



“SISTEMATIZAÇÃO! PADRONIZAÇÃO! ESPECIALIZAÇÃO!”: O HOSPITAL GERAL NO BRASIL NOS ANOS DE 1940¹

"SYSTEMATIZATION! STANDARDIZATION! EXPERTISE!": THE GENERAL HOSPITAL IN BRAZIL IN THE 1940s

Cecilia Ribeiro

La2/MDU/UFPE

ceciliaribeirpereira@gmail.com

Resumo

A criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em 1930, marcou uma passagem na qual o Estado passou a sistematizar diretrizes no trato da saúde pública do país se distanciando da assistência médica e da filantropia, que marcaram o século XIX. Após algumas reformas em sua estrutura, foi criada a Divisão de Organização Hospitalar, em 1941, que entre suas competências pretendia organizar um plano para a construção de uma rede nacional de hospitais, incluindo a elaboração de projetos, construções, reformas, remodelações e adaptações e instalações. Neste artigo discute-se o entendimento do hospital geral difundido pelo Ministério da Educação e Saúde, por meio dessa Divisão, na década de 1940. Indaga-se, em que consistia a atualização da assistência e do hospital? Qual seria o seu modelo e como seria o seu projeto? Para discutir essas questões, esse hospital é abordado por meio dos enunciados: hospital moderno e de projeto padrão, progressivo e flexível.

Palavras-chave: Hospital geral. Arquitetura hospitalar. Divisão de Organização Hospitalar.

Abstract

The creation of the Ministry of Education and Public Health, in 1930, marked a passage in which the state began to systematize guidelines in the country's public health, away from health care and philanthropy, which marked the nineteenth century. After some reforms in its structure, the Division of Hospital Organization was created in 1941, which among its powers intended to organize a plan to build a national network of hospitals, including project design, construction, renovations, refurbishments and adaptations and installations. This article discusses the understanding of the general hospital spread by the Ministry of Education and Health, through this Division, in the 1940s. The article questions, in which consisted of the care and hospital updating? What would be your model and how would your project? To discuss these issues, this hospital is covered by the statements: Modern hospital and pattern design, progressive and flexible.

Keywords: General hospital. Hospital architecture. Division of Hospital Organization.

1 INTRODUÇÃO

A criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em 1930,² marcou uma passagem na qual o Estado passou a sistematizar diretrizes no trato da saúde pública do país se distanciando da assistência médica e da filantropia que marcou o século XIX. Vale destacar que antes de sua criação, o Ministério do Interior, por meio do Departamento Nacional de Saúde, promovia políticas de saúde, mas que só “a partir de 1930 elas passaram a contar com o arcabouço institucional de um ministério que, não obstante ter sido criado em conjunto com a pasta da educação, pretendia ter amplitude nacional, com claras diretrizes normatizadoras e centralizadoras” (Fonseca, 2007, p. 52).

¹ RIBEIRO, C. “Sistematização! Padronização! Especialização!”: o hospital geral no Brasil nos anos de 1940. In: 11° SEMINÁRIO NACIONAL DO DOCOMOMO BRASIL. *Anais...* Recife: DOCOMOMO_BR, 2016. p. 1-12.

² Em 1937, o ministério passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde e, em 1953, foi desmembrado para a criação do Ministério da Saúde.



Após sua criação e um período de instabilidade política,³ a estrutura do ministério sofreu reformas em 1934, 1937 e em 1941. A maior delas, a Reforma Capanema, consubstanciada na Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, deu ao ministério uma envergadura, estrutura e organização, para um alcance nacional de suas ações, com a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Em seguida, com o Decreto-lei n. 3171, de dois de abril de 1941, outra mudança ocorreu de modo a fazer alguns ajustes relativos à reforma anterior, com a reorganização do DNS. Essa mudança implicou na criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), que só no ano seguinte, com a aprovação do regimento do DNS, Decreto n. 8.674, de quatro de fevereiro de 1942, teria as suas competências especificadas e as suas atividades iniciadas.

