

CONTEXTO SOCIAL, REPERTÓRIO E PROJETO: REFLEXÕES CONCEITUAIS E ESTUDO EMPÍRICO EM ARQUITETURA HOSPITALAR

MEDEIROS, Maria Alice Lopes (1); FREIRE, Luciana de Medeiros (2);

(1) Arquiteta, mestranda do Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (e-mail: m.alice@interjato.com.br)

(2) Arquiteta, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (e-mail: medeiros.luciana@terra.com.br)

Resumo

As relações entre arquitetura e contexto constituem questão teórica recorrente na literatura. De fato, é elementar reconhecer que a arquitetura responde a demandas da sociedade. Por outra parte, o repertório da arquitetura em cada momento, mesmo quando negado, constitui uma referência para o arquiteto e o projeto. Neste artigo, busca-se examinar como o contexto social e o repertório da arquitetura são absorvidos no ato de projeção, a partir da análise empírica de três projetos de hospitais. Conclui-se que a internalização ao projeto dos marcos de contextos social e instrumental se dá de forma diferenciada, dependendo de quão prescritivos forem esses contextos e da divulgação e apreensão do repertório técnico-científico.

Abstract

Relationships between context and architecture are usual questions in architectural theory. In fact, it is an elementary conclusion to recognize that architectural activity is related to societal needs and demands. On the other side, the architectural repertoire in each moment, even when denied, constitutes a reference to the architect and to design activity. In this paper, we try to scrutinize how social context and architectural repertoire are internalized in design processes. Empirical objects are three hospital buildings thru their respective projects. Conclusions show that conceptual principles and frameworks are absorbed into design process but in a variable intensity, according to how prescriptive are reference contexts and to how technical and scientific knowledge are available.

1. Introdução

O exame dos vínculos que a arquitetura estabelece com seu contexto é preocupação recorrente na teoria. Da *utilidade* vitruviana, referida ao uso do edifício pela sociedade e à satisfação de requerimentos funcionais (Kruft, 1994), às indagações de ordem fenomenológica sobre relações entre forma arquitetônica e sua percepção (Pallasmaa, 1996), tratadistas e ensaístas têm se ocupado do tema. Em verdade, é elementar que a arquitetura responde a demandas sociais: o “lugar” se legitima a partir do círculo social que ele atende, acomoda e representa (Frampton, 1996). Assim, sociedade e arquitetura estabelecem um diálogo interativo em que às demandas da primeira, a segunda responde, e cabe à primeira a validação social dessa resposta e o reinício de um novo ciclo no processo.

Mas, esse diálogo entre sociedade e arquitetura não é direto. Sua realização requer a mediação do arquiteto, sobre quem recai a missão de traduzir demandas por espaços edificados para o “idioma” do edifício construído, passível de vivenciar, de ser apreendido pela sociedade e incorporado ao domínio sociocultural edificado. Nesse processo de mediação, marcando a passagem do abstrato ao concreto (Boutinet, 2002), o projeto arquitetônico se insinua e desempenha seu papel.

Chupin (2003: p.29), examinando pedagogicamente o projeto arquitetônico, enuncia a “tradução” como elemento que faz convergir o “conhecimento do indivíduo a ser instruído para um conhecimento dos objetos a serem construídos”, destacando-a como “primeiro ato de todo esforço de conhecimento”. Em contexto profissional, pode-se pensar o “traduzir” como ato essencial à negociação entre partes: o arquiteto – equipado com seu repertório teórico-técnico – e a sociedade, apresentando necessidades e interesses, mas também normas e regulamentos, tudo constituindo para o arquiteto um conjunto de condicionantes projetuais. Então, no âmbito das relações entre arquitetura e sociedade, pondo ênfase na concepção-desenvolvimento do projeto, pode-se observá-lo mais de perto, iluminando os vínculos mútuos que ele, projeto, antes do objeto arquitetônico concreto, mantém com o contexto.

Neste artigo, objetiva-se explorar como essas inter-relações se internalizam ao projeto de modo a nele inculcar certos traços caracterizadores do contexto. Admite-se que os traços internalizados serão tanto mais marcantes quanto mais os projetos de arquitetura destinem-se a funções de alta tecnicidade e complexidade organizativa. Por outro lado, se pressupõe que esses traços serão mais fortes em função do maior interesse e relevância que o projeto tenha para a sociedade.

