

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS | PUC-CAMPINAS

ESCOLA DE ARQUITETURA, ARTES E DESIGN

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO | POSURB-ARQ

Escolhas e influências projetuais de Irineu Breitman:

A formação coletiva do pensamento arquitetônico hospitalar na segunda
metade do século XX

Pesquisadora: Me. Chayane Galvão

Orientador: Dr. Jonathas Magalhães Pereira da Silva

Campinas, 2025

CHAYANE GALVÃO

Escolhas e influências projetuais de Irineu Breitman:
A formação coletiva do pensamento arquitetônico hospitalar na segunda
metade do século XX

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – Escola de Arquitetura, Artes e Design da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientador: Dr. Jonathas Magalhães Pereira da
Silva

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Campinas, 2025

Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI
Gerador de fichas catalográficas da Universidade PUC-Campinas
Dados fornecidos pelo(a) autor(a).

G182e	Galvão, Chayane Escolhas e influências projetuais de Irineu Breitman: : A formação coletiva do pensamento arquitetônico hospitalar na segunda metade do século XX / Chayane Galvão. - Campinas: PUC-Campinas, 2025. 155 f.il. Orientador: Jonathas Magalhães Pereira da Silva. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Escola de Arquitetura, Artes e Design, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2025. Inclui bibliografia. 1. Arquitetura Hospitalar. 2. Processo de Projeto Arquitetônico. 3. Irineu Breitman. I. , . II. Silva, Jonathas Magalhães Pereira da . III. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Arquitetura, Artes e Design. Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo. IV. Título.
-------	--

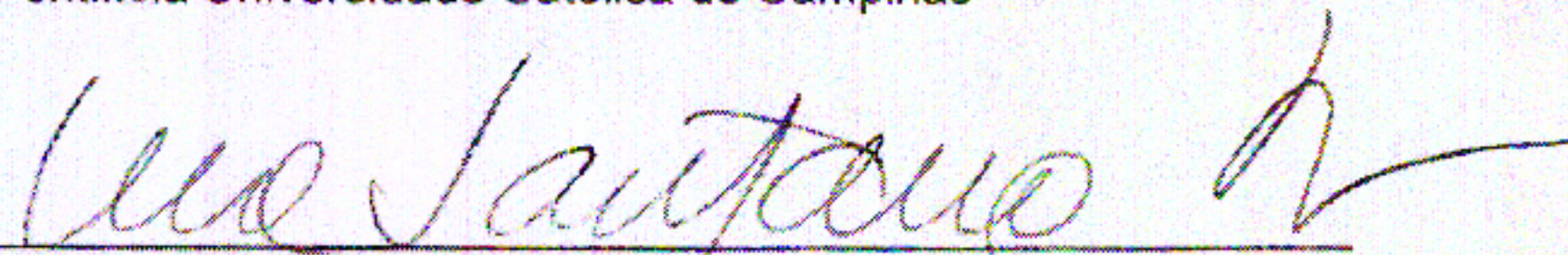
CHAYANE GALVÃO

**"ESCOLHAS E INFLUÊNCIAS PROJETUAIS DE IRINEU
BREITMAN: A FORMAÇÃO COLETIVA DO PENSAMENTO
ARQUITETÔNICO HOSPITALAR NA SEGUNDA METADE DO
SÉCULO XX"**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Arquitetura e Urbanismo da Escola de Arquitetura, Artes e Design da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como requisito para obtenção do título de Doutor em Arquitetura e Urbanismo.
Área de Concentração: Urbanismo.
Orientador(a): Prof. Dr. Jonathas Magalhães Pereira da Silva

Tese defendida e aprovada em 1 de dezembro de 2025 pela Comissão Examinadora constituída dos seguintes professores:

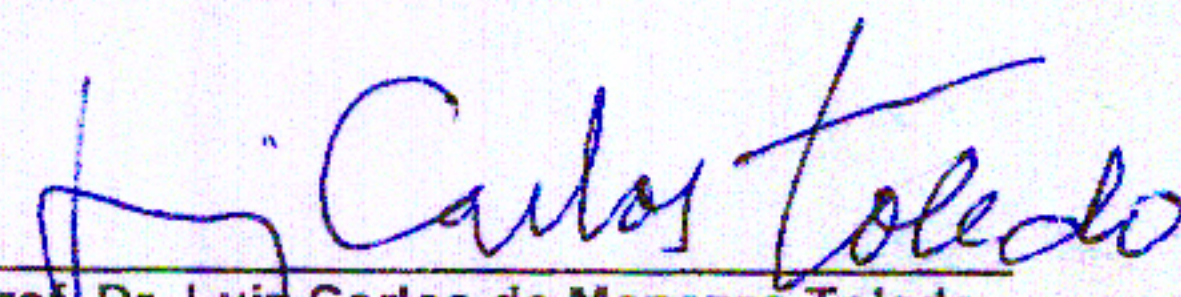

Prof. Dr. Jonathas Magalhães Pereira da Silva
Orientador da Tese e Presidente da Comissão Examinadora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas


Profa. Dra. Vera Santana Luz
Pontifícia Universidade Católica de Campinas


Profa. Dra. Patrícia Rodrigues Samora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Documento assinado digitalmente
gov.br ANTONIO PEDRO ALVES DE CARVALHO
Data: 03/12/2025 14:49:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Antonio Pedro Carvalho
UFBA


Prof. Dr. Luiz Carlos de Menezes Toledo
UFRJ

Agradecimentos

A conclusão desta tese representa não apenas um marco acadêmico, mas também um caminho trilhado com o apoio, incentivo e presença de muitas pessoas queridas, às quais deixo aqui meu mais sincero agradecimento.

À minha família, especialmente ao meu pai e à minha mãe, por todo o amor, incentivo e por sempre acreditarem nos meus sonhos, mesmo nos momentos em que eles pareciam distantes. Ao meu companheiro Lucas, por caminhar ao meu lado com paciência, escuta e apoio incondicional. Sua presença foi essencial em cada etapa deste processo.

Ao professor Dr. Jonathas Magalhães Pereira da Silva, meu orientador, pela generosidade intelectual, pelo olhar crítico e pela confiança em minha autonomia como pesquisadora. Sua escuta, apontamentos e acreditação no tema foram fundamentais para a construção sólida deste trabalho.

Aos colegas de curso e aos profissionais da arquitetura, em especial meus companheiros Camila, Ana e Lucas, com quem compartilhei debates, trocas e aprendizados e que contribuíram diretamente para a consolidação desta pesquisa.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta jornada: muito obrigada.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

RESUMO

Nesta pesquisa investiga-se a possibilidade de compreensão do processo conceitual de projeto arquitetônico por meio da análise de desenhos, identificando assim o pensamento projetual voltado para soluções que podem vir a contribuir para um novo processo conceitual projetual. A pesquisa toma como objeto de análise a obra do arquiteto Irineu Breitman, cuja produção relevante no campo da saúde, é centrada na região sul do Brasil e permanece pouco documentada. Sua produção ilumina grande potencial investigativo frente ao processo de projeto arquitetônico hospitalar. A hipótese secundária sugere que é possível entender o espaço e o tempo de atuação do autor ao examinar as ações coletivas da época, o que permite delinear conjuntamente a evolução do espaço de saúde, desassociando a concepção inovadora de um único agente. Para tal esta pesquisa foi fundamentada em documentos projetuais primários e na diversificação de fontes referenciais teóricas. Foram empregadas fontes com origens diversas que permitiram uma melhor análise projetual. Os resultados obtidos até aqui revelam uma linearidade e coesão no processo de concepção adotado por Irineu Breitman, com decisões que mantêm um objetivo comum, sem resultar em repetições formais ou estéticas. As investigações conduzidas pelo arquiteto a respeito dos avanços de procedimentos médicos, das alternativas arquitetônicas e do contexto urbanístico, destacam-se como um diferencial relevante em suas soluções projetuais, o que nos leva a concluir que seus sucessos são fruto de influências coletivas ou normativas. As análises sugerem que parte significativa de sua atuação dialoga com ações e saberes compartilhados da época. O estudo da arquitetura hospitalar revela-se como um campo fértil para investigações futuras. Com isso, acredita-se que compreender os processos de projeto nesse tipo de edificação possa contribuir não apenas para o aprimoramento da prática profissional, mas também para novas abordagens no ensino da arquitetura.

Palavras-chaves: Projetos Hospitalares; Concepção Projetual; Método de Projeto; Irineu Breitman; Arquitetura Hospitalar;

ABSTRACT

This research investigates the possibility of understanding the conceptual process of architectural design through the analysis of drawings, thereby identifying the design thinking oriented toward solutions that may contribute to a new conceptual design process. The study focuses on the work of architect Irineu Breitman, whose significant contributions to the field of healthcare architecture are centered in southern Brazil and remain scarcely documented. His production reveals considerable investigative potential regarding the hospital architectural design process. The secondary hypothesis suggests that it is possible to understand the author's spatial and temporal context by examining the collective actions of his time, which allows for outlining the evolution of healthcare spaces while dissociating innovative conceptions from a single individual agent. To this end, the research was based on primary project documents and a diversification of theoretical reference sources. Materials from varied origins were employed, enabling a more comprehensive design analysis. The results obtained thus far reveal linearity and cohesion in Irineu Breitman's design process, characterized by decisions that pursue a common goal without resulting in formal or aesthetic repetition. The architect's investigations into advancements in medical procedures, architectural alternatives, and urban contexts stand out as a significant differential in his design solutions, leading to the conclusion that his achievements are the outcome of collective and normative influences. The analyses suggest that a substantial part of his work engaged in dialogue with the shared practices and knowledge of his time. The study of hospital architecture therefore emerges as a fertile field for future research. It is believed that understanding the design processes within this type of building can contribute not only to the improvement of professional practice but also to new approaches in architectural education.

Acknowledgments to CAPES, for the support granted for the support and funding of this doctoral research. This work was carried out with the support of the Coordenação de perfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (CAPES). Process No. 88887.676342/2022-00.

Keywords: Hospital Projects; Design Conceptualization; Design Method; Irineu Breitman; Hospital Architecture;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração do Método Produto-Contexto-Processo	16
Figura 2 - Comparativo entre as configurações espaciais das internações de Jarbas Karman e Irineu Breitman	34
Figura 3 - Comparativo entre as setorizações adotadas por Jarbas Karman e Irineu Breitman	35
Figura 4 - Croqui Conceptivo da Clínica Pinel de Irineu Breitman.	37
Figura 5 – Evolução da ocupação urbana de Porto Alegre (RS)	43
Figura 6 – Implantação e topografia com inserção da volumetria no terreno	44
Figura 7 - Construção do Hospital Fêmea e compreensão do entorno imediato	44
Figura 8 - Plano Diretor de Porto Alegre de 1959 e localização do Hospital Fêmea.	46
Figura 9 - Setorização do Projeto HF	47
Figura 10 - Análise comparativa entre quarto de internação do Hospital Fêmea e o quarto sugerido pelo Serviço de Saúde Americano	49
Figura 11 - Análise comparativa entre setor cirúrgico do Hospital Fêmea e o setor cirúrgico sugerido pelo Serviço de Saúde Americano	50
Figura 12 - Análise comparativa entre Pav. Tipo de internação do Hospital Fêmea e o Pav. Tipo de internação sugerido pelo Serviço de Saúde Americano.....	51
Figura 13 - Recuo frontal adotado no HF e a visualização pelo usuário	52
Figura 14 – Possível formação topográfica original do terreno e ajustes para inserção projetual.....	53
Figura 15 - Análise das decisões projetuais e acessos no térreo do HF	54
Figura 16 - Análise das decisões projetuais no subsolo do HF	55
Figura 17 - Estudo esquemático das soluções de controle térmico projetadas por Breitman para o HF	55
Figura 18 - Carimbo da prancha original de projeto do Hospital Fêmea	56
Figura 19 - Implantação do projeto da CP	60
Figura 20 - Plano Diretor de Porto Alegre de 1959 e localização da CP	63
Figura 21 - Setorização da CP	64
Figura 22 - Uso da topografia como partido de projeto	65
Figura 23 - Planta do pav. térreo da CP com ênfase na circulação vertical	66
Figura 24 - Perspectiva da CP com destaque para pátio/barreira entre clínica e residência do diretor	66
Figura 25 - Estudo da composição projetual da CP de forma que permitisse maior segurança e controle	67
Figura 26 - Fachada principal da CP que demonstra um espaço agradável e ausência de grades	67
Figura 27 - Estudo de formação volumétrica considerando segurança e permeabilidade visual da CP.....	68
Figura 28 - Acessos e controle de fluxos no pav. subsolo da CP	69
Figura 29 - Acessos e controle de fluxos no pav. térreo da CP	69
Figura 30 - Uso de brise horizontal para composição de fachada e controle luminoso na CP ...	70
Figura 31 - Demarcações de aberturas zenitais previstas em projeto e demarcação executada in loco	71
Figura 32 - Repetição de elementos e modulação criando um ritmo na fachada	72
Figura 33 - Mapa urbano de Chapecó (SC) em 1978 com localização do centro da cidade (azul) e do terreno destinado ao HRC (vermelho)	76
Figura 34 - Implantação do Projeto do HRC com sobreposição da topografia original do terreno	76
Figura 35 - Mapa urbano de Chapecó (SC) em 1988.....	77
Figura 36 - Locação e acesso atual do Hospital Regional de Chapecó	78
Figura 37 - Construção do Hospital Regional do Oeste em Chapecó, fachada Sul	78

Figura 38 - Construção do Hospital Regional do Oeste em Chapecó, fachada Leste.....	79
Figura 39 - Demarcação dos acessos criados ao Hospital Regional de Chapecó	79
Figura 40 - Ficha de Projeto do HRC.....	84
Figura 41 - Setorização HRC	85
Figura 42 - Estudo de Modulação aplicada aos quartos de internação no Projeto HRC	86
Figura 43 - Taludes gerados conforme fluxo topográfico	87
Figura 44 - Bolsões de estacionamento sem recortes ou adaptações topográficas.....	88
Figura 45 - Implantação do Projeto do HRC e demarcação de acessos (sem escala)	88
Figura 46 - Estudo de topografia e decisões posteriores ao estudo preliminar 4	90
Figura 47 – Posicionamento do centro obstétrico frente ao aproveitamento da topografia	91
Figura 48 - Dados climáticos da região de Chapecó (SC)	91
Figura 49 - Estudos e hipóteses das possíveis soluções adotadas quando considerado incidência solar e ventos	92
Figura 50 - Hospital Miguel Piltcher em Pelotas (RS).....	93
Figura 51 - Fachada Oeste do HRC com destaque para as aberturas utilizadas nos quartos de internação	94
Figura 52 - Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt.....	94
Figura 53 - Esquema de localização e fluxos para um berçário segundo Lamb.....	95
Figura 54 - Disposição do Berçário do Hospital Regional de Chapecó conforme palestra de Lamb	97
Figura 55 - Estudo da localização da Lavanderia em consideração ao descrito em Memorial Descritivo.....	98
Figura 56 - Evolução da ocupação urbana em São José – SC.....	103
Figura 57 - Entorno imediato ao terreno de implantação do HRGF em 1980	104
Figura 58 - Identificação de ruas e acessos ao terreno de implantação do HRGF	105
Figura 59 - Topografia do terreno com inserção do Projeto do HRGF	105
Figura 60 - Ficha de Projeto do HRGF	107
Figura 61 - Setorização do Projeto do HRGF	108
Figura 62 - Estudo de Modulação aplicada aos quartos de internação no Projeto HRGF	108
Figura 63 - Projeção da implantação do Projeto do HRGF no terreno (topografia sem alterações)	109
Figura 64 - Análise da inserção da topografia ao Projeto do HRGF	110
Figura 65 - Acessos ao HRGF	111
Figura 66 - Acesso a emergência do Hospital Regional da Grande Florianópolis	112
Figura 67 - Esquematização de fluxos e conexões com circulação vertical	113
Figura 68 - Demarcação das áreas contempladas com sheds e combinação de estratégias de iluminação no setor de emergência do HRGF.....	114
Figura 69 - Fachada do HRGF com destaque para as aberturas utilizadas nos quartos de internação	115
Figura 70 - Perspectivas para visualização de similaridade entre volumetrias e estética projetual	116
Figura 71 - Similaridade de fachadas e estética projetual	116
Figura 72 – Identificação dos anexos ao projeto original do HRGF	117
Figura 73 - Ampliação de projeto do HRGF	118
Figura 74 - Ampliação do projeto do HRGF, vista do Instituto de Cardiologia de SC.....	118
Figura 75 - Demarcação de disposição e ritmo imposto em fachada pelas aberturas	120
Figura 76 - Demarcação do terreno do HRHDS na malha urbana em 1957.....	123
Figura 77 - Demarcação da evolução urbana no entorno do terreno do HRHDS anterior a implantação do projeto.....	124
Figura 78 - Topografia e inserção no terreno do Projeto HRHDS	124
Figura 79 - Setorização do Projeto do HRHDS.....	128

Figura 80 - Estudo entre volumetria e composição de malha nos quartos de internação dos HRHDS e HIJG	129
Figura 81 - Inserção da volumetria do HRHDS atrelada a topografia	130
Figura 82 - Acessos do HRHDS.....	131
Figura 83 - Fluxograma HRHDS	132
Figura 84 - Soluções lumínicas aplicadas a diferentes espaços no HRHDS	133
Figura 85 - Aberturas entre blocos e jardins de inverno do HRHDS	134
Figura 86 - Fachada do bloco de internação sul do HRHDS com destaque as esquadrias.....	134
Figura 87 - Análise da locação do Conforto Médico em relação ao fluxo interno e acesso direto nos hospitais regionais de Santa Catarina	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Projetos Arquitetônicos Hospitalares construídos (continua)	28
Tabela 2- Projetos Arquitetônicos Hospitalares não construídos.....	29
Tabela 3 - Demais Projetos e Serviços prestados pelo escritório (continua).....	29
Tabela 4- Área ocupada pelos sistemas de circulação vertical e horizontal	35
Tabela 5 - Custo mensal estimativo de operação e manutenção de três elevadores em junho de 1980.....	36
Tabela 6 - Estimativa de custos mensal para limpeza e manutenção do sistema de circulação vertical por rampas, em junho de 1980	36
Tabela 7 - Valores dos raios das circunferências que circunscrevem os blocos horizontal e vertical dos hospitais regionais da grande Florianópolis e de Chapecó	36
Tabela 8 - Apresentação dos estudos de casos selecionados	39

Sumário

Introdução.....	13
1. Processo de projeto e o arquiteto Irineu Breitman	19
1.1 Ideias sobre concepção projetual e as possíveis análises nas obras de Irineu Breitman .	20
1.2 Quem foi o arquiteto Irineu Breitman	25
1.3 Evolução e produção da arquitetura de Irineu Breitman	27
1.3.1 Trajetória profissional, influências e contribuições para a arquitetura hospitalar....	27
2. Definição dos estudos de casos.....	38
2.1 Análise Hospital Fêmeina	40
2.1.1 Contexto físico.....	42
2.1.2 Contexto sócio-histórico-cultural.....	45
2.1.3 Contexto Legal.....	45
2.1.4 Contexto Econômico e Financeiro.....	46
2.1.5 Contexto Projetual	47
2.1.6 Tomada de decisões.....	48
2.1.7 Continuidade do Processo.....	52
2.1.8 Rede de Relações	56
2.1.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Fêmeina	57
2.2 Análise Hospital Psiquiátrico Encarnación Blaya – Clínica Pinel	58
2.2.1 Contexto físico.....	60
2.2.2 Contexto sócio-histórico-cultural.....	61
2.2.3 Contexto Legal.....	61
2.2.4 Contexto Econômico e Financeiro.....	63
2.2.5 Contexto Projetual	64
2.2.6 Tomada de decisões.....	64
2.2.7 Continuidade do Processo.....	67
2.2.8 Rede de Relações	71
2.2.9 Considerações sobre o projeto para a Clínica Pinel	72
2.3 Análise Hospital Regional de Chapecó	74
2.3.1 Contexto físico.....	75
2.3.2 Contexto sócio-histórico-cultural.....	80
2.3.3 Contexto Legal.....	82
2.3.4 Contexto Econômico e Financeiro.....	83
2.3.5 Contexto Projetual	85
2.3.6 Tomada de decisões.....	85

2.3.7 Continuidade do Processo.....	87
2.3.8 Rede de relações	99
2.3.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Regional de Chapecó	99
2.4 Análise Hospital Regional da Grande Florianópolis	101
2.4.1 Contexto físico.....	103
2.4.2 Contexto sócio-histórico-cultural.....	106
2.4.3 Contexto Legal.....	106
2.4.4 Contexto Econômico e Financeiro.....	106
2.4.5 Contexto Projetual	107
2.4.6 Tomada de decisões.....	108
2.4.7 Continuidade do Processo.....	109
2.4.8 Rede de relações	119
2.4.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Regional da Grande Florianópolis.	119
3.5 Análise Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt	121
2.5.1 Contexto físico.....	123
2.5.2 Contexto sócio-histórico-cultural.....	125
2.5.3 Contexto Legal.....	126
2.5.4 Contexto Econômico e Financeiro.....	127
2.5.5 Contexto Projetual	128
2.5.6 Tomada de decisões.....	128
2.5.7 Continuidade do Processo.....	130
2.5.8 Rede de relações	135
2.5.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt	135
3. Considerações	138
Referências Bibliográficas	146

Introdução

Ao revisitar a produção arquitetônica de Irineu Breitman, esta pesquisa busca compreender as estratégias projetuais presentes em cinco de seus projetos, investigando a possibilidade de identificar um método que possa ser aplicado a novas concepções arquitetônicas. A análise propõe uma reflexão sobre as influências e escolhas projetuais do arquiteto, explorando a relação entre inovação e conhecimento compartilhado por meio do método Produto-Contexto-Processo de Foqué (2010). Além disso, questiona-se se suas decisões foram impulsionadas por uma abordagem estritamente autoral ou se emergiram de um processo coletivo, refletindo a evolução do espaço de saúde dentro de um contexto mais amplo.

No terceiro congresso do Conselho Internacional para Pesquisa, Estudos e Documentação de Edifícios (CIB) em 1965, Jones (1966) fez a constatação de que existem diversos métodos que foram propostos com o propósito de tornar o processo de design mais acessível e adaptável à esfera do design arquitetônico. É relevante ressaltar que, embora nem todas essas tentativas tenham alcançado o sucesso desejado, elas serviram como indicativos da extrema relevância do desenvolvimento de métodos sistemáticos de projeto aplicáveis tanto a edifícios quanto aos sistemas de engenharia associados a eles. Essas abordagens têm contribuído, mas não esgotado,

para aprimorar a eficiência e a qualidade no campo do design arquitetônico e suas interações com os sistemas de engenharia correspondentes.

No que se refere especificamente ao processo de projeto arquitetônico hospitalar há poucos estudos sobre o assunto, uma vez que essa tipologia institucional é ainda pouco abordada pelas pesquisas acadêmicas. Com isso, além de identificar um campo de pesquisa a ser explorado, ainda se entende que, apesar de ser interesse de um público restrito, acredita-se que um entendimento do processo de projeto hospitalar possa beneficiar diversos meios de atuação e de ensino.

Adicionado a estes fatos, Florio (2010) afirma que dado os inúmeros parâmetros envolvidos em um processo de concepção projetual, os arquitetos não conseguem adotar uma formulação definitiva, nem estabelecer regras fixas, devido à ampla gama de possibilidades para sua resolução. Como resultado, os projetos frequentemente se desenvolvem com base em conhecimentos prévios, através de experimentação, tentativa e erro, e descobertas inesperadas.

Irineu Breitman, por sua vez, é um personagem que esteve à frente de soluções inovadoras de sua época, o que se impõe como resultado proveniente de vivências em momentos cruciais do desenvolvimento da saúde no país, bem como auxiliado por nomes importantes da arquitetura hospitalar, como Jarbas Karman. Ainda, sua graduação adquirida no início da segunda metade do século XX, resulta em uma produção arquitetônica criada em paralelo com as principais normativas ditadoras da arquitetura hospitalar daquela época (GALVÃO, 2021). Sendo assim, entender o processo que desenvolveu o projeto arquitetônico hospitalar no Brasil pode estar contido na participação e produção de Breitman.

Até pouco tempo atrás, ainda era creditado aos espaços físicos a majoritária responsabilidade frente à repressão de doenças. No rápido espreado da tuberculose pela Europa (final do século XIX e início do século XX), por exemplo, as únicas alternativas que pareciam amenizar o contágio eram encontradas em espaços providos de abundante ventilação natural e com layout que permitisse isolamento entre pacientes (GONÇALVES, 2000).

Portanto coloca-se como hipótese principal a possibilidade de identificar as influências e escolha das projetuais do arquiteto por meio da análise de seus projetos de forma a delinear um pensamento projetual frente a soluções inovadoras almejando uma contribuição para métodos de concepção para projetos arquitetônicos.

Como hipótese secundária questiona-se se a atuação e opções projetuais no espaço e tempo de atuação do autor, não seriam fruto de conhecimentos coletivos da época, isto é, mais do que uma importância autoral e individual a atuação de Irineu seria um método de perceber uma delineação conjunta da trajetória evolutiva do espaço de saúde, desassociando, portanto, a concepção inovadora de apenas um autor.

Assim sendo, o objetivo principal desta pesquisa é identificar, analisar e descrever as estratégias de projeto de um saber simultaneamente individual e coletivo por meio da obra de Irineu Breitman, por meio do estudo combinado das peças gráficas dos projetos e outras publicações relacionadas aos mesmos. Esse processo de identificação, análise e descrição será pautado em diagramas dos espaços. Serão estudados diferentes casos que podem vir a evidenciar algumas constâncias.

Para isso, a pesquisa adota uma adaptação do método Produto-Contexto-Processo de Foqué (2010), que permite estruturar a análise dos projetos a partir da inter-relação entre o objeto

arquitetônico, seu contexto de inserção e o processo de concepção. As análises adotam uma perspectiva transversal da arquitetura para a saúde, a fim de examinar as estratégias projetuais, influências históricas e soluções espaciais que caracterizam a obra.

Os estudos direcionam a uma análise integrada da arquitetura, considerando a interdependência entre o objeto arquitetônico, o processo de concepção e o contexto em que está inserido. Desta forma, as categorias de análise selecionadas permitiram estudar o projeto observando-o na sua dimensão física, mas também ao nível de ideias, normas, valores, atitudes e ideologias.

This means that product, process, and context are under investigation, not as separate entities but as mutually influencing constituencies. The relevance and validity of a case study are therefore directly dependent on the degree to which this multilayered characteristic is understood (FOQUÉ, 2010).

Cada projeto é abordado dentro das categorias:

1. Produto:

1.1 Contexto físico: O edifício é analisado como parte do sistema ambiental. Sua relevância para o tecido urbano e/ou paisagem é estudada: como ele está situado em relação a outros edifícios, como ele é revelado ao sistema de tráfego, como você aborda o edifício, onde estão as entradas etc.? Qual é a relação entre o espaço externo e interno, e como eles são arquitetonicamente conectados? Quais são as dimensões do local? Qual é a topografia? Qual é a orientação com relação à iluminação natural e à exposição climática? Como o local está conectado ao resto do ambiente?

2. Contexto:

2.1 Contexto sócio-histórico-cultural: elementos que descrevem a sociologia do bairro, da cidade e da região — e a infraestrutura cultural e o nível de interação social e a maneira como o caso está situado dentro da dimensão da história arquitetônica. Alguns desses elementos serão quantificáveis e objetivamente mensuráveis, alguns deles apenas qualitativamente descritíveis. As questões de pesquisa incluem: Como descreveríamos a composição social dos ocupantes do bairro, status social, nível intelectual, composição profissional, valores morais e éticos etc.? Quais são os fatos e valores históricos importantes sobre o caso? Quais elementos de infraestrutura cultural, como escolas, museus, teatros, centros comunitários, bibliotecas e igrejas, estão presentes?

2.2 Contexto Legal: inclui todos os elementos aplicados de um ponto de vista legal ao design e à construção do caso. Eles se referem a todo o corpo de códigos e regulamentos aplicáveis. Este subsistema será descritivo por natureza. A análise dependerá da coleta inicial de todos os códigos, regras e diretrizes relevantes, como códigos de construção, políticas de planejamento urbano, regulamentos de segurança, padrões funcionais, técnicos e ecológicos a serem atendidos etc. Essa categoria de análise determinará até que ponto eles são obrigatórios e aplicáveis ao caso em estudo.

2.3 Contexto Econômico e Financeiro: orçamentos e recursos; eventuais subsídios locais, regionais ou nacionais; subsídios; incentivos fiscais; tipo de financiamento; e stakeholders envolvidos. Os dados coletados serão quantificáveis e podem ser representados como fatos objetivos e restrições.

2.4 Contexto Projetual: Os elementos a serem investigados estão relacionados ao briefing do projeto (ou programa) e à escolha do arquiteto contratado para executar o projeto. Os dados coletados serão essencialmente descritivos de forma quantificável e qualitativa.

3. Processo:

3.1 Tomada de decisões: o processo de projeto pode ser visto como uma cadeia de instâncias inter-relacionadas de tomada de decisão. Cada decisão contribui para o resultado final e é corresponsável pelo produto que está sendo realizado. É importante reconhecer a hierarquia no processo de tomada de decisão. O objetivo desta análise é reconstruir esta cadeia de tomada de decisão da forma mais objetiva possível e distinguir entre as categorias de importância. O mapeamento de decisões ao longo de uma linha do tempo é uma ferramenta muito útil para fazer isso.

3.2 Continuidade do Processo: destacar e entender que o processo de projeto é algo descontínuo. Esses são os pontos de interesse primordial. Eles definem momentos importantes em que o projeto pode não apenas ter tomado um caminho diferente e onde decisões irrevogáveis são tomadas, mas também onde o contexto de projeto-construção muda de forma definitiva. A análise do processo deve destacar esses pontos de descontinuidade, determinar sua influência no produto final e investigar como eles mudaram os parâmetros contextuais.

3.3 Rede de Relações: o processo de design e construção é caracterizado pela grande variedade de participantes envolvidos. Eles buscam seus próprios objetivos e buscam otimizá-los durante o processo. Para esse fim, eles formam alianças e se envolvem em redes de interesse efêmeras e mutáveis.

Em consonância com a proposta de Foqué (2010), essa tese aborda a investigação não apenas na análise do contexto histórico e sociopolítico que influenciou a arquitetura hospitalar brasileira, mas também na compreensão integrada das soluções espaciais (produto) e dos processos de concepção que as sustentam. Embora a ênfase deste estudo recaia sobre a dimensão contextual — essencial para revelar as influências históricas, culturais e políticas na configuração dos espaços assistenciais psiquiátricos — a análise dos aspectos do produto e do processo não é desconsiderada. Pelo contrário, estes elementos são utilizados de forma complementar, permitindo evidenciar como as estratégias projetuais adotadas dialogam com as ideias, normas e valores da época, contribuindo para a formação de uma abordagem mais holística e alinhada com o escopo proposto por Foqué (2010) (figura 01).

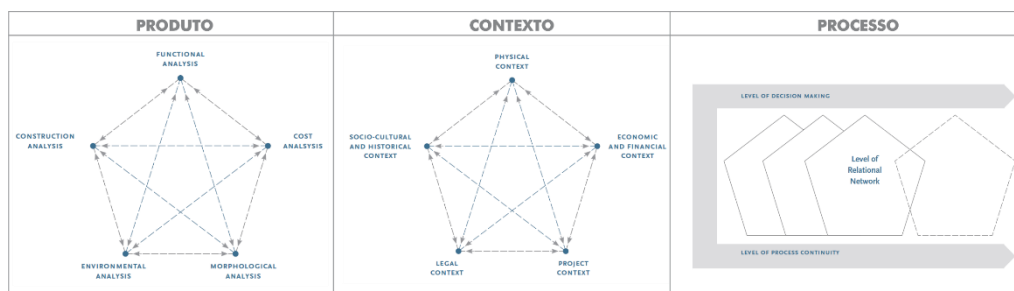


Figura 1 - Ilustração do Método Produto-Contexto-Processo
Fonte: Gerado pela autora com base em Foqué (2010)

A aplicação desse método permite não apenas examinar os projetos de Irineu Breitman em sua estrutura e concepção, mas também compreender como esses edifícios hospitalares dialogam com as transformações históricas e científicas da área da saúde. O hospital, como tipologia arquitetônica, não é um elemento estático, mas sim um reflexo das mudanças sociais, tecnológicas e sanitárias de cada época. Dessa forma, torna-se essencial contextualizar a evolução dos espaços assistenciais para compreender de que maneira as estratégias projetuais adotadas por Breitman se inserem nesse panorama e quais aspectos refletem tendências coletivas ou escolhas inovadoras. Para atingir esse objetivo, a pesquisa busca cumprir os seguintes objetivos específicos:

- Ampliar a divulgação e materiais de pesquisa a respeito da obra de Irineu Breitman;
- Produzir arquivos digitais de redesenho dos hospitais analisados e disponibilizá-los para novos estudos;
- Analisar de modo comparativo as escolhas projetuais de Breitman a fim de contribuir para um processo projetual capaz de ser replicado e adotado em outros projetos de grande escala;
- Aprimorar e delinear novos processos conceptivos projetuais capazes de serem aplicados na criação de projetos com alto grau de complexidade;
- Traçar novo processo de análise e estudos de projetos complexos;

Ao lado desses objetivos, é fundamental reconhecer o contexto em que a arquitetura hospitalar se desenvolveu, diretamente condicionado pelos avanços da medicina e pelas mudanças sociais. O progresso da medicina e a compreensão dos objetivos hospitalares reduziram o temor tradicional associado às instituições de tratamento paralelamente ao processo de entendimento sobre o espaço de saúde e a evolução da arquitetura hospitalar. Embora essa evolução médico-técnica tenha justificado os meios de transmissão e as causas das doenças, a arquitetura moderna já adotava um design higienista sendo aplicado no uso de grandes vãos e da predominância da cor branca vinda das estéticas hospitalares (ARAUJO, 2020).

Segundo Hoenack, após a Segunda Guerra Mundial, a humanidade enfrentou momentos na área da saúde que reuniram fatores fortemente influentes, dentre estes: necessidades de reconstrução de espaços de saúde atingidos, necessidade de atualização e/ou melhoria de hospitais antes instalados em construções provisórias ou adaptadas, grande avanço tecnológico e novos procedimentos de tratamento e ainda o início das normativas construtivas aplicadas a espaços assistenciais de saúde. Hoenack, afirmava em 1966 que praticamente todos os hospitais modernos concebidos naquele momento eram experimentais, visto que as evoluções médico-técnicas em vigor também representavam novidades ainda não comprovadas a longo prazo, implicando em alterações constantes na arquitetura hospitalar. É neste cenário que Irineu Breitman concebe uma produção de arquitetura hospitalar de grande destaque, concentrada principalmente na região sul do Brasil, e pautada na defesa do partido conceptivo horizontal.

O período de atuação de Breitman aconteceu frente a grandes mudanças e desafios, tanto que Hoenack (1966), Weeks (1965) e Bross (1976) dividiam a comum opinião entre pesquisadores e arquitetos que, os hospitais e espaços assistenciais de saúde, da segunda metade do século XX, reuniam mais variáveis projetuais concomitantes a avanços tecnológicos, que qualquer outra tipologia arquitetônica. “Poucas instituições terão maior diversidade e variedade de homens (SIC), atividades e espaços que um hospital.” (BROSS, 1976).

Weeks (1965) afirmava fortemente a tendência problemática da obsolescência dos projetos hospitalares que estavam sendo concebidos até a segunda metade do século XX. Por sua visão, a problemática dos planejamentos arquitetônicos hospitalares estava em considerar o espaço de saúde como algo completo e finito quando este atingia as demandas levantadas em seu

programa de necessidades. A solução seria então encarar esses projetos e espaços como algo contínuo e inacabado, visto que, segundo o autor, esta seria a resposta para todos os problemas encontrados nos espaços assistenciais de saúde obsoletos projetados até 1960.

Especificamente no Brasil e em paralelo ao cenário desafiador desenhado pelos novos avanços médico-tecnológicos, encontrava-se uma esperança para os projetos da saúde frente o crescente envolvimento do governo nessa área¹. Com as novas diretrizes projetuais que foram surgindo durante a segunda metade do século XX, que por sua vez aconteciam pautadas em publicações internacionais, desenhou-se no país um cenário de aprendizagem e experimentações projetuais coletivas, que surgiam com base em estudos e discussões simultâneas.

Esta sincronicidade entre *informação x execução* resultava em projetos delineados sob uma perspectiva comum entre diversos arquitetos. Weeks (1965), assim como Irineu Breitman, defendia a continuidade das circulações internas, de forma a evitar a segregação vertical, permitindo a adição de blocos horizontais para ampliar a capacidade operativa. Seu argumento considerava o tempo de deslocamento em uma concepção térrea, embora não levasse em conta as limitações do terreno de implantação.

Hoernack (1966) ainda destacava que a flexibilidade e a capacidade de adaptação às mudanças tecnológicas não eram fatores novos para os arquitetos, mas se tornaram mais urgentes e frequentes nos espaços de saúde, exigindo soluções arquitetônicas inovadoras e totalmente flexíveis. Nesse contexto, a atuação do arquiteto Irineu Breitman evidenciava sua capacidade de acompanhar os avanços da área da saúde, traduzindo-os em soluções arquitetônicas de relevância.

A pesquisa precedente, realizada no âmbito da dissertação de Mestrado, tratava das atualizações e modificações nos fluxos internos dos espaços de saúde, à medida que se alinhavam às descobertas médico-científicas de cada período. Este estudo direcionou nosso olhar ao trabalho de Irineu Breitman, cuja produção na área hospitalar ainda carece de uma análise mais aprofundada.

Dessa forma, esta pesquisa visa aprofundar o conhecimento sobre as soluções arquitetônicas adotadas por Breitman, com o objetivo de aplicar esse conhecimento ao ensino de projetos. A proposta é investigar o processo de projeto do arquiteto, focando em sua produção hospitalar no século XX e buscando compreender as escolhas projetuais a partir da análise de suas obras, identificando um pensamento projetual voltado para soluções inovadoras e contribuindo para métodos de concepção arquitetônica.

Além disso, a pesquisa propõe investigar como as ações coletivas e o contexto histórico influenciaram as escolhas de Breitman, sugerindo que a evolução do espaço de saúde foi uma construção conjunta, e não fruto exclusivamente de uma concepção inovadora de um único autor.

¹ Órgãos de Previdência Social foram criados após a Revolução de 1930; Em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões aos Marítimos e em 1932 aos bancários, com a finalidade de oferecer, entre outros benefícios, serviços de assistência médica a seus assegurados; Em 1941 houve a criação da Divisão de Organização Hospitalar, seguido pela criação do Serviço Nacional de Saúde Pública (SESP), e em 1965 foi publicado a primeira normativa referente a construção de espaços de saúde.

1. Processo de projeto e o arquiteto Irineu Breitman

Este capítulo inicia pelo diálogo de ideias e métodos de diferentes autores a respeito do processo de produção do projeto arquitetônico, a fim de fomentar uma discussão teórica a respeito dos processos cognitivos e dos contextos coletivos de uma geração. Toma-se como objeto as obras de Irineu Breitman, traçando uma ligação com as possibilidades a serem investigadas em seus estudos.

Antes disso, é importante entender que ao concordar com Lawson (2011), assumiremos nesta tese que, tanto o verbo projetar quanto seu substantivo – projeto, podem se referir tanto ao produto final quanto ao processo. Dentro deste processo ou resultado, não podemos assumir uma resposta ou ação única e correta para cada problema, mas devemos sim entender que variações de soluções acontecem por meio do processo. "Não devemos esperar que o processo de projeto seja tão claro, lógico e aberto quanto o método científico."

1.1 Ideias sobre concepção projetual e as possíveis análises nas obras de Irineu Breitman

Toda la concepción metodológica que hemos desarrollado en el presente ensayo es resultado de una comprensión distinta de la subjetividad, entendida como complejo sistema de formaciones y subsistemas psicológicos, estrechamente relacionados entre sí, donde los contenidos y su expresión funcional se manifiestan simultáneamente en

múltiples y disímiles formas, teniendo sentidos psicológicos diferentes, de acuerdo con el subsistema o la formación psicológica a que se integran (GONZÁLEZ REY, 1996).

A partir do exposto por González Rey (1996) parte-se do entendimento que toda concepção arquitetônica envolve uma “subjetividade”, termo aqui tomado com resultado de uma compreensão das variáveis projetuais. Entendemos, portanto, que o pensar projetual funciona como um sistema complexo de informações e subsistemas que são intimamente relacionados entre si. Neste sistema tanto os conteúdos como a sua expressão funcional se manifestam simultaneamente de formas múltiplas e díspares tendo diferentes significados e resultados que serão expressados de acordo com o subsistema ou formação psicológica a que se integram. Isto é, o processo de concepção tem características internas de difícil compreensão.

Com base nesse pensamento, Csikszentmihalyi (1996) ao refletir e estudar a criatividade afirmou que algo criativo não aparece simplesmente em nossos pensamentos, mas sim por meio de interações entre o sujeito e o contexto social que se encontra. Csikszentmihalyi (1996) ainda descreve o processo criativo em cinco etapas, que coincidentemente podem ser relacionados ao processo de projeto arquitetônico, onde:

1a etapa: preparação. Esta etapa é descrita pelo autor como o período de imersão e análise dos problemas, muito similar ao processo diagnóstico de projeto, que compreende a reunião de informações necessárias para o início do projeto;

2a etapa: período de incubação. Descrito como período de análise e tentativas solutivas iniciais, além de se destacar como a etapa onde normalmente as propostas mais singulares ocorrem, ou seja, nosso partido arquitetônico.

3a etapa: o momento Eureka! Onde as peças do quebra cabeça se formam em uma proposta inicial.

4a etapa: avaliação. É a etapa que o sujeito deve checar se a ideia é válida e passiva de aprofundamento, a qual os critérios internalizados do domínio e a opinião internalizada do campo geralmente se tornam proeminentes.

5a etapa: elaboração. A última fase do processo criativo – ou de concepção arquitetônica, nesta analogia – e a qual demanda maior tempo e dedicação, envolvendo trabalho específico de cada campo para finalizar a proposta.

Não é nossa intenção compreender a concepção projetual como algo linear e simplificado em cinco etapas, uma vez que as próprias fases projetuais (conceito, partido, estudo preliminar, anteprojeto e projeto) indicam uma evolução de pensamento por meio de representações sucessivas de um determinado objeto, onde cada novo desenho corrige ou supera prévias conexões e uniões de variáveis, e terminantemente pouco ou nada podem informar sobre o processo (COSTA, AZEVEDO e PEDRO, 2017). Em outras palavras: “Tratar o autor como uma fonte de originalidade é uma visão reducionista que mistifica o projeto, apaga o processo de construção, supervaloriza o ato criativo e dá crédito a poucos (COSTA, AZEVEDO e PEDRO, 2017).”

Parte-se do pressuposto que o ato de concepção criativo lida com o ignorado porvir, no projeto arquitetônico é antever um espaço ainda não materializado. Este fato faz com que Csikszentmihalyi (1996) afirme que a antecipação de que algo será importante futuramente não gera credibilidade automática: “There is no way to know whether a thought is new except with

reference to some standards, and there is no way to tell whether it is valuable until it passes social evaluation”.

Ainda assim, a tese coloca como questão: seria possível compreender o processo projetual de um arquiteto, no nosso caso de Irineu Breitman? Será possível identificar quais foram os processos mentais que resultaram em soluções arquitetônicas que tornaram seus projetos inovadores e funcionais em 1980?

A presente investigação estrutura-se em métodos e procedimentos destinados a compreender a concepção dos projetos arquitetônicos de Irineu Breitman, com a finalidade de interpretar as razões e estratégias que embasaram suas decisões projetuais. Para isso é preciso entender as condições que eram impostas ao projeto, isto é, necessita-se identificar quais seriam suas premissas e suas operações mentais e psicológicas de forma a compreender as supostas subjetividades encontradas (GONZÁLEZ REY, 1996).

Outro pesquisador e projetista que se debruçou sobre a questão da compreensão arquitetônica foi Mahfuz (2007) O autor aponta que todo e qualquer projeto arquitetônico é resultado de uma fase de pesquisa fundamental para compreensão do problema e entendimento das possíveis variáveis de projeto. Mahfuz (1995) definiu a concepção projetual em dois momentos distintos:

- Fase analítica: formada por 4 imperativos, sendo eles: necessidades pragmáticas, herança cultural, características climáticas e do sítio, recursos materiais disponíveis; resultam do primeiro momento, sendo os aspectos objetivos do problema, mas não conferindo nenhuma indicação do rumo a ser tomado;
- Processo de projeto: se inicia quando a informação obtida na fase analítica é interpretada e organizada pelo arquiteto. A bagagem cultural e personalidade do arquiteto começam a interferir, o que González Rey chama de sujeito subjetivo.

Portanto, para Mafuz (1995), “No partido estão presentes os imperativos de projeto, interpretados e hierarquizados pelo arquiteto, assim como o repertório arquitetônico, representando o conceito de intervenção.”. Além de Mafuz (2007), Unwin (2003) já propunha o mesmo direcionamento de análise compositiva arquitetônica, classificando os elementos de forma diferente, mas separando-os em dois grandes grupos: os elementos básicos e os elementos modificadores. O autor afirma que após a identificação dos elementos seria possível encontrar relações existentes entre tais elementos por meio das possibilidades de composição entre si.

Seria possível pois, segundo esta definição, analisar os imperativos presentes em cada obra de Irineu Bretiman e separá-los do que de fato era uma imposição ao projeto e o que se pode reconhecer como bagagem cultural e personalidade arquitetônica? Por que mecanismo, método, procedimento analítico seria possível apreender esse processo?

Em diálogo com as questões colocadas o arquiteto e professor Schenk (2010) em sua dissertação de mestrado apresenta argumentações sobre as possibilidades de se compreender o processo de concepção por meio do croqui. O autor acredita que o croqui é responsável por revelar a busca por algo ou uma solução. Analisando quatro projetos de um tema comum, porém com arquitetos e épocas distintas, o autor se debruça na investigação e entendimento dos projetos. Schenk destaca que informações sobre contextos históricos, cursos frequentados, estágio de desenvolvimento profissional, referenciais culturais e inclusive legislações vigentes oscilam e influenciam a leitura e entendimento das decisões projetuais. O autor relata que em sua pesquisa a respeito dos croquis que foi preciso executar o caminho contrário exercido pelo

projetista, isto é, estudava primeiro o empreendimento a partir de entrevistas ou textos e posteriormente cruzava as informações ao observar os croquis. Por este método, Schenk indica que é possível reconhecer determinados momentos e processos mentais nos quais certas decisões foram tomadas.

Broadbent (1976) alerta que, independentemente da forma de representação, o arquiteto não resolve nenhum problema sem gerar uma forma tridimensional, destacando a importância das análises em croquis volumétricos e/ou fotografias. Em conformidade com as ideias de Mahfuz, Broadbent já verificava que o sítio e as características climáticas eram primeiramente considerados em projetos de renomados arquitetos, como Le Corbusier e Frank Lloyd Wright, enquanto a materialidade disponível margeava as decisões seguintes.

De qualquer modo, a fragilidade do método de análise de Leandro Schenk, reside no fato que nem toda obra possui à disposição os seus croquis conceituais, visto que inúmeras vezes são descartados. Considerando isso, apoiamo-nos no pensamento de Piñón (2006) quando afirma que plantas, cortes e elevações cumprem também o papel de descrever o projeto, bem como de concepção, e podem ser considerados, portanto, material de verificação parcial ou total de projetos.

Estendendo o estudo das obras de Irineu para além de seus croquis, deve-se destacar a época de sua concepção e dos instrumentos de representação que, dado o recorte temporal e o nicho de atuação do arquiteto, isso é a concepção de arquitetura hospitalar, implica em representações manuais, sem auxílio de softwares, portanto, a fim de compreender o desenho como uma explicação, é importante manter em mente que existem “(...) diferentes tipologias de representação que assumem, de acordo com suas características, funções comunicativas e cognitivas.”(PERRONE, 1993).

Desenhos tornam a arquitetura mais transparente porque, se interpretados, permitem visualizar intenções, processos e conceitos. Doutro modo, tornam a arquitetura mais opaca por obstar, pelo caráter ilusório da representação, o conhecimento da arquitetura como objeto vivenciável tridimensionalmente, experimentável funcionalmente, verificável historicamente, impedindo-a de que se revele em todas as suas faces, inteligível interpretativamente (PERRONE, 1993).

Entende-se, portanto, as limitações impostas a esta pesquisa uma vez que o processo de projeto arquitetônico não pode ser resumido a um conjunto de desenhos. Contudo, a mesma será delimitada a fase “transparente” da arquitetura, ou seja, exclusivamente sobre seus desenhos e fases anteriores ao uso e experimentação do espaço construído.

Com todo o exposto até aqui, pode-se afirmar que a busca desta pesquisa é a de colocar em prática o organizacionismo, que por sua vez, tem como objetivo: identificar os princípios comuns que governam a organização e a evolução dos sistemas, sem necessariamente depender de analogias fenomênicas (MORIN, 1990). Buscaremos assim, identificar uma forma organizacional nos projetos arquitetônicos Breitianos, encontrar princípios comuns organizacionais, a evolução desses princípios, e as faces de sua diversificação. Isto permitirá oferecer uma compreensão mais profunda dos sistemas organizacionais projetuais e ajudará a desenvolver teorias mais precisas sobre sua evolução e funcionamento do processo de projeto.

Contudo, ao considerar os pensamentos epistemológicos expostos por González Rey e relacioná-los com sistemas organizacionais, entende-se que projetos arquitetônicos podem ser classificados como sistemas complexos, formados por variantes e influências diversas (fenômenos aleatórios).

A complexidade surge em sistemas que possuem múltiplas unidades interagindo de forma dinâmica e, muitas vezes, imprevisível (MORIN, 1990), como é o caso dos projetos arquitetônicos. Essas interações geram uma série de efeitos que podem ser difíceis ou impossíveis de prever, pois envolvem uma mistura de ordem e desordem. Essa mistura pode ser vista como uma espécie de equilíbrio dinâmico entre padrões estáveis de organização e flutuações aleatórias ou acidentais. Essas flutuações podem ainda ser uma fonte de novidade e criatividade em sistemas complexos, permitindo que eles se adaptem e evoluam em resposta a mudanças no ambiente. No entanto, a incerteza e a imprevisibilidade inerentes à complexidade também podem ser uma fonte de desafios e riscos. A compreensão da natureza da complexidade se torna fundamental para enfrentar esses desafios e desenvolver soluções adaptativas para problemas complexos em diversos campos, desde a ciência e tecnologia até as questões sociais e ambientais (MORIN, 1990).

Ao refletir sobre esta conexão entre complexidade e acaso impostos aos projetos arquitetônicos, compreendeu-se outra limitação desta pesquisa e análise, uma vez que o sujeito objeto de estudo não poderá ser consultado e considerado de forma direta.

Contudo, a impossibilidade de acesso ao arquiteto autor deste estudo, não precisa ser encarada como limitante de pesquisa quando pensamos sob a percepção de Costa, Azevedo e Pedro (2017) ao refletirem e aplicarem a Teoria Ator-Rede (TAR)² a ótica da concepção arquitetônica. Segundo os autores, com base nos pensamentos de Bruno Latour, Michel Callon e John Law, é possível entender o arquiteto como um tradutor de informações privilegiadas, uma vez que produz um projeto como efeito e resultado de uma rede heterogênea, ou seja, como uma transposição direta dos interesses dos atores que nele estão envolvidos.

Segundo esse pensamento exposto por Costa, Azevedo e Pedro (2017), uma vez cientes e em posse dos atores “não humanos” (LATOUR, 2012) envolvidos nos projetos de Irineu Breitman, seria possível se aproximar dos fatores prévios ao produto final do projeto arquitetônico hospitalar. Mas, ainda segundo a TAR e ao exposto pelos autores, a compreensão das influências não é menos importante do que a ação e decisão de Breitman, uma vez que a teoria impõe a junção entre humanos e não-humanos.

Ainda, a fim de complementar esta reflexão acerca do processo de projeto, retoma-se o pensamento de Morin (1990) citado anteriormente quando afirma que a complexidade imposta aos projetos arquitetônicos se revelam como múltiplas unidades interagindo de forma dinâmica e, muitas vezes, imprevisível, onde assim, as nuances do processo projetual podem inferir em fonte de novidade e criatividade.

