosa Costa, Ana Albano Amora e Inês El-Jaick Andrade. O inventário está publicado na página do Docomomo Brasil: www.docomomo.org.br, no *link homework* 2012.

COSTA, R. G. R.; CASASSOLA, A. P. G. Evolução urbana da Colônia Juliano Moreira. In: VENANCIO, A. T. A.; POTENGY, G. F. (Org.). *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015, v. 1. p. 59.

COSTA, R. G. R. O sanatório João de Almada e o armamento antituberculoso em Portugal (1934). In: *Revista Islenha*, v. 54, p. 135-148, 2014.

COSTA, R. G. R. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, A. et al. (Org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DOIS TOSTÕES para os tuberculosos pobres. *A Saúde*, Coimbra, nº. 23, dez. 1931.

OS MAUS ARES. *A Saúde*, Coimbra, nº. 1, jan. 1931.

MARTINS, J. P. O Sanatório da Covilhã. In: *Revista Monumentos*, Lisboa, nº 29, jul. 2009.

NETTO, A. R. Brasil: doenças emergentes ou reemergentes?. In: *Medicina*, Ribeirão Preto, 30:405, jul./set. 1997.

PASSINHO, C. D. *Estância sanatorial do Caramulo: a aculturação experimental da expressão moderna*. Prova Final de Licenciatura – Universidade de Coimbra. Coimbra, 2005.

PEREIRA, M. C. *Dispensários: a arquitetura da luta antituberculose*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Porto, Porto, 2012.

PRAIAS. *A Saúde*, Coimbra, nº 38, jul. 1932.

PROPOSTA de classificação do antigo sanatório distrital de Viseu.... Nº de Processo 06/18-23-01(XXXIX). 20-07-2009. Direção Geral de Cultura do Centro. Ministério da Cultura. Portugal.

RIBEIRO, L. *A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para a sua história*. Rio de Janeiro: Sul-Americana, 1956.


ROCHETA, J. *O estado atual da luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1944.

TAVARES, A. *Arquitetura antituberculose: trocas e tráficos na construção terapêutica entre Portugal e Suíça*. Porto: FAUP Publicações, 2005.

VELOSO, A. J. de B. *Caramulo: ascensão e queda de uma estância de tuberculosos*. Lisboa: By the Book, 2009.

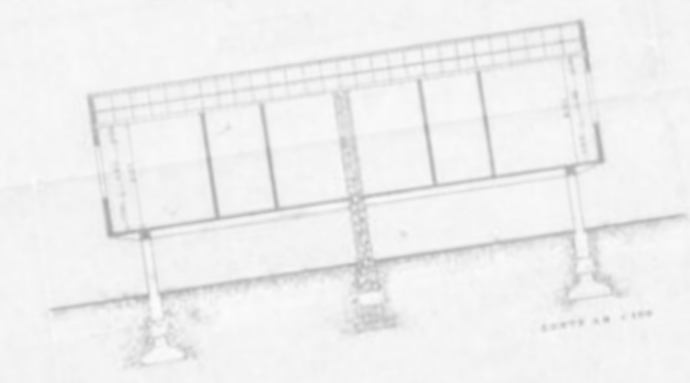
VETTER, W. L'Hopital Louis Pasteur a Colmar. *L'Architecture d'aujourd'hui*, 9^o année, maio 1938.

VIEIRA, Ismael Cerqueira. O pioneirismo da Madeira no tratamento da tuberculose em meados do século XIX. In: *Ler História*, nº. 61, 2011. XAVIER, Sandra. Em diferentes escalas: a arquitetura do Hospital-Colônia Rovisco Pais sob o olhar do médico Fernando Bissaya Barreto. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, nº. 3, jul./set. 2013.



Luiz Nunes e a arquitetura da saúde em Pernambuco:
o leprosário da Mirueira

Laura Alecrim e Luiz Amorim



ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
01	1	m²		
02	1	m²		
03	1	m²		
04	1	m²		

DATA DE CONSTRUÇÃO: 11/04

N a década de 1930, o Brasil encontrava-se sob os efeitos da crise mundial e em uma crise econômica sem precedentes, permitindo a chegada de Getúlio Vargas ao poder com duas premissas básicas: a extirpação dos males dos governos passados e a implantação de um programa de desenvolvimento para o país. Em Pernambuco, Carlos de Lima Cavalcanti foi nomeado interventor e, durante sete anos à frente do Poder Estadual, incentivou a equipe liderada pelo arquiteto Luiz Nunes na adoção de novos métodos de trabalho, no uso de novos materiais, enfim, de uma nova linguagem arquitetônica, moderna, como se pretendia que fosse sua gestão (BALTAR, 1987; BRUAND, 1981; MELO, 2001).

Carlos de Lima Cavalcanti desenvolveu políticas voltadas para o enfrentamento e a superação das carências básicas e imediatas de uma população em estado de profunda miséria. Suas principais ações de governo tiveram desdobramentos na área da saúde pública, com especial atenção à alimentação e à implantação de hospitais públicos; no setor de educação, através da criação de escolas profissionalizantes para crianças e adolescentes e cursos livres para adultos; como também no setor de abastecimento (MELO, 2001).

Mineiro, nascido em 1909, Luiz Nunes ingressou na Escola Nacional de Belas-Artes (ENBA) em 1926, formando-se em 1933. Enquanto estudante, acompanhou a primeira visita de Le Corbusier ao Rio de Janeiro, em 1929, e a tentativa de reforma da ENBA por Lúcio Costa, dois anos depois. A presença de Luiz Nunes neste contexto talvez tenha sido decisiva para a recepção da arquitetura moderna em Pernambuco (MARQUES; NASLAVSKY, 2007). Em 1934, um ano depois de formado, contratado pelo Governo do estado de Pernambuco, criou uma repartição de arquitetura como parte da Secretaria de Viação e Obras Públicas, a Diretoria de Arquitetura e Construção (DAC), depois chamada de Diretoria de Arquitetura e Urbanismo (DAU), que se encarregaria dos edifícios públicos do estado. Este episódio é singular por representar a introdução e a consolidação de princípios projetivos arquitetônicos modernistas, cuja relação entre processos produtivos e funcionais, a configuração espacial e a expressão construtiva e compositiva estava sendo redefinida.

Nunes desenvolveu no Recife um movimento autônomo daqueles que ocorriam nos dois grandes centros do país – São Paulo e Rio de Janeiro (BRUAND, 1981; BALTAR, 1987). O arquiteto tinha clara consciência do papel modernizador da arquitetura e de seu potencial transformador, considerando a arquitetura uma demonstração de cultura capaz de marcar uma época e desenvolvendo uma metodologia inovadora, como descreve Segawa (1998, p. 83):

Nunes tinha ciência do padrão construtivo regional e do empirismo técnico conservador e desqualificado da mão de obra. Ele criticava os maus resultados decorrentes de um sistema viciado, erros na

rotina de construções via concorrências públicas e a ineficiência do Estado em gerir suas próprias obras (...). Ele pretendia que os projetos fossem elaborados dentro de um “critério único”, na perspectiva de introduzir novos métodos e materiais de construção desenvolvidos a partir de pesquisas e ensaios tecnológicos visando a racionalização dos processos construtivos, o dimensionamento adequado e econômico das estruturas e a funcionalidade das plantas. As diversas fases de uma obra eram rigorosamente controladas e a etapa de canteiro de obras era permanentemente acompanhada com relatórios diários. Esse cuidado, que hoje parece óbvio do ponto de vista de sistematização do trabalho, era uma preocupação quase inédita naqueles tempos.

O primeiro edifício projetado por Nunes e equipe, a Usina Higienizadora de Leite, foi criado com o objetivo de organizar um fornecimento sistemático de leite para o Recife, por meio de um sistema que garantisse a higiene no transporte, a manutenção do produto e sua distribuição a partir da capital do estado em condições de ser consumido com segurança pela população. A usina fez parte de um plano de abastecimento desenvolvido pela Secretaria de Agricultura após o *Inquérito sobre as condições de vida das classes operárias do Recife*, elaborado em 1932, sob coordenação do médico Josué de Castro,¹ revelar, dentre outras coisas, que apenas 19% das famílias recifenses consumiam leite e que este consumo se dava em quantidades insignificantes (VAZ, 1988). Este edifício anunciava as inovações que o arquiteto introduziria na concepção e na gestão das obras públicas do estado nos anos subsequentes, e de forma emblemática, já que sua proposta veio substituir o projeto elaborado pelo engenheiro-arquiteto Heitor Maia Filho, figura proeminente no cenário estadual² (Figura 1). Maia Filho foi fundador da Escola de Belas-Artes de Pernambuco, em 1932, e tinha uma atuação profissional relevante, autor de edificações singulares no contexto local que anunciavam sua aproximação com os movimentos modernistas europeus dos anos 1910 e 1920 (ALECRIM; AMORIM, 2010).

Os projetos desenvolvidos por Nunes e equipe oferecem a oportunidade para entendermos as necessidades emergentes de uma nova sociedade, que, sob o governo do presidente Getúlio Vargas, visava à implantação de um programa de desenvolvimento para o país, assim como ao rebatimento dessas demandas na forma e no espaço

¹ Médico pernambucano que mais tarde se notabilizaria por sua abordagem científica do problema da fome.

² Não foram encontrados relatórios posteriores que fizessem referência às razões pelas quais o projeto teria sido alterado, ou melhor, preterido. Naslavsky (1998) discute as razões pelas quais o projeto de Maia Filho é abandonado em substituição à proposta de Luiz Nunes e aponta duas hipóteses: a) o status profissional de Nunes, arquiteto formado pela Escola Nacional de Belas-Artes e seu alinhamento com as vanguardas internacionais; b) a economia oferecida pela proposta de Nunes. Além disso, é muito provável que, ao assumir a recém-criada DAC, Nunes tivesse estabelecido diretrizes para o desenvolvimento de projetos para obras públicas do estado que o projeto de Maia Filho não seguia.

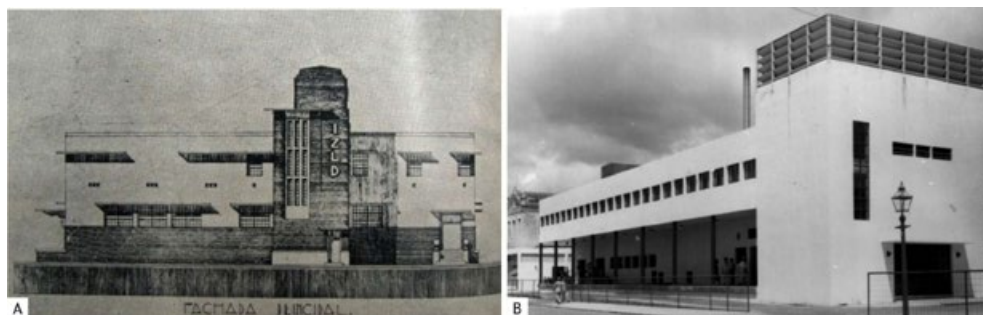


Figura 1:

Usina Higienizadora de Leite: (A) Proposta de Heitor Maia Filho, (B) Proposta de Luiz Nunes, construída.

Fonte: PERNAMBUCO (estado), 1933 / Acervo do Museu da Cidade do Recife.

arquitetônicos. Segundo Marques e Naslavsky (2007), os programas encomendados à DAC, por serem obras públicas de caráter social pensadas para atenuar as carências de setores infraestruturais, prestavam-se admiravelmente à adoção da linguagem moderna, proporcionando a Nunes um ambiente favorável à sua experiência inovadora. Os projetos de edificações e conjuntos destinados aos equipamentos de saúde do estado são de grande interesse, notavelmente por representarem, de forma evidente, a conjugação entre as ações de modernização do aparato estatal e de inovação nos campos das ciências médicas, da arquitetura e da construção.

DA POLÍTICA SETORIAL E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EM PERNAMBUCO

A virada do século XVIII para o século XIX marcou um momento de grandes alterações, tanto na prática médica quanto nas instalações hospitalares. No contexto das transformações sociais do século XVIII, foram dois fenômenos distintos que deram origem ao hospital terapêutico: a inserção da disciplina no espaço hospitalar e a transformação do saber médico. Foucault (2012) entende a disciplina como uma técnica de exercício de poder, aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens no século XVIII. A disciplina modificou a organização de outros equipamentos além do hospital: nos exércitos, o amontoado de soldados desordenados e sem preparo foi substituído por um agrupamento de soldados treinados e ordenados de modo que sua eficácia fosse máxima; na escola, o ensino individual foi substituído por um ensino coletivo, em simultâneo a todos os alunos, organizado segundo o nível de conhecimento. Para Foucault (2012, p. 181), tais objetivos eram alcançados a partir de uma precisa distribuição espacial dos indivíduos: “a disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. E a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório”. Os edifícios se tornaram, então, mais complexos, em

função dos desenvolvimentos científicos no campo da medicina, que levaram a uma melhor compreensão das doenças e do corpo humano. Fazia-se necessário classificar e separar esses doentes e a arquitetura hospitalar passou a funcionar como uma ferramenta a mais para contribuir com o tratamento e cura dos pacientes.

Até o início do século XX, a assistência hospitalar no Brasil estava confiada às Santas Casas de Misericórdia. Estes hospitais cumpriam um papel mais humanitário, de amparo espiritual ao doente, do que terapêutico. Somente em fins do século XIX têm início os hospitais terapêuticos, fundamentados nas recentes descobertas científicas e com forte atuação do Estado. Esta atuação, em caráter nacional, foi consolidada com a Revolução de 1930 e a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). Tal medida fazia parte dos planos do governo de formar um Estado forte e centralizado, o que resultou em uma série de reformas do setor público a fim de formar um aparato governamental atuante em todo o território nacional. Já no primeiro ano, foi criado o MESP, com o objetivo de se responsabilizar por todos os assuntos referentes ao ensino, à saúde pública e à assistência hospitalar (SALLES, 1971). Em Pernambuco, o governo de Carlos de Lima Cavalcanti deu grande atenção ao setor da saúde, confiando a Nunes e a sua equipe a responsabilidade de projetar os edifícios (VAZ, 1988).

Ao estudar a construção destes projetos no contexto do desenvolvimento da medicina, observa-se que estes se relacionam com mudanças profundas do conhecimento científico. Compreende-se que a produção de um edifício é precedida de expectativas da sociedade, representada por uma série de regras de funcionamento social, normas que regem as dinâmicas sociais. Estes pressupostos sociais, chamados por Markus (1987) de texto, descritos ou prescritos na língua falada ou escrita, não são inocentes, carregando significados nas entrelinhas. A linguagem está implícita em todas as atividades humanas, portanto é inevitável que esteja relacionada com o desenho, a produção e o uso do espaço. Estes textos podem então ser prescritivos, ao antecipar sua construção, na qual eles “desenham” o edifício, ou descritivos, quando se relacionam com o edifício já construído. O uso da linguagem em si já é uma prática social, uma vez que esta está implicada na reprodução de ideias, relações, atitudes e valores que existem em uma sociedade, não sendo meramente um veículo de informação neutro. Da mesma forma que o próprio edifício não é uma mera construção, mas um discurso social por guardar nele as características da sociedade (MARKUS, 1993; MARKUS; CAMERON, 2002).

Na área de saúde mental, Ulysses Pernambucano, responsável pela profunda transformação da psiquiatria em Pernambuco, assessorou e realizou estudos sistemáticos sobre a saúde mental junto à população do Recife, especialmente a partir de 1930, quando assumiu a coordenação da saúde mental em todo o estado e formulou um programa que caracterizava uma verdadeira revolução no setor³ (VAZ, 1988). Em 1924,

o governo do estado assumiu a administração do Hospital de Alienados, que até então estava sob responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia, visando à implantação da terapêutica moderna:

Para dr. Ulysses, o doente mental era principalmente um homem doente ao qual a sociedade negava o direito de uma vida ativa e feliz. Sua grande preocupação foi cercar-se de colaboradores e discípulos para empreender o trabalho de larga envergadura que idealizara: demolir os calabouços, jogar fora as camisas de força, dar tratamento aos doentes em espaços adequados por métodos adequados, bem como assistência integral do ponto de vista alimentar, medicamentoso e social (HUTZLER, 1987, p. 28).

Hutzler (1987) considera que as mudanças realizadas no Hospital da Tamarineira foram o início da reforma da assistência a psicopatas no estado, tendo por base a filosofia da chamada Escola Psiquiátrica do Recife. Na década de 1930, este hospital, já reformulado, foi destinado apenas aos casos agudos. Para os casos crônicos, foi criada, em 1932, a Colônia Agrícola de Barreiros, localizada em município de mesmo nome, por meio da reforma da antiga Escola de Agricultura e da construção de novos pavilhões, projetados pela equipe da DAC, destinada a proporcionar a terapêutica pelo trabalho aos doentes.

Ulysses Pernambucano levantou também a questão da educação de crianças anormais.⁴ Já em 1923, o médico havia apresentado ao Governo do estado de Pernambuco uma proposta de criação de uma escola especial, através da inclusão de uma nova unidade no Curso de Aplicação. A escola foi criada por ato do governador Sérgio Loreto, em janeiro de 1925, quando teve início uma série de estudos e pesquisas, intensificados quando da criação do Instituto de Psicologia, a fim de identificar a quantidade e os tipos de anormalidades existentes na população (BARRETTO, 1992; VAZ, 1988). Entretanto, nesse momento a escola não chegou a funcionar como entidade própria.

As alterações no campo da psiquiatria resultaram também na criação, pela sociedade civil, da Liga de Higiene Mental de Pernambuco, composta por médicos, psicólogos, biólogos, criminalistas, sociólogos e estudiosos dos problemas sociais (HUTZLER, 1987). A liga lançou uma campanha para arrecadação financeira junto a empresas e pessoas físicas, solicitando à DAC, em 1934, um projeto para a Escola de Anormais,⁵ idealizada por Ulysses Pernambucano anos antes. Sua pedra fundamental foi

³ É criada, em janeiro de 1931, a Divisão de Assistência a Psicopatas de Pernambuco, formada pelos seguintes órgãos: para serviço a doentes mentais não alienados, ambulatório e hospital aberto; para serviços para doentes mentais alienados, um hospital para doentes agudos e colônias para doentes crônicos; manicômio judiciário; e um Serviço de Higiene Mental, composto do serviço de prevenção a doenças mentais e o Instituto de Psicologia (MIRANDA, 2007).

⁴ O termo “anormal” era então corrente para designar os portadores de deficiência mental (BARRETTO, 1992; AMORA, 2006).

⁵ Nos projetos, constantes no Apeje, tem-se o nome “Escola para Débeis Mentais”. Algumas publicações, como BRUAND (1981), a chamam de Escola para Excepcionais.

lançada no mesmo ano, embora concluída apenas em 1941, sendo então chamada de Escola Especial Aires Gama (BARRETTO, 1992; OLIVEIRA, 2001; VAZ, 1988).

Os documentos arquivados no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (Apeje) contêm duas propostas para a escola – uma com bloco térreo (ala menor) e com dois pavimentos (ala maior) e, outra, com dois e três pavimentos, respectivamente. A primeira é datada de fevereiro de 1935 e, a segunda, de outubro do mesmo ano. O bloco menor reunia os ambientes para as atividades comuns – educação (salas de trabalho), atividades lúdicas, alimentação, enquanto que o bloco maior abrigava os dormitórios e sanitários dos internos, bem como a diretoria, os serviços médicos e a biblioteca. Os dormitórios, divididos em duas alas com seus respectivos sanitários, eram separados por uma unidade de vigilância. Desta, era possível acessá-los diretamente, garantindo a supervisão sobre os internos.

Já o Hospital da Brigada Militar, ou Hospital da Força Pública do estado de Pernambuco, foi construído com a finalidade de atender os integrantes das tropas e suas famílias. Vaz (1988) aponta que este projeto não apenas fazia parte do programa de saúde, mas inseria-se no programa de reestruturação da força pública do estado, que se encontrava bastante fragilizada e mal equipada. Esta reestruturação era uma peça-chave para a estabilidade do governo estadual e incluía, ainda, ações de educação da tropa, seu reaparelhamento e a busca de intenso contato com a sociedade civil. O complexo foi então concebido de modo a recompensar o apoio dos militares ao governo, incluindo, além do hospital, um campo de futebol, quadras de tênis e sala de cinema.

O edifício seguiu os novos padrões de projeto para hospitais, adotando as disposições em blocos em vez da disposição em pavilhões. Até então se tinha a ideia de que a propagação das doenças ocorria através de miasmas, gases gerados por matéria orgânica em decomposição. Daí a necessidade de que as enfermarias fossem dotadas de intensa iluminação natural e ventilação cruzada, resultando na configuração pavilhonar dos hospitais. Esses consistiam em salões longos e estreitos, com leitos dispostos perpendicularmente às paredes e pé-direito alto e janelas altas dos dois lados, garantindo, assim, a higienização dos espaços internos por meio da ventilação cruzada e da iluminação natural. Em fins do século XIX, o cenário médico e científico se transformou rapidamente, modificando os conceitos de organização hospitalar. O papel das bactérias na transmissão das doenças foi esclarecido e a adoção de procedimentos antissépticos e a esterilização instrumental passaram a ser mais importantes do que a circulação dos ventos para expulsar os supostos miasmas. Além disso, os progressos na área de diagnósticos e terapia reduziram consideravelmente o tempo de permanência dos pacientes internados, de modo que os médicos passaram a ser mais tolerantes com a diminuição da qualidade ambiental das enfermarias. Finalmente, a complexidade dos

diagnósticos e tratamentos tornava o atendimento domiciliar, comum às famílias mais abastadas de então, inviável. Deste modo, houve uma mudança no perfil dos usuários, o que resultou na necessidade de novos tipos de acomodações, com maior privacidade, provocando a subdivisão das antigas enfermarias. Além disso, a escassez de mão de obra da área de enfermagem tornou difícil o acompanhamento de todos os pacientes, diante da grande extensão dos corredores, sendo os percursos consideravelmente reduzidos com a organização vertical (MIQUELIN, 1992). Segundo Vaz (1988), o Hospital da Brigada Militar, juntamente com o Hospital da Faculdade de Medicina de São Paulo, foram os primeiros exemplares brasileiros a adotar esta visão moderna da medicina.

Esse edifício consiste em dois blocos levemente inclinados cruzados por um bloco central. No térreo está localizado o ambulatório, que possui acesso independente para os pacientes que não necessitam de internamento, mas também se liga à área hospitalar, para acesso dos internos. No primeiro e segundo pavimentos estão localizadas as enfermarias e os quartos. Nunes e sua equipe organizaram as instalações de modo a atender a duas exigências. A primeira, de ordem médica, consistia em separar as enfermarias conforme os tipos de doenças (por exemplo, doenças venéreas, doenças de pele). A segunda, de ordem socioadministrativa, se dava de acordo com a patente do interno. Foram previstas enfermarias com dez leitos para os praças, com quatro leitos para os sargentos e quartos individuais para os oficiais. Conforme depoimento de Nunes, estas duas exigências nortearam a organização do hospital:

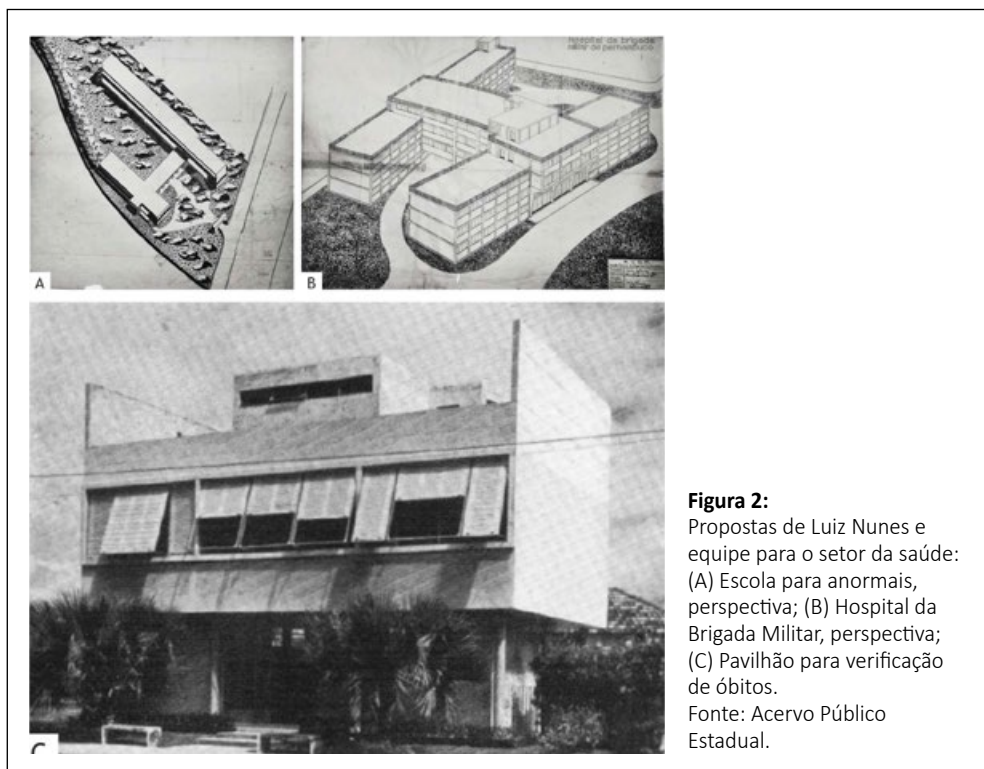
Este projeto foi estudado de acordo com as normas de um hospital militar, com acomodações previstas para praças, sargentos e oficiais. A fim de atender às exigências do programa preestabelecido e de solucionar o problema que se apresentava, tal o de às vezes hospital e quartel se confundirem, estudaram-se com minucioso cuidado todos os detalhes, de forma a se poder selecionar duplamente os doentes, de acordo com suas enfermidades e categorias (NUNES *apud* VAZ 1988, p. 56).