Sendo intenção do trabalho explorar os modos de internalização ao projeto do conjunto de condicionantes socioculturais, econômicos e políticos do contexto, bem como os científico-tecnológicos sobrejacentes à atividade projetual, buscou-se abordar um campo empírico em que, dada a natureza pública e a essência tecnológica da função, a revelação da presença do contexto na definição do projeto é supostamente mais marcante: a arquitetura hospitalar.

Além dessa introdução, o presente artigo apresenta quatro seções. A segunda busca informar as bases teórico-conceituais que ancoram o desenvolvimento do trabalho, cuja caracterização metodológica é objeto da terceira seção. Em seguida, o artigo analisa três projetos de hospitais, para finalmente apresentar, em uma quinta seção, as principais conclusões obtidas no trabalho.

2. Breve discussão conceitual

Nas digressões teóricas acerca das inter-relações entre arquitetura e contexto, podem ser geralmente identificados dois planos de análise. No primeiro, de caráter geral, a produção arquitetônica – entendida como processo que envolve, segundo Boutinet (2002), a concepção do objeto arquitetônico e sua realização, processo em que o arquiteto é figura central, mas que não se resolve no ato criador individual – é motivada, confronta-se, se complementa com necessidades, interesses, expectativas, normativas e restrições da sociedade, aqui tomada em todas as suas dimensões. No segundo plano, mais específico, a produção arquitetônica se filia e conflita com princípios, diretrizes, técnicas e soluções pré-existentes que, sistematizadas e permanentemente atualizadas, conformam um repertório profissional, ao mesmo tempo inibidor e catalisador da criatividade do arquiteto.

Com respeito ao primeiro plano contextual, Thoenes (2003: p.18) afirma que a “arquitetura está imbricada no processo político da sociedade”: para o autor, “pense ou não sobre o tema, a atuação do arquiteto é de natureza política” e a tratadística teórica sempre “reflete sobre política e sociedade, mesmo quando esses elementos não são especificamente mencionados”. A intervenção arquitetônica, decerto, se dá sobre o mundo real, aceitando-o, rejeitando-o, expandindo ou rompendo fronteiras, mas sempre tomando a realidade como referência.

As ferramentas dessa intervenção da arquitetura no real, mesmo que revolucionária ou transformadora, são tomadas da própria experiência arquitetônica de construção da realidade. Le Corbusier (2000; p.25) clamava que a “vida moderna pede, espera uma nova planta, para a casa e para a cidade” em função dos “grandes problemas de amanhã, ditados por necessidades coletivas (...)”. E conclamava a arquitetura a abandonar “hábitos” e “estilos” para apropriar o espírito da época, pois uma “época cria sua arquitetura que é a imagem clara de um sistema de pensar” (idem, p.59). Menos que a negação das ferramentas constitutivas do repertório, o discurso de Le Corbusier apontava a falta de incorporação a esse repertório das soluções do *design* industrial, reclamava do atraso da arquitetura do século XIX em incorporar a suas soluções formais e plásticas as potencialidades dos novos materiais.

Silva (2003: p.32) reitera que “a doutrina modernista não ensejou uma teoria do projeto arquitetônico realmente de vanguarda”, pois não ocorreu o “abandono, no processo projetual, do recurso aos precedentes”. Para ele, isso se deveu ao fato de que a criação arquitetônica parte de um “problema (programa) que se expressa textualmente, enquanto que a solução (projeto) se expressa imageticamente” (idem, p.33). Ou seja, a atividade projetual encerra a necessidade de traduzir problema a projeto, requerendo a utilização de recursos de repertório, validados teórica, técnica, cultural e socialmente, na medida em que revelam exitosas traduções precedentes no itinerário problema (programa)/solução (projeto). Esse repertório é adaptativo, pois incorpora progressivamente novos recursos. As diretrizes técnico-conceituais que o compõem são próprias de cada época, sendo continuamente produzidas por avanços teóricos, estudos de precedentes e tipológicos, novas tecnologias construtivas etc.

Logo, o repertório profissional é dinâmico: mais dinâmico quanto mais acelerado for o processo evolutivo da sociedade – pelo lado do contexto geral, interpondo necessidades novas – e quanto mais inovadores forem o processo projetual contemporâneo e o *background* técnico-científico em áreas relevantes. Ademais, há outro elemento importante na dinâmica das relações entre contexto e projeto de arquitetura: a maneira como o profissional de arquitetura age criativa e intuitivamente com respeito à tradução (interpretação) das demandas da sociedade e ao uso dos recursos disponíveis no repertório técnico-científico vigente.