A respeito de uma análise que considere múltiplas unidades cruzadas no projeto arquitetônico, é possível considerar o método aplicado por Clark e Pause (2005) com a leitura de projetos residenciais e religiosos por meio de onze categorias de análises. Estas categorias elencadas pelos autores relacionam diversos pontos passíveis de serem observados em projetos, os quais, segundo os mesmos, revelam interações e decisões projetuais. Contudo, embora o método seja passível de reprodução e busque a revelação de elementos gráficos, as diferentes categorias são sempre propostas em análises de perspectivas homogêneas, não abrangendo um estudo mais subjetivo dos conceitos e premissas implícitos aos projetos.

² A Teoria Ator-Rede, ou Actor-Network Theory (ANT) em inglês, é um conjunto teórico e empírico que descreve as relações sociais como efeitos de rede, baseando-se principalmente na noção de tradução. É um produto de um grupo de sociólogos, originado na década de 1980, majoritariamente vinculados ao Centro de Sociologia da Inovação da Escola Superior de Minas de Paris, incluindo Bruno Latour, Michel Callon e John Law (COSTA, AZEVEDO e PEDRO, 2017).

Diante do propósito analítico desta pesquisa, compreendeu-se que os métodos de análise projetual discutidos anteriormente oferecem importantes referências, mas revelam limitações quando aplicados a obras de grande complexidade, como os hospitais concebidos por Irineu Breitman. Embora úteis para estudos de menor escala, esses métodos não reúnem, em um único procedimento, a capacidade de articular análise e formulação sintética necessárias para a leitura de projetos hospitalares. Dessa forma, após avaliar os limites dos métodos previamente citados, optou-se por adotar e adaptar o método Produto–Contexto–Processo, proposto por Foqué (2010), por oferecer uma abordagem mais adequada à análise de projetos hospitalares de grande complexidade.

1.2 Quem foi o arquiteto Irineu Breitman

O arquiteto Irineu Breitman nasceu na cidade de Cachoeira do Sul (RS), em 1930. Sua família imigrou da Ucrânia e estabeleceu-se no Brasil por meio da fotografia. Seu avô, seu pai e seu tio delinearam uma bela carreira pelo país, inclusive com o estúdio fotográfico de José Breitman, seu tio, localizado no Rio de Janeiro, a então capital do país (TOLEDO, 2008).

Sioma Breitman, pai de Irineu, marcou sua carreira com retratos de rostos famosos como Getúlio Vargas, Villa Lobos, Vicente Celestino, Procópio Ferreira e Mario Lago. Segundo Toledo (2008), sua herança genética deu-lhe uma percepção singular para observar o objeto construído.

Breitman formou-se em arquitetura na Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1953, na quinta turma. Não consta em seu currículo especializações ou cursos sobre a arquitetura hospitalar, mas era descrito como um arquiteto transcendente e que buscava na pesquisa as respostas para os desenhos de espaços de saúde. Os cursos descritos em seu currículo são resumidos a:

- Layout Industrial, ministrado pelo professor Antônio R. Andrada em 1963;
- Formas Estruturais para Arquitetos, ministrado pelo professor Augusto Carlos de Vasconcelos em 1964;
- Métodos e Modelos da Pesquisa Operacional, ministrado pelo professor Teodoro Oniga em 1967 (HOSPITASA, s/d).

De sua graduação, Breitman sofreu influências Corbusianas, advindas da Escola Carioca, o que era comum nas faculdades de arquitetura no fim dos anos quarenta. Seus professores eram, em maioria, estrangeiros, o que delineou um olhar internacional. Grande direcionamento acadêmico voltava-se a arquitetura uruguaia, por meio do Professor Demétrio Ribeiro, formado em Montevideu. Como parte da multiculturalidade presente no curso, Breitman aprendeu ainda sobre as influências de Eugênio Steinhof, arquiteto austríaco. O curso da Faculdade de Arquitetura de Porto Alegre só se tornou oficial em 1952, um ano antes de sua formação. Sendo assim, suas cadeiras acadêmicas envolveram disciplinas advindas do curso de arquitetura – antes parte da Escola de Belas Artes – e do curso de Engenharia (LUCCAS, 2000).

Em sua tese, Toledo descreve com esmero o colega arquiteto, e aponta episódios que contribuíram para o reconhecimento nacional e qualidade profissional do arquiteto em estudo. Breitman inspirava-se em Vilanova Artigas, admiração que era fomentada em reuniões com outros arquitetos no próprio escritório de Artigas. Seu ativismo foi reforçado ao ocupar o cargo de presidente do centro acadêmico e do Departamento do Rio Grande do Sul e como membro do Conselho Superior do Instituto de Arquitetos do Brasil. Sua atividade profissional e militante é intensa, expressa por cargos como:

- Presidente do Instituto de Arquitetos do Brasil / Departamento do Rio Grande do Sul entre 1958 e 1965;
- Vice-Presidente da Direção Nacional do Instituto de Arquitetos do Brasil, entre 1961 e 1963;
- Membro do Conselho Superior do Instituto de Arquitetos do Brasil, como representante do Departamento do Rio Grande do Sul, entre 1994 e 2001;
- Membro da Academia Brasileira de Administração Hospitalar;
- Presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar entre 2000 e 2002.

Desde sua graduação, Irineu dedicou-se principalmente à arquitetura hospitalar, mas seu currículo reflete uma ampla gama de experiências, tanto no ensino quanto na prática arquitetônica. Seu portfólio abrange não apenas hospitais, mas também casas, prédios residenciais, lojas, edifícios corporativos, instalações industriais, espaços esportivos e culturais, além de equipamentos públicos, provando uma capacidade de lidar com uma variedade de temas que certamente contribuíram para seus resultados.

Seu domínio no campo da arquitetura industrial certamente contribuiu para a qualidade das unidades hospitalares que projetou, já que os projetos de complexos industriais exigem do arquiteto alguns cuidados que se mostram igualmente importantes em relação ao projeto hospitalar, como a atenção em relação à distribuição das diferentes edificações no terreno, à acessibilidade dessas edificações e sua relação com o sistema viário interno e externo ao complexo, à adequação dos prédios aos layouts do processo produtivo, às redes de infraestrutura e aos eventuais impactos ambientais decorrentes de sua implantação (TOLEDO, 2008).

Dentre seu vasto currículo há ainda a atuação e participação como:

- Professor da cadeira de Prática de Projetos da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1969;
- Professor da cadeira de Arquitetura Hospitalar do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Associação dos Hospitais do Estado do Rio Grande do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul entre 1977 e 1987;
- Curso ministrado ao XIII Congresso Brasileiro de Arquitetos em São Paulo em 1991;
- Curso ministrado a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UFPEL em Pelotas em 1992;
- Curso ministrado ao XIV Congresso Brasileiro de Arquitetos em Fortaleza em 1994;
- Curso ministrado ao Instituto de Arquitetos do Brasil Departamento RS, Porto Alegre em 1995;
- Curso ministrado ao Instituto de Arquitetos do Brasil Departamento Ceará, Fortaleza em 1995;
- Curso ministrado ao Instituto de Arquitetos do Brasil Departamento Paraíba, João Pessoa em 1995;
- Curso ministrado a Semana de Arquitetura e Urbanismo em Porto Alegre em 1997;
- Curso ministrado ao Instituto de Arquitetos do Brasil Departamento Pernambuco em 1999;
- Curso ministrado a Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar Rio Grande do Norte em 2000;
- Curso ministrado ao Instituto de Arquitetos do Brasil Departamento Ceara, Fortaleza em 2001;
- Curso ministrado a Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, São Paulo em 2004;

Esteve presente ainda nos seguintes eventos:

- 3º Encontro Nacional de Dirigentes Hospitalares em Canela, RS em 1979;
- 2º Seminário Internacional de Administração em Saúde em Porto Alegre em 1979;
- VII Encontro Catarinense de Hospitais em Florianópolis em 1980;
- VIII Convenção Brasileira de Hospitais no Rio de Janeiro em 1980,
- Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande em 1986;
- 1º Encontro Latino Americano “A Cidade e a Saúde” em São Paulo em 1987;
- Exposaúde 89 em São Paulo em 1989;
- 8º Congresso Nacional de Hospitais no Rio de Janeiro em 1990;
- III Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar em São Paulo em 1993;
- Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UFPEL em Pelotas em 1995;
- V Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar em São Paulo em 1995;
- 1ª Jornada Multidisciplinar para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar em Londrina, Paraná em 1996;
- Seminário sobre Eficiência e Segurança em Edificações Hospitalares em Belo Horizonte, Minas Gerais em 1997;
- VII Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar em São Paulo em 1997;
- IX Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar em São Paulo em 1999;
- X Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar em São Paulo em 2000;
- XI Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar em São Paulo em 2001;
- 1º Encontro Científico da Academia Brasileira de Administração Hospitalar no Rio de Janeiro em 2001;
- 12º Congresso Latino-americano de Arquiteturas e Engenharia Hospitalar em Buenos Aires em 2001;
- Faculdade de Arquitetura de Rosário na Argentina em 2002;
- 14º Congresso Latino-americano de Arquiteturas e Engenharia Hospitalar em Buenos Aires em 2004;
- Faculdade de Arquitetura de Córdoba na Argentina em 2005;

Como consultor Irineu prestou os seguintes serviços no Brasil e no exterior:

- Arquiteto Consultor do Medical Care Development Inc./USA no projeto de reabilitação do Hospital Nacional Simão Mendes em Bissau, República de Guiné Bissau, financiado pelo Banco Africano de Desenvolvimento em 1986.
- Arquiteto Consultor da Minerbo-Fuchs Engenharia S/A de São Paulo no projeto do Hospital de Vila Penteado do Programa Metropolitano de Saúde. Trabalho realizado para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – Brasil e financiado pelo BIRD em 1986.
- Arquiteto Consultor do Banco Interamericano de Desenvolvimento para o Programa de Ampliação e Melhoramento dos Serviços de Saúde no Uruguai – etapa Hospital Pasteur – Montevideo, República do Uruguai em 1988.
- Arquiteto Consultor da Organização Pan-americana da Saúde para a Análise da Fundação Favalaro para la Docencia e Investigaion Médica / Instituto de Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular y Transplante de Organos em Buenos Aires, República Argentina. Financiamento do BID, em 1990 (TOLEDO, 2008).

1.3 Evolução e produção da arquitetura de Irineu Breitman

1.3.1 Trajetória profissional, influências e contribuições para a arquitetura hospitalar

A fim de traçar um panorama sobre a arquitetura hospitalar de Irineu Breitman e sua forte influência, temos como principais projetos construídos e em funcionamento (tabela 01):

Tabela 1 - Projetos Arquitetônicos Hospitalares construídos (continua)

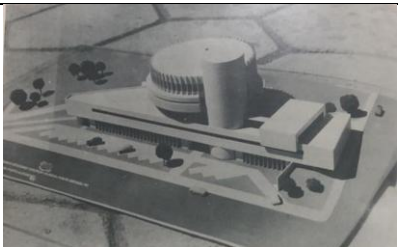
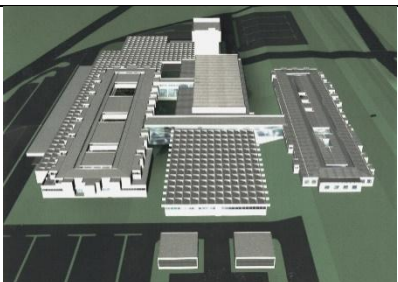
Projeto	Localização	Ano de Projeto	Imagem
Hospital Fêmina	Porto Alegre, RS	1954	
Hospital Miguel Piltcher	Pelotas, RS	1958	
Hospital Psiquiátrico Clínica Pinel	Porto Alegre, RS	1964	
Hospital Infantil Joana de Gusmão	Florianópolis, SC	1977	
Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt	Joinville, SC	1979	
Hospital Regional da Grande Florianópolis	São José, SC	1980	

Hospital Regional de Chapecó	Chapecó, SC	1980	
-------------------------------------	-------------	------	--

Fonte: Documentos Internos HOSPITASA, s/d. Imagens: Acervo Irineu Breitman, IPH. Acervo Irineu Breitman, IPH.

Entre os projetos não construídos estão (tabela 02):

Tabela 2- Projetos Arquitetônicos Hospitalares não construídos

Projeto	Localização	Ano de Projeto	Imagem
Hospital Infantil Santa Paula	Ponta Grossa, PR	1977	
Hospital Escola da Fundação Universidade de Passo Fundo	Passo Fundo, RS	1998	

Fonte: Documentos Internos HOSPITASA, s/d. Imagens: Acervo Irineu Breitman, IPH. Acervo Irineu Breitman, IPH.

Além dos projetos destacados, seu escritório fornecia consultorias hospitalares de estrutura médico-técnico-administrativa e realizava reformas e/ou ampliações, sendo estas descritas em seus documentos internos (tabela 03):

Tabela 3 - Demais Projetos e Serviços prestados pelo escritório (continua)

Projeto	Localização	Serviços Prestados
Instituto de Cardiologia	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional para obras de reforma e ampliação, novo centro cirúrgico, sala de recuperação pós anestésica, central de material e esterilização e serviço de hemodinâmica.

Instituto de Cardiologia	Buenos Aires, AR	Estudo de projeto da construção existente para listar eventuais correções.
Fundação Hospitalar de Santa Catarina	Governador Celso Ramos, SC	Análise dos prédios visando atualizações segundo as normas.
Sociedade Hospitalar	Mondaí, SC	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para construção de uma unidade com capacidade de 200 leitos
Sociedade Hospitalar	Ajuricaba, RS	Projeto de viabilidade financeira para a CEF/FAZ para recursos para obra de novo empreendimento.
Sociedade Hospitalar Beneficente	Rolante, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico.
Policlínica Integrada de Pelotas – Polipel	Pelotas, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para construção de uma unidade com capacidade de 200 leitos.
Dr. Carlos Roberto Herédia Antunes	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para clínica pediátrica.
Santa Casa de Misericórdia	Porto Alegre, RS	Plano diretor visando aproveitamento dos prédios existentes.
Santa Casa de Caridade	Uruguaiana, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico.
Santa Casa de Misericórdia	Pelotas, PR	Análise institucional e programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Santa Casa de Caridade	Alegrete, RS	Análise do hospital existente e programa de necessidades para construção de novo hospital com 350 leitos realizado em três etapas e desativação do prédio original.
Hospital Bruno Born	Lajeado, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto reforma e ampliação.
Hospital Geral de Porto Alegre – Ministério do Exército	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para obras de reforma e ampliação da capacidade geral.
Hospital Nossa Senhora do Livramento	Guaíba, RS	Análise institucional e programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira do Sul, RS	Análise institucional envolvendo estrutura médico-técnico-administrativa, planta física e equipamentos para nova ala.
Hospital de Caridade	Ijuí, RS	Análise institucional e programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Hospital de Caridade	Santo Ângelo, RS	Análise institucional e programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Hospital São Luiz / Santa Casa de Caridade	Don Pedrito, RS	Análise institucional, plano diretor, programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Hospital Geral de Porto Alegre	Porto Alegre, RS	Consultoria Hospitalar e Estudos Econômico-financeiros.

Hospital de Beneficência São Francisco	São Borja, RS	Programa de necessidades físico-funcional para remanejamento de 80 leitos e construção de novas unidades para atingir 150 leitos.
Hospital Moinhos de Vento	Porto Alegre, RS	Projeto de Regimento do Corpo Clínico.
Hospital Escola	Caxias do Sul, RS	Estudo e cálculo de demanda para região com programa de necessidades.
Hospital Ivan Goulart	São Borja, RS	Análise institucional e programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Hospital Santa Terezinha	Santo Augusto, RS	Análise institucional envolvendo estrutura médico-técnico-administrativa, planta física e equipamentos.
Hospital de Caridade de Canela	Canela, RS	Análise institucional e parecer conclusivo.
Hospital Novo Hamburgo	Novo Hamburgo, RS	Carta Consulta a CEF/FAZ para recursos para obra de novo empreendimento.
Hospital Redentor	Redentor – Estrela, RS	Análise institucional e programa de necessidades físico-funcional para reformas e ampliações.
Hospital Pasteur	Montevideo, UY	Novo Hospital Escola para a Faculdade de Medicina com área superior a 20 mil metros quadrados.
Hospital da Vila Residencial de Candiota	Candiota – Pinheiro Machado, RS	Programa de necessidades físico-funcional para construção de uma unidade com capacidade de 50 leitos.
Hospital Beneficente Nossa Senhora Aparecida	Caraí, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para obras de reforma e ampliação da capacidade geral.
Hospital Nacional Simão Mendes	República da Guiné-Bissau	Trabalho financiado pela USAID e coordenado pela BAD. Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para obras de reforma e ampliação da capacidade geral.
Hospital de Cardiologia	Florianópolis, SC	Análise de três alternativas para implantação de um Hospital de Cardiologia: aproveitamento do prédio existente, aproveitamento com ampliações ou construção de um novo hospital.
Hospital da Criança de Santo Antônio	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para reforma e ampliação.
Hospital J. M. da Silva	Três de Maio, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para novo hospital.
Hospital de Caridade	São Luiz Gonzaga, RS	Projeto técnico de estrutura médico-técnico-administrativa.
Ministério da Saúde – Hospital Fêmina	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional para construção de bloco anexo de estacionamento com vaga para 80 veículos, vestiário, almoxarifado, banco de sangue, emergência, radiodiagnóstico, laboratório, ambulatório, SAME, centro obstétrico e neonatologia e ampliação da capacidade operacional para 250 leitos
Dr. Américo Carlson e outros	Campo Grande, MS	Programa de necessidades físico-funcional para hospital de 60 leitos.

Dr. Frederico Nussbaumer e outros	Santa Maria, RS	Ambulatório, emergência e serviços complementares com possibilidade de hospital para 100 leitos.
Dr. Jair Nicolini e outros	Passo Fundo, RS	Programa de necessidades físico-funcional para hospital de 120 leitos.
Dr. Neri de Souza Batista	Caibaté, RS	Programa de necessidades físico-funcional para hospital de 60 leitos.
Dr. Lorenzo Brentano e outros	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional para hospital de 210 leitos.
Plantão de atendimento Psiquiátrico	Porto Alegre, RS	Programa de necessidades físico-funcional e projeto arquitetônico para reforma e ampliação.

Fonte: Documentos Internos HOSPITASA, s/d. Acervo Irineu Breitman, IPH.³

Estes e outros projetos foram construídos junto aos seus parceiros e consultores do HOSPLAN – Planejamento, Organização e Assessoria Hospitalar Ltda., posteriormente renomeado HOSPITASA, escritório de Irineu Breitman. O escritório de arquitetura hospitalar foi fundado em 20 de janeiro de 1970, inicialmente formado por seis profissionais com ampla experiência na área da saúde projetual. Seis anos depois, outros seis profissionais de saúde adentraram no time que foi em seguida complementado, em 1978, com um total de 22 profissionais, os quais foram então capazes de fornecer todos os projetos necessários a um planejamento hospitalar. O nome do escritório foi alterado visando a aquisição do registro da marca no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), tornando-se então HOSPITASA – Projetos e Consultoria Hospitalar S.A. (ACERVO IRINEU BREITMAN).

Achamos oportuno neste momento, reproduzir um depoimento encontrado na tese de Luiz Carlos Toledo (2008), a fim de ampliar as divulgações e fontes de pesquisa sobre este arquiteto estudado.

Sobre sua longa parceria com Irineu, Paulo Lamb deu o seguinte depoimento:

Há 35 anos, em 20 de janeiro de 1970, o Arquiteto Irineu Breitman, o Economista Alcides Pozzobon, o Engenheiro Aldo Santos, o Contador Élio Mainardi e eu fundamos a HOSPLAN - PROJETOS E CONSULTORIA HOSPITALAR LTDA que depois passou a denominar-se HOSPITASA LTDA S/C. Assim iniciou-se a parceria que mantemos até hoje. O Arq. Irineu já tinha experiência em projetos hospitalares, com o Hospital Fêmima, o Hospital Miguel Pilcher e a Clínica Pinel e, eu, com as vivências na Administração do Hospital de Pronto Socorro Municipal, no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFRGS e no Hospital Ernesto Dornelles, também já acumulava apreciável experiência no ministério. O início das atividades de nossa empresa não foi nada animador, passamos um bom tempo somente produzindo propostas ante a consultas que nos eram encaminhadas. Finalmente foi aprovada a primeira proposta – um Hospital em Três de Maio, cidade do extremo norte do nosso Estado. A esta, seguiram-se muitas outras, coincidindo com a ampliação do nosso elenco de sócios que chegou a ser de vinte e dois profissionais. Nossos clientes se multiplicaram, a ponto de termos quatorze projetos simultâneos. À medida que novos trabalhos eram contratados, novas experiências foram acumuladas, até que hoje podemos dizer que conquistamos um nível de excelência que nos permitiu, além de realizar trabalhos em nosso país, atingir a Argentina, Uruguai e Paraguai, na América Latina e Cabo Verde e Guiné Bissau, na África. A parceria destas mais de três décadas nos permitiu medir as reais vantagens da arquitetura alicerçada nos conhecimentos da consultoria hospitalar. Isto tem feito com que estejamos sempre atentos às inovações tecnológicas para introduzi-las nos nossos projetos com real vantagem para nossos clientes. É imperioso que eu afirme ser o arquiteto Irineu um profissional

³ Dentre os documentos do escritório não estavam contidas as datas de realizações de cada projeto e/ou consultoria.

sempre interessado, competente e responsável que tem pautado o seu trabalho na permanente busca das melhores soluções” (LAMB, 2005 apud TOLEDO, 2008).

Segundo Irineu Breitman foi importante, em seu vasto currículo, ter se envolvido em reformas hospitalares que lhe permitiram agregar, ampliar e lapidar seu conhecimento sobre a evolução das práticas e procedimentos médicos, bem como orientar e identificar as transformações físico-funcionais exigidas frente aos problemas constatados. Afirmava ainda, que os projetos de reforma influenciavam e aprimoraram o seu próprio processo projetual (apud TOLEDO, 2008).

Em sua opinião, o Brasil vivia na segunda metade do século XX uma forte demanda por atualizações dos espaços de saúde que foram, em sua maioria, resultados de construções efêmeras ou improvisadas em espaços originalmente destinados a outros usos. Essa demanda era enfrentada muitas vezes com pequenas ampliações e/ou alterações dispostas aleatoriamente e sem consultorias visando sanar as dificuldades de forma rápida. Defendia, junto a seus consultores, que mesmo a menor mudança deveria ser planejada junto ao todo hospitalar com um planejamento correto e racional dos fluxos médicos (LAMB e BREITMAN, 1982a).

Sua produção e expertise se refletiram com amplitude no início da década de 1980, quando o país teve onze projetos hospitalares aprovados pelo presidente da república, sendo cinco destes assinados por seu escritório: Policlínica Integrada de Pelotas (RS), Associação Hospital de Caridade de Ijuí (RS), Hospital Regional da Grande Florianópolis (SC), Hospital Regional de Chapecó (SC) e Santa Casa de Misericórdia de Uruguaiana (RS) (JORNAL DOS HOSPITAIS, 1980).

Para conseguir entender as influências de Irineu Breitman, além dos autores e métodos citados anteriormente, nos apoiamos em orientações gerais deixadas pelo arquiteto em artigos e palestras, bem como as poucas produções bibliográficas que falam de sua obra. Dentre essas importantes fontes, o arquiteto concedeu em 2002 uma entrevista a Mascarello (2005) onde afirma que suas obras foram direcionadas por influências da arquitetura moderna, muito difundida no Brasil na segunda metade do século XX. Ele conta ainda que Oscar Niemeyer era uma grande inspiração, bem como os cinco pilares da arquitetura moderna ditados por Le Corbusier.

As influências na obra de Breitman podem ser observadas no estudo de Costeira e Amora (2015) quando afirmam que essa forte ingerência da arquitetura moderna começou a ser vista no Brasil após a construção do primeiro prédio público moderno do país, o Edifício do Ministério da Educação e Saúde, que reunia os cinco pontos ditados por Le Corbusier. As autoras ainda reúnem exemplares hospitalares brasileiros influenciados pela arquitetura moderna, e apontam o Hospital Fêmeina, projetado por Breitman em 1955, na cidade de Porto Alegre (RS) como um dos edifícios precursores deste movimento no país.

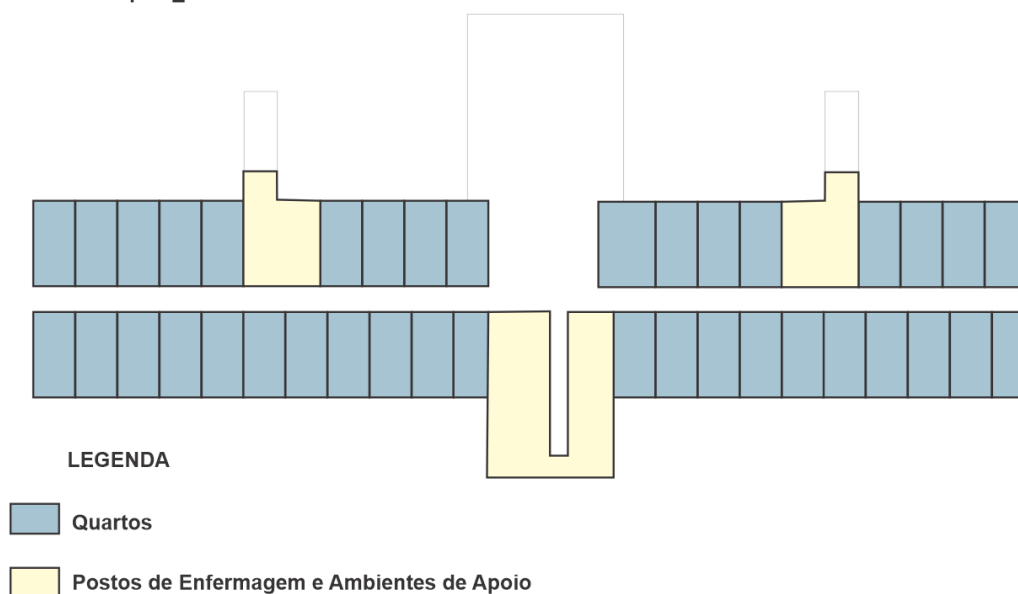
A entrevista ainda revela que dois fatores primordiais teriam influenciado diretamente seus projetos hospitalares: a primeira é do Departamento de Saúde dos Estados Unidos (EUA), o qual publicou plantas padrões de cada unidade hospitalar para reconstrução dos hospitais da Europa; a segunda foi o Arquiteto Jarbas Karman, que se tornou consultor no projeto do Hospital Fêmeina e mais tarde conselheiro de Breitman (MASCARELLO, 2005).

A inspiração em Jarbas Karman pode ser identificada, por exemplo, na composição das unidades de internação, onde ambos os arquitetos utilizam de distribuições semelhantes em repetidos projetos (figura 02). Outra referência foi encontrada na distribuição e setorização do Hospital e Maternidade São Domingos, de Jarbas Karman e o Hospital Regional do Oeste, de Irineu Breitman (figura 03).

Outros influenciadores de Breitman foram identificados em artigo redigido pelo próprio arquiteto em 2004a, intitulado "Apologia do hospital *horizontal*". Como o nome já revela, Breitman era um grande defensor do modelo horizontal, mas, além disso, neste texto ele aponta algumas das suas principais influências conceptivas expondo projetos que fizeram uso do partido horizontal, e enfatizando a concepção dos Irmãos Roberto datado de 1948. A menção específica a este projeto evidencia um fato interessante, pois, o que chamou atenção de Breitman nesta obra foi o uso das meias rampas, recurso este utilizado pelo autor em um de seus projetos, o Hospital Infantil Joana de Gusmão, inaugurado em 1977 em Florianópolis – SC.

Prevendo as críticas e apontamentos quanto ao aumento da circulação pela adoção de rampas, Breitman afirmava que as mesmas, quando bem planejadas, não implicam em aumento de área construída, e se apresentam como uma solução mais econômica aos elevadores (TOLEDO, 2008). No mesmo artigo, o autor ainda destaca que as meias-rampas dos Irmãos Roberto, as referências de Jarbas Karman e os ensinamentos de Rino Levi sobre espaços hospitalares funcionais foram replicados em suas obras posteriores. Sua defesa ao partido horizontal se mantém forte, destacando que qualquer espaço que se abra, em projetos com um ou dois pavimentos, possibilita a criação de jardins e áreas de luz, o que apenas resulta em um poço fundo e escuro nos hospitais verticais.

Vila Velha Hospital_Jarbas Karman



Hospital Regional de Chapecó_3 pav. Internação_Irineu Breitman

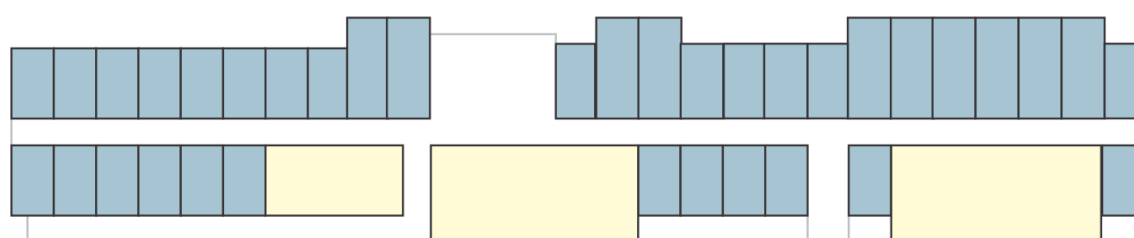
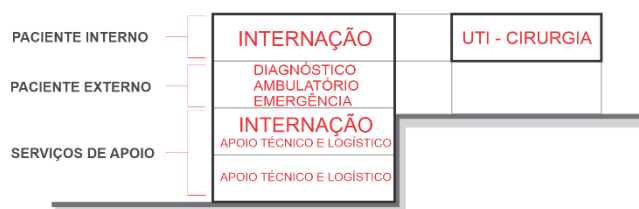


Figura 2 - Comparativo entre as configurações espaciais das internações de Jarbas Karman e Irineu Breitman
Fonte: Criado pela autora com base em Vicente (2020) e Acervo do HRC, IPH, 2023

Um detalhe que me chamou a atenção e que, mais tarde, percebi ser uma constante na obra de Irineu, foi a acessibilidade universal alcançada pelo uso de rampas, que não só eliminava a obrigatoriedade de utilização de elevadores, mas também tornava mais interessantes e humanizados os deslocamentos pelo hospital (TOLEDO, 2008).

Ainda, o benefício e eficiente do uso de rampas foi comprovado por ele próprio e seu consultor, Paulo Lamb, em artigo publicado, onde expõem seus projetos do Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt (horizontal), do Hospital Regional São José (base-torre) e do Hospital Regional de Chapecó (base-torre), legitimando assim que com a mesma área construída e similar programa de necessidades, era possível conceber um projeto de partido horizontal dispensando elevadores e barateando os custos de manutenção em quase 10x abaixo do sistema de circulação por elevadores como foi demonstrado pelas tabelas de 4 à 7 (BREITMAN; LAMB, 1980). Esses projetos serão vistos e analisados no capítulo seguinte.

Hospital e Maternidade São Domingos_Jarbas Karman



Hospital Regional de Chapecó_Irineu Breitman

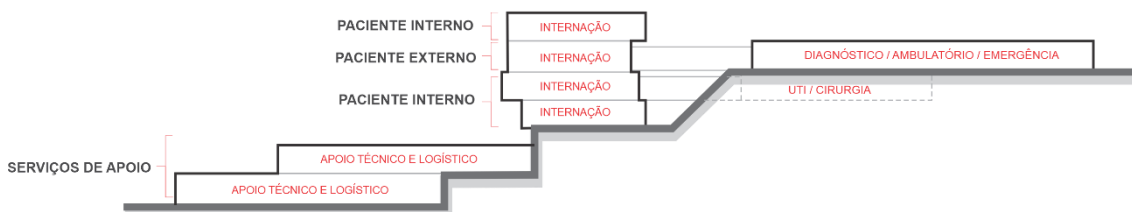


Figura 3 - Comparativo entre as setorizações adotadas por Jarbas Karman e Irineu Breitman

Fonte: Criado pela autora com base em Vicente (2020) e Acervo do HRC, IPH, 2023

Tabela 4- Área ocupada pelos sistemas de circulação vertical e horizontal

TIPO DE CIRCULAÇÃO	ÁREA EM M ²		
	H.R. FLORIANÓPOLIS	H. R. CHAPECÓ	H. R. JOINVILLE
VERTICAL POR ELEVADORES (INCLUI: HALL DE ESPERA, POÇO DOS ELEVADORES, CASA DE MÁQUINAS E ESCADAS ENCLAUSURADAS)	851m ²	786m ²	-
VERTICAL POR RAMPAS (INCLUI: RAMPAS, CIRCULAÇÕES PARALELAS E ESCADAS DE CURTO CIRCUITO)	-	-	868m ²

Fonte: Breitman; Lamb, 1980

Tabela 5 - Custo mensal estimativo de operação e manutenção de três elevadores em junho de 1980

NATUREZA DA DESPESA	VALOR EM CR\$
ENERGIA ELÉTRICA	25.872,00
CONTRATO DE CONSERVAÇÃO INTEGRAL	15.015,00
ASCENSORISTAS (INCLUSIVE OBRIGAÇÕES SOCIAIS)	64.638,00
TOTAL	105.525,00

Fonte: Breitman; Lamb, 1980

Tabela 6 - Estimativa de custos mensal para limpeza e manutenção do sistema de circulação vertical por rampas, em junho de 1980

TIPO CIRCULAÇÃO VERTICAL	ÁREA DE CONSTRUÇÃO	LIMPEZA E MANUTENÇÃO	
		CUSTO p/m ²	CUSTO TOTAL
RAMPAS	866m ²	12,34	10.711,12

Fonte: Breitman; Lamb, 1980

Tabela 7 - Valores dos raios das circunferências que circunscrevem os blocos horizontal e vertical dos hospitais regionais da grande Florianópolis e de Chapecó

BLOCOS	H.R. FLORIANÓPOLIS	H. R. CHAPECÓ
HORIZONTAL	80m	85m
VERTICAL	50m	49m

Fonte: Breitman; Lamb, 1980

Rino Levi descreveu e exemplificou seu processo conceutivo e direcionamento projetual em artigo publicado para a *Revista Paulista de Hospitais* em 1957. Sua leitura direciona a uma descrição quase precisa da setorização encontrada em dois dos Hospitais Breitianos aqui estudados: o Hospital Regional de Chapecó e o Hospital Regional da Grande Florianópolis. Considerava importante um terreno de grandes dimensões, preferencialmente uma quadra completa, permitindo mais um de acesso. Não valorizava, no entanto, uma topografia plana, citando inclusive a oportunidade do partido projetual nascer da irregularidade: “Declives acentuados podem ajudar a disposição das diversas secções do hospital, separando as várias circulações em andares diferentes”, estratégia adotada em ambos os projetos aqui estudados.

Levi adotava agrupamentos em blocos que reuniam funcionalidades similares, permitindo gerar ligações entre eles que resultaram em circulações claras. O bloco de internação era formado por repetição de pavimento tipo em altura, enquanto que os setores cirúrgicos, obstétricos, ambulatoriais e administrativos eram dispostos em blocos horizontais que permitiam a concepção de plantas compactas, com distâncias reduzidas e flexíveis proporcionando meios para abertura de espaços de iluminação e ventilação e também ampliações futuras. Essas diretrizes podem ser observadas nos projetos estudados adiante, e comprovam a referência de Levi nas obras do arquiteto estudado.

Buscando maior aprofundamento em suas influências e produções arquitetônicas apontamos sua palestra ministrada ao XXIV Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar, em 2000, onde discursa sobre os desafios de ampliações e projetos de reformas para hospitais, mas sendo possível separar em sua fala uma descrição de seu processo de pré concepção projetual, descrito da seguinte forma:

1. Estabelecer o que será planejado, remanejado e aproveitado no prédio existente;
2. Análise populacional: entender o número de atendimentos atuais, de atendimentos pretendidos e com isso realizar um estudo da projeção de crescimento da população

nos próximos anos, descrito pelo autor como um trabalho apoiado pelo consultor hospitalar. Identificação do predomínio do tipo populacional, sendo uma população mais jovem e que poderá aumentar no futuro, resultando em grande uso da maternidade por exemplo, ou uma população predominantemente anciã, sem pretensão de grande aumento habitacional, que envolveria outros tipos de demandas e espaços.

3. Estabelecer o programa de necessidades ideal: realizado com base no estudo populacional prévio;
4. Análise do terreno + análise do prédio: topografia, acessos, possibilidades de nivelamento, estacionamento e arruamento interno. Até esta etapa o arquiteto é ainda apoiado pelo consultor, e somente após estudos do espaço e discussões é possível começar a desenhar.

Sua descrição é baseada em projetos de reformas e ampliações, mas, é possível traçar um direcionamento do seu fluxo conceitual projetual entre sua análise populacional, geração do programa de necessidades e estudos do terreno. Breitman inclusive identifica, em sua palestra, esses quatro pontos de sua fase projetual como *Estudo Preliminar*, precedendo todos os seus projetos. Esta fase de estudos preliminar também foi confirmada por Toledo (2008), em conversa com o próprio Irineu Breitman:

Seu processo projetual inicia-se, geralmente, por amplas e exaustivas pesquisas, que permitem Irineu e sua equipe estruturarem um programa arquitetônico efetivamente integrado à proposta assistencial, ao perfil epidemiológico e à rede de saúde em que a unidade projetada se insere (TOLEDO, 2008).

Toledo (2008) ainda afirma que a diferença identificada em seus resultados provinha da sua ativa participação em todas as fases projetuais, inclusive em momentos que normalmente envolviam apenas o consultor hospitalar. Após o *Estudo Preliminar*, ele assumia sozinho o esboço inicial, sintetizando as informações coletadas. Esse esboço e a definição inicial de volumetria (figura 04) eram apresentados à equipe técnica, iniciando um ciclo iterativo de debates e aprimoramentos, caracterizado como um processo de projeto democrático. Breitman também coordenava o refinamento do projeto e, com auxílio de Paulo Lamb, decidia sobre acabamentos, mobiliários e equipamentos médicos e de infraestrutura.

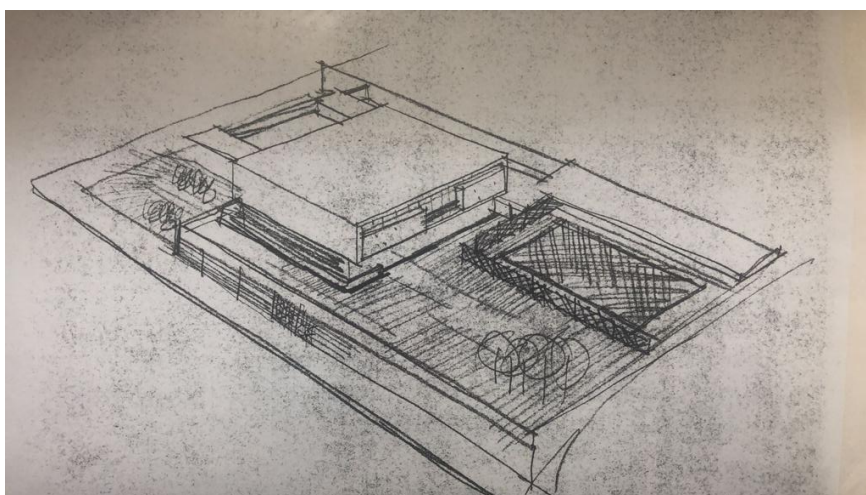


Figura 4 - Croqui Conceptivo da Clínica Pinel de Irineu Breitman
Fonte: Acervo Irineu Breitman, IPH.

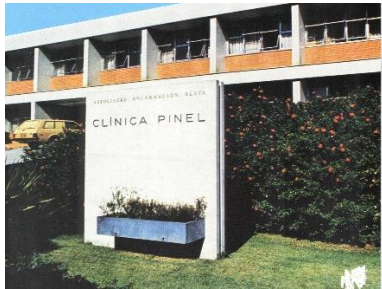
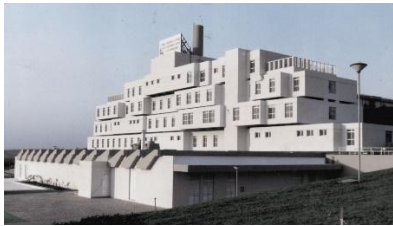
2. Definição dos estudos de casos

Os hospitais aqui estudados foram selecionados por comporem parte do acervo do Instituto de Pesquisas Hospitalares (IPH), e por reunirem informações suficientes para o entendimento e compreensão dos projetos. Além disso, todos os projetos são processos independentes de reformas e ou adaptações de prédios existentes, o que permitiu buscar a real forma conceitual de Irineu Breitman. Ainda, dentre os estudos de caso selecionados, três deles são hospitais gerais (regionais), um hospital feminino e outro hospital psiquiátrico, permitindo uma análise focada no processo de projeto sem interferências de espaços com tratamentos específicos.

A partir do exposto, parte-se nos próximos capítulos para as análises individuais dos hospitais do arquiteto objeto deste estudo. Serão analisados cinco hospitais (tabela 10):

- Hospital Fêmina, em Porto Alegre, RS;
- Hospital Psiquiátrico Encarnación Blaya – Clínica Pinel, em Porto Alegre, RS;
- Hospital Regional do Oeste (HRO) em Chapecó, SC;
- Hospital Regional de São José (HRSJ) em Florianópolis, SC;
- Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) em Joinville, SC;

Tabela 8 - Apresentação dos estudos de casos selecionados

HOSPITAL FÊMINA	Entidade Proprietária: S.A. Hospital Fêmina	
	Localização: Porto Alegre, RS	
	Ano de projeto: 1955	
	Tipologia projetual: Vertical	
	Tipologia atendimento: Hospital da Mulher	
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ENCARNACIÓN BLAYA – CLÍNICA PINEL	Entidade Proprietária: Fundação Encarnación Blaya – Clínica Pinel	
	Localização: Porto Alegre, RS	
	Ano de projeto: 1963	
	Tipologia projetual: Vertical	
	Tipologia atendimento: Hospital Psiquiátrico	
HOSPITAL REGIONAL DE CHAPECÓ	Entidade Proprietária: Governo do Estado de Santa Catarina	
	Localização: Chapecó, SC	
	Ano de projeto: 1979	
	Tipologia projetual: Vertical Escalonado	
	Tipologia atendimento: Hospital Regional	
HOSPITAL REGIONAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS	Entidade Proprietária: Governo do Estado de Santa Catarina	
	Localização: São José, SC	
	Ano de projeto: 1979	
	Tipologia projetual: Base-torre	
	Tipologia atendimento: Hospital Regional	
HOSPITAL REGIONAL DR. HANS DIETER SCHMIDT	Entidade Proprietária: Governo do Estado de Santa Catarina	
	Localização: Joinville, SC	
	Ano de projeto: 1979	
	Tipologia projetual: Horizontal	
	Tipologia atendimento: Hospital Regional	

Fonte: Construído com base no Acervo Irineu Breitman, IPH

2.1 Análise Hospital Fêmina

Este estudo de caso tem por objetivo estudar e analisar o projeto assinado por Irineu Breitman para conceber o Hospital Fêmima (HF). Essa análise foi construída em cima de fontes primárias e secundárias – projeto original, redesenhos realizados e cedidos por Júlio Nardino (2017), além de publicações diversas.

Situado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a edificação do Hospital Fêmima iniciou suas atividades no dia 18 de março de 1968. A construção desta unidade hospitalar teve a idealização de seu projeto liderada pelo engenheiro Paulo Ricardo Levacov junto a um grupo de médicos, afim de fundar um centro de atenção à saúde da mulher (ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS DO HOSPITAL FÊMIMA, 1994, apud NARDINO, 2017).

O terreno contempla uma área pouco maior a 5 mil metros quadrados e foi adquirido pela sociedade anônima que fundou o empreendimento. O projeto é datado de 1955 e não possui uma data de inauguração oficial dado as dificuldades financeiras enfrentadas durante sua execução (ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS DO HOSPITAL FÊMIMA, 1994, apud NARDINO, 2017).

2.1.1 Contexto físico

A capital do Rio Grande do Sul tem origem ainda no início de 1800 quando Dom João VI estabelece a primeira divisão territorial administrativa do estado, elevando Porto Alegre a categoria de vila, e posteriormente cidade em 15 de novembro de 1822. Sua economia se desenvolve inicialmente atrelada a vantagem de sua localização geográfica por meio do porto, e posteriormente com o desenvolvimento da ferrovia, conectando a cidade com outros pontos do estado e do país (BAKOS, 2013).

Até 1920, a cidade ocupava a maior concentração industrial do estado, abrangendo grande diversidade de empresas têxteis e trabalhando com exportações nacionais e internacionais. Seu domínio econômico observou diminuição quando outras áreas do estado se desenvolveram, atingindo em 1980 uma equidade econômica com áreas como Caxias do Sul e Vale dos Sinos (PORTO ALEGRE, 2021).

O bairro de inserção do Hospital Fêmima atraía usuários de classe alta dado o uso urbano no início do século XX: o hipódromo Prado Independência e o primeiro estádio de futebol da cidade, a Baixada do Grêmio. Ainda nas primeiras décadas, o bairro recebeu as instalações dos reservatórios dos moinhos de ventos, locado em um terreno adquirido pela prefeitura (DREISSIG, 2022).

Após a década de 1940, pouco antes do projeto hospitalar de Irineu Breitman, o bairro sofreu com os efeitos do pós-guerra e a evolução das tecnologias de construção que acentuavam as transformações do espaço público e a verticalização. Além do crescimento urbano, a Saúde Pública Porto-alegrense contestava a presença de coqueiras em meio a ocupação predominantemente residencial do Bairro Moinhos de Ventos, forçando a transferência da sede existente. No início da segunda metade do século XX, o bairro começa a abrigar novos usos além do residencial, somando ao hospital os serviços de escritórios de advocacia, arquitetura e consultórios médicos (figura05) (DREISSIG, 2022).

A escolha do local de implantação do Hospital Fêmima resulta da aquisição do terreno pela Fêmima S.A., um grupo composto por médicos e engenheiros que fundaram o hospital. Embora a compra tenha sido finalizada em 1957, o projeto legal data de 1955, o que sugere que a decisão de construir o hospital nesse local já havia sido tomada anteriormente, mesmo antes da formalização da aquisição do terreno (NARDINO, 2017). Esse contexto levanta a possibilidade de que Irineu Breitman tenha participado da escolha e definição do terreno, ainda que as pesquisas realizadas não apresentem dados conclusivos que confirmem essa hipótese. Ainda, a composição do bairro, que já abrigava outros estabelecimentos de saúde, pode ter contribuído para esta escolha.

Nessa região, hoje bem próxima ao Centro, localizam-se os primeiros hospitais construídos na cidade, como a Santa Casa de Misericórdia (1803) e o Hospital Beneficência Portuguesa (1854). O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (1953), antigo Hospital do Médico, também localiza-se nas proximidades. Abaixo da Rua Mostardeiro, na Rua Ramiro Barcelos, fica o Hospital Moinhos de Vento (1914), antigo Hospital Alemão (NARDINO, 2017).

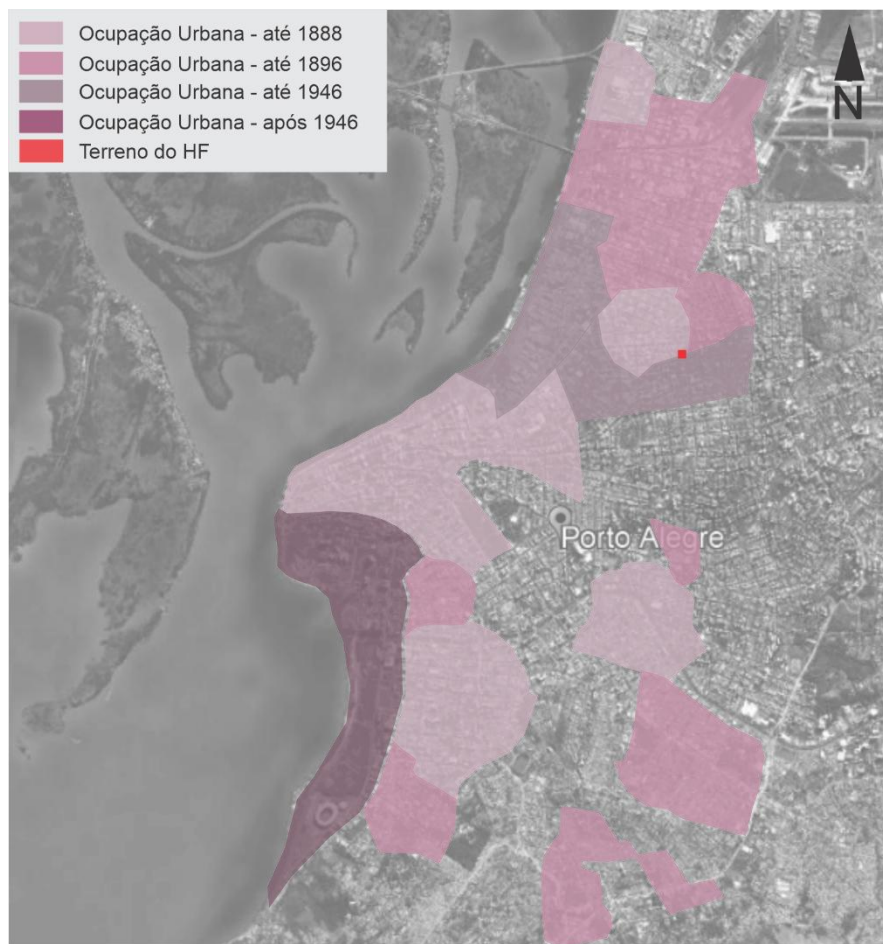


Figura 5 – Evolução da ocupação urbana de Porto Alegre (RS)
 Fonte: Gerado pela autora com base em Koehler (2023), 2024

O terreno que abriga o primeiro projeto hospitalar de Irineu Breitman possui forma irregular (figura 06). Com base em suas descrições de certidão de compra e venda, o espaço abrangia aproximadamente 69,80m por 76,80m, totalizando uma área de 5.766,16m² (NARDINO, 2017; PROJETO AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL FÊMINA, 1996). A gleba localizada no início da Rua Mostardeiro, tem conexão direta com o fluxo advindo do centro da cidade pela Av. Independência. Sua fachada de acesso é voltada a norte, e os vizinhos perimetrais ao empreendimento compunham ainda construções de residenciais unifamiliares de no máximo 2 pavimentos (figura 07). Atualmente a vizinhança foi alterada pela influência da verticalização instaurada em Porto Alegre a partir de 1950, e hoje compõem uma quadra formada por edifícios em altura.



Figura 6 – Implantação e topografia com inserção da volumetria no terreno
 Fonte: Gerado pela autora com base em Nardino (2017) e SMMUS – RS (s/d), 2024.



Figura 7 - Construção do Hospital Fêmina e compreensão do entorno imediato
 Fonte: Acervo João Alberto/FAU UniRitter apud Nardino, 2017.

2.1.2 Contexto sócio-histórico-cultural

Na época do planejamento e construção do Hospital Fêmina, o país vivenciava transição urbana e arquitetônica significativas. O pós-Segunda Guerra Mundial trouxe um forte impulso para a modernização urbana, respaldada pela industrialização e crescimento econômico. Ainda, influenciadas pelas ideias do urbanismo modernista, popularizado por Le Corbusier, as cidades buscavam alcançar um urbanismo higiênico e funcional por meio da criação de espaços urbanos planejados, limpos e racionais, sendo que “A manifestação formal mais visível é a verticalização das áreas centrais (...)” (FARIAS FILHO; ALVIM, 2022).

Diferentemente dos projetos hospitalares destinados ao estado de Santa Catarina, o HF não fora o primeiro hospital de Porto Alegre, mas foi o primeiro destinado exclusivamente ao trato da saúde feminina. A capital do Rio Grande do Sul recebeu seu primeiro hospital em 1803, e até o momento de aprovação do projeto do HF contava com 16 hospitais, inclusive 1 deles localizado no mesmo bairro de localização do HF (NARDINO, 2017).

Outra diferença no processo de concepção do HF encontra-se na iniciativa privada. Formada por dois comerciantes, dois engenheiros e dezesseis médicos, a Fêmina S.A. foi fundada em 21 de setembro de 1955. A coordenação do projeto foi liderada pelo Eng. Paulo Levacov, também responsável pela contratação de Irineu Breitman. A contratação de Breitman, embora que ainda no início de sua carreira – com apenas dois anos de formação, não revela tanta surpresa uma vez que Levacov e Breitman trabalharam juntos nos projetos do Colégio Israelita (1952) e no Lar dos Velhos (início da década de 1950). Ambos também faziam parte da comunidade judaica de Porto Alegre (NARDINO, 2017; VICENTE, 2018). A escolha de um modelo de gestão privada para um hospital voltado à saúde da mulher foi um reflexo das transformações econômicas e sociais pós-guerra no Brasil, especialmente nas áreas urbanas. A Fêmina S.A. pode ser considerada como uma representação da crescente influência da iniciativa privada na saúde, mas também a busca por soluções inovadoras diante da demanda crescente por serviços médicos especializados.