Em outro edifício, o Pavilhão de Anatomia Patológica, projetado por Nunes e equipe obteve reconhecimento internacional, tendo sido selecionado por Philip Goodwin para compor a exibição *Brazil Builds* e publicado no livro correspondente (GOODWIN, 1943). A edificação é fruto do esforço do professor Aggeu Magalhães para a criação, em dezembro de 1932, do Serviço de Verificação de Óbitos, segundo convênio firmado entre o governo estadual, por meio do Departamento de Saúde Pública, e a Faculdade de Medicina do Recife. Compunha o conjunto de três edificações: o Pavilhão de Verificação de Óbitos e o de Anatomia Descritiva. Costa (1992) destaca que este esforço teve por objetivo estruturar o departamento do professor, a partir da construção deste edifício, com instalações modernas. O prédio, distribuído em três andares, continha “sala de espera, para família dos mortos, sala para secretaria e arquivo, sala para exame de

material de autópsia e macroscópico, quarto do zelador e gabinete sanitário” (Freitas, 2010, p.165). As atividades desenvolvidas foram fundamentais para a formação de profissionais no campo da medicina, bem como da pesquisa científica no campo da saúde. As unidades obtiveram reconhecimento científico e social, particularmente pelos trabalhos científicos publicados e pelos achados de necropsia (COSTA, 1992).

Esta é, dentre as edificações analisadas, a que mais se aproxima da linguagem arquitetônica de matriz corbusieriana, satisfazendo quatro dos cinco pontos da nova arquitetura (LE CORBUSIER, 1988): a planta e fachada livres, o teto jardim e a janela em fita ou *fenêtre en longueur*. Apesar de a construção ser feita sobre pilotis, a área do térreo não seria destinada ao uso público, como preconizado pelo arquiteto franco-suíço. (Figuras 2a, 2b e 2c)

Uma obra pouco lembrada, do conjunto produzido por Nunes e equipe, é a Casa da Criança, por, em princípio, não se enquadrar no conjunto de obras inovadoras discutidas largamente pela literatura (BRUAND, 1981; VAZ, 1988; SEGAWA, 1998), tendo em vista seu aparente afastamento dos princípios compositivos e construtivos associados ao movimento moderno. Projetada em 1934, esta unidade encontra-se entre as primeiras realizações do grupo e pode ter sido fruto das condições apresentadas pela introdução de novos procedimentos de concepção e construção de obras públicas. Foi



idealizada pelo dr. Décio Parreiras (COSTA, 1992) para o atendimento ambulatorial. Em certa medida, se assemelha, como destacado por Rita Vaz (1988), a um centro ou posto de saúde. Oferecia consultório de atendimentos e salas específicas para o tratamento de doenças de olhos e garganta, sala de pequenas cirurgias e serviços de diatermia (tratamento de calor para tratamento de tecidos por meio de ultrassom) e dietética, demonstrando a preocupação com a nutrição das crianças, contemporaneamente aos primeiros estudos do dr. Nelson Chaves, dedicado estudioso da desnutrição infantil.

O LEPROSÁRIO DA MIRUEIRA

Dentre os projetos de Nunes e equipe relacionados ao setor da saúde, destaca-se o Leprosário da Mirueira, que fez parte de um plano nacional de combate à hanseníase e resultou na construção de vários leprosários em todos os estados brasileiros.⁶

Até fins do século XIX, a hanseníase, outrora chamada de lepra,⁷ era tratada nos hospitais de lázaros, que tinham como função amparar o doente até sua morte, sem alterar a evolução da doença (BRASIL, 1960). Com os avanços da medicina e a identificação do agente etiológico da lepra, em 1873, a ideia de que se tratava de uma doença hereditária, defendida até então, foi questionada, abrindo espaço para uma nova teoria baseada na contagiosidade.

O que é positivo é que a molestia se transmite. O como, não sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depósitos do vírus. Isto está provado. Dahi a necessidade de isola-lo da comunidade (CRUZ, 1956 [1913], p. 117 [sic])

Foi com a Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz, em 1904, que a lepra, dentre outras doenças contagiosas, passou a ser considerada problema de saúde pública. Diante disto, foram determinados a sua notificação compulsória e o isolamento obrigatório do doente em hospitais-colônias:

O caracter essencialmente chronico do mal [a lepra] impede que se tome, em relação a molestia, as medidas de isolamento num hospital geral de isolamento. O leproso póde, durante muitos annos, dedicar-se ao trabalho; por isso sua seqüestração da sociedade deve ser feita, não num hospital, mas em estabelecimentos adequados, 'colônias de leprosos', onde, ao lado do indispensável tratamento, encontrem os lázaros elementos necessários

⁶ Estes leprosários foram estudados em pesquisa específica, com análise detalhada de alguns exemplares construídos no Brasil, dentre eles o Leprosário da Mirueira. Trata-se da dissertação de Laura Alecrim, sob orientação de Luiz Amorim, intitulada "Arquitetura Profilática: Leprosários Brasileiros (1918-1949)".

⁷ No Brasil, o termo lepra e seus derivados foram abolidos em 1976 e substituídos pela terminologia hanseníase, definida na Lei Federal nº 9.010/95. Neste trabalho, optou-se pelo uso constante da terminologia lepra em conformidade com os termos utilizados no período ao qual esta pesquisa se refere.

para aplicação de sua atividade, ainda muito aproveitável (CRUZ *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956 [1905], p. 116 [sic]).

Em consonância com as práticas internacionais, o isolamento compulsório dos doentes passou a ser discutido no Brasil já em fins do século XIX e foi oficializado como medida profilática na luta contra a lepra pelo Governo Federal em 1920.⁸ Para Souza-Araújo (1948; 1956), este é o marco inicial da moderna profilaxia da lepra no país. Esta consistia em uma profilaxia baseada em conceitos científicos e com uma vertente humanitária que tinha no tripé leprosário-dispensário-preventório seu meio de ação. Estes equipamentos representam as três funções consideradas essenciais para o controle da doença: o isolamento dos doentes, o controle dos comunicantes e a prevenção dos filhos sadios dos doentes. Os doentes, meio de propagação do mal, deveriam ser separados da sociedade sadia, protegendo-a da contaminação, e serem tratados nos leprosários construídos para este fim. Diante do lento desenvolvimento da doença, os indivíduos a serem isolados eram ainda produtivos, por isso a opção pelo isolamento em colônias. Os familiares e outras pessoas que convivessem com os doentes até o momento de seu isolamento – os comunicantes – deveriam ser monitorados a fim de verificar se haviam sido contaminados. Tal tarefa era desenvolvida nos dispensários. Finalmente, os filhos sadios dos doentes deveriam ser separados destes logo ao nascer, evitando assim a sua contaminação. Estes eram levados aos preventórios, instituição que cuidava da criança até a maioridade.

A ideia da construção de colônias agrícolas se firmou nos anos seguintes como modelo principal para os leprosários. No entanto, este não pôde ser posto em prática imediatamente, pois poucos estados podiam arcar com as despesas de construção dos leprosários (AGRÍCOLA, 1960), restringindo-se às iniciativas estaduais nos principais focos da doença, como, por exemplo, nos estados de São Paulo e de Minas Gerais. Na maioria dos estados, mesmo com discussões sobre as medidas profiláticas e a criação de órgãos responsáveis pela doença, os hospitais de lázaros eram ainda os responsáveis pelo abrigo dos doentes. Em Pernambuco, o Serviço de Lepra foi criado em 1922, como parte do Serviço de Profilaxia Rural. Já nessa época, teve início um acompanhamento dos doentes não internados, por meio dos dispensários de doenças venéreas, mas o isolamento continuava a ser realizado de forma precária no Hospital de Lázaros (OLIVEIRA, 2007).

Como dito, com a Revolução de 1930 e a chegada de Getúlio Vargas ao poder, a saúde foi encarada como problema nacional. Entretanto, nos primeiros anos, a atuação federal de combate à lepra ainda era muito tímida. Os auxílios financeiros da União destinavam-se, de modo geral, às ações no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, enquanto alguns estados desenvolviam ações independentes (CUNHA, 2005).

⁸ Decreto Federal 14.354 de 15 de setembro de 1920.

Em 1935, foi elaborado o Plano Nacional de Combate à Lepra. De acordo com João de Barros Barreto, então diretor nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, a solução de um problema de cunho nitidamente nacional deveria ser executada pelo governo federal e por ele orientada de forma que se obtivessem “uniformidade de diretrizes e continuidade de ação” (BARRETO *apud* CUNHA, 2005, p. 90). O plano de construções, parte componente do Plano Nacional de Combate à Lepra, previa a construção de leprosário em quase todos os estados que ainda não os possuísem, possibilitando que o isolamento, previsto em lei desde 1920, fosse finalmente posto em prática.

Para além dos objetivos de tratamento médico, associados a pesquisas para melhor compreensão da doença, o leprosário foi concebido como uma colônia isolada da sociedade. Este deveria suprir todas as necessidades dos doentes, abrigando, além da unidade hospitalar, residências, oficinas, áreas destinadas à agricultura e à criação de animais e de equipamentos de lazer. Configurava-se numa verdadeira cidade, onde os doentes poderiam refazer suas vidas.⁹

As expectativas médico-sociais para os leprosários apontavam dois objetivos aparentemente contraditórios. Por um lado, isolar o doente da sociedade, o que deveria ser realizado sem que o leprosário tivesse aspecto hospitalar ou de prisão, portanto, sem a construção de muralhas

pelo mau efeito causado no ânimo dos internados, aos quais se deve evitar qualquer impressão de reclusão forçada preferindo-se outros meios de contenção, maxime os decorrentes de uma boa vigilância, além dos elementos de ordem moral que devem ser mobilizados no sentido de fazer do hospital um ambiente mais atraente (PONDE, 1948, p. 289 [sic]).

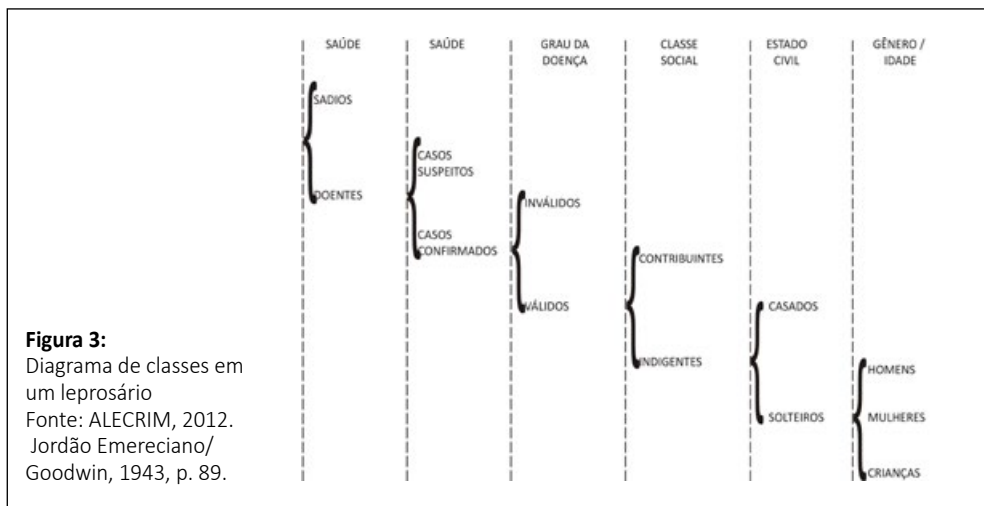
Poroutro lado, o caráter humanitário recomendava que os leprosários oferecessem um ambiente onde os doentes pudessem gozar de uma vida aparentemente livre, contrária àquela que a sociedade comum lhe oferecia. Nos leprosários, “[...] os lazarus farão uma sociedade a parte. Haverá para as crianças, mulheres, homens e velhos o convívio, a troca de idéas, as diversões, o trabalho” (NEIVA, 1956[1918], p. 247 [sic]).

Assim, em uma vertente científica e humanitária, o leprosário deveria proteger a comunidade dos perigos da contaminação e oferecer ao doente tratamento em um ambiente digno, de modo aproximado a uma vida em sociedade. Do ponto de vista científico, o isolamento do doente consistia no isolamento do bacilo. Deste modo, não bastava retirar do convívio social o portador do bacilo, mas inseri-lo em um ambiente regido por preceitos higiênicos rigorosos, sendo necessária a subordinação do doente ao tratamento. Nos leprosários, instrumentos de controle social se associavam a instrumentos terapêuticos.

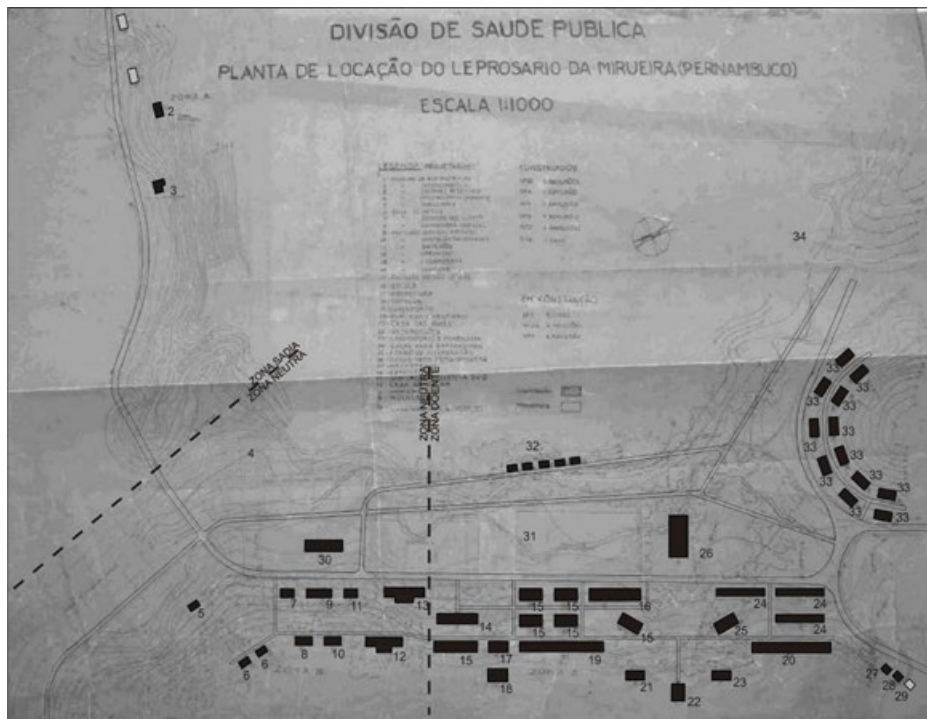
⁹ Ver “Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase” (AMORA, 2009).

Os casos suspeitos deveriam ser mantidos em pavilhões de observações. Confirmado o caso, a pessoa estava destinada ao isolamento. Deste modo, ficava marcada a primeira e mais evidente distinção categórica entre os usuários do complexo: o doente e o sadio. Os doentes eram inicialmente classificados em “válidos” e “inválidos”, sendo estes últimos locados nas enfermarias. Aos casados ou às famílias era permitido coabitar em departamentos específicos do estabelecimento, enquanto solteiros e crianças residiam em pavilhões coletivos, separados por idade e gênero. Aos doentes abastados, era oferecida a possibilidade de aluguel de casas construídas para este fim ou mesmo a construção da própria habitação, além de manterem-se e tratarem-se por conta própria. Os doentes deveriam então ser organizados no leprosário de modo que fosse “respeitada a hierarquia peculiar a todas as sociedades humanas” (CONTINENTINO, 1933, p. 834 [sic]).

O leprosário pode então ser entendido como uma instituição total (GOFFMAN, 2005), ordenada segundo textos prescritivos (MARKUS, 1993; MARKUS; CAMERON, 2002) que classificam e enquadram sujeitos e atividades com o propósito de garantir a eficiente profilaxia da lepra através da *re-formação* dos doentes. O leprosário surge como a materialização destes conceitos e como ferramenta para se atingir os objetivos do combate à lepra. Para atingir seus fins, se faziam necessários a separação máxima entre as categorias e o controle absoluto dos doentes segundo vários critérios: grau de acometimento da doença, renda, estado civil, gênero e idade. Estas classes estão presentes tanto no discurso que deu origem aos leprosários como na configuração espacial destes. (Figura 3)



O Leprosário da Mirueira (Figuras 4 e 5), desenvolvido por Nunes e equipe, fez parte do Plano Nacional de Combate à Lepra e seguiu os preceitos discutidos acima. Foi construído em um pequeno vale envolto por morros, próximo a uma mata virgem, afastado dos centros urbanos do Recife e das cidades circunvizinhas, mas oferecendo



- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 1 CASAS GEMINADAS DA ADMINISTRAÇÃO | 14 PAVILHÃO DE INTERCORRÊNCIAS | 24 PAVILHÃO DE HABITAÇÃO COLETIVA FEMININO (28 DORMITÓRIOS) |
| 2 CASA DO MÉDICO | 15 PAVILHÃO DE HABITAÇÃO COLETIVA MASCULINO (28 DORMITÓRIOS) | 25 PAVILHÃO DAS CRIANÇAS |
| 3 CASA DO ADMINISTRADOR | 16 PAVILHÃO DE COZINHA E REFEITÓRIO | 26 PAVILHÃO DE DIVERSÕES |
| 4 HORTA | 17 OFICINAS | 27 PAVILHÃO DA LAVANDERIA |
| 5 CASA DA USINA | 18 ISOLAMENTO | 28 PAVILHÃO DE COSTURA |
| 6 CASA DAS IRMÃS | 19 PAVILHÃO DE HABITAÇÃO COLETIVA MASCULINO (50 DORMITÓRIOS) | 29 PAVILHÃO DOS LOUCOS |
| 7 PAVILHÃO DE ADMINISTRAÇÃO | 20 PAVILHÃO DE HABITAÇÃO COLETIVA FEMININO (50 DORMITÓRIOS) | 30 PAVILHÃO DE OBSERVAÇÕES |
| 8 CASA DOS ENFERMEIROS | 21 PREFEITURA | 31 ÁREA LIVRE DE ESPORTES E LAZER |
| 9 LABORATÓRIO E FARMÁCIA | 22 CAPELA | 32 CASAS PARA PENSIONISTAS |
| 10 EXPURGO E VESTIÁRIO | 23 ESCOLA | 33 CASAS GEMINADAS DO ARRAIAL (CASAS) |
| 11 PAVILHÃO DO PARLÁRIO | | 34 CEMITÉRIO |
| 12 ENFERMARIA COM SALA DE OPERAÇÕES | | |
| 13 PAVILHÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS | | |

Figura 4:

Plano do Leprosário da Mirueira

Fonte: APEJE, Divisão de Iconografias, Planta: 215/3 / Edição dos autores.



Figura 5:

Vista geral do conjunto a partir da zona dos casados

Fonte: CPDOC – Arquivo Gustavo Capanema, Ref. GC foto 529.

facilidade de acesso. A primeira e mais evidente distinção categórica se dava entre o interior e o exterior do leprosário. A fim de garantir a separação do mundo da instituição do mundo exterior, a estrutura física para isolamento aparecia como elemento fundamental em uma instituição total (GOFFMAN, 2005). No entanto, as expectativas sociais apontavam que qualquer impressão de reclusão forçada deveria ser evitada. A recomendação de instalação do leprosário em terrenos acessíveis por um ponto, e intransponíveis por todos os outros (CONTINENTINO, 1933), permitiria que este se organizasse em profundidade sem a necessidade de construção de muros.

Entretanto, o princípio do isolamento não era suficiente para garantir o funcionamento da instituição, sendo necessária também a divisão do espaço segundo as distintas classes e a distribuição dos indivíduos neste espaço, sendo cada um definido “pelo lugar que ocupa na série, e pela distância que o separa dos outros” (FOUCAULT, 2004, p. 125), estabelecendo-se, assim, presenças e ausências, instaurando comunicações e interrompendo outras, e podendo-se vigiar e analisar o comportamento de cada indivíduo. Deste modo, o leprosário foi dividido nas três zonas propostas pelo discurso profilático: uma zona destinada aos sadios, outra aos doentes e uma faixa neutra entre estas. A zona sadia encontrava-se na área mais elevada do terreno e abrigava as residências dos funcionários da administração, do médico e do diretor. Esta posição elevada da zona sadia permitia aos dirigentes uma vigilância de toda a zona neutra e doente. O acesso ao leprosário se dava obrigatoriamente pelo setor sadio. Com a interface das residências da equipe médica e administrativa com a via de acesso, um tipo de controle é conferido pela potencial vigilância que os sadios poderiam exercer.

Da zona sadia seguia uma via a partir da qual se distribuíam a zona neutra e a zona doente, localizada na parte mais baixa do terreno e cercada por morros. Apenas uma ligação era oferecida entre as duas zonas, pela via onde se localizava a enfermaria. Afora esta, toda relação entre elas se dava por intermédio da via principal. Porém, as relações com esta via eram tão fluidas e com tantos pontos de contato que elas poderiam ser entendidas como uma grande zona. Era somente na relação da via mediadora com os sadios que havia um nó de corte, ou seja, uma ligação que, se removida, resultaria em dois sistemas distintos (STEADMAN, 1983). Esta forma de acesso ao setor doente caracterizava o controle exercido sobre as movimentações de e para o mesmo.

A zona neutra continha um pavilhão de observação, o prédio da administração, um laboratório com farmácia e a residência das irmãs. Havia uma casa para os enfermeiros e um pavilhão de expurgo e vestiário, onde os funcionários, após contato com os doentes, eliminavam os perigos de contaminação. O limite entre as zonas neutra e doente era marcado pelas instalações nas quais se fazia necessária a circulação de doentes e sadios: o parlatório, destinado às visitas de externos aos doentes, o pavilhão de serviços médicos,

civil ou grau de acometimento da doença não importavam. Neste plano, a zona central, marcada pela área de esportes, lazer e o pavilhão de diversões, ao mesmo tempo em que unia todos os habitantes, estando equidistante de todas as zonas de habitação, era o elemento separador entre contribuintes e indigentes. Assim, as relações entre setores e subsetores de cada zona eram intensamente controladas e, provavelmente, operadas segundo regras rígidas (ALECRIM, 2012).

No regulamento do Serviço Nacional de Leprea, de 1944, dentre as atribuições da Seção de Organização e Controle, constava a função de cooperar “com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas padrões para colônias, sanatórios, hospitais, asilos, preventórios e dispensários destinados à campanha contra a lepra” (BRASIL, 1944, p. 170). Não foram encontradas referências à existência de tais projetos-tipo e, na época de elaboração deste regulamento, a grande maioria dos leprosários já estava em funcionamento. No entanto, o constante contato e consultas entre governantes e especialistas,¹⁰ e as publicações dos projetos e discussões em revistas especializadas da época e em congressos sobre o assunto, permitiram intenso intercâmbio entre as propostas adotadas no país, sendo possível identificar alguns padrões.

O Pavilhão Carville, adaptação brasileira do pavilhão utilizado do Leprosário de Carville nos Estados Unidos, foi largamente utilizado, sobretudo nos exemplares construídos após o Plano Nacional e, inclusive, no Leprosário da Mirueira. O Pavilhão de Diversões construído neste Leprosário é também semelhante àqueles construídos na Colônia Santa Teresa, em Santa Catarina, e na Colônia Marituba, no Pará (AMORA, 2009; ALECRIM, 2012). Em meio aos projetos padrões que se repetiram ao longo do país, Nunes e sua equipe encontraram espaço ainda para projetar edifícios exclusivos. As casas geminadas da administração, os pavilhões de habitação coletiva para cinquenta leitos (Figura 7) e as casas geminadas para casais (Figura 8) apresentavam a linguagem moderna, característica da produção da DAU neste período, que relacionavam soluções estéticas às soluções de aproveitamento de ventilação e iluminação naturais (VAZ, 1988; SEGAWA, 1998; NASLAVSKY, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição de Luiz Nunes e equipe para a concepção de edificações de saúde no estado de Pernambuco, como parte do esforço nacional de modernização do Estado nacional, fez parte dos avanços na gestão pública federal e estadual na elaboração

¹⁰ Souza-Araújo (1956) apresenta diversas cartas entre dirigentes e/ou especialistas designados por estes consultando sua opinião acerca da construção dos leprosários, que englobam assuntos relacionados à escolha do terreno, dimensionamento dos equipamentos e organização da instituição.