Nesses termos, e no que concerne aos objetivos deste trabalho, a arquitetura hospitalar constitui um campo dinâmico. Além do mais, a atenção à saúde é função fortemente marcada por sua importância sociopolítica e pelo elevado grau de tecnicidade que requer abrigada nos hospitais (Almeida, 2003). Na arquitetura hospitalar, existem particularidades contextuais que se expressam em condicionantes como políticas e modelos assistenciais de saúde, estágio de desenvolvimento da medicina, regulação pública da atividade, modo de financiamento, entre outras, que caracterizam épocas, geografias ou projetos (Schmidt, 2003). Tamanha complexidade pode originar um repertório de soluções diversificadas, mas que, ao exibir vinculações com o contexto sociopolítico, se deixam sistematizar em torno de princípios de organização espacial que adquirem vigência em uma época, permanecendo alguns, sendo superados outros, em uma época mais a frente.

Assim é que a literatura técnico-científica a respeito da evolução histórica do hospital identifica marcos ou princípios norteadores da organização dos espaços do edifício de atenção à saúde, formando conjuntos referenciais da projeção arquitetônica próprios de cada época (veja-se a respeito do tema, entre outros: Thomson e Goldin, 1975; James e Tatton-Brown, 1986; Verderber e Fine, 2000; Miller e Swensson, 2002).

Até fins do Renascimento, o hospital tinha uma estreita ligação com a morte. A religião foi o principal elemento a influenciar na estruturação dos espaços hospitalares: o consolo espiritual aos pacientes era o principal sentido do hospital, na ausência de efetividade terapêutica. Os espaços eram então organizados de forma a permitir que os pacientes, desde os leitos, ouvissem e vissem a missa rezada no altar, e a garantir um ambiente geral de devoção e fé (Imbert, 1982). Vários arranjos espaciais foram tentados, mas neles se pode observar de maneira recorrente o mesmo princípio organizador: a presença marcante da religião e do consolo espiritual.

A partir do século XVIII, com o crescente conhecimento científico e a presença agora dominante das atividades médicas dentro dos hospitais, foram instituídos a disciplina e o espírito de supervisão que iriam garantir a “medicalização” do hospital (Foucault, 2002). Os espaços passaram a se organizar tendo em vista as necessidades funcionais das atividades (suas relações e interdependências, fluxos, dimensões, supervisão dos enfermos) e as exigências de salubridade ambiental (espaços naturalmente bem ventilados e iluminados).

Já a partir do final do séc. XIX, o hospital incorporaria novos conhecimentos médicos e a tecnologia médica em pleno desenvolvimento (Granshaw, 1989). O hospital então necessitava mudanças constantes para se adaptar às exigências dessa nova tecnologia, passando a consolidar-se como um centro de cura. A maior eficácia terapêutica repercutiria em uma maior procura por internação, ampliando-se a necessidade de mais leitos. Os hospitais financiados com recursos públicos agora tinham que lidar com os problemas de rápidas mudanças, crescimento constante e aumento da complexidade.

Para fazer frente a esses desafios, a organização dos espaços passou a refletir uma abordagem sistemática das relações e interdependências funcionais das atividades para produzir um todo integrado e funcional. Segundo Delani (2000), eficiência, racionalidade, produtividade e conformidade passaram a ser conceitos chaves para organização do espaço hospitalar. Outros conceitos incorporados para enfrentar rápidas mudanças e as exigências de constante crescimento foram os de flexibilidade e da expansibilidade.

Essa organização hospitalar concentrada e com serviços de alta tecnologia chegou a custos insustentáveis. Por outro lado, o tratamento privilegiado dado à tecnologia e aos procedimentos médicos distanciaram o hospital das efetivas necessidades dos pacientes. A partir dos anos 1980, por iniciativa tanto do setor público quanto do privado, cada um com suas motivações próprias,

novas diretrizes foram lançadas no planejamento das unidades hospitalares: a prevenção, que procurava incentivar procedimentos menos sofisticados e invasivos, e os cuidados centrados nos pacientes, que alçavam os usuários dos serviços de saúde ao principal foco nas tomadas de decisão (Monk, 2004). Conceitos como familiaridade – aproximando o edifício ao usuário através da escala e associação a outros usos (Miller e Swensson, 2002) – e humanização – a tradução brasileira para *healing*, organizando-se os espaços com base nas ciências do comportamento (Hosking e Haggard, 1999) – passaram a ser os principais orientadores na organização dos espaços hospitalares para que contribuíssem com o processo de recuperação dos pacientes.