2.1.3 Contexto Legal

Embora permitisse outros usos, a zona de inserção do HF era classificada como Zona Residencial 2 de acordo com o primeiro Plano Diretor da cidade, datado de 1959 (figura 08). As normativas municipais aplicadas para o projeto do Fêmina, no entanto, advinham ainda em parte do Anteprojeto do Plano Diretor de Porto Alegre, liderado por Edvaldo Pereira Paiva, desenvolvido entre 1950 e 1954.

Publicado apenas em 1959, sendo o HF datado em 1955, entende-se que, o plano diretor da cidade direcionou a construção e influenciou as definições arquitetônicas quanto as diretrizes de uso e ocupação do solo sem, no entanto, haver especificações municipais exclusivas a projetos e construções destinadas a saúde.

Nesse ponto é importante destacar que, diferente dos outros projetos analisados, o Hospital Fêmina foi planejado em um momento quando o Brasil possuía, até então, apenas uma normativa construtiva referente a espaços de saúde. Esta, publicada pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940 – Padrões mínimos hospitais – dispunha sobre padrões construtivos para hospitais de pequeno porte. Essa ausência legislativa específica, implica em

influências externas internacionais e apoio em consultores especializados, como descrito adiante.



Figura 8 - Plano Diretor de Porto Alegre de 1959 e localização do Hospital Fêmina
Fonte: Prefeitura de Porto Alegre, 1959a. Editado pela autora, 2024.

A ausência de normativas específicas para hospitais na época pode ter gerado flexibilidade, mas também fragilizou o planejamento de edificações hospitalares no contexto local, o que pode ser visto como um desafio para a adaptação do hospital às diretrizes urbanísticas mais modernas e adequadas.

A escassez de normas técnicas locais para projetos de saúde durante a década de 1950, e a dependência de normas do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), revela um gap importante no planejamento de edifícios hospitalares no Brasil. Isso reforça a tendência no uso de referências internacionais que, embora possam ter enriquecido o projeto, também indicam uma possível falta de diretrizes nacionais mais específicas que contemplassem as particularidades do contexto brasileiro.

2.1.4 Contexto Econômico e Financeiro

Diferente dos hospitais concebidos em Santa Catarina, o Hospital Fêmina (HF) foi resultado da iniciativa privada composta por 20 profissionais – engenheiros, médicos e comerciantes – liderados pelo Eng. Paulo Levacov. O grupo fundador gerou a *Fêmina S.A.* e possuía inicialmente um capital equivalente a CR\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de cruzeiros) (Estatuto do Hospital Fêmina S. A, 1955 apud NARDINO, 2017).

Outra divergência entre os hospitais projetados em Santa Catarina encontra-se na aquisição do terreno, visto que os hospitais regionais catarinenses foram direcionados aos respectivos sítios por meio de doações. O terreno adquirido pela empresa do HF custou CR\$ 9.988.200,00 (Processo do Expediente Único do Hospital Fêmina/EdificaPOA apud NARDINO, 2017).

Os investimentos iniciais não foram suficientes para execução total do projeto de Breitman, implicando assim em adaptações projetuais. Funcionando parcialmente entre 1968 até 1973, o hospital foi adquirido pelo farmacêutico Jayr Boeira de Almeida em 1972 o qual já possuía outros quatro hospitais em Porto Alegre que juntos atendiam 50% da população da cidade (MASCARELLO, 2005; NARDINO, 2017).

O investimento do farmacêutico não contribuiu a longo prazo para o funcionamento do hospital, dado que ao se utilizar indevidamente da parceria com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para atender pacientes da previdência social o Governo Federal desapropriou as ações constitutivas do hospital em 1975 (MASCARELLO, 2005; BRASIL, 1975).

Art. 1º Ficam declaradas de utilidade pública, para desapropriação pela União, na forma do artigo 5º, alínea "g", do Decreto-lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941, as ações constitutivas do capital das sociedades anônimas Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Fêmina S.A. e Hospital Cristo Redentor S.A., e as quotas constitutivas do capital da sociedade Serviços Aéreos Especializados Médico-Hospitalar Limitada, sediadas no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 1975).

A intervenção do Estado destaca a fragilidade do modelo de gestão do hospital, que não conseguiu sustentar a viabilidade financeira a longo prazo e levanta questões sobre a relação entre o setor público e privado no setor de saúde.

2.1.5 Contexto Projetual

Planejado para ser um hospital destinado exclusivamente ao trato feminino, o projeto final foi composto por: ambulatório, exames e tratamento, emergência, centro cirúrgico e obstétrico, recuperação, internação obstétrica e geral berçário, além de áreas de administração e serviços. A setorização é ilustrada pela figura 09 que reúne uma perspectiva esquemática volumétrica do hospital e um corte setorizado.

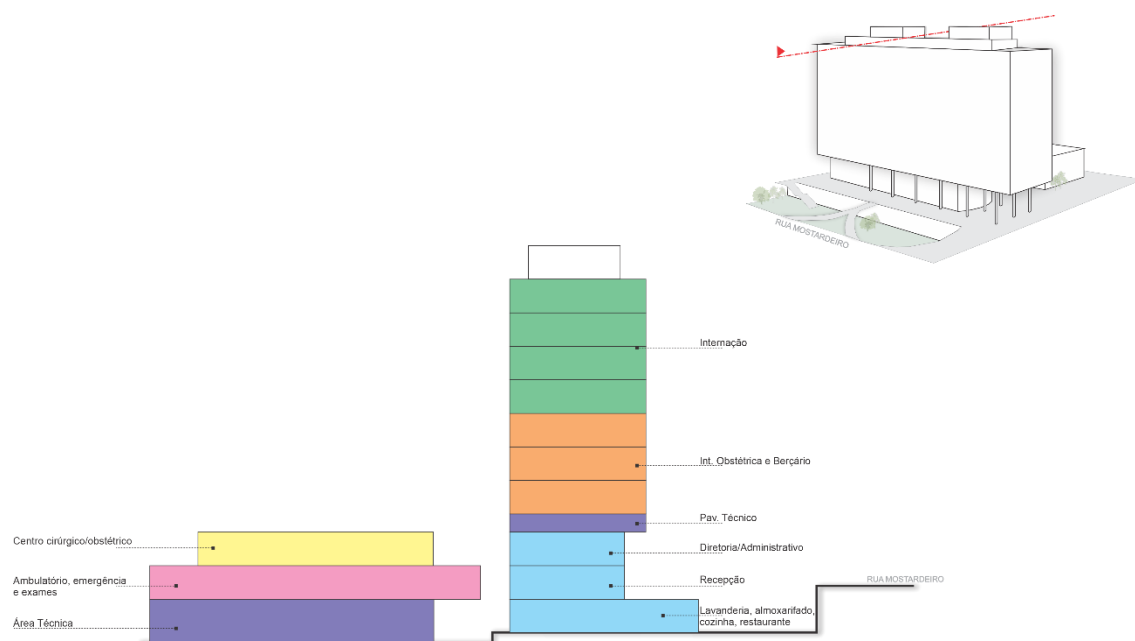


Figura 9 - Setorização do Projeto HF

Fonte: Gerado pela autora com base no acervo Irineu Breitman (1955), 2024

2.1.6 Tomada de decisões

O momento de concepção do projeto arquitetônico do Hospital Fêmina representa o início da carreira profissional de Irineu Breitman e, embora o projeto do Lar dos Velhos⁴ seja registrado como sua primeira experiência na arquitetura hospitalar, a construção do Lar e do HF aconteceu de forma concomitante.

O projeto do HF não possui memorial descritivo disponível, o que torna o processo de investigação das etapas projetuais obscuro e complexo. Ainda, o HF representa o primeiro projeto hospitalar de grande porte de Breitman, que sabiamente, apoia suas decisões em Jarbas Karman, consultor hospitalar contratado para auxiliar na concepção do Fêmina.

Não é possível afirmar que, tão logo no princípio de sua carreira, Breitman seguisse a cronologia projetual identificada nos demais projetos analisados, mas tendo como premissa um hospital de trato feminino, temos que em 1940 Porto Alegre possuía uma população superior a 200 mil habitantes, sendo a cidade mais populosa do estado (IBGE, 1947). Inicialmente o projeto, que contemplava 150 leitos, foi pensado para atender mulheres com foco em tratamento obstétrico, abrangendo um público que poderia variar até os 45 anos de idade.

Além de considerar o público alvo e o número de atendimentos pretendidos pelo hospital, outro fator interferente em suas decisões e escolhas projetuais se deu frente as mudanças arquitetônicas que tomavam o país naquele momento.

Dois edifícios interceptam-se perpendicularmente: uma barra horizontal de cento e cinco metros de comprimento por vinte e seis metros de largura e doze metros de altura, e uma lâmina vertical de setenta e oito metros de altura, setenta e três metros e cinquenta centímetros de comprimento, e vinte um metros (SIC) de largura. Ambos edifícios apresentam áreas abertas em pilotis que separam as áreas fechadas do pavimento térreo. Configura-se um T formado por volumes fechados nas três pontas e no ponto de cruzamento separados pelas áreas abertas e fluidas dos pilotis (FRACALOSS, 2013).

Predominou a interpretação dos “cinco pontos” de Le Corbusier, a liberdade compositiva do conjunto e sua adequação ao clima tropical. Provavelmente, esta abordagem ‘purista’ tem origem no radicalismo do Movimento Moderno europeu, que condenava as contaminações ‘artísticas’ herdadas da Beaux-Arts, privilegiando os componentes técnicos e funcionais, determinados por seu conteúdo social (SEGRE et al, 2006).

As transcrições acima descrevem o edifício do Ministério da Educação e Saúde projeto por Lúcio Costa em 1936, mas poderiam facilmente servir para descrever o projeto de Irineu Breitman para o Hospital Fêmina. O próprio arquiteto confirma suas influências em entrevista concedida a Mascarello (2005), onde complementa que seu ponto de vista técnico foi guiado pela publicação do Ministério da Saúde dos Estados Unidos da América na revista *Architecture Aujourd'hui* (U.S. Public Health Service, 1946) e por Jarbas Karman.

⁴ Lar dos Velhos: Iniciativa da comunidade judaica, liderada pelo médico Maurício Seligman que, juntamente com outros integrantes da comunidade, lançam um concurso de anteprojeto destinado a construção da sede. Breitman foi o vencedor do concurso, e a construção teve início em 1961, sendo finalizada em 1966.

As influências observadas no trabalho de Breitman advindas diretamente do guia Americano são observadas indiretamente, o que comprova sua autonomia decisiva projetual. É possível observar por exemplo que as dimensões de quartos de internação são semelhantes, reservando um espaço mais confortável ao projeto do arquiteto brasileiro (figura 10). Os centros cirúrgicos apresentam semelhança entre os espaços que os compõem, sendo possível ainda destacar uma divergência projetual de grande influência: Breitman permitia acessos e conexões entre os espaços cirúrgicos de forma que o fluxo fosse contínuo sem, no entanto, deixar o corredor das salas de cirurgia desprovido de barreira (figura 11). A composição dos pavimentos de internação se demonstra como os espaços com maior influência (figura 12), o que não implica necessariamente que esta formação tenha sido resultado única e exclusivamente deste guia.

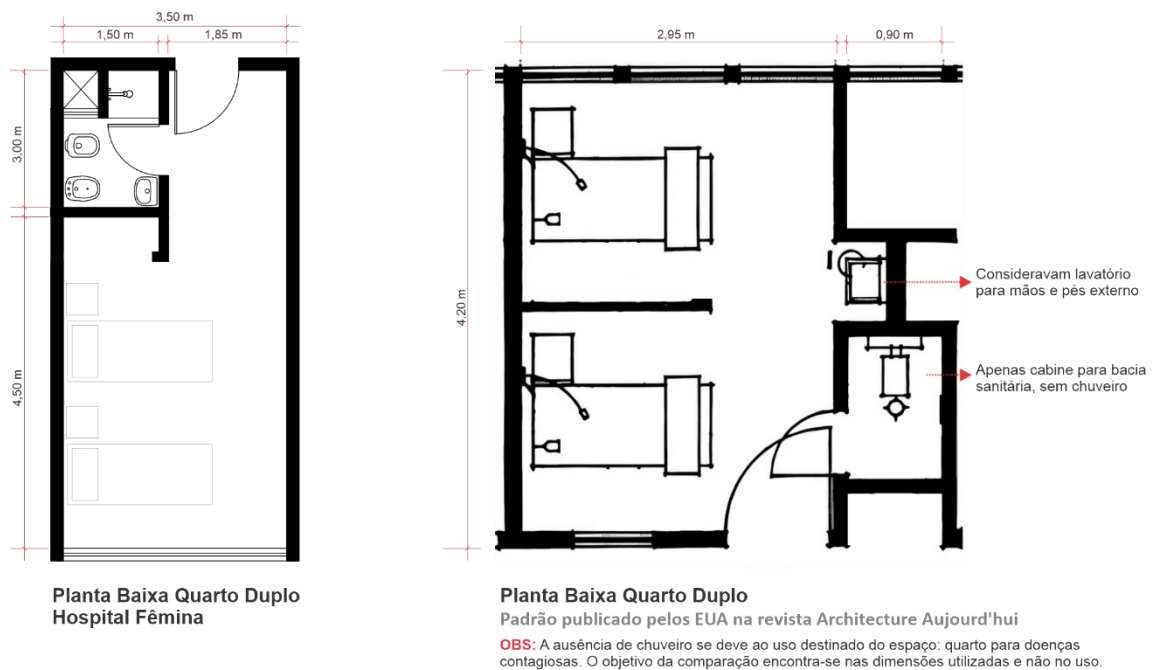


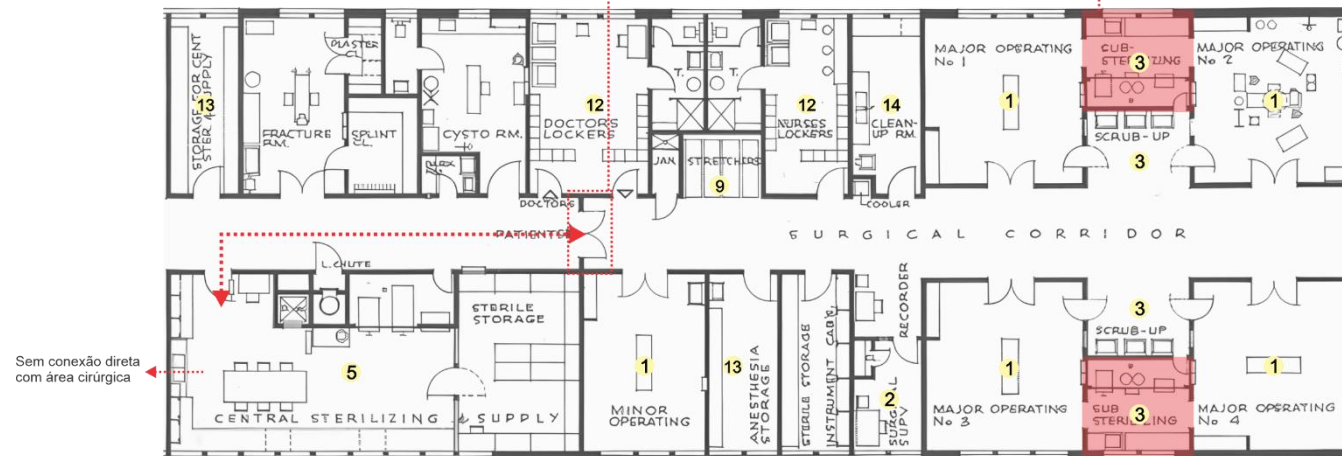
Figura 10 - Análise comparativa entre quarto de internação do Hospital Fêmina e o quarto sugerido pelo Serviço de Saúde Americano

Fonte: Gerado pela autora com base em Nardino (2017) e U.S. Public Health Service (1946), 2025

- Conexão direta
com área cirúrgica

Barreira e delimitação de acesso ao corredor cirúrgico

▶ Segunda área de esterilização e lavagem



Sem conexão direta
com área cirúrgica

Figura 11 - Análise comparativa entre setor cirúrgico do Hospital Fêmina e o setor cirúrgico sugerido pelo Serviço de Saúde Americano
Fonte: Gerado pela autora com base em Nardino (2017) e U.S. Public Health Service (1946), 2025

- Concentração de
quartos em uma
lateral

Espelhagem de plantas/banhos

Concentração de
quartos em uma
lateral

The floor plan is divided into several functional zones:

- Top Zone (Patient Rooms):** A long row of rooms including two 1B¹ RM ISOLATION (marked with a red '1'), three 2 BED RM (each marked with a red '1'), two 4 BED RM (each marked with a red '1'), two 2 BED RM (each marked with a red '1'), one 1B¹ RM (marked with a red '1'), and a large 10 SOLARIUM.
- Central Corridor:** A central horizontal corridor labeled 'CORRIDOR' with a red arrow pointing right.
- Bottom Zone (Service and Support):** Includes a 1B¹ RM (marked with a red '1'), a 1B¹ RM (marked with a red '1'), a 1B¹ RM (marked with a red '1'), a PANTRY, STORAGE, STR. & RECL. CTR., LIN., VISITORS WAITING, NURSES STATION (marked with a red '8'), UTILITY, BATH, 1B¹ RM (marked with a red '1'), and 1B¹ RM (marked with a red '1').
- Entrance/Exit:** A large yellow-shaded area at the bottom center, divided into two sections, each marked with a red '4'. A red arrow points from this area towards the NURSES STATION.
- Other Features:** An 'OVERHANG' is indicated at the top. A 'BALCONY' is shown on the far right. A red dashed line indicates a 'Divisão/opções de acesso e saída de diferentes pontos do pavimento' (Division/options of access and exit from different points of the floor).

- ▶ Divisão/opções de acesso e saída de diferentes pontos do pavimento

51

Irineu Breitman comprova ainda que, embora este projeto seja resultado de grandes influências externas e legislativas municipais, suas decisões projetuais ainda encontravam meios influenciar diretamente o resultado final. Um exemplo acontece na decisão do recuo frontal, adotado inicialmente para permitir ultrapassar a altura máxima permitida pelo plano diretor vigente. Contudo, a altura total do edifício exigiria um recuo mínimo de 14m. O recuo total de 25m foi resultado de uma escolha projetual direta, que resultou na área de jardim prevista em frente ao restaurante e abaixo da passarela de acesso de pedestres (figura 13). Outro exemplo está em sua descrição para Mascarello quanto à disposição e setorização dos espaços, que consideravam além de conforto térmico e luminoso, o entorno:

VM – Como foi pensada a questão do conforto térmico? E a orientação Norte, ela foi decisiva para localizar os leitos?

I B – Lógico, e o terreno favorecia, pois ele é justamente norte-sul. Os usos eventuais, como a sala de estar, que tem uma vista linda da cidade, os serviços de enfermagem e de apoio e as circulações verticais ficaram para a orientação sul. Ah, e este solário, nós apelidávamos de sulário. **A visual era fantástica, tinha que tirar partido**, depois o terreno cai e tem o prédio das irmãs que é lá em baixo (MASCARELLO, 2005. Grifo nosso).



Figura 13 - Recuo frontal adotado no HF e a visualização pelo usuário
Fonte: Gerado pela autora com base em acervo Irineu Breitman (1955)

A ausência de um memorial descritivo específico torna o processo de investigação ainda mais desafiador, mas as influências externas são claramente perceptíveis no projeto, especialmente nos aspectos técnicos e funcionais adotados, como as dimensões dos quartos de internação e o layout dos centros cirúrgicos. Mesmo com essas influências internacionais, Breitman teve autonomia em sua abordagem, adaptando conceitos e normativas a sua própria interpretação da arquitetura hospitalar.

2.1.7 Continuidade do Processo

Sendo o primeiro projeto hospitalar de Irineu Breitman e como jovem arquiteto influenciado pelas vertentes arquitetônicas da época, a volumetria do Hospital Fêmina (HF) se apresenta como tipologia vertical, formada por duas torres de diferentes alturas e conectadas por uma passarela de transição peatonal. O volume principal, faceado a Rua Mostardeiro, é composto por 10 pavimentos, enquanto o volume sul é formado por 3 pavimentos.

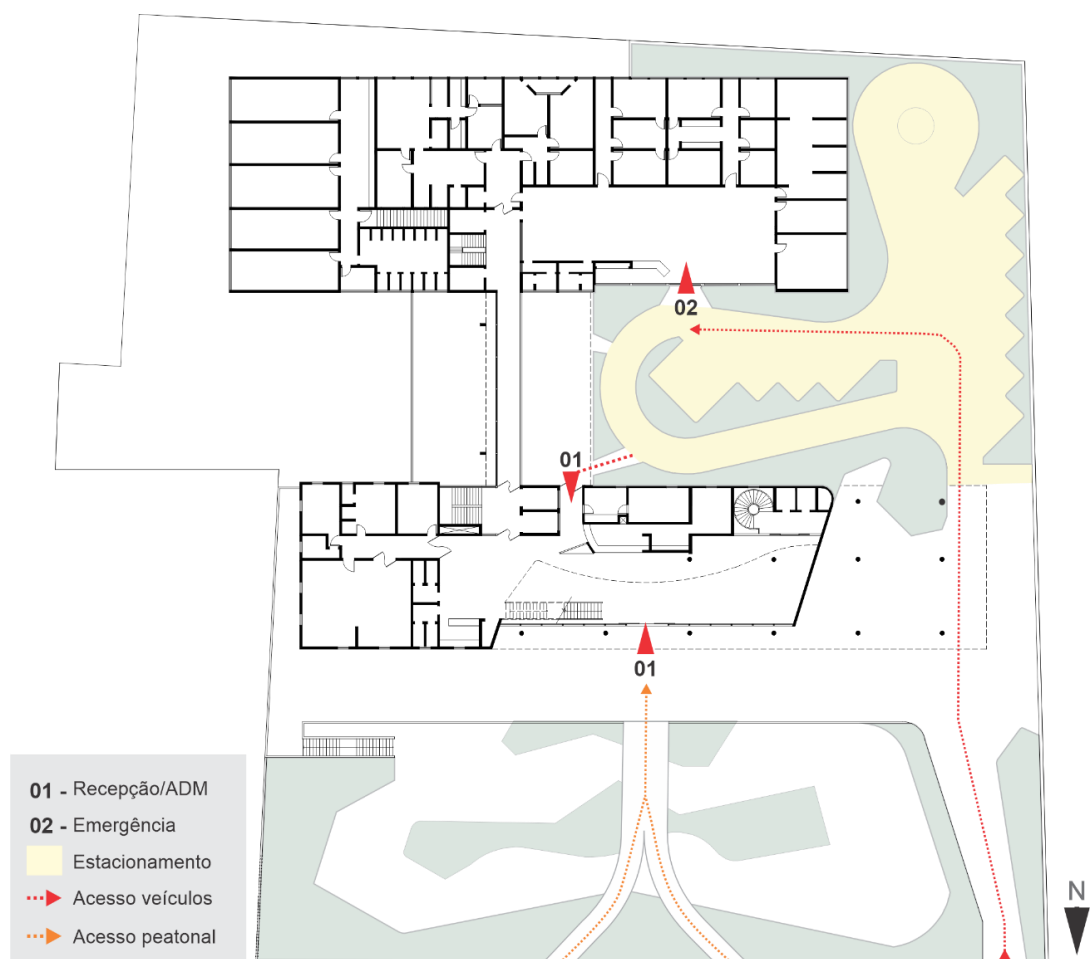


Figura 15 - Análise das decisões projetuais e acessos no térreo do HF
 Fonte: Gerado pela autora com base em acervo Irineu Breitman (1955) e Nardino (2017), 2024

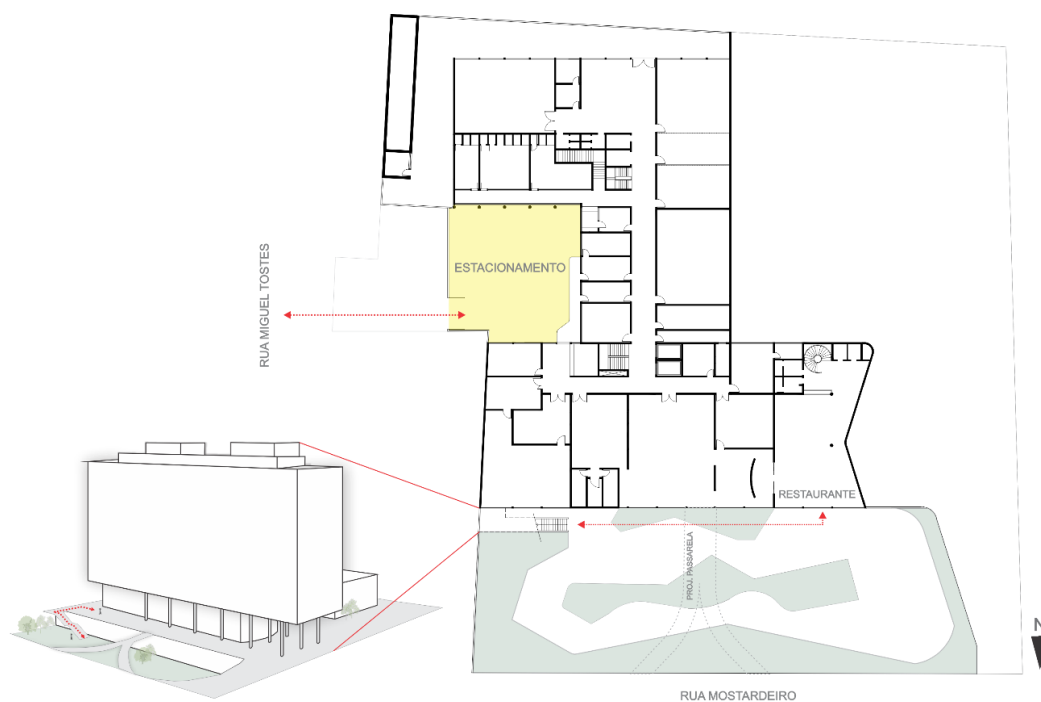


Figura 16 - Análise das decisões projetuais no subsolo do HF
 Fonte: Gerado pela autora com base em acervo Irineu Breitman (1955) e Nardino (2017), 2024

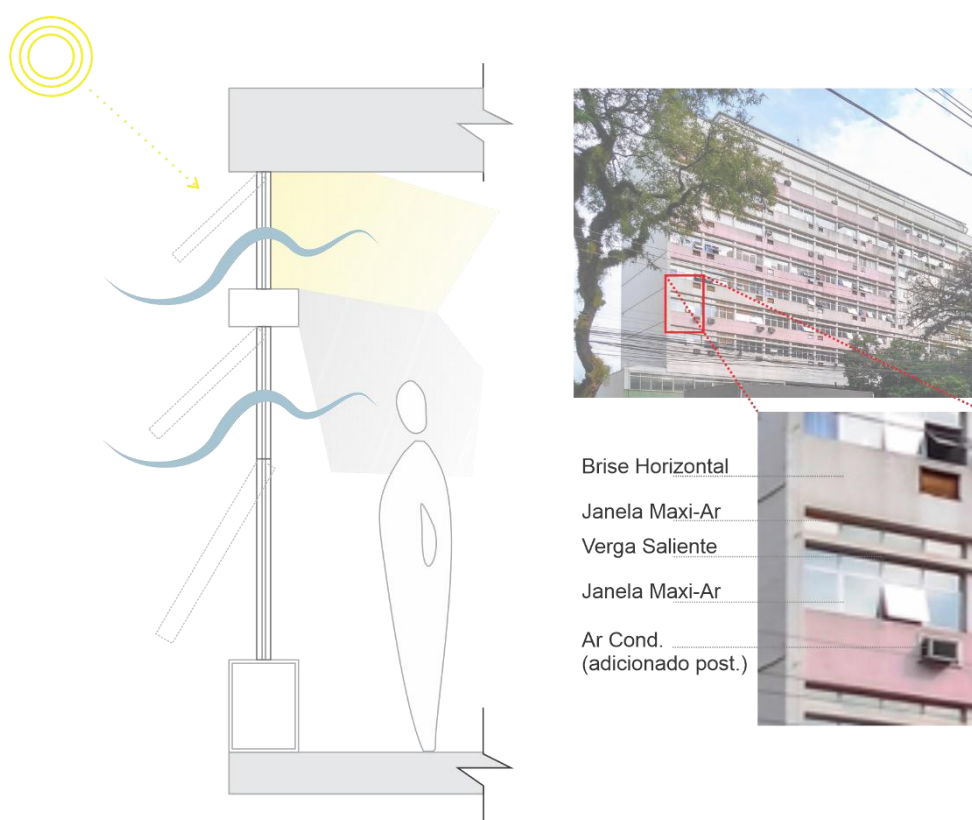


Figura 17 - Estudo esquemático das soluções de controle térmico projetadas por Breitman para o HF
 Fonte: Gerado pela autora com base em acervo Irineu Breitman (1955) e Mascarello (2005), 2024

A escolha pela orientação do edifício voltado a norte-sul foi atrelada a definição de fachada e aberturas, compostas por janelas de vasta altura e baixo peitoril, complementadas por brise horizontal posicionados rentes ao forro (BRETIMAN, 1959; NARDINO, 2017). Os brises, “(...) apesar da proteção horizontal na face norte não ser tão proeminente, consegue barrar várias horas de sol no verão, a despeito de acarretar ganho lumínico intenso.” (MASCARELLO, 2005). Ainda, atrelado a esta solução, as aberturas eram interrompidas por uma verga, de 45cm de altura, calculadas especificamente para auxiliar na barragem de sol no verão (figura 17). A fachada sul segue a simetria de aberturas da fachada norte com exceção da verga saliente.

VM – E a janela superior próxima ao teto eram para propiciar maior aeração nos quartos?

I B – Sim. Foi prevista também uma entrada de ar por baixo através de uma pequena saliência que possibilitaria a utilização da instalação de aparelhos do tipo fain-coil, uma inovação para a época, com um espaço reentrante em relação ao espaço interno. O sistema não foi utilizado e com o tempo colocaram aparelhos de ar condicionado salientes na fachada principal (MASCARELLO, 2005).

2.1.8 Rede de Relações

Idealizado inicialmente pelo engenheiro Levacov, o primeiro projeto hospitalar de Irineu Breitman foi respaldado pela consultoria de Jarbas Karman. As plantas originais do Hospital Fêmima registram o próprio engenheiro Paulo Levacov como responsável pelo projeto construtivo, além do engenheiro civil Pedro Simão Gus. Como proprietário do imóvel, assinam: Paulo Levacov, Lauro Schuck e João Gomes da Silveira, acionistas da Fêmima S.A (figura 18).



Figura 18 - Carimbo da prancha original de projeto do Hospital Fêmima

Fonte: Acervo Irineu Breitman, 1955

Os projetos complementares – estrutural, elétrico e hidrossanitário – foram assinados pelos engenheiros Perci Louzada de Abreu e Bastide Schneider (ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS DO HOSPITAL FÊMINA, 1994 apud NARDINO, 2017).

A construtora responsável pela execução do projeto foi a Construtora AMG, fundada em 1924, pelos engenheiros Fernando de Azevedo Moura e Oscar Mostardeiro Gertum. A mesma empresa também executou outras reconhecidas obras de Porto Alegre, como: o Hipódromo do Cristal, os edifícios Guaspari, Imperial, Jaguaribe, Esplanada e Sulacap (CANEZ et al., 2016).

Além dos profissionais envolvidos para concepção do HF e a constituição da sociedade entre engenheiros e médicos indicam um vínculo estreito entre profissionais de diversas áreas, no qual a arquitetura hospitalar não se limita a uma necessidade técnica, mas incorpora também aspectos sociais e culturais específicos da época.

2.1.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Fêmina

Ainda que Breitman não tivesse uma postura consolidada em arquitetura hospitalar no momento da concepção do Hospital Fêmina, algumas decisões projetuais desse trabalho se consolidaram e foram reiteradas em seus projetos subsequentes. Entre essas escolhas, destacam-se:

- A separação eficiente entre os fluxos de acesso às áreas técnicas e as de atendimento ao público;
- A alocação das áreas técnicas em pavimentos inferiores, com acesso controlado;
- A localização de espaços que demandam controle lumínico em fachadas voltadas ao sul;
- A priorização de iluminação e ventilação natural nas zonas de internação.

Apesar da ausência de estudos preliminares, memorial descritivo e outros documentos, o estudo do Hospital Fêmina é crucial para compreender os primeiros passos de Breitman na arquitetura hospitalar, suas influências iniciais e a forma como começou a moldar sua abordagem. Destaca-se que nesse contexto, a concepção arquitetônica enfrentou restrições impostas pela forma do terreno, que resultaram em uma adaptação da planta para garantir a distribuição eficiente das diversas funções hospitalares.

2.2 Análise Hospital Psiquiátrico Encarnación Blaya – Clínica Pinel

Este estudo de caso tem por objetivo estudar e analisar o projeto assinado por Irineu Breitman para conceber o Hospital Psiquiátrico Encarnación Blaya, que recebe o nome Fantasia de Clínica Pinel⁵ – e assim o trataremos no decorrer desta análise. A data de fundação da Clínica Pinel (CP) data de 28 de março de 1960, e o projeto arquitetônico da atual cede ocorre alguns anos depois, aproximadamente em 1963 (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012). Breitman assina este projeto tendo como consultor o próprio médico fundador, o Dr. Marcello Blaya Pérez (BREITMAN, 1965).

Essa análise foi construída em cima de fontes primárias compostas apenas por croquis de projeto, e fontes secundárias advindas de publicações diversas. A intenção em analisar esta clínica, mesmo que sem acesso aos arquivos originais de projeto, deu-se ao fato da possibilidade de estudar um projeto Breitiano de cada tipologia (vertical, horizontal, base-torre e escalonado) além de abordar usos específicos do tratamento psiquiátrico, o que diverge dos demais estudos de caso.

⁵ “O nome Pinel é uma homenagem ao médico Frances Philippe Pinel, nascido em 20 de abril de 1745 e falecido em 25 de outubro de 1826 aos 81 anos. Considerado o pai da psiquiatria mundial o médico foi precursor de práticas humanitárias para doentes mentais, libertando doentes que viviam acorrentados e dando-lhes um tratamento digno e humano. Foi diretor do Hospício de Salpêtrière onde acabou com tratamentos como sangria, purgações e vesicatórios, instituindo um contato próximo como o paciente assim como discussão de dificuldades pessoais, sendo o primeiro a distinguir os vários tipos de psicoses e considerando as doenças como “um todo indivisível do começo ao fim”. Inspirado nos pressupostos do Dr. Philippe Pinel existem no mundo todo hospitais e clínicas que levam seu nome como uma forma de homenageá-lo e também de seguir seus ensinamentos de respeito e dignidade aos portadores de sofrimento psíquico. Em função do grande número de Instituições que fazem esta referência ao médico, o nome “Pinel” passou a ser considerado sinônimo de loucura e até mesmo usado de forma pejorativa e preconceituosa.” (CLÍNICA PINEL, 2024).

Situada na localidade na capital do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, a edificação da CP foi planejada para atender oitenta internações (setorizadas como abertas e fechadas), hospital-dia e trezentos pacientes ambulatoriais⁶. A clínica foi o segundo complexo porto alegreense destinado ao tratamento de pacientes psiquiátricos (BREITMAN, 1965).

2.2.1 Contexto físico

O projeto assinado por Irineu Breitman tomou posse em um terreno locado no Bairro Santana, na capital gaúcha. O bairro de inserção começou a se desenvolver por volta de 1850, depois da Revolução Farroupilha. A área era constituída por solo alagadiço, devido à proximidade com o Arroio Sabão, hoje Riacho Ipiranga e, por isso, procurada inicialmente por pessoas de baixo poder aquisitivo, especialmente escravos alforriados (STUMPF, 1988).

O Bairro só foi oficialmente instituído em 1959, através da Lei no 2.022, pouco antes da instalação da clínica no local (PORTO ALEGRE, 1959b). Com predomínio de uso residencial, o bairro contava ainda com outros três estabelecimentos de saúde: Centro de Saúde Modelo, Instituto de Cardiologia e Hospital Ipiranga (STUMPF, 1988).

A escolha do local de implantação foi decisão direta do Dr. Marcello Blaya Pérez. O terreno possui formato retangular com 36m de fachada frontal a Rua Santana e 110m de comprimento, totalizando uma área de quase 4 mil metros quadrados (BREITMAN, BLAYA, 1965) (figura 19).

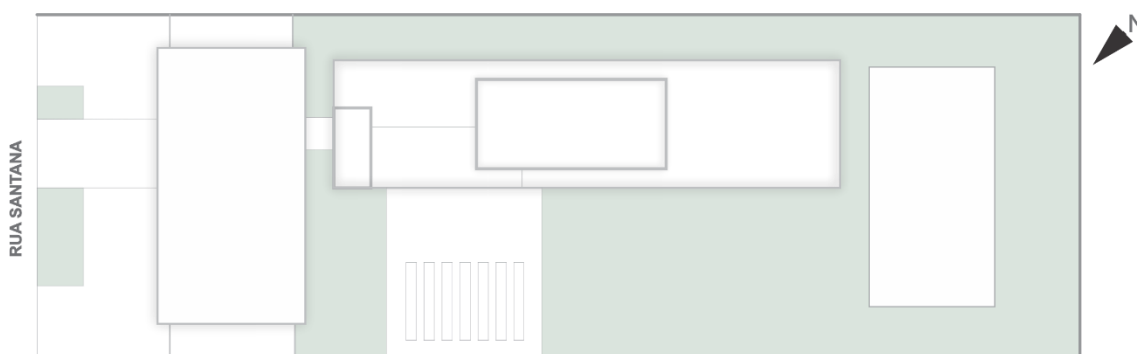


Figura 19 - Implantação do projeto da CP
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Ao considerar as informações dentro da estrutura metodológica adotada, torna-se evidente que a localização da clínica não pode ser compreendida apenas sob uma perspectiva geográfica ou administrativa. Como aponta Foqué (2010), o contexto influencia diretamente o processo projetual e a configuração espacial da edificação. A presença prévia de instituições de saúde na região pode ter exercido um papel estratégico na decisão de implantação, ao passo que as

⁶ Pacientes admitidos: são aqueles que entram no hospital ou unidade de saúde para tratamento, seja de urgência, emergência ou programado.

Pacientes fechados: são aqueles cuja situação clínica ou o tipo de tratamento exige acompanhamento contínuo e rigoroso dentro da instituição, com alta supervisionada. O termo "fechado" pode referir-se ao fato de que o paciente está em uma área isolada ou específica.

Pacientes abertos: são aqueles cujos tratamentos ou condições permitem que eles não fiquem restritos a um ambiente fechado, como em enfermarias gerais.

Pacientes-dia: refere-se a pacientes que recebem tratamento em regime de internação parcial, ou seja, não permanecem no hospital durante a noite.

Pacientes ambulatoriais: são pacientes que recebem atendimento médico sem necessidade de internação.

características do tecido urbano e sua evolução histórica indicam como os fatores socioeconômicos moldaram as possibilidades arquitetônicas.

2.2.2 Contexto sócio-histórico-cultural

O período de implantação da Clínica Pinel retrata uma transição no tratamento psiquiátrico no Brasil. Entre 1934, com o Decreto nº 24.559, até os avanços da década de 1960, ocorrem mudanças significativas no entendimento e cuidado de pessoas com transtornos mentais. Após esse período, propôs-se que internações psiquiátricas fossem realizadas somente após um diagnóstico formal de transtorno mental e com prioridade para cuidados em instituições comunitárias ou extra hospitalares, limitando admissões compulsórias (BRASIL, 1934; BRASIL, 1961).

A arquitetura brasileira vivia um momento entre pós construção de Brasília e Ditadura Militar. Sobre a arquitetura dos hospitais psiquiátricos, entende-se que Marcello foi o maior direcionador de Breitman em sua concepção projetual, visto que em seu depoimento, o médico relata as soluções diferenciadas adotadas:

Muitas vezes, quando vinham gente de fora visitar, mas vocês não têm grades nas janelas? Não, não tem grade na janela. Primeiro hospital psiquiátrico que eles conheciam que não tinham grades nas janelas. Só tinha essas basculantes, que não deixava passar a cabeça, né? (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012).

A Clínica Pinel foi a primeira instituição de saúde destinada ao trato da saúde mental de Porto Alegre. Dr. Marcello atendia inicialmente em instituições públicas não especializadas e por um desentendimento a respeito do curso de tratamento ele decide, juntamente com sua esposa, fundar uma clínica especializada. Inicialmente locou duas residências, locadas lado a lado, e com 12 leitos disponíveis, deu início então a Clínica Pinel em 28 de março de 1960. A evolução levou a locação de uma terceira residência e ainda, posteriormente, um hotel. Essa segregação de localidades durou aproximadamente 3 anos, até a decisão da construção de um espaço específico (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012). A contratação de Breitman não foi detalhada, não sendo identificado se havia alguma relação prévia ou se ocorreu por indicação.

É evidente a forte interdependência entre as transformações sociais e a formulação de novas diretrizes espaciais. A substituição do modelo europeu pelo americano e a priorização de um espaço projetado especificamente para o tratamento psiquiátrico não foram apenas decisões isoladas, mas respostas diretas a um processo de transição no entendimento da assistência em saúde mental.

2.2.3 Contexto Legal

Dentre outros usos, a zona de inserção da CP era classificada como Zona Comercial de acordo com o primeiro Plano Diretor da cidade, datado de 1959 (figura 20). As normativas municipais redigidas neste plano, no entanto, não estabeleciam especificações sobre consultórios, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde.

Em âmbito nacional, o país ainda dispunha unicamente da normativa construtiva publicada pela SESP na década de 1940. Havia ainda o decreto nº 24.559 de 1934, onde discorria-se majoritariamente sobre condutas cíveis quanto as restrições sociais de cidadãos mentalmente afetados. Ainda assim, os estabelecimentos de trato exclusivo da saúde mental estavam sujeitos

a aprovação do ministro da Educação e Saúde Pública, e poderiam ser classificados em abertos, fechados ou mistos.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins dêste (SIC) decreto, os que se destinaram a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Art. 6º Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

- a) provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 40;
- b) declaração do número de doentes que poderá comportar;
- c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou mixto (SIC), e receberá somente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

Art. 7º Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quando ao regimen (SIC), em abertos, fechados e mixtos.

§ 1º O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento mixto, destinar-se-á a receber:

- a) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de
- b) abandono em que se encontrarem, necessitem de internação e não a recusarem de modo formal;
- c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameacem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral
- d) pública e não protestarem contra sua hospitalização;
- d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

- a) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos;
- b) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária (BRASIL, 1934).



Figura 20 - Plano Diretor de Porto Alegre de 1959 e localização da CP
 Fonte: Prefeitura de Porto Alegre, 1959a. Editado pela autora, 2024

Especificamente sobre direcionamentos arquitetônicos construtivos não era possível buscar embasamento legislativo. Sendo assim, entende-se que o projeto arquitetônico de Irineu Breitman tenha se formado com base em experiências prévias – Hospital Fêmina, mas principalmente, o Lar dos Velhos –, e ainda com direcionamentos do próprio Dr. Marcello Blaya Pérez, o qual buscava replicar no Brasil suas experiências e aprendizados obtidos em especialização nos Estados Unidos (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012).

Dentro dessa conjuntura, observa-se que as decisões projetuais e institucionais da Clínica Pinel estavam intrinsecamente ligadas a um conjunto de condicionantes contextuais confirmando que tanto os aspectos legais quanto as referências arquitetônicas disponíveis na época desempenharam papel fundamental na formulação do edifício e na organização do serviço prestado. A ausência de normativas específicas para instituições psiquiátricas no contexto municipal impôs aos responsáveis pelo projeto a necessidade de recorrer a referências externas e experiências anteriores, o que reforça a importância de compreender o ambiente regulatório como um dos fatores determinantes no desenvolvimento da arquitetura hospitalar.

2.2.4 Contexto Econômico e Financeiro

A Clínica Pinel foi construída exclusivamente com fundos privados, advindos de iniciativa do próprio Dr. Pérez. Iniciou-se em 1960 por meio do aluguel de 2 casas e posteriormente, com seu crescimento, aproximadamente em 1963 houve a aquisição do lote que abriga a sede atual.

Entende-se que a seleção do lote foi escolha exclusiva do médico, não sendo possível afirmar se houve participação de Irineu Breitman. No entanto, houve uma preocupação quanto à possibilidade de manter o funcionamento do espaço dado as condições econômicas que o país vivia. Esta preocupação resultou em escolhas projetuais.

As condições socio-econômicas que atravessa o país tornam um investimento deste (SIC) tipo desinteressante dos pontos de vista financeiro e econômico. O hospital foi planejado levando em conta funcionando ao preço mínimo, tanto de investimento como de operação. A cobertura financeira para construção é prevista em duas alternativas: com recursos próprios, a ser executada em aproximadamente 48 meses ou com auxílio de empréstimos hipotecários, a ser feita em 30 meses (BREITMAN, BLAYA, 1965).

Em 1966, a empresa Pinel, que era originalmente uma S.A., passa a ser uma Fundação, por escolha do Dr. Marcello, com a intenção de que permanecesse para sempre no trato e assistência da saúde mental. A partir deste momento, a clínica passa a ser chamada de Fundação Encarnación Blaya – Clínica Pinel, em homenagem a sua mãe, que havia falecido recentemente (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012).

2.2.5 Contexto Projetual

Planejado para ser um hospital destinado ao trato da saúde mental, o projeto final foi composto por: setor de admissão (fechada e aberta), hospital-dia, ambulatório, administração, serviços, áreas recreativas e residência do diretor. A setorização é ilustrada pela figura 21.

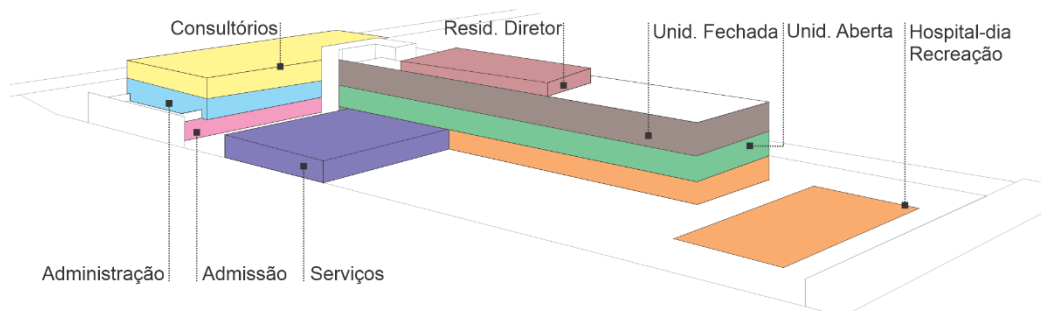


Figura 21 - Setorização da CP
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

2.2.6 Tomada de decisões

A compreensão sobre as decisões projetuais deste projeto são pouco tangíveis, dado a falta de material disponível. Contudo, é possível destacar que, embora já estivesse criando uma conexão com a arquitetura de saúde, Breitman valorizava ao máximo a figura do consultor hospitalar. Especificamente no projeto da Clínica Pinel, seu proprietário e consultor, Dr. Pérez, possuía uma clara visão de como o espaço deveria ser. Estas definições foram formadas com base em experiências adquiridas em sua formação complementar ocorridas em Chicago, Toronto e Montreal, em julho de 1954. Sua especialização em psiquiátrica aconteceu em 1955 no Maniac School of Psychiatry (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012).

A construção da CP envolveu, além dos novos protocolos de tratamentos oferecidos pelo Dr. Pérez, uma construção inovadora para época, o que auxiliou no processo de aceitação perante a sociedade. Essa arquitetura foi ainda mais impactante devido ao fato de que Porto Alegre possuía um dos hospitais psiquiátricos mais famosos do Brasil, o Hospício São Pedro – atual Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), inaugurado em 1884. O Hospital Psiquiátrico São Pedro foi executado ainda no Brasil Império, com características marcantes dos hospitais europeus que visavam o regime de segregação social.

Essa edificação, construída entre 1884 e 1903, é composta por seis corpos de dois pavimentos e porão, interligados transversalmente por um extenso eixo de circulação, gerando cinco pátios internos, numa estrutura tipo "pente", decorrente da adoção do "panóptico", modelo utilizado no século XIX para patrulhamento de grandes contingentes humanos, como prisões e internatos (HOROWITZ, 2006).

Ainda como auxílio primordial nas decisões projetuais, é possível apontar o Dr. Pérez como fator determinante na definição dos números de leitos a serem oferecidos pela CP. Além de suas experiências prévias e dos seus atendimentos nos três anos anteriores ao projeto, existia ainda uma superlotação concentrada HPSP, o qual chegou a atender 5.000 pacientes em 1960 (LOPES, 2001).

É possível notar neste projeto uma repetição de solução projetual: o partido conceutivo atrelado a topografia natural. O sítio de inserção é descrito com um desnível de aproximadamente 2m em relação ao nível da rua. Esse declive é aproveitado por Breitman com a criação de um pavimento semienterrado, seguido pelo pavimento térreo locado a pouco mais de 1m acima do nível da Rua Santana e novamente com uma conexão peatonal via rampa (figura 22), como no projeto do Hospital Fêmina.

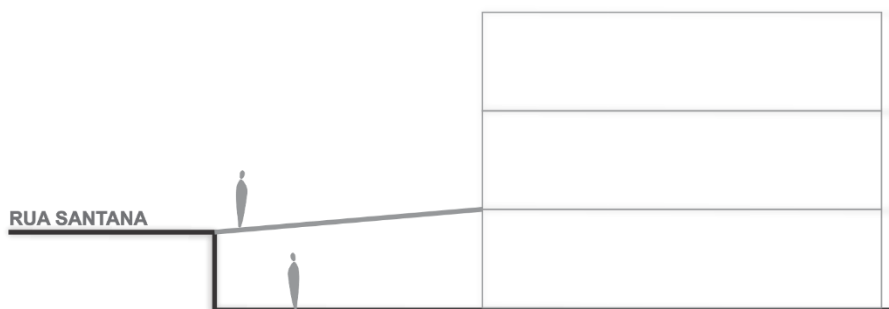


Figura 22 - Uso da topografia como partido de projeto
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Observa-se que essas decisões não foram tomadas isoladamente, mas sim como respostas a múltiplos condicionantes, incluindo aspectos econômicos, programáticos e espaciais. A escolha por soluções arquitetônicas alinhadas ao terreno, por exemplo, reflete não apenas uma abordagem projetual recorrente de Breitman, mas também uma adaptação a fatores financeiros e operacionais, minimizando custos estruturais e otimizando a ocupação do lote.

Somado a estes fatos, e com base no exposto no item 2.2.4, houve ainda importantes decisões projetuais em decorrência da relevância econômica. Embora composto de 4 pavimentos, o edifício não foi dotado de elevadores, sendo que a circulação vertical principal ocorria por uma escada central e um monta cargas para transportes específicos. Havia ainda uma segunda escada locada no térreo, que dava acesso exclusivo aos consultórios, provocando um controle de acesso e circulação (figura 23). Um fato curioso se deve ao fato de que o acesso a casa do Dr. Perez acontecia pela mesma escada de circulação interna, a qual conectava todos os outros setores da clínica. Entende-se, no entanto, por análise da planta baixa e perspectivas, que existia um pátio e/ou espécie de barreira de controle não especificado em artigos (figura 24).