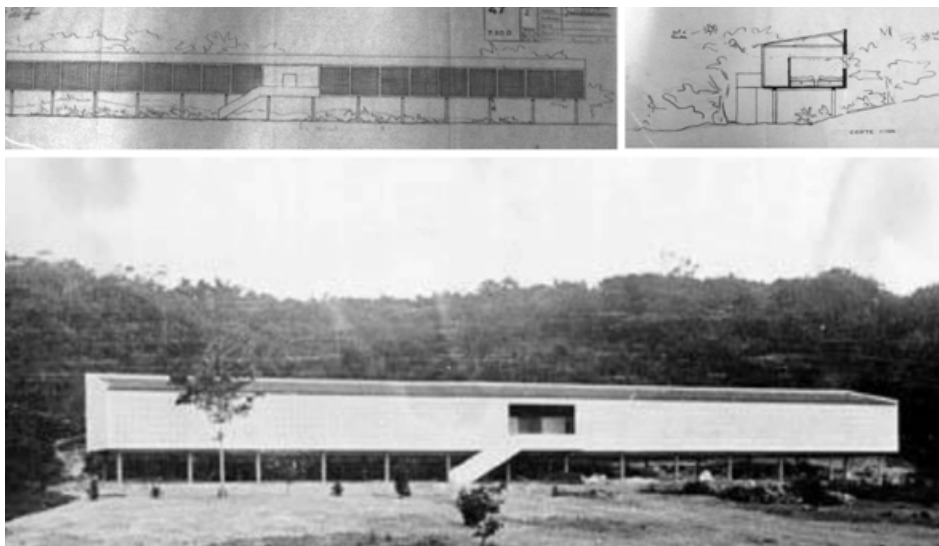


Figura 7a, 7b e 7c:
 Leprosário da Mirueira
 - Pavilhão de habitação
 coletiva para 50 leitos
 Fonte: APEJE / CPDOC –
 Arquivo Gustavo. Capanema,
 Ref. GC foto 529

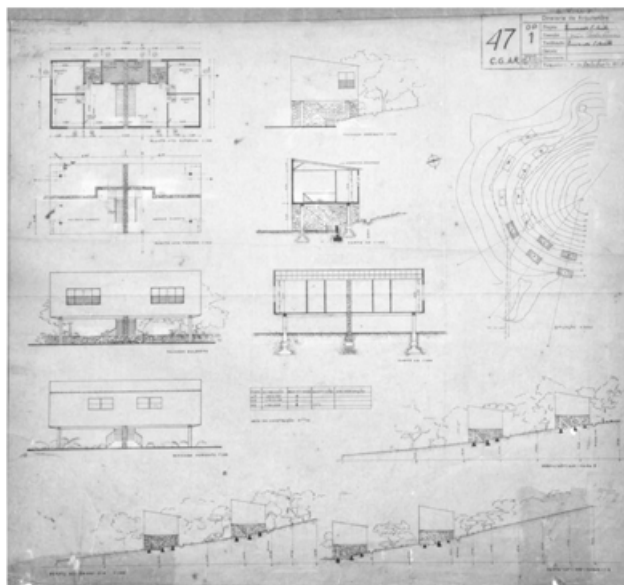


Figura 8a e 8b:
 Leprosário da Mirueira-
 Residências para casais
 Fonte: APEJE / CPDOC – Arquivo
 Gustavo Capanema, Ref. GC
 foto 529.



de planos e projetos institucionais. Revela o desenvolvimento das ciências médicas na concepção e aplicação de procedimentos profiláticos, na melhoria das condições nutricionais da população e nos procedimentos de tratamento dos acometidos de doenças. O Leprosário da Mirueira exemplifica, muito propriamente, o contexto político e a relação entre as ciências médicas e a arquitetura. De fato, o Leprosário da Mirueira, como exemplo dos diversos leprosários projetados no Brasil, oferece a oportunidade de analisar a relação entre as prescrições que definem a profilaxia da lepra e os princípios ordenadores da forma e do espaço. Arquitetura e urbanismo eram entendidos como resultados de uma série de prescrições para atender aos pressupostos de determinadas instituições. Logo, estruturadores dos espaços nos quais as pessoas circulam e realizam atividades, proporcionando as condições materiais para os padrões de movimento, encontros e desencontros, que são realizações materiais de relações sociais (HILLIER; HANSON, 1984; MARKUS, 1993).

A classificação era uma peça-chave para o discurso espacial. Como visto, um total de oito classes deveriam ser dispostas nesse equipamento. As classes se organizavam de modo não distributivo, com classes de status equivalentes normalmente na mesma profundidade. A classe hierarquicamente superior – os sadios – estava sempre no papel de controlador de acesso ao conjunto, enquanto todos aqueles relacionados aos doentes – sem distinção categórica entre eles – estavam localizados a uma mesma profundidade em relação a este acesso. Por outro lado, a distinção categórica era clara entre os doentes e se dava conforme um eixo horizontal, no qual havia uma distinção entre os doentes por gênero, e outro vertical, onde se verificava uma distinção por classe social. O dispositivo operava para a reprodução desta particular instituição total (ALECRIM, 2012).

O estudo do padrão espacial do leprosário mostra que o espaço arquitetônico restringia e selecionava os usuários do complexo segundo as suas funções, contribuindo para a moderna profilaxia da lepra, estruturada nas primeiras décadas do século XX, tanto por isolar os doentes do convívio social como por garantir o funcionamento da ordem e a proteção dos sãos que ali trabalhavam. Como apontado por Markus (1993) para os edifícios de re-formação, uma série de regras contribuem para firmar esta segregação direcionada pelo espaço:

Em todos estes lugares [edifícios de re-formação] a ordem está baseada em estáveis categorias de pessoas, objetos e atividades, juntamente com um conjunto de regras – muito mais forte e explícita do que em outros edifícios – que governa as suas interações. [...] Elas definem a localização de pessoas e coisas, elas controlam os caminhos de movimentação e o nível de escolhas assim como a visibilidade dos caminhos, elas definem encontros programados e põem limites em que estes ocorram ao acaso. [...] Em síntese, o edifício e sua administração determinam quem faz o que, onde, com quem, quando e observado por quem (MARKUS, 1993, p.97).

Em 1941, enquanto o Brasil ainda construía o seu armamento antileproso, era dado um grande passo no Leprosário Nacional de Carville, nos Estados Unidos, para o fim do isolamento: o tratamento com as sulfonas, quimioterápicos¹¹ capazes de inibir a replicação do bacilo de Hansen (PEREIRA JUNIOR *et.al.*, 1989). Uma vez iniciado o tratamento com as sulfonas, o doente deixava de transmitir o bacilo e, portanto, não havia mais razões para seu isolamento da sociedade. A nova medida profilática passa a consistir no controle efetivo dos focos através do tratamento de todos os doentes e da vigilância dos comunicantes. O controle da lepra presencia uma nova ruptura: o eixo do sistema profilático é deslocado do leprosário para o dispensário, onde seria realizado o tratamento ambulatorial. Os resultados deste tratamento foram divulgados internacionalmente na II Conferência Pan-americana de Lepra, no Rio de Janeiro, em 1946. No V Congresso Internacional de Lepra em Cuba (1948), as sulfonas foram saudadas como os medicamentos de eleição para o tratamento da lepra. Esta medida foi finalmente recomendada em nível internacional no Congresso de Tóquio, em 1958, e sugerida, no Brasil, por Orestes Diniz, então diretor do Serviço Nacional de Lepra, dois anos depois (LIMA, 1963), tendo sido o isolamento finalmente abolido, em 1962, através de decreto federal.

Recém-concebida e construída, a estrutura do Leprosário da Mirueira, assim como dos demais leprosários construídos no Brasil, logo ficou obsoleta. Apenas cinquenta anos separaram o seminário internacional que definiu o isolamento, como medida profilática, daquele em que a sulfona foi saudada como medida terapêutica, sendo reconhecida a ineficácia do isolamento.

Para além das consequências sociais da separação dos internos da sociedade comum e da submissão da vida em uma instituição total, o fim do isolamento trouxe também consequências para a estrutura física dos leprosários (Figuras 9 e 10). No caso de Mirueira, sofreram intensas descaracterizações, fruto da invasão das comunidades vizinhas. O processo de invasão começou, ainda na década de 1950, quando familiares de internados, de modo a minimizar as distâncias, se instalavam nas proximidades do leprosário, tendo durado até a década de 1990, quando foi construído o muro que delimitava a propriedade, que hoje contém apenas as antigas zonas neutra e sadia (OLIVEIRA, 2007). Atualmente, o conjunto abriga o Hospital Geral da Mirueira, sendo também conhecido como Sanatório Padre Manuel e, além de se manter como referência ao tratamento da hanseníase, destina-se ao atendimento e internamento de pacientes alcoolistas e fornece atendimento ambulatorial em diversas especialidades. Este uso garantiu, em certa medida, a preservação dos equipamentos do setor neutro

¹¹ A quimioterapia é um método de tratamento que utiliza substâncias químicas na cura de uma doença ou para impedir a sua progressão (COSTA, c.2003).



Figura 9:
Vista aérea do antigo
Leprosário da Mirueira (2009)
Fonte: Google Earth / Data
das imagens: 24/11/2009.



Figura 10a, 10b e 10c:
Antigo Leprosário da Mirueira
(2012).

e doente. Entretanto, após a saída dos antigos internos, as casas geminadas dos casais permaneceram desocupadas, o que vem acarretando o seu arruinamento.

Deste modo, a desativação do leprosário lança questões importantes também sobre sua própria forma edificada diante da desativação dos complexos. Problema este comum a outros instrumentos do aparato médico, tais como os sanatórios ou manicômios, que não mais respondem aos preceitos médicos e sociais para o tratamento da tuberculose e de transtornos psiquiátricos. Embora o uso original tenha

vido descontinuado, a estrutura espacial permite a ocupação por diversos outros usos, desde que coerentes com suas potencialidades e limitações (AMORIM; LOUREIRO, 2005; LOUREIRO; AMORIM, 2005; AMORIM; LOUREIRO; NASCIMENTO, 2007). Investigações futuras poderão discutir o que acontece e como lidar com dispositivos arquitetônicos, concebidos com propósitos específicos e dentro de regimes extremamente rigorosos de ocupação, quando estes se tornam obsoletos.

REFERÊNCIAS

AGRÍCOLA, E. A Lepra no Brasil (resumo histórico) *In*: BRASIL. Serviço Nacional de Lepra. *Manual de leprologia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1960. p. 11-29.

ALECRIM, L. *Arquitetura Profilática: Leprosários Brasileiros (1918-1949)*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

ALECRIM, L; AMORIM, L. A forma segue o leite ou o leite segue a forma? Da arquitetura das usinas de pasteurização do Recife. *Arquitextos*, São Paulo, ano 11, nº. 121.00, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/11.121/3426>>.

AMORA, A. A. Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leproso no Brasil. *Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan*, São Paulo, V. 5, nº. 1, p. 23-53, jan./jul. 2009.

_____, O nacional e o moderno: arquitetura de saúde no Estado Novo nas cidades catarinenses. Teses (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional - Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional - IPPUR- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

AMORIM, L. , LOUREIRO, C. On the spatial dimension of modern architecture as an object of conservation. *In*: PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL SEMINAR ON THE MANAGEMENT OF THE SHARED MEDITERRANEAN HERITAGE - 5TH CONFERENCE ON THE MODERN HERITAGE. Alexandria: IRD, 2005. V. I. p. s/n.

_____, O nacional e o moderno: arquitetura e a saúde no Estado Novo nas cidades catarinenses. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, IPPUR, UFRJ. Rio de Janeiro, 2006.

AMORIM, L., LOUREIRO, C., NASCIMENTO, C. Preserving Space: towards a new architectural conservation agenda. *In*: INTERNATIONAL SPACE SYNTAX SYMPOSIUM, 6TH, 2007, Istanbul. *Proceedings...*: Disponível em: <<http://www.spacesyntaxistanbul.itu.edu.tr/>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

BALTAR. A. B. L. N. *In* XAVIER, A. (Org.) *Arquitetura Moderna Brasileira: depoimento de uma geração*. São Paulo: Pini; Associação Brasileira de Ensino de Arquitetura: Fundação Vilanova Artigas, 1987. p. 360-365.

BARRETTO, A. P. Ulisses Pernambucano, educador. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília , V. 12, nº. 1, 1992. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931992000100003&lng=pt&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde, Serviço Nacional de Lepra. Regimento do Serviço Nacional de Lepra. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo, V. 12, nº. 2, p. 167-179, jun. 1944.

BRASIL. Serviço Nacional de Lepra. *Manual de leprologia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1960.

BRUAND, Y. *Arquitetura contemporânea no Brasil*. São Paulo, Perspectiva, 1981.

CONTINENTINO, L. Organização de Leprosários. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 47, p. 833-841, nov. 1933.

COSTA, A. *La consolidación de la arquitectura moderna en Recife en los años 50*. Tese (Doutorado em Projetos Arquitetônicos) – Universitat Politècnica da Catalunya, Barcelona, 2006.

COSTA, P. V. *Medicina, Pernambuco e tempo*. Recife: Companhia Editora de Pernambuco, 1992.

CRUZ, O. Uma questão de Higiene Social (1913). In: ARAÚJO, H. C. de S. *História da Lepra no Brasil – Período Republicano (1890-1952)*. V. III. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento de Imprensa Nacional, 1956. p. 117-118

CUNHA, V. da S. *O isolamento compulsório em questão*. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação (Mestrado em história) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

FOUCAULT, M. O. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2012. p. 171-189.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOODWIN, P. *Brazil Builds: architecture new and old 1652-1942*. [S.l.: s.n.], 1943.

HILLIER, B.; PENN, A. Visible Colleges: Structure and Randomness in the Place of Discovery. *Science in Context*, V. 4, nº. 1, p. 23-29, 1991. Disponível em: <<http://discovery.ucl.ac.uk/1007/>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

HILLIER, B.; HANSON, J. *The social logic of space*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

HUTZLER, C. R. *Ulysses Pernambucano*: psiquiatra Social. *Ciência & Trópico*, V. 15, nº. 1, p. 23-40, 1987.

LE CORBUSIER. *Por uma arquitetura*. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LIMA, L. de S. Influência da moderna terapêutica da lepra na profilaxia específica. *Revista Brasileira de Leprologia*, São Paulo, V. 31, nº. 3 e 4, p. 66-83, jul./dez. 1963.

LOUREIRO, C., AMORIM, L. Por uma conservação do espaço da arquitetura. In: II SEMINÁRIO SOBRE ENSINO E PESQUISA EM PROJETO DE ARQUITETURA: REBATIMENTOS, PRÁTICAS, INTERFACES – PROJETAR 2005. *Anais...* Rio de Janeiro: UFRJ, 2005. V.I. p. s/n

MARKUS, T. A. *Buildings and power: freedom e control in the origin of modern building types*. Londres: Routledge, 1993.

_____. *Buildings as classifying devices*. *Environment and Planning B: Planning and Design*. V. 14, nº. 4, p. 467-484. 1987.

MARKUS, T.; CAMERON, D. *The words between the spaces: buildings and language*. London: Routledge, 2002.

MARQUES, S.; NASLAVSKY, G. Eu vi o modernismo nascer... e ele começou no Recife In: MOREIRA, F. D. (Org.). *Arquitetura Moderna no Norte e Nordeste do Brasil: universalidade e diversidade*. Recife, FASA, 2007. p. 86.

MELO, A. A. de A. *Revolução na Arquitetura*: Recife, década de 30 – Intervenções do Estado sobre a Arquitetura e o espaço da Cidade do Recife. Teresina: EDUFPI, 2001.

MIQUELIN, L. C. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: Cedas-USC, 1992.

MIRANDA, C. A. C. Vivências Amargas: a divisão de assistência a psicopatas de Pernambuco nos primeiros anos da década de 30. In: XXIV Simpósio Nacional de História, 2007, São Leopoldo. *História e multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos – anais do XXIV Simpósio Nacional de História*. Associação Nacional de História. São Leopoldo: Unisinos, 2007. Disponível em: <http://anpuh.org/anais/?p=16397>

NASLAVSKY, G. *Modernidade Arquitetônica do Recife: Modernização da Arquitetura no Segundo Quartel do Século XX*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

NEIVA, A. Projecto da Leprosaria Modelo nos Campos de Santo Angelo Estado de S. Paulo. Prefácio [1918]. In: SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. *Historia da Lepra no Brasil – Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento de Imprensa Nacional, 1956, v. III, p. 245-246.

NUNES, L. Uma diretoria de arquitetura. In: XAVIER, A. (Org.) *Arquitetura moderna brasileira – depoimento de uma geração*. São Paulo: PINI / Associação Brasileira de Ensino de Arquitetura / Fundação Vilanova Artigas, 1987, p. 239-243.

OLIVEIRA, C. Pinheiro Mendes Cahu de. *Mirueira: Metrópole da dor. Práticas de exclusão e táticas de resistência. 1940-1960*. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

OLIVEIRA, L. de A. A experiência educacional de Ulisses Pernambucano. In: MONARCHA, C. (Org.). *Educação da infância brasileira, 1875-1983*. Campinas-SP: Autores Associados, 2001. p. 185-210.

PEREIRA JUNIOR, A. C. et al. Sulfona – Aspectos farmacológicos e sulfenocorresistência. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, V. 80, n°. 2, p. 199-202, 1989.

PERNAMBUCO (Estado). *Exposição apresentada ao chefe do Governo Provisório da República Exm.º Sr. Dr. Getúlio Vargas pelo Interventor Federal em Pernambuco Carlos de Lima Cavalcanti – período administrativo de outubro de 1930 a junho de 1933*. Recife: Imprensa Oficial, 1933.

PONDE, A. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Secretário de Educação e Saúde, pela Superintendência do Serviço de Profilaxia da Lepra, sobre a situação atual do Hospital Rodrigo de Menezes. — S. Salvador – Bahia. *Revista Brasileira de Leprologia*, V. 16, n°. 4, p. 285-292, 1948.

SALLES, P. *História da Medicina no Brasil*. Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SEGAWA, H. *Arquiteturas no Brasil 1900-1990*. 14. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. *Historia da Lepra no Brasil – Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento de Imprensa Nacional, 1956, V. III.

STEADMAN, Philip.J. P. *Architectural Morphology*. London: Pion Limited, 1983.

VAZ, R.. *Luiz Nunes: Arquitetura Moderna em Pernambuco 1934 – 1937*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.





PARTE IV

HOSPITAL NO ESPAÇO E NO TERRITÓRIO

De cómo un lazareto construye territorio:
Agua de Dios y la lepra en Colombia*

Carlos Eduardo Nieto

BI
S
REPUBLICA DE COLOMBIA
AGUA DE
DE
El Médico Oficial del Lazareto
CERTIFICA
José Luis Vela
termo de lepra y está sometido
glamentos de este Leprocomio.
(Ar
balsal

* Os organizadores informam que o texto aqui apresentado é de responsabilidade de seu autor. Qualquer informação ou dado que o leitor quiser conferir, pedimos que entre em contato com o próprio pelo e-mail: carlos-nieto@javeriana.edu.com



Figura 1:
Puente de los Suspiros, camino de acceso a Agua de Dios. Tomado de Sanatorio de Agua de Dios

En portada, el llamado Puente de los Suspiros, punto de entrada al territorio de la lepra de Agua de Dios, umbral reconocido entre el mundo de los sanos y el mundo de los enfermos. Una enorme carga de dolor está relacionada con este sitio por las innumerables historias de despedidas, desmembramientos familiares o eventos traumáticos de diverso tipo. Este puente relacionaba dos mundos cuya frontera, el río Bogotá, era salvada inicialmente por un juego de poleas y una taravita, y luego por el puente de la imagen. Actualmente, un moderno viaducto salva este obstáculo natural y ha tomado el nombre de puente Antonio Nariño. Sin embargo, el viejo puente y su vieja denominación, “de los Suspiros” sigue siendo referente histórico de primera línea que marca la entrada a la historia de este territorio. Adicionalmente, este sitio junto con otros 15 inmuebles del municipio, hace parte de una declaratoria como Bien de Interés Cultural tramitada por el Congreso Nacional en 2011. (Figura 1)

El contenido de la presentación realizada en el marco del primer *Seminario Internacional de la Historia de la Arquitectura Hospitalaria: La modernidad en la arquitectura hospitalaria*, realizado en la Universidad Federal de Río de Janeiro en diciembre de 2014, concentra una serie de reflexiones e interrogantes que han brotado al indagar cómo se desarrolló en el territorio colombiano la enfermedad de la lepra, con énfasis en las formas que empleó el Estado para el manejo de este problema de salubridad. La riqueza y singularidad de este proceso histórico generaron unas formas culturales muy particulares (de interés patrimonial) y ha formado unos territorios

estigmatizados y profundamente segregados del grueso de la sociedad desde finales del siglo XIX hasta la actualidad. Es esta una historia de segregación que a manera de estudio de caso, plantea escenarios posibles sobre el papel que puede y debe tomar el constructo del patrimonio cultural en aquellos sitios marcados por eventos traumáticos donde la regla general es querer olvidar y/o ocultar lo acontecido y no recordar.

Como elemento activador de la memoria, el patrimonio puede llegar a jugar un papel relevante en la transformación del significado de los referentes territoriales que como este, materializan la vulneración sistemática de los derechos fundamentales de los enfermos de lepra en el país. Es urgente construir una mirada sobre estos elementos del patrimonio cultural, que contribuya a la re significación de los hechos ocurridos, al servicio de procesos de resiliencia colectiva a partir de y con la re significación de la memoria como vehículo principal. Este cambio de los símbolos dentro de una lógica territorial, es necesario para que los hechos ocurridos no sean leídos a la luz de las atrocidades que ciertamente ocurrieron, sino que, por el contrario, estos sean re significados como parte de una construcción social que aporta elementos valiosos hacia el futuro.

GENERALIDADES



Figura 2:
El rico Epulón y el pobre Lázaro. Pintura de Leandro Bassano, Venecia, 1595.

La lepra es tal vez la primera enfermedad que es reseñada en el mundo antiguo. El visible e inocultable efecto que tiene en el enfermo, con llagas, manchas, tubérculos o lepromas, unido al imaginario histórico de su incurabilidad es interpretado desde tiempo muy antiguo como un castigo de Dios. En este sentido, la constante mención de la lepra en la Biblia, definió desde la antigüedad un gran rechazo por quien la sufría.

Lepra se designó a una gran cantidad de enfermedades relacionadas con diferentes tipos de llagas visibles en la piel. Muchas de estas enfermedades no responden a la

definición médica actual de la lepra, sus formas, síntomas y efectos sobre el cuerpo, pero lo cierto es que, siendo o no lepra, todo quedó y aún hoy, queda cubierto bajo el mismo estigma de repudio por su aspecto y por el miedo al contagio.

La parábola del rico Epulón y el pobre Lázaro (a la que corresponde la imagen de Bassano) (Figura 2), en la cual se describe a Lázaro como el leproso que come las migajas y sobras de la mesa del rico Epulón, expresa con claridad el imaginario religioso sobre los bienes y los males recibidos en la vida, y la posibilidad que estas circunstancias sean compensadas en “la vida eterna”. En esa escala, la lepra es el punto más bajo de los males a soportar en el mundo terreno.

De manera reiterada, todas estas menciones apuntan a señalar a la lepra como el más degradante y horrible mal que alguien pueda sufrir, como un castigo superior y como algo que degrada la condición humana. Siempre ha estado asociada a la necesidad de aislamiento, a la supresión del ser social y a la necesidad de vivir en constante penitencia, con la mendicidad como única opción posible de vida. Un castigo divino por comportamientos errados (realizados conscientemente o no) que la sociedad en bloque debe rechazar.

Esta enfermedad además de tener esa connotación religiosa por su aparición reiterada en la Biblia,¹ es una enfermedad irremediamente relacionada con condiciones socio económicas de pobreza extrema, abarcando con esto, tanto aspectos nutricionales y de sistema inmune de las personas como de higiene de sus respectivos hábitats. Es por esto que, con las condiciones de salubridad que prevalecieron en la antigüedad hasta finales del siglo XIX, y especialmente en el Medioevo, no es extraño que esta enfermedad se diseminara por todo el mundo occidental. Nuevamente, el pobre Lázaro, el que mendiga y come las sobras de la mesa del rico, describe con claridad las condiciones físicas del contexto social en el cual se propaga con mayor facilidad la enfermedad.

A finales del siglo XIII, los lazaretos europeos son más de 19000. En ellos, una población de centenares de miles de leprosos viven privados de todo derecho civil y de bienes temporales, renunciando a la sexualidad para no propagar el mal y observando obligatoriamente, como monjes, los votos de pobreza, obediencia y castidad (MARTÍNEZ, 2006, p. 29).

Lepra, elefantiasis, vitiligo, leontiasis, lepra leonina, lepra de la Edad Media, lacería, mal rojo de Cayena, enfermedad de Crimea, mal de San Lázaro, lepra tuberculosa de Alibert, enfermedad de Hansen, son algunos de los nombres con los que se ha conocido la enfermedad y sus manifestaciones en el mundo y en la historia. El científico

¹ Múltiples descripciones sobre esta enfermedad y su manejo aparecen en libros como el Levítico y otros libros del antiguo testamento, siempre con la connotación de castigo. Por ejemplo, en el libro de Crónicas, 26 dice: “Usías, descendiente de Salomón, tuvo ira contra los sacerdotes y le brotó lepra en la frente, y al mirarlo el sumo sacerdote vio la lepra en su frente y así el rey Usías fue leproso hasta su muerte”

noruego Armauer Hansen logró en 1874 identificar el bacilo que produce la enfermedad y confirmar que ésta es de carácter infeccioso. Avanzó en la naturaleza de la enfermedad pero muy poco se sabía en ese momento sobre el vector de transmisión. Al tratarse de una enfermedad infectocontagiosa, cuyo vector de transmisión es el enfermo mismo, a finales del siglo XIX tomó fuerza en todo el mundo la idea de aislar de una manera drástica a los enfermos como estrategia de control del contagio. El mismo Hansen recomendaba el aislamiento en lazaretos – hospitales de pequeñas proporciones –, evitando la concentración de muchos enfermos en un mismo sitio.

Con este avance científico se dio el tránsito entre la concepción de la enfermedad como un castigo, con un tratamiento caritativo, generalmente ofrecido por la iglesia, al de la enfermedad como un problema del cuerpo, cuyo tratamiento debía obedecer a las reglas positivas, con el saber médico como insignia. Este tránsito tardó décadas enteras, tiempo en el cual se abrió un espacio amplio para el comercio internacional de sustancias de todo tipo y donde variados personajes como sanadores, curanderos, brujos, alquimistas y muchos más, afirmaron poseer el secreto de la curación de esta misteriosa enfermedad que no lograba ser revelada ni controlada por la medicina alopática tradicional.