3. Metodologia

O objetivo colocado para este trabalho é o de examinar projetos de edifícios hospitalares visando a verificar em que medida eles refletiram, em sua elaboração, os marcos conceituais e princípios de organização espacial vigentes em seu momento. Optou-se por uma seleção dirigida de três casos empíricos, de modo a evitar que outras variáveis, não consideradas no modelo de análise adotado, intervissem descontroladamente na exploração dos exemplos.

Em primeiro lugar, saliente-se que o exame se deu sobre os projetos arquitetônicos e não sobre os edifícios deles resultantes. Conste que os três projetos foram executados em seu momento e até o presente continuam sendo usado como edifícios hospitalares, embora tenham mudado seu perfil assistencial. Todos os projetos foram elaborados para serem executados em Natal (RN), em diferentes décadas do século XX. Deles, um foi originalmente idealizado como hospital-maternidade, outro como hospital materno-infantil, e o terceiro como hospital geral, variando-se também a iniciativa do empreendimento: de ação social comandada por organizações de caridade e assistencialistas até uma decisão empresarial de um grupo de médicos, passando por um empreendimento de iniciativa pública.

Os projetos foram analisados com base nos princípios organizadores do espaço hospitalar que se enumeraram na seção anterior, sem que houvesse uma prévia associação entre projeto e época da construção. Depois de serem revelados os marcos conceituais inculcados nos projetos, tratou-se de filiar os projetos aos distintos momentos da evolução do edifício hospitalar.

4. A análise dos casos

Nesta seção, tem-se a finalidade de apresentar as análises realizadas sobre três casos de projetos de hospital: Hospital Maternidade Januário Cicco, Hospital Santa Catarina, Hospital Promater, doravante designados por Maternidade, Santa Catarina e Promater.

4.1. Maternidade

O empreendimento que resultou na Maternidade foi de iniciativa de um médico de Natal, que liderou um movimento da sociedade para chegar a construí-la. A idéia era prover assistência médica a parturientes sem condições de pagar por serviço médico privado. Com rifas, quermesses e festas beneficentes, a construção se fez entre 1932 e 1940, sendo o projeto datado de 1930. O perfil assistencial definido no projeto era de assistência médica especializada em ginecologia e obstetrícia, em regime ambulatorial e de internação, com área total construída de 4.099 m².

Observando a totalidade das atividades previstas na planta, nota-se que os cuidados terapêuticos prevalecem sobre os religiosos. Esses estão representados apenas pelos aposentos das irmãs religiosas e pela presença da capela, localizada na área central, junto ao acesso principal do edifício. Apesar de a religião ainda ter importância na organização hospitalar – vide a localização privilegiada da capela –, o princípio organizador dos espaços neste caso está pautado nos aspectos funcionais das atividades terapêuticas que marcam a presença das ciências médicas no hospital. Essa presença é marcada não somente por atividades diretamente ligadas aos cuidados dos pacientes, mas também por atividades de natureza técnico-científica, como demonstra a existência de um anfiteatro em que seriam apresentados e discutidos casos médicos.

No projeto da Maternidade, a estratégia de distribuição dos espaços levou em conta principalmente os aspectos funcionais das atividades do hospital. Estabelecidas as atividades e suas rotinas, elas foram reunidas espacialmente em grupos, de acordo com sua natureza funcional. Entre os grupos formados estão: internação, centro cirúrgico, centro obstétrico, central de esterilização, administração e nutrição. Um grupo específico pode ser composto por todas as atividades de uma mesma ordem funcional, ou pode ser que as atividades de uma mesma ordem estejam dispersas em dois ou mais grupos. Assim, a internação e a administração estão reunidas em vários grupos e distribuídos em diferentes locais dentro do edifício.

Em um segundo nível, concernente à distribuição dos grupos no interior do edifício segundo as relações entre eles, pode-se notar que o projeto não mostra o resultado de uma análise sistêmica, na qual os grupos são localizados relativamente de forma a otimizar o funcionamento do conjunto. Em verdade, o projeto denota que essa análise locacional relativa se deu para pares de grupo, não do ponto de vista do conjunto.