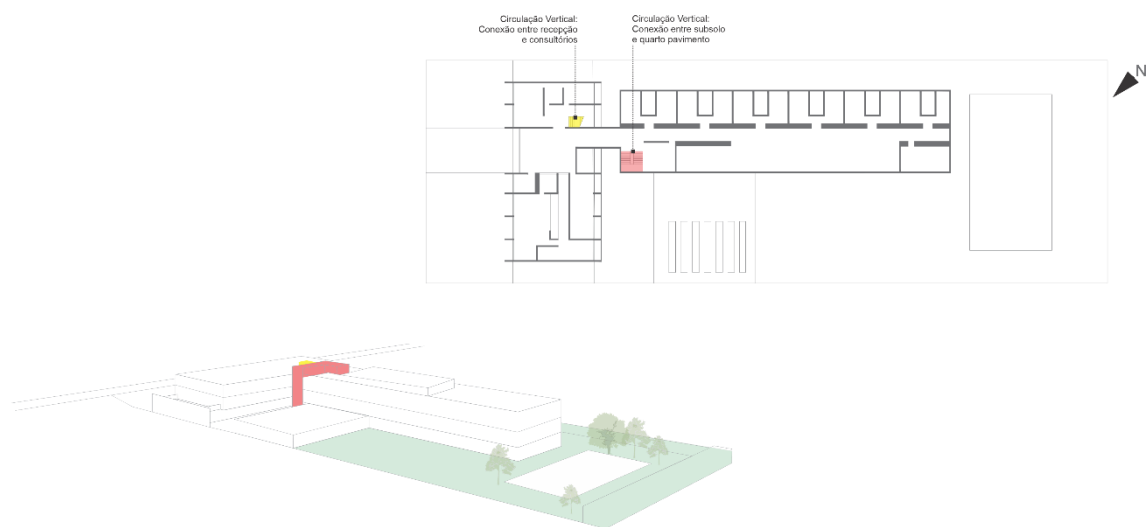


Figura 23 - Planta do pav. térreo da CP com ênfase na circulação vertical
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

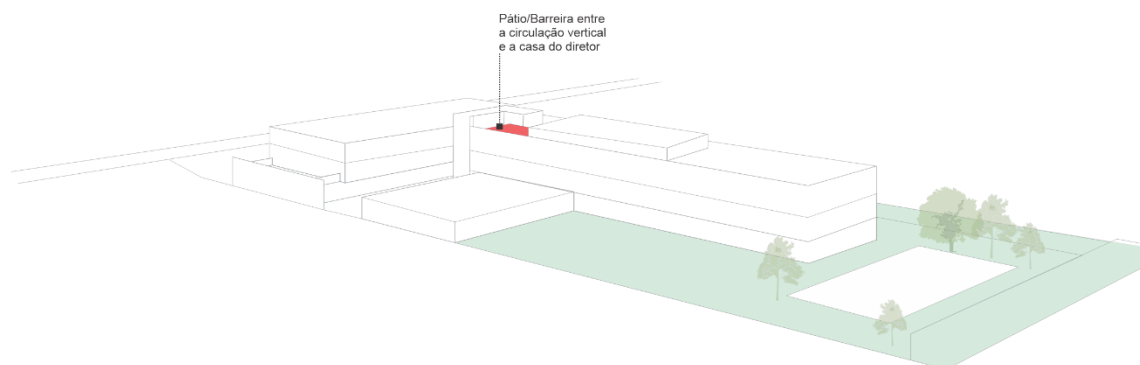


Figura 24 - Perspectiva da CP com destaque para pátio/barreira entre clínica e residência do diretor
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Outra importante definição projetual que aconteceu em decorrência de restrições econômicas foi a composição de demi-suítes nas áreas de internação. Essa escolha foi ainda justificada como um dos princípios terapêuticos utilizados pela CP, dado que segundo Dr. Pérez “É nosso

pensamento que quartos individuais reforçam a tendência ao isolamento dos pacientes.” (BREITMAN, BLAYA, 1965).

2.2.7 Continuidade do Processo

A volumetria da Clínica Pinel (CP) se apresenta como tipologia vertical, formada por dois volumes perpendiculares entre si e conectados por um pequeno corredor de transição. O volume da fachada frontal é disposto paralelo a Rua Santa e composto por 3 pavimentos, sendo um deles semienterrado. O segundo volume é disposto perpendicular ao primeiro e engloba quatro pavimentos.

Além das disposições perpendiculares entre os volumes, nota-se que o volume de acesso compõe uma fachada que abrange lado a lado do terreno, não permitindo acessos secundários e/ou a criação de áreas maiores de estacionamento (figura 25). Esta definição projetual pode retratar a intenção de uma arquitetura que auxilie no controle de entrada e saída, principalmente por se tratar de um espaço psiquiátrico, e ainda apresentar-se esteticamente agradável, uma vez que elimina o uso de grades e muros grandes em sua fachada de acesso (figura 26). Outro uso resultante da volumetria é a permissividade visual de todos os pontos do edifício que, neste caso, auxiliam no controle e segurança (figura 27).

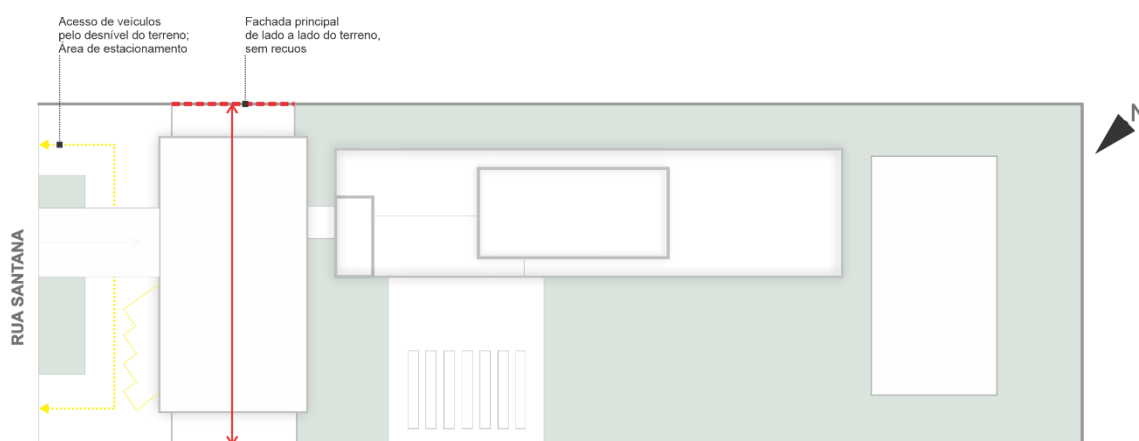


Figura 25 - Estudo da composição projetual da CP de forma que permitisse maior segurança e controle
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

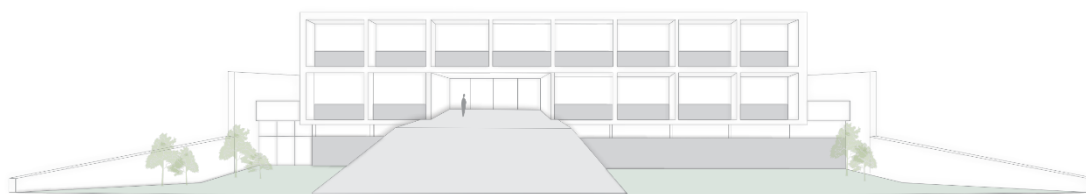
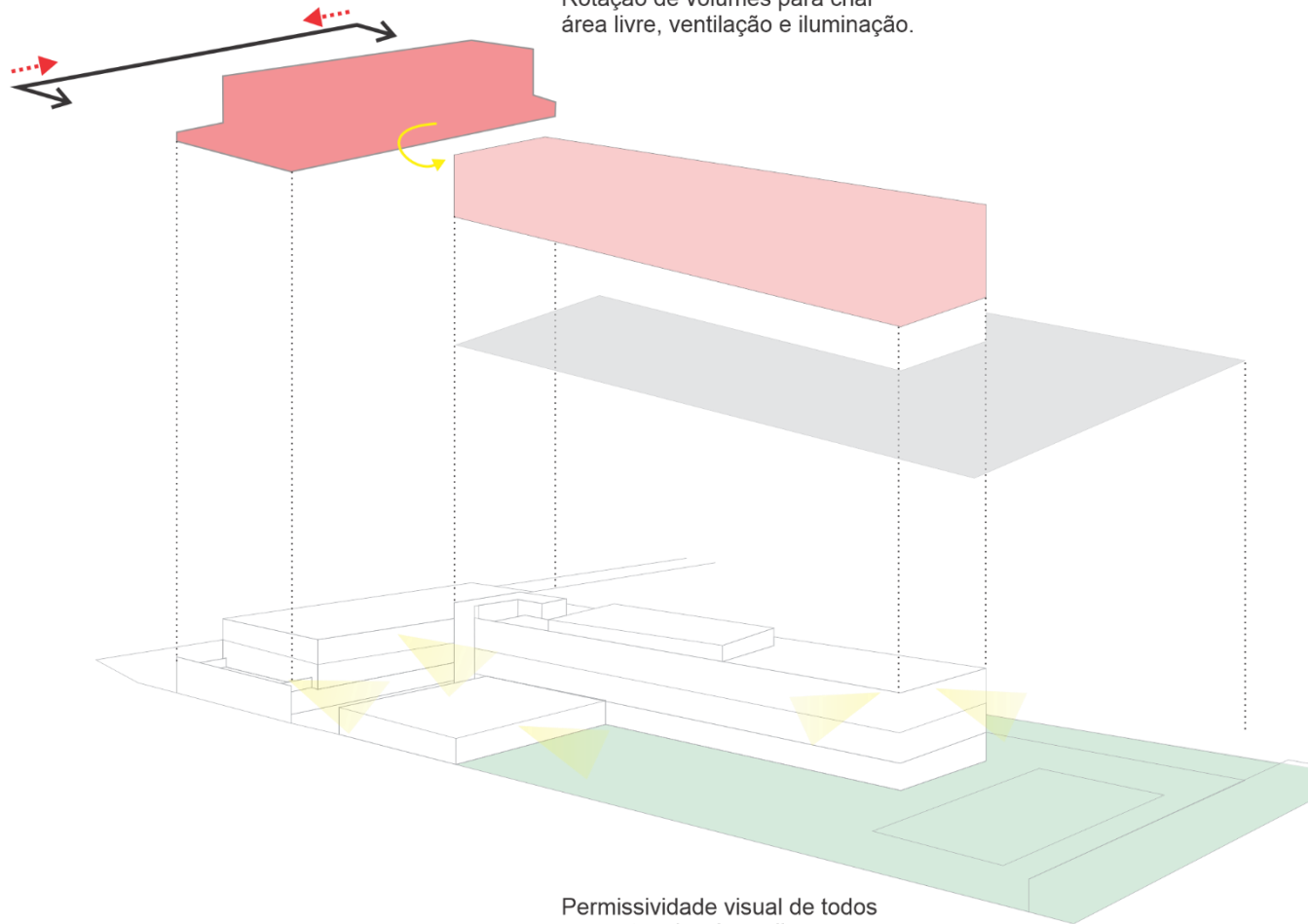


Figura 26 - Fachada principal da CP que demonstra um espaço agradável e ausência de grades
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Uso do volume do subsolo para bloquear
acessos laterais com fachada de lado a lado;
Recuos laterais obrigatórios a partir do pav. térreo,
o que permite permeabilidade visual e controle.

Rotação de volumes para criar
área livre, ventilação e iluminação.



Permissividade visual de todos
os pontos das áreas livres.

Figura 27 - Estudo de formação volumétrica considerando segurança e permeabilidade visual da CP
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Com estes fatos, é possível compreender que as decisões projetuais da CP não são apenas respostas técnicas ou formais, mas configuram um processo em que a relação entre espaço, função e usuário orienta as definições arquitetônicas. A distribuição volumétrica não apenas atende às exigências funcionais do programa, mas também reflete diretrizes de controle, acessibilidade e segurança, alinhadas às necessidades de um hospital psiquiátrico de médio porte.

Como a volumetria delimita as possibilidades de acesso, Breitman tira partido do uso topográfico para auxiliar na setorização, controle e direcionamento de acessos ao edifício. Os veículos que precisam permanecer maior tempo na clínica ou que portam insumos, por exemplo, utilizam o pavimento do subsolo (figura 28). Os pacientes em consultas utilizam o pavimento térreo, e este fluxo acontece por uma escada específica. Além disso, a área de consultórios é a única que não tem conexão com as áreas de internação. Há ainda um acesso controlado pelo pavimento térreo que direciona para a área de recreação e internação aberta (figura 29).

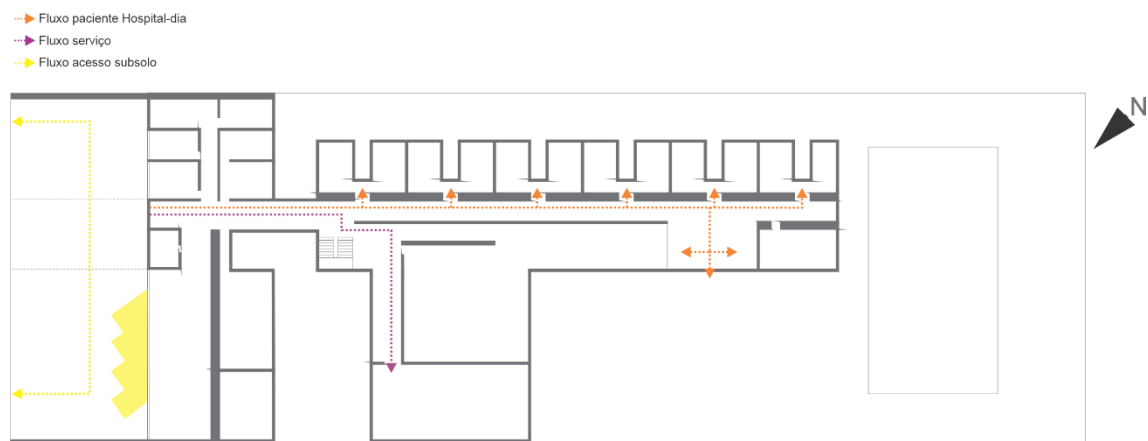


Figura 28 - Acessos e controle de fluxos no pav. subsolo da CP
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

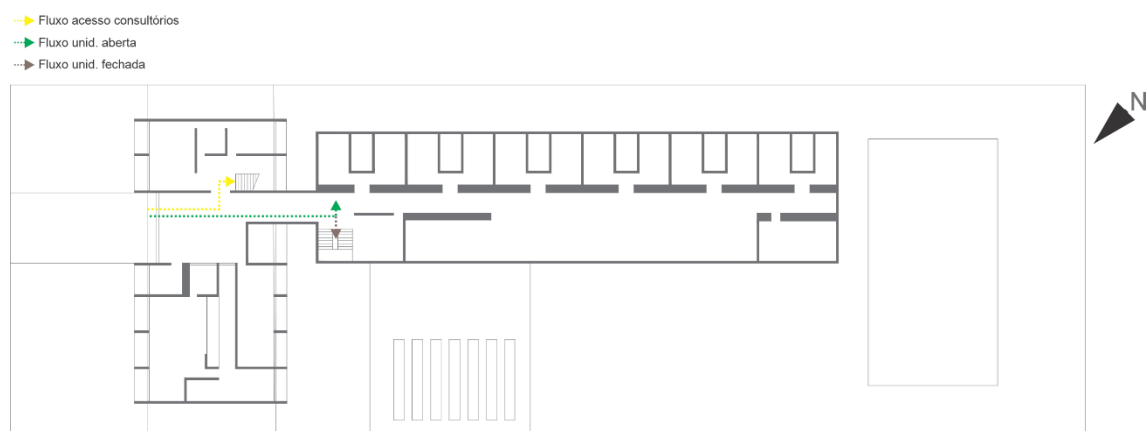


Figura 29 - Acessos e controle de fluxos no pav. térreo da CP
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Diferentemente das soluções de conforto térmico identificadas no projeto do Hospital Fêmina, a Clínica Pinel tem os quartos de internação faceados a sul. Contudo, sendo um espaço terapêutico de menor porte comparado aos grandes hospitais, a volumetria permite que todos os ambientes recebam janela. Estas, por sua vez, são compostas de peitoril alto e duas folhas maxi-ar com angulação de abertura limitadas. Estas escolhas e definições sofreram influências do Dr. Pérez, que fez questão de excluir o uso de grades nas janelas. Houve ainda a repetição do recurso de brise horizontal aplicado na fachada nordeste, onde a projeção afrente das aberturas permitia o controle da incidência solar direta (figura 30).

Utilização de brise horizontal
como forma de controle luminoso



Figura 30 - Uso de brise horizontal para composição de fachada e controle luminoso na CP
Fonte: Editado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman – IPH, 2024

É possível identificar por plantas baixas, demarcações de aberturas zenitais locadas nas áreas de espera dos consultórios e no bloco de serviços. Por fotografias aéreas identificamos que as

aberturas do bloco frontal não foram realizadas, e que as do bloco de serviço possuem formato diferente do projetado (figura 31).

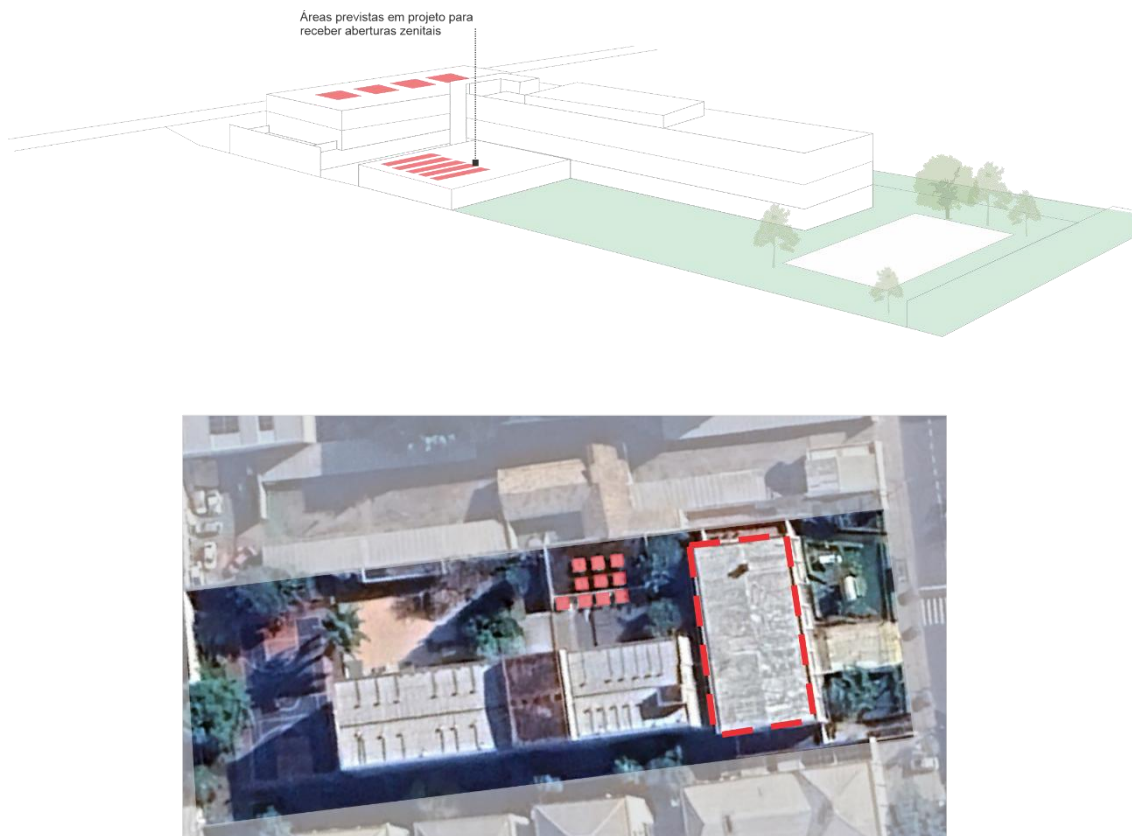


Figura 31 - Demarcações de aberturas zenitais previstas em projeto e demarcação executada in loco
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

2.2.8 Rede de Relações

Idealizada pelo médico psiquiatra Marcello Blaya Perez, a Clínica Pinel teve projeto arquitetônico assinado por Irineu Breitman enquanto que a responsabilidade de execução foi do engenheiro Pedro Simão Gus (MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 2012). Não foi possível identificar outras figuras envolvidas no desenvolvimento do projeto, mas entende-se que o Dr. Perez foi essencial no direcionamento e assessoramento conceitual projetual, dado as declarações de soluções de projeto presentes nas publicações de 1965.

A participação ativa do Dr. Pérez no processo projetual reflete uma dinâmica colaborativa em que o programa arquitetônico foi fortemente influenciado por suas experiências e concepções sobre a prática psiquiátrica. Sua vivência internacional e suas convicções acerca do espaço terapêutico foram determinantes para a configuração final do edifício, evidenciando uma relação direta entre o usuário especialista e o arquiteto na definição do partido arquitetônico.

Essa rede de relações também se manifesta na escolha dos princípios construtivos e operacionais da clínica. A ausência de um corpo extenso de consultores técnicos pode indicar que muitas decisões foram conduzidas a partir da interação direta entre Breitman e Pérez, sendo o engenheiro responsável pela materialização dessas diretrizes dentro das limitações técnicas e econômicas do período. Dessa forma, o projeto da Clínica Pinel não deve ser compreendido apenas como um produto isolado da autoria arquitetônica, mas sim como uma síntese das influências médicas, econômicas e técnicas que moldaram sua realização.

2.2.9 Considerações sobre o projeto para a Clínica Pinel

A Clínica Pinel foi o segundo grande projeto hospitalar de Irineu Breitman, e ao estudá-la sequencialmente foram observados aspectos recorrentes que contribuem para a construção de um processo projetual. Dentre esses, o uso da topografia como partido conceitual se demonstra como grande delineador do resultado final, além de usufruir antes e durante do processo com os consultores hospitalares.

Ainda, a limitação econômica foi mencionada em mais de um dos itens de análise e classificada como um dos fatores determinantes neste processo projetual. Ao observar esse contexto por meio do método aplicado, nota-se que as decisões econômicas e financeiras da Clínica Pinel estão intrinsecamente ligadas às condicionantes do período. A abordagem metodológica, que enfatiza a inter-relação entre projeto e contexto, permite compreender como os desafios econômicos influenciaram diretamente não apenas a viabilidade financeira da instituição, mas também suas escolhas arquitetônicas e administrativas.

Paralelamente aos cortes projetuais mencionados pelo fundador Dr. Blaya, podemos destacar o uso de padrões de repetição de modulação e da regularidade formal. As modulações buscam uma padronização e facilidade de execução, consequentemente promovendo uma construção mais econômica, sem renunciar a uma solução volumétrica harmoniosa. Ainda, as diferentes modulações dispostas lado a lado junto com o uso de aberturas de mesmo design e dimensões acabam por criar um ritmo na fachada, demonstrando o potencial inovador do jovem arquiteto (figura 32).

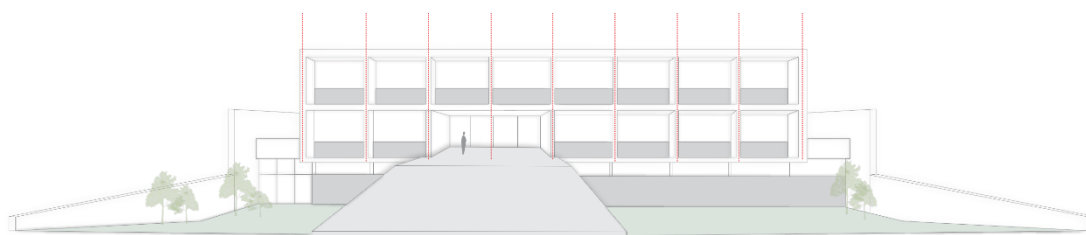


Figura 32 - Repetição de elementos e modulação criando um ritmo na fachada
Fonte: Gerado pela autora com base em Breitman (1965), 2024

Diferente do projeto para o Hospital Fêmeina, identificamos o uso das aberturas zenitais que serão vistas repetidamente nos outros estudos de casos aqui reunidos. Estas, no entanto, não foram detalhadas e/ou abordadas nas publicações de projeto, impossibilitando o entendimento completo da intenção e forma de uso das aberturas zenitais.

Ainda sobre Marcelo Blaya, não há como negligenciar sua importante influência projetual. Dado suas experiências internacionais e a um trabalho paralelo entre consultor e arquiteto, a Clínica Pinel pode representar hoje uma obra transitória entre as influências europeias e americanas para a arquitetura hospitalar brasileira e ainda, sobretudo, iluminar o início de uma reestruturação ao modelo psiquiátrico segregacionista predominante no Brasil naquela época. A partir da lente metodológica aplicada e dos indicadores aqui descritos, é possível apontar para uma lógica de concepção que se repetirá (ou se transformará) nos projetos seguintes.

2.3 Análise Hospital Regional de Chapecó

Este estudo de caso tem por objetivo estudar e analisar o projeto assinado por Irineu Breitman para conceber o Hospital Regional de Chapecó (HRC), em 1980. Breitman assinou esse projeto ao lado de sua equipe multidisciplinar composta por: Dr. Paulo Lindolfo Lamb como consultor, A. E. Sant' Anna e M. L. Adams como arquitetos colaboradores, e com desenhos de Gerson Rezende, Leonardo Pereira, Luiz Azevedo, M. Suffert, Rosane e Bruno⁷ (Projeto HRC, 1979).

Essa análise foi construída em cima de fontes primárias – projetos originais contidos em seu acervo e memorial descritivo – e em fontes secundárias – publicações diversas.

Situado na localidade de Chapecó, no oeste do estado de Santa Catarina, a edificação do Hospital Regional de Chapecó (HRC) teve início no ano de 1982 e foi oficialmente inaugurado em outubro de 1986, dispondo inicialmente de um total de 60 leitos, sendo o primeiro hospital da cidade. No presente, o conjunto é conhecido como Hospital Regional do Oeste (HRO, 2024).

2.3.1 Contexto físico

O terreno destinado a construção do Hospital Regional de Chapecó encontrava-se na época em uma área de expansão da cidade, em meio a um loteamento em fase de implantação (figura 33). A gleba abrangia uma quadra de formato regular, contando com 34.960m². Sua topografia era irregular, com inclinação acentuada em declive no sentido Leste-Oeste (figura 34). O memorial do projeto descreve o espaço:

⁷ Sem sobrenome.

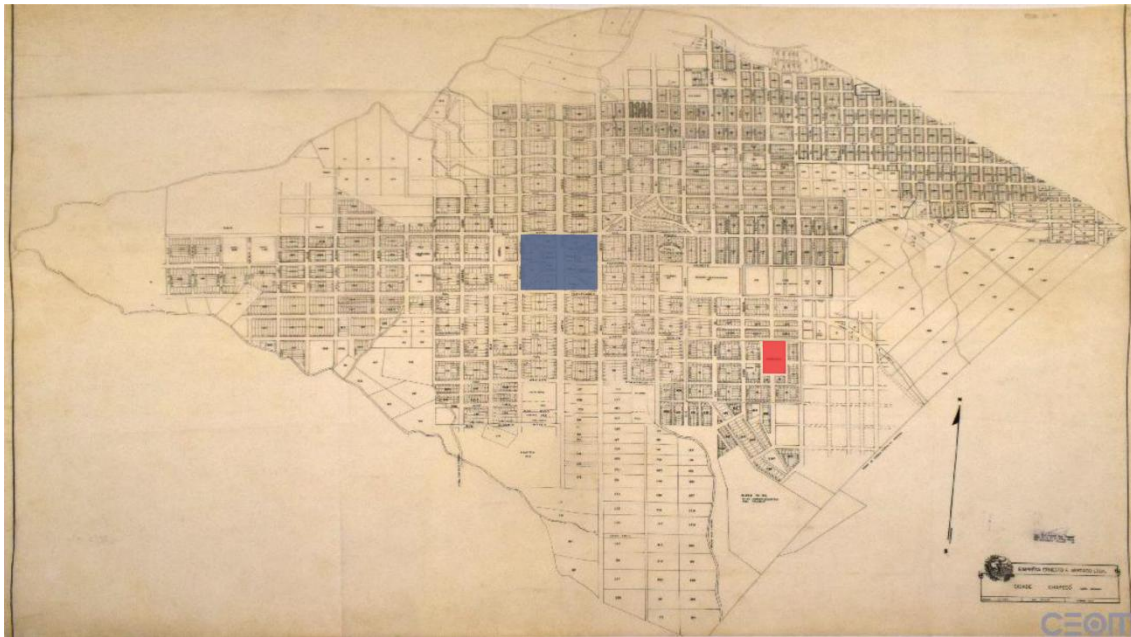


Figura 33 - Mapa urbano de Chapecó (SC) em 1978 com localização do centro da cidade (azul) e do terreno destinado ao HRC (vermelho)

Fonte: CEOM, 2023. Adaptado pela autora, 2024

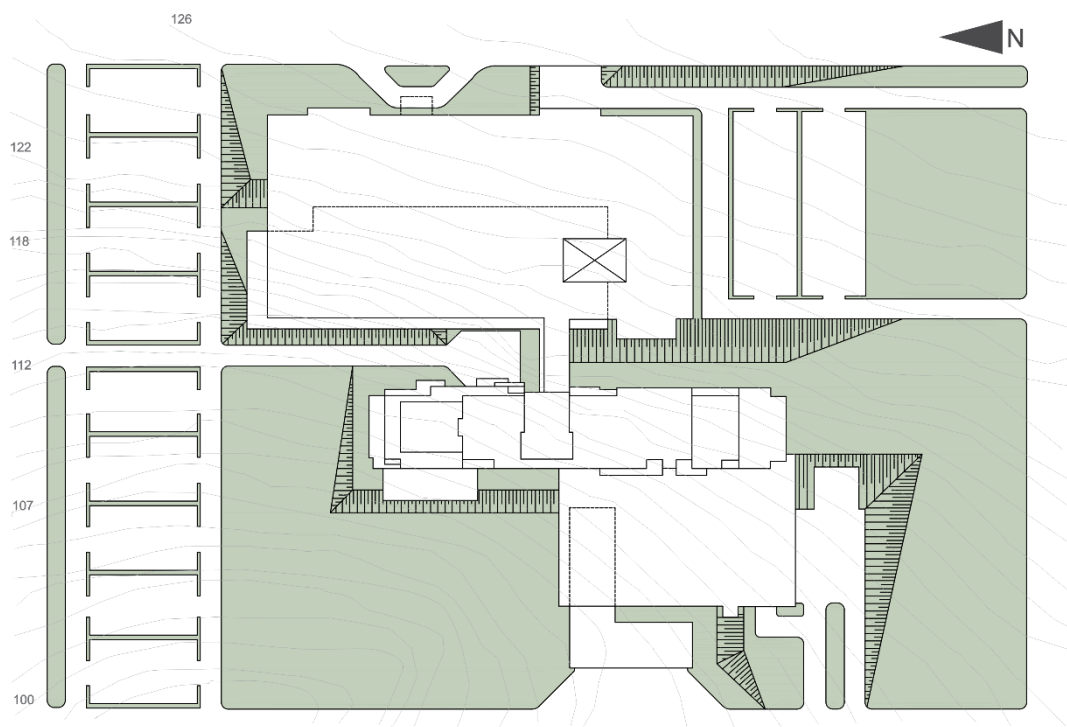


Figura 34 - Implantação do Projeto do HRC com sobreposição da topografia original do terreno

Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

O terreno destinado ao Hospital Regional de Chapecó está situado num loteamento em fase de implantação, em cota mais alta que a da cidade, tem forma regular, apresentando inclinação de quinze por cento no eixo leste/oeste, sentido da menor dimensão.

A inclinação do terreno permite configurar-se, hipoteticamente, cinco patamares, da Rua Madrid em direção à Rua Israel, nas cotas de nível 126, 122, 118, 112 e 107, correspondendo a locação dos pisos de construção (Projeto HRC, 1980)

É possível identificar na figura 35 uma situação original periférica do lote destinado ao hospital no momento em que o projeto estava em curso. Contudo, dois anos após a inauguração do hospital é observado o desenvolvimento do entorno.

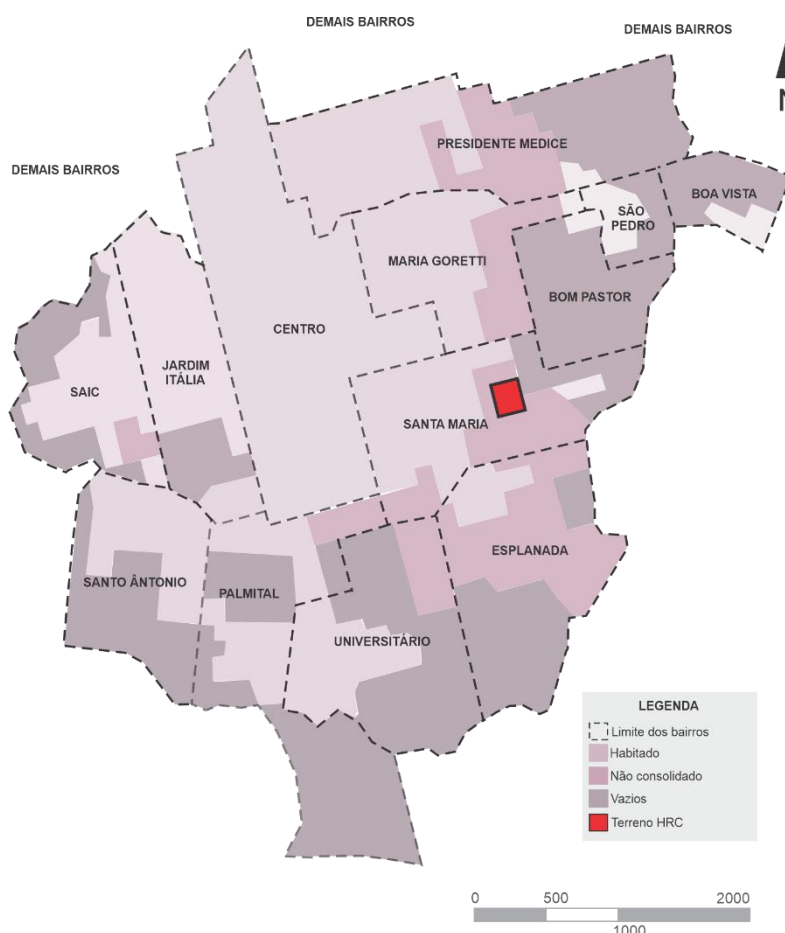


Figura 35 - Mapa urbano de Chapecó (SC) em 1988

Fonte: Gerado pela autora com base em Facco, Fujita e Berto (2014), 2023.

Atualmente, o HRC está localizado na extremidade leste da cidade e é facilmente acessado pela rodovia SC 283, que conecta Chapecó às cidades vizinhas de Arvoredo, Seara e Concórdia (figura 36).

Não foi possível encontrar informações e documentos que registrassem as condições do sítio anterior a construção do hospital. No entanto, considerando o respeito adotado pelo projeto quanto as curvas de níveis originais, é provável que o espaço estivesse originalmente livre de construções e/ou outros ornamentos, bem como de vegetações, dado as fotografias que catalogaram momentos de sua obra (figuras 37 e 38).

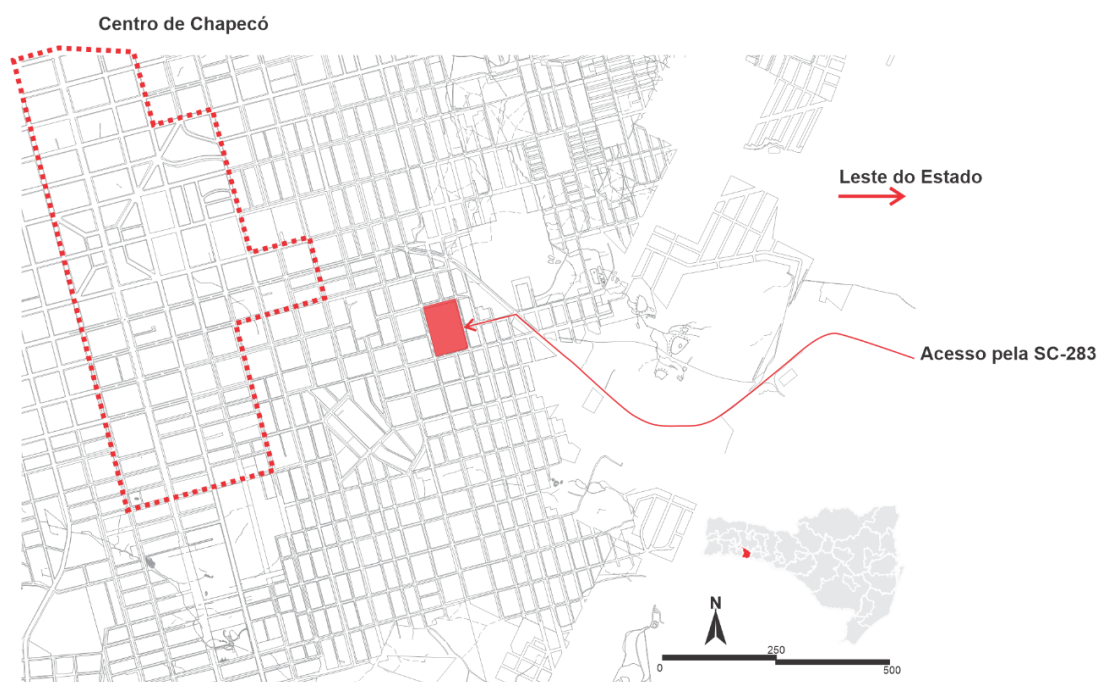


Figura 36 - Localização e acesso atual do Hospital Regional de Chapecó
 Fonte: Gerado pela autora com base no Google Maps, 2023



Figura 37 - Construção do Hospital Regional do Oeste em Chapecó, fachada Sul
 Fonte: CEOM, 2023



Figura 38 - Construção do Hospital Regional do Oeste em Chapecó, fachada Leste
Fonte: CEOM, 2023

Por utilizar um terreno de grandes dimensões, com quatro frentes, o projeto poder-se-ia valer de qualquer uma das quatro vias para definir seu acesso, sendo identificado o aproveitamento dessas possibilidades de acessos como destacado pela figura 39 e também descrito em memorial de projeto.

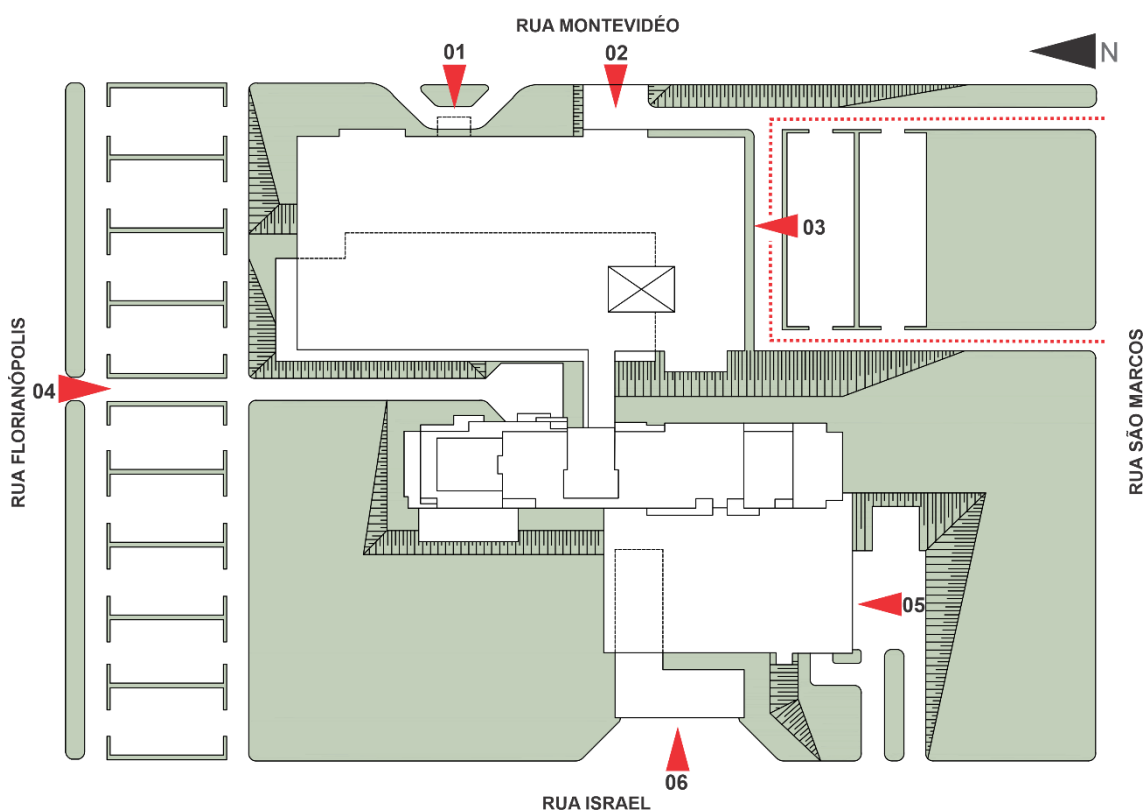


Figura 39 - Demarcação dos acessos criados ao Hospital Regional de Chapecó
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

Conforme distribuição indicada pela figura 39, a Rua Montevideó receberia o acesso de pacientes com destino a ala de Clínica Médica e Exames (01), além de direcionar aos serviços de Patologia (02) por um acesso secundário. O setor de Emergência (03) foi locado na fachada sul, recebendo ainda alteração topografia que permitisse acesso e retorno a via São Marcos de forma facilitada. Os funcionários e visitantes (04) adentravam pela Rua Florianópolis que recebeu bolsões de estacionamento para facilitar o ingresso. Por fim, os setores de serviços (05) e reposição (06) tiveram a entrada locada na Rua Israel.

O uso do terreno e a sua inclinação foram cruciais na definição da organização espacial do edifício o que é notável por esse estudo uma vez que a segregação por blocos acompanhando o desnível do terreno permitiu criar novos caminhos de acessos e restringir os fluxos. Em prancha de projeto, Irineu Breitman confirma a análise anterior:

O partido escolhido para o Hospital Regional de Chapecó é, basicamente, vertical-escalonado visto que se desenvolve entorno dos elevadores, com diversos pavimentos buscando os níveis mais convenientes de assentamento sobre o terreno e, ao mesmo tempo, propiciando diferentes acessos (PROJETO HOSPITAL REGIONAL DE CHAPECÓ, 1980).

A escolha pelo conceito vertical-escalonado no HRC é, sem dúvida, uma solução interessante e funcional. No entanto, é importante questionar se a segregação de fluxos, tão característica deste projeto e reproduzida posteriormente, pode ter gerado algum impacto negativo na experiência dos usuários. A concentração dos acessos principais em diferentes frentes pode ter criado um aumento na complexidade de navegação e, embora tenha priorizado a segregação, talvez tenha subestimado o impacto de acessos múltiplos na usabilidade do hospital, especialmente para os visitantes, que podem ter enfrentado um desafio maior para localizar setores específicos. Essa segregação de acessos será identificada nos outros dois projetos executados para o Estado de Santa Catarina, mesmo que com tipologias diversas.

2.3.2 Contexto sócio-histórico-cultural

Os Hospitais Regionais de Santa Catarina, construídos na década de 80, buscavam contribuir com as ações de melhoria da saúde pública de caráter nacional que iniciaram ainda na primeira metade do século. “A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.” (BRAVO, 2006).

Dentre a “(...) permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário.” (BRAVO, 2006) a construção do HRC aconteceu por meio de uma combinação de fontes de recursos financeiros.

Segundo o JNC (1979), a construção do HRC e dos demais hospitais regionais, além de outras melhorias sanitárias, foram garantidos com recursos dispostos pela Secretaria do Estado, somados aos recursos obtidos do Governo Federal e do (...) ““Programa Alemão”, do Banco KSW (20 milhões de marcos)”.

A opinião sobre a carência de investimentos e melhorias na área da saúde era unânime entre os governadores da época, principalmente na região oeste do estado que contava com 44% dos hospitais existentes em péssimas condições físicas – estruturas de madeira com mais de 20 anos de exercício e péssimas condições higiênicas eram descritas. A falta de leitos também era noticiada: “Além disso a carência de leitos é verificada em quase todo o Estado, com a média de

3,2 leitos por mil habitantes, quando o ideal seria quatro ou cinco leitos por mil habitantes.” (JNC, 1979).

Para a locação do HRC na cidade de Chapecó, o Deputado Venício Tortato, em exercício na década de 1980, assegurou que houve uma pesquisa e disputa entre quatorze municípios da zona oeste do estado de Santa Catarina para a tomada da decisão. A escolha se deu ao fato de que, na época, os centros hospitalares mais próximos da região estavam a 400 e 550 quilômetros de distância, localizados em Santa Maria (RS) e Curitiba (PR), respectivamente (DIÁRIO DA MANHÃ, 1980). A escolha de Chapecó como sede do Hospital Regional foi estratégica, não apenas pela sua localização periférica, mas também pela posição central no Oeste catarinense, o que visava reduzir a distância entre a população e os serviços hospitalares, refletindo uma ação política que buscava consolidar a cidade como um polo de saúde para a região.

O Governador Henrique Cordova destacou também a má distribuição e concentração de renda na união, afirmando que a luta pela execução do Hospital Regional de Chapecó foi uma conquista árdua e de grande valia ao auxílio das demandas atuais da cidade (DIÁRIO DA MANHÃ, 1980).

A seleção do escritório responsável pelo planejamento dos três hospitais regionais planejados para o estado aconteceu de forma direta. O então governador de Santa Catarina, Jorge Bornhausen, justificou para o jornal Correio do Povo (1979) que sua decisão em realizar uma contratação direta da empresa gaúcha se baseou ao fato da ausência de empresas catarinenses especializadas em projetos hospitalares naquele momento. Segundo esta publicação, os três hospitais catarinenses assinados pelo Hospitasa foram frutos da mesma contratação e contaram com doações de terrenos das respectivas cidades sedes dos projetos. A decisão não foi bem vista pelo Sindicato dos Engenheiros de Santa Catarina, que publicaram nota oficial e afirmaram que recorreriam legalmente sob a decisão da ausência de licitação.

A contratação direta do escritório gaúcho, embora esplanada pelo governador vigente, levanta críticas em relação à ausência de processo licitatório, um ponto controverso que gerou insatisfação e questionamentos sobre a transparência e legalidade da escolha. Ainda que, aplicados as obras públicas brasileiras desde o Brasil Império, os processos licitatórios tinham como objetivo assegurar a transparência e segurança para a população quantos aos gastos governamentais. Todavia, segundo Alves (2020), era comum identificar um patrimonialismo atrelado a administração pública, mantendo-se as normas descritas em decretos apenas como formalidades, prevalecendo ainda o favoritismo de amigos e parentes. Além da conexão profissional entre Sioma Breitman (pai de Irineu Breitman) e o ex-presidente da república⁸, Getúlio Vargas, não foi possível identificar outra conexão interna ao governo que pudesse justificar o descarte da licitação das obras dos hospitais regionais de Santa Catarina, tendendo assim a acatar a justificativa proclamada pelo então governador.

Para os tramites legais e desenvolvimento do processo de projeto, as pranchas originais de desenho indicam que as aprovações ocorreram por responsabilidade do Departamento Autônomo de Edificações (DAE) de Santa Catarina. Na década de 1980, com a política de descentralização dos serviços de saúde e a construção de hospitais regionais, o DAE teve um papel fundamental. Suas responsabilidades incluíam:

- Seleção e avaliação de terrenos: Colaborando com prefeituras e outras entidades para a seleção de locais adequados para a construção dos hospitais.

⁸ Vide capítulo 01

- Projeto e construção: Desenvolvendo projetos arquitetônicos e de engenharia específicos para cada hospital, levando em conta as necessidades da população local e as especificações técnicas para unidades de saúde.
- Coordenação com outros órgãos: Trabalhando em conjunto com o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde para garantir que os hospitais atendessem aos padrões exigidos e fossem entregues dentro dos prazos (SANTA CATARINA, 1979).

Por ausência de outros documentos comprobatórios, é provável que o terreno concedido a locação do HRC seja fruto da seleção realizada pelo DAE e doado pela Prefeitura de Chapecó.

No período de planejamento dos hospitais regionais de Santa Catarina, Irineu Breitman exercia ainda a carreira de professor no ensino de Arquitetura Hospitalar para o Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Associação dos Hospitais do Estado do Rio Grande do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, além de participar de encontros e convenções sobre o tema da arquitetura hospitalar.

2.3.3 Contexto Legal

Embora a lei municipal, nº 130, de 10 de dezembro de 1979, que dispunha sobre o zoneamento do município e forma de uso das áreas territoriais não seja dotada de mapa de zoneamento, pode-se concluir por meio das classificações dispostas nesta que, a zona de implantação do HRC era tida como Zona Hospitalar (ZH), uma vez que o Hospital Regional de Chapecó era a única unidade hospitalar municipal neste período. Este zoneamento permite compreender que, apesar da ausência de ocupação vizinha ao HRC, era intenção municipal que a zona evoluísse urbanisticamente de forma adequada ao uso. Além disso, esta legislação estabelecia 1 vaga para cada 10 leitos hospitalares (CHAPECÓ, 1979b), atendido pelo projeto:

Duas grandes áreas de estacionamento foram criadas comportando em conjunto a cerca de 248 veículos, o que representa quase 1 vaga por leito. (MEMORIAL DESCRITIVO HRC, 1980).

Será demonstrado adiante a distribuição dos bolsões mencionados, adicionado aos acessos e áreas de manobra previstos próximos aos diferentes acessos. Ainda em nível legislativo municipal, Chapecó especificava que todos os projetos de estabelecimentos de saúde deveriam ser aprovados previamente por órgãos competentes da Secretaria Estadual da Saúde (1979a).

As aprovações de projetos sanitários dentro de Santa Catarina deveriam passar pelo DAE, que por sua vez, seguia as especificações e normativas federais vigentes. Em 1980, os projetos arquitetônicos hospitalares eram planejados segundo as “Normas de construção e instalação do hospital geral” (1974). Essa normativa discorria sobre áreas de acessos e circulação, programas mínimos para cada departamento e projetos complementares como instalações elétricas, hidráulicas, mecânicas e especiais. Esta seria a última norma aplicada no Brasil em que se afirmava a necessidade e eficiência do uso de corredores duplos.

A circulação do hospital deverá ser estudada de forma a:
 Proteger áreas sensíveis, como: centro cirúrgico, centro obstétrico, terapia intensiva e berçário, de tráfego estranho ao serviço
Evitar o cruzamento de tráfego limpo e contaminado
 Evitar o cruzamento desnecessário de pacientes internos e externos (BRASIL, 1974. Grifo nosso.)

Ainda que já dotados de alguns avanços tecnológicos e conhecimentos acerca dos processos médicos, os hospitais da década de 1980 ainda atribuíam a algumas soluções arquitetônicas a responsabilidade no auxílio da prevenção e propagação de moléstias. Essas soluções exerciam o papel da *manutenção preditiva*. O termo utilizado por Karman (2011) anos depois, diz respeito a ação de antecipar, e executar uma arquitetura que previna e antecipe os fatos tão temidos na época.

Como a intenção deste estudo é a de investigar o processo de projeto de Irineu Breitman, não tomaremos como parte desta análise a averiguação interna adotada no HRC. Buscaremos, no entanto, identificar se há algum aspecto volumétrico e/ou de implantação que possa ter sido resultado de alguma diretriz normativa vigente⁹.

2.3.4 Contexto Econômico e Financeiro

Para executar o Hospital Regional de Chapecó foi utilizado uma verba advinda de uma soma de recursos próprios da Secretaria do Estado, recursos do Governo Federal e parte do Programa Alemão, este contribuindo com aproximadamente 20 milhões de marcos¹⁰. Essa verba, no entanto, não fora direcionada exclusivamente ao projeto hospitalar assinado por Breitman, e abrangeu também “... todas as novas unidades sanitárias projetadas, os novos hospitais regionais e o melhoramento de todas as unidades de saúde pública existentes no Estado, além de tratar também do cuidado do saneamento básico das escolas públicas e municipais.” (JNC, 1979).

Segundo a ficha de projeto do HRC (figura 40) estima-se que a obra exigiria mais de 1 bilhão de cruzeiros, um valor substancial para a época. Essa cifra não apenas reflete o porte da obra, mas também pode ser vista como um reflexo das necessidades urgentes de melhoria na infraestrutura de saúde. Além disso, a participação do Programa Alemão no financiamento do projeto também demonstra o caráter internacional das parcerias e a relevância do HRC dentro de um esforço mais amplo para a melhoria das condições de saúde pública. Ainda, o fato de os recursos não serem exclusivamente direcionados ao hospital indica um esforço coletivo maior para a reforma do sistema de saúde no estado.

⁹ Uma análise projetual pautada pela normativa mencionada foi realizada no projeto do HRC durante o curso de mestrado desta autora e encontrasse disponível para consulta na biblioteca da PUC Campinas.

¹⁰ Moeda alemã.