En la búsqueda, múltiples teorías nacieron para explicar la forma de transmisión de la enfermedad: la primera, la hereditaria y/o congénita que justificó el control de la sexualidad de los enfermos; luego otras teorías que veían en miasmas que circulaban libremente en el aire, consumo de carnes corruptas, presencia en el agua o por medio de los agentes de transmisión como picaduras de mosquitos, pulgas de ratas, etc. Lo cierto es que ninguna podía ser probada de manera contundente para explicar cuál era realmente la forma de transmisión de tan indeseable enfermedad. Solo hasta 1923 un investigador japonés, el Doctor Mitsuda, establece una relación entre el ataque de la enfermedad y el sistema inmunológico, al analizar en laboratorio a personas que aunque estuvieran en contacto prolongado con enfermos, no se contagiaban de lepra. Esta relación señalaba que, en quienes tenían cuadros inmunológicos fuertes, la enfermedad no se desarrollaba, y todo lo contrario en aquellas personas que en las mismas condiciones, tenían cuadros más precarios. Con este tipo de trabajos se apaciguó un poco el temor al contagio, se conquistaba un nuevo paso, pero seguía sin resolverse otra cara de la enfermedad: la forma de tratar a los enfermos: ¿cómo curar a las personas que tenían la enfermedad instalada en su cuerpo? ¿Cómo revertir o por lo menos detener los efectos de la lepra en el cuerpo del enfermo?

A finales de la década del 30 del siglo pasado se inicia la aplicación de sulfonas, tratamiento químico que en la siguiente década sería mundialmente aceptado como la forma efectiva y segura de *curar socialmente* a las personas que ya sufrían la enfermedad. Finalmente, con este tratamiento se podía imaginar una forma de control y erradicación

de la enfermedad diferente a la desaparición física de todos los enfermos, que fue por siglos la única forma viable de control y erradicación de la enfermedad en la sociedad.

De todas formas, las secuelas irreversibles que la enfermedad deja en el cuerpo del enfermo sigue siendo para este una marca indeleble que mantiene el estigma y el rechazo social. Queda solucionada la preocupación por el contagio, también se frena parcialmente el deterioro físico de la enfermedad, pero el estigma sigue señalando a estos *curados sociales* recordando el peso de la historia y afectando sus entornos sociales y laborales, manteniendo limitaciones a la libertad de las personas.

Durante este proceso, vale la pena subrayar la acción caritativa liderada por la Iglesia en todo el mundo para favorecer las condiciones sociales y personales de los grupos de enfermos, tanto por los efectos degenerativos en el cuerpo de estos, como por el rechazo social a la enfermedad y el maltrato generalizado del que fueron víctimas en todo el mundo. Claramente las condiciones físicas y sociales de este grupo, lo ubicaba en el fondo de la estructura social en occidente, y esta condición constituía un llamado muy claro a diferentes miembros y comunidades religiosas para concretar la misión máxima de la vida religiosa, el darlo todo por los más desvalidos.

PERIODIZACIÓN GENERAL DE LA LEPRO EN COLOMBIA



Figura 3: Procesión del viernes santo en Agua de Dios, 13 de abril de 1906. Tomado de Gómez y García, 1906.

Se tiene certeza de que la lepra no es una enfermedad endémica de América. Su llegada al actual territorio colombiano se explica a través de las migraciones europeas a partir del siglo XV, y sobre todo a partir de la entrada masiva de esclavos negros provenientes de África. A Cartagena de Indias, principal ciudad-puerto colonial del norte, entra la enfermedad tempranamente y obliga a la ciudad a construir un primer

hospital llamado de San Lázaro², fundado entre 1608 y 1610 al pie del cerro de La Popa, zona periférica de la ciudad. En 1740 la población de Cartagena era de aproximadamente 2000 habitantes de los cuales se reportaron 160 enfermos. Este grupo deambulaba por las calles mendigando y permanecía aislado en los extramuros de la ciudad. En este ambiente fue donde el reconocido santo jesuita, Pedro Claver, conocido como – “el Apóstol de los negros y los leprosos” –, realizó su más importante trabajo social y religioso en la ciudad.

Hasta ese momento, el tratamiento de los enfermos se reducía a una segregación de la vida social y a controlar su contacto con las personas sanas. Esta forma de tratamiento al enfermo estuvo presente de una forma más o menos homogénea en la historia de Europa y sus colonias. Los cuidados realizados por el aparato religioso se reducían a un acompañamiento humanizante, cuidado caritativo de sus dolencia físicas y a la prestación de servicios espirituales.

Ante un grupo en aumento y siempre con el miedo al contagio, el grupo fue enviado a finales del siglo XVIII a la isla de Tierrabomba.³ De esta manera se iniciaba – literalmente- la etapa del aislamiento, que pretendía dar una doble solución a un único problema: por una parte aislar a los enfermos para la tranquilidad de la sociedad sana y mermar el miedo al contagio; y por otra, una medida de protección para los enfermos, pues concedía al enfermo un sitio donde pudiera vivir tranquilo sin el ataque constante de la sociedad. Para esto, los territorios insulares eran vistos como la mejor opción, pues cumplían con las condiciones de aislamiento deseadas para acoger a los enfermos de lepra, disminuyendo al mínimo la posibilidad de contagio.

El sitio de destino, denominado Caño del Oro⁴ abre un segundo período del tratamiento de la enfermedad en Colombia, en tanto se opta en este caso por un aislamiento total de la vida social de las ciudades. Esto implica la – “reducción” – de los enfermos y su traslado a un sitio especial, sin ningún vínculo con el resto de la sociedad. Como se verá más adelante, esta actitud obedece en un primer momento a una medida de protección hacia la población enferma, que sufría todo tipo de manifestaciones de rechazo y para evitar esta situación, las autoridades les proporcionó un espacio aparte, donde no fueran víctimas de estos ataques y segregación. Estos vejámenes incluían acciones muy violentas como la quema de sus casas con todas sus pertenencias y no en pocos casos, incluyendo a los mismos enfermos.

² Cabe recordar que se ha confundido la figura de San Lázaro, amigo de Jesús, quien conmovido por su muerte lo resucita y Lázaro el leproso que implora por su curación y a quien Jesús en un acto de compasión cura extendiendo su mano. La figura de San Lázaro que no era leproso, se ha relacionado históricamente con la lepra.

³ La isla de Tierrabomba está situada al frente de la bahía de Cartagena, sobre el mar Caribe.

⁴ Aquí cabe anotar otro error histórico, pues este sitio ha sido nombrado por las voces populares como Caño de Loro y así es como se conoce en todos los círculos, cuando su nombre original fue Caño del Oro.

Al lazareto de Caño del Oro eran enviados los leprosos de todo el virreinato, con las dificultades que la ubicación del lazareto (en el extremo norte) implicaba. Por esta razón iniciando el siglo XIX, en 1806 el virrey Mandinueta expide un decreto suspendiendo el envío de leprosos a Caño del Oro (ARISTIZABAL, 1998) y proponiendo que los enfermos fueran atendidos en los hospitales generales o en pequeños lazaretos provisionales.

Como todo lo que llegó a puertos sobre el Caribe, la lepra entra y conquista el territorio colombiano por su principal vía, el río Magdalena y sus afluentes, creando con el paso de los años una población enferma diseminada en el interior del país. Este proceso, iniciado en el siglo XVI tuvo en las muy malas condiciones de nutrición, higiene y acceso al agua potable su mejor aliado, pues eran estas condiciones la regla general en el territorio. Ya en el siglo XIX, las continuas guerras y la fragilidad de la nascente República⁵ fueron factores que confabularon a favor del aumento de la población leprosa. Esto sumado a la precariedad para realizar censos confiables que dimensionaran objetivamente el tamaño del problema, permitió que a finales del siglo XIX se hablara internacionalmente de Colombia como una potencia mundial de lepra.

Ante este panorama, el poder ejecutivo emite varios actos administrativos que procuran atender el manejo de los enfermos del país, iniciando con la expedición en 1833 de la Ley de los Lazaretos. Esta Ley propuso la construcción de tres lazaretos en el territorio. Uno en la zona centro que atendiera las provincias de Bogotá, Tunja, Casanare, Neiva, Pamplona, Socorro y Vélez; un segundo lazareto en la zona occidental para las provincias de Antioquia, Chocó, Buenaventura, Popayán y Pasto; y el tercero que atendiera los enfermos de la zona norte, las provincias de Cartagena, Riohacha, Mompo, Mariquita y Santa Marta. Las dificultades económicas de un país en construcción, no permitieron que se materializara ninguno de estos proyectos.

Posteriormente, las reformas liberales durante el llamado – *radicalismo liberal* – (1849- 1885) introdujeron el esquema federativo, y dentro de este esquema de gobierno cada estado tenía la autonomía y obligación de atender a sus propios enfermos. Tácitamente se esperaba que cada estado construyera un lazareto, pero esto tampoco fue posible por problemas administrativos.

En 1861 se crea un segundo lazareto en la zona central, actual municipio de Contratación, departamento de Santander, abierto para recibir enfermos de todo el país. Ante la imposibilidad de los estados para hacerse cargo de sus leprosos, se impone una nueva modalidad de atención: los Estados pagaban la atención de sus enfermos a los lazaretos existentes: Caño del Oro y Contratación. Dentro de este mismo esquema,

⁵ Luego de un período de guerras independentistas desarrollado entre 1810 y 1819, se crea una República independiente de la Corona española. La consolidación de este proyecto republicano copó los esfuerzos políticos y económicos durante el siglo XIX, hasta la proclamación de la República de Colombia con la constitución de 1886.

en 1871 entra en funcionamiento el lazareto de Agua de Dios. (Figura 3). De este caso se hablará más adelante.

La Constitución de 1886 termina con los Estados Federados y establece la República unitaria. Esto implicó que la Nación debía dictar una política unificada de tratamiento de la enfermedad. Para el momento el Dr. Hansen había divulgado sus investigaciones y recomendaciones y a partir de estos postulados el Gobierno Nacional expide la Ley 104 de 20 de diciembre de 1890, mediante la cual se dictan medidas higiénicas de utilidad pública. En ésta se decreta el – *aislamiento o secuestro de los individuos que sufran la enfermedad* –, recogiendo la tendencia mundial impuesta por los leprólogos más importantes, los cuales, a partir de los descubrimientos de Hansen, cerraban filas en torno a la idea del aislamiento como la manera más efectiva de control de la enfermedad.

Entre 1899 y 1902 se desarrolla la Guerra de los Mil Días, que deja a Colombia sumida en la más fuerte crisis económica y social de los últimos tiempos. Esta situación límite que indudablemente favoreció el aumento de la población enferma, unida a la exageración de las cifras sobre presencia de la enfermedad en territorio colombiano, causó pánico internacional sobre la gran concentración de enfermos de lepra en Colombia. Esto se vio reflejado en una presión mundial para que Colombia controlara de manera efectiva su población leprosa so pena de afectar su comercio internacional y de ser aislado del concierto internacional.

En el periodo de la presidencia del General Rafael Reyes Prieto (1905- 1910), se afianza el esquema centralizado y la nacionalización de muchas empresas y sectores. Reyes impulsa ante el Congreso Nacional un proyecto de Ley para formar un frente común para el control de la enfermedad. En su discurso ante el congreso se resaltan los siguientes términos:

este asunto es más importante que el papel moneda, que los ferrocarriles, que la instrucción pública y que cualquier otro... ha llegado el momento de que el poder legislativo, el poder ejecutivo y la Nación entera se unan... con el fin de acometer la obra nacional de extirpar la Lepra por medio del aislamiento de los enfermos en Lazaretos (MARTÍNEZ y GUATIBONZA, 2005, p. 244-253).

Las medidas tomadas en este periodo apoyaron abiertamente una estrategia muy dura y represiva en la que se unían el poder ejecutivo (Gobierno central), las autoridades médicas y la Iglesia, en un frente único contra la lepra. Esta estrategia es la que da marco al proyecto territorial de Agua de Dios, que por ser este el lazareto más grande e importante en ese momento, es el que se toma como objeto de investigación académica.

En este sentido, mediante Decreto Presidencial N° 14 de 1905 el Gobierno nacional “ordena el aislamiento o secuestro de todos los leprosos de Colombia. Adicionalmente, se oficializa una persecución de los enfermos, anunciando penas para

quien no denuncie a los sospechosos de tener el mal, a quien les dé trabajo y se levanta a los médicos el derecho del secreto profesional para el caso de la lepra” (MARTINEZ, 2006, s. p).

Para la implementación de estas medidas, en este año se decide que los departamentos (antiguos estados) construyan lazaretos para sus enfermos. Esta decisión se fundamentaba en las falsas estadísticas sobre la enfermedad en Colombia, pero cuando en 1907 se hace un conteo más cuidadoso, se abandona la idea de construir estos lazaretos y se vuelve la idea de desplazar a los enfermos a los lazaretos existentes en Caño del Oro, Contratación y Agua de Dios. Por diversos motivos entre los cuales sobresale la localización central y la facilidad de comunicación⁶ fue Agua de Dios el destino recurrente de los enfermos de una buena porción del país. (Figura 4).



Figura 4:
Grupo de enfermos de lepra en Agua de Dios. Tomado de Gómez y García, 1906

Ya con más de 35 años de funcionamiento, para 1907 el lazareto de Agua de Dios funcionaba como un lazareto-hospital⁷ en oposición a la idea de los lazaretos colonia (esquema inicial), que sencillamente alojaba a los enfermos en un ambiente adecuado para convivir con la enfermedad hasta su muerte. Este dato se enlaza con la idea ya expresada de la transición entre el afrontar la enfermedad desde el punto de vista filantrópico (de caridad religiosa) y el cambio a la visión de la enfermedad como un reto para el desarrollo de un tratamiento bio médico. La medicina, que como enseñanza formal apenas se

⁶ El Puente de los Suspiros, principal entrada a Agua de Dios tiene accesibilidad por diferentes sistemas: vía fluvial por el río Magdalena en el puerto de Girardot, caminos regionales y nacionales que buscaban el mismo punto de conexión nacional y adicionalmente, Tocaima es punto de parada del sistema del ferrocarril.

⁷ Se llamó lazareto a todo hospital destinado a la atención de los leprosos (ARISTIZABAL, 1998). Como se ha visto, esta atención no incluía cuidados médicos. Al hablar de lazareto- hospital se hace explícita la inclusión de atención médica de la enfermedad.

formaba en Colombia, necesitaba con urgencia posicionarse como el ente de referencia para el tratamiento de todo tipo de enfermedades que pusieran en peligro la salud pública. Dentro de este proceso se da rienda suelta a la medicalización, entendida como

un proceso mediante el cual un número creciente de aspectos de la vida social o del comportamiento humano, considerados como normales o anormales, según el caso, son asignados al control médico, y redefinidos como salud o enfermedad. Al mismo tiempo, la medicalización alude a la tendencia a delegar en los médicos asuntos que previamente se encontraban en manos de la comunidad (OBREGÓN, 2002, sp).

Estas condiciones generales configuraron un conjunto de prácticas y relaciones sistémicas que son la base del estudio del territorio de Agua de Dios, a partir del manejo de la enfermedad de la lepra.

Siguiendo adelante con el relato histórico, para la década del 40 del siglo XX, ya se hablaba de los primeros – *curados sociales* –, esto es, la implementación de un fuerte tratamiento químico, que lograba controlar en los enfermos los efectos del bacilo en el cuerpo y por ende, rebatir la idea del contagio directo como vector de transmisión de la enfermedad. Con la comprobación de este tratamiento se abrió la puerta a la posibilidad de abrir las fronteras de los lazaretos, y pensar en la reinserción de la población enferma en sus lugares y círculos de origen.



Figura 5:

Aparte del periódico El Tiempo de 19 de septiembre de 1950, donde se anuncia el primero de varios bombardeos a la zona de “Caño de Loro”.

Por la localización privilegiada en el Caribe colombiano, el Gobierno Nacional toma la decisión de desplazar la población enferma, clausurar el lazareto de Caño de Loro y destinar esta zona a un proyecto de infraestructura naval de prioridad nacional. Así, tras el movimiento de población respectivo, el sector fue bombardeado en septiembre

de 1950, de manera repetida por la Fuerza Aérea Colombiana con el ánimo de arrasar cualquier posible elemento de contagio y limpiar la zona para el nuevo proyecto de infraestructura. En el artículo del periódico El Tiempo se subraya la “oportunidad” de probar el poder de la Fuerza Aérea Colombiana con el lanzamiento de un total de catorce mil libras de explosivos en la zona. (Figura 5)

Como consecuencia lógica de los avances médicos, en 1961 se levantan definitivamente las restricciones de control a la población de Agua de Dios y años más tarde se crea en este territorio el actual municipio regido por el mismo marco jurídico que los demás municipios del país, en igualdad de libertades y derechos para sus ciudadanos. El territorio deja de ser una excepción dentro del orden jurídico y administrativo de la Nación y hace la transición a un modelo de gobierno que transforma de manera importante sus instituciones locales.

El mismo proceso sufrió el lazareto de Contratación en el departamento de Santander, el otro lazareto que llegó a esta instancia y que ha tenido un proceso de conformación territorial muy similar al de Agua de Dios.

A pesar de estos cambios, pocos habitantes se fueron de los antiguos lazaretos aduciendo razones muy claras: ¿a dónde ir, si su hogar era y seguía siendo el lazareto? De los que se fueron, algunos regresaron, pues los vínculos con sus sitios de origen ya estaban completamente rotos y el estigma de enfermos seguía señalándolos. Con todas las limitaciones y vejaciones implementadas como la separación por sexos, la prohibición del matrimonio, la esterilización, el aislamiento indiscriminado de los hijos, o el desmembramiento familiar, el espacio del lazareto, bien fuera Agua de Dios o Contratación, no los estigmatizaba y esa condición era fundamental.

Para la primera década del siglo XXI, la prevalencia de la lepra en Colombia se ha bajado a menos de un caso por cada 100000 habitantes, y aunque esta cifra es contundente al mostrar la etapa de control definitivo de la enfermedad en el país, con respecto a Agua de Dios y Contratación, preocupa el futuro de las huellas de su propia historia. Con la enfermedad controlada, el viejo sistema territorial atraviesa por un momento muy delicado, pues cada vez quedan menos pacientes albergados, no existen fuentes claras de productividad para la población del municipio y la infraestructura del cuidado, y ante esta situación el sistema territorial ha cambiado sus dinámicas, entrando en un proceso de deterioro acelerado.

En este ambiente, surge el movimiento que termina con la expedición de la Ley 1435 de 2011 que declara como Bienes de Interés Cultural del ámbito Nacional un conjunto de 16 inmuebles relacionados con Agua de Dios (Figura 6) y otros 7 en Contratación, con la esperanza de que la condición de Bienes de Interés Cultural les otorgue a estos dos conjuntos una nueva posibilidad y queden incluidos como bastiones de la memoria en la nueva etapa de los municipios.

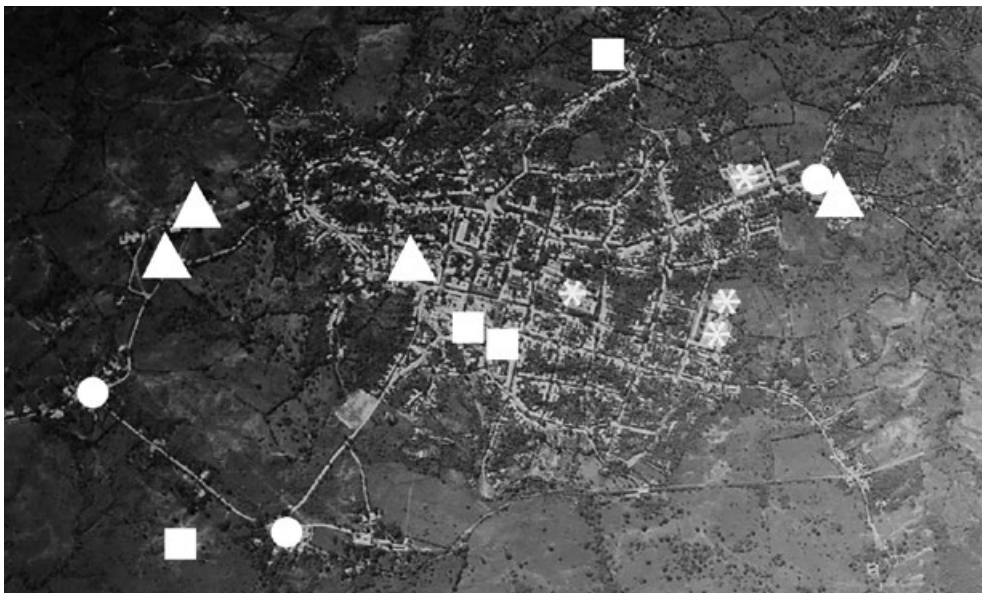


Figura 6:

En círculo blanco los sitios pertenecientes al aparato de control; en triángulo blanco los de atención médica y en cuadrado los pertenecientes a la iglesia. Adicionalmente, en asterisco los albergues y puntos de referencia construidos por la “sociedad civil” de Agua de Dios. Levantamiento del autor sobre aerofotografía del casco urbano de Agua de Dios de 1941.

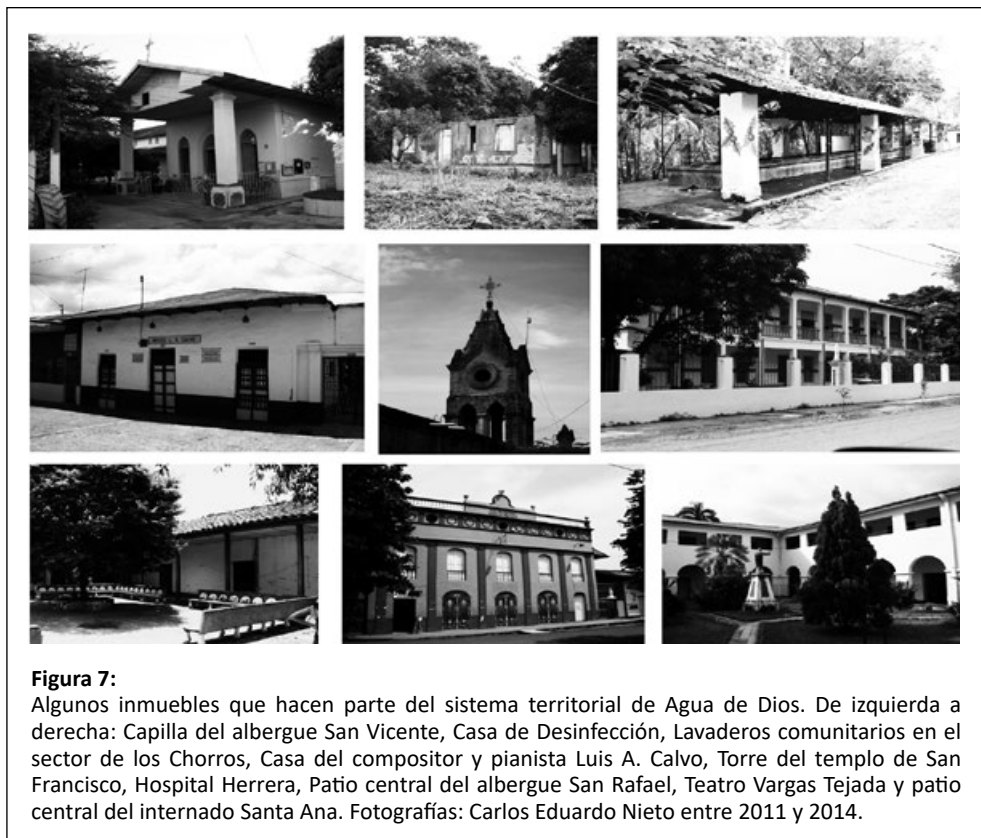
Fuente: IGAC, Colombia.

AGUA DE DIOS, EL PROYECTO TERRITORIAL

La primera etapa del lazareto de Agua de Dios, que se inicia en 1871, transita rápidamente por el esquema de colonia. En ese primer momento, se relata la llegada masiva de enfermos y sus familias después de ser violentamente expulsados de la vecina ciudad de Tocaima, por temor al contagio. Los terrenos que fueron aportados por el Gobierno para la construcción del lazareto-colonia, cumplía con las condiciones esperadas de clima y control de accesibilidad. La estación del ferrocarril de Tocaima permitía la llegada controlada de enfermos de diferentes partes del país, y a partir de ese punto se iniciaba el camino de aproximadamente 14 kilómetros hasta el actual casco urbano.

Agua de Dios abordado como una construcción territorial, constituye el proyecto de control de la población enferma de lepra más emblemático y fuerte de la historia colombiana. Por este motivo, desde su fundación se implementa un sistema complejo que debía atender a todas las solicitudes de un esquema de secuestro masivo obligado. Desde este punto de vista, a partir de 1871 se inicia la construcción de una ciudad cerrada, hecha – *a imagen y semejanza* – de las demás ciudades colombianas, que espacializó el orden social conocido y lo complementó con los elementos propios del control exacerbado a la libertad de movimiento de la población.