A ordenação dos fluxos também foi utilizada na distribuição dos grupos dentro do edifício. As atividades mais ligadas aos pacientes externos ou de apoio estão localizadas perto do acesso principal do edifício enquanto aquelas que exigem maior restrição de circulação estão mais distantes desse acesso.

O edifício tem configuração geral em forma de "H", com três pavimentos. A planta é simétrica em relação a um plano de corte transversal, com desenvolvimento axial. Três eixos principais horizontais coincidem com as circulações horizontais do edifício, sendo elas utilizadas para alcançar os objetivos funcionais: o eixo maior, no sentido Norte-Sul, serve à circulação principal; os eixos menores, no sentido Oeste-Leste, servem às secundárias. A circulação vertical está localizada centralmente na planta, reforçando a simetria. Em geral, as circulações servem para hierarquizar a distribuição das atividades: as secundárias ligam entre si as atividades de um mesmo grupo funcional; a circulação principal liga os vários grupos funcionais. O eixo e a circulação verticais coincidentes foram usados para obter diferenciais de privacidade, gerando um esquema hierarquizado na distribuição das atividades, no qual a privacidade aumenta na medida que se evolui no eixo vertical de baixo para cima.

No sentido longitudinal existe uma circulação, com pequenos blocos conectados e com espaçamentos entre eles, possibilitando a ventilação e insolação natural de todos os ambientes internos, o que caracteriza a sanitização dos ambientes como mais um princípio organizador dos espaços.

Dessa breve análise, pode-se apontar que o projeto da Maternidade revelava marcos de uma organização espacial tipicamente pertencente à tradição do hospital "medicalizado" do século XIX, na qual se privilegiam as rotinas de assistência segundo a conveniência dos médicos ou do *staff*. Planta e volumetria reiteram essa afirmação, uma vez que o edifício remonta claramente aos hospitais iluministas. As palavras-chave do projeto podem ser identificadas como sanitização, tecnologia médica, privacidade e funcionalidade



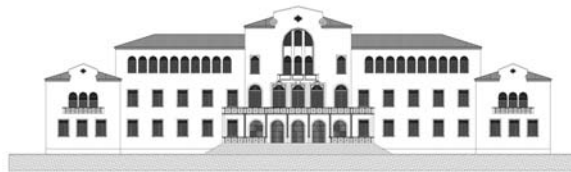
FIG. 1 - MATERNIDADE JANUÁRIO CICCO - P-VTO TERREO
1- Hall principal 2- Capela 3- Aposento das irmãs; 4- C. obstétrico; 5- Nutricão; 6- Administração; 7- Consultórios



FIG. 2 - MATERNIDADE JANUÁRIO CICCO - 1º PVTO
1- Apartamentos 1 leito 2- Enfermaria 3- C. cirurgico; 4- C. esterilização; 5- Anfiteatro; 6- Bercario;



FIG. 3 - MATERNIDADE JANUÁRIO CICCO - 2º PVTO
1- Apartamentos 1 leito 2- Bercario; 3- Sala de parto



4.2. Santa Catarina

O Santa Catarina foi fruto de iniciativa do Governo estadual e financiado com recursos públicos. Seu projeto, de 1983, levou em consideração um modelo assistencial de saúde para o estado, em sintonia com a então política de saúde do Ministério da Saúde. Esse modelo era baseado em um sistema de unidades de saúde hierarquizadas e regionalizadas. O nível de resolutividade do Santa Catarina dentro da rede de unidades era de média complexidade. Quando inaugurado, em 1985, o hospital prestava a assistência projetada nas especialidades médicas de ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica e clínica cirúrgica, em 3000 m² de construção.

O programa espacial do hospital corresponde àquele previsto nas normas do Ministério da Saúde da época, para hospitais de média complexidade. A área dos ambientes e o dimensionamento dos serviços seguiram os parâmetros daquelas normas.