HOSPITAL		HOSPITAL REGIONAL DE CHAPECÓ	NÚMERO
ENTIDADE PROPRIETÁRIA		GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA	44
LOCALIZAÇÃO		CHAPECÓ - ESTADO DE SANTA CATARINA	ANO DE INÍCIO
CARACTERIZAÇÃO DOS PROJETOS	CONSULTORIA HOSPITALAR	Programa de necessidades para a construção de um hospital regional com capacidade operacional normal de 261 leitos	1979
	ESTUDOS ECONÔMICO-FINANCEIROS		
	PLANEJAMENTO FÍSICO	Projeto Arquitetônico e de Engenharia Final Área de construção: 18 869,98m ² Projetos executados: - Projeto Arquitetônico, Detalhes e Memorial - Estrutura - Instalações Elétricas, Intercomunicações, Sonorização, Relógio Elétrico e Chamada da Enfermeira - Projeto Hidro-Sanitário e de Combate a Incêndios - Central Térmica, Central de Combustíveis e Estação Preparadora de Água Quente - Cozinha, Copas e Lactário - Lavanderia e Costura - Ar Condicionado, Ventilação e Exaustão Mecânicas - Fluidos Especiais - Proteção Radiológica - Comunicação Visual - Paisagismo e infra-estrutura externa - Cálculos de Orçamento	1980
VALOR ESTIMADO DO EMPREENDIMENTO			
UNIDADE	OBRA	EQUIPAMENTO	TOTAL
Cr\$	815 705 377,00	326 282 150,00	1 141 987 527,00
ORTN	1 229 286,54	491 714,62	1 721 001,16
US	13 996 317,37	5 598 526,94	19 594 844,31

Figura 40 - Ficha de Projeto do HRC
Fonte: Acervo Irineu Breitman, IPH

2.3.5 Contexto Projetual

Segundo o memorial do projeto do HRC, o dimensionamento inicial do hospital, bem como sua capacidade de ampliação, foram definidos com direcionamentos dados pela comissão do DAE, a qual solicitou:

O HOSPITAL REGIONAL DE CHAPECÓ, conforme decisão da Comissão designada pela Portaria 13/DAW, do Exmo. Senhor Diretor do Departamento Autônomo de Edificações, com base em informações da Comissão Local, deverá ser um hospital geral, com características regionais, com ênfase à maternidade e à infância, tendo capacidade para cerca de 260 leitos.

Foi decidido, ainda, que este Hospital seja projetado com o mínimo de sofisticação, prevendo-se, porém, para o futuro, possibilidade de serem instalados equipamentos mais sofisticados, acompanhando, aliás, a evolução dos sistemas de assistência médico-hospitalar (MEMORIAL DESCRITIVO HRC, 1980).

Como resultado, esse hospital descrito como “geral com características regionais” reuniu os seguintes agrupamentos de serviços: central de utilidades, serviços administrativos e de abastecimento geral, centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, exames, emergência e internação. A setorização é ilustrada pela figura 41.

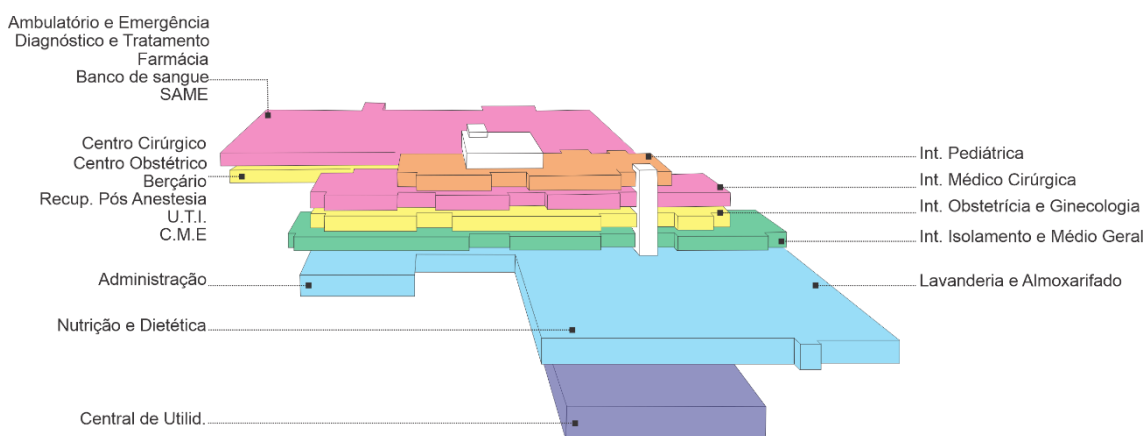


Figura 41 - Setorização HRC

Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

2.3.6 Tomada de decisões

Conforme descrito no capítulo 01, ao descrever seu processo projetual para uma reforma hospitalar, Breitman considerava indispensável portar de uma análise populacional, do programa de necessidades e do entendimento da topografia. É possível neste ponto, afirmar que esses três pilares iniciais costumavam guiar seu processo de concepção projetual e definição de forma.

Um dos fatos que auxiliam na sustentação deste argumento encontra-se no Memorial Descritivo de Projeto do HRC, o qual contempla em suas considerações preliminares, a descrição para a definição do dimensionamento do Ambulatório. Esse espaço foi calculado, além do número populacional, com base ainda na economia do município, na época sede na época da Cooperalfa.

A empresa insinuou sua intenção em direcionar os serviços oferecidos pelo HRC aos seus funcionários.

Para a área de Ambulatório, cuja necessidade a Comissão Local havia mantido sob interrogação, foi decidido finalmente que deverá ser prevista a Unidade com cerca de 15 consultórios, ou seja, uma média de 405 consultas diárias, computando-se 30% para primeiras consultas a 30 minutos cada e 70% para consultas subsequentes, a 20 minutos cada. Essa decisão foi influenciada, inclusive, pela possibilidade de a Cooperalfa vir a deslocar todo o atendimento ambulatorial que mantém em sua sede para o futuro hospital (MEMORIAL DESCRITIVO HRC, 1980).

Outro fator que influenciava em suas decisões e escolhas projetuais, está contido na aplicação do princípio ditado pelo arquiteto norte-americano Louis Sullivan: “A forma segue a função”. Em um depoimento coletado com o filho de Breitman, Lúcio Breitman¹¹ destacou a importância deste princípio em suas escolhas projetuais. Especificamente no projeto do HRC é possível identificar o uso de uma malha de 1,20 x 1,20m aplicada no dimensionamento dos quartos e locação de número de leitos. Breitman utilizava 1 malha ou $\frac{1}{2}$ malha a depender do número de pacientes locados no quarto. Esta forma rigorosa de seguir os valores estipulados em sua malha permitiu um aproveitamento total do espaço e com a distribuição intercalada entre quatro x enfermaria obteve um resultado de fachada da torre de internação com um jogo de volumes e ritmo muito interessante (figura 42).

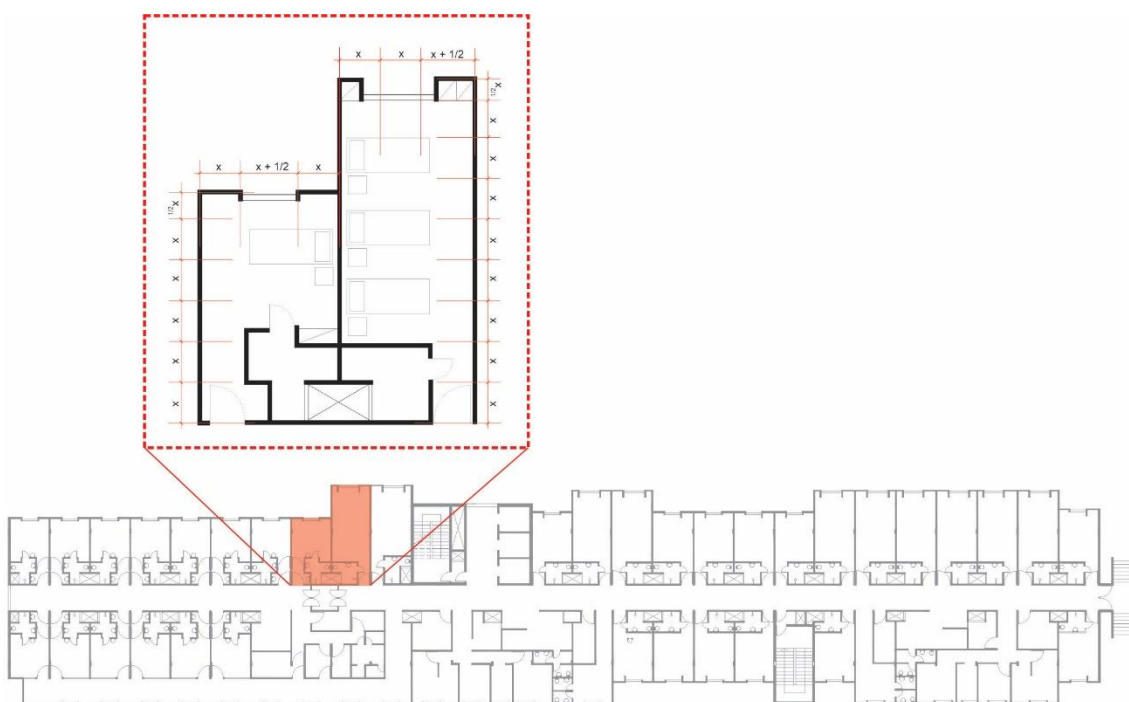


Figura 42 - Estudo de Modulação aplicada aos quartos de internação no Projeto HRC

Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

¹¹ Lúcio Breitman é arquiteto e com auxílio dos outros membros familiares de Irineu Breitman, doou o acervo das obras e projetos de seu pai ao Instituto de Pesquisas Hospitalares afim de perpetuar sua contribuição a arquitetura. A esposa de Breitman e Lúcio foram importantes figuras no entendimento e compreensão do arquiteto estudado durante o mestrado, concedendo assim um depoimento que contribuiu para as pesquisas iniciais de sua obra. Outras informações podem ser encontradas na dissertação de mestrado publicada na biblioteca da PUC Campinas.

Lúcio ainda destacou que é curioso notar que anos mais tarde a RDC-50 (BRASIL, 2002) acabou por adotar as dimensões utilizadas por Breitman como parâmetro indicativo para ser empregado no distanciamento entre leitos e paredes de ambientes destinados à internação.

2.3.7 Continuidade do Processo

De acordo com o plano arquitetônico, o projeto datado de 1979 ocupava uma área de aproximadamente 35 mil metros quadrados. Composto por seis pavimentos, adota uma abordagem que pode ser caracterizada como *vertical escalonado*. Essa classificação descreve o volume que surge da composição de cubos sobrepostos: nasce de uma montagem vertical de uma série de módulos autônomos escalonados, de modo que cada unidade tenha conexão com os demais pavimentos pelo seu núcleo rígido formado por escada enclausurada e elevadores. Esta solução arquitetônica permitiu o melhor aproveitamento do terreno, e que, segundo as análises a seguir, direcionou boa parte das decisões projetuais adotadas.

Por meio da figura 43, que representa uma perspectiva do espaço e inserção do projeto, é possível comprovar o processo de concepção arquitetônica atrelado a inserção na irregularidade do espaço conforme descrito por Irineu Breitman.

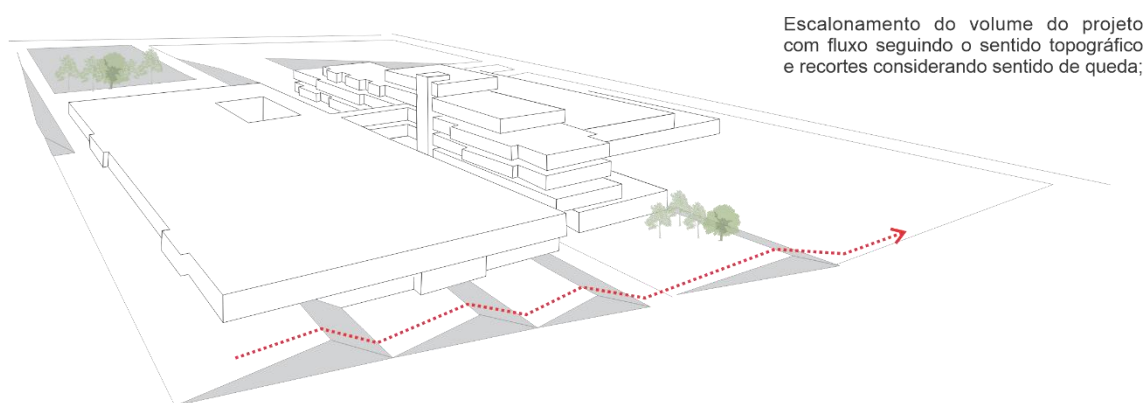


Figura 43 - Taludes gerados conforme fluxo topográfico
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

A inclinação do terreno permite configurar-se, hipoteticamente, cinco patamares, da Rua Madrid em direção à Rua Israel, nas cotas de nível 126, 122, 118, 112 e 107, correspondendo a locação dos pisos de construção (Projeto HRC, 1980).

É possível observar que os recortes e taludes criados correspondem as necessidades do projeto, mas ao mesmo tempo, o volume se encaixa nas irregularidades e desníveis presentes no espaço. Além disso, ao analisar os bolsões de estacionamento (figura 44), nota-se que essas áreas não foram submetidas a intervenções topográficas, sendo, portanto, ajustadas ao relevo já presente. Esta atitude sugere uma consideração quanto à preservação dos aspectos originais do sítio onde o projeto iria ser inserido. A movimentação de terra é feita de forma cuidadosa, alterando somente o necessário para receber o projeto do HRC.

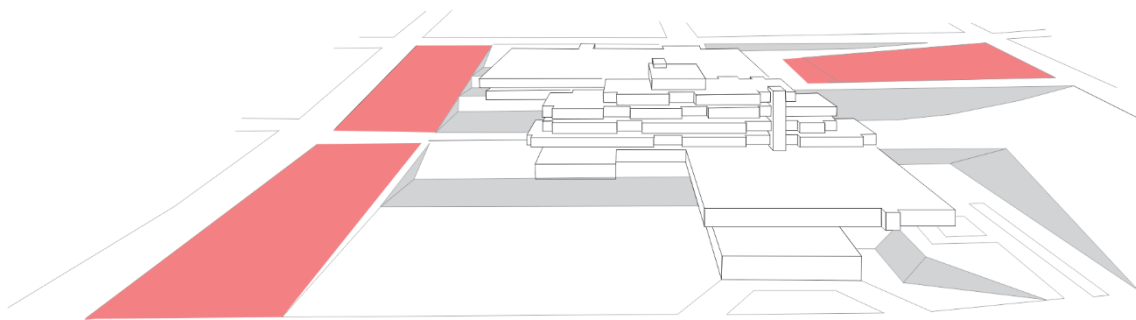


Figura 44 - Bolsões de estacionamento sem recortes ou adaptações topográficas
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

Em contraste com as considerações que os projetos contemporâneos estão submetidos percebe-se que a acessibilidade não era uma preocupação por ocasião do estabelecimento dos bolsões de estacionamento alocados em espaços irregulares. Mas, ainda que não considerado em projeto, o acesso de pacientes a ala de Clínica Médica e Exames (Acesso 01 – Figura 19) sendo locado no nível da Rua Montevideu, permite atualmente a fácil inclusão de vagas urbanas e percursos adaptados ao público PcD.

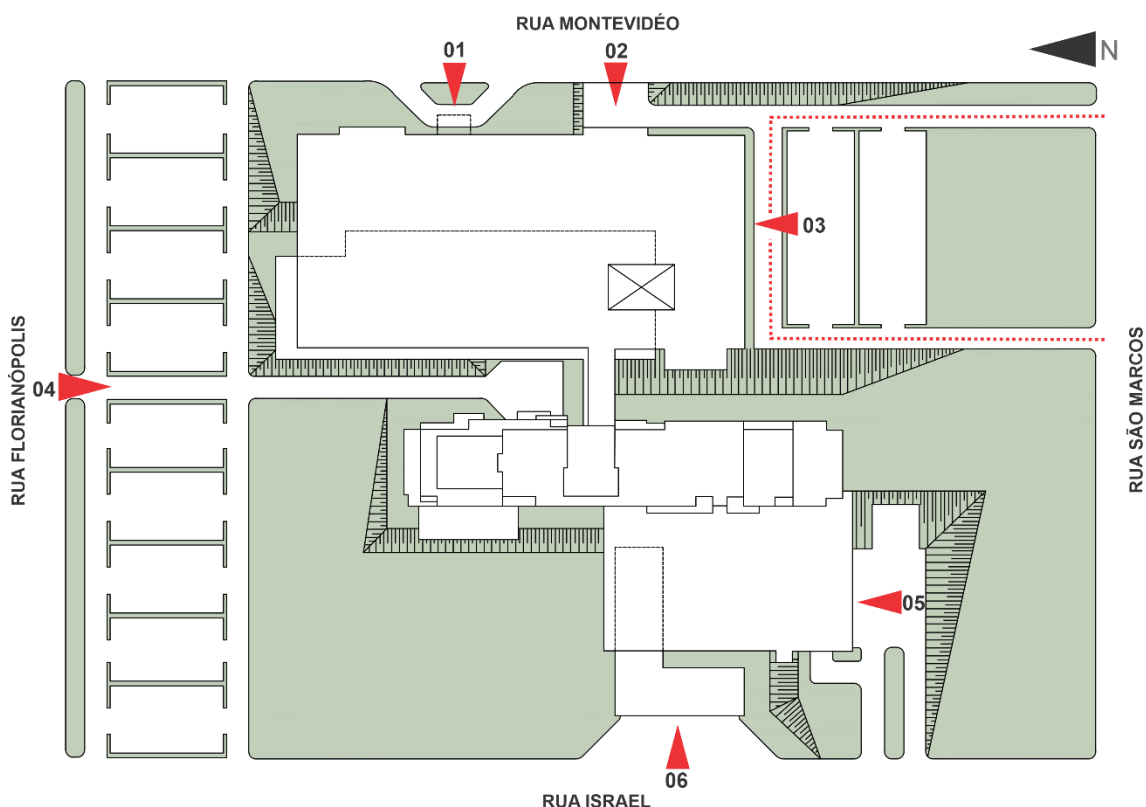


Figura 45 - Implantação do Projeto do HRC e demarcação de acessos (sem escala)
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

Alguns aspectos indicam que decisões de adaptações de topografia foram realizadas posteriormente a definição de acessos e fluxogramas. Um dos aspectos pode ser identificado no talude destacado na figura 46. Locado na fachada oeste do terreno, este talude indica uma decisão de projeto posterior ao estudo preliminar volumétrico, uma vez que se encontra

estrategicamente posicionado para permitir fluxo e entrada na área de serviços localizada no acesso em destaque pela seta vermelha. Entende-se neste ponto que as decisões projetuais eram norteadas por adaptação do projeto à topografia buscando alterá-la o mínimo possível.

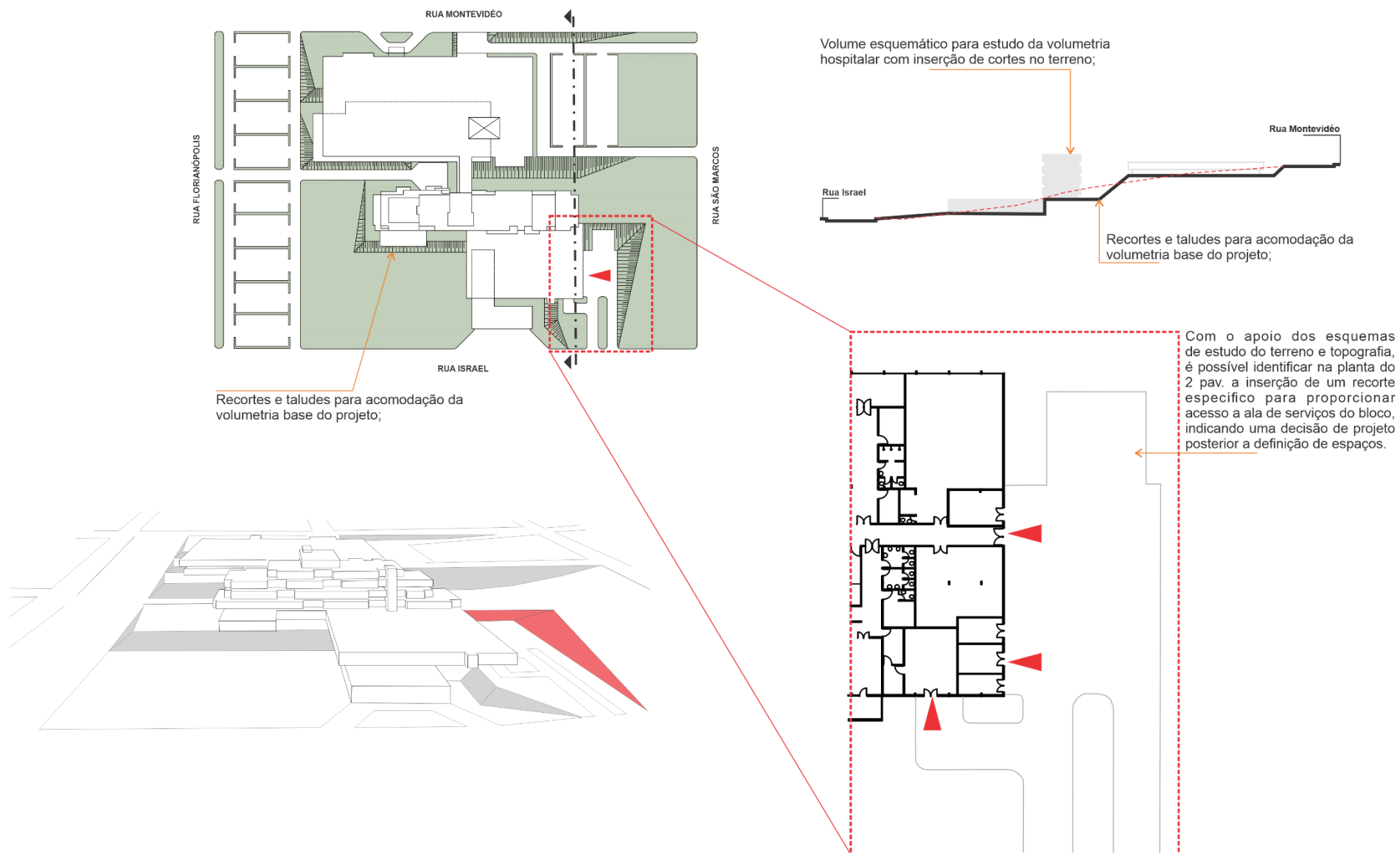


Figura 46 - Estudo de topografia e decisões posteriores ao estudo preliminar
 Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

Nota-se que a decisão projetual ao invés de questionar a topografia a toma como aliada para resolver questões do programa. Este é o caso do centro obstétrico e cirúrgico localizados no quarto pavimento, o qual, em virtude do escalonamento projetual adotado, foi direcionado a porção semienterrada do volume (figura 47).

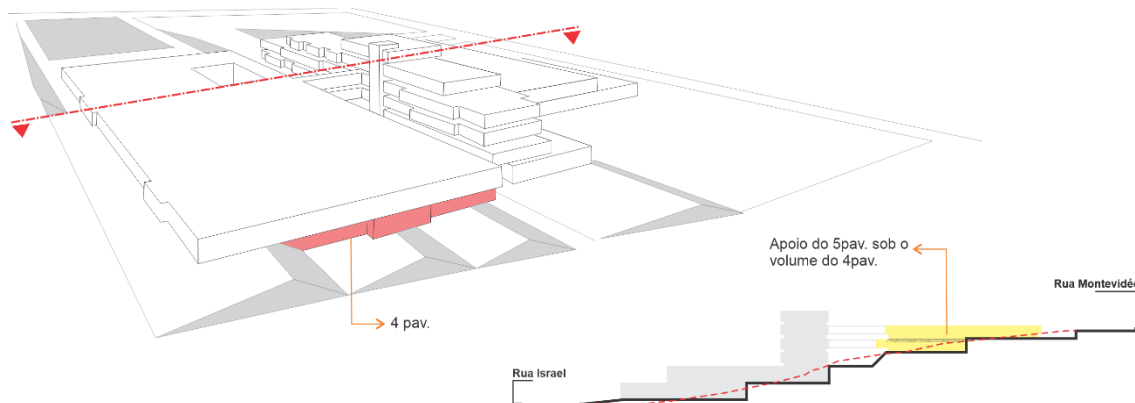


Figura 47 – Posicionamento do centro obstétrico frente ao aproveitamento da topografia
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

Na época de sua concepção deve-se considerar que os centros cirúrgicos e obstétricos eram espaços de acesso limitado e que consideravam *fluxo sujo x limpo*, tendo ainda, controle luminoso indicado em norma. Esta limitação imposta por paradigma tornou-se partido de projeto explicado por Irineu Breitman na prancha do projeto, onde diz: “A necessidade de prover a maioria destes serviços com ar condicionado foi explorada colocando em piso com menor possibilidade de iluminação e ventilação.”. Sendo assim, a locação de um bloco abaixo do quinto pavimento, parcialmente enterrado, permitia suporte estrutural ao pavimento superior e ocupação total do espaço que já seria alterado para implantação do quinto pavimento.

Além do suporte estrutural ao quinto pavimento, Breitman justificou a sua localização em virtude do controle lumínico necessário nesses ambientes, assim, percorrendo novos caminhos para o estudo do projeto consideramos a figura 48 que ilustra as temperaturas predominantemente amenas e classificadas abaixo da zona de conforto junto aos ventos majoritariamente vindos do sul e sudeste, entendendo que uma priorização de iluminação natural e aberturas seriam pontos chaves do projeto.

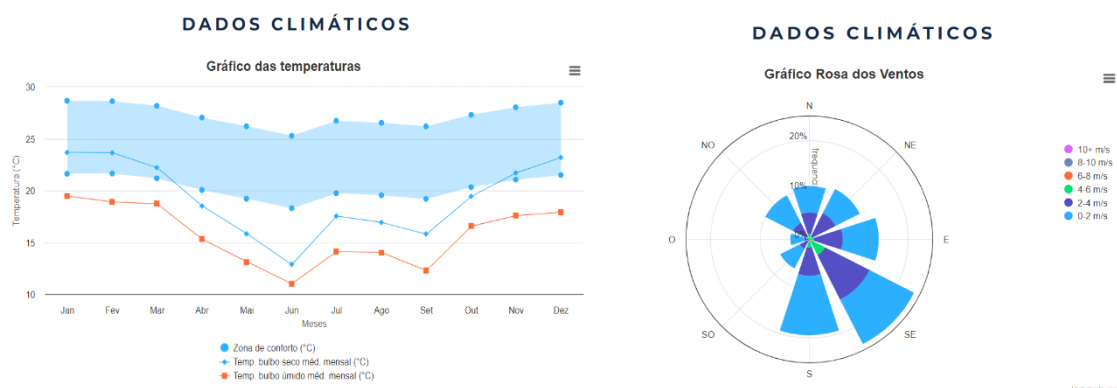


Figura 48 - Dados climáticos da região de Chapecó (SC)
Fonte: Projeteer, 2023

A figura 49 destaca uma das mais importantes soluções adotadas quando considerado conforto lumínico. Os *sheds* locados em toda nas coberturas do quinto e segundo pavimentos foram pensados para permitir conforto luminoso nos largos andares. O que é importante notar nessa solução são os direcionamentos destas aberturas: no segundo pavimento, os sheds são voltados a sul, enquanto que o pavimento cinco recebe intervalos de aberturas e estas são voltadas a norte.

O direcionamento a sul ou a norte era definido por norma¹², que não permitia a insolação solar direta em áreas de trabalho como cozinhas e lavanderias por exemplo – ambientes locados no segundo pavimento do HRC. Embora faceados contra a maior área e insolação, estas aberturas ainda permitiam o ingresso de luz natural. Por sua vez, as aberturas voltadas a norte eram posicionadas por Irineu Breitman de forma que atingissem salas de espera, consulta e de conforto médico, por exemplo. Essas soluções foram fruto de aprendizados resultantes de seus mentores – como Rino Levi e Jarbas Karman (BREITMAN, 2006).

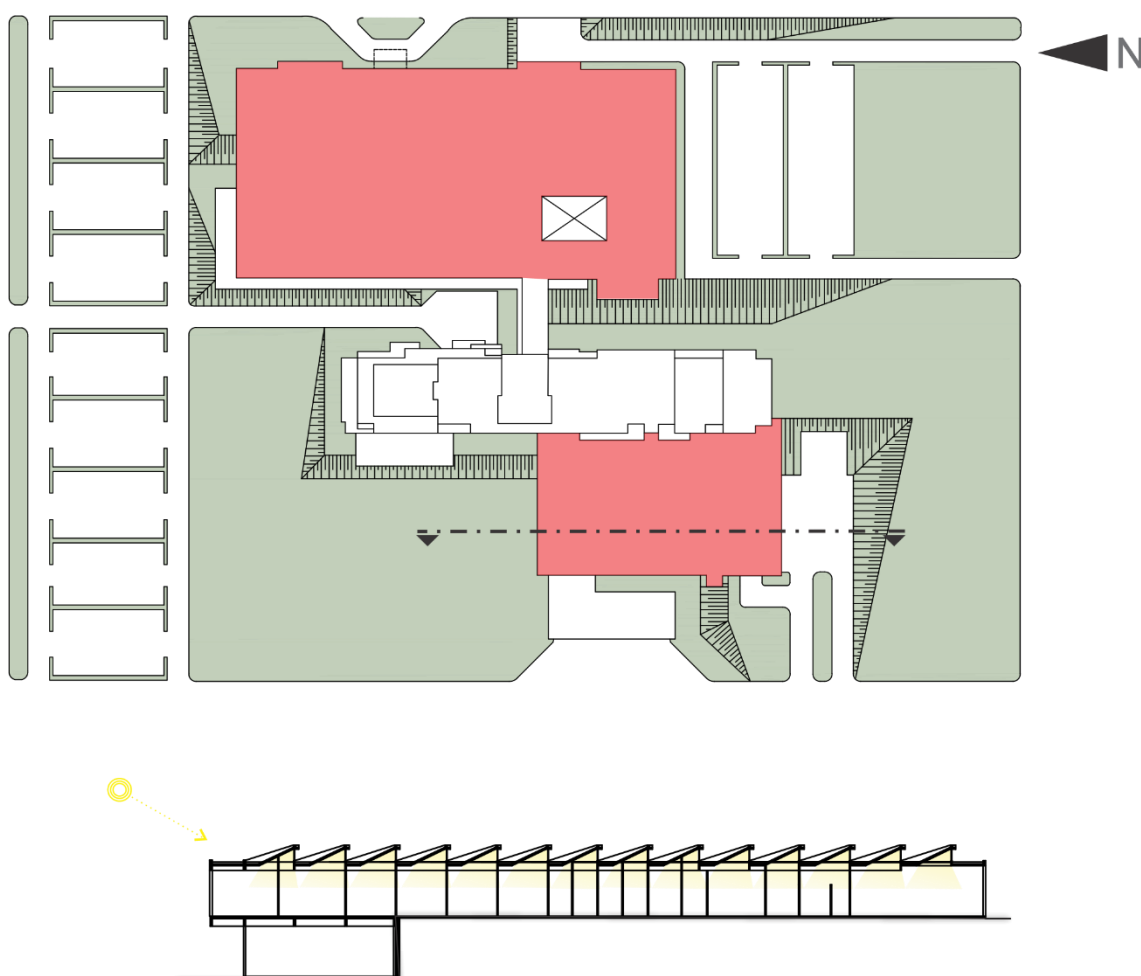


Figura 49 - Estudos e hipóteses das possíveis soluções adotadas quando considerado incidência solar e ventos
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

¹²A NB-08/1980, intitulada "Normas Técnicas de Projetos e Construções de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde" foi publicada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) em 1980.



Figura 50 - Hospital Miguel Piltcher em Pelotas (RS)
Fonte: IPH, 2018

Os sheds foram primeiramente utilizados por Breitman no projeto do Hospital Miguel Piltcher (HMP), na cidade de Pelotas (RS), em 1974 (figura 50) e posteriormente foram reproduzidos ainda em outros projetos, um deles sendo o HRC. Anteriormente ao projeto do Miguel Piltcher, Breitman fez uso de aberturas zenitais na Clínica Pinel, embora não seja possível estabelecer quais os formatos utilizados neste período.

A entrevista realizada com Irineu Breitman, mencionada previamente no Capítulo 1¹³, permitiu identificar algumas premissas e diretrizes projetuais que são possíveis de ver replicadas no projeto do HRC. Por exemplo, o uso de altas e largas aberturas com setorizações entre peitoril fixo, abertura central e superior, esta última sendo adicionada justamente para proporcionar maior aeração aos quartos de internação. A imagem 51 demarca na fachada oeste do HRC, as aberturas utilizadas nos quartos de internação, com diferentes tipos de aberturas, permitindo maior aproveitamento da luz e ventilação naturais.

Outro exemplo é quanto à forma do projeto do HRC, que, segundo o arquiteto, em entrevista, veio como inspiração do Projeto do Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt (HRHDS) (figura 52), o qual foi gerado com base na planta, dando origem a uma sobreposição de prismas retangulares, visto posteriormente no HRC (MASCARELLO, 2005).

¹³ Entrevista realizada por Mascarello (2005) e mencionada a partir da página 33.

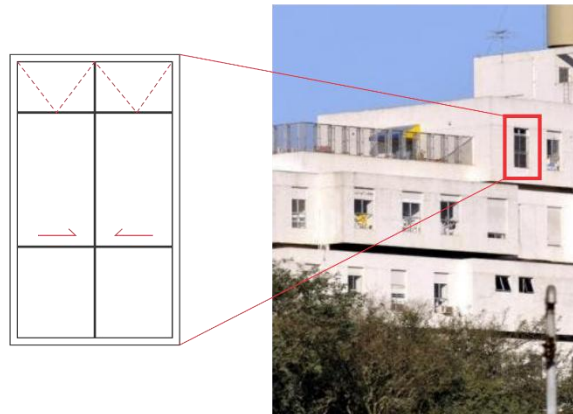


Figura 51 - Fachada Oeste do HRC com destaque para as aberturas utilizadas nos quartos de internação
 Fonte: Gerado pela autora com base em NSC Total (2021), 2024

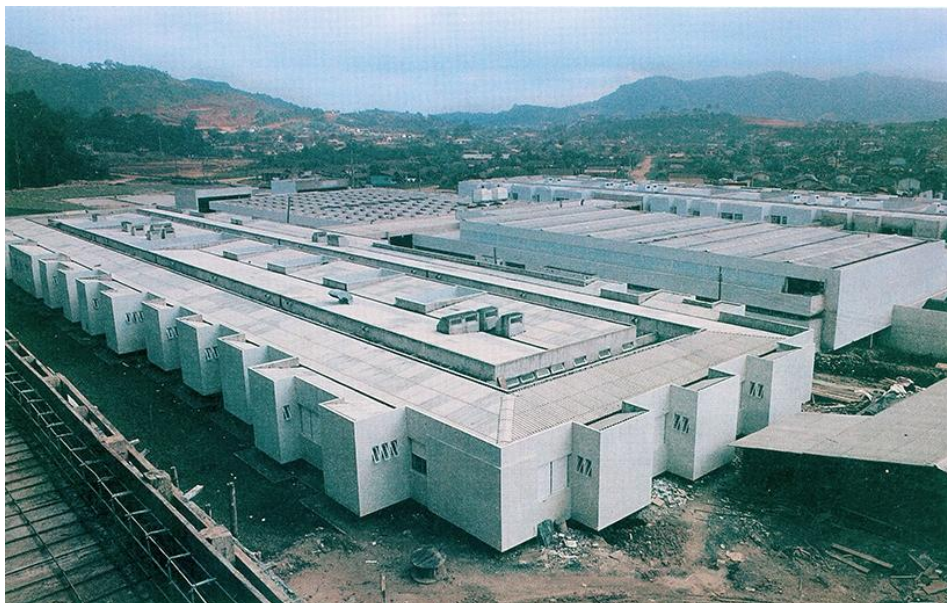


Figura 52 - Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt
 Fonte: IPH, 2018

Sobre a forma do HRC, Toledo (2008) descreve as disposições dos blocos sobrepostos como uma “grande liberdade plástica” e uma clara forma de identificar as diferentes unidades funcionais

derivadas da permissividade que o arquiteto adotou aplicando “(...) a área efetivamente necessária às suas atividades. Sua adoção traduz, com perfeição, a célebre frase “a forma segue a função”.

Esta abordagem criativa adotada por Irineu Breitman é capaz de enfatizar sua liberdade plástica na disposição dos blocos aliada à sua preocupação em adequar o espaço às atividades necessárias. Um dos exemplos desta abordagem pode ser destacado nas palavras de Paulo Lindolf Lamb (1974) em uma descrição do berçário ideal reproduzida pelo arquiteto.

1. Localização

O Berçário deve ser localizado o mais próximo possível do Centro Obstétrico.

Deve haver ligação direta entre a Sala de Reanimação Fetal (ou de Primeiros Cuidados do Recém-nascido) e o Posto de Enfermagem do Berçário, a fim de possibilitar o mínimo de agressão ao recém-nascido, nestes primeiros instantes de vida.

O Berçário deve ser projetado e localizado de tal forma que permita a visita externa pelos familiares, sem que entrem em contacto direto com as áreas de circulação interna, restrita do serviço.

É importante que se localize próximo à Unidade de Internação Obstétrica, para facilitar o seu transporte para mamadas (LAMB, 1974).

Esta descrição foi apresentada em uma palestra ministrada no Simpósio sobre Assistência Perinatal de 1974, realizado pela Associação Médica do Rio Grande do Sul. Lamb, além de administrador hospitalar foi também um dos consultores de Irineu Breitman. Suas orientações, que podem ser observadas de forma esquemática e resumida pela figura 53 encaixam-se perfeitamente como uma descrição do projeto analisado (figura 54), e mesmo datada alguns anos antes do projeto do HRC indica uma formação projetual já utilizada pelo escritório de Breitman, visto que sua palestra foi pautada em um projeto anterior. Esta padronização e repetição de soluções vistas em projetos sequenciais pode indicar uma verificação de funcionamento frente a projetos anteriores.



Figura 53 - Esquema de localização e fluxos para um berçário segundo Lamb

Fonte: Gerado pela autora com base em Lamb (1974), 2024

Outro exemplo de sua liberdade plástica e disposição de blocos pode ser observado na consideração entre a facilidade de acesso e a mínima interferência em outros setores. Com base

nisso, Breitman define a localização da lavanderia próximo a circulação vertical, o que permitiu uma coleta centralizada nos pavimentos superiores e fácil direcionamento dos itens ao complexo destinado para tal (figura 55). Foi observado fortemente a intenção de que um elemento funcionasse de forma a contribuir com o todo do projeto e de diferentes pontos de vistas e funções. Isso pôde ser observado no posicionamento do quarto pavimento sob o maior recorte topográfico, bem como suporte estrutural ao maior pavimento superior, e composto por ambientes que deveriam ter controle de luz natural e acessos.

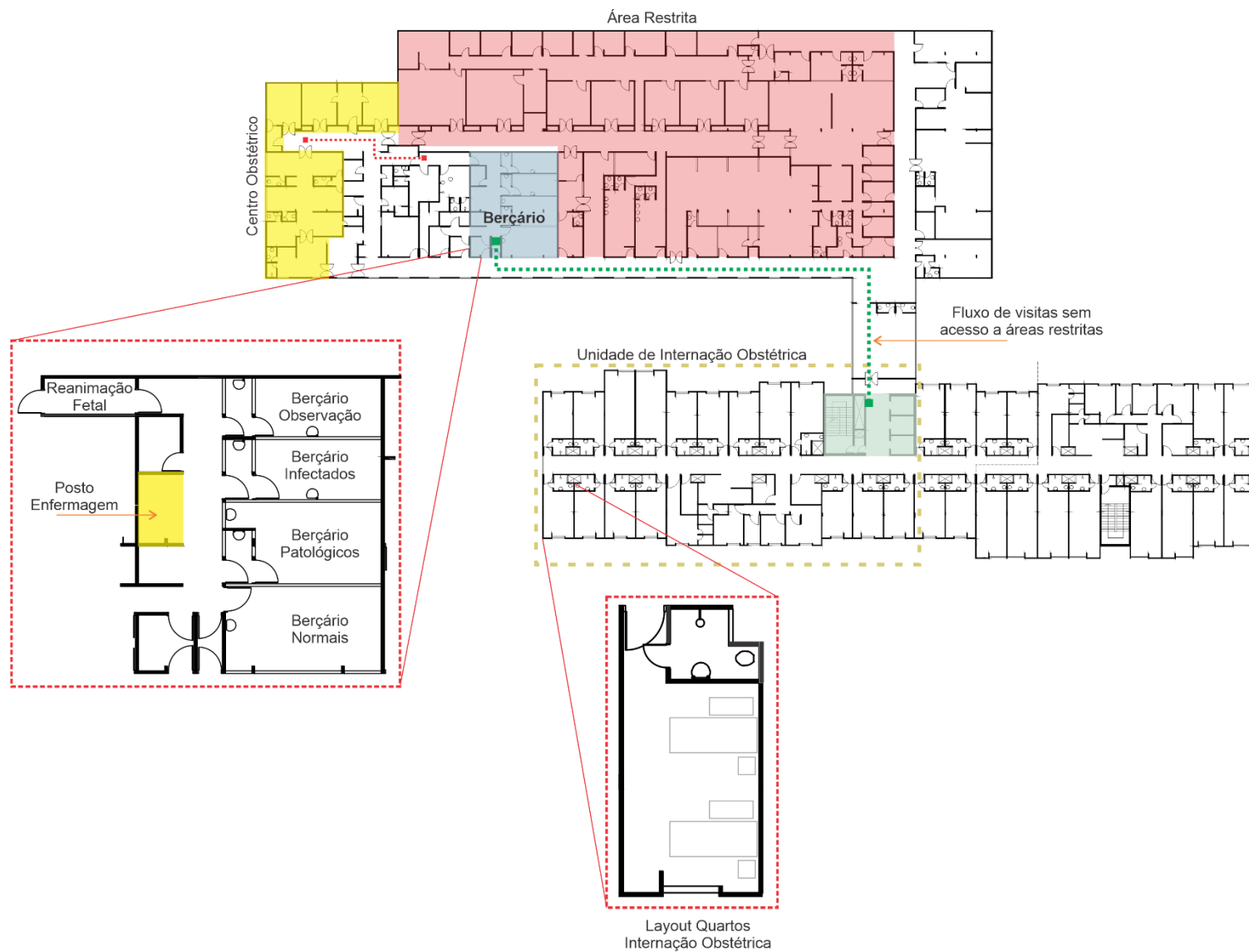


Figura 54 - Disposição do Berçário do Hospital Regional de Chapecó conforme palestra de Lamb
 Fonte: Gerado pela autora com base em Lamb (1974) e Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

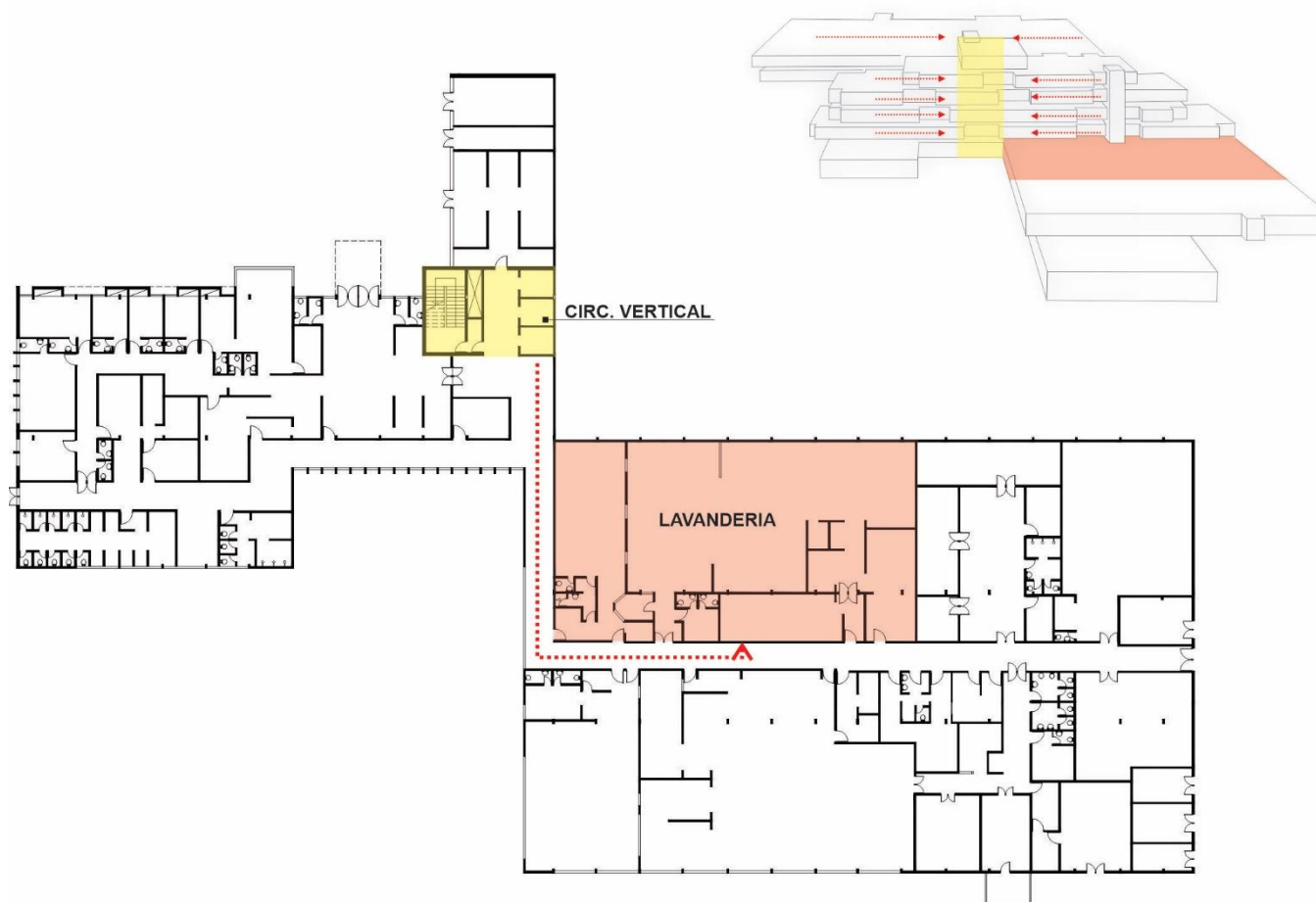


Figura 55 - Estudo da localização da Lavanderia em consideração ao descrito em Memorial Descritivo
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRC, Acervo IPH, 2024

2.3.8 Rede de relações

Além de entender a multidisciplinaridade presente em projetos hospitalares, Breitman demonstrava-se ávido pelo compartilhamento de informações e evolução de novas técnicas projetuais aplicáveis aos espaços de saúde, dado sua grande conexão com outros arquitetos como mencionado no capítulo 01.

Apesar de seu escritório compor uma grande equipe multidisciplinar, foi identificado neste projeto apenas a participação de: Dr. Paulo Lindolfo Lamb como consultor, A. E. Sant' Anna e M. L. Adams como arquitetos colaboradores, e de Gerson Rezende, Leonardo Pereira, Luiz Azevedo, M. Suffert, Rosane e Bruno com desenhos (Projeto HRC, 1979).

A figura de Dr. Paulo Lindolfo Lamb é central no projeto do HRC, pois sua formação multidisciplinar combinava o conhecimento médico com a administração hospitalar, uma característica rara na época. Sua atuação como consultor médico no projeto possibilitou um alinhamento entre os requisitos técnicos e operacionais do hospital com as necessidades médicas e funcionais do atendimento.

Além disso, Lamb. Sua experiência em gestão de hospitais e sua colaboração com Irineu Breitman contribuíram significativamente para a eficiência do projeto do HRC, garantindo que o hospital fosse projetado com uma estrutura funcional adequada, o que hoje se reflete nas decisões projetuais que se destacam pela fluidez e eficiência operacional. Sua atuação profissional além de consultor dentro do HOSPITASA registra cargos como administrador hospitalar do Hospital Ernesto Dornelles (AFPERGS), Administração do Hospital de Pronto Socorro Municipal e no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFRGS. Ainda, assinou junto a Irineu Breitman algumas publicações de hospitais projetados pelo HOSPITASA, outros artigos e cursos referentes a distribuição hospitalar.

2.3.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Regional de Chapecó

Ao estudar o projeto fica claro o uso de padrões de repetição e da regularidade formal aplicada ao hospital. Suas modulações buscam uma padronização e facilidade de execução sem abrir mão de uma solução volumétrica harmoniosa. No que diz respeito ao processo de projeto, foi possível observar uma linearidade de pensamento sequencial ao descrito no capítulo anterior. Ainda assim, a etapa de investigação inicial não era perdida, e pode ser identificado nos momentos sequenciais de projeto, visto que o próprio memorial descreve, por exemplo, as considerações iniciais levantadas a respeito de cada unidade de funcionamento e a reflexão do seu resultado em projeto.

A abordagem do projeto do HRC também reflete a continuidade do aprendizado de Breitman, cujas experiências anteriores e relações com mentores como Rino Levi e Jarbas Karman influenciaram suas escolhas. O uso de grandes aberturas e setorizações específicas para ventilação e iluminação remete a soluções adotadas em projetos anteriores, como no Hospital Miguel Piltcher, e na Clínica Pinel, estabelecendo uma linguagem projetual contínua no trabalho do arquiteto.

A análise do projeto do Hospital Regional de Chapecó demonstra uma forte integração entre as soluções arquitetônicas e as condições topográficas e ambientais do terreno. A adaptação cuidadosa ao contexto local, a utilização de soluções técnicas para controle ambiental e a

flexibilidade no uso do espaço refletem a capacidade de Irineu Breitman em conceber um projeto hospitalar eficiente, funcional e ambientalmente consciente. O uso de soluções repetidas e a incorporação de aprendizados de projetos anteriores também sublinham uma abordagem reflexiva e em constante evolução.

2.4 Análise Hospital Regional da Grande Florianópolis

Este estudo de caso tem por objetivo estudar e analisar o projeto assinado por Irineu Breitman para conceber o Hospital Regional da Grande Florianópolis (HRGF). Essa análise foi construída em cima de fonte primária – projeto original contido em seu acervo – e em fontes secundárias – publicações diversas. É importante informar que este hospital não possuía em seu acervo todas as peças arquitetônicas disponíveis. Foi identificado a ausência da planta baixa do segundo pavimento – que reúne os setores de cirurgia, obstetrícia e UTI. Ainda assim, escolheu-se dar sequência na análise do projeto considerando que este estudo leva em consideração o processo projetual conceitual de forma e setorização, sem analisar fluxos e/ou disposições internas.

Situado em São José, município da Grande Florianópolis, em Santa Catarina, a edificação do Hospital Regional da Grande Florianópolis foi inaugurada em 25 de fevereiro de 1987 e iniciou suas atividades em março do mesmo ano. No total, o projeto englobou mais de 27.000m² sendo caracterizado até os dias atuais como um dos maiores do estado. Atualmente, o espaço de saúde é identificado como Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, homenagem ao médico que trabalhou no estado desde 1940 atuando principalmente no controle e tratamento da hanseníase (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES, 2024).

2.4.1 Contexto físico

A cidade que abriga o projeto de Breitman foi fundada por 182 casais de açorianos vindos das ilhas de São Miguel e São Jorge (PT), em 1750. Seu desenvolvimento esteve sempre atrelado a conexão direta com a ilha de Florianópolis, o que culminou em um atraso industrial no início do século XX, resultante da construção da ponte Hercílio Luz. No final da década de 40 a ilha de Florianópolis começa a explorar seu potencial turístico. Em decorrência disto, “A partir de 1970 São José se tornou polo receptivo do êxodo rural para a Grande Florianópolis, portanto seu crescimento urbano está ligado à explosão urbana de Florianópolis. Em 1970, São José possuía 42.235 habitantes.” (FARIAS, apud SÃO JOSÉ, 2004). A expansão urbana é retomada com força a partir de 1971 com a finalização da BR-101 (CORREIO DE SANTA CATARINA, 2023).

Essa evolução urbana pode ser visualizada na figura 56, que demonstra uma ocupação concentrada nas faixas litorâneas e com ligação direta a Florianópolis até o início de 1960. Após a finalização da BR-101 é possível identificar um crescente adensamento em direção ao interior do Estado.