En el desarrollo de esta condición, que como se ha dicho fue previamente acordada por el Estado, el gremio médico y la iglesia, se despliegan paulatinamente en el territorio los subsistemas propios de las lógicas de cada uno de estos tres actores, desarrollando relaciones de complementariedad en el territorio. Se aborda entonces el análisis del sistema territorial a partir de estos tres actores, incluyendo además a los enfermos, cuya lógica tuvo algún poder de decisión dentro del sistema general. En una primera mirada, se reconocen los siguientes aspectos en cada uno (Figura 7):



- **El Estado**, quien ejercía la labor ejecutiva del orden y control general. Esta iniciaba con las redadas que reducían a los enfermos de todo el país a la reclusión obligatoria. Era de su resorte la aplicación de las políticas generales, el transporte de los enfermos y la organización de todo el sistema de Agua de Dios. En este sentido es fundamental su papel central desde el punto de vista económico, pues Agua de Dios siempre ha tenido una “economía de Estado”, definida popularmente como la dependencia total de la población de las partidas del Estado para su funcionamiento. El esquema de subsidios a la manutención de la

población enferma es la base de la limitada dinámica económica de la población.

En el desarrollo de la función de control, el Estado instaló un total de 8 retenes hasta 1907: Barrero, Ibáñez, Tocaima, El Salto, el Observatorio, Lomas, Hobal y Caracolí. El Retén llamado Tocaima era el principal control de entrada a Agua de Dios, por cuanto recibía el flujo de enfermos que llegaban a la Estación del ferrocarril Tocaima y atravesaban el umbral del Puente de Los Suspiros. Estos retenes perimetrales conformaban el cerco a las comunicaciones de Agua de Dios, ejerciendo la función de control a la entrada y salida de personas y productos.

Otras instalaciones dentro de esta lógica fueron: la Casa de Madera o cuartel de la policía externa o sana y una red de instituciones, edificios o labores que conformaban el orden de la población al interior de Agua de Dios: oficinas de telégrafo, de correos, casa de la gendarmería, notaría, servicios públicos, etc.

- **El gremio médico**, que tomó bajo su tutela el funcionamiento general de la población e instaló inicialmente en Agua de Dios el llamado hospital y albergue de San Rafael, y luego el hospital Carrasquilla y el Herrera. Estos sitios concentraban la atención médica a los enfermos, la investigación sobre la enfermedad, el registro de los enfermos, el seguimiento de sus lesiones, la experimentación con diversos métodos de tratamiento y la administración de las tarjetas de identidad. Adicionalmente, construyó otras edificaciones complementarias de esta lógica como la Casa de Desinfección, ubicada en la entrada de Tocaima, por donde debía pasar no solo toda persona que entrara o saliera de Agua de Dios, sino toda clase de objetos y productos como la correspondencia, los envases de gaseosas, etc. También la Casa Médica, sitio de dormitorio del cuerpo médico que atendía a los enfermos en los albergues o en sus casas, ubicada en la periferia del complejo.

Los nombres de los hospitales fueron dados como reconocimiento a algunos médicos prominentes que lograron avances en el tratamiento de la enfermedad y/o que tuvieron una presencia constante y entregada en la población.

- **La iglesia católica** se establece en Agua de Dios a partir de la llegada de los primeros padres salesianos en 1891 y la posterior llegada de las hermanas de la Caridad en 1893. En este campo, cabe subrayar la importancia que Agua de Dios tuvo al ser el sitio donde nació una nueva orden de religiosas que en un principio estaba conformada por enfermas de lepra. Las funciones de este poder dentro del sistema territorial de Agua de Dios fueron la educación, el auxilio espiritual para toda la población y el apoyo en el cuidado físico de la población enferma en los albergues y hospitales.

Bajo la tutela de la iglesia estaba organizada la educación de los enfermos y de sus familias. Se construyeron y administraron los principales centros de educación como el colegio Miguel Unia y los internados Crisanto Luque, Santa Ana, Santa Helena y Nazareth, adicionalmente, las sala cuna como espacios de atención a la primera infancia. En estos espacios se distribuía la población infantil discriminada por género, entre niños y niñas y también entre niños sanos y enfermos. Los nombres de estos sitios recuerdan nombres bíblicos o de sacerdotes que tuvieron algún papel relevante en la conformación del sitio.

Un elemento central del sistema, en el cual confluían los tres poderes era el de los albergues o pabellones donde residían los enfermos, sobre todo aquellos que llegaban a Agua de Dios desterrados de otras zonas del país, esto es, sin familia. Exiliados de sus familias y afectados por la enfermedad, los enfermos conformaron comunidades o colonias alrededor de sus sitios de origen como factor de identidad. Por encima de su condición de enfermos o mejor, dentro de la uniformidad que a todos otorgaba su condición de enfermos, el elemento identitario más importante fue el origen. Así, se han reconocido históricamente diferentes colonias como la de Boyacá, la de la Costa Atlántica, el Valle del Cauca, etc. Eran los albergues los sitios donde los pacientes y la enfermedad vivían, donde se les practicaba el tratamiento médico general y donde la población enferma tenía la posibilidad de ejercer su propio poder territorial.

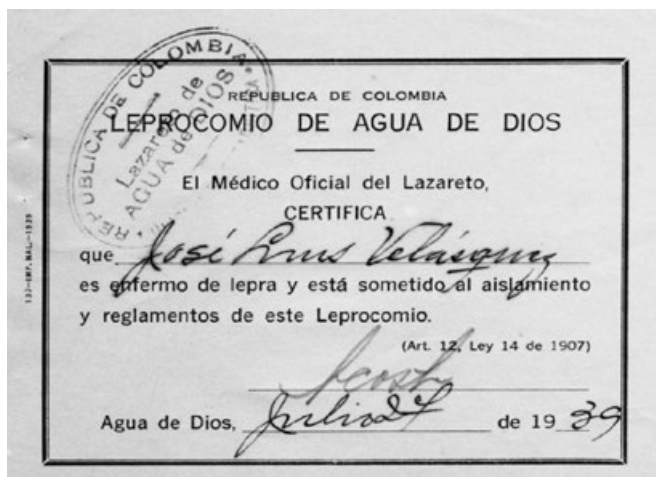


Figura 8:

Carnet de identidad como enfermo de Agua de Dios.
Fuente: Sanatorio de Agua de Dios, archivo.

Como un aporte importante de la población enferma, vale la pena reconocer la actividad cultural que en el lazareto se dio. En la medida que esta enfermedad no es exclusiva de los más desvalidos, a Agua de Dios llegaron, en diferentes momentos, personalidades letradas que se encargaron de jalonar la actividad cultural local. En este grupo se destaca el insigne pianista y compositor colombiano Luis A. Calvo, enfermo de lepra que realizó buena parte de su producción musical en Agua de Dios.

De esta actividad nos habla la constante producción literaria, periodística y musical principalmente, soportada por el constante funcionamiento de espacios culturales como el teatro Vargas Tejada. Agua de Dios tuvo a su disposición cine, imprentas, salas y muchos elementos eminentemente modernos que llegaban directamente del exterior gracias a las ayudas humanitarias internacionales gestionadas por los religiosos principalmente. Adicionalmente, su misma condición de aislamiento fue tema de discusión y de constante debate al interior del lazareto.

La interacción de estas cuatro lógicas (Estado, médicos, iglesia y enfermos) se reconoce en la actualidad y se aborda como objeto de estudio en el campo del patrimonio cultural, por ser una construcción histórica y social muy particular y de gran riqueza cultural, que trasciende la escala y valor de la arquitectura hospitalaria y se enmarca dentro del análisis territorial. De esta manera, el conjunto de elementos juega un papel fundamental para la comprensión actual del proceso histórico de conformación y transformación, y su conservación cobra sentido en la medida que es definitivo en la integridad del relato territorial.

LA DIMENSIÓN PATRIMONIAL DEL TERRITORIO

El surgimiento del concepto de patrimonio cultural está basado en la forma como occidente cambió su actitud hacia el pasado, pasando de la necesidad de ruptura con esa continuidad histórica, al reconocimiento y la necesidad de preservación de esta misma línea. Este cambio de actitud hacia el pasado señala un síntoma inequívoco de su propia modernidad (ORTEGA, 1998), referida a las sociedades. La evolución apresurada de dicho concepto abre el espacio para unas cortas consideraciones sobre la capacidad del territorio para ser leído como eje de la memoria. (Figura 9)

Ciertamente, desde la década del 90 del siglo XX se abrió un espacio privilegiado para la valoración de unidades patrimoniales amplias e integradoras que reconocen conjuntos de relaciones o sistemas de elementos. Así, con la figura de los paisajes, y luego la de los itinerarios y rutas culturales, avalada por UNESCO desde 1992, se abrió la opción de valorar la conformación territorial misma como el factor de memoria más



Figura 9:
Panorámica del Valle de Agua de Dios. Al fondo, las torres de la iglesia de Tocaima.

importante y contundente de una comunidad. Abiertamente se acoge la postura en la cual el territorio es la base primera de cualquier identidad cultural y de la memoria histórica de la sociedad.

Si el paisaje cultural comprende, tal como lo definió UNESCO, las “obras combinadas del hombre y la naturaleza” y desde ese momento se convirtió en una categoría válida de valoración e intervención desde el punto de vista patrimonial, de esta misma manera se extrapola este concepto al de territorio, para reconocerle ese papel central dentro de la estructura de la memoria de las sociedades. Se transita hacia un cambio de paradigma que entra a reconocer los elementos del patrimonio cultural, no como unidades solitarias en el tiempo y el espacio, sino en total relación con otros elementos que comparten su momento histórico, su ubicación en el paisaje y complementan su sentido, uso, lógica, valor, etc. Este reconocimiento complejiza de manera importante los estudios sobre el patrimonio cultural.

A la par con la evolución del concepto de patrimonio, va la del territorio que, como lo expresa Ortega (1998, p.38), reconoce que “el cambio (del concepto de territorio) resulta de la superación del enunciado ambientalista y geométrico y su sustitución por otro de carácter social que contempla el territorio o espacio como un elemento no dado, sino construido”. Si el territorio es una construcción social e histórica, se convierte en el documento de registro más importante de la memoria de una colectividad. Adicionalmente, las unidades territoriales, que nacen de las unidades geográficas y ambientales, se comprenden en la actualidad predominantemente como unidades culturales en tanto los factores naturales juegan un papel condicionante muy fuerte sobre la cultura que en el espacio geográfico se pueda desarrollar y esto define una relación indivisible entre estos dos aspectos. Esta es la reflexión general

que soporta la relación entre lo geográfico, lo histórico y lo social y que soporta las actualizaciones al concepto de paisaje cultural, tan en boga, y sus múltiples derivaciones como paisaje cultural histórico, paisaje industrial, y tantos otros.

El territorio es así, en la mayor parte de los casos, en áreas de amplia continuidad cultural histórica, una especie de palimpsesto, cuya lectura requiere identificar los diversos territorios incorporados en él, separar estas distintas aportaciones históricas, valorando su grado de inserción, en cada caso, así como la amplitud que cada uno ocupa, y las modalidades de articulación de lo antiguo con lo nuevo, y el grado de transformación experimentado en ese proceso de absorción y “refuncionalización” (ORTEGA, 1998, p. 38).

La necesidad del entendimiento del pasado y la preocupación por el futuro ha cambiado la visión del hombre contemporáneo del tiempo, y partiendo de que la construcción cultural se nutre del intercambio temporal constante, el territorio emerge como la forma más clara de “descubrimiento del tiempo en el espacio” como lo señala Español Echániz (2008, p. 203-226). Los procesos históricos tienen tal efecto en el territorio, que se puede leer “en su fisonomía, los cambios antiguos, las transformaciones recientes, las que aún están en marcha” (ESPAÑOL, 2008, *op. cit*) y en algunas ocasiones las que están por venir, las que no se han espacializado.

En este sentido, son los eventos (en el tiempo o en el espacio) que estructuran las lógicas territoriales y que inciden de manera fundamental en las formas de organización de las sociedades que en él habitan, los que quedan insertos dentro de estas consideraciones del orden patrimonial. Para el caso de estudio: una serie de peculiaridades, a partir de un cambio abrupto de la vocación de uso del suelo y su forma de ocupación, genera un nuevo esquema territorial relacionado de manera indeleble con la lepra como un hecho fundante del territorio. Este evento cambia el conjunto de las relaciones territoriales (primarias y secundarias), obligando el desarrollo de dinámicas productivas y de intercambio con otras unidades propias y únicas en este espacio tiempo.

Aquellos terrenos rurales de baja productividad, con muy baja ocupación, descritos en el Agua de Dios anterior a 1871, tuvieron un punto de inflexión por una disposición ejecutiva que generó una construcción territorial completamente diferente. La indagación preliminar realizada hasta el momento sobre la historia de Agua de Dios, señala la superposición de diversos momentos, lógicas y representaciones que permite formular de manera clara, su altísimo valor patrimonial, sustentado en la complejidad de lo allí ocurrido. Estos acontecimientos tienen un peso específico tan fuerte en la historia e identidad de la sociedad, que no se puede entender la realidad actual de la población sin incorporar esta capa que marcó de manera muy fuerte este territorio.

Para el caso de Agua de Dios, en donde se reconoció mediante Ley de la República un conjunto de 16 inmuebles como patrimonio de la Nación,⁹ es importante resaltar el abordaje desde la idea de conjunto, en tanto su valor se reconoce en relación con otros elementos (como un principio gestáltico), pero se queda demasiado corta, pues ese conjunto reconocido no construye el relato histórico tan rico del sitio, se queda corto. Solo la mirada territorial puede dar cuenta de esa riqueza histórica y social de Agua de Dios, como pieza central – no reconocida – de la memoria de Colombia. (Figura 10).

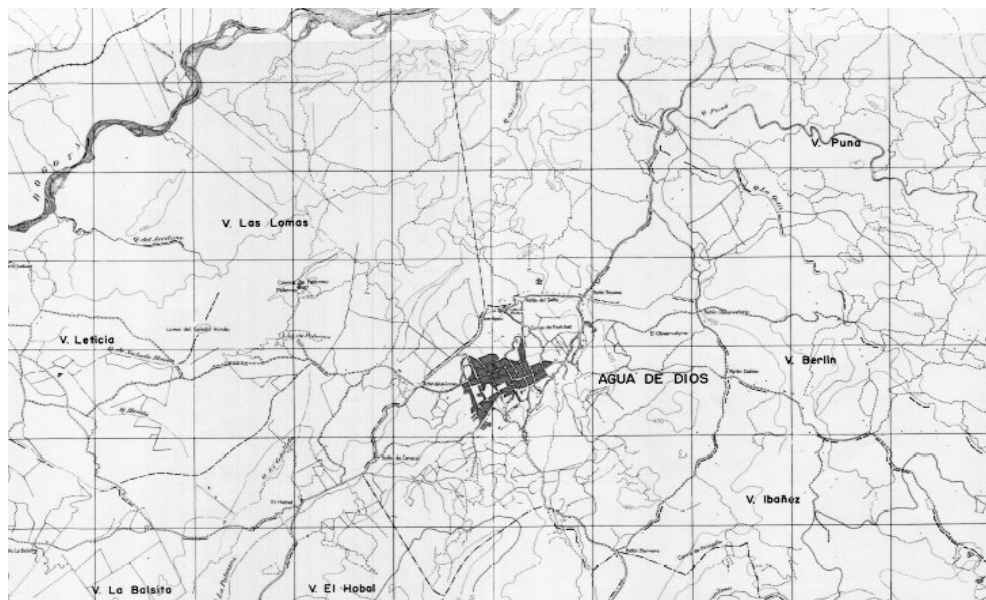


Figura 10: Fragmento del plano oficial del Instituto Geográfico Agustín Codazzi de la zona de Agua de Dios de 1951. Fuente: IGAC Bogotá.

Finalmente, “El concepto de patrimonio territorial permite integrar, como construcción histórica, los elementos naturales y los componentes artificiales en lo que es la arquitectura del territorio histórico” (ORTEGA, 1998, p. 40). El territorio como una totalidad y el paisaje, como unidad, son leídos bajo esta lógica reconociendo la pluma del tiempo en el espacio. Una gramática escrita por un sujeto colectivo, cuya

⁹ A partir de la expedición de la Ley General de Cultura, N° 397 de 1997, los términos de Monumento Nacional, Patrimonio histórico y artístico y similares, fueron reemplazados jurídicamente por el término Bien de Interés Cultural. No obstante algunas declaratorias posteriores insisten en el uso de otros términos como es el caso de la Ley 1435 de enero de 2011, que declara como patrimonio histórico y cultural “algunos inmuebles del Sanatorio de Agua de Dios en Cundinamarca y del Sanatorio de Contratación en Santander y se dictan otras disposiciones”, estas denominaciones se unifican bajo la misma figura jurídica de Bien de Interés Cultural.

lectura nos da la posibilidad de descubrir “una dimensión de la sociedad que lo ha construido” (*op. cit.*, p. 43), base fundamental del sostén de estas categorías amplias de valoración patrimonial: el paisaje cultural y todas sus definiciones puntuales en ámbitos urbanos y rurales, y esta de los territorios patrimoniales.



Figura 11: Detalle acceso albergue San Vicente. Fotografía Carlos Eduardo Nieto, 2012. Fuente: IGAC Bogotá.

EL SINSENTIDO DE LA MEMORIA EN AGUA DE DIOS

En el último vagón del tren de Girardot, un vagón blanco con una cruz roja, ahí los traían a ellos. Todo el mundo llegaba, se saludaba y nadie se daba cuenta que en el último vagón traían a los enfermos de lepra. Las autoridades sanitarias y de policía estaban listas y de ahí los traían por este camino que es el del Puente de Los Suspiros (*apud* CORZO, 2011, p. 95-96)¹⁰

Luego de un primer acercamiento a Agua de Dios y a su historia, se han establecido algunos aspectos preliminares para la valoración del interés cultural de este territorio. Estos aspectos de valor se definen como:

- Sitio de prácticas de resistencia social, ante la aplicación de políticas de secuestro muy agresivas sobre la comunidad de enfermos.

¹⁰ Nota dos Organizadores: Informações coletadas pela autora em entrevista realizada para a sua dissertação de mestrado.

- La construcción de una unidad extra territorial, aislada del resto del país (al interior del lazareto) y segregada, pero fiel reflejo de la estructura social, administrativa y de gobierno del resto del territorio nacional.
- Ventana de observación privilegiada, del papel que desarrolló el aparato religioso y el gremio médico dentro de las formas de gobierno en el territorio nacional.
- Lugar en que se desarrolló una red de arquitectura hospitalaria, gubernamental, religiosa y civil compuesta entre otros por hospitales, albergues, construcciones anexas, colegios, internados, sitios de control, que responden a las múltiples solicitudes de la zona y a su circunstancia histórica: localización, clima, técnicas constructivas, condiciones de higiene y salubridad, etc.
- Sitio de observación de la convivencia forzada de grupos sociales diversos, con diferentes procedencias e intereses y de la consiguiente mezcla cultural resultante, con la enfermedad de la lepra como denominador común.
- El legado simbólico de las órdenes religiosas que hicieron presencia en Agua de Dios y dentro de estas, algunos personajes que jalonaron de manera importante la intervención social sobre la población enferma
- Agua de Dios como lugar base en la investigación constante sobre los tratamientos para el control de la lepra y la tuberculosis.
- Huellas de personajes que desarrollaron una vida cultural muy dinámica al interior del lazareto.

Esta es la visión resultante de una mirada externa que se acerca a la rica historia de este territorio. Una mirada valorativa que encuentra gran cantidad de elementos de interés para su conocimiento, valoración y divulgación, una mirada que apuesta por la activación de la memoria y la conservación física de las huellas que articulan el sistema territorial. Pero esta mirada contrasta con la del actor local que gracias al efecto de décadas y décadas de exclusión y estigma, lo que pretende es olvidar, desactivar la memoria, cambiar los relatos por otros que sean más incluyentes y que borren el estigma de la enfermedad.

Lo que se ha encontrado hasta el momento es que el estigma todavía prevalece en amplias capas de la sociedad colombiana y esto se traduce en la invisibilidad de este territorio y el rechazo generalizado. Esto implica que, para una capa importante de ciudadanos prevalezca la actitud de querer olvidar y tapar toda expresión que relacione a la sociedad actual de Agua de Dios con ese pasado violento, lleno de miedo.

La pregunta guía entonces es, ¿Cuál es el sentido de valorar Agua de Dios como sitio de memoria histórica para Colombia, si los herederos directos de este rico legado no están dispuestos a recibirlo por temor a la perpetuación del estigma? ¿Cuál es el principio de actuación válido ante este ejercicio de recuperación de memoria y exaltación del patrimonio cultural existente en la conformación territorial de Agua de Dios, cuando los depositarios antes de recordar lo que desean es olvidar? ¿Cuál es el sentido de la conservación de este complejo territorial, si el vínculo con la sociedad aguadoseña está roto?

Estas expresiones de negación son evidentes a través de acciones contundentes como tomar la decisión de registrar su documento de identidad en otras poblaciones cercanas, o negar abiertamente cualquier relación con el pueblo, cuando algunos de sus miembros salen a otras ciudades; pero también se reflejan de manera más sutil, como en la decisión de la autoridad local de emitir tarjetas de identidad y cédulas de ciudadanía tomando otro municipio de origen.

Contrasta esta actitud de negación con otra evidente y muy difundida también en Agua de Dios y es la constante re victimización que se afina en muchos enfermos, como una buena oportunidad para el eterno reconocimiento de lo sucedido. Esta actitud perpetúa la condición de víctima y asumida de manera colectiva condena a los pobladores a la construcción de una cultura que no deja que la memoria avance, depure, olvide y siga transformando la identidad de este territorio.

Estas dos actitudes son vistas a la luz de este acercamiento como formas de estancamiento del papel de la memoria en la construcción del futuro de las sociedades. Aunque una niegue y la otra reafirme reiteradamente lo ocurrido, ambas se quedan en una etapa de no asimilación constructiva del legado histórico, absteniéndose de usarlo como un activo histórico que hace parte de una identidad en eterna construcción.

A través de los postulados de la resiliencia social o colectiva, uno de los objetivos del estudio a desarrollar es abordar los valores culturales como una herramienta para reducir el histórico estigma que la sociedad en conjunto ha tenido sobre los enfermos de lepra y avanzar en el proceso de su inclusión en la memoria colectiva, al interior de la comunidad. Probablemente, en el momento en que se produzca este cambio, las actuales y futuras generaciones de Agua de Dios podrán acercarse a su propia historia con tranquilidad y desde el valor, no desde la falencia o la vergüenza.

El joven concepto de resiliencia colectiva se quiere adaptar, en este contexto, a la renovación de la visión y la forma de inclusión de los relatos históricos traumáticos dentro del orden social de una comunidad y por esto, es un eje central en el abordaje de la investigación en desarrollo. Su aplicación en el ámbito de la gestión del patrimonio cultural construye un escenario realmente trascendente a todo el constructo:

investigación- valoración- protección- intervención- apropiación, además de explorar nuevas formas de intervención social a partir de la re elaboración de significados y co-construcción de memoria.

REFERÊNCIAS

ARISTIZABAL GIRALDO, Tulio S.J. *Iglesias, Conventos y Hospitales en Cartagena colonial*. Bogotá: Banco de la República / El Áncora editores, 1998.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1435 de enero 6 de 2011, *Por la cual la Nación declara patrimonio histórico y cultural de la Nación algunos inmuebles del sanatorio de Agua de Dios en Cundinamarca y del sanatorio de Contratación en Santander y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Presidencia Colombia, 2011. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143506012011.pdf>

CORZO FAJARDO, A. M. *Del decreto al puente de los suspiros: Impacto de la enfermedad de Hansen (lepra) en las relaciones familiares de quienes la experimentaron*. Agua de Dios, Cundinamarca, 1920- 1960. Tesis de Magister en Trabajo Social énfasis en Familias y Redes Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2011.

ESPAÑOL ECHÁNIZ, I. El paisaje como percepción de las dinámicas y ritmos del territorio. En Paisaje y Territorio, Javier Maderuelo-Director. Colección Pensar el Paisaje. Madrid: Fundación Beulas, CDNA, 2008.

GÓMEZ, A.; GARCÍA M. P. (Ed), Informe que los señores general Amador Gómez y Pablo García Medina, comisionados para visitar el lazareto da Agua de Dios presentan al ministro de gobierno. Edición oficial .Bogotá: Imprenta Nacional- Colombia, Ministerio de Gobierno, 1906.


MARTÍNEZ MARTÍN, A. F. *El lazareto de Boyacá: lepra, medicina, iglesia y estado: 1869-1916, Cómo Colombia fue convertida en la primera potencia leprosa del mundo, y Boyacá, en una inmensa leprosería (1ª ed.)*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2006.

MARTÍNEZ, A. F., & GUATIBONZA, S. A. Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916. (spanish). *Colombia Médica*, 36(4), 244-253, 2005.

OBREGÓN TORRES, D. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín, Colombia: Banco de la República y Fondo Editorial Universidad Eafit, 2002.

ORTEGA VALCÁRCEL, J. El patrimonio territorial: El territorio como recurso cultural y económico. Ciudades. *Revista del Instituto Universitario de Urbanística de la Universidad de Valladolid*, (4): 33-48, 1998.

PLATARRUEDA VANEGAS, C. P. Contagio, curación Y eficacia terapéutica: Disensos entre el conocimiento biomédico y el conocimiento vivencial de la lepra en Colombia. *Antípoda: Revista De Antropología y Arqueología*, (6), 171-195, 2008.



Salubridad urbana y equipamientos de salud
en el desarrollo de Antofagasta, 1868-1929*

Claudio Galeno Ibaceta



* Este trabajo es parte del Proyecto Fondecyt 11180673: Estudio histórico de la arquitectura hospitalaria y equipamientos de la salud en ciudades puerto del norte de Chile: Arica, Iquique y Antofagasta, 1880-1967.