A Divisão de Organização Hospitalar (DOH) passava a contar com a Seção de Edificações e Instalações; Seção de Organização e Administração e Seção de Assistência e Seguro de Saúde. Entre as competências da Divisão destacam-se a de organizar um plano para a construção de uma rede nacional de hospitais, incluindo aí, a elaboração de projetos, construções, reformas, remodelações e adaptações e instalações.⁴

Neste artigo discute-se o entendimento do hospital geral difundido pelo Ministério da Educação e Saúde, por meio da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), enunciado como o hospital moderno e do projeto padrão flexível e progressivo. As principais fontes da pesquisa são as publicações da DOH, na qual constam textos diversos (aulas, conferências, discursos). Esses textos foram publicados a partir de 1944, em livros como: **História e evolução dos hospitais**, de Ernesto de Souza Campos, editado em (1944, 1949, 1950 e 1954); **Iniciação da moderna organização hospitalar**, de Teófilo de Almeida (1944, 1949, 1954); **Especialização na moderna organização hospitalar**, de Teófilo de Almeida e Ernesto de Souza Campos (1944, 1949, 1954); **Aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar**, Teófilo de Almeida, A.F. Silva Jardim, Daniel V. Garcia, José Amélio (1950); **Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar**, de Teófilo de Almeida (1954); e **Construção e modernização da rede nacional de hospitais** (1949). Em 1965, esses livros foram reunidos numa publicação do Ministério da Saúde, com o título de História e Evolução dos Hospitais.

Os textos foram elaborados em sua maioria pelo médico Teófilo de Almeida (diretor da Divisão entre 1941 e 1949)⁵ que participou ativamente da montagem de cursos, confecção de projetos de reforma e construção e publicações para difundir a ideia desse hospital, na qual era feita referência direta à experiência americana, e que contou inclusive com a colaboração de Ernesto de Souza Campos, engenheiro e médico, interlocutor da Fundação Rockefeller no Brasil, e um dos fundadores da Universidade de São Paulo, e Ministro da Educação e Saúde em 1946.⁶

³ No período de 1930 a 1934 o país estava abalado pela crise econômica internacional e junto a isso, havia uma instabilidade política no governo, ocasionada por disputas entre grupos políticos diversos, inclusive no ministério recém-criado. Assim, de 1930 a 1934 a pasta foi ocupada sucessivamente por Francisco Campos (1930-1931), Belisário Pena (1931), Francisco Campos (1932), Washington Pires (1932-1934) e Gustavo Capanema, que permaneceu no cargo de 1934 (ano da promulgação da Constituição) até 1945.

⁴ BRASIL. Decreto n. 8.674, de quatro de fevereiro de 1942.

⁵ Pouco pôde ser apurado sobre uma biografia mínima de Teófilo Almeida.

⁶ Ernesto de Souza Campos (1882-1970) formou-se engenheiro pela Escola Politécnica de São Paulo em 1906 e na primeira turma de medicina da recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1918. Entre os anos de 1920 e 1922 foi bolsista da Fundação Rockefeller na Faculdade de medicina da Johns Hopkins University, em Baltimore, Estados Unidos. Ao voltar ao Brasil, trabalhou dois anos no Instituto Oswaldo Cruz e em 1925 se tornou professor Catedrático da Faculdade de Medicina de São Paulo, se aposentando em 1952. Além de atuar como engenheiro, médico e professor, Souza Campos teve uma intensa vida política, como diretor da Faculdade de Medicina (1930), com participação na criação da Universidade de São Paulo (1934) e como Ministro da Educação e Saúde (1946). Teve um importante papel de intermediação da Faculdade com a Fundação Rockefeller que financiou sua viagem de seis meses pelos Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa para conhecer e estudar seus hospitais e instituições de ensino médico, entre 1925 e 1926, tendo passado por 102 instituições europeias, 73 norte-americanas e 25 canadenses. Ao voltar para o Brasil, elaborou, juntamente com Luiz de Rezende Puech e Benedicto Montenegro o projeto da Faculdade de Medicina, construída predominantemente com



2 HOSPITAL MODERNO

O hospital, objeto de estudo da DOH, era o hospital geral, que se diferia do hospital especializado, principalmente quanto ao tipo de doente que atendia, o que gerava uma organização do seu espaço distinta, pois exigia formação do corpo técnico, técnicas de tratamento, equipamentos e cuidados com a segurança e o contágio (dentro do hospital, do exterior para o interior e do interior para o exterior) específicos.