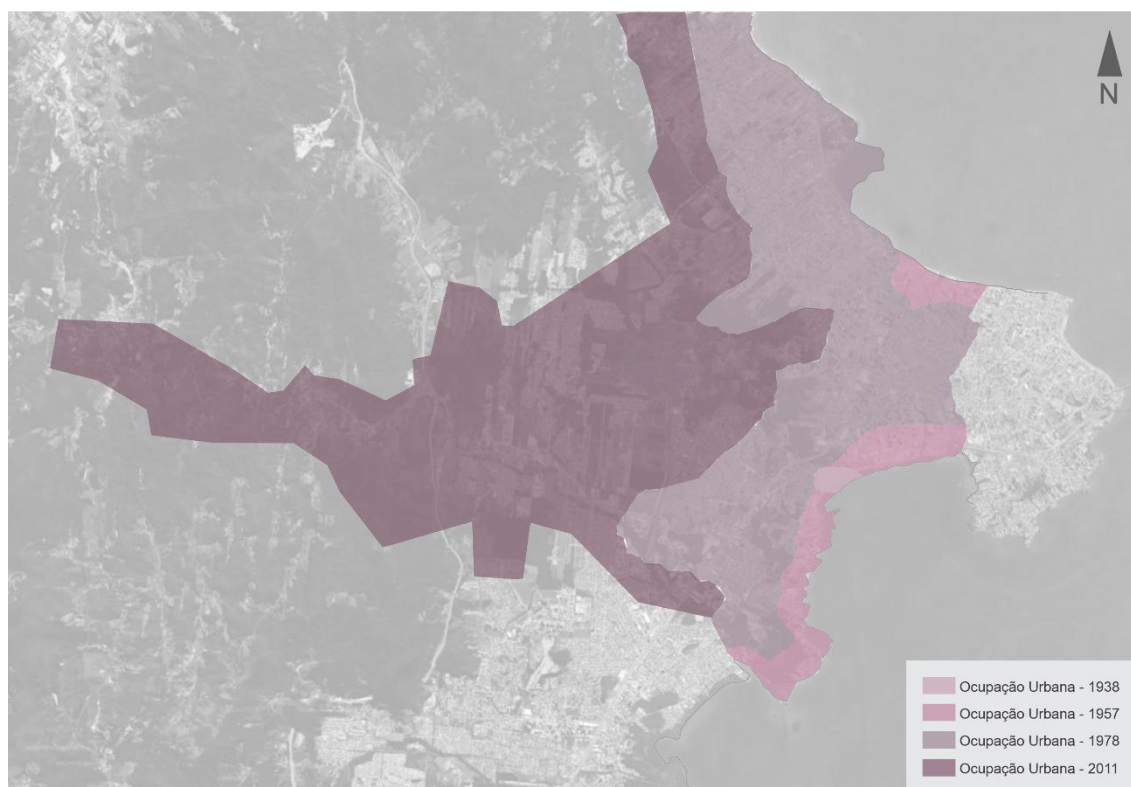


Figura 56 - Evolução da ocupação urbana em São José – SC
Fonte: Gerado pela autora com base em São José (2011), 2024

Como o Hospital Regional de Chapecó, o Hospital Regional da Grande Florianópolis também contou com doação do terreno destinado ao empreendimento (CORREIO DO POVO, 1979). A gleba destinada ao projeto locava-se na faixa urbanizada até 1957, contudo ainda eram vastas as áreas de vazio urbano, principalmente locadas no entorno imediato do terreno (figura 57). Essa ausência de aglomeração em seu perímetro adjacente se deu principalmente, devido ao fato de o sítio estar circundado por grande área vegetativa, massa que permanece em grande parte até os dias de hoje.

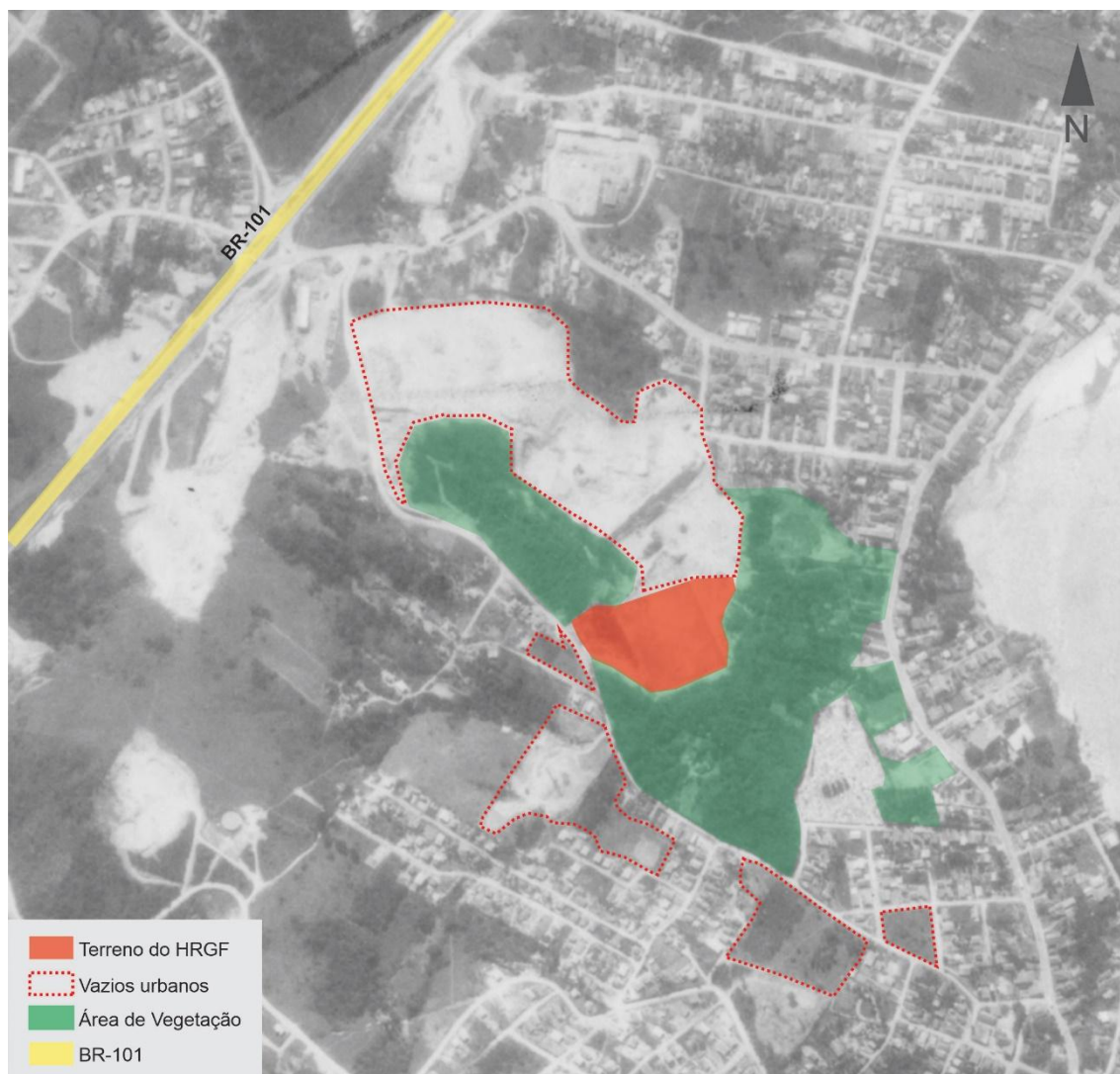


Figura 57 - Entorno imediato ao terreno de implantação do HRGF em 1980

Fonte: Gerado pela autora com base em São José (2011), 2024

Na época de implantação, o terreno do HRGF possibilitava dois acessos por ruas distintas (figura 58). Além disso, sua topografia era fragmentada por dois patamares: um deles com predomínio de espaço amplo e plano e outro pequeno recorte em cota 4m acima (figura 59).

Foi a partir desses pontos que Irineu Breitman tomou partido para o projeto do HRGF. Além de optar por posicionar o volume principal da edificação na cota plana, a apresentação de projeto relata que o acesso principal (figura 59) foi definido em virtude de dois fatores relevantes: enquanto a Rua Raulino Gerlack apresentava ausência de pavimentação, e grandes variações topográficas, a Rua Adolf Donato da Silva permitia conexão direta com a Rua Luiz Fagundes e por sua vez conectava o hospital a BR-101. Ainda, naquele momento, apesar da Rua Adolf Donato da Silva ainda ser uma estrada de terra, o loteamento vizinho – atual bairro Praia Comprida –, ao norte, estava sendo implantado concomitantemente ao projeto hospitalar, demandando pavimentação em breve.

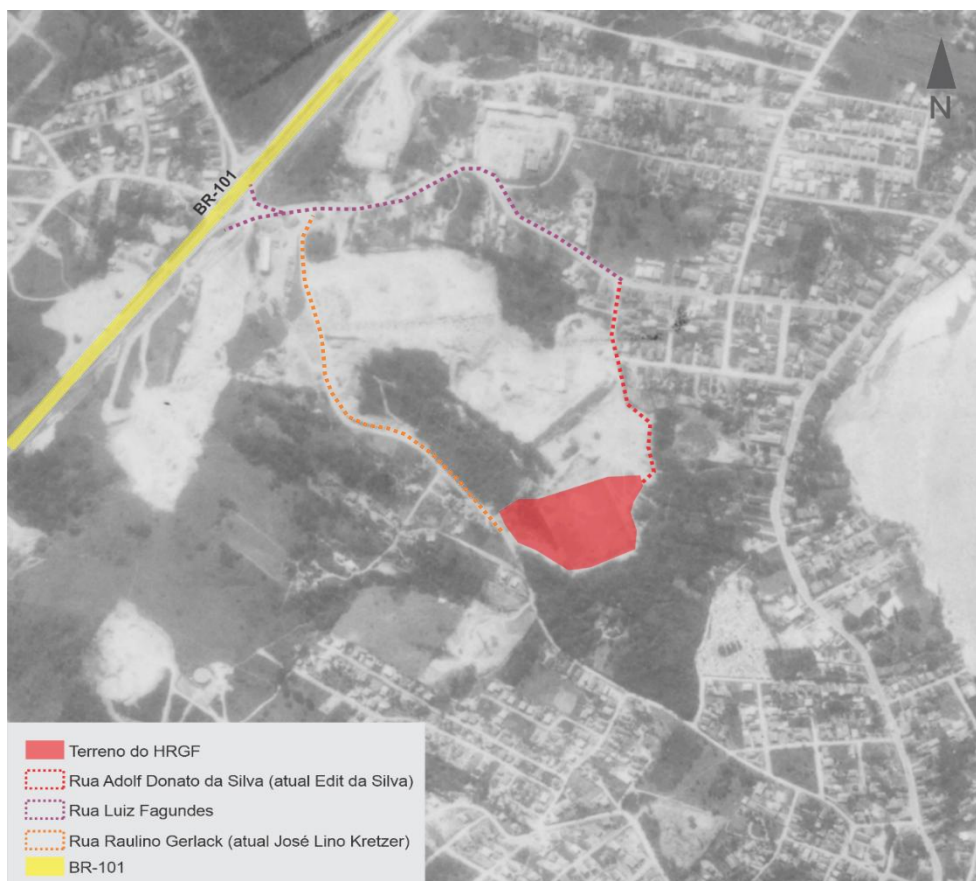


Figura 58 - Identificação de ruas e acessos ao terreno de implantação do HRGF
 Fonte: Gerado pela autora com base em SEPLAN (1978), Google Maps e Acervo Irineu Breitman, 2024

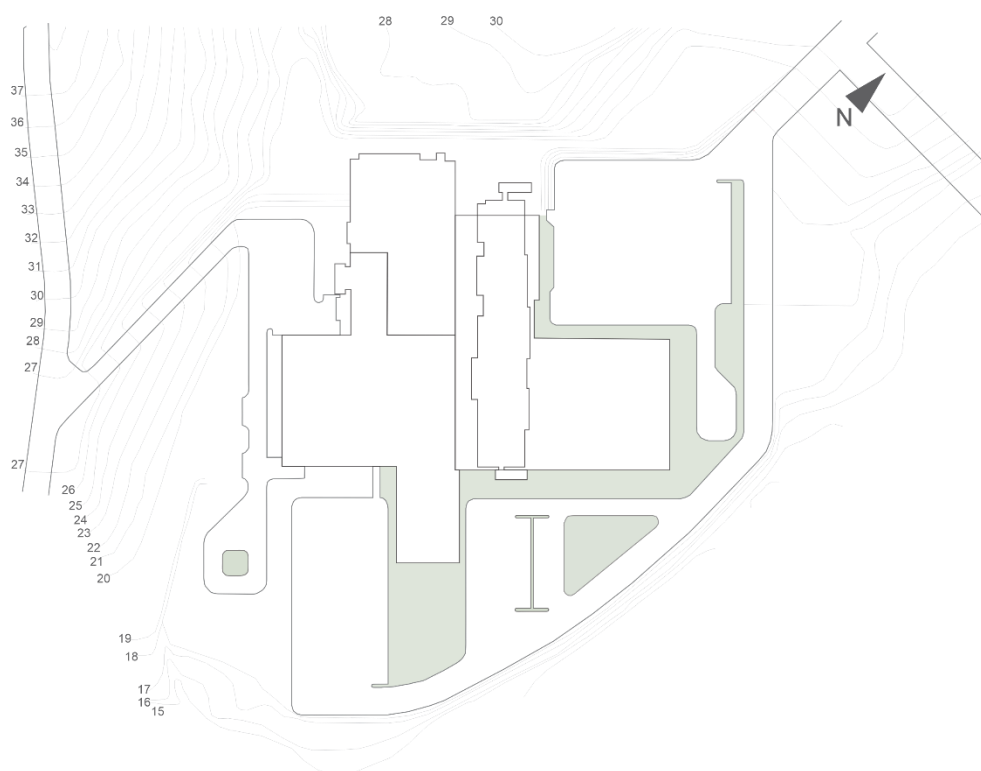


Figura 59 - Topografia do terreno com inserção do Projeto do HRGF
 Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

2.4.2 Contexto sócio-histórico-cultural

Dado que a contratação do projeto do HRGF ocorreu no mesmo pacote que os demais hospitais gerais fechados para o estado de Santa Catarina, seu contexto sócio-histórico-cultural está alinhado ao descrito no item 2.1.2. No entanto, é importante ressaltar que a localização do HRGF na região metropolitana da capital trouxe especificidades em relação à demanda por serviços de saúde e ao impacto da urbanização acelerada da Grande Florianópolis na época.

2.4.3 Contexto Legal

A Lei 1.605 de 1985, que dispunha sobre Zoneamento, Uso e Ocupação do Solo do município de São José, locava o Hospital Regional como pertencente a Área Mista Central. A legislação municipal definia ainda Áreas Comunitário/Institucionais (ACI) que englobavam todos os equipamentos comunitários e institucionais capazes de garantir o funcionamento satisfatório dos usos urbanos e bem-estar da população. Dentro dessas ACIs, existiam as *Áreas para Saúde, Assistência Social e Culto (ACI-3)*, que eram dispostas no interior das grandes zonas da cidade.

Dessa forma, o projeto do HRGF seguiu os parâmetros estabelecidos para ocupação em Áreas Mistadas Centrais, garantindo sua adequação ao tecido urbano em expansão. Além disso, a classificação como ACI-3 assegurou a viabilidade do empreendimento dentro do zoneamento municipal, permitindo sua implantação sem grandes restrições legais. Como parte do mesmo contrato de prestação de serviço fixado ao projeto do Hospital Regional de Chapecó, o HRGF foi planejado sob as mesmas diretrizes legislativas estaduais e federais mencionadas no item 3.1.3 da análise anterior.

2.4.4 Contexto Econômico e Financeiro

A execução do Hospital Regional da Grande Florianópolis foi englobada na verba mencionada no item 3.1.4. Ainda, segundo a ficha de projeto do HRGF (figura 60), o escritório de Breitman estimou uma obra de mais de 1 bilhão de cruzeiros que, no entanto, ficou com um custo pouco abaixo do projeto do Hospital Regional de Chapecó. Essa diferença de custo pode estar relacionada à topografia mais favorável do terreno, à menor necessidade de movimentação de terra ou a eventuais adaptações no programa de necessidades, resultando em uma otimização dos recursos empregados.

HOSPITAL		HOSPITAL REGIONAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS	NÚMERO
ENTIDADE PROPRIETÁRIA		GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA	43
LOCALIZAÇÃO		SÃO JOSÉ - SANTA CATARINA	ANO DE INÍCIO
CARACTERIZAÇÃO DOS PROJETOS	CONSULTORIA HOSPITALAR	Programa de necessidades para a construção de um hospital regional com capacidade operacional normal de 261 leitos	1979
	ESTUDOS ECONÔMICOS - FINANCEIROS		
	PLANEJAMENTO FÍSICO	Projeto Arquitetônico e de Engenharia Final Área de construção: 20 264,06m ² Projetos executados: - Projeto Arquitetônico, Detalhes e Memorial - Estrutura - Instalações Elétricas, Intercomunicação, Sonorização, Relógio Elétrico e Chamada da Enfermeira - Projeto Hidro-Sanitário e de Combate a Incêndios - Central Térmica, Central de Combustíveis e Estação Preparadora de Água Quente - Cozinha, Copas e Lactário - Lavanderia e Costura - Ar Condicionado, Ventilação e Exaustão Mecânicas - Fluidos Especiais - Proteção Radiológica - Comunicação Visual - Paisagismo e infra-estrutura externa - Cálculos de Orçamento	1980
VALOR ESTIMADO DO EMPREENDIMENTO			
UNIDADE	OBRA	EQUIPAMENTO	TOTAL
Cr\$	785 448 630,00	314 179 452,00	1 099 628 082,00
ORTN	1 219 205,30	487 682,12	1 706 887,42
US	13 891 910,68	5 556 764,27	19 448 674,95

Figura 60 - Ficha de Projeto do HRGF

Fonte: Acervo Irineu Breitman, IPH

2.4.5 Contexto Projetual

O resultado projetual reuniu um hospital composto por: ambulatório, diagnóstico e tratamento, radiologia, cardiologia, centro cirúrgico e obstétrico, U.T. I, internação cirúrgica, obstétrica e de isolamento, setor de emergência, além de áreas de administração e serviços. A setorialização é ilustrada pela figura 61.

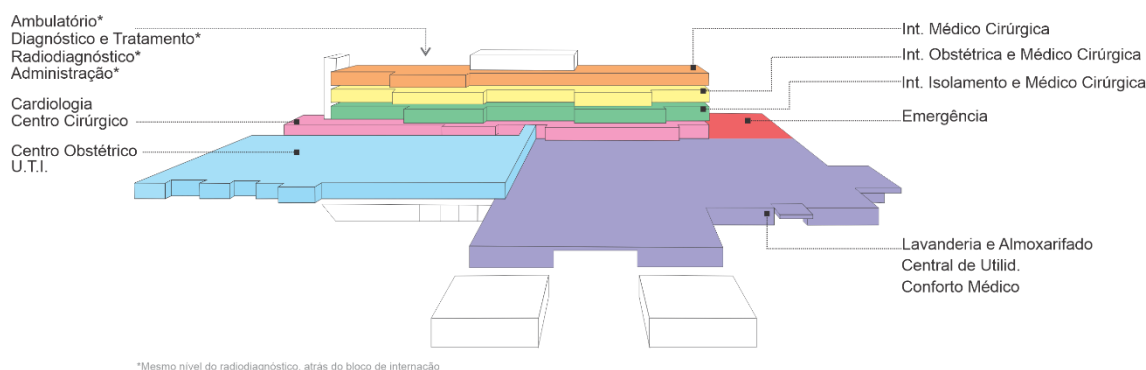


Figura 61 - Setorização do Projeto do HRGF
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

2.4.6 Tomada de decisões

Embora não tenhamos disponível o memorial descritivo deste projeto para respaldo das análises levantadas, é possível afirmar que Irineu Breitman seguiu o mesmo processo projetual para a concepção do HRGF, como no projeto do HRC.

Conseguimos formular esse raciocínio considerando o número de consultórios calculados para a área de Ambulatório. Enquanto Chapecó, que na época da construção, contava com uma indústria – a Cooperalfa, São José por sua vez, estava em pleno desenvolvimento econômico e industrial no momento de implantação do hospital. Breitman considerou 15 consultórios para Chapecó e 20 para São José. Segundo as proporções utilizadas, o hospital regional conseguiria atender 540 consultas diariamente. Essa diferença no número de consultórios reflete a adaptação do projeto às demandas específicas de cada localidade, considerando o contexto socioeconômico e o potencial de crescimento industrial da região de São José.

Outro fator comprobatório entre as similaridades dos dois projetos – HRC e HRGF – se encontra na volumetria. Novamente é aplicado o uso da malha de 1,20 x 1,20m para o dimensionamento dos quartos e locação de número de leitos (figura 62).

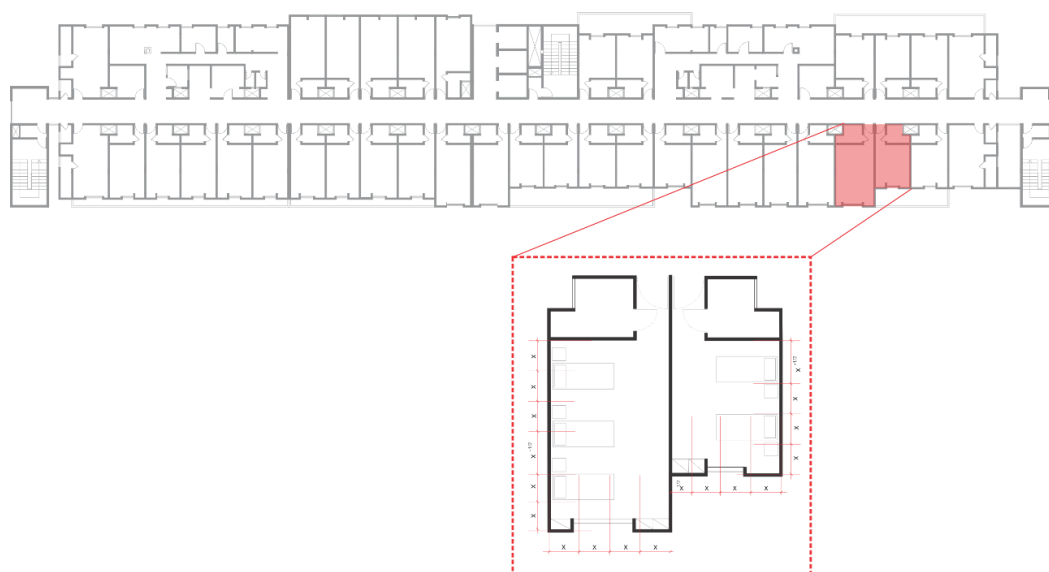


Figura 62 - Estudo de Modulação aplicada aos quartos de internação no Projeto HRGF
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

2.4.7 Continuidade do Processo

O terreno destinado ao HRGF possui aproximadamente 45 mil metros quadrados, desconsiderando a vegetação densa que o circunda. O hospital segue o mesmo princípio volumétrico do HRC, sendo composto por seis pavimentos, mas apresenta uma tipologia base-torre. Essa tipologia é formada por um ou mais volumes de base, os quais devem possuir uma área relativamente maior do que os pavimentos superiores, que por sua vez devem ser empilhados.

A implantação do projeto considerou cuidadosamente as características do terreno. Como demonstrado na figura 63, Breitman aproveitou as diferenças topográficas naturais para acomodar setores específicos da edificação, utilizando os desníveis existentes como suporte para o bloco obstétrico e a torre de internação (figura 64). Essa abordagem não apenas integrou melhor o edifício à paisagem, mas também otimizou a circulação interna e externa do hospital.

Além de considerar os taludes existentes em projeto, Breitman ainda incorporou as irregularidades topográficas de modo que estas servissem de apoio ao bloco obstétrico e da torre de internação (figura 64). Adotando a premissa de preservação da topografia existente, parte do terreno foi destinado ao uso de estacionamento, disposto em bolsões que se aproximavam aos diversos acessos propostos (figura 65).

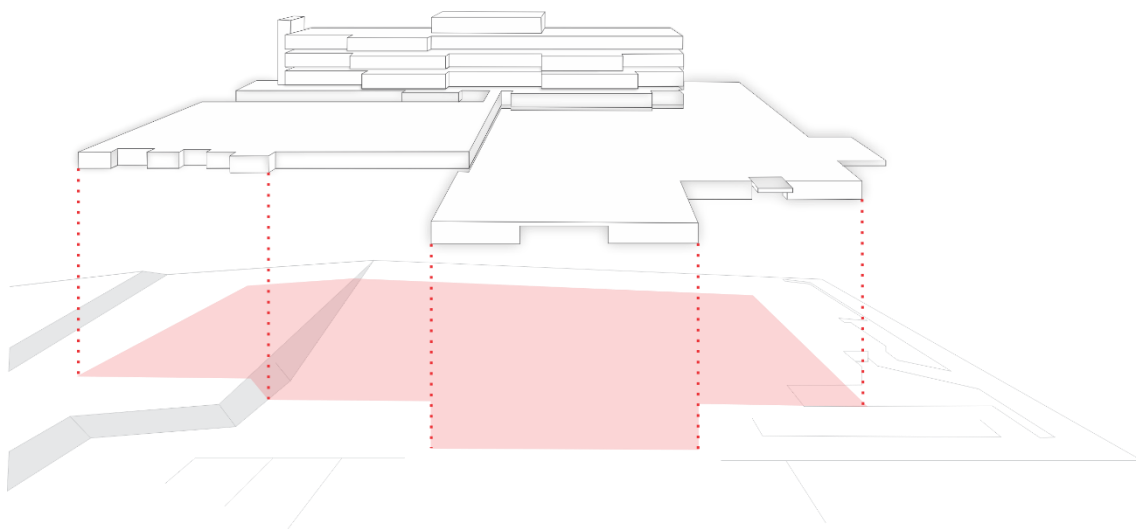


Figura 63 - Projeção da implantação do Projeto do HRGF no terreno (topografia sem alterações)
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

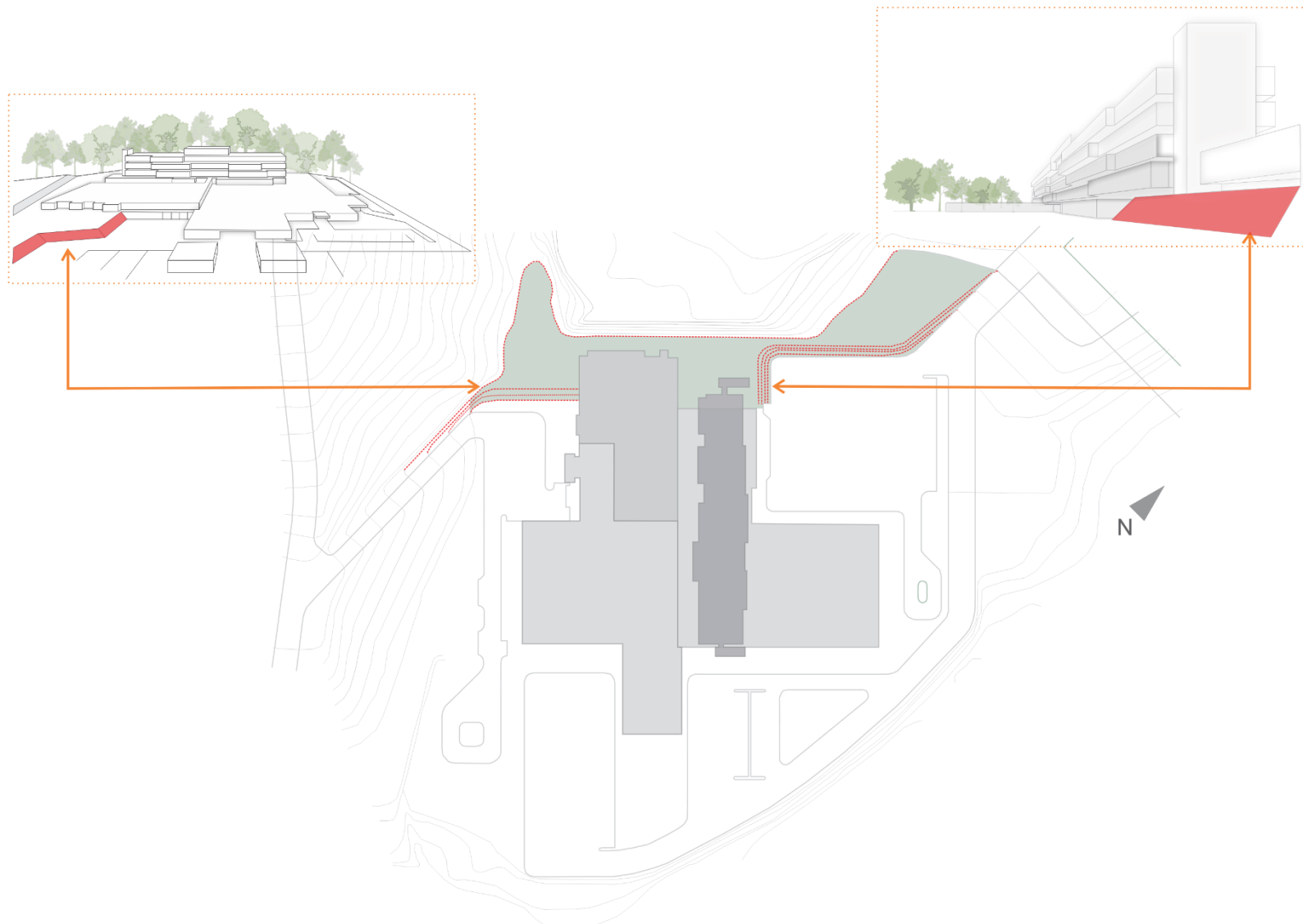


Figura 64 - Análise da inserção da topografia ao Projeto do HRGF
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

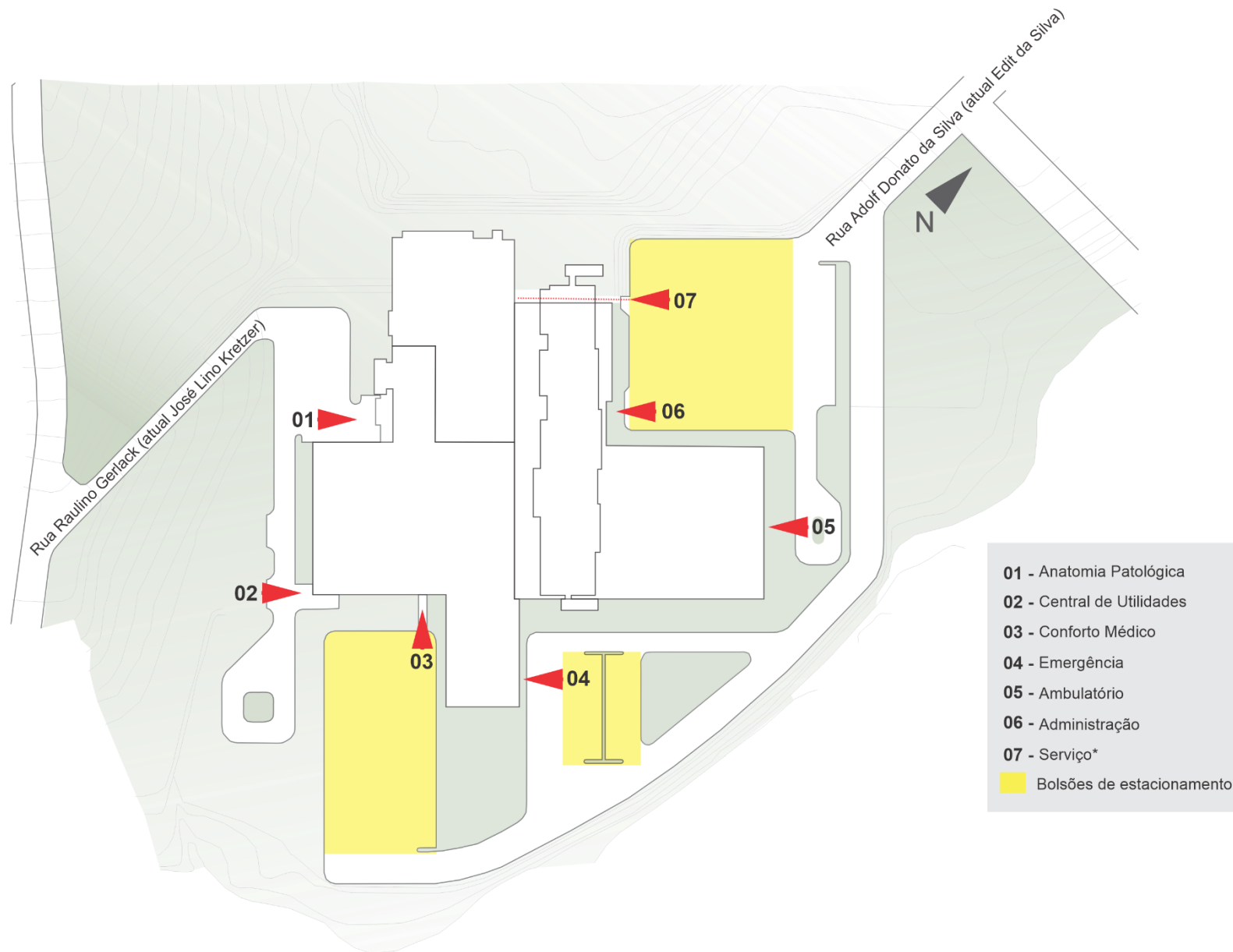


Figura 65 - Acessos ao HRGF
Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

Além disso, a distribuição dos acessos foi planejada para garantir eficiência operacional. Embora a Rua Raulino Gerlack não tenha sido escolhida como via principal devido à sua falta de pavimentação e variações topográficas acentuadas, ainda assim foi utilizada para acessos secundários, incluindo áreas técnicas e de reposição. Já a Rua Adolf Donato da Silva, por oferecer conexão direta com a Rua Luiz Fagundes e proximidade à BR-101, foi estrategicamente definida como principal via de acesso ao hospital. Na época da construção, essa rua ainda era de terra, mas sua pavimentação era prevista devido ao desenvolvimento do loteamento vizinho, atual bairro Praia Comprida (figura 66).

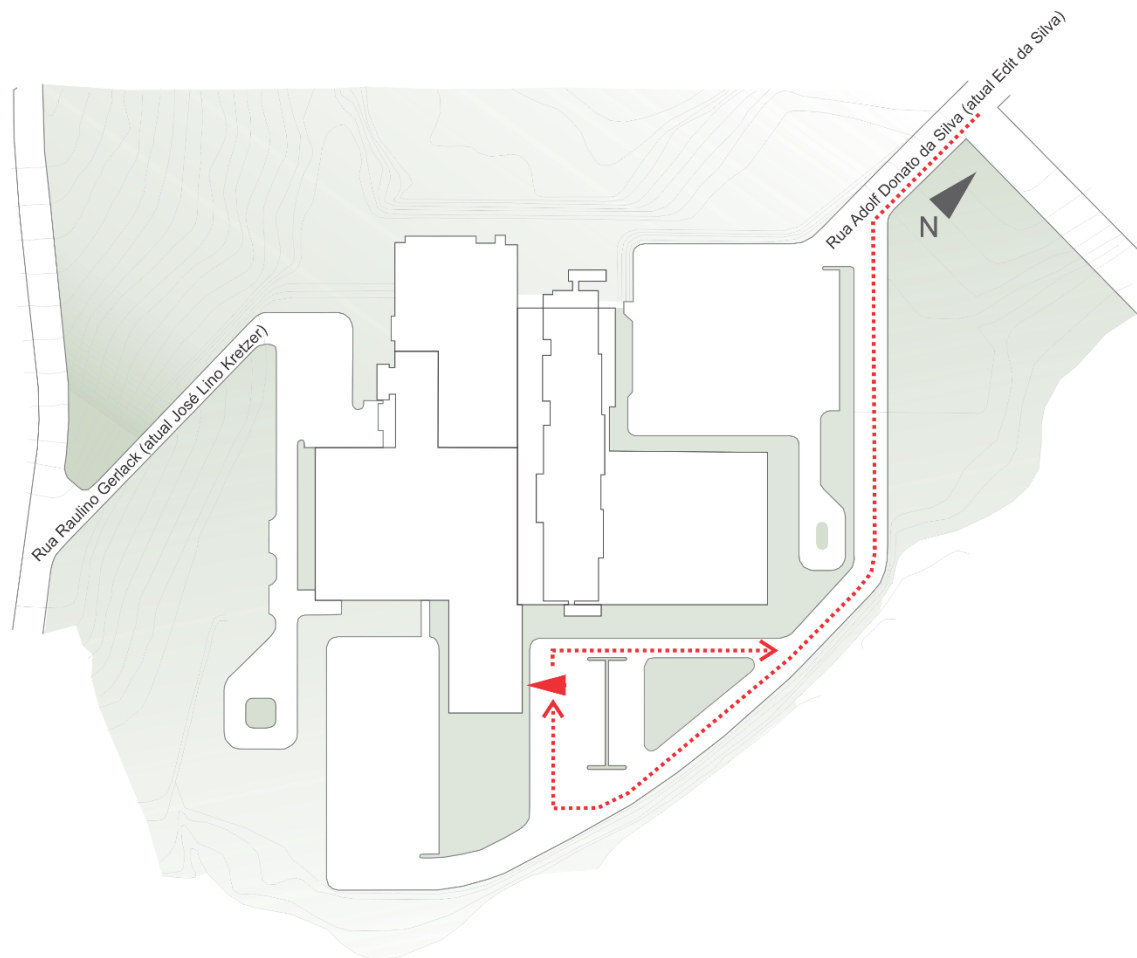


Figura 66 - Acesso a emergência do Hospital Regional da Grande Florianópolis
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Embora não haja um cruzamento direto com o bolsão de estacionamento da área administrativa, e a via de circulação permita o trânsito de ao menos dois veículos concomitantemente (considerando sua largura), seria esperado que este setor fosse locado de forma que o acesso a área de emergência acontecesse de forma direta.

Apesar disso, por seguir um partido do tipo base-torre e coordenar concomitante a adoção de diferentes acessos, é possível identificar uma premissa de preservação de fluxos internos. Uma vez que os usuários são direcionados a diferentes entradas permite-se um controle de trânsito clínico de forma que o paciente possa ser levado a ala necessária de seu tratamento sem que

haja cruzamento de fluxos entre pacientes internos e externos. Considerando ainda estes possíveis cruzamentos e lembrando a preocupação entre fluxo *limpo x sujo* existente na época, observa-se a locação estratégica da circulação vertical que permite um acesso curto e rápido de qualquer setor que o paciente possa ocupar no edifício (figura 67).

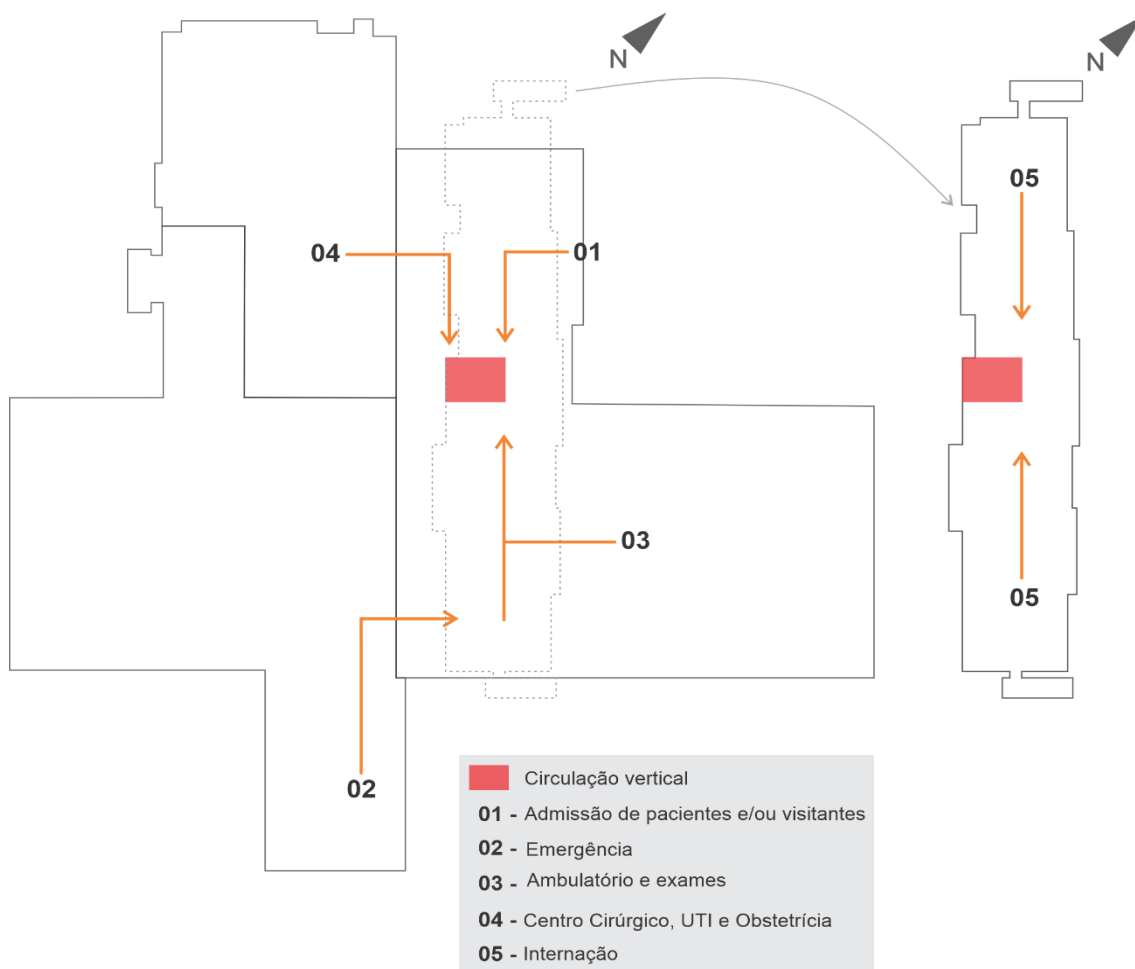


Figura 67 - Esquematisação de fluxos e conexões com circulação vertical
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Ainda, como no projeto do HRC, houve reprodução da solução lumínica adotada: o uso dos *sheds*, que foram distribuídos por toda a extensão dos pavimentos com grandes dimensões horizontais (figura 68). Com o mesmo direcionamento conceutivo, Breitman distribuiu os *sheds* orientados a nordeste e sudeste de acordo com o indicado pela norma, abrangendo os setores de apoio (lavanderia, cozinha, copa, refeitório, conforto médico, depósitos) e de atendimento e diagnóstico (radiografia, patologia e fisiologia). O setor de emergência, embora componha o largo pavimento, é limitado a uma faixa de estreita dimensão e dotado de ventilação e iluminação natural de ambos os lados, sendo contemplado por luz solar Leste-Oeste.

Esta solução implica em diminuição de custos para execução do espaço, uma vez que era possível haver uma continuação dos *sheds* caso fosse do interesse do arquiteto. Este fato se

atrela a produção de projeto completa que era oferecida pelo Hospitasa, considerando inclusive custos e manutenções do edifício.

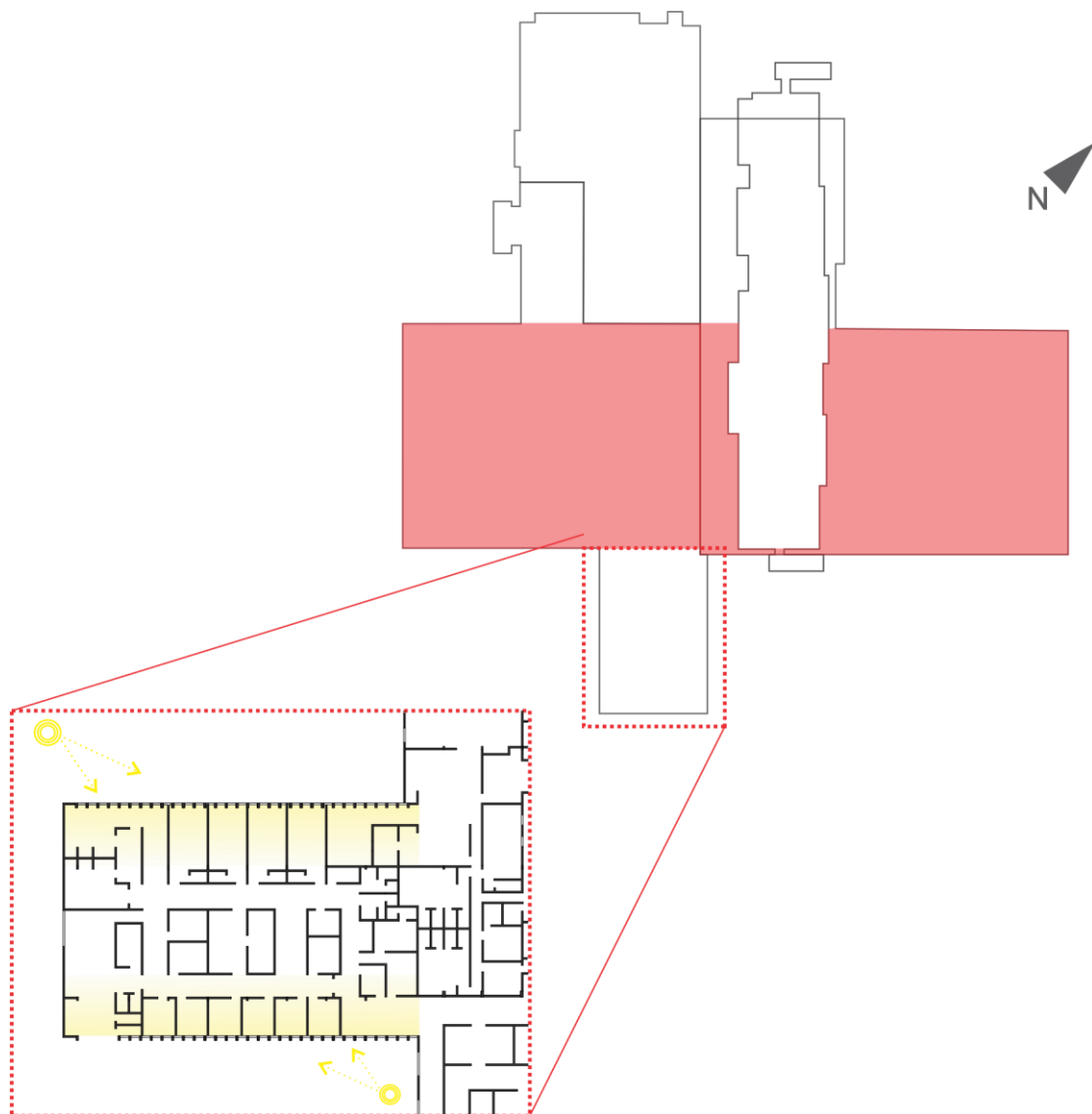


Figura 68 - Demarcação das áreas contempladas com sheds e combinação de estratégias de iluminação no setor de emergência do HRGF

Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Concomitantemente ao uso dos sheds, as janelas locadas na torre de internação seguem a premissa de atrelar ventilação e iluminação abundantes aos quartos de repouso (figura 69). Essas aberturas possuem a mesma estética do Hospital Regional de Chapecó, e implicam inclusive em linguagens visuais similares entres os projetos (figuras 70 e 71). Esta paridade, provavelmente, se dá em virtude de os programas de necessidades serem equivalentes, devido também ao agrupamento da área de internação na torre, mas sobretudo, ao fato de serem projetos destinados a um mesmo cliente: o Estado de Santa Catarina. Contudo, isso não implica

em repetição projetual, uma vez que o próximo hospital a ser analisado – Hospital Regional Dr. Hans Dieter – faz parte do mesmo contrato e possui partido totalmente horizontal.

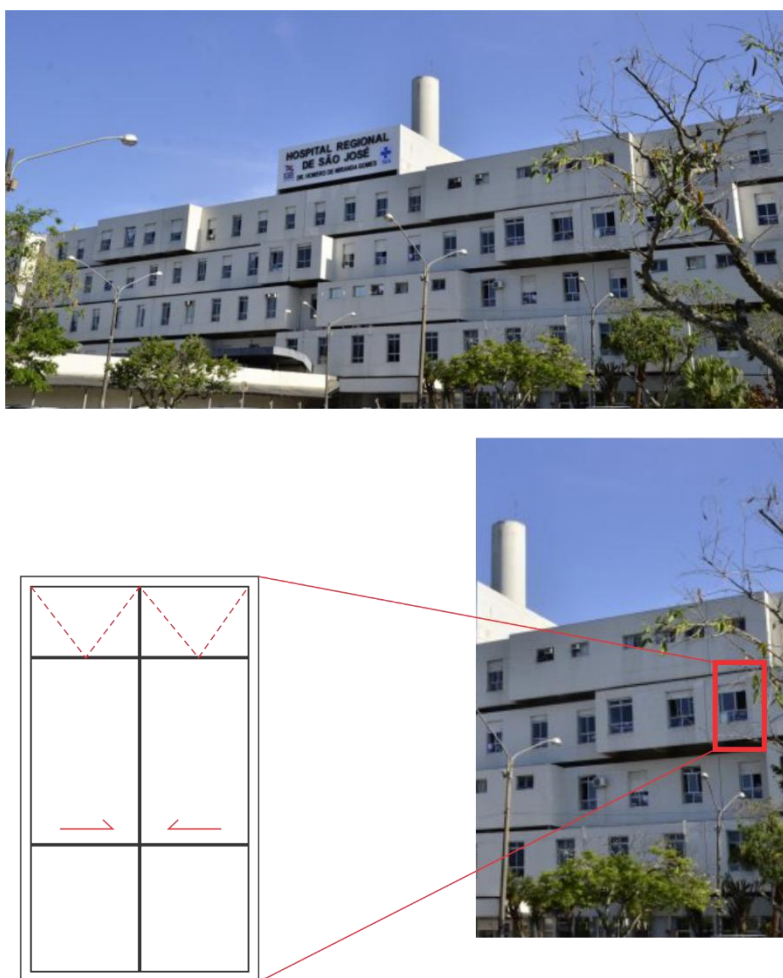
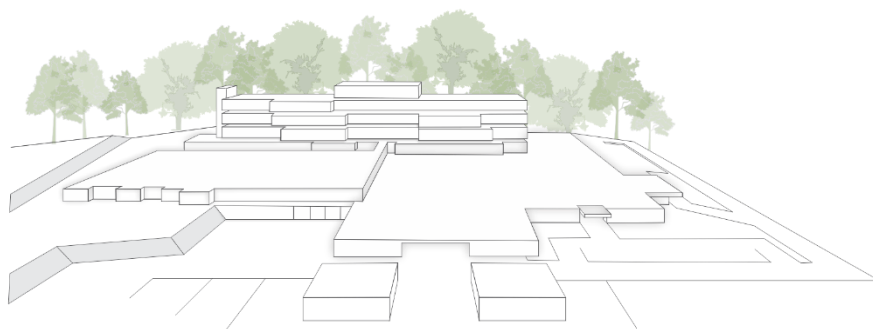


Figura 69 - Fachada do HRGF com destaque para as aberturas utilizadas nos quartos de internação
Fonte: Gerado pela autora com base em Governo de Santa Catarina (2020), 2024

Hospital Regional da Grande Florianópolis



Hospital Regional de Chapecó

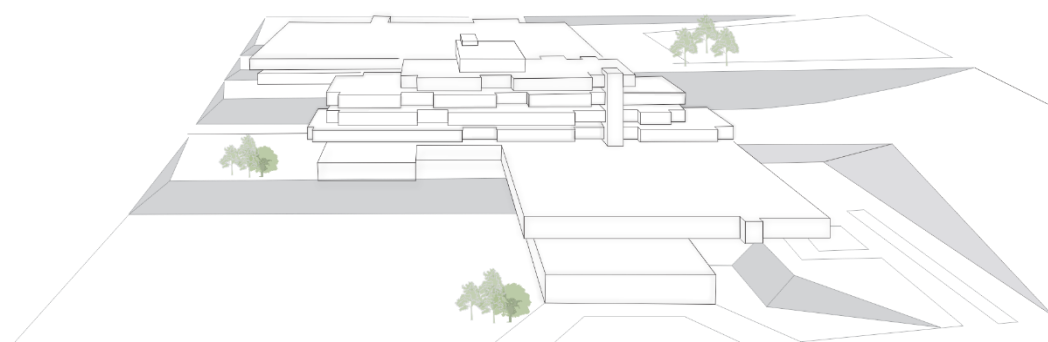


Figura 70 - Perspectivas para visualização de similaridade entre volumetrias e estética projetual
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Hospital Regional da Grande Florianópolis



Hospital Regional de Chapecó



Figura 71 - Similaridade de fachadas e estética projetual
Fonte: CEOM, 2023

Além das aberturas e soluções adotadas para proporcionar boa iluminação e ventilação, é possível observar um padrão de peitoril mais alto distribuído por todas as fachadas, não fazendo diferenciação entre ambientes.

Conforme já mencionado anteriormente, o arquiteto aproveitou a topografia do terreno e os taludes naturais, ajustando a disposição volumétrica para atender ao extenso programa de necessidades, respeitando a vegetação circundante. Essa solução também permitiu a criação de grandes áreas de estacionamento, facilitando o controle de acessos. Posteriormente, essas áreas livres de construção original permitiram também o crescimento do hospital, rumo indispensável a estas edificações como já especificado pelo arquiteto no capítulo anterior.