As atividades estavam organizadas espacialmente de acordo com o seguinte princípio: atividades de uma mesma natureza funcional são reunidas em unidades (unidades de internação, de centro cirúrgico e obstétrico, de ambulatório etc). As unidades, por sua vez, estão organizadas espacialmente em zonas, segundo a sua relação com os cuidados dos pacientes: unidades com atividades diretamente ligadas aos cuidados dos pacientes externos (ambulatório, diagnóstico, urgência); as ligadas diretamente aos pacientes internos (internação, centro cirúrgico e obstétrico); e as que dão suporte logístico-técnico ao funcionamento das duas primeiras zonas e não guardam relação direta com os cuidados dos pacientes (lavanderia, nutrição, central de esterilização, administração etc).

Essa organização funcional das atividades em unidades, das unidades em zonas, e das zonas em um todo integrado considera as relações e interdependências internamente a cada zona e de cada uma delas com o todo, refletindo uma visão sistêmica do edifício. Os fluxos de pessoas e materiais entre zonas e atividades são controlados, no intuito de combater a infecção hospitalar e executar eficientemente os procedimentos e rotinas estabelecidas.

A configuração geral do hospital pode ser descrita por um sistema de eixos ou circulações onde são conectados vários blocos em forma de pavilhão de um pavimento. A circulação principal serve para comunicar os vários pavilhões, enquanto a circulação secundária serve para disciplinar os fluxos dentro das unidades pavilhonares.

Observando a configuração geral do edifício, verifica-se que ela é assimétrica, marcada por formas retangulares. A forma é pavilhonar, com espaçamento entre os pavilhões de modo a proporcionar a ventilação e a insolação natural em todos os ambientes, garantindo o princípio de sanitização dos ambientes. As exceções a essa afirmativa são aquelas para as quais as normas prevêem ventilação mecânica e iluminação artificial, como a central de esterilização e os centros cirúrgico e obstétrico. A extremidade livre de cada pavilhão abre a possibilidade de sua expansão, de modo que aí se resguarda o princípio da expansibilidade do edifício, embora de forma limitada.

Nesse hospital, a abordagem funcionalista é sistêmica e busca-se a eficiência pondo o foco na execução dos procedimentos, não na conveniência do médico ou *staff*, mediante normatização fortemente prescritiva.

As palavras-chave reveladas pelo princípio organizador dos espaços no projeto do Santa Catarina são as que tipificaram o hospital modernista: eficiência, abordagem sistêmica, definição funcionalista dos espaços, zoneamento, entre outras. O fato de ter sido projetado já nos anos 1980 revela o atraso da arquitetura em incorporar as críticas ao hospital modernista, mas assinala também o fato de que os condicionantes da política pública para o setor são muito fortes e, por meio do programa básico e das normas, fixam muito dos elementos do projeto.

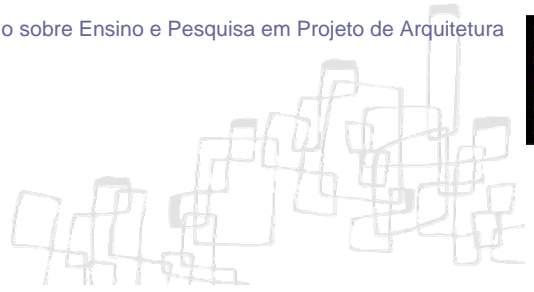


FIG. 1 - HOSPITAL SANTA CATARINA - PVTO TERREO

1- Direcao 2- Consultorios 3- Exames; 4- Urgência; 5- C. Cirurgico; 6- C. Obstétrico;
7- C. esterilização; 8- Apartamentos e enfermarias; 9- Nutricao; 10- Lavandaria;
10- Nutrição.



FIG.2- HOSPITAL SANTA CATARINA - FACHADA



4.3. Promater

A Promater foi concebida por iniciativa de um grupo de médicos da cidade, com intuito de prestar assistência médica especializada em ginecologia, obstetrícia e pediatria para pacientes portadores de seguro privado. A unidade não está integrada à rede do Sistema Único de Saúde. Seu nível de resolutividade é de média complexidade. A construção do hospital, com área de 5.000 m², foi financiada pelo BNDES e levou dois anos para ser concluída em 1996.

No projeto original de 1994, programa espacial e dimensionamento seguem as normas técnicas decretadas pelo sistema regulador federal, mas apresenta alguns itens além daqueles exigidos ou recomendados. Esses itens são, principalmente, os espaços dedicados ao conforto e ao bem-estar dos usuários, como *snack-bar*, jardins internos, *solarium* e auditório.