Teófilo Almeida fez uma comparação entre os hospitais geral e especializado, na qual, o hospital geral seria “aquêlê que recebe todas ou várias espécies de doentes de doenças diversas”, já o especializado, seria “a instituição destinada a determinado tipo de doente: ex.: para tuberculosos, cardíacos, venéreos, etc. ou a certos grupos restritos de doenças que constituem especialidades afins.” (Almeida, 1965a, p.84). Destaca-se que os hospitais especializados também poderiam ser considerados hospital de isolamento. Desses, seriam objetos de interesse e planejamento por outras instituições, a maternidade, o hospital para doentes mentais, para tuberculosos e leprosos, tendo para cada um desses quatro, um serviço especializado para esse fim dentro da estrutura do ministério (Fonseca, 2007).

O hospital geral foi referenciado nos textos publicados pelo DOH sempre junto ao adjetivo “moderno”, que diz respeito a não ser mais o lugar da caridade, para ser uma “oficina” e uma organização da economia.

No hospital moderno “não há leito gratuito, há doente gratuito” (Almeida, 1965b, p. 150). O uso recorrente do adjetivo “moderno” procurava distanciar o hospital da ideia de lugar de abandono e pouca eficiência e especialização, da “casa primitiva”, “refúgio do pobre”, lugar de “caridade”, mas também do “medo” e do “horror” (Almeida, 1965a, p.81), que tanto recebe “o doente, como o aleijado, o velho, o idiota” (Almeida, 1965c, p. 237), o que seria vencido e substituído pela ideia do “ambiente aprazível”, “alegre”, lugar do “conforto”, “ordem”, “asseio”, que inspira “confiança”, “garantia e alívio”, “consolo e esperança” (Almeida, 1965a, p.81).

A proposta e divulgação de um “nôvo conceito hospitalar” (Almeida, 1965a, p.80) eram contrapostas a algo que deveria ser superado, tendo como ponto de partida a sua definição, como ressaltou Teófilo Almeida: “O hospital não deve ser mais, em nossa terra, ‘a casa onde se tratam gratuitamente doentes pobres ou onde se agasalham pessoas pobres’, conforme a definição dos dicionários antigos ou que se lê até em edições recentes, como a do próprio Petit Larousse, edição de 1924” (Almeida, 1965b, p. 149-150). A ênfase no que não deveria ser mais o hospital revelava uma situação presente que precisava ser negada, mas que por sua proximidade, por vezes se sobrepunha ao seu novo entendimento.

A ideia de hospital como lugar de abandono remetia ao discurso do país como sendo “um imenso hospital”, pronunciado em 1916 pelo médico Miguel Pereira, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na qual afirmava: “melhor seria que se não esquecessem nesse paroxismo de entusiasmo que, fora do Rio ou de S. Paulo, capitães mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em que a previdência superintende a hygiene, o Brasil é ainda um immenso hospital”⁷. Esse discurso

recursos da Fundação Rockefeller e inaugurada em 1931, também participou da elaboração dos projetos dos Hospital das Clínicas de São Paulo, inaugurado em 1944, e da Bahia, em 1948.

⁷ PEREIRA, Miguel. O Brasil é ainda um immenso hospital. Discurso disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjACahUKEwjVxe nZ-unGAhWHpYgKHwC-Bns&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frevistadc%2Farticle%2Fdownload%2F56845%2F59823&ei=4AqtVdXVJ4fL ogTn_JjYBw&usg=AFQjCNEc3nXXqesFn5z6niei6P4UP_WKw&bvm=bv.98197061,d.aWw> Acesso: 26 ago 2015. p. 6



repercutiu bastante e por muito tempo na imprensa⁸ e entre intelectuais que questionavam as condições da assistência à saúde fora dos grandes centros e sugeriam políticas públicas para a área.⁹

A assistência prestada no hospital relacionada com a caridade, o recolhimento e a exclusão, sob domínio das Santa Casas de Misericórdia no século XIX, na qual médicos dividiam espaços e práticas com religiosos, está no cerne da denominação do hospital (mesmo radical de hospício, hospedaria e hotel). Assim, esse domínio passou também a ser criticado:

...Doações e donativos, sem conta, da caridade e da filantropia, reverteram em favor das santas casas e das misericórdias que se multiplicaram, acumulando algumas os mais opulentos patrimônios!