Atualmente, o HRGF conta com três anexos ao edifício original (figura 72), compreendendo: Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, Reumatologia, Maternidade e Engenharia Clínica, além de ter prolongado as vias originais e adicionado nova área de estacionamento.

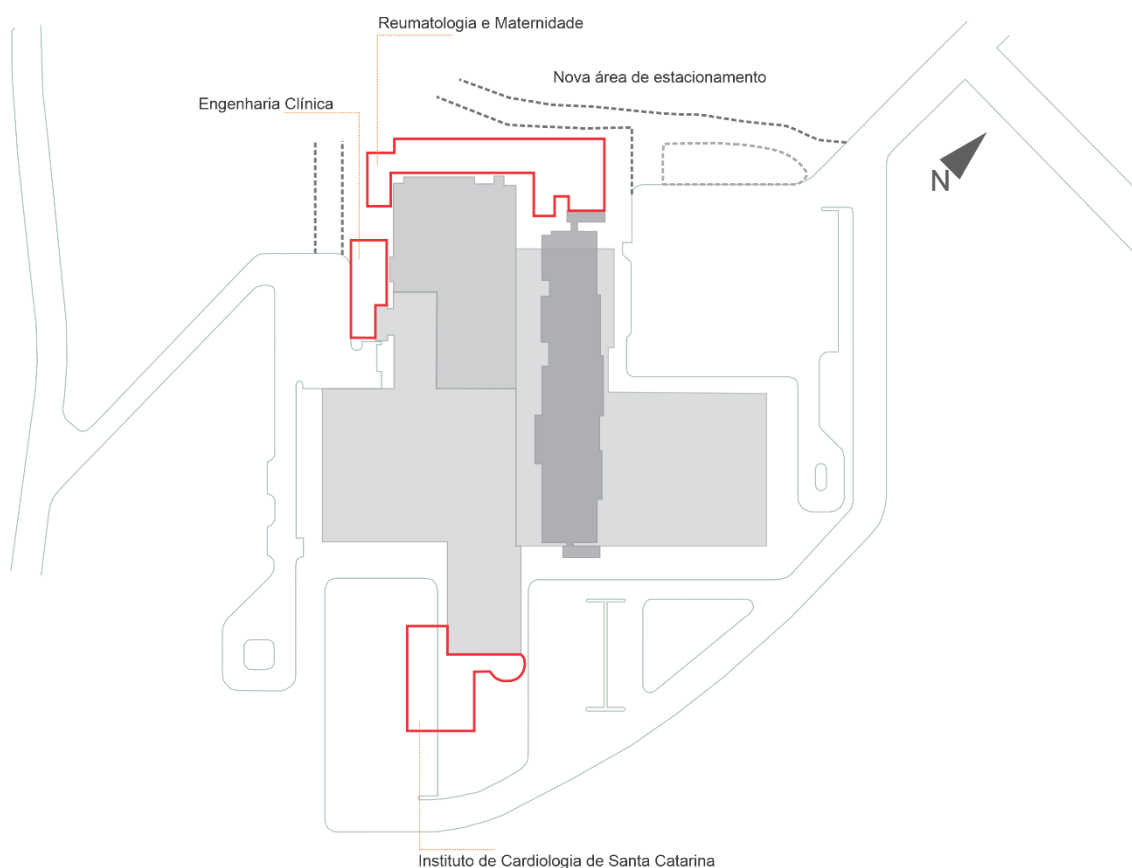


Figura 72 – Identificação dos anexos ao projeto original do HRGF
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman e Google Maps, 2024

Além dos espaços remanescentes que poderiam ser destinados a novas áreas do hospital, foi possível tomar partido da volumetria original. A torre de internação que conta com uma caixa de escada em cada extremidade permitiu criar novo volume, também em altura. O novo anexo, hoje destinado a maternidade e reumatologia, segue uma mesma linguagem arquitetônica, mas

não imita a construção original, diferenciando-se em aberturas e acabamento sólido do bloco (figura 73).



Figura 73 - Ampliação de projeto do HRGF

Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman e Google Maps (2015), 2024

O outro volume adicional, que abriga hoje o Instituto de Cardiologia, foi construído ocupando parte da área de estacionamento ao sul, e acontece em um edifício de dois pavimentos independente do projeto original, inclusive com estética divergente, não sendo possível afirmar se existe uma conexão interna direta entre as duas construções (figura 74). As fotos da área não permitem plena visualização deste acesso, sendo comprometida pelas vegetações existentes.

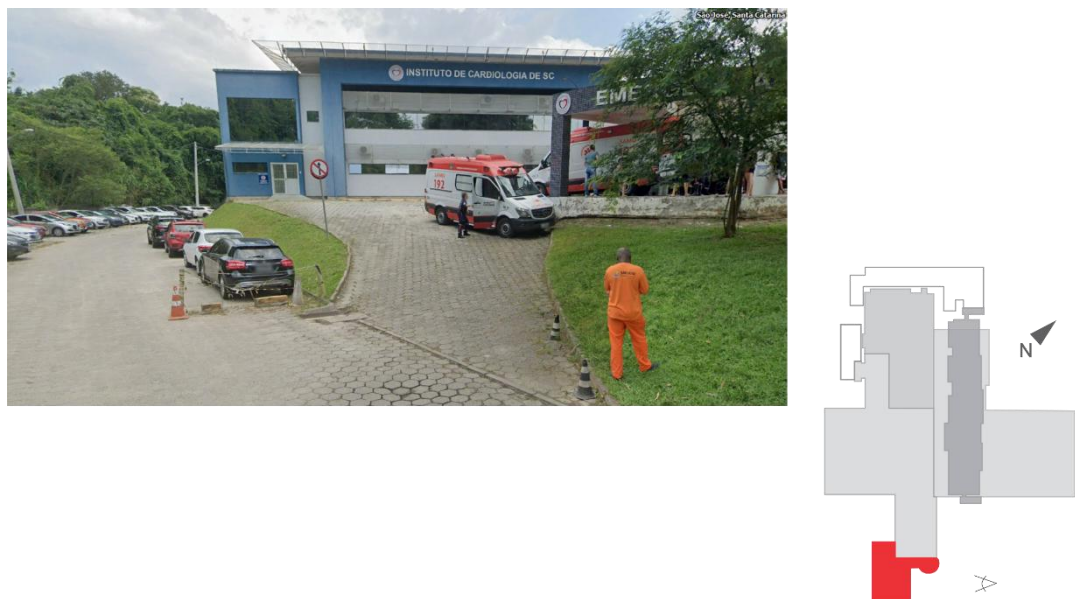


Figura 74 - Ampliação do projeto do HRGF, vista do Instituto de Cardiologia de SC

Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman e Google Maps (2015), 2024

2.4.8 Rede de relações

Preservando os profissionais multidisciplinares envolvidos nos projetos do HOSPITASA, o Hospital Regional da Grande Florianópolis contou com: o engenheiro agrônomo Ronald Jamieson, o engenheiro civil Ivo Dreyer, com o consultor Dr. Paulo Lindolfo Lamb, A. E. Sant'Anna e M. L. Adams, Décio Botta e Ligia Botta, como arquitetos colaboradores, desenhos de Luiz Azevedo, M. Suffert e projeto completar de segurança contra incêndio de Werner Laub, além da composição arquitetônica assinada por Irineu Breitman.

Sobre a equipe de Breitman, soube-se que Werner Laub era Engenheiro Mecânico e Eletricista, formado pela turma de 1956 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1996).

Ligia Botta formou-se em Arquitetura e Urbanismo pela UFRGS na turma de 1969 e em possui pós-graduação em Urbanismo desde 1971. Ao longo de sua carreira atuou como professora de graduação da UFRGS durante 25 anos, além de trabalhar em outros campos da arquitetura como planejamento urbano, paisagismo, projeto arquitetônico e desenho urbano (BOTTA e BERGAMASCHI, s/d).

Seu currículo descreve sua atuação na arquitetura hospitalar como parte da programação visual, elaborando projetos completos, incluindo pictogramas, diagramações indicativas, cores e placas direcionais internas e externas. Dentre os hospitais listados em seu currículo estão: Joana de Gusmão (em Florianópolis), o Hospital Geral de Florianópolis, o Hospital Geral de Joinville e o Hospital Geral de Chapecó, com autoria de Irineu Breitman (BOTTA e BERGAMASCHI, s/d).

Décio Botta formou-se em Engenharia Civil pela UFRGS em 1969 e tem pós-graduação na área de Urbanismo pela mesma instituição. Inicialmente consolidou seus conhecimentos em drenagem, terraplanagem, redes hidráulicas e redes pluviais, e não foi possível encontrar em seu currículo menções sobre atuação em projetos hospitalares (BOTTA e BERGAMASCHI, s/d).

Não foi possível encontrar informações sobre os demais colaboradores participantes deste projeto.

2.4.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Regional da Grande Florianópolis

O Hospital Regional da Grande Florianópolis (HRGF), projetado por Irineu Breitman, vai além de uma resposta arquitetônica à expansão urbana da região metropolitana de Florianópolis. O projeto reflete o impacto das mudanças na infraestrutura rodoviária e o processo de ocupação do território sobre a concepção de equipamentos públicos de saúde. A localização do hospital e a inserção no tecido urbano da região foram fatores determinantes, evidenciando não apenas a adaptação ao contexto físico, mas também as implicações dessas escolhas no uso e na funcionalidade do edifício.

Ao analisar o HRGF, é possível perceber que a obra segue uma lógica de organização e racionalização espacial recorrente no trabalho de Breitman, estabelecendo uma relação direta com a expansão e os fluxos urbanos. A estratégia de modulação, que se manifesta em uma repetição de unidades espaciais e volumes regulares, não só busca a padronização para garantir facilidade na execução, mas também evidencia uma busca por equilíbrio entre funcionalidade e estética. A disposição dos módulos, alinhada a um padrão de aberturas uniformes, gera uma composição que resulta em uma fachada com ritmo e proporção harmônica (figura 75).

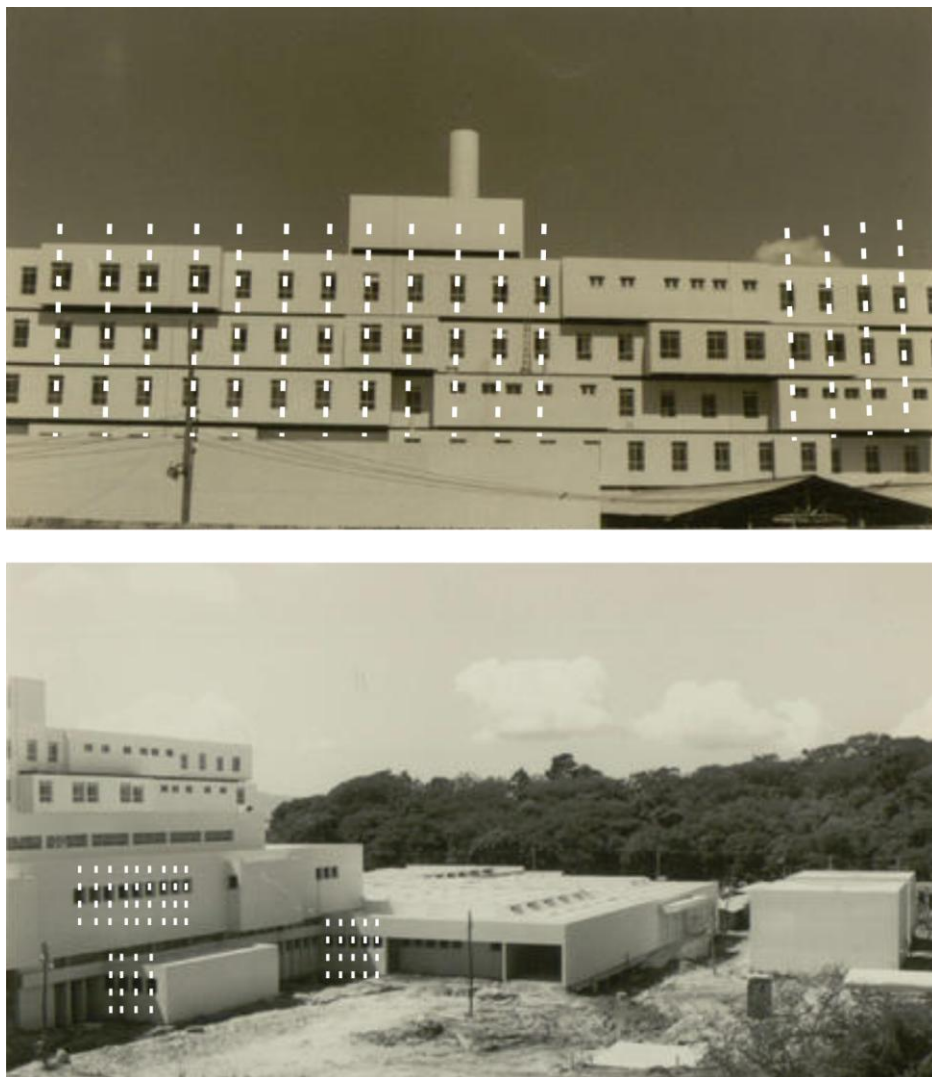


Figura 75 - Demarcação de disposição e ritmo imposto em fachada pelas aberturas
 Fonte: Gerado pela autora com base em CEOM (2023), 2024

No entanto, é importante questionar até que ponto esse rigor modular e a uniformização dos elementos espaciais não acabam por limitar a expressividade e a adaptação das formas às especificidades do local ainda que seja claro a adoção de estética semelhante como consequência da contratação direta dos três hospitais estaduais, como já mencionado.

O processo projetual do HRGF revela a linearidade de pensamento que já se observou nas outras análises, o que reforça a ideia de uma abordagem metodológica repetitiva. Como observado nas análises anteriores, o uso das modulações para definir o dimensionamento dos quartos de internação, o aproveitamento da topografia e a estruturação dos acessos e setorização são elementos comuns entre esses projetos. No caso do HRGF, as semelhanças tornam-se ainda mais evidentes, não apenas devido ao programa de necessidades compartilhado e ao mesmo cliente, mas também pela coincidência na volumetria do edifício.

3.5 Análise Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt

Este estudo de caso tem por objetivo estudar e analisar o projeto assinado por Irineu Breitman para conceber o Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt (HRHDS). Essa análise foi construída em cima de fonte primária – projeto original e memorial descritivo de projeto contidos em seu acervo – e em fontes secundárias – publicações diversas.

Situado em Joinville, Santa Catarina, a edificação do Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt foi inaugurada no dia 15 de março de 1984. A construção desta unidade hospitalar teve seu projeto idealizado por alguns médicos desde o início da década de 80, pois a cidade precisava resolver problemas como demanda reprimida e promover a modernização que a medicina joinvilense exigia (LAMB, BREITMAN, 1982b).

O terreno com 55 mil metros quadrados, de propriedade das Indústrias de Fundação Tupy foi doado pelo Sr. Hans Dieter Schmidt. Em abril de 1981 foi lançada a pedra fundamental, em fevereiro de 1984 a obra foi entregue e em março foi inaugurada pelo governador em exercício, na época, Esperidião Amim (HRHDS, 2024).

2.5.1 Contexto físico

A cidade sede deste estudo de caso localiza-se a nordeste de Santa Catarina, e sustenta o título de cidade mais populosa do estado. O grande foco de sua economia se deve a indústria, com predominância dos setores metalomecânico, têxtil e plástico (IBGE, 2024). Apesar de atualmente portar-se como um dos municípios mais industrializados do sul do país, sua origem direcionava para a área agrícola (HOENICKE, 2007).

Formado por imigrantes europeus, em 1851, deram origem ao polo industrial através das primeiras oficinas, empórios e vendas de produtos agrícolas. Joinville viveu seu ápice econômico na década de 70, período que foi desenvolvido o projeto do HRHDS (ROCHA, 1994).

O terreno destinado ao acolhimento do projeto hospitalar foi adquirido por meio de doação direta advinda da Fundação Tupy, na época dirigida pelo então Secretário da Indústria e Comercio do Estado de Santa Catarina, o Dr. Hans Dieter Schmidt. Uma extensa gleba foi colocada à disposição e definida seus limites após passar por consultoria do HOSPITASA, totalizando uma área final que abrangia aproximadamente 54.000m².

Pela descrição de Lamb e Breitman é possível entender que este foi o único hospital, dentre os três contratos, que houve uma possibilidade de análise e escolha do terreno, mesmo que dentro de um perímetro pré-determinado. A gleba que receberia o hospital fazia parte do Parque Residencial da Boa Vista em 1965 (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, SERETE, 1965), circundado por um entorno que recebeu um desenvolvimento urbano acelerado em 20 anos (figuras 76 e 77).



Figura 76 - Demarcação do terreno do HRHDS na malha urbana em 1957

Fonte: Gerado pela autora com base em SEPLAN (1978), HOENICKE, 2007 e Acervo Irineu Breitman, 2024

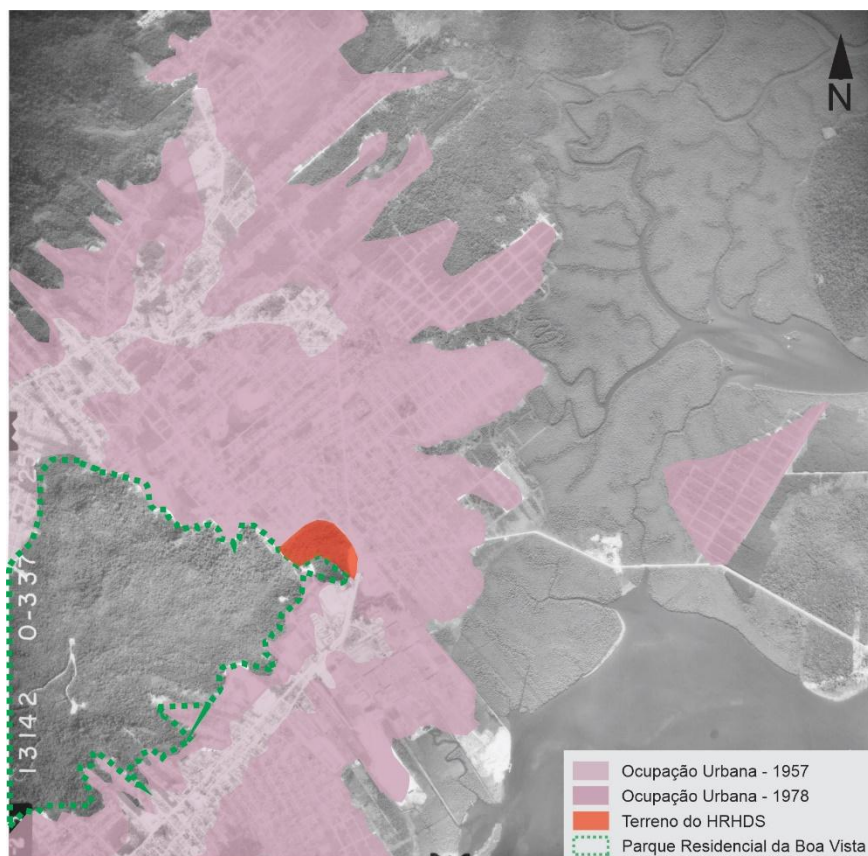


Figura 77 - Demarcação da evolução urbana no entorno do terreno do HRHDS anterior a implantação do projeto
 Fonte: Gerado pela autora com base em SEPLAN (1978), HOENICKE, 2007 e Acervo Irineu Breitman, 2024

O terreno de esquina fazia divisa a norte com as Ruas Tenente Paulo Lopes e Xavier Arp e nas demais extremidades era circundado por vegetação densa. A topografia do terreno reunia áreas de planícies – com inclinações de 4% no sentido norte-sul dominando grande extensão da gleba – e áreas com forte aclave, concentradas nas extremidades sul do terreno, junto as divisas da área de vegetação (figura 78).

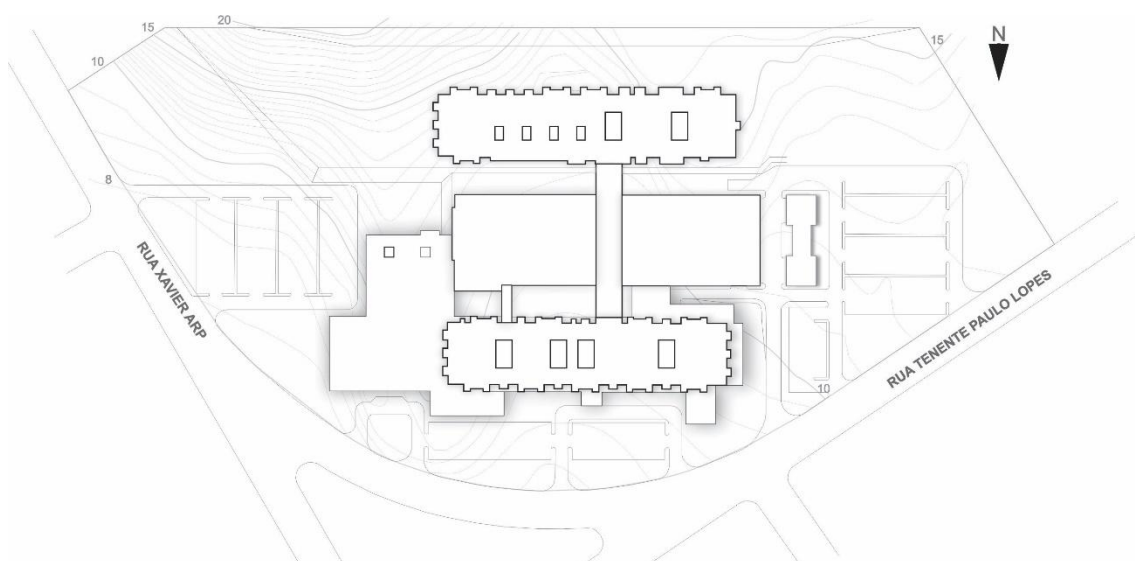


Figura 78 - Topografia e inserção no terreno do Projeto HRHDS
 Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

2.5.2 Contexto sócio-histórico-cultural

Por se tratar de uma contratação direta e englobar o pacote dos três projetos de hospitais gerais fechados para o estado de Santa Catarina, entende-se que o contexto deste projeto é similar ao descrito pelo item 3.1.2. Contudo, neste hospital especificamente foi possível identificar o processo de doação do terreno destinado ao HRHDS.

O Hospital que recebeu o nome em homenagem ao médico Hans Dieter Schmidt¹⁴, foi resultado de uma luta particular do doutor Schmidt por melhorias no campo da saúde Joinvillense. Sua insatisfação com o serviço médico da cidade envolvia desde as instalações físicas disponíveis quanto a liberdade de atuação médica.

Dr. Schmidt, juntamente com os colegas: Dr. Djalma Starling Jardim, Dr. José Aluísio Vieira, Dr. Luiz Carlos Fronza e Dr. Amaro Joaquim Alves, planejaram um conceito hospitalar que envolvia:

- a) Fazer um trabalho que mostrasse a realidade hospitalar da cidade e da região;
- b) Mostrar novas perspectivas de atuação junto a comunidade;
- c) Procurar apoio junto a todos os setores possíveis da comunidade e conseguir que o hospital fosse construído pelo estado e entregue a uma administração privada (LIANDRO, 2000).

A doação do terreno pela Fundação Tupy é um exemplo claro da importância do setor privado em um contexto no qual o Estado, muitas vezes, não tem a capacidade de garantir a infraestrutura necessária para a população. Embora essa doação tenha sido um gesto fundamental para a construção do HRHDS, ela também ilustra a dependência da sociedade em relação a grandes empresários para a realização de projetos de interesse público. Isso levanta a questão sobre até que ponto a falta de uma ação estatal mais eficaz não acaba favorecendo uma agenda privada, onde o setor empresarial tem um papel central, muitas vezes à frente das necessidades coletivas.

Ainda assim, com a doação do terreno dirigida pelo Dr. Schmidt e a soma das verbas direcionadas do Governo Estadual, o HRHDS foi administrado pela Fundação Hospitalar de Joinville¹⁵ até 1989 quando entregou a posse ao Governo Estadual devido à falta de gestão. A nova administração do hospital foi promulgada pela Lei 2659 que autorizou o Poder Executivo Municipal a receber posse mediante termo de cessão de uso (1992).

Sabem como surgiu o Hospital Regional de Joinville?

Longa história, mas tentarei passar em poucas palavras a vocês. O Regional tem 25 anos, ainda com muitas deficiências. Está longe de ser o centro de promoção de saúde, como queríamos nós da entusiasmada comissão que o idealizou...

Naquela época, queríamos fazer de Joinville um grande centro médico-hospitalar. O Hospital São José não dava mais conta, a população estava mal atendida. Tínhamos feito um estudo de ampliação e modernização do São José, que fora engavetado. Vimos a necessidade de construir um novo hospital público, mas não tínhamos o apoio

¹⁴ Hans Dieter Schmidt nasceu no dia 9 de março de 1932. Assumiu a presidência da Fundação Tupy, em exercício desde 1938, em razão do falecimento de seu pai. A Fundação que já fora considerada a maior empresa de Joinville, vem a se tornar líder em fundição na América Latina sob seus comandos. Em virtude de seu trágico falecimento decorrido em um acidente de avião em 1981, não acompanhou a obra do Hospital Regional que fora parte resultado de suas lutas (ACADEMIA JOINVILENSE, 2019).

¹⁵ Uma Fundação Hospitalar Municipal é caracterizada por uma pessoa jurídica de direito público interno, entidade beneficente de assistência social com atuação na área da saúde, dotada de autonomia administrativa e financeira. Entende-se, portanto, que a administração do HRHDS foi inicialmente de caráter privado.

político necessário da administração municipal. Os problemas e a mentalidade de alguns setores do serviço público eram muito semelhantes aos que ainda temos hoje no Brasil.

Então surgiu a ideia de se construir um hospital público estadual. Eu e outros médicos amigos com a mesma ideologia (Amaro Joaquim Alves, Luiz Carlos Fronza, Marcio Ocker, Djalma Starling Jardim) criamos uma comissão de estudo para a construção de um novo hospital.

As etapas foram muitas, começando por tentar convencer a população de Joinville da necessidade de um hospital mais moderno e importante para todos. Envolvemos políticos, empresários, associações e igrejas para convencer o Governo do Estado.

O governador Antonio Carlos Konder Reis incluiu no orçamento o montante para iniciarmos o projeto arquitetônico; o empresário Hans Dieter Schmidt cedeu o terreno.

Com Jorge Bornhausen no governo, o hospital foi construído e inaugurado em 1982. Já com Esperidião Amim, em 84, foi equipado e ativado. Eu era o Diretor Clínico. A população começou efetivamente a usufruir. Infelizmente alguns setores planejados jamais foram concluídos, como a maternidade e a medicina nuclear.

E graças ao apoio do Bispo Dom Gregório Warmeling, as Irmãs da Sagrada Congregação das Pequenas Missionárias de Maria vieram de São José do Rio Preto/SP para ajudar na administração e permanecem até hoje, fazendo uma bela parte nessa história. (foto)

Tanto o São José como o Regional prestam um grande serviço à população de Santa Catarina, mas como quaisquer outros hospitais públicos, seriam muito melhores com mais recursos, melhor administração e menos interferência política, o que parece ser impossível na atual conjuntura e gestão das coisas do poder público.

Dieter Schmidt foi um joinvilense dos mais ilustres e liderou a luta pelo Regional. A Fundação Tupy doou o terreno e Dieter comandou o processo político e uma equipe de médicos os aspectos técnicos.¹⁶

2.5.3 Contexto Legal

O Plano Diretor de 1973 válido pela publicação da Lei n.º 1262/1973, locava o Hospital Regional como pertencente a Z2 - *Uso predominante residencial, de densidade demográfica média*. Divergentemente das cidades de Chapecó e São José, Joinville já possuía normativas municipais referentes a edificações hospitalares que seguiam a Lei n.º 667/1964.

Dentre as exigências, estavam listadas obrigatoriedades de projeto arquitetônico como: recuo obrigatório de 4m, a exigência de incidência solar nos quartos e enfermarias por um período mínimo estipulado e área mínima a ser atendida para cada leito. Essas obrigatoriedades foram contempladas graças ao largo sítio de implantação e a escolha projetual horizontal dotada de jardins de inverno.

Outras exigências diziam respeito as instalações especiais como gases e materiais específicos. De forma geral, a legislação municipal listava – resumidamente – diretrizes de um bom projeto arquitetônico hospitalar que iam de acordo com as exigências federais vigentes na época.

Especificamente a respeito do uso de elevadores, a Lei n.º 667/1964 impunha seu uso para estabelecimentos hospitalares com mais de três pavimentos. O HRHDS dotado de níveis desconstruídos fez exceção a essa regra visto que o percurso utilizado entre um “pavimento” e outro não caracteriza o deslocamento de um pé direito mínimo, como será demonstrado nas análises sequenciais. Outro fato que eliminou o uso dos elevadores se deu ao fato dos

¹⁶ Depoimento retirado da página pessoal do Dr. José Aluísio Vieira, publicado em 27 de maio de 2014.

pavimentos serem nomeados como níveis, uma vez que não era possível nomear os patamares intermediários como 1,5 andar, esclarecido por Irineu Breitman em seu discurso sobre a “Evolução da arquitetura hospitalar brasileira” em 1997.

Ainda, como parte do mesmo contrato de prestação de serviço fixado ao projeto do Hospital Regional de Chapecó e ao Hospital Regional da Grande Florianópolis, o HRHDS foi planejado sob as mesmas diretrizes legislativas mencionadas no item 3.1.3 da análise anterior.

2.5.4 Contexto Econômico e Financeiro

A execução do Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt foi incorporada na verba mencionada no item 3.3.4. Embora tendo os três projetos de hospitais regionais sendo executados concomitantemente, e dando ao estado a posição de líder em investimentos na área hospitalar da época, o HRHDS teve seu projeto suprimido. O estudo preliminar e levantamentos realizados indicavam uma necessidade maior do que os 261 leitos originais projetados, a qual foi moldada segundo a capacidade de investimento delimitada pelo Governo do Estado de Santa Catarina (LAMB, BREITMAN, 1982b).

A limitação orçamentária imposta ao HRHDS reflete um paradoxo clássico em projetos de infraestrutura pública: a necessidade de adaptar as soluções projetuais às possibilidades econômicas do momento, sem considerar adequadamente a futura demanda e os custos operacionais a longo prazo. Essa visão curta de planejamento pode comprometer a capacidade do hospital de oferecer atendimento de qualidade, e, como veremos, pode levar a ajustes no projeto que afetam diretamente sua funcionalidade e capacidade de adaptação às necessidades emergentes da comunidade.

Curiosamente, os três hospitais catarinenses foram projetados com a mesma capacidade ambulatoria – 261 leitos – e os hospitais de Chapecó e de São José possuíam orçamentos similares, que giravam em torno de 1 bilhão de cruzeiros.

Embora a ficha orçamentária de projeto do HRHDS não esteja disponível nos documentos do Hospitasa, Breitman e Lamb publicaram em 1982 uma análise comparativa dos custos envolvendo as adoções de diferentes meios para circulação vertical nos três projetos do estado (vide tabelas 06, 07, 08 e 09 no item 1.3.1). Esta análise comparativa expõe os gastos de implantação em obra e de manutenção vitalícia de elevadores e rampas. O resultado mostrava – para a época – uma economia 10 vezes menor na adoção de rampas.

Ainda, considerando que o Hospital Regional de Chapecó (tipo vertical escalonado) contou com grandes ajustes topográficos e que o Hospital Regional da Grande Florianópolis também foi construído parcialmente vertical (tipo base-torre), é possível constatar que o Hospital Regional de Joinville com tipologia horizontal e pouca alteração topográfica tenha resultado em um orçamento mais acessível que os outros dois estabelecimentos. Seria então a decisão em restringir o número de leitos unicamente financeira?

2.5.5 Contexto Projetual

O resultado projetual reuniu um hospital composto por: ambulatório, área de exames, radiologia, cardiologia, centro cirúrgico e obstétrico, U.T. I, internação cirúrgica, obstétrica, pediátrica e de isolamento, setor de emergência, além de áreas de administração e serviços. A setorização é ilustrada pela figura 79.

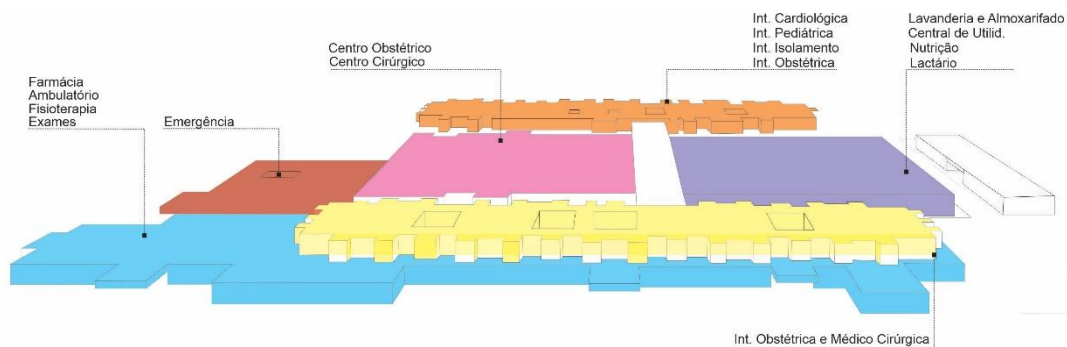


Figura 79 - Setorização do Projeto do HRHDS

Fonte: Gerado pela autora com base no Projeto HRGF, Acervo IPH, 2024

2.5.6 Tomada de decisões

Apesar de tomar como base a análise populacional e de entorno, topografia e programa de necessidades para definição da supressão de demanda de Joinville, Breitman não pode dar sequência ao projeto estipulado devido a inviabilidade econômica de execução do número de leitos expostos pela equipe do Hospitasa. Considerando os recursos disponíveis para o cumprimento dos três hospitais, o próprio Governo Estadual estabelece a capacidade operacional do HRHDS em 260 leitos (LAMB, BREITMAN, 1982b). É possível afirmar que este fato tenha influenciado o início do processo projetual conceutivo do hospital de Joinville.

Além destes fatos, a forma e estética da fachada resultaram de aprendizados anteriores observados por Breitman no projeto do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Segundo ensinamentos de Rino Levi, o arquiteto gaúcho entendeu então que a limitação geométrica retangular inibe melhores resultados e soluções projetuais, aplicando volumetricamente o resultado de sua malha adotada para composição dos quartos de internação (figura 80) (BREITMAN, 2004b).

“E outra coisa que também foi notado, (...) é que o hospital é muito difícil de resolver bem com prismas retangulares, não é? Então depois nós abandonamos essa rigidez dos volumes e seguimos o conselho do Rino Levi, né, de blocos com afinidade funcional e construtiva, e uma certa liberdade de composição né, para tornar mais exato e melhor a qualidade do projeto e funcionamento do hospital.” (BREITMAN, 2004b, 25:57).

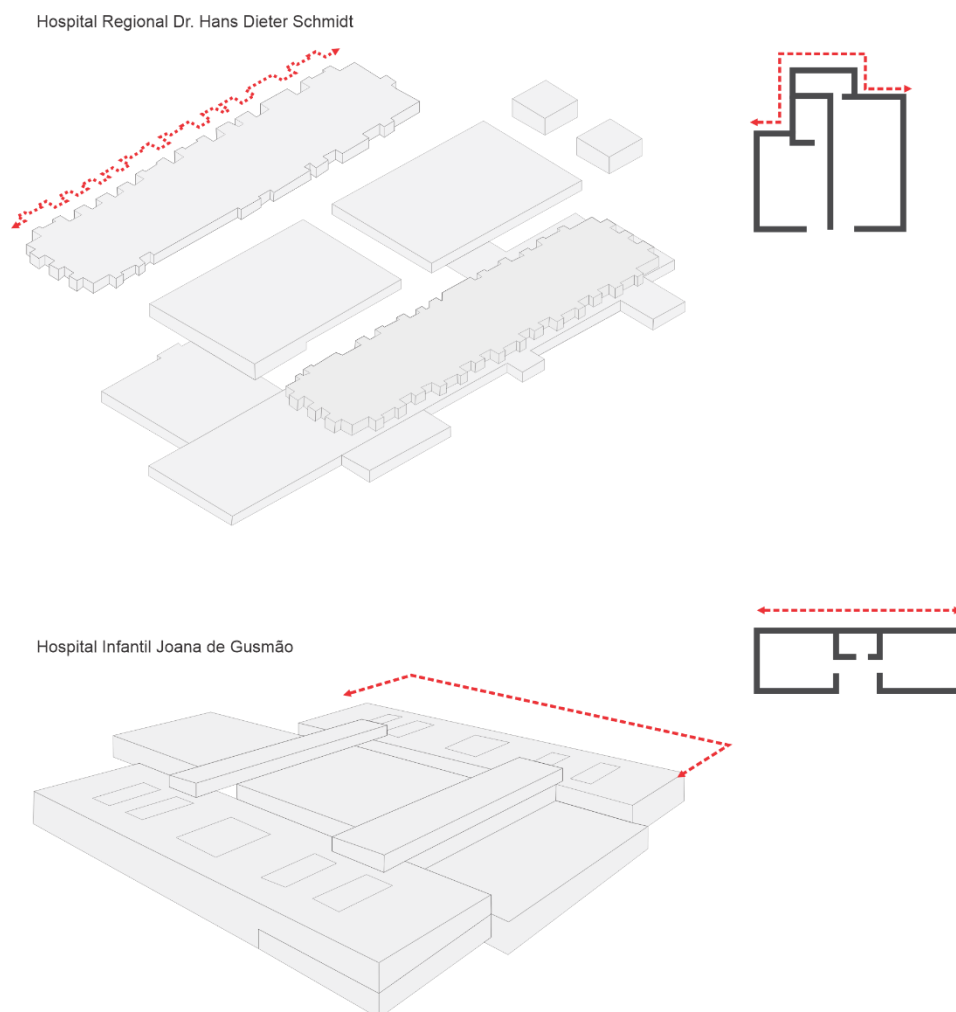


Figura 80 - Estudo entre volumetria e composição de malha nos quartos de internação dos HRHDS e HIJG
 Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

A escolha de abandonar a rigidez dos volumes prismáticos e adotar uma malha modular com maior liberdade compositiva demonstra uma maturidade no processo projetual de Breitman. Contudo, ao mesmo tempo, a flexibilidade volumétrica e funcional pode ser vista como uma tentativa de contornar as limitações impostas pela redução de leitos e pelo espaço disponível no terreno. Esse movimento sinaliza uma busca por humanização do espaço, mas também revela a tensão entre as limitações econômicas e a busca pela qualidade espacial no projeto hospitalar.

De acordo com a publicação na Revista Gaúcha dos Hospitais, foi possível identificar a influência nas decisões projetuais advindas do consultor e administrador hospitalar – Paulo Lamb. Neste artigo é discorrido sobre algumas decisões projetuais e suas justificativas, dentre elas a concepção das Salas de Recuperação e Unidades de Tratamento Intensivo estarem dispostas lado a lado, além de comportarem infraestrutura comum. “As SR e a UTI foram planejadas com parte das áreas de infraestrutura comuns às duas, bem como, previu-se interligação entre as duas unidades visando a economia de pessoal e de material, principalmente, de equipamentos mais sofisticados.” (LAMB, BREITMAN, 1982b). Breitman palestrou para o Expo Center Norte,

em 2004b, sobre a administração hospitalar, e afirmou que a saúde administrativa dos espaços depende também das decisões projetuais arquitetônicas, como descrito pelo artigo.

2.5.7 Continuidade do Processo

Com uma área de 54.000m² em uma esquina dotada de três vias de acesso, o processo de concepção arquitetônica do HRDHS seguiu o mesmo percurso projetual dos demais hospitais regionais: desenvolvimento com aproveitamento da topografia existente e de acordo com o programa de necessidades previamente definido com a equipe multidisciplinar.

O HRDHS é composto por três grandes blocos, dispostos em 3 níveis e interligados por rampas. Os volumes foram alocados no terreno de forma longitudinal, assentando-se sobre a zona mais plana do sítio. Por adotar uma circulação vertical composta por rampas e escadas que não vencem a altura de um pé direito habitual – menor que 2m – a tipologia deste hospital pode ser classificada como horizontal.

Novamente, por meio da figura 81, que representa uma perspectiva do espaço e inserção do projeto, é possível visualizar o resultado do processo de concepção arquitetônica atrelado a inserção na irregularidade do terreno (figura 82). Seguindo o mesmo raciocínio dos outros projetos, parte do terreno foi destinado ao uso de estacionamento, disposto em bolsões que se aproximam aos diversos acessos propostos (figura 82).

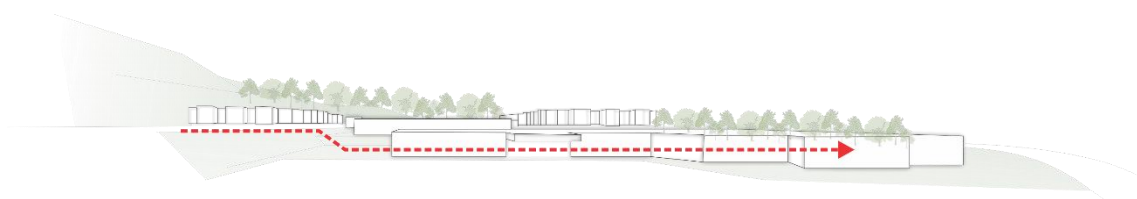


Figura 81 - Inserção da volumetria do HRHDS atrelada a topografia
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

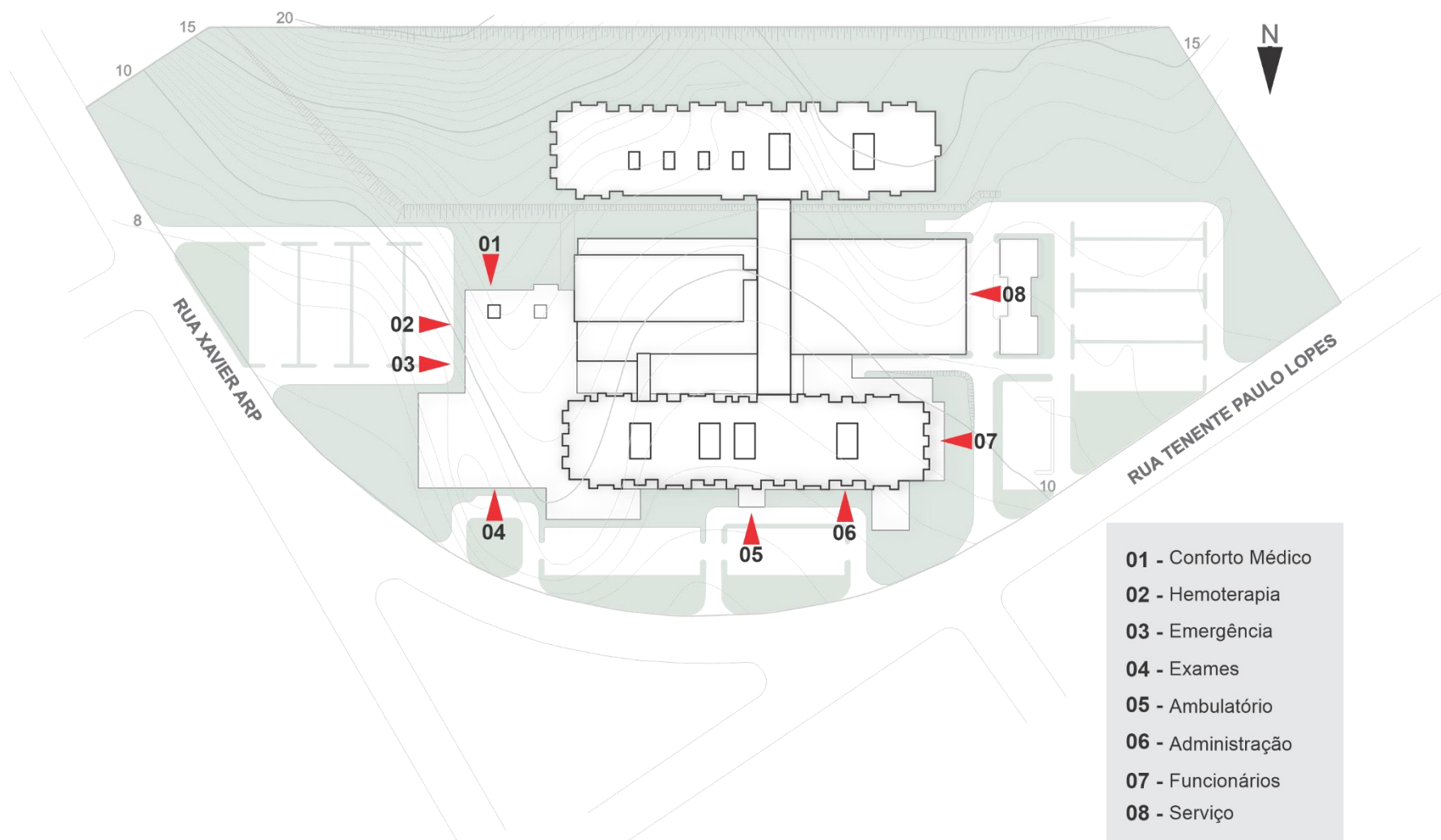


Figura 82 - Acessos do HRHDS
 Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Os acessos diversificados propostos por Breitman permitiram seguir a premissa de limitação e direcionamento do fluxo interno, estratégia já utilizada nos outros dois hospitais regionais. Seria possível considerar que, ao utilizar uma volumetria vertical, o controle do fluxo seria imposto com maior facilidade, contudo, o uso de blocos separados e estrategicamente localizados no terreno permitiu que os fluxos funcionassem de forma harmônica, conectando setores necessários e considerando sempre a rota mais curta entre eles (figura 83).

As dependências destinadas à internação estão situadas nas partes altas do hospital. Os serviços de apoio/abastecimento e os centros cirúrgico e obstétrico, berçário, sala de recuperação pós-anestésica e unidade de terapia intensiva ocupam posição central para atender simultaneamente a internação, ambulatorio, emergência e serviços complementares de diagnóstico e tratamento. Os setores de apoio/abastecimento estão posicionados de modo a formar um conjunto com a administração, e esta, por sua vez, mantém controle de áreas como a entrada principal, local de informações e internação e acesso público (BREITMAN, LAMB, 1979).

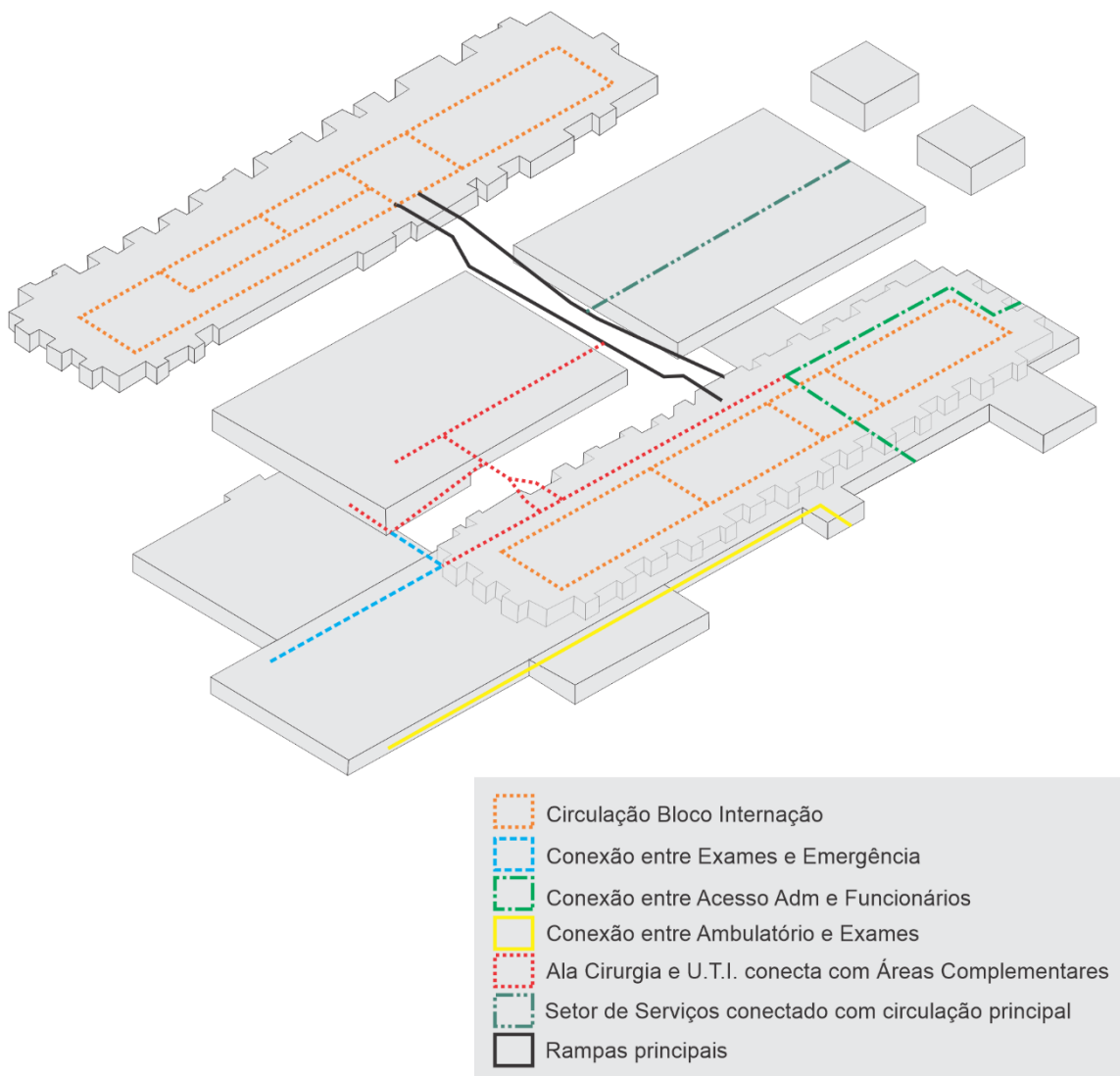


Figura 83 - Fluxograma HRHDS
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Ainda, o uso de uma única conexão principal – composta por duas rampas paralelas – se deu ao fato de um aprendizado citado por Irineu Breitman em sua palestra ao ADEBH em 2004, advindo do projeto realizado para o Hospital Infantil Joana de Gusmão, onde menciona:

“(…) E aí tem algum detalhe, a evolução dos projetos, isso depende de nós todos: em cada projeto verificar o anterior, o que que deu errado, o que que pode ser melhorado, o que pode ser mudado. Então, foi feito nesse hospital¹⁷ e – depois foi abandonado – duas caixas de rampa, depois nós vimos que bastava uma caixa principal e uma meia rampa que ligava a emergência com a U.T.I. e com o centro cirúrgico.” (BREITMAN, 2004b, 25:30).

Como uma sequência de soluções, o Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt recebe a adoção dos sheds dispostos a norte e sul a depender de sua setorização dentro dos blocos (figura 84). Os sheds direcionados a norte contemplam áreas como conforto médico e ambulatório. Já as aberturas direcionadas a face sul são distribuídas pelo bloco de serviço que abrange lavanderia, cozinha, lactário, almoxarifado, etc.