A natureza funcional das atividades e suas inter-relações para atender as rotinas estabelecidas no hospital são consideradas de uma maneira sistêmica: esse pode ser considerado o princípio organizador dos espaços. As atividades são reunidas em unidades funcionais que por sua vez formam as zonas. Sua distribuição é feita principalmente em função do controle dos fluxos de pessoal e material. Outro fator levado em consideração: a ligação entre as áreas de estar e os jardins, com as circulações recebendo iluminação natural, objetivando o bem-estar do usuário e não a sanitização ambiental.

A configuração geral do edifício é retangular, com laterais recortadas sem um padrão definido. Na parte frontal, o projeto aponta dois pavimentos e, na anterior, quatro pavimentos. A forma do terreno interferiu na configuração, limitando o desenvolvimento da planta no sentido transversal. O acesso principal do edifício abre para um *hall*, do qual partem várias circulações, distribuindo o fluxo dos pacientes externos cujo tratamento assume importância na organização dos espaços. Facilidades de conforto para os usuários (jardins, *snack-bar*) localizam-se nesse *hall*, cuja importância pode ser medida pela ênfase na iluminação natural.

As palavras-chave reveladas pela análise do projeto já mostram um certo descolamento do paradigma modernista, por meio de uma pretensão de focar o desenvolvimento da planta na atenção ao cliente, com considerações relativas a seu bem-estar. Fica restrita essa pretensão à colocação de áreas ajardinadas anexas as áreas de estar dos pacientes. A ordenação espacial do hospital ainda segue a solução do hospital modernista – unidades e zonas funcionalmente organizadas para atender rotinas estabelecidas em função dos procedimentos.



FIG 2 - PROMATER - P.V.T.O TÉRREO
1- Hall principal; 2- Snack bar; 3- Administração; 4- Urgência; 5- Consultórios e exames; 6- C. Cirúrgico e obstétrico; 7- Berçário; 8- C. Esterilização; 9- Lavanderia; 10- Nutrição.



FIG 2 - PROMATER - 1º P.V.T.O
1- Apartamentos internação; 2- Posto enfermagem; 3- Solarium; 4- Consultórios+

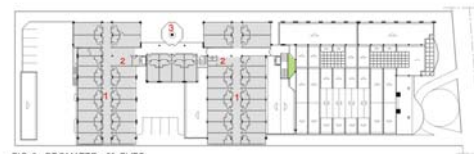


FIG 3 - PROMATER - 2º P.V.T.O
1- Apartamentos internação; 2- Posto enfermagem; 3- Solarium



FIG 4 - PROMATER - SUBSOLO
1- Manutenção

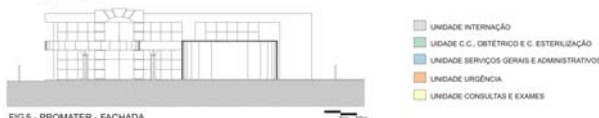


FIG 5 - PROMATER - FACHADA

5. Conclusões

O exame dos projetos arquitetônicos dos hospitais considerados nesse artigo revela que a apropriação de marcos e princípios de organização espacial, nesses casos, se deu de modo especialmente defasado no mais antigo dos casos, reduzindo-se essa defasagem em fases mais recentes.

Uma interpretação aceitável para essa questão pode alicerçar-se em dois pontos: a pouca especialização da arquitetura nos anos 1930 e a contemporânea facilidade de obtenção de informação técnico-científica mais atualizada. O projeto da Maternidade revela uma nítida apropriação de modelo de edifício hospitalar, sem que os mecanismos técnicos da projeção mais especializada tenham sido também apropriados. Já a especialização contemporânea permite ao arquiteto, e esse parece ser o caso da Promater, incorporar, ao seu cabedal de conhecimentos e práticas, os desenvolvimentos teóricos e ensinamentos das experiências validadas, em escala mundial, quase ao mesmo tempo em que as respectivas análises são produzidas.

Outra afirmação passível de ancorar nos casos é a de que a incorporação de elementos contextuais ao projeto é exacerbada pelo caráter prescritivo-normativo da regulação edilícia. Observa-se que o Santa Catarina é muito mais fiel à normativa mais rígida de sua época e à regulação coordenadora das redes de serviços de saúde, internalizando-se ao projeto elementos pré-definidos que, em boa medida, constituem restrições ao desenvolvimento de soluções mais apropriadas para o caso específico. A alteração do espírito da Norma brasileira para unidades de atenção à saúde, hoje flexibilizada, menos prescritiva, revela como sua vigência pode ter limitado o desenvolvimento da arquitetura hospitalar no país.