VIDA EN LA ADVERSIDAD

Referirse al espacio de la salud en Antofagasta es reseñarse a una modernidad impulsada por una voluntad de progreso social. El asentamiento se conformó en territorios bolivianos a partir de 1866, cuando se instalaron los primeros exploradores chilenos, siendo fundada oficialmente en 1868. El ambiente era inhóspito y el agua dulce se producía artificialmente a través de máquinas condensadoras de agua de mar conocidas como “resacadoras”. El proceso de modernización reunió una trama de acontecimientos enraizados y motivados por la actividad minera del Desierto de Atacama. En este árido paisaje, la salud urbana y sus equipamientos emergieron bruscamente a través de diversos sucesos que afectaron a sus habitantes: las epidemias, las revueltas obreras, la Guerra del Pacífico y la crisis del nitrato, accidentes que exigieron la consolidación del espacio de la salud.

El ambiente minero del norte de Chile tradicionalmente ha sido cuna de la reivindicación obrera. Acerca de las rebeliones sociales y sus represiones con muertes masivas, el poeta antofagastino Andrés Sabella, en 1944, en su novela histórica Norte Grande, manifestó: “La pampa destella, como una mano con cinco dedos ensangrentados: huelga de Tarapacá, en 1890; baleo de Antofagasta, en 1906; matanza de la Escuela “Santa María” de Iquique, en 1907; sangramiento de “San Gregorio”, en 1921; y masacre de “Coruña”, en 1925 (...)” (SABELLA, 1997, p. 120).

Respecto de las enfermedades y catástrofes, las investigaciones de Rosa Urrutia y Carlos Lanza entregaron la siguiente sucesión de hechos en las primeras décadas del siglo XX: viruela en 1902, 1903, 1905 y 1910; peste bubónica en 1904, 1905, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1913, 1920, 1929 y 1930; dos incendios en 1906, uno en 1923; tempestades en 1911, 1930 y 1936; terremoto y maremoto en 1922; marejadas en 1924; y, finalmente, huracán, temporal y sismo en distintos meses de 1929. (URRUTIA y LANZA, 1993, p. 146)

La vida en la adversidad hace de Antofagasta un singular caso de estudio mediante el cual se pueden identificar, en un breve periodo de tiempo, la urgencia de equipamientos de salud y de operaciones urbanas, cuya primera acción fue la definición racional del trazado de su fundación. (Figura 1)

LA FUNDACIÓN DE ANTOFAGASTA Y SU DAMERO RACIONAL

El primer plano conocido data del 14 de septiembre de 1869, y está firmado por José Santos Prada en el puerto de Mejillones. El “Plano oficial de la nueva población y puerto de Antofagasta” (AGULLO, 1979, p. 51) representa un damero de manzanas de 100 x 100 metros en diagonal respecto de los puntos cardinales. La racionalidad

en un ambiente urbano de gran movilidad y heterogeneidad humana, lo que detonó la necesidad de equipamientos de salud.

LA JUNTA DE BENEFICENCIA, LAZARETOS Y HOSPITALES

Según Arce, entre 1870 y 1871 se fundó el Hospital del Salvador, que fue construido gracias a aportes caritativos de la comunidad. Su primer emplazamiento fue en el mismo sitio que después fue ocupado por el Desinfectorio Público en el extremo noreste de las calles Nuevo Mundo (actualmente calle Manuel Antonio Matta) e Independencia (luego calle José Santos Ossa), un sitio aislado fuera de la ciudad, en un terreno elevado y al pie de la montaña (ARCE, 1930).

Por otro lado, el “Plano general del puerto de La Chimba [Antofagasta]” (AGULLO, 1979, p. 58), levantado por Adolfo Palacios en el año 1873, mostraba un hospital en una manzana entre las calles Independencia (José Santos Ossa), Potosí (actual Ernesto Riquelme), La Paz (actual Teniente Ignacio Serrano) y Nuevo Mundo (Manuel Antonio Matta), un espacio al borde del damero que estaba siendo ensanchado hacia el este, sureste y suroeste. Según ese mismo plano, el lazareto estaba ubicado al final de calle Independencia, a tres cuadras del hospital, en cuyo costado oriente se emplazaría el nuevo cementerio. Ese emplazamiento del hospital, en el límite de la trama urbana, debe corresponder más bien a una planificación que a un emplazamiento real, ya que esa cartografía incluyó muchas manzanas de ensanches, lo que se evidencia con el cambio de nomenclatura de las mismas (de letras a números romanos), y por el despliegue de las vías férreas sobre esas manzanas.

En mayo de 1872, una epidemia de viruela había impulsado la fundación de la Junta de Beneficencia, formada por Luis F. Puelma, Luis Lichtenstein, Vital Martínez Ramos, Hilario Ruiz, Joaquín Castro Tagle y R. A. Bañados. La primera memoria de esa Junta, publicada en septiembre de 1873, entregó valiosos antecedentes de las precarias condiciones sanitarias en las que vivían los primeros habitantes:

A fines del Mayo del año próximo pasado en los momentos en que la viruela amenazaba arrasar a esta población, por la circunstancia del gran número de pobladores que vivían casi a la intemperie, por las malas condiciones higiénicas de la localidad, el desaseo del gran número de corrales, los centenares de personas que llegaban de Chile, contagiados por el mal, la desorganización completa de cualquier sistema que fuera orden y arreglo en bien de la comunidad; en esas circunstancias repetimos, obligados por la necesidad nos organizamos en Junta de Beneficencia y recabando del vecindario las limosnas que nos fue dado, nos constituimos y procuramos hacer, cuanto de nosotros dependiera a fin de librar a la población de la terrible plaga que en los primeros días de su amenaza hizo un gran número de víctimas. (JUNTA, 1873, p. 3)

Con el fin de atender la urgencia, la Junta solicitó fondos a las casas comerciales, con lo que empezaron a levantar un lazareto. El grupo se dividió entre los que vigilaban la construcción y los que seguían solicitando la caridad de los habitantes para pagar a los maestros que construían el edificio. En siete días levantaron lo necesario y pudieron acoger los primeros enfermos. En dos días tenían sesenta apestados. “Pusimos en el establecimiento la dotación necesaria de empleados; se arreglaron después de los departamentos para enfermos, las habitaciones para el Administrador y demás del servicio interior, aunque todo provisionalmente” (JUNTA, 1873, p. 4).

Antes de la epidemia, el primer médico en la población fue el boliviano Fernando Arguelles. Sin embargo, la sociedad de Antofagasta estaba compuesta fundamentalmente de inmigrantes, y de esa forma se incorporaron médicos británicos. En 1872 atendía a los enfermos el doctor Henry Walker, y luego siguió el doctor Edward H. Neill (ARCE, 1930).

En cinco meses, por el lazareto pasaron 200 enfermos, de los cuales fallecieron 104. La Junta era optimista con las estadísticas: “Antes de construido el Lazareto, de los enfermos atacados de viruela en la población solo salvaban un diez por ciento, tales eran de terribles, los síntomas y consecuencias de la enfermedad; después, con el Lazareto, se consiguió disminuir el mal y salvar un cincuenta por ciento” (JUNTA, 1873, p. 4).

Luego de la epidemia, la Junta, consciente de la necesidad pública de acoger otro tipo de enfermos, decidió convertir el lazareto en un hospital permanente.

Con decidido empeño se procedió a reformar el establecimiento para prepararlo a fin de ofrecerlo sin peligro alguno al vecindario. Se mudaron los pisos de madera, se cambió la tierra que estaba debajo de dichos pisos, se desinfectó por varios sistemas los salones en que hubo apestados: durante un mes se tuvo inhabitado el establecimiento y cuando según la opinión del médico de ciudad, no había el menor temor de existir algún contagio se abrió nuevamente al servicio del público con el nombre de Hospital del Salvador (JUNTA, 1873, p. 5).

Además, la Junta habilitó un nuevo lazareto “más reducido y en un lugar más abrigado”. Así, desde diciembre de 1872, la institución contaba con dos espacios dedicados a la salud pública, que fueron siendo mejorados paulatinamente según las necesidades (JUNTA, 1873, p. 5).

El primer Hospital del Salvador contaba con dos departamentos principales, ubicados en el frente del edificio, destinados para los enfermos, uno con 18 camas para hombres y el otro con 12 camas para mujeres. Había, además, dos habitaciones pequeñas, cada una con dos camas, para casos que, según los médicos, debieran estar separados.

A los lados del volumen principal del hospital, por un lado, estaba la botica, despensa y dos habitaciones para el administrador; por el otro costado se situaba el guarda ropas, habitaciones para empleados y cocina. Todo levantado de forma

provisoria. “Existen, además, separados por el patio del establecimiento, la sala de depósitos, bastante espaciosa y decente, el departamento de lavandería, los lugares secretos y pesebreras para los animales del servicio” (JUNTA, 1873, p. 6).

Los índices del hospital eran alentadores. En seis meses de funcionamiento atendieron a 144 enfermos, de los cuales restauraron su salud 119 y fallecieron 25. Por otro lado, la botica recibió la visita de 65 personas que acudieron para ser vistas por el médico y recibir medicinas. En resumen, en seis meses fueron atendidos 209 enfermos (JUNTA, 1873, p. 7).

El segundo lazareto fue emplazado alrededor de doscientos metros del hospital. Se situó resguardado de tal forma que no fuese impactado por ningún viento que soplara en dirección al hospital y al espacio urbano. Era una sala con diez camas, que se mantenía con una rigurosa higiene, mediante aseo y ventilación. En cinco meses acogieron a 30 enfermos, de los cuales sobrevivieron 15 (JUNTA, 1873, p. 8).

Luego de la implementación de los primeros equipamientos de salud, fueron necesarias medidas de saneamiento sobre el espacio urbano.

EL TRASLADO DEL CEMENTERIO

Una operación urbana significativa sobre los aspectos sanitarios fue el traslado del cementerio en 1873, a pocos años del inicio del poblamiento de la nueva urbe (1866), lo que evidenciaba su acelerado crecimiento. (Figura 2) En 1930, Arce relata el hecho:



Figura 2: Vista general de Antofagasta en torno 1890, en primer plano el Cementerio y a la derecha el primer Hospital del Salvador.

Fonte: Fotografía de Lassen Hermanos. Archivo Museo Histórico Nacional. AF-140-1.

En los primitivos tiempos de Antofagasta, se eligió como lugar adecuado para el cementerio, un sitio que entonces se creyó siempre quedaría lejos de la población, hacia la parte norte. Dicho sitio nunca se clausuró y los cadáveres se sepultaban ahí sin más trámites que abrir un hoyo y echarles encima unas cuantas paladas de tierra. A lo sumo, se les ponía a algunos una sencillísima cruz con la indicación de la persona fallecida. Tal sitio era el término de la calle Iquique, donde existe ahora el Hospital Inglés, o sea, en donde principia el populoso barrio de Bellavista. Algún tiempo después – el año 1873 – se vio que era inconveniente el lugar que se había destinado para cementerio y se acordó ubicarlo donde mismo está actualmente (ARCE, 1930, p. 197).

En 1873, la Junta de Beneficencia se propuso solventar otra necesidad pública, un nuevo cementerio, en un sitio adecuado y con suficiente extensión como para prestar los servicios requeridos. El nuevo espacio estaba cerrado en su perímetro y dividido interiormente en tres patios (JUNTA, 1873).

Desde su creación, la Municipalidad lo consideró un cementerio laico (JUNTA, 1873). Esa premisa revela una sociedad con preceptos modernos producto de una comunidad de inmigrantes. Habría que tomar en cuenta que, si bien esa decisión se tomó durante la administración boliviana, en el contexto chileno, mediante el decreto de 1871, ya se habían secularizado los cementerios (EL INSTITUTO, 1894), mientras que en la República de Bolivia esa medida recién se adoptó en 1906.

En 1875, la Junta de Beneficencia había aumentado su número de miembros, destacándose una importante presencia de extranjeros, algo propio de una sociedad compuesta de inmigrantes. Estos eran los británicos George Hicks, Eduardo H. Neill, Diego Adamson, Henry Walker y Hugo Ross Steavenson; los alemanes Hugo Jenequel y Bernardo Eissmann; el chileno Luis Felipe Puelma; el francés George Hanriot; el español Julián González Alegre; los bolivianos Manuel Franklin Alvarado y Alfredo Lea-Plaza (ARCE, 1930).

Cruz Larenas indica que el censo de 1875 arrojó una población de 5.384 habitantes, de los cuales 4.530 eran chilenos, 419 bolivianos y 435 de otras nacionalidades; el censo de 1878 reveló que había 8.507 habitantes, con 6.554 chilenos, 1.226 bolivianos, 226 argentinos, 121 peruanos, 104 ingleses y 276 de otras nacionalidades (CRUZ LARENAS, 1966). El ambiente político entre Chile y Bolivia entró en una crisis derivado de cuestiones económicas, a nivel urbano el ambiente social también reflejaba el conflicto. El descontento de la población iba en aumento, ya que hubieron “numerosos casos de flagelaciones y muertes de ciudadanos chilenos y habiendo protestado de ello el cónsul de Chile en Caracoles, D. Enrique Villegas, el Gobierno de Bolivia le canceló el título” (CRUZ LARENAS, 1966, p. 118). El paso siguiente fue la guerra.

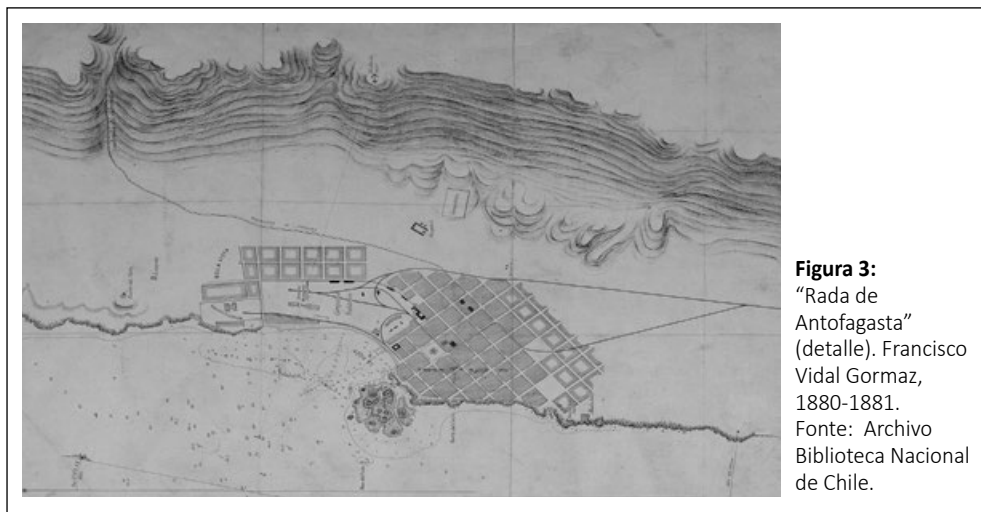


Figura 3:
 “Rada de Antofagasta”
 (detalle). Francisco Vidal Gormaz, 1880-1881.
 Fonte: Archivo Biblioteca Nacional de Chile.

LA GUERRA DEL PACÍFICO Y LAS CONSECUENCIAS EN LA SALUD EN ANTOFAGASTA

Junto con las epidemias, otro suceso que detonó la urgente necesidad de espacios adecuadas para la salud fue la Guerra del Pacífico, iniciada con la ocupación de Antofagasta por las tropas chilenas el 14 de febrero de 1879. A partir de ese momento, el asentamiento entró en una fuerte actividad, ya que pasó a ser el centro de concentración de las tropas y equipos que llegaban en los barcos desde el sur. Con el objeto de resguardar el poblado se levantaron fuertes con potentes cañones para defender los barcos, la ciudad y, especialmente, las plantas condensadoras de agua de mar (RECABARREN, 2002). Cruz-Coke indica: “Los barcos ‘Paquete del Maule’ y más tarde el ‘Veintiuno de Mayo’ se transformaron en hospitales flotantes, para evacuar heridos hacia los hospitales bases de Antofagasta y Valparaíso” (CRUZ-COKE, 1995, p. 397-400).

Para servir a la guerra se reformó el hospital de Antofagasta y se construyó una sección anexa denominada Hospital de Sangre, para asistir a los heridos (ARCE, 1930). Sobre el escenario de la guerra, Cruz-Coke manifestó:

(...) En el teatro de operaciones del Norte, se organizaron dos hospitales bases en Antofagasta y uno en Mejillones, de unas doscientas camas cada uno. Las ambulancias debían atender a cada batallón o regimiento, esto es unos 500 hombres (...) Estas ambulancias eran hospitales volantes, desarmables, de unas 20 camas, que se instalaban en bodegas, galpones o casas (...) (CRUZ-COKE, 1995, p. 401-402).

Ardiles entrega una aclaradora síntesis de los efectos de este conflicto:

Durante el primer año de guerra, el puerto amplió su radio urbano y la población de Antofagasta creció violentamente, convirtiéndose en base del Alto Mando, centro logístico y de operaciones del ejército de

ocupación chileno y campamento de adiestramiento y preparación de la tropa. Entre otros males del impacto demográfico, aumentó la demanda por servicios de suministro de agua y se originaron problemas higiénicos y de salubridad pública por causa de enfermedades de transmisión sexual, desórdenes callejeros e inseguridad ciudadana (ARDILES, 2010, p. 114).

Algunos artículos del capitán de ejército Rafael Poblete, publicados en 1920 en la *Revista Chilena de Historia y Geografía*, detallan aspectos críticos de los servicios sanitarios en Antofagasta durante la guerra. Indica que cuando se asentaron las tropas, la capacidad del hospital era muy baja, para alrededor de 200 enfermos. A la falta generalizada del servicio sanitario de las tropas, se sumó la ausencia de previsiones higiénicas elementales, mezclando, en el improvisado hospital militar, a los enfermos contagiosos de escarlatina con los que padecían heridas y úlceras venéreas. En mayo de 1979, se había visto la necesidad de establecer un hospital militar, el cual fue ensanchándose paulatinamente. Debido a la necesidad de acelerar las curaciones y por el aumento de los enfermos, se buscó un local adecuado, de modo que el 16 de mayo de 1979 se “inauguró otro hospital en dos salas en construcción del hospital civil del Salvador de Antofagasta, atendiendo 80 a 90 enfermos diarios (...)” (POBLETE, 1920a, p. 469-478).

La falta de control sobre la prostitución y la salud de las mujeres que acompañaron a los soldados hacia el norte, “hizo que pronto las enfermedades venéreas se propagaran en Antofagasta en forma alarmante”, por lo que se ordenó en junio, exámenes periódicos y aislamiento de las enfermas. Además, el largo periodo del ejército chileno en Antofagasta, y la sobrepoblación del asentamiento, “ocasionó la viruela en todos los barrios, cuya miseria daba pábulo a la propagación del mal”. Se sumaban las enfermedades del estómago, ya que no hubo control sanitario en la alimentación que recibían las tropas (POBLETE, 1920b, p. 486-487).

En 1880, el capitán de fragata Francisco Vidal Gormaz levantó la costa de Antofagasta para realizar la cartografía titulada “Rada de Antofagasta”, que fue publicado en 1881 (Archivo Biblioteca Nacional de Chile) y que revela con gran precisión la batimetría del sector del fondeadero y de La Poza, la pequeña ensenada portuaria donde se había levantado los muelles. La importancia de los datos se debía a que el medio marítimo era la única forma de transporte con el resto del mundo, ya que hasta ese momento las vías férreas solo conectaban el interior del desierto con este puerto.

Esa cartografía, si bien no es una planificación, muestra una ciudad en expansión, con ensanches hacia el sur y norte (barrio Bellavista) del asentamiento. La extensión hacia el norte, desde el centro urbano, se iniciaba con la Compañía Salitrera y continuaba con la Beneficiadora de metales. El emplazamiento era favorable a la ciudad, en cuanto los vientos predominantes (suroeste) alejaban la contaminación hacia el exterior del radio urbano existente, no así respecto del ensanche de Bellavista. Por otro lado, en el

borde del extremo sur, luego de las manzanas proyectadas, se situó el matadero, junto al Fuerte Sur, lo que revelaba el carácter periférico que poseía el sector. (Figura 3)

Contador indicó que por motivos sanitarios el matadero ocupó diversos espacios en las primeras décadas del asentamiento. Inicialmente había funcionado cercano a la plaza Colón en torno a 1872, luego se había trasladado a la ubicación mencionada en 1880, en la denominada calle Matadero (actual Coquimbo), para reubicarlo en 1885 en el barrio Bellavista (CONTADOR, 1982). El plano de 1893, aunque muestra el matadero nuevo en Bellavista cerca del Fuerte Norte, aún lo sigue mostrando en el borde sur.

En el plano de Vidal Gormaz se indica la ubicación del hospital próximo al nuevo cementerio (que había sido reubicado en 1873) en la parte exterior al este del poblado. Se trata de un plano urbano, donde el nosocomio está representado como un conjunto de planta rectangular, con una cara parcialmente abierta orientada al suroeste. Curiosamente el lazareto se muestra en el extremo septentrional del poblado, cercano al Fuerte Norte, sin embargo, otros planos posteriores, como el de 1893 (AHUMADA, 1982), 1898 (Archivo Ferrocarril de Antofagasta a Bolivia/FCAB), 1899 (Archivo Histórico Biblioteca Universidad Católica Norte/UCN), 1901 (Archivo Histórico Biblioteca UCN), 1903 (AGULLO, 1979, s.p.) y 1906 (Archivo José Antonio González) no lo muestra en esa posición, sino en el sitio que había definido la Junta de Beneficencia, en las inmediaciones del hospital, al norte del cementerio. Esos planos, además, muestran un pequeño cementerio al norte del lazareto, menos conocido, pero importante del punto de vista sanitario, pues era el cementerio de los apestados. La cartografía de 1893 es la primera en mostrar ese aislado campo santo. (Figura 4)



Figura 4:

“Plano de Antofagasta”, 1903.

Fuente: Publicado en Agullo, 1979.

En 1884, finalizó la guerra. Ese mismo año, la Cruz Roja, que prestó servicios durante el conflicto, se organizó para prevenir una epidemia de cólera en Antofagasta, para lo cual levantó un lazareto provisional con fondos derivados de la munificencia pública. Esta construcción luego fue obsequiada a la Junta de Beneficencia para que con sus materiales pudiesen mejorar el lazareto que había sido construido para los enfermos de viruela (MANDIOLA y CASTILLO, 1894).

La guerra motivó la formación del Servicio Médico del Ejército en 1889 (EL INSTITUTO, 1894), para el cual, como indica Cruz-Coke, se requirió de un reglamento, que fue preparado por el doctor Wenceslao Díaz. La ordenanza estaba basada en los servicios sanitarios de los ejércitos europeos, y organizaba la atención en tres escalas: hospitales bases, hospitales volantes o ambulancias y cirujano regimentales.

Las acciones bélicas estimularon la necesidad de educación sanitaria entre las tropas de modo que, en 1890, la Academia del Ministerio de Guerra publicó Ligeros apuntes de higiene general y militar, escrito por el profesor del ramo y por alumnos de la Escuela Superior de Guerra. El libro de bolsillo articula diversas referencias de ejemplos extranjeros, en la primera parte entrega aspectos fundamentales del funcionamiento del cuerpo humano, temperamentos, idiosincrasia, reglas relativas a las epidemias, precauciones, y varios otros temas importantes; luego seguía con conceptos siempre vinculados al cuerpo humano e higiene: aptitudes de reclutamiento; características de vestuario; higiene del equipo; alimentación en tiempo de paz; higiene y agua; higiene de la infantería; caballería y artillería; precauciones higiénica en las marchas durante una campaña; alimentación en campaña e higiene de los campamentos; habitaciones pasajeras; desinfección; extensamente se detienen en la higiene en los cuarteles, abordando desde el emplazamiento hasta su ventilación; y finalmente, la prevención de los hábitos viciosos del soldado (MINISTERIO, 1890).

SANEAMIENTO VERSUS CONTAMINACIÓN

Curiosamente la guerra no inhibió una mayor inversión de la Compañía Huanchaca de Bolivia en Antofagasta. En 1889, la empresa expuso sus instalaciones en el pabellón de Bolivia de la Exposición Universal de París, y la revista francesa *Le Génie Civil* publicó un artículo sobre la compañía argentífera. Allí se indicaba que la sociedad se había formado en 1873 con capitales bolivianos y chilenos, pero esta había pasado a ser una sociedad anónima con sede en Londres denominada *The Antofagasta and Bolivia Railway Company Limited*. Para poder conectarse con Antofagasta, habían construido líneas telegráficas y una extensa vía férrea con un viaducto de 102,6 metros de alto. Además, se sumaba la construcción de 314 km de canalización de agua que

estaba construyendo la empresa desde el río San Pedro para surtir las estaciones del ferrocarril y la ciudad de Antofagasta (F.B., 1889).

Finalmente, en 1891, se dio paso al agua potable en cañerías gracias a la Compañía Huanchaca. La empresa había levantado la gran Fundición Playa Blanca alejada hacia el sur de Antofagasta, y requería del agua para el proceso como para abastecer las locomotoras del ferrocarril que había extendido hasta las minas de Pulacayo al sur de Bolivia. La empresa adquirió paulatinamente entre 1887 y 1889 una serie de concesiones para uso de aguas del interior de la región, y extendió una cañería, la cual, a la vez, dotó de agua a Antofagasta y otros asentamientos (ARCE, 1930). Un plano de 1892 (Archivo Ferrocarril de Antofagasta a Bolivia) muestra el proyecto de canalización de agua potable para surtir el centro de la ciudad y alcanzar sus propios terrenos. El diseño está firmado por el ingeniero Roberto J. Manning.