Até há pouco, apesar de sua incontestável benemerência, mostraram essas instituições uma uniformidade impressionante de acentuada deficiência de organização e de administração. Causa provada do seu menor desenvolvimento é a falta de orientação e o regime rotineiro em que viveram muitas dessas casas pias. Viviam quase abandonadas em mãos leigas ou descuidadas, sem qualquer contribuição dos governos além de modesta subvenção (Almeida, 1965d, p. 410).

Foucault, em seu texto *O nascimento do Hospital*, publicado em *Microfísica do poder*, trata “do aparecimento do hospital na tecnologia médica”, como “instrumento terapêutico” (Foucault, 2003, p.99-100). Essa mudança, que se deu no fim do século XVIII, na França, aconteceu quando o hospital passou a ser um lugar de tratamento e instrumento de cura e a sua estrutura de poder passou do controle “do pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas” (Foucault, 2003, p.109), para o controle de quem detinha o saber médico. O ponto de partida para a medicalização do hospital teriam sido as viagens-inquérito do inglês Howard e a do francês Tenon, este, patrocinado pela Academia de Ciências francesa. Nos inquéritos resultantes dessas viagens, o uso, a função e os espaços dos hospitais pesquisados passaram a ser relacionados ao tratamento dos doentes e aos seus resultados. Assim, para o autor, todo saber assegura o exercício do poder, que seria então o de gerir e controlar o corpo, para explorá-lo ao máximo o que foi tratado em seu texto *O nascimento da medicina social*, publicado no mesmo livro.¹⁰

O hospital moderno deveria também ser uma “oficina”, “convenientemente aparelhada”, um “protótipo de aprimoramento técnico e científico”, um lugar de conserto, elaboração e trabalho, bem como de ensino e por ser o lugar da prática e do ensino, que obedecia a preceitos técnicos (predominantemente americanos), deveria também atender a todos os que a ele recorressem de maneira indistinta (Almeida, 1965a, p.63; Almeida 1965e, p.137). Assim, o hospital moderno surgia a partir das lições dos erros do passado (ou da sua negação), deveria atender várias camadas sociais, e não somente indigentes, devendo ser: “confortabilíssimo, sem ser luxuoso; ou simples, mas

⁸ O discurso de Miguel Pereira foi reproduzido integralmente, na época, no *Jornal do Commercio*, e parcialmente na *Gazeta de Notícias*; em várias ocasiões no jornal *A Noite* e no jornal *Correio da Manhã*, do Rio de Janeiro. (SÁ. Dominichi Miranda de. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital". Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-5970&lng=en&nrm=iso. Acesso 26 ago 2015).

⁹ No mesmo ano foi publicado o Relatório Médico-Científico de Belisário Pena e Artur Neiva “nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz”, o que “motivou a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil e a discussão sobre a urgência do saneamento rural no país. Revelou a necessidade da higiene para a modernização das regiões interioranas, e mostrou a educação como solução indispensável e indissociável do saneamento, que, de sua parte e com o tempo, foi deixando de ser apenas um problema médico, passando a ser discutido como um problema político e econômico” (CASAZZA, Ingrid F. Brasil, um imenso hospital? Anais do XII Encontro Regional de História da Anpuh Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Ingrid%20Fonseca%20Casazza.pdf>> Acesso: 26 ago 2015).

¹⁰ Neste texto, Foucault citou três etapas da formação da medicina social: a medicina de estado (século XVIII na Alemanha), a medicina urbana (século XVIII na França, tendo como suporte a urbanização, os lugares que possivelmente poderiam difundir doenças, o controle da circulação do ar e da água) e a medicina da força de trabalho (século XIX, na Inglaterra, para tornar apto ao trabalho o operariado).



completo no seu aparelhamento indispensável” (Almeida, 1965a, p.80), além de ser uma nova especialidade para cura, deveria promover a pesquisa e o ensino, tal como o hospital moderno americano, um arranha-céu de estrutura concentrada, que inclui uma escola médica, um hospital escola (Birch-Lindgren, 1951).

Considerado uma nova especialização, o hospital moderno era disseminado pelos Estados Unidos por meio de normas, publicações e de cursos. Segundo Birch-Lindgren com o crescimento da economia americana no final do século XIX, a construção de hospitais ganhou impulso nas primeiras décadas do século XX, “em 1873 havia nos Estados Unidos somente 178 hospitais com um total de 34.453 leitos, em 1909 não menos que 4.359 hospitais com 421.065 leitos” (Birch-Lindgren, 1951, p. 10). Dentre os hospitais, as principais referências passaram a ser o Johns Hopkins Hospital (1889), em Baltimore e o Peter Bent Brigham Hospital (1913), em Boston e na Europa, o primeiro hospital considerado monobloco edificado foi o Hospital Beaujon (1930-1935), em Paris.

No Brasil, ao assumir a DOH, Teófilo de Almeida viajou aos Estados Unidos por três meses, o que justificaria “a influência Americana no formato proposto para a política pública de saúde na área hospitalar (...) e aos interesses e necessidades decorrentes da conjuntura de Guerra internacional” (Fonseca, 2007, p. 230). No entanto, não pode deixar de ser considerada a presença da Fundação Rockefeller no Brasil, de 1916 a 1942, tendo colaborado na criação da Faculdade de Medicina de São Paulo (1931), do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937) e do Serviço de Malária do Nordeste (1939). Também destaca-se a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, após acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos. Além da modernização de todo o aparato administrativo durante o período Vargas e uma relação de proximidade e referência com a modernização hospitalar americana, as políticas públicas de saúde discutidas em fóruns internacionais também eram: “preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, e incorporavam as prioridades de ação pública em saúde defendidas em congressos e conferências patrocinados pela Oficina Sanitária Pan-Americana” (Fonseca, 2007, p. 176).

Destaca-se também a colaboração de Ernesto de Souza Campos, importante interlocutor da instituição Americana na Universidade de São Paulo, que participou dos cursos e publicações da DOH. Souza Campos, que entre 1920 e 1922 foi bolsista da Fundação Rockefeller na Faculdade de medicina da Johns Hopkins Hospital e entre 1925 e 1926, fez viagem de seis meses para estudo de hospitais Americanos, mas também canadenses e europeus, a convite do Governo de São Paulo.¹¹ Essa influência, que poderia ser mais uma apropriação, assimilação ou referência esteve também em vários outros países, como assinalado na publicação *Modern Hospital Planning* (1951), em que o hospital americano é destacado como o modelo para a construção do hospital moderno na Suécia.

O processo de disseminação do hospital moderno era a confirmação da centralização, normatização, modernização e a valorização da técnica, em voga durante o Governo Vargas. Sendo que “A palavra ‘técnica’ não mais deve[ria] causar receios ou suspeitas. A especialização, o respeito aos técnicos e a colaboração dos profissionais especializados marcam o alto índice de civilização de um povo ou uma comunidade” (Almeida, 1965d, p. 410).

Além da técnica, havia novas demandas, “particularmente com o olhar para as consequências econômicas” na construção de hospitais (Birch-Lindgren, 1951, p.12). O hospital era moderno

¹¹ Sobre a viagem, ele escreveu: “Realizamos uma viagem com precisão matemática; onde chegávamos, já nos esperavam com o material preparado: plantas, memórias, regulamentos, etc., de modo que não perdemos tempo. Na Europa, encontramos organização tão perfeita como nos Estados Unidos. Juntamos o material que havíamos colhido no Canadá, nos Estados Unidos e na Europa e o trouxemos para o Brasil. Havia grande quantidade de plantas, projetos estudados, esboços, programas, etc. Separamos o material americano do canadense e do europeu: cada região destas tomamos as diferentes cidades, as diferentes escolas e depois, finalmente, os diferentes departamentos como por exemplo o de clínicas, o de cirurgia, o de medicina especializada, o de anatomia patológica, o de fisiologia, o de bacteriologia. Separamos planos e memórias, em cadernos especiais para cada departamento a, b, ou c. Tínhamos, assim, uma série de elementos para poder saber o que havia de melhor” (Campos, 1965a, p. 184).



também por ser um hospital da economia, por ser o lugar da organização e da produção do saber (como uma oficina), e para tanto, nele e para ele se elaboravam censos, classificações, glossários, publicações, padronizava termos e práticas. Sistematizar informações, conhecer a realidade, carências e os serviços que eram ofertados e como eram ofertados, ao mesmo tempo em que eram realizados cursos para consultor hospitalar, realizadas publicações e projetos e sistematizada uma linguagem padronizada, faziam parte da preparação de uma mudança de mentalidade e prática no hospital. Era a modernização como registro, organização, distribuição, sistematização e especialização, onde o controle da informação para a produção de conhecimento e a economia de custos deveria estar inserido em sua prática.

O Primeiro Cadastro ou Censo Hospitalar promovido e realizado sob a orientação da DOH ocorreu entre 1941 e 1942. A ideia era que com ele fosse iniciado o planejamento de uma rede de hospitais, e a partir dele, duas outras etapas seriam realizadas, a do estudo da relação entre a população e os serviços de saúde disponíveis (o número de leitos com relação à densidade demográfica), localização de novos hospitais e o que aproveitar e melhorar da estrutura existente; para por fim, ser criada a rede de hospitais, contando com a participação dos governos federal, estadual e municipal, além da “contribuição particular, (...) de preferência como instituição de finalidade filantrópica e de finalidade não lucrativa” (Almeida, 1965f, p. 361). Destaca-se que junto à realização do censo, foram coletadas plantas, fotografias e publicações diversas sobre os hospitais.

O resultado desse censo revelou uma situação de carência na oferta de hospitais, sendo que a maioria dos serviços de saúde estavam concentrados em São Paulo, cerca de 23%. A média de leitos em nove dos estados foi menor do que 1 leito para cada mil habitantes.¹² Assim, a média de 2,5 leitos por mil habitantes foi estipulada como meta a ser alcançada pela DOH (sendo a meta de 5 leitos por mil habitantes, a ser alcançada a longo prazo, está ainda na expectativa de ser alcançada de modo a atender ao que a Organização Mundial de Saúde estipula –entre 3 a 5 leitos por mil habitantes).

Além do censo e cadastro de hospitais, os cursos para formação de consultores hospitalares representavam uma fase preparatória de uma “formação da moderna consciência hospitalar” (Almeida, 1965d, p. 407), neles era formado o consultor hospitalar, que poderia tanto trabalhar na administração de um hospital, quando na orientação de um projeto e construção de um novo hospital, tal como será abordado no próximo tópico. Abaixo o programa do curso:

O nosso programa, obedecendo, entretanto, às normas e as linhas gerais dos cursos americanos, compreende desde o histórico da assistência médico social, a evolução das instituições hospitalares e para-hospitalares, até ao hospital moderno; a legislação e tipo da administração pública ou particular; a classificação das instituições; a definição e terminologia referente a tudo que se relaciona com assuntos hospitalares, a fim de que possamos nos entender a respeito em toda a vasta extensão do território nacional, usando a mesma linguagem técnica, facilitando dest’arte, também, colheita uniforme dos dados estatísticos (Almeida, 1965a, p.78; Almeida, 1965c, p. 240).

Além do cadastro e censo houve uma preocupação em estabelecer uma “linguagem clara, fixa, uniforme, como base de sistematização e como estrutura da Organização e Administração Hospitalares”, também baseadas nos “modelos e padrões estudados pela Associação Americana dos Hospitais e o Colégio dos Cirurgiões” (Almeida, 1965a, p.91). Quanto à classificação, as instituições de saúde seguiam 10 critérios, sendo: quanto à clínica (hospitalar ou para-hospitalar); propriedade,

¹² O censo foi “executado exclusivamente por médicos, com instruções especiais, que visitaram todas as localidades onde havia hospitais e que inspecionaram todas as instituições, preenchendo ‘in-loco’ uma ficha completa, com mais de duzentos itens, referentes a edificações, instalações, equipamento, administração, funcionamento, finanças e assistências. O trabalho durou vinte meses, decorrendo, aproximadamente, três anos até o término da sua apuração e crítica” (Almeida, 1965b, p.143).



manutenção e controle da instituição (oficiais ou de governo e não oficiais ou particulares, que podiam ser filantrópicas, de finalidade não lucrativa e de finalidade lucrativa); número de leitos (pequeno porte de 25 a 49 leitos, médio porte de 50 a 149 leitos, grande porte de 150 a 500 leitos e tipo extra ou especial com mais de 500 leitos; segundo a qualidade quantidade da assistência prestada; se recebe ou não médicos recém-formados para internato; segundo a atuação do corpo clínico no hospital (fechada ou aberta); Segundo o sistema de edificação (tipo pavilionar, monobloco ou misto); Segundo a disposição da construção em bloco, de tipo vertical ou sobre altura e de tipo horizontal ou sobre a superfície; segundo a planta (definitiva e inalterável, progressiva e flexível); e segundo a forma do edifício, onde adota-se as formas de letras tais como: I, C, L, T, F, E, U, H e outras (Almeida, 1965a, p.90).

As inspeções realizadas por médicos; a formação, com a realização de cursos de especialização e aperfeiçoamento; as instruções e modelos e elaboração de projetos fornecidos pela DOH, as publicações e a produção de dados e informações, estruturavam uma assistência técnica de modo a alcançar o objetivo de instituir uma nova mentalidade para o projeto e construção de hospitais no Brasil. Assim, o entendimento de assistência estaria vinculado ao de organização. Sendo, a assistência hospitalar, a que atende “tanto aos doentes internos, como a doentes externos ou de ambulatórios predominando uma maior soma de cuidados médicos relativamente a uma menor assistência social” (Almeida, 1965a, p.84). A mudança se dava com a ênfase no tratamento médico e cura e na extensão do seu atendimento. Para tanto estava programada a construção de uma rede de hospitais, que atendessem a todos os tipos de doentes de todas as classes sociais. Vale destacar, no entanto, que os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que passaram a atuar a partir de 1931 (organizados por categoria profissional e com participação do Estado),¹³ ligados ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, passaram a construir hospitais para atender a classes de trabalhadores específicas. A função da DOH de promover uma nova mentalidade e assistência para os projetos de hospitais seria complementar a essa ação. No entanto, essa relação ainda é nebulosa e merece um foco preciso em estudos futuros. Outra relação que pode ser levantada diz respeito aos projetos e construções de hospitais realizados pelo SESP no interior do norte e nordeste entre as décadas de 1940 e 1950.

Tendo em vista que deveria ser considerada uma “melhor economia e numa maior eficiência dos serviços de assistência” (Almeida, 1965d, p. 406), interessa-nos levantar questões referentes à elaboração de projetos, o que será abordado no próximo tópico. Procura-se responder como seria, ou deveria ser, o projeto do hospital, chamado padrão, progressivo e flexível.

3 HOSPITAL PADRÃO PROGRESSIVO FLEXÍVEL

O hospital padrão, progressivo e flexível referia-se a como deveria ser o planejamento e o projeto do hospital. A importância em seguir o seu planejamento era evitar que o “hospital como um organismo vivo” (Garcia, 1965, p.248), se tornasse um “deficiente físico” ao “nascer”, pois “a prótese é assás precária e caríssima...” (Almeida, 1965b, p.150). Para a DOH, “o hospital mal construído, mal organizado, mal orientado, não mais poderá ser corrigido, a não ser com grande despesa e, mesmo assim, oferecerá instalação defeituosa” (Campos, 1965a, p.167), assim, deveria seguir dimensões padrão, “sistemáticas, em múltiplos e submúltiplos”, sendo “como um organismo ou um sistema em evolução” (Almeida, 1965b, p. 158).

As analogias do hospital com um organismo vivo dizem respeito ao atendimento de requisitos padrão para a sua construção, ao seu crescimento à sua capacidade de se adaptar a novas necessidades. Assim, para o hospital seria previsto desde o seu projeto inicial ampliações e alterações a serem feitas em até 20 anos, bem como, que houvesse facilidade para a adaptação de

¹³ A previdência foi unificada em 1966, pelo Decreto-Lei 72, de 21 de novembro de 1966, que criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).



mudança de uso em alguns de seus cômodos. A solução que previa esse crescimento progressivo implicava em uma construção inicialmente desproporcional entre os serviços gerais, superdimensionados, e o número de leitos, o que, seria resolvido à medida que as ampliações ocorressem e o número de leitos se aproximasse ao limite fixado.

O projeto do hospital deveria ser antecedido pela elaboração de um inquérito, denominado *Questionário para inspeção prévia* e a preparação de um programa por um consultor hospitalar. Depois dessas etapas seriam elaborados um anteprojeto e projeto definitivo por um arquiteto ou engenheiro.

A separação das atribuições do consultor e do arquiteto, que fazia parte do planejamento do hospital geral, colocava o foco no consultor hospitalar para lidar com a elaboração de um programa, a escolha do terreno¹⁴ e questões técnicas como orientação quanto ao sol e aos ventos,¹⁵ enquanto diretrizes, e a interpretação e transposição para o projeto seriam feitos pelo arquiteto, “sendo ambos, necessariamente, os autores do projeto” (Almeida, 1965b, p.150).

A formação do médico consultor era o objetivo dos cursos oferecidos pela DOH¹⁶ e a especialização do arquiteto para o projeto de hospitais só aconteceria após 1953, com a realização do I Curso de Planejamento de Hospitais, realizado em São Paulo entre os dias 13 e 17 de abril de 1953, e oferecido pelo Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB), departamento de São Paulo, sendo coordenado pelos arquitetos Rino Levi e Jarbas Karman. Esse curso resultou na publicação de suas aulas e debates no livro *Planejamento de Hospitais* (1954).

Rino Levi, em sua aula *Planejamento de hospitais sob o ponto de vista do arquiteto*, afirmou que “a arquitetura implica na coordenação de conhecimentos variados e que não pode ser concebida corretamente sem um trabalho de colaboração estreita”. Essa colaboração deveria acontecer entre especialidades diferentes, como a médica, a de enfermeiros, administradores, engenheiros e técnicos e representantes de aparelhos hospitalares. Seria um “trabalho de pesquisa e análise de dados” para a elaboração do programa, que não deveria ter “qualquer sugestão arquitetônica” preestabelecida (Levi, 1954, p. 39). Já Birch-Lindgren, arquiteto sueco, doutor em arquitetura hospitalar, em 1934, e autor de diversos projetos de hospitais em seu país, afirmou em seu livro *Modern hospital planning*, que a figura do arquiteto é central no projeto. No entanto, para projetar seria necessário a sua especialização e o trabalho em conjunto: “o planejamento de hospitais modernos envolve múltiplos problemas que não podem ser resolvidos sem conhecimento de assuntos médicos e técnicos”, pois seria “um assunto que requer um conhecimento compreensivo da vida do hospital e os seus problemas um conhecimento que não pode ser conseguido sem um intenso estudo”. Era, assim, um “campo de especialização para arquitetos” (Birch-Lindgren, 1951, p.7).

O hospital geral a que se referia as publicações da DOH era o monobloco, o edifício em altura, com exceção dos que eram localizados em áreas rurais. As suas vantagens e exaltação de seu tipo, iam além de “ganhar espaço no solo” (Campos, 1965b, p.51) e economizar terreno em áreas urbana, pois visavam:

- “1) Economia de construção e manutenção.
- 2) Facilidade dos transportes e portanto no movimento
- 3) Concentração das tubulações hidráulicas, térmicas, de êsgoto, eletricidade, etc.
- 4) Possibilidade de bons serviços operatórios, de raios X, radium, de fisioterapia e

¹⁴ As recomendações para a localização de um hospital deveriam atender a “requisitos imprescindíveis à sua higiene e tranquilidade”, devendo ser afastados de lugares muito movimentados, barulhentos, fumaças ou insetos, bem como de que tivesse um bom acesso por parte da população, “Procuremos, portanto, colocar o hospital em um ponto médio razoável. Nem muito prejudicado pela vizinhança, em também isolado do núcleo de população” (Garcia, 1965, p. 251).

¹⁵ Vale destacar que as referências usadas ao tratar de radiação solar (tempo e quantidade de calor) nas fachadas e ventos é São Paulo, exemplo dado a partir do projeto da Faculdade de Medicina de S. Paulo, projeto de Ernesto de Souza Campos.

¹⁶ A lista dos médicos que concluíram os cursos em 1943, 1944, 1945