De todo modo, as análises realizadas neste artigo demonstram que, efetivamente, projetos de arquitetura incorporam princípios e marcos conceituais para a formulação de soluções arquitetônicas às questões colocadas pelo programa, as quais refletem necessidades e expectativas que a sociedade coloca ao projetista. A questão que remanesce é em que medida o arquiteto procede crítica e conscientemente a essa internalização ou se o processo tem lugar de forma inconsciente, pela mera reprodução acrítica de padrões vigentes e culturalmente validados. As respostas a essa interrogação certamente forneceriam material reflexivo para a rediscussão da formação do arquiteto nas escolas e, daí, constituem potencial objeto de investigação futura.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Renata Cristina Soares Lobato. *Visões analíticas do edifício hospitalar em busca de novos parâmetros de configuração espacial*. Dissertação de mestrado. EA / UFMG, Belo Horizonte, 2003.
- BOUTINET, Jean-Pierre. *Antropologia do Projeto*. Artmed Editora S.A., São Paulo. 2002.
- CHUPIN, Jean-Pierre. *As três lógicas analógicas do Projeto*. In LARA Fernando e Sonia Marques (orgs.) *Projetar: Desafios e conquistas da pesquisa e do ensino de Projeto*. Editora Virtual Científica, Rio de Janeiro, p.11-31. 2003.
- DILANI, Alan. *Healthcare buildings as supportive environments*. In *World Hospitals and Health Services*, vol. 36, n. 1, pp. 20-26. 2000.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Graal, 17ª ed., Rio de Janeiro. 2002.
- FRAMPTON, Kenneth. *Onreading Heidegger*. In NESBITT, Kate (ed) *Theorizing a New Agenda for Architecture. An anthology of architectural theory 1965-1995*. p. 440-446). 1996.
- GRANSHAW, Lindsay. *Fame and fortune by means of bricks and mortar: the medical profession and specialist hospitals in Britain, 1800-1948*. In GRANSHAW, Lindsay e Roy PORTER (ed.) *The hospital and history*. Routledge, Londres, 1989.
- HOSKING, Sarah e Liz HAGGARD. *Healing the Hospital Environment*. E & FN Spon, Londres. 1999.
- IMBERT, Jean (coord). *Histoire des Hôpitaux em France*. Éditions Privat, Toulouse. 1982.
- JAMES, W. Paul e William TATTON-BROWN. *Hospitals: design and development*. The Architectural Press, Londres. 1986.
- KRUFT, Hanno-Walter. *A History of architectural: Theory from Vitruvius to the present*. Princeton architectural press, New York, 1994.
- LE CORBUSIER. *Por uma Arquitetura. Perspectiva*, São Paulo. 2000.
- MILLER, Richard L. e Earl S. SWENSSON. *New Directions in Hospital and Healthcare Facility Design*. Nova York, McGraw-Hill. 2ª edição. 2002.
- MONK, Tony. *Hospital Builders*. Wiley Academy, Chichester. 2004.
- PALLASMAA, Juhani. *The geometry of feeling: a look at the phenomenology of architecture*. In NESBITT, Kate (ed) *Theorizing a New Agenda for Architecture. An anthology of architectural theory 1965-1995*. p. 448-453). 1996.
- SCHMIDT, Suzel de Oliveira. *Arquitetura Hospitalar: forma, programa e condicionantes de projetos*. Dissertação de mestrado. FAU / USP, São Paulo, 2003.
- SILVA, Elvan. *Novos e velhos conceitos no ensino do projeto arquitetônico*. In LARA Fernando e Sonia Marques (orgs.) *Projetar: Desafios e conquistas da pesquisa e do ensino de Projeto*. Editora Virtual Científica, Rio de Janeiro, p.32-34. 2003.
- THOENS, Christof. Introduction. In NEBOIS Thierry (coord.) *Architectural theory: From renaissance to the present*. Taschen, London, p. 8-19. 2003.
- THOMPSON, John D. e Grace GOLDIN. *The Hospital: a social and architectural history*. Yale University Press, New Haven, Londres. 1975.
- VERDERBER, Stephen e David J. FINE. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. Yale University Press, New Haven, Londres. 2000.