Habría que añadir que las instalaciones de la Compañía Huanchaca también impactaron negativamente sobre su entorno. La contaminación ambiental, que se emitió cuando entró en funcionamiento la fundición de plata en 1893, fue extensamente discutida por la ciudadanía, porque el humo de sus chimeneas afectaba la salud de los trabajadores y de los espacios en sus inmediaciones, como el Cuartel de 7^º de Infantería y la Escuela Mixta, por lo que la Municipalidad encargó estudios médicos y de ingeniería para que se solucionase el conflicto (AHUMADA, 1999). Sin embargo, la sociedad antofagastina no logró que se solucionara el problema.

Estos hechos evidencian una vez más lo dicho por Ariel Gravano, la idea del conflicto permanente en la conformación de lo urbano (GRAVANO, 2013). Sin embargo, en el momento en que Playa Blanca paralizó parcialmente, o de forma permanente, su funcionamiento (1902), generó una profunda inquietud en la sociedad local e, incluso, a nivel nacional, como lo comprueba el extenso artículo “La crisis de Antofagasta” publicado en la revista Sucesos desde Valparaíso en 1902 (SUCESOS, 1902, p. 6-9).

Los primeros límites urbanos se habían decretado el 8 de octubre de 1888. El “Plano de Antofagasta” de 1903 (AGULLO, 1979, s.p.) revela su ubicación norte y sur, el primero coincidía con el Fuerte Norte mientras que el segundo se alineaba con el sitio donde partía el cable submarino. Esa cartografía, entre muchos datos, mostraba el nuevo terreno donde se construiría el nuevo Hospital del Salvador. Además, en el área norte, junto con la extensión de los terrenos del ferrocarril, se habían instalado nuevos espacios industriales como la empresa Inglis Lomax y Carrasco y Zanelli. En el deslinde exterior de ese límite sur fue instalada una fábrica de azufre, lo que indica que los emplazamientos de algunos terrenos industriales no eran conscientes con la contaminación hacia la estructura urbana, así como la Fundición Playa Blanca. El

“Plano guía comercial de la ciudad de Antofagasta” (Archivo Biblioteca Nacional de Chile), realizado por el ingeniero ítalo-árabe Luigi Abd-El-Kader, y publicado en 1914, igualmente muestra en el área sur que se han emplazado los estanques de petróleo de la compañía The Union Oil Company of California, representada por Duncan Fox.

En Antofagasta, previo a la construcción de la red de alcantarillado, la insalubridad incrementaba epidemias como la peste bubónica y viruela. Para sanear la ciudad, en 1908, fue iniciada la construcción de una red de desagüe que cubría un área de 300 hectáreas, un 95% de la superficie construida en la ciudad, además de una red de agua salada para atender los incendios e inodoros. Se utilizó para esto el sistema unitario en zig-zag del francés Paul Wery (ARCE, 1930).

El presidente de la República Pedro Montt, anteriormente ministro de Industria y Obras Públicas, había impulsado la higiene urbana por medio de la ejecución de alcantarillados en las principales ciudades chilenas. En ese contexto, el gobierno chileno exhibió en 1910, en la Exposición Internacional de Higiene de Buenos Aires, una extensa serie de planos de alcantarillados y agua potable de diversas ciudades que tenían sus redes en construcción, como Curicó, Concepción, Talca, Antofagasta, entre otras (CARAS y CARETAS, 1910, s.p.).

En 1911, el Dr. Pedro Lautaro Ferrer, en el libro *Higiene y Asistencia Pública en Chile*, publicado con motivo de la V Conferencia Sanitaria Internacional Americana realizada en Santiago de Chile en noviembre de ese año, detalló las obras de alcantarillado realizadas o en ejecución en Chile. La publicación incluyó los planos de esas obras, que ya habían sido exhibidos en la exhibición de Buenos Aires. Ferrer indicó que las obras fueron ejecutadas entre 1909 y 1911 (FERRER, 1911). El plano de Antofagasta muestra una retícula homogénea en zig-zag que se adscribe a la forma urbana en damero de la ciudad y a su topografía, ya que se indica con claridad las curvas de nivel (FERRER, 1911, plano 30). (Figura 5)

Los trabajos tardaron, siendo necesario que, en 1914, el gobierno, mediante la Ley 2.943 de noviembre de ese año, entregase fondos para finalizar las obras del alcantarillado. Luego, en 1916, se hizo una primera ampliación de la red.

UN HOSPITAL EN SISTEMA DE PABELLONES

Desde el fin de la Guerra del Pacífico, los equipamientos de la salud en Antofagasta fueron por mucho tiempo una precaria e improvisada arquitectura. En 1904 fue firmado el Tratado de Paz y Amistad, que fijaba los límites entre Chile y Bolivia, y que estableció la paz entre ambas repúblicas y ponía fin al estado de guerra. Con el pacto se cedió definitivamente Antofagasta a Chile. Eso significó un incremento notable en las inversiones públicas y privadas en la ciudad nortina, que, junto con los preparativos



Figura 5:
 “Alcantarillado de Antofagasta”.
 Fuente: Publicado en Ferrer, 1911.

para el Centenario de la República de Chile, en 1910, fortalecieron la imagen urbana de Antofagasta con diversas arquitecturas de carácter historicista y ecléctica.

Una de esas inversiones privadas fue realizada por el Ferrocarril de Antofagasta a Bolivia (FCAB), que construyó el denominado Hospital Inglés, un edificio en madera de dos plantas, con galerías perimetrales. Las obras fueron iniciadas en enero de 1904 y terminadas en 1907, con un proyecto del ingeniero R. Anderson de la oficina de ingeniería del FCAB (Archivo FCAB, plano nº 2279).

Luego del tratado de 1904, el presidente Germán Riesco Errázuriz visitó Antofagasta el 23 de febrero de 1905, reconociendo en terreno la insalubre situación hospitalaria en unas barracas de madera, manifestando impactado que lo existente no era más que la antesala del cementerio (SILVA, 1919).

En consecuencia, Riesco autorizó al intendente de la provincia Carlos Merino Carvallo y al vicario Luis Silva Lezaeta, para que coordinasen las labores necesarias para construir un nuevo hospital. Fue el párroco quien finalmente dirigió la campaña para la construcción del edificio, el cual diseñó, junto al arquitecto Luis Jacob, para albergar alrededor de 300 enfermos. Silva Lezaeta, en junio de 1919, publicó un extenso artículo para la relevante *Revista de Beneficencia Pública* en el cual explicaba el proceso llevado a cabo y donde indicaba su autoría en colaboración con Jacob (SILVA, 1919, p. 143-154), quien integraba el extenso equipo de profesionales de la Sección de Arquitectura de la Dirección de Obras Públicas (GREVE, 1938). (Figura 6)

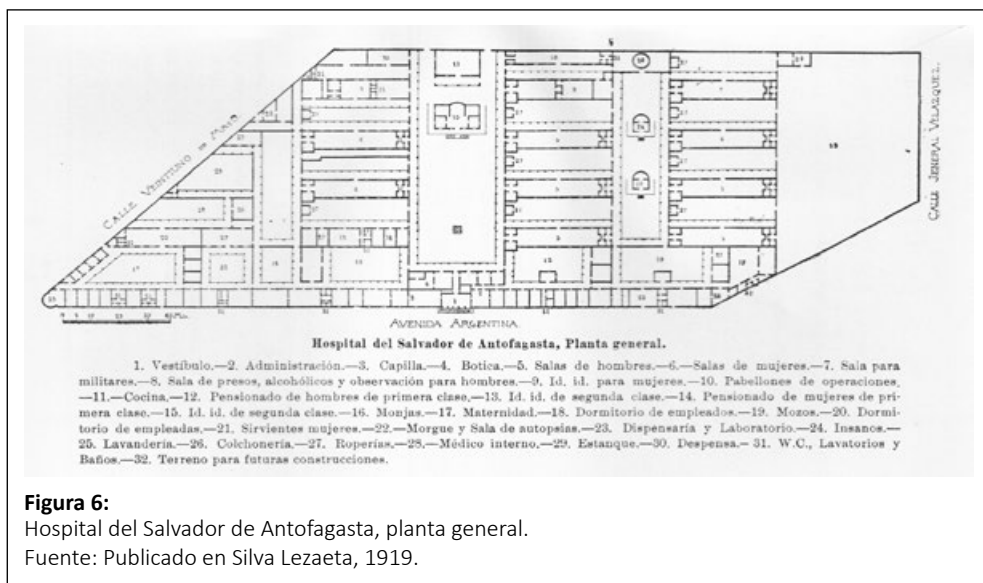


Figura 6:

Hospital del Salvador de Antofagasta, planta general.

Fuente: Publicado en Silva Lezaeta, 1919.

Para la realización del diseño, el vicario visitó los hospitales de Valparaíso y de Santiago, entre los cuales el San Vicente de Paul y el San Borja representaban en su organización los avances en cuanto a arquitectura hospitalaria de pabellones.

El 10 de junio de 1906, el vicario colocó la primera piedra, y a fines de ese año se iniciaron las faenas, supervisadas por Jacob, hasta ser inaugurado el 30 de marzo de 1913. La administración estuvo en manos de la congregación de religiosas italianas Figlie di Sant'Anna (GALENO, 2014), las cuales, en esa época, también tuvieron a cargo los hospitales de Arica e Iquique. Para su apertura el conjunto no estaba completamente terminado y en los años siguientes siguieron obras hasta 1927 (DURÁN, 1982).

La revista *Sucesos* publicó en abril de 1913 un reportaje sobre la inauguración con fotografías del evento y del conjunto. Decía:

Con toda solemnidad y gran regocijo se llevó a efecto en Antofagasta, hace poco, la inauguración del Hospital, que tanta falta hacía y en cuya terminación se hallaban comprometidos los hombres de nobles sentimientos, sin distinción de ideas. Hizo entrega del Hospital el Illmo. y Revmo. señor obispo de Oleno, D. Luis Silva Lezaeta y lo recibió, a nombre del Gobierno, el Intendente de la Provincia, D. Julio Fabres (...) (SUCESOS, 1913, s.p.).

En el acto, el padre Silva Lezaeta, manifestó:

El 10 de junio de 1906, nos reuníamos en este mismo sitio, entonces solitario y agreste, para depositar la primera piedra de este vasto edificio. Ella fue como una semilla arrojada al seno de la tierra, pues se han necesitado seis años de penosa gestación para que haya podido transformarse [en] el árbol benéfico a cuya sombra cariñosa vendrán a cobijarse los menesterosos y todos los que necesitan reparar sus fuerzas abatidas por

el dolor. (...) Era un triste espectáculo el que ofrecía el desmantelado y ruinoso edificio que hasta hoy servía de hospital. Nos sentíamos abatidos, 'casi avergonzados', al pensar que en una sociedad culta no se pudiera ofrecer a nuestros hermanos afligidos por la desgracia, aquello a que tiene derecho la dignidad humana (SUCESOS, 1913, s.p.).

El terreno elegido era espacioso, estaba bien ventilado e independiente de la parte más densa de la población. Era un espacio radicalmente distinto al que ocupaba el antiguo hospital, con una arquitectura precaria y cuyo entorno se transformaba con el crecimiento del área industrial, principalmente con la creación de patios para el ferrocarril. El plano de 1903 revela el desplazamiento de la vía férrea hacia el borde oriental del asentamiento, pasando justamente por el sitio del antiguo hospital (el traslado de la vía recién se concretó en torno a 1920). Por otro lado, el desarrollo hacia el sur y hacia la parte alta estaba incluido en la planificación de un nuevo ensanche denominado "nueva hijuelación", manifiesto en un plano de 1906 (Archivo José Antonio González); el terreno elegido se situaba en el límite de la antigua ciudad con la nueva urbe planificada (GALENO, 2014). Como indica el padre Silva Lezaeta:

(...) Por esto nos decidimos por una hermosa faja de terreno situada en la parte sureste de la ciudad, en un plano suavemente inclinado, con vista al mar y a la orilla de la línea férrea, que permitiera colocar a las puertas del establecimiento los heridos que por ferrocarril pudiesen ser traídos de las oficinas salitreras (SILVA, 1919, p. 144).

El hospital era un conjunto conformado por un edificio principal lineal, asimétrico, de un piso, que conformaba una extensa fachada (actualmente demolida) hacia la ciudad poniente. Ese largo cuerpo urbano se elevaba sobre un gran zócalo que permitía articular la diferencia de nivel del terreno en pendiente; detrás de él seguían una serie de pabellones aislados de forma escalonada. El acceso principal se diseñó como un pórtico rigurosamente neoclásico, situado en el remate y articulación de una perspectiva urbana en *pata de ganso*, donde confluyen dos vías: calles Copiapó y Salvador Reyes.

Este pórtico corresponde a lo que se conoce como *loggia* abierta para la protección del sol y para observar el entorno circundante desde un lugar elevado, una tipología de acceso de profunda inspiración palladiana, que pudo haber sido influenciada por los médicos ingleses residentes, ya que fue en Inglaterra y en Estados Unidos donde se desarrolló con intensidad esta reinención de la arquitectura de Palladio, que se había inspirado en el mundo clásico. Por otro lado, no habría que olvidar que la enseñanza de la arquitectura en Chile aún utilizaba el tratado de los órdenes arquitectónicos de Giacomo Barozzi da Vignola como guía básica para las obras.

La posición central de este tipo de acceso se complementaba con una organización que iniciaba al cruzar el pórtico. En el interior, una escalera doble volvía a articular la

pendiente del terreno, siguiendo una plaza en pendiente, entorno a la cual se organizaba el resto del conjunto, pabellones dispuestos lateralmente, respetando un eje central, separados por patios.

Una parte del conjunto lo ocupaba la Maternidad que fue terminada en 1917 (ARANCIBIA, ARAYA y CAYO, 1981). Larraín Mancheño, su director en 1918, manifestó que la construcción había sido liderada por un comité formado por la Logia Espíritu Libre de la Masonería, y respecto de sus características constructivas indicaba: “Sería largo entrar en todos los detalles de construcción, sólo diremos que la madera se empleó sólo en lo indispensable, siendo el concreto el material de preferencia; los pisos de baños, excusados, sala de trabajo, de infectadas, de cirugía son todos de cemento blanco, armado sobre vigas de acero” (LARRAÍN, 1918, p. 356).

En el extremo norte del área de maternidad, la fachada acentuaba la esquina con una elevada sala de cirugía de planta octogonal, que presentaba una cúpula de madera igualmente octogonal con vanos, coronada con una linterna, interiormente una sala vertical coherente con los requerimientos de ventilación e iluminación.

El sistema de pabellones separados por patios respeta un formato reconocido de los hospitales decimonónicos ingleses, franceses y alemanes, que conocían los beneficios de la ventilación y asoleamiento para los tratamientos y para evitar la transmisión de enfermedades. La revolución sobre la organización y salubridad de los hospitales se había iniciado en Europa y dos importantes referentes fueron el Hospital de Lariboisiere en París, 1839-1854, realizado por el arquitecto Martin-Pierre Gauthier, y el Hospital Eppendorf de Hamburgo de Friedrich Ruppel, construido en sucesivas etapas desde 1884 (GALENO, 2014). En el contexto chileno fueron muy influyentes las ideas que difundió el arquitecto Ricardo Larraín Bravo, quien, habiendo estudiado en la Escuela Especial de Arquitectura de París, volvió a Chile en 1901, y en los años 1909 y 1910 publicó los tres tomos del destacado libro *La higiene aplicada a las construcciones* (LARRAÍN, 1909-1910).

SANIDAD Y OPERACIONES URBANAS

La posguerra, la bonanza de la explotación minera y, más tarde, la crisis del nitrato, derivaron en el crecimiento de la población urbana y en los consecuentes problemas de la salubridad. Si bien, en 1906, el Estado chileno había promulgado la Ley 1.838 de Habitaciones para Obreros con énfasis en la salubridad de los espacios (CHILE, 1906), la realidad sanitaria de Antofagasta de los años veinte debió controlar la salud de los inmigrantes. El semanario antofagastino *La Ilustración* del 4 de noviembre de 1923 mostraba el proceso con el título “El código sanitario en acción”, que incluía una serie de fotografías de las multitudes que desembarcaban en el puerto de La Poza y que luego iban a los campamentos de las salitreras. Estas personas eran trasladadas en

camiones a la Casa de Limpieza en el Lazareto para efectuarles “una buena profilaxis”, “una prolija y completa desinfección y fumigación de los ‘enganchados’ [obreros traídos bajo promesas de riquezas] y sus ropas, para lo cual se emplearon todos los elementos que para el caso posee la Ilustre Municipalidad y al Inspección Sanitaria”. La finalidad del procedimiento era “evitar la posibilidad de todo contagio infeccioso para los habitantes de la pampa y de esta ciudad” (LA ILUSTRACIÓN, 1923, s.p.).

En la edición del 9 de marzo de 1924 de *La Ilustración*, fue publicado un escrito del arquitecto Eduardo Muñoz Guerra titulado “Problema de las habitaciones para obreros” (MUÑOZ, 1924, p. 14), donde reflexionaba acerca de la importancia de reformar la calidad del hogar del proletariado. Así, para mejorar el problema de la vivienda “de los desheredados de la fortuna”, un problema global, los gobiernos hacían estudios por “parte de los estadistas y de los sociólogos”, orientados a “labrar la felicidad del pueblo”. En ese sentido, dar solución al problema del hogar significaría “un gran adelanto”, que implicaría no solo lo material de la arquitectura, sino también lo intelectual y lo moral. Además, el arquitecto indicaba:

El hogar, esa entidad nobilísima por excelencia, que es la base de la felicidad de los individuos, de las familias y de las naciones; el hogar, cuna de los más santos amores, de los afectos más puro; es institución tan antigua como el mundo y que es de todas las humanas la más honrosa y sublime, ha menester como la planta para vivir y desarrollarse, de sol, de luz, de aire (MUÑOZ, 1924, p. 14).

En torno a 1930 se produjo la crisis de nitrato, lo que condujo al despoblamiento del desierto y a la migración de los obreros a las ciudades. En ese sentido la necesidad de viviendas salubres seguía incrementándose en la década del treinta, principalmente en los bordes urbanos. La visitadora social Teresa Pinto Winter dejó testimonio de su experiencia en las visitas a las poblaciones obreras Norte, Oriente y Miramar de Antofagasta, en la falda de los cerros que respaldan la urbe.

(...) éstas se han levantado a iniciativa de algunas personas de escasos recursos, a quienes la Municipalidad ha cedido terrenos fiscales, sin ayuda pecuniaria. Los materiales de construcción están en proporción a los recursos de cada poblador- se ve de la más pequeña casita de barro, de madera hasta la más miserable choza de calaminas y sacos viejos. No existen en ellas, ni los más elementales de los servicios higiénicos; hasta allí no llega la luz eléctrica, el gas, el acetileno ni el agua potable, teniendo que comprar ésta por pequeños baldes a diez centavos cada uno. No existe aún ni el servicio de alcantarillado. (...) carecen por completo de luz y ventilación, el aire que allí se respira está viciado y se hace insoportable (PINTO, 1935, p. 22).

Asimismo, fueron realizadas otras operaciones sobre el medio ambiente de la ciudad: el retiro de las vías férreas por el centro de la ciudad (calles José de San Martín y Arturo Prat) en 1916; las vías férreas de calle Manuel Antonio Matta y Avenida del Brasil;

el traslado de las vías de la avenida del Ferrocarril (Av. Argentina), emplazadas en ese sitio en 1880, hacia el borde urbano oriente en torno a 1900. Dice Contador: "(...) Todas estas últimas medidas configuran avenidas que facilitan equipamiento y optimización de los recursos urbanos con el consiguiente proceso de valorización de las propiedades ubicadas en el sector central y sur(...)" (CONTADOR, 1982, p. 6).

Un plano de 1924, publicado en el Álbum de Tarapacá y Antofagasta de Enrique Gajardo Cruzat, se muestra la planificación de un nuevo cementerio, en el extremo noreste casi al llegar al nuevo límite urbano decretado en mayo de 1922, y sobre el límite urbano oriental de octubre de 1888.

La Exposición Iberoamericana de Sevilla de 1929 fue un momento oportuno de promocionar Chile, y Antofagasta se exhibía en plena modernización. El catálogo de la muestra chilena incluyó secciones por ciudades, cada una con un plano. La cartografía de Antofagasta (CHILE, 1929, s.p.) muestra una urbe cuya forma es muy compacta y definida, con nuevas piezas urbanas en su perímetro, algunas planificadas y otras en obras. Una vez más se muestra el nuevo cementerio de amplias dimensiones, bien emplazado respecto de los vientos; y en el borde poniente, extendiéndose sobre el mar, el nuevo puerto, una magna obra de ingeniería cuya construcción se había iniciado en 1919, reorientando y prácticamente refundando la ciudad hacia el poniente, que estaba siendo dotado de medios de fumigación de naves para ser clasificado como puerto limpio, y así impedir la entrada de la peste bubónica en las ciudades chilenas (CHILE, 1929, p. 492). Sobre el espacio urbano se indicaba que el progresismo de la administración pública había logrado definir una ciudad salubre, con énfasis durante el gobierno del alcalde Maximiliano Poblete: "Actualmente, sus calles bien pavimentadas, su edificación moderna, sus servicios de todo orden le colocan entre las ciudades más higiénicas, limpias y cómodas de Chile y, sin exagerar, del continente (CHILE, 1929, p. XXXI). (Figura 7)

EPÍLOGO A LA ARQUITECTURA MODERNA

Estas primeras acciones modernizadoras del espacio urbano y de sus equipamientos fueron estimuladas por la urgencia, una necesidad social que nació de una comunidad migratoria surgida súbitamente en la adversidad del desierto de Atacama. A pesar de las operaciones realizadas, todas las iniciativas fueron insuficientes, el agua potable siempre fue problema, el alcantarillado siguió ampliándose, el cementerio se expandió y densificó, y el conflicto con las áreas industriales se mantiene hasta la actualidad. Las arquitecturas de la salud fueron siendo modernizadas por el Estado a través de instituciones que evolucionaron, como las Juntas de Beneficencia, y otras nuevas que se crearon como la Caja de Seguro

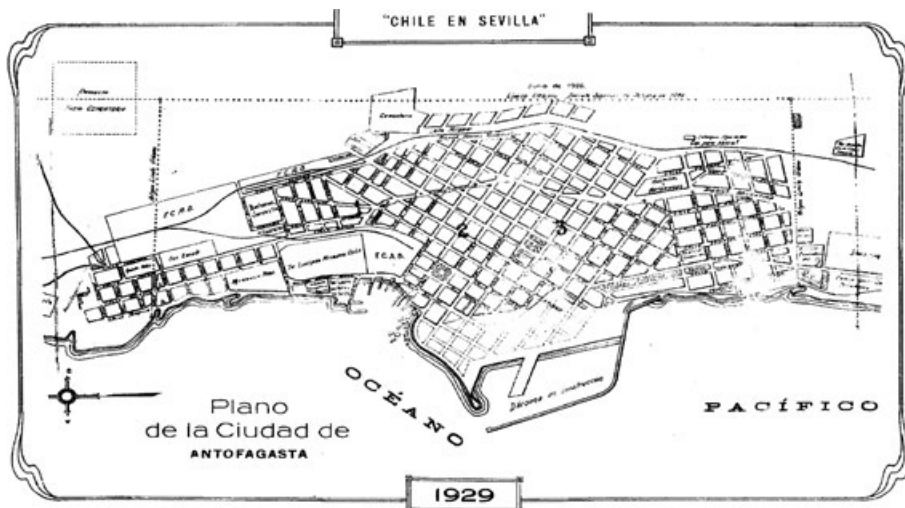


Figura 7:

Plano de la ciudad de Antofagast. Publicado en Chile en Sevilla, 1929.

Fuente: Archivo Biblioteca Nacional de España.

Obrero, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios y el Servicio Nacional de Salud (SNS) (GALENO, 2009).

La Sección de Arquitectura del SNS se convirtió en una escuela de arquitectura hospitalaria, liderada por el arquitecto Fernando Devilat Rocca (GALENO, 2006). El doctor Ignacio González Ginouves, en 1944, publicó un pequeño libro con la asesoría de Devilat (cuando aún trabajaba en el Departamento de Arquitectura de la Junta Central de Beneficencia), en el cual relataba el inicio del desarrollo de la arquitectura hospitalaria moderna bajo el concepto de “monoblock” (GONZÁLEZ, 1944). Respecto de las obras que se realizaban en el norte chileno, se refieren solo al Hospital Regional de Iquique (1936-1938) y al Hospital de Tocopilla (1937). Sin embargo, el proceso siguió a lo largo del siglo XX. Por ejemplo, en Arica se realizó un primer hospital moderno en torno a los años 1945 y 1952, luego una extensa ampliación se inició en 1967 (GALENO, 2013); en Iquique se sumó el Policlínico de la Caja de Seguro Obrero, entre los años 1939 y 1940; en Chuquicamata un hospital privado, el Roy Glover de 1960; el Hospital de Calama de 1964; en Taltal el Hospital 21 de Mayo, construido entre 1943 y 1945; y en Antofagasta, inicialmente la Unidad Sanitaria y Jefatura Provincial de Antofagasta, realizada entre 1944 y 1945 por la Sección de Arquitectura del SNS en colaboración con el Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad de Estados Unidos, y algunos años después la gran escala del Hospital Regional, desarrollada y construida por los años 1957 y 1967. Las diversas piezas que fueron levantadas estaban imbuidas por el espíritu del Estado social y fueron constituyendo el espacio moderno de la salud en el norte chileno.