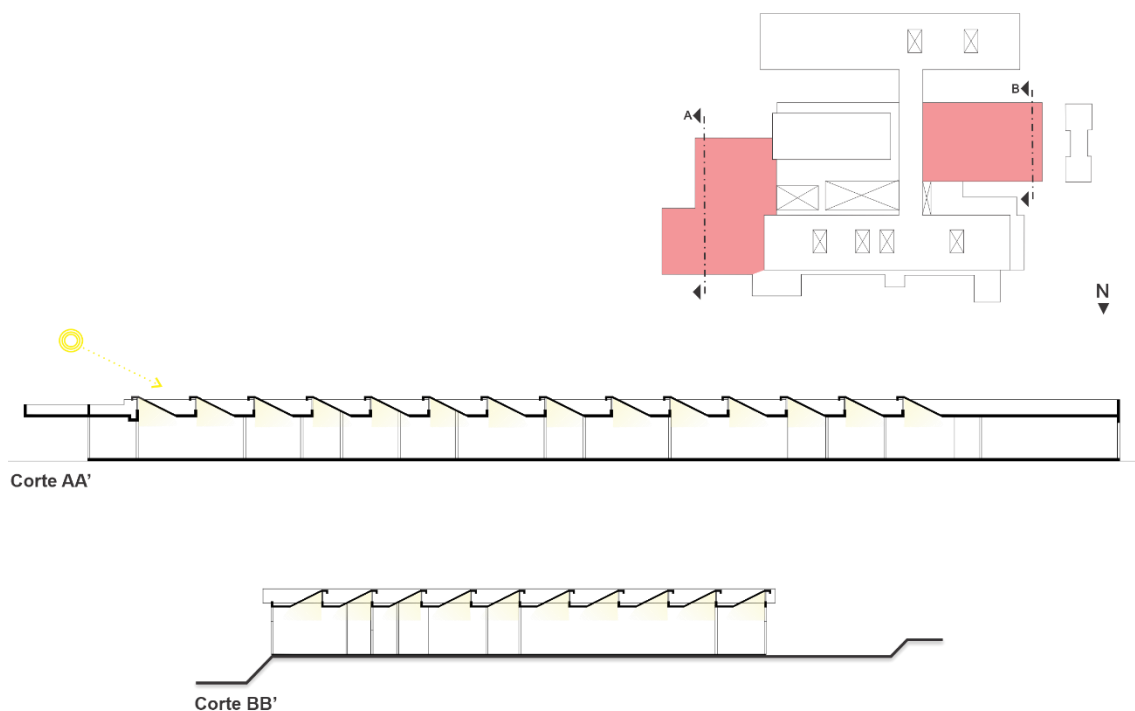


Figura 84 - Soluções lumínicas aplicadas a diferentes espaços no HRHDS
Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

A grande diferença encontrada no HRHDS se dá por via dos jardins de inverno, locados nos espaçamentos entre blocos e nas áreas de internação, possuindo diferentes tamanhos (figura 85). Irineu Breitman consegue provar sua preferência pelo partido horizontal neste projeto, que coloca em pratica sua fala: “Outro subproduto do horizontal, é que qualquer área que se abra pode ser um jardim, no vertical é um poço, né? E com nome de poço mesmo, sombrio, etc. etc.”. (BREITMAN, 2004b, 1:25).

¹⁷ Por “esse hospital” Breitman se refere ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, exemplo utilizado em sua fala.

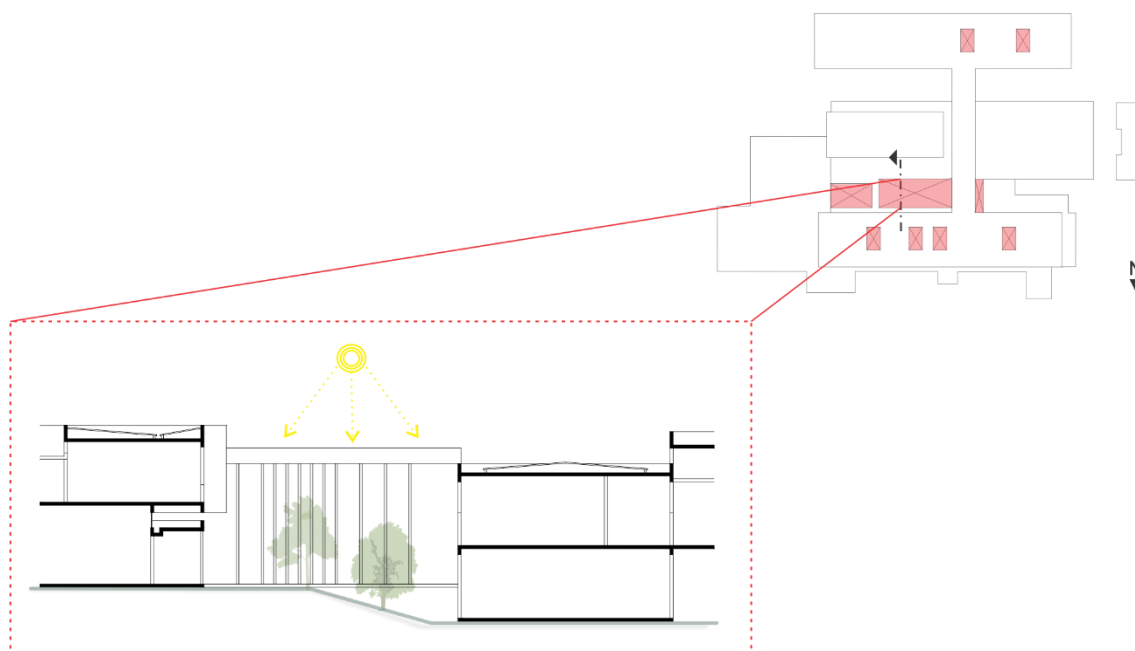


Figura 85 - Aberturas entre blocos e jardins de inverno do HRHDS
 Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

Ainda, as esquadrias utilizadas por Breitman nesse projeto diferem em dimensionamento e estética as utilizadas nos Hospitais Regionais de Chapecó e São José, provavelmente dado ao fato deste projeto ter se desenvolvido horizontalmente e permitido maior aproveitamento da luz solar de outras formas além das aberturas externas (figura 86).



Figura 86 - Fachada do bloco de internação sul do HRHDS com destaque as esquadrias
 Fonte: CEOM, 2023

Não foram previstos apartamentos, mas a flexibilidade do projeto permite que um quarto semi-privativo possa ser transformado com alteração de layout e a depender da demanda (LAMB, BREITMAN, 1982b).

2.5.8 Rede de relações

Preservando os profissionais multidisciplinares envolvidos nos projetos do HOSPITASA, o Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt englobou 144 profissionais em seu projeto, dentre eles:

Consultor Hospitalar: Paulo Lamb
Projeto Arquitetônico: Irineu Breitman
Cálculos e estrutura: Paulo Roberto Puente de Azambuja e Salomão Fridman
Projetos de instalações: Werner Heinz Feliz Laub
Projetos de Ar Condicionado e complementares: Fulvio Celso Petracco
Projetos de Cozinha, Lavanderia, Copas e demais áreas técnicas: João Luiz Silveira Osório
Projeto de Fluídos Especiais: Aldo Jung dos Santos
Projeto de Comunicação Visual: Ligia Maria Bergamaschi Botta
Projeto de Paisagismo: Ronald Charles Jamieson
Projeto de Radioproteção: Sérgio Souto
Cálculos e Orçamentos: Hélio Nunes Wagner
Comunicação visual: Ligia Botta
Construção: H.D. Construtora de Obras (LAMB, BREITMAN, 1982b).

Além destes profissionais, o HRHDS contou também com projeto de levantamento topográfico, executado por Arlei Menezes, engenheiro Florestal.

2.5.9 Considerações sobre o projeto para o Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt

Ao fim da sequência de análises dos cinco projetos Breitianos, dentre eles, três hospitais regionais de Santa Catarina, é possível afirmar com maior precisão uma linearidade projetual que reflete as premissas recorrentes nos processos conceptivos de Irineu Breitman. Embora cada um dos três hospitais apresente tipologia projetual distinta devido às características topográficas específicas de cada local, é possível identificar princípios fundamentais que permeiam o desenvolvimento dos projetos. Um exemplo claro dessa linearidade está na setorização dos hospitais, que considera não apenas os acessos e fluxos internos, mas também a priorização do atendimento em relação às necessidades específicas dos diferentes setores do hospital.

As unidades de conforto médico, como ilustrado na figura 87, são sempre posicionadas de forma estratégica para garantir um acesso rápido e direto às áreas de emergência. Esse posicionamento permite um trânsito interno ágil e ao mesmo tempo mantém essas áreas parcialmente isoladas do restante do hospital, garantindo maior funcionalidade e eficiência no atendimento.

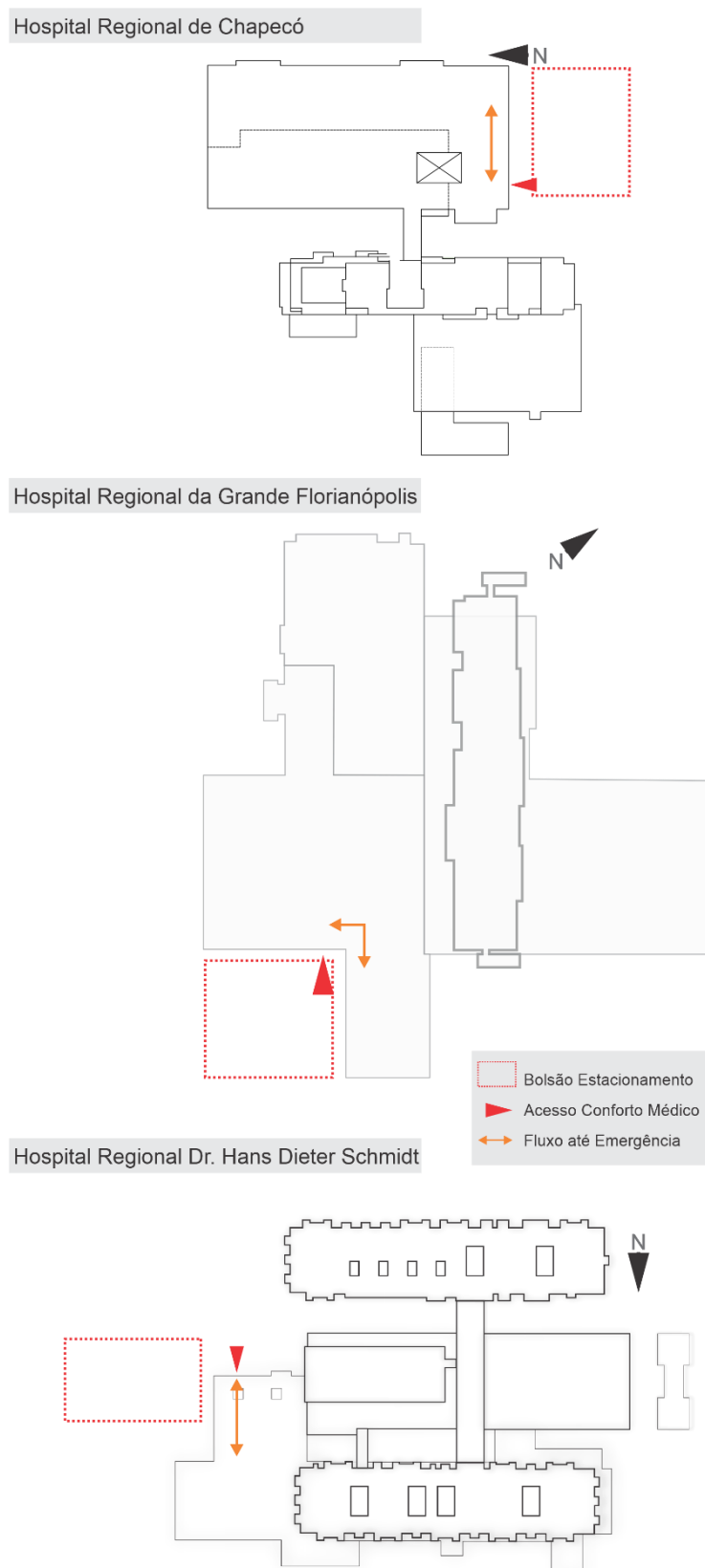


Figura 87 - Análise da locação do Conforto Médico em relação ao fluxo interno e acesso direto nos hospitais regionais de Santa Catarina

Fonte: Gerado pela autora com base em Acervo Irineu Breitman, 2024

O Hospital Regional de Joinville foi o único a receber ampla cobertura em publicações especializadas, como revistas de arquitetura e saúde, o que proporcionou uma visibilidade maior do projeto. Esse destaque pode ser atribuído à maior disponibilidade de informações sobre o projeto de Joinville, bem como à natureza parcialmente privada da concepção e execução. Este fator pode ter contribuído para uma maior atenção à divulgação e à documentação do processo em comparação aos demais hospitais além de caracterizar um momento profissional onde Irineu Breitman já possuía maior credibilidade e visibilidade.

A escolha pela tipologia horizontal, ao contrário da vertical, foi um diferencial no HRHDS. Essa opção não só garantiu uma distribuição mais equilibrada dos fluxos, como também favoreceu a integração com a topografia do terreno. O uso de meias rampas, é um dos aspectos mais inovadores do projeto. Essa solução arquitetônica, além de funcional, reflete a aplicação de conceitos adquiridos em projetos anteriores, como o Hospital Infantil Joana de Gusmão, e também a influência de referências externas, como os Irmãos Roberto, que introduziram novas possibilidades de organização espacial e circulação hospitalar.

3. Conclusões

Dentre os apontamentos e análises desenvolvidos, não era a intenção esgotar o campo de pesquisa sobre *processo e projeto arquitetônico*, mas sim iluminar outros caminhos e áreas a serem explorados futuramente. Entendemos neste momento que, os estudos aqui reunidos representam um, de inúmeros possíveis nichos de pesquisa arquitetônica, os quais permitiram identificar regularidades Breitianas e, possivelmente, de outros arquitetos da arquitetura hospitalar.

Ao fim deste estudo, e embora essa análise tenha se restringido a cinco estudos de caso, a investigação permitiu identificar, de maneira consistente, um processo projetual recorrente, adaptável e coerente dentro dos projetos de Irineu Breitman. A análise gráfica, documental e interpretativa dos projetos, associada ao estudo da trajetória profissional do arquiteto, revelou padrões claros de decisão, que podem ser organizados em três grandes pilares: (1) Pesquisa contextual extensiva; (2) Estruturação modular, funcional e sensível; e (3) Cooperação interdisciplinar como ferramenta projetual.

Essa pesquisa permitiu identificar a existência de um processo de projeto articulado em três pilares, ainda que de maneira não formalizada por Breitman. A análise conjunta dos casos estudados admite, portanto, delinear um processo de projeto fundamentado na integração

rigorosa entre levantamento de informações, interpretação crítica e organização técnica e formal do edifício hospitalar. Os três pilares permitem assim ramificar etapas do processo que resulta em uma possibilidade real de aplicabilidade projetual a concepções hospitalares.

O primeiro pilar – Pesquisa Contextual Extensiva – é moldado por uma gama de perguntas bases que podem ser ramificadas de acordo com as informações encontradas. Essa investigação inicial abrange múltiplas escalas, com o intuito de ir além do diagnóstico inicial, possibilitando a aplicação dessas informações para orientação do partido arquitetônico. Em alguns projetos Breitianos analisados foi possível identificar por exemplo que, os acessos ou a distribuição dos setores pela área do terreno era resultado de informações coletadas nesta etapa de pesquisa.

Foi identificado que todos os projetos estudados foram concebidos em cima de um programa de necessidades básico inicial. Atualmente, as legislações federais vigentes estabeleceram estruturas básicas que deveriam compor hospitais de diferentes portes e especialidades. Sendo assim, a partir do programa de necessidades, Breitman investigava vertentes e influentes externos por meio da pesquisa inicial.

Abaixo, listamos algumas perguntas identificadas durante os estudos de caso, que formam a base de seu processo.

• ***Qual é a característica da localização urbana e da inserção da cidade na região?***

Essa pergunta é ampla e deve ser respondida de diferentes pontos de perspectiva. A cidade é um polo regional? Ela atende e recebe populações vizinhas cotidianamente? Se ela ainda não é, existe potencial para ser? Os acessos externos a cidade são facilitadores futuros para direcionamento do tratamento de saúde?

A visualização deste papel urbano poderá auxiliar na escolha do terreno, no entendimento da capacidade inicial e futura que o equipamento de saúde deve oferecer, ou ainda entender se o programa de necessidades e capacidade projetada estão de acordo.

• ***Qual o perfil demográfico da população (idade, gênero, ocupação)?***

Essa pergunta visa a compreensão dos pacientes imediatos e futuros e está diretamente conectada a primeira. É ainda uma pergunta que deve considerar dados remotos e perspectivas futuras. Essas informações ajudarão a entender a importância de uma ala pediátrica e/ou geriátrica; ou ainda, a capacidade da unidade de emergência.

Tomemos como exemplo o Hospital Regional de Chapecó: foi o primeiro equipamento de saúde de grande porte da cidade e da região; era uma cidade em expansão; naquela época, a economia da cidade era guiada em grande parte por trabalhos e empresas de atividades agrícolas, com trabalhadores de cidades vizinhas.

• ***Quais as atividades econômicas locais e como elas impactam a demanda hospitalar?***

A análise da atividade econômica local ajuda a compreender as principais causas de procura por serviços de saúde. Setores como agricultura, indústria pesada, mineração ou tecnologia impactam diretamente nos perfis de risco e nos tipos de atendimento que tendem a ser mais solicitados.

É importante investigar se predominam atividades que envolvam risco de acidentes físicos (como no caso de fábricas e construção civil) ou agravos de saúde específicos (como doenças respiratórias em regiões agrícolas ou industriais). Essas informações permitem dimensionar,

desde o início, áreas críticas como pronto-atendimento, traumatologia, centros cirúrgicos e até programas de prevenção e reabilitação.

• ***Qual o histórico do sistema de saúde local e da unidade existente (se houver)?***

Essa pergunta investiga a capacidade histórica de atendimento de saúde na cidade e na região. O objetivo é entender se há déficit de serviços, se existem unidades saturadas ou se a população já está acostumada a procurar atendimento em outras localidades. Caso exista uma unidade de saúde pré-existente, seria necessário avaliar seu porte, especialidades, capacidade de atendimento, estado de conservação e níveis de eficiência.

Essas informações ajudam a lapidar o programa de necessidades do novo hospital, evitando sobreposição de serviços e orientando decisões sobre quais especialidades devem ser priorizadas. No caso do Hospital Regional de Joinville, por exemplo, a existência prévia de hospitais menores reforçou a necessidade de um equipamento de maior multiplicidade para suprir a lacuna na região. Já o Hospital Fêmima, foi pensado desde o início para o trato da saúde feminina, com base em dados e levantamentos que indicaram esta demanda.

É importante destacar também que todos os exemplos reunidos aqui demonstram que algumas dessas informações e decisões podem ter sido tomadas previamente à contratação do arquiteto, definindo diretrizes como a tipologia hospitalar ou o público-alvo a ser atendido — como foi o caso do Hospital Fêmima. Ainda assim, cabe à equipe de projeto a responsabilidade de complementar, revisar e validar essas informações, assegurando que estejam atualizadas, compatíveis com o programa de necessidades e adequadas ao contexto urbano, demográfico e de saúde local.

• ***Como os elementos morfológicos urbanos se articulam com o entorno imediato?***

Para além de estudos e compreensão de pontos comuns a projetos arquitetônicos gerais, como vias de entorno imediato, densidade populacional e existência de equipamentos urbanos, Breitman considerava as especificidades do funcionamento de um hospital. Em um equipamento de saúde, essas constatações terão impacto direto nas primeiras decisões de projeto: definição do melhor acesso para atendimentos emergenciais, definição de acessos para serviços, definição de fluxos, posicionamento da volumetria no espaço, entre outros. Era por meio dos elementos morfológicos como: via, calçada, quadra, fachadas, largos e praças, que o arquiteto identificava entraves e oportunidades da relação do entorno para com a nova arquitetura a ser concebida.

• ***Quais são as condições ambientais (topografia, insolação, ventos predominantes)?***

Questionamento básico e direto de projeto. Contudo, no caso dos hospitais, a dimensão dos edifícios e a especificidade dos setores impõem um tratamento diferenciado dessas informações. Para que fique mais claro, podemos observar os projetos de Irineu Breitman para o estado de Santa Catarina, onde os três projetos podem ser classificados como equipamentos hospitalares de grande dimensão. Por assumir alguns blocos com forma larga, extensa e muitas vezes sobrepostos, a influência dos ventos não se torna algo primordial nesse momento, mas a localização no espaço topográfico sim. Setores cirúrgicos ou diagnósticos não permitem direcionamentos de ventos ou iluminação natural, mas podem tirar partido de áreas maiores e planas oferecidas pelo terreno por exemplo.

Os três hospitais regionais tomados como exemplo, adotaram os setores de internação com formulação arquitetônica que permitisse o aproveitamento direto da iluminação e ventilação

natural. Ainda, replicam o uso de blocos de grandes dimensões para áreas como setor cirúrgico e de diagnóstico, onde tomaram como partido o posicionamento topográfico e complemento ao apoio estrutural.

Toda essa investigação permite reconhecer que tais questões também estavam presentes, ainda que de forma implícita, nos discursos e projetos do próprio autor arquiteto. No XXIV Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar (2000), por exemplo, o arquiteto afirmou que ‘cada dado pode gerar uma decisão de projeto’, indicando uma compreensão do contexto não apenas como condicionante, mas como elemento gerador do partido arquitetônico

Como sequência, dentro do segundo pilar: Estruturação modular, funcional e sensível, se observa uma macro setorização que acontece (especificamente dentro da arquitetura hospitalar do século XX) pautada principalmente por compatibilização de fluxos sujos e limpos entre os macros setores: ambulatório, administração, cirúrgico e internação. Esses macros setores não indicavam um engessamento de projeto, visto que poderiam ser adaptados, substituídos ou excluídos a depender do programa de necessidades.

Além disso, a estruturação espacial dos projetos analisados demonstra que o terreno era tomado como um vetor ativo de decisão: suas características, como topografia, orientação solar e acessos, influenciavam diretamente na organização dos setores, na implantação volumétrica e na lógica funcional do edifício. O aproveitamento consciente dessas condições revela uma estruturação sensível ao lugar e reforça a ideia de que o partido arquitetônico surge como resposta direta às potencialidades do sítio.

Assume-se que essa estruturação era compartilhada e debatida com os variados consultores presentes nos projetos Breitianos, o que revela uma clara orientação funcionalista — fortemente influenciada por nomes como Paulo Lamb e Jarbas Karman. A racionalidade funcional imposta por essa abordagem projetual por meio do uso da modulação — especialmente nos quartos e blocos de internação — cumpre um papel tanto funcional quanto expressivo, gerando ritmo nas fachadas e nas composições volumétricas. Essa estratégia permite que forma e função caminhem juntas, reforçando a relação entre solução técnica e expressão arquitetônica.

Por último, no terceiro pilar: Cooperação interdisciplinar, já mencionada como influência direta ao segundo pilar, se mostra fundamental ao método desde o início do processo de concepção. Isso é evidenciado pela maneira como soluções estruturais e ambientais são incorporadas ao partido arquitetônico, e não apenas sobrepostas. A cooperação com médicos e engenheiros, especialmente nos projetos mais maduros, permitiu a geração de pavimentos com aberturas zenitais, estruturas em balanço, e setorização por níveis, sempre ancoradas em uma lógica funcional integrada à espacialidade.

Como o objetivo desse processo é resultar em um projeto arquitetônico, entende-se que, nessa etapa, possa ocorrer croquis e desenhos iniciais, de forma a ilustrar discussões e visualizar soluções. Esse entendimento é inteiramente pessoal, uma vez que não foi identificado nas análises ou outros documentos qualquer afirmação que o comprove. Essa afirmação é feita, no entanto, com base em respostas que devem ser obtidas nesse momento de projeto e, como arquiteta e urbanista, acredito ser essa a melhor solução. Ainda, o segundo e terceiro pilares do processo de projeto Breitiano dão origem a novos questionamentos, questionamentos esses que serão resultado das informações coletadas inicialmente. Esses novos questionamentos seguem a mesma linha de raciocínio que os elencados no primeiro pilar, ou seja, podem ser variados, modificados, alterados ou até excluídos.

, Como articular os fluxos de pacientes, visitantes, profissionais e insumos?

- Qual a projeção de crescimento e de ampliação futura?
- Onde devem estar os acessos principais e de serviço, considerando o terreno?
- Como organizar os setores em blocos funcionais coerentes?
- Onde inserir as áreas que exigem maior controle ambiental (cirurgia, UTI)?
- Onde posicionar as áreas com demanda por ventilação e iluminação natural (enfermarias, ambulatorios)?
- Como garantir a expansibilidade do edifício?
- Como aplicar a modulação construtiva para racionalizar o projeto?
- Como empilhar ou articular volumes sem comprometer fluxos?
- Onde estão as oportunidades de estrutura expressiva (vãos livres, balanços)?
- Como integrar exigências técnicas sem perder qualidade espacial?
- Qual a linguagem formal adequada ao papel público e simbólico do hospital?

Ressalta-se que – dentro da nossa perspectiva de análise – algumas dessas questões, como a definição dos acessos principais e de serviço, inevitavelmente demandariam estudos gráficos e croquis de alternativas. Embora não haja documentação formal que comprove essa prática no método Breistiano, entende-se, pela lógica do processo e pela experiência projetual em arquitetura hospitalar, que a representação gráfica inicial constitui uma ferramenta imprescindível para a tomada de decisão e o desenvolvimento do partido arquitetônico.

Portanto em síntese a confirmação da hipótese principal: **identificar as influências e escolha das projetuais do arquiteto por meio da análise de seus projetos de forma a delinear um pensamento projetual frente a soluções inovadoras**, ocorreu pela identificação de evidências concretas em cada uma dessas categorias. No primeiro pilar que trata da ação de *Pesquisar*, observou-se a recorrência da coleta extensiva de informações sobre contexto urbano, condicionantes ambientais e fluxos de usuários, presente em quatro dos cinco projetos.

No segundo pilar que trata da *Estruturação*, destaca-se a capacidade de síntese das demandas programáticas e normativas em soluções espaciais adaptadas a contextos diversos. Essa característica se manifesta de forma marcante no Hospital Psiquiátrico Encarnación Blaya e no Hospital Fêmeina, onde a interpretação crítica de normas hospitalares resulta em alternativas inovadoras de organização interna, especialmente no desenho dos núcleos de internação e áreas de apoio.

Finalmente, no terceiro pilar que investiga a *Cooperação interdisciplinar*, foi evidenciado a importância da integração entre arquitetura, engenharia e medicina que se mostra fundamental no processo de projeto. A colaboração estreita permitiu que soluções estruturais e ambientais fossem incorporadas de forma intrínseca ao partido arquitetônico, e não apenas sobrepostas. Essa abordagem é evidente em propostas como pavimentos com aberturas zenitais, estruturas em balanço e setorização por níveis, sempre articuladas por uma lógica funcional que valoriza a espacialidade.

Ao fim desta descrição e análise do processo Breistiano identificado, observamos em muitos aspectos, semelhanças com a sequência habitual de ensino de projeto — programa de necessidades, análise do terreno e do entorno e identificação de condicionantes legais e naturais —. Contudo, alguns pontos permitem identificar diferenças significativas em sua abordagem.

A primeira diferença reside na profundidade e extensão da pesquisa realizada que explora além dos elementos imediatos — zoneamento, topografia e legislação —, incorporando uma investigação mais abrangente, envolvendo aspectos sociais, históricos, técnicos e, especialmente, as dinâmicas funcionais específicas de cada programa de necessidades, buscando compreender o ambiente de forma mais sistêmica e complexa.

A segunda diferença está no uso sistemático de consultores e especialistas desde as fases iniciais do processo que integrava saberes técnicos ao raciocínio projetual, utilizando-os como agentes ativos de formulação de soluções arquitetônicas.

E ainda, a simultaneidade entre pesquisa e concepção. Ao invés de tratar pesquisa e projeto como etapas estanques e sequenciais, o processo Breistiano demonstra uma articulação dinâmica entre investigação e síntese. As hipóteses projetuais que surgem, são testadas, e retroalimentam a pesquisa de forma contínua, revelando uma postura de constante reavaliação crítica durante o desenvolvimento do partido.

Esse processo revela uma concepção metodológica em que a forma é consequência direta de uma etapa preparatória extensa e rigorosa. Trata-se de uma lógica de projeto que evita decisões prematuras e privilegia a fundamentação técnica, funcional e social do edifício antes mesmo de sua representação gráfica. A atuação do arquiteto, nesse sentido, é mediadora: entre a realidade institucional, os dados técnicos e as possibilidades do espaço construído.

A **segunda hipótese** desta pesquisa propôs que as escolhas projetuais de Irineu Breitman, embora revelassem coerência interna e singularidade formal, seriam também fruto de um processo coletivo e contextual de produção do conhecimento arquitetônico hospitalar. As análises realizadas nos cinco estudos de caso e a pesquisa de embasamento, **confirmam essa proposição** ao evidenciar que grande parte das soluções adotadas por Breitman estão alinhadas a um repertório técnico-normativo que circulava entre os profissionais da área na segunda metade do século XX.

Verificou-se que a atuação de Breitman se deu em um momento crítico da arquitetura hospitalar brasileira, quando as diretrizes projetuais, sanitárias e operacionais passavam por uma consolidação importante, muitas vezes impulsionadas por organismos internacionais, avanços tecnológicos e pela crescente participação do Estado na organização dos serviços de saúde. Nesse sentido, as soluções encontradas pelo arquiteto — como a defesa do partido horizontal, a organização funcional rigorosa e o uso de sistemas construtivos padronizados — não se apresentaram como escolhas isoladas, mas como respostas coerentes a demandas coletivas e regulamentações técnicas que permeavam a prática arquitetônica da época.

O alinhamento entre suas propostas e as diretrizes de nomes como Hoenack, Weeks e Bross, bem como a semelhança com práticas defendidas por Jarbas Karman, reforçam a tese de que sua produção refletia uma inteligência coletiva mais ampla, em vez de um gesto autoral isolado. Ainda é somado ao fato de que **Breitman atuava dentro de um escritório multidisciplinar (HOSPITASA)**, que reunia profissionais da engenharia, administração e economia da saúde. Isso permitia que seus projetos fossem resultado de decisões compartilhadas e tecnicamente embasadas, muitas vezes baseadas em consultorias e planos diretores de instituições públicas e

privadas. Essa forma de trabalho reforça a noção de que suas decisões projetuais eram também condicionadas por um repertório técnico coletivo e por negociações interdisciplinares.

Sua obra, portanto, evidencia como a inovação pode emergir da apropriação crítica de saberes partilhados, revelando uma concepção arquitetônica que se constrói no entrelaçamento entre o individual e o coletivo. Essa confirmação permite reforçar o entendimento da arquitetura hospitalar como uma prática que extrapola o sujeito projetista e se estrutura na mediação entre condicionantes técnicas, sociais e culturais. Ao reconhecer a arquitetura como produto de uma inteligência compartilhada, abre-se espaço para desenvolver métodos de projeto mais abertos, reflexivos e interdisciplinares, sintonizados com a complexidade dos espaços de saúde.

Mesmo reconhecendo que as estratégias adotadas por Breitman refletem uma **inteligência compartilhada com seu tempo**, não é possível excluir sua capacidade de inovação autoral. A própria noção de inovação, nesse contexto, deve ser compreendida não como ruptura, mas **como capacidade de síntese e rearticulação crítica de saberes já em circulação**. Essa constatação não diminui a importância de sua contribuição, mas reforça a complexidade do fazer arquitetônico em tipologias como a hospitalar, nas quais o arquiteto atua como mediador entre o conhecimento técnico, os regulamentos, os avanços científicos e as necessidades locais.

Referências Bibliográficas

ACADEMIA JOINVILENSE. *Hans Dieter Schmidt*. 2019. Disponível em:
<<https://academiajoinvilense.com.br/hans-dieter-schmidt/> > Acesso em 20 jul 2024.

ACERVO IRINEU BREITMAN. *Documentos Internos HOSPITASA*. S/D. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

ALVES, Ana Paula Gross. *A evolução histórica das licitações e o atual processo de compras públicas em situação de emergência no Brasil*. Regen - Revista de gestão, economia e negócios. Vol. I, No. II, p. 40-60, 2020.

ARAUJO, Cristina Filgueiras de. *Arquitetura pós-pandemia: Impactos no desenvolvimento de projetos para idosos*. Universidade Católica do Salvador. Anais da 23ª Semana de Mobilização Científica - SEMOC, 2020. Disponível em: <
<http://104.156.251.59:8080/jspui/bitstream/prefix/2849/1/ARQUITETURA%20P%C3%93S-PANDEMIA%20Impactos%20no%20desenvolvimento%20de%20projetos%20para%20idosos.docx.pdf> > Acesso em 05 mar 2024.

BAKOS, Margaret Marchior. *Porto Alegre e seus eternos intendent*. 2ed – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. ISBN 978-85-397-0270-1. Disponível em: <
https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=7hFKzgbV1NQC&oi=fnd&pg=PA9&dq=funda%C3%A7%C3%A3o+de+porto+alegre&ots=h_WWazs0T_&sig=ph_qtZzuuoEW5RslfGjmjAsb3gQ#v=onepage&q=funda%C3%A7%C3%A3o%20de%20porto%20alegre&f=false > Acesso em 12 out 2024.

BASTOS, A. D. A., ALBERTI, S. *Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva, 26(1), 285–295, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>

BAXANDALL, Michael. *Padrões de intenção: A explicação histórica dos quadros*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. ISBN: 85-359-0788-2

BOTTA e BERGAMASCHI. *Escritório*. S/d. Disponível em: < <https://lmbbotta.wixsite.com/bottaebergamaschi/escritorio> > Acesso em 10 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. *Normas de Construção e instalação do Hospital Geral*. 1974. Acervo IPH.

_____. *Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934*. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1, 1934. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em 24 nov 2016.

_____. *Decreto nº 49.974-a, de 21 de janeiro de 1961*. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Diário Oficial da União - Seção 1, 1961. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em 24 nov 2016.

_____. *Decreto n.º 75.403, de 16 de março de 1975*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 mar. 1975. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D75403.htm > Acesso em: 3 nov. 2024.

_____. Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). *Padrões mínimos hospitalares*, de Oscar Valdetaro, Roberto Nadalutti, Israel B. Correa e Hélio Muller, 194?. Acervo IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M. (organizadores). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. p. 88–110.

BREITMAN, Irineu. *Apologia do Hospital Horizontal*. Revista IPH São Paulo: Semestral – Ano 3, n 5. Dez, 2004a. Disponível em: <https://iph.org.br/revista-iph>. Acesso em 19 jan 2024.

_____. *Arquiteto Irineu Breitman*. Fábio Selau, Graziela Dienstmann, Henrique Sarmento, Natalia Thomaz. Trabalho Acadêmico. 2008. Vídeo. 15:01 min. Acervo IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

_____. *Hospital em Pôrto Alegre*. Acrópole, São Paulo, ano 21, n. 248, p. 298-301, jun. 1959. Disponível em: < <http://www.acropole.fau.usp.br/edicao/248> > Acesso em 23 nov 2024.

_____. *Hospital Psiquiátrico Encanación Blaya*. Rev. Arquitetura, n 35, maio de 1965.

_____. Palestra. *II Congresso Nacional da ABDEH*. Ago 2006 – Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

_____. Palestra. *A saúde que queremos: Inclusão social e gestão profissional*. Expo Center Norte – ADH. Jun 2004b – São Paulo. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

_____. Palestra. *VII Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar* – ADH 97 - Feira Hospitalar 1997. Prod. Centro Universitário São Camilo. 1997. Acervo do IPH. (video_IB_historia_arquitetura.m4v. 2hs, 19`30"). Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

_____. Palestra. *XXIV Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar*. – ADH 00 - Gravação TVMED, Paraíso – SP. Acervo Irineu Breitman IPH. São Paulo, 2000. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

BREITMAN, Irineu. BLAYA, Marcelo. *Ante-projeto do Hospital Psiquiátrico Encarnación Blaya*. Revista IPH, Hospital de Hoje, vol 27, ano XI, 1965.

BREITMAN, Irineu; LAMB, Paulo Lindolfo. *Hospital Hans Dieter Schmidt: Ambientes acolhedores em contraponto aos partidos verticais*. Revista Gaúcha dos Hospitais, vol 7, N 4, 1979. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

BROADBENT, G. (1976). *Diseño arquitectónico: Arquitectura y Ciencias Humanas* (S. A. Gustavo Gili, Ed.). John Wiley & Sons Ltda.

BROSS, João Carlos. *Metodologia do planejamento físico dos hospitais*. Palestra proferida no III Simpósio Brasileiro de Administração Hospitalar, realizado em 16 e 17 de maio de 1975, em São Paulo. Revista Gaúcha dos Hospitais, vol 4, abril de 1976. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

CANEZ, Anna Paula Moura et al. *Acervos Azevedo Moura & Gertum e João Alberto Fonseca da Silva: Memória da Arquitetura Moderna em Porto Alegre*. DOCOMOMO Brasil, 2016. 15 p. Disponível em: < <https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2016/01/025R.pdf> > Acesso em: 06 nov. 2024.

CHAPECÓ, Prefeitura Municipal. *Lei nº 130, de 10 de dezembro de 1979*. Dispõe sobre o código de arquitetura e obras e das outras providências. 1979a. Disponível em: < <http://leismunicipa.is/cudbg> > Acesso em 20 jun 2024.

CHAPECÓ, Prefeitura Municipal. *Lei nº 131, de 10 de dezembro de 1979*. Dispõe sobre o zoneamento do município, institui a forma de uso das áreas territoriais e das outras providências. 1979b. Disponível em: < <http://leismunicipa.is/acudg> > Acesso em 20 jun 2024.

CLARK, R. H., & PAUSE, M. (2005). *Precedents in architecture: Analytic diagrams, formative ideas, and partis* (John Wiley & Sons).

CLINICA PINEL. *Por quê Pinel?*. 2024. Disponível em: < <http://www.clinicapinel.com.br/index.php/por-que-pinel> > Acesso em 24 nov 2016

CORREIO DE SANTA CATARINA. *São José, há 273 anos uma cidade de convergências*. 2023. Disponível em: < <https://www.correiosc.com.br/sao-jose-ha-273-anos-uma-cidade-de-convergencias/> > Acesso em 03 fev 2024.

CORREIO DO POVO. *Bornhausen justifica contrato com empresa gaúcha de engenharia*. 1979. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

COSTA, R. N.; AZEVEDO, G. A. N., PEDRO, R. M. L. *Projetar-Com: O arquiteto como “autor-rede” em movimento*. Gestão e Tecnologia de Projetos, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 103-116. 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/gtp.v12i2.120037>

COSTEIRA, Elza Maria Alves; AMORA, Ana Albano. Estudo para a documentação de hospitais modernos brasileiros (1940 a 1960). 4o Seminário Ibero-Americano. Arquitetura e Documentação. Belo Horizonte, MG, 2015. Disponível em: < https://www.academia.edu/24068636/ESTUDO_PARA_A_DOCUMENTA%C3%87%C3%83O_DE_HOSPITAIS_MODERNOS_BRASILEIROS_1940_a_1960 > Acesso em 26 out 2023.

CSIKSZENTMIHALYI, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention* (M. CSIKSZENTMIHALYI, Ed.; viii). HarperCollins.

DIÁRIO DA MANHÃ. *Hospital Regional torna-se uma realidade no Oeste Catarinense*. 1980. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

DREISSIG, Ana Helena. *Ocupações no Moinhos de Vento: Histórias de um bairro de Porto Alegre na primeira metade do século XX*. IHGRGS, Porto Alegre, n. 163, p. 239-265, dezembro de 2022.

FACCO, Janete; FUJITA, Camila; BERTO, James Luiz. *Agroindustrialização e urbanização de Chapecó-SC (1950 – 2010): Uma visão sobre os impactos e conflitos urbanos e ambientais*. REDES - Rev. Des. Regional, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 1, p. 187 - 215, jan/abr 2014.

FARIAS FILHO, José Almir; ALVIM, Angelica Tanus Benatti. *Higienismo e forma urbana: uma biopolítica do território em evolução*. Revista Brasileira de Gestão Urbana, v. 14, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/2175-3369.2022.e20220050> > Acesso em: 07 nov 2024.

FAWCETT, P. (2003). *Architecture: Design Notebook*. Routledge.

FLORIO, Wilson. *Croquis de concepção no processo de projeto em Arquitetura*. Exacta, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 373-383, 2010. Disponível em: < <https://periodicos.uninove.br/exacta/article/view/2417/1856> > Acesso em 13 mar 2024.

FOQUÉ, Richard. *Building Knowledge in Architecture*. Antwerp: UPA - University Press Antwerp, 2010. ISBN 978-90-5487-545-1.

FRACALOSSI, Igor. *Clássicos da Arquitetura*: Ministério de Educação e Saúde / Lucio Costa e equipe. ArchDaily Brasil, 2013. ISSN 0719-8906. Disponível em: < <https://www.archdaily.com.br/br/01-134992/classicos-da-arquitetura-ministerio-de-educacao-e-saude-slash-lucio-costa-e-equipe> > Acesso em 23 nov 2024.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA. *Hospital Infantil de Florianópolis: Anteprojeto*. Abril de 1977. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

GALVÃO, Chayane. *Transformações da arquitetura hospitalar no Brasil no fim do século XX e início do século XXI: dois estudos de caso – Hospital Regional de Chapecó e Hospital de Urgências DE São Bernardo do Campo*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021. Disponível em: < <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16444> > Acesso em 13 mar 2024.

GONÇALVES, Helen. *A tuberculose ao longo dos tempos*. História, Ciências, Saúde-manguinhos, 7(2), 305–327, 2000. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000300004> > Acesso em 05 mar 2024.

GONZÁLEZ REY, F. (1996). *Problemas epistemológicos de la psicología*. Editorial Academia.

HRHDS. *Quem somos*. 2024. Disponível em: < <https://hrhds.saude.sc.gov.br/> > Acesso em 20 jul 2024.

HIJG. *Quem somos*. 2024. Disponível em: < <https://hijg.saude.sc.gov.br/index.php> > Acesso em 27 jan 2024.

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES. *Quem somos*. 2024. Disponível em: <<https://hrsj.saude.sc.gov.br/>> Acesso em 02 fev 2024.

HOENACK, August. *Tendências atuais na Arquitetura Hospitalar*. Revista Hospital de Hoje, IPH, vol 27, ano XI, 1966. Disponível em: < <https://iph.org.br/acervo/periodicos/revista-hospital-de-hoje-vol-27-1433> > Acesso em 27 jan 2024.

HOENICKE, Nilzete Farias. *O Distrito Industrial de Joinville/SC (1975-2007): análise crítica e propositiva*. Tese de Doutorado, FAUUSP. São Paulo; 2007.

HRO. *Conheça o HRO*. 2024. Disponível em: < <https://hro.org.br/o-hro> > Acesso em 22 mar 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Joinville: Panorama*. 2024. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/joinville/panorama> > Acesso em: 20 jul 2024.

_____. *População do Brasil em 1947: características gerais da população*. Rio de Janeiro: IBGE, 1947. Disponível em: < https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/populacao/1947/populacao1947aeb_17_a_36.pdf > Acesso em 23 nov 2024.

JNC. *Colautti anuncia a prefeitura a construção de novos hospitais*. 1979. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

JONES, J. C. *Design Methods Compared: 1. Strategies*. 1966.

JORNAL DO COMÉRCIO. *Novo Hospital em Florianópolis*. Jornal do Comércio, 1979. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

JORNAL DOS HOSPITAIS. *Fas reabre financiamento para hospitais*. Ano 2, n. 5, 1980. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

KARMAN, Jarbas. *Manutenção e segurança hospitalar preditivas* / Jarbas Kannan ; (prefácio de Celso Skrabej. - São Paulo :Estação Liberdade; IPH, 2011. Disponível em: < <http://www.iph.org.br/acervo/livros/manutencao-e-seguranca-hospitalar-preditivas-1036> > Acesso em 22 jun 2024.

KFW. About us. 2024. Disponível em: < <https://www.kfw.de/kfw.de-2.html> > Acesso em 27 jan 2024.

KOEHLER, Rafaela. *O que podemos aprender com a evolução urbana de Porto Alegre*. 22 Out 2023. ArchDaily Brasil. ISSN 0719-8906. Disponível em: < <https://www.archdaily.com.br/br/1007992/o-que-podemos-aprender-com-a-evolucao-urbana-de-porto-alegre> > Acesso em 9 nov 2024.

LAMB, Paulo Lindolfo; BREITMAN, Irineu. *Análise comparativa entre a adoção de rampas ou elevadores na solução da circulação vertical*. Revista Gaúcha dos Hospitais, vol 8. N 3, 1980. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

_____. *Planejamento em hospital existente*: Hospital Beneficente Nossa Senhora Aparecida – Paraí – RS. Revista Gaúcha dos Hospitais, vol 10. N 1, 1982a. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

_____. *Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schimit*. Revista Gaúcha dos Hospitais, vol. 10, n3. Set, 1982b. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

LAMB, Paulo Lindolf. *Bercário*: planta, equipamento físico e custo operacional. Trabalho apresentado no Simpósio sobre assistência peri-natal em 27 de julho de 1974, realizado pela Associação Médica do Rio Grande do Sul. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

LATOUR, B. (2012). *Reagregando o social: uma introdução a teoria do Ator-Rede*. Edusc.

LAWSON, Bryan. *Como arquitetos e designers pensam*. Tradução Maria Beatriz Medina. São Paulo: Oficina de Textos, 2011. ISBN 978-85-7975-017-5

LEVI, Rino. *Concepção do Projeto Hospitalar*. Revista Paulista de Hospitais. Ano V, vol. V, n 9. setembro de 1957, pg 11-13. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

LIANDRO, Marcelo Manoel. *Estudo de Caso – Insuficiência Renal Crônica*. Relatório de Estágio Curricular – Estudo de Caso da Escola Técnica Federal de Santa Catarina, Curso Técnico de Enfermagem. Joinville, 2000. Disponível em: < <https://joinville.ifsc.edu.br/~bibliotecajoi/arquivos/pi/enfermagem2000/33639.pdf> > Acesso em 20 jul 2024.

LOPES, Maria Helena Itaqui. *Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos*. Bioética – UFRGS, 2001. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm> > Acesso em 25 jan 2025.

LUCCAS, Luís Henrique Haas. *Arquitetura moderna em Porto Alegre: uma história recente*. Arqtexto. Porto Alegre. N.0 (2000), p.22-30. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/22141> > Acesso em 07 dez 2024.

MAHFUZ, E. da C. (1995). *Ensaio sobre a razão compositiva: uma investigação sobre a natureza das relações entre as partes e o todo na composição arquitetônica*. AP Cultural.

MAHFUZ, E. da C. (2007). A pesquisa e suas possíveis relações com o projeto. In C. R. Duarte, P. A. Rheingantz, G. Azevedo, & L. Bronstein (Eds.), *O Lugar do Projeto no ensino e na pesquisa em arquitetura e urbanismo*. Contra Capa Livraria.

MASCARELLO, Vera Lucia Dutra. *Princípios bioclimáticos e princípios de arquitetura moderna - Evidências no edifício hospitalar*. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MORIN, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. (5th ed.). Sulina, 2015. Instituto Piaget.

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA (MUHM). *Dr. Marcello Blaya Perez*. 2012. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=4z36K7wqGms> > Acesso em 24 nov 2016.

NARDINO, Júlio César dos Santos. *Hospital Fêmeina: obra emblemática da arquitetura moderna hospitalar de Irineu Breitman*. Dissertação de mestrado - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Centro Universitário Ritter dos Reis: Universidade Presbiteriana Mackenzie, Porto Alegre, 2017.

O ESTADO. *Governo entrega o Hospital Infantil*. Jornal O Estado, 1979. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

O ESTADO. *Hospital Infantil é modelo para ser adaptado no Paraguai*. Jornal O Estado, 1980. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

PERRONE, R. A. C. (1993). *O DESENHO COMO SIGNO DA ARQUITETURA: Vol. 3 volumes*. FAUUSP.

PIÑÓN, H. (2006). *Teoria do projeto*. Livraria do Arquiteto.

PORTO ALEGRE. *Lei nº 2046, de 30 de dezembro de 1959: institui o Plano Diretor e fixa normas para sua execução*. 1959a. Disponível em: < <https://legislacao.portoalegre.rs.gov.br/norma/12691> > Acesso em 12 nov 2024.

PORTO ALEGRE. *Lei nº 2022, de 07 de dezembro de 1959: Dá denominação aos bairros de Porto Alegre*. 1959b. Disponível em: < <http://leismunicipa.is/gnjcu> > Acesso em 24 nov 2024.

_____. Rio Grande do Sul. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Planejamento Governamental. *Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul/Rio Grande do Sul*. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Planejamento Governamental. – 6. Ed. – Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão.

Departamento de Planejamento Governamental, 2021. 203 p.: il. ISBN: 978-65-87878-01-0. Disponível em: < <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/inicial> > Acesso em 12 out 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. SERETE, Jorge Wilhein Arquitetos Associados. *Plano Básico de Urbanismo – PBU*. Joinville: Prefeitura Municipal de Joinville, 1965.

_____. *Lei Nº 2659*. Autoriza o executivo municipal a receber, mediante termo de cessão de uso, imóvel do patrimônio do estado de Santa Catarina, denominado Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e os bens móveis a ele vinculados. Joinville, 1992. Disponível em: < <http://leismunicipa.is/krijc> > Acesso em 20 jul 2024.

_____. *Código de Obras do Município*. Lei nº 667/1964. Joinville, 1964. Disponível em: < <http://leismunicipa.is/irhke> > Acesso em 20 jul 2024.

_____. *Reestrutura o Plano Diretor e dá outras providências*. Lei nº 1262, de 27 de abril 1973. Joinville, 1973. Disponível em: < <http://leismunicipa.is/adjkr> > Acesso em 20 jul 2024.

PROJETO AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL FÊMINA. *Reforma*. Plantas originais. 1996. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

PROJETO DO HOSPITAL INFANTIL DE FLORIANÓPOLIS. Revista Gaúcha dos Hospitais, vol 5, junho de 1977. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

PROJETO HOSPITAL REGIONAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS. *Memorial Descritivo de Projeto*. 1979. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

PROJETO HOSPITAL REGIONAL DE CHAPECÓ. *Memorial Descritivo de Projeto*. 1980. Disponível em: Acervo Irineu Breitman – IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

ROCHA, Isa de Oliveira. *Industrialização de Joinville – SC: da gêneses às importações*. Dissertação de Mestrado em Geografia, Centro de Ciências Humanas da UFSC. Florianópolis; [s.n], 1994.

SANTA CATARINA. *Lei nº 5.516, de 28 de fevereiro de 1979*. Disponível em: < http://leis.ale.sc.gov.br/html/1979/5516_1979_Lei.html > Acesso em 20 jun 2024.

SÃO JOSÉ. *Leitura da cidade de São José, SC (Tendências e potenciais)*. Projeto de revisão do Plano Diretor de São José – SC. Prefeitura Municipal de São José. Secretaria Extraordinária para o Desenvolvimento Urbano. GT-CADASTRO/FEESC/UFSC. Abril, 2004. Disponível em: < https://www.urbanidades.arq.br/docs/pdsj/leitura_da_cidade.pdf > Acesso em 08 jul 2024.

SÃO JOSÉ. Lei Ordinária Nº 1605/1985. Dispõe sobre o zoneamento de uso e ocupação do território do município de São José - SC. Prefeitura de São José, 1985. Disponível em: < <https://www.cmsj.sc.gov.br/proposicoes/pesquisa/0/28/0/24739> > Acesso em 08 jul 2024.

SÃO JOSÉ. *Plano Municipal de Habitação de Interesse Social do Município de São José*. 2011. Disponível em: < https://www.saojose.sc.gov.br/images/uploads/geral/Plano_Municipal_de_Habita%C3%A7%C3%A3o.pdf > Acesso em 13 fev 2024.

SEGRE, Roberto; et al. *O edifício do Ministério da Educação e Saúde (1936-1945): museu “vivo” da arte moderna brasileira*. Arqtextos, São Paulo, v. 6, n. 069.02, Vitruvius, fev. 2006. Disponível em: < <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arqtextos/06.069/376> > Acesso em: 23 nov 2024.

SEPLAN, Secretaria de Estado de Planejamento. Gerência de Cartografia e Integração Territorial. *Estado de Santa Catarina*. 1978. Disponível em: < <https://www.sc.gov.br/sc-digital/formularios/fotografia-aerea> > Acesso em 6 fev 2024.

SCHENK, L. R. (2010). *Os croquis na concepção arquitetônica*. Annablume.

STUMPF, Ida Regina Chitto. Estudo da comunidade do bairro Santana – Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação. Departamento de Biblioteconomia e Documentação. Núcleo de estudos e pesquisas em biblioteconomia, 1988.

TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. *Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Tese (doutorado)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2008.

UFRGS. *Escola de Engenharia/UFRGS*. Um século. Maria de Nazareth Agra Hassen, Maria Leticia Mazzucchi Ferreira. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1996. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/eng125/wp-content/uploads/2021/05/000178488-1.pdf> > Acesso em 09 jul 2024.

UNWIN, S. (2003). *Analysing Architecture*.

U.S. Public Health Service. *Elements of the General Hospital*. Hospital Facilities Section. Federal Security Agency. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1946. Disponível em: < <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015029959809&seq=3> > Acesso em 11 jan 2025.

VICENTE, E. R. da S. (2018). *A arquitetura de hospitais de Irineu Breitman*. Revista IPH, 15. Disponível em: < <https://www.iph.org.br/revista-iph/edicao/revista-iph-n-15> > Acesso em 29 jan 2024.

WEEKS, John. *Hospitais para 1970*. Arquitetura, Revista do Instituto de Arquitetos do Brasil, n 35, maio de 1965. Disponível em: < <https://www.iabsp.org.br/revista-arquitetura/> > Acesso em 27 jan 2024.