REFERÊNCIAS

- BASTÍAS, Enrique Agullo. *Antofagasta la ciudad heroica: orígenes, fundación, reivindicación y desarrollo hasta 1900*. Antofagasta: 1979. [s.n.].
- AHUMADA, María Teresa, et al. *Antofagasta: repertorio del patrimonio histórico más representativo de la ciudad 1866-1930*. Antofagasta: Universidad del Norte, 1982.
- AHUMADA Manchot, María Teresa. *Huanchaca: el establecimiento industrial de Playa Blanca en Antofagasta*. Antofagasta: Santos Ossa, 1999.
- ARANCIBIA, Carlos; ARAYA, Rene; CAYO, Omar. *Salubridad e higiene en Antofagasta a través de la prensa, 1917-1926*. Tesis. Antofagasta: Universidad del Norte, 1981.
- ARCE, Isaac. *Narraciones históricas de Antofagasta*. Antofagasta: W. T. Uriarte impresor, 1930.
- ARDILES, Héctor. Antofagasta catalizador del desarrollo regional. En: *Llagostera*, Agustín (ed.), et al., Región de Antofagasta: pasado, presente y futuro (p.109-123). Antofagasta: Universidad Católica del Norte, 2010.
- CARAS Y CARETAS. Por la exposición de higiene. En: *Caras y Caretas*, nº 619, 13 de agosto de 1910, s.n.
- CHILE. *Ley núm. 1.838 sobre habitaciones para obreros*. Santiago: Imprenta Cervantes, 1906.
- CHILE. *Chile en Sevilla*. Santiago: Cronos, 1929.
- CONTADOR, Adolfo. Antofagasta 1866 1930. Génesis y condicionantes de su desarrollo urbano, un perfil histórico. En: AHUMADA, María Teresa, et al. *Antofagasta: repertorio del patrimonio histórico más representativo de la ciudad 1866-1930* (p.1-12). Antofagasta: Universidad del Norte, 1982.
- CRUZ-COKE, Ricardo. *Historia de la medicina chilena*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1995.
- LARENAS, Jorge Cruz. *Fundación de Antofagasta y su primera década*. Santiago: Ilustre Municipalidad de Antofagasta, 1966.
- DURÁN, Guadalupe. Hospital del Salvador. En: AHUMADA, María Teresa, et al., *Antofagasta: repertorio del patrimonio histórico más representativo de la ciudad: 1866-1930* (p.169-178). Antofagasta: Universidad del Norte, 1982, p. 169-178.
- EL INSTITUTO DE HIJENE DE SANTIAGO. *Revista Chilena de Higiene*. Tomo Primero. Santiago: Imprenta Cervantes, 1894.
- FERRER, Pedro Lautaro. *Higiene y asistencia pública en Chile*. Santiago: Imprenta Barcelona, 1911.
- CRUZAT, Enrique Gajardo. *Álbum de Tarapacá y Antofagasta*. Antofagasta: Imprenta Macfarlane, 1924.
- GALENO, Claudio. *Concepción sanitaria de la arquitectura: La salubridad que marcó el espacio moderno"*. Revista CA, nº 125, Santiago de Chile: Colegio de Arquitectos, junio-julio 2006, p. 36-37.
- _____. La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno: Tocopilla, 1937-40, y Antofagasta, 1957-66. En: *Actas 8º Docomomo Brasil*, Río de Janeiro: Docomomo Brasil.
- _____. Arica, la Junta de Adelanto y las convergencias del brutalismo. En: VV.AA. Seminario Docomomo Brasil (10: 2013 out.15-18: Cutitiba, PR), *Anais do X Seminario Docomomo Brasil*, Curitiba, 15-18 out. 2013 [recurso eletrônico]. Porto Alegre: PROPAR/UFRGS, 2013.
- _____. Conexiones y migraciones del sistema de pabellones en hospitales de Chile. Anticipaciones: Hospital del Salvador de Antofagasta. En: GONZÁLEZ, Lilia (ed.), et al., *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina*, V. 1 (p.103-120). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- GONZÁLEZ, Ignacio Ginouves. *La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile*. [Redactado con la colaboración de Fernando Devilat Rocca]. Santiago de Chile: Asociación Chilena de Asistencia Social.
- GRAVANO, Ariel. *Antropología de lo urbano*. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2013.
- GREVE, Ernesto. *Historia de la ingeniería en Chile*, V. 4. Santiago de Chile, 1938.
- JUNTA DE BENEFICENCIA DE ANTOFAGASTA. *Memoria que presenta la Junta de Beneficencia de Antofagasta al fin de su primer año de existencia*. Antofagasta: Tipografía del Caracolino por P. Fuentes, 1873.
- LA ILUSTRACIÓN (ANTOFAGASTA). El Código Sanitario en acción, 4 de noviembre de 1923, s.p, 1923.
- LARRAÍN, Ricardo Bravo. *La higiene aplicada en las construcciones: (alcantarillado, agua potable, saneamiento, calefacción, ventilación, etc.)*, Santiago: Cervantes, 1909-1910.
- LARRAÍN, Ismael Mancheño. La maternidad del Salvador de Antofagasta. *Revista de Beneficencia Pública*. Tomo 2, nº 4, diciembre de 1918, p. 355-360, 1918.
- F. B.. La Compagnie Huanchaca de Bolivia à l'Exposition Universelle de Paris en 1889. *En: Le Génie Civil: revue générale des industries françaises & étrangères*. Neuvième année, tome XV, nº 25, Samedi 19 Octobre 1889, p. 612-613, 1889.
- MANDIOLA, Juan L.; CASTILLO, Pedro A.. *Guía de Antofagasta*. Antofagasta: Imprenta de El Industrial, 1893.
- MINISTERIO DE GUERRA, *Academia de Guerra*. *Ligeros apuntes de higiene general y militar, por el profesor del ramo y composiciones sobre temas de higiene militar por los alumnos de la Escuela Superior de Guerra, curso 1890-1893*. Santiago de Chile: Imprenta de el Correo, 1890.
- MUÑOZ, Eduardo. Problema de las habitaciones para obreros. *En: La Ilustración*. Antofagasta, nº 22, 9 de marzo de 1924, Imprenta Castellana, p. 14, 1924.
- PANADÉS, Juan; GONZÁLEZ, José Antonio. *Antofagasta, historia de mi ciudad*. Santiago: Corporación Pro Antofagasta, 1998.
- WINTER, Teresa Pinto. Observaciones sobre las condiciones de vida de la infancia en Antofagasta. *En: Servicio Social*. Año IX, nº 1, pp. 18-35.
- POBLETE, Rafael. El servicio sanitario en el Ejército Chileno durante la Guerra del Pacífico: 1879-1884 [parte 1], *Revista Chilena e Historia y Geografía*. Año X, tomo XXXIII, primer trimestre, p. 465-479, 1920a.
- _____. El servicio sanitario en el Ejército Chileno durante la Guerra del Pacífico: 1879-1884 [parte 2], *En: Revista Chilena e Historia y Geografía*. Año X, tomo XXXIV, segundo trimestre, p. 469-499, 1920b.
- RECABARREN, Juan Floreal. *Episodios de la vida regional*. Antofagasta: Universidad Católica del Norte, 2002.
- SABELLA, Andrés. *Norte Grande: novela del salitre*. Primera edición: 1944. Santiago de Chile: LOM Ediciones. 2ª edición, 1997.
- LEZAETA, Luis SILVA. La construcción del Hospital del Salvador en Antofagasta. *En: Revista de Beneficencia Pública*. Tomo 3, nº 2, junio 1919, p. 143-154, 1919.
- SUCESOS, La crisis de Antofagasta. *En: Sucesos*, nº 2, s.n., 1902.
- SUCESOS, Inauguración de un hospital en Antofagasta. *En: Sucesos*. Año XI, nº 553, 10 de abril de 1913, s.n., 1913.
- HAZBUN, Rosa Urrutia de; LAZCANO, Carlos Lanza. *Catástrofes en Chile: 1541-1992*. Santiago de Chile: La Noria, 1993.



CONSELHO EDITORIAL E AUTORES

CONSELHO EDITORIAL

ALINA SANTIAGO | Arquiteta e Urbanista, com Doutorado pela Université de Paris I (Pantheon-Sorbonne - França) - (1995), Pós-doutorado no IREST - Université de Paris 1 (Pantheon-Sorbonne- França) em 2010/2011. Professora e pesquisadora na Faculdade IMED de Passo Fundo (RS). Atua como professora voluntária no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo (PósARQ/UFSC).

CLAUDIA PIANTÁ COSTA CABRAL | Arquiteta e Urbanista com doutorado (2001) em Teoria e História da Arquitetura pela Universitat Politècnica de Catalunya (ETSAB, UPC). Professora Titular do Departamento de Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora nível 1D do CNPq. Membro do comitê CNPq CA-SA.

MARIA ANGELA DIAS | Arquiteta e Urbanista com Doutorado em Engenharia (Pesq. Operacional e Gerencia de Produção) pela COPPE – UFRJ. Professora Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ FAU-UFRJ). Membro da LASA- Latin American Studies Association.

LEANDRO MEDRANO | Arquiteto e Urbanista com Doutorado pela FAUUSP, Mestrado pela Universitat Politècnica de Catalunya, Pós-doutorado na Universidad Politécnica de Madrid e livre-docência na Unicamp. Professor Livre-docente do Departamento de História da Arquitetura e Estética do Projeto da FAUUSP. Criador da revista PARC-Unicamp. É Presidente da Comissão de Pesquisa (CPq) da FAUUSP, membro da Comissão Editorial das Publicações da FAUUSP, Editor-Chefe da Revista Pós da FAUUSP, membro do Comitê Executivo do Museu de Artes Visuais da Unicamp, representante da FAUUSP no Conselho do Museu de Ciências da USP e membro da Congregação da FAUUSP.

PAULO AFONSO RHEINGANTZ | Arquiteto, com Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pós-Doutorado no City and Regional Planning Department, pela California Polytechnic State University, San Luis Obispo. Professor Colaborador Voluntário do Programa de Pós-graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Pelotas; Professor Visitante Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de produtividade 1D CNPq.

RENATO SABOYA | Arquiteto e Urbanista com Doutorado em Engenharia Civil (Cadastro Técnico Multifinalitário e Gestão Territorial) pela UFSC (2007). Professor Associado do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina e docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo (PósARQ) da UFSC. Criador e editor do Blog Urbanidades. Associado à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

RUTH VERDE ZEIN | Arquiteta e Urbanista com Doutorado (2005) em Teoria, História e Crítica de Arquitetura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pós-doutora (2008) pela FAU-USP. Recebeu o Prêmio CAPES 2006 de Teses da área de Arquitetura e Urbanismo. Professora e pesquisadora PPI da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

AUTORES

ANA M. G. ALBANO AMORA (Organizador) | Arquiteta e urbanista, doutorou-se em 2006 pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano/IPPUR (UFRJ), e tem mestrado em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É professora da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo (FAU/UFRJ), desde 2008, e do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ), da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e representante da FAU no Cepeg (Conselho de Ensino para Graduado) desde 2018. Coordena o Doutorado Interinstitucional com a Universidade Federal da Fronteira Sul. É membro fundadora da Rede Latino-americana de Pesquisadores em História da Arquitetura para a Saúde, coordenada pela Universidade Autônoma do México (UNAM). Idealizou e organizou em 2014 o I Seminário Internacional de História da Arquitetura Hospitalar (SIHAH). Participa do Docomomo, no qual foi secretária do Docomomo-Rio no período 2010/2012, e da Associação Ibero-americana de História Urbana. Foi professora do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (1992/2007), onde integrou o corpo docente do Programa de Pós-Graduação História Urbanismo e Arquitetura da Cidade e dirigiu o Laboratório de Documentação e Acervo-LDA. Integrou também a equipe técnica do Projeto Corredor Cultural da Prefeitura do Rio de Janeiro, onde participou da elaboração do Manual do Corredor Cultural. Exerceu ainda o cargo de arquiteta na Empresa de Obras Públicas (EMOP), e na Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA).

RENATO DA GAMA-ROSA COSTA (Organizador) | Possui graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 1987) e Especialização em História da Arte pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ, 1995). Mestre (1998) e Doutor (2006) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (Prourb/UFRJ), com doutorado sanduiche no Institut d'Urbanisme de Paris (IUP, 2004) e Pós-doutorado pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2014). É tecnologista sênior e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz onde é membro do Núcleo de Estudos de Urbanismo e Arquitetura em Saúde, do Departamento de Patrimônio Histórico da Casa de Oswaldo Cruz. É membro fundador da Rede Latino-americana de Pesquisadores em História da Arquitetura para a Saúde, coordenada pela Universidade autônoma do México (UNAM). Idealizou e organizou em 2014 o I Seminário Internacional de História da Arquitetura Hospitalar (SIHAH). Coordenador do curso de Mestrado Profissional em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz. Professor da subárea Saneamento Ambiental do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Líder do Grupo de Pesquisa no CNPq "Saúde e Cidade". Participa na rede "Modernidade nos hospitais pavilhonares da América Latina", coordenada pela Universidade autônoma do México- UNAM. Coordenador do Docomomo Brasil.

MARIA LÍLIAN GONZALEZ SERVIN | Doutora e mestre em Arquitetura pela Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM), onde também se graduou como arquiteta. Possui estudos em Administração de Empresas e Sociologia Rural. É professora da graduação em Arquitetura, desde 1982, e do curso de Especialização em Planejamento e Desenho de Unidades Médicas, desde 2017, ambos da UNAM, e é também pesquisadora do Centro de Pesquisas em Arquitetura, Urbanismo e Paisagem, desta mesma instituição. Coordena e colabora em pesquisas sobre teoria e história da arquitetura as quais apresentou em distintos encontros nacionais e internacionais, bem como publicou textos em revistas e livros. É responsável pelo projeto de pesquisa internacional: "O sistema arquitetônico de pavilhões de hospitais na América Latina" e coordena a Rede Latino-americana de Pesquisadores em História da Arquitetura para a Saúde, para a qual colaboram profissionais de diversos países. Neste âmbito, organizou o II Seminário Internacional de História da Arquitetura Hospitalar, México 2016; e coordenou a edição de quatro livros sobre hospitais pavilhonares, bem como está organizando um quinto volume sobre a mesma temática. Coordena

no México a pesquisa sobre arquitetura mexicana do século XIX, em colaboração com professores e pesquisadores de quatro instituições públicas do país, com duas publicações sobre o assunto e outra em elaboração. É ainda autora de projetos públicos e privados de arquitetura e realizou exposições de suas investigações plásticas.

HUGO SEGAWA | Professor Titular da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, do Departamento de História da Arquitetura e Estética do Projeto. Livre-docente pela Escola de Engenharia de São Carlos/USP. Doutor e Mestre pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo/USP. Professor-visitante na Universidad Pablo de Olavide (Sevilha, Espanha), Universidad Nacional del Nordeste, Universidad Nacional del Litoral, Universidad Nacional de Tucumán (Argentina), Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Universidad Autónoma de Yucatán (México), Tokyo University of Science (Tóquio, Japão), Instituto Universitário de Lisboa, Isthmus- Escuela de Arquitectura y Diseño de América Latina y el Caribe (Panamá). Lecturer na Texas A&M University, Princeton University, Columbia University (Estados Unidos). Membro do Advisory Board do DOCOMOMO International (2004-2008), coordenador do DOCOMOMO Brasil (2002-2007). Líder do Grupo de Pesquisa Arquitetura e Cidade Moderna e Contemporânea, pesquisador do Grupo Paisagem, Cidade e História. Premio América de Teoría y Crítica pelo conjunto de escritos e atividades de fomento e intercâmbio em pesquisa, concedido durante o 15º SAL- Seminario de Arquitectura Latinoamericana (Bogotá, 2013). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq- Nível 1ª

JAIME BENCHIMOL | Possui graduação em História no Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense (1976); mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro (1982); especialização em restauração de monumentos históricos na Itália (1983); e doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense (1995). É pesquisador titular da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Foi editor científico de História, Ciências, Saude- Manguinhos de janeiro de 1997 a março de 2015. Desde então é membro do Conselho Editorial desta revista. É professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus).

RENATA SOARES DA COSTA SANTOS | Doutora em História da Ciência e da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz) e mestre em História Social da Cultura pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Graduiu-se em História pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente, dedica-se a estudos sobre a história institucional, política e cultural da cidade do Rio de Janeiro e à história da medicina na Primeira República.

GISELE SANGLARD | Possui graduação em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC, 1994), foi bolsista da Confederação Helvética (Bourse D'études Pour Étudiants Étrangers) na Université de Friburg (Suíça, 1996). Possui mestrado em História Social da Cultura pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC, 2000) e doutorado em História das Ciências e da Saúde- Casa de Oswaldo Cruz Fiocruz (PPGHCS/COC, 2005), com Doutorado Sanduiche pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (2004). Recebeu o prêmio ABL História e Ciências Sociais 2009 pelo livro Entre os salões e o laboratório; e ganhou o 2o lugar no prêmio ABEU (Ciências da Vida) pelo livro Amamentação e políticas públicas. É pesquisadora em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é coordenadora do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) e presidente da Sociedade Brasileira de História das Ciências (SBHC).

ANNMARIE ADAMS | Ocupa a cadeira Stevenson em Filosofia e História da Ciência, incluindo Medicina, na Universidade McGill. Foi também nomeada conjuntamente no Departamento de Estudos Sociais de Medicina (SSoM) e na Escola de Arquitetura da mesma instituição, onde atuou como chefe de departamento. É autora de livros e artigos na área da arquitetura e da saúde. Entre os livros estão: *Architecture in the Family Way: Doctors, Houses, and Women, 1870-1900* (McGill-Queens University Press, 1996) e *Medicine by Design: The Architect and the Modern Hospital, 1893-1943* (University of Minnesota Press, 2008). É ainda co-autor de *Designing Women: Gender and the Architectural Profession* (University of Toronto Press, 2000). Atualmente, está escrevendo uma biografia da cardiologista e curadora de museu Maude Abbott.

NIVALDO VIEIRA DE ANDRADE JR. | Possui graduação (2002), mestrado (2006) e doutorado (2012) em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-doutorado (2016-17) junto à École d'Urbanisme de Paris / Université de Paris-Est Créteil Val de Marne / Université de Paris-Est Marne-la-Vallée, com bolsa CAPES. Professor Adjunto do Núcleo de Teoria, História, Projeto e Planejamento da Faculdade de Arquitetura da UFBA, do qual foi Coordenador (2015-16). Professor permanente e membro dos Colegiados do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPG-AU) e do Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos (MP-CECRE) da UFBA. Líder do Grupo de Pesquisa Projeto, Cidade e Memória, certificado pelo CNPq. Foi coordenador (2012-2014) e vice-coordenador (2009-2012) do Colegiado do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo (Noturno), além de membro do Núcleo Docente Estruturante da FAUFBA. É Presidente Nacional do Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB), tendo sido anteriormente Presidente do Departamento da Bahia do IAB e Secretário Executivo da Federación Panamericana de Asociaciones de Arquitectos (FPAA). É membro do Conselho Consultivo do Patrimônio Cultural (Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN) e foi membro do Conselho Consultivo do Patrimônio Cultural de Salvador (Fundação Gregório de Matos / Prefeitura Municipal de Salvador), do Conselho Deliberativo do Comitê Brasileiro do ICOMOS (Internacional Council on Monuments and Sites).

LAURA ALECRIM | Graduada em Arquitetura e Urbanismo (2010) e Mestre (2012) em Desenvolvimento Urbano pela Universidade Federal de Pernambuco (MDU/UFPE). Atualmente é professora do curso de Arquitetura e Urbanismo da UniFBV e da UniFavip Wyden. Realizou estágio profissional no Centro Internacional para o Estudo da Conservação e Restauo de bens culturais (ICCRUM), na Itália. Foi arquiteta do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) de 2014 a 2017. Prestou consultoria à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e foi pesquisadora e arquiteta no Centro de Estudos Avançados da Conservação Integrada (CECI). Como membro do Association for Preservation Technology (APT) Latin America Chapter, foi beneficiária do programa de auxílio a viagens da Fundação Getty (2010; 2012 e 2015). Foi professora de Arquitetura e Urbanismo da Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP) e da Faculdade Damas da Instrução Cristã (FADIC).

LUIZ EIRADO AMORIM | Possui graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 1982, tendo concluído o PhD em Advanced Architectural Studies na Bartlett School of Graduate Studies- University College London, em 1999. É Professor Titular do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da UFPE, atuando no Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo e no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano (MDU), onde coordena o Laboratório de Estudos Avançados em Arquitetura (IA2) e o Grupo de Pesquisa de Morfologia da Arquitetura e do Urbanismo. Atuou, em 2004, como professor visitante no Taubman College of Architecture and Urban Planning (University of Michigan) e é professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPGAU) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Desenvolveu estudos pós-doutorais no Instituto Superior Técnico de Lisboa (2017,2018). É pesquisador 1A do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq), onde foi membro titular do Comitê de Assessoramento de Arquitetura, Demografia, Geografia, Turismo e Planejamento Urbano e Regional (CA-SA) entre 2010 e 2013. Foi editor das revistas *Thésis* (2015-2017) e *Docomomo Brasil* (2017-2018), membro do Space Syntax International Steering Committee e dos comitês editoriais das revistas *Arquitectos*, *The Journal of Space Syntax (JOSS)*, *Revista de Morfologia Urbana* e da Editora FRBH. Foi membro do comitê editorial da *Revista Ambiente Construído* (on line). É membro de comitês revisores de periódicos nacionais e internacionais e editou número especial da revista *Urban Design International*, com Frederico de Holanda. É consultor ad hoc de diversas agências de fomento, como o CNPq, a CAPES e a Fundação de Ciência e Tecnologia (FCT), Portugal.

CARLOS EDUARDO NIETO GONZÁLEZ | É mestre em Restauração de Monumentos Arquitetônicos pela Pontifícia Universidade Javeriana e Arquiteto pela Universidade Nacional de Colômbia. É investigador e consultor especializado tendo trabalhado no Ministério da Cultura da Colômbia (2003-2007). Professor na Pontifícia Universidad Javeriana onde foi Diretor dos Trabalhos de Graduação. É atualmente doutorando do Programa de Doutorado em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Nacional da Colômbia. É autor de artigos e capítulos de livros publicados.

CLAUDIO GALENO-IBACETA | Doutor em Teoría e Historia de la Arquitectura e mestre em Historia, Arte, Arquitectura y Ciudad, pela Escola Técnica Superior de Arquitetura de Barcelona (ETSAB), da Universidade Politécnica da Catalunha (UPC). Graduou-se em arquitetura pela Escola de Arquitetura da, Universidade Católica do Norte (UCN), onde é professor associado, Secretário Acadêmico da graduação e Diretor do Programa de mestrado em Arquitetura de Zonas Áridas. É membro do Docomomo Chile e Internacional, da Associação Ibero-americana de História Urbana e da Rede latino-americana de historiadores de arquitetura para a saúde. Atualmente, dirige um projeto de investigação com aportes financeiros do Fondecyt intitulado: “Hospitales y equipamientos de la salud en ciudades puerto del norte de Chile: Arica, Iquique y Antofagasta, 1880-1967”. Em 2013, foi premiado no concurso de ensaios realizado pelo Centro de Documentación de Artes Visuales do Centro Cultural do Palácio de La Moneda. É autor de artigos e capítulos de livros publicados.

O livro *A modernidade na arquitetura hospitalar* apresenta a ousadia na poesia. Ousadia, pela coragem de escrever um trabalho sobre esse assunto. Poesia, porque a leitura sobre arquitetura hospitalar, sob o olhar dos autores deste volume, vai além do que já foi apresentado em publicações anteriores, pois traz uma visão inovadora e, ao mesmo tempo, cuidadosa sobre o tema.

Esta obra é um presente para os que conhecem a história da arquitetura moderna, para os que não a conhecem, e para os que querem conhecer a história dessa linguagem tão fascinante, que marcou, de forma definitiva, a arquitetura brasileira.

Discute-se o espaço hospitalar com o respeito e a delicadeza que merece, apresentando reflexões que partem de uma visão histórica até o significado destes ambientes e seu papel no processo de cura. Autores nacionais e internacionais se revezam nas páginas deste livro, com visões, reflexões e observações que levam o leitor à compreensão do espaço hospitalar e suas relações com a sociedade.

Não se trata apenas de um livro acadêmico ou um manual, que se prende aos tempos e movimentos da arquitetura, mas um livro que discute, de forma harmônica, questões de arte e de espaço, de história e de teoria, auxiliando a compreensão do fenômeno pelo estudante, pelo profissional de arquitetura e pelos interessados nesta discussão.

Entrego o livro *A modernidade na arquitetura hospitalar* na certeza de que a leitura será leve, e de que todos os capítulos apresentam um diálogo instigante sobre o tema, que, certamente, levará cada leitor a uma viagem diferente conforme eles avancem nas páginas desta apaixonante obra.

Mônica Santos Salgado

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro PROARQ- UFRJ

Com efeito, o desafio do patrimônio hospitalar é, talvez, o mais enorme e mais complexo da história da arquitetura moderna. Por isso, pensar a arquitetura da saúde como espaço de memória é quase um paradoxo, porque se trata de uma tipologia que atravessou o século XX num processo em permanente evolução e que continuará, todos sabemos, nesse registro ao longo do século XXI. Daí a importância da discussão que agora se apresenta em livro para assegurar não só a memória, mas igualmente fazer o futuro com memória, condição e garante da sustentabilidade. Uma sustentabilidade social, cultural e econômica, que urge reivindicar quando passam cem anos sobre muitos destes inovadores equipamentos onde a América, de norte a sul, se posicionou como vanguarda.

Ana Tostões

Prof. Catedrática IST-Universidade de Lisboa
Presidente da Docomomo International



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-65-81518-00-4



9 786581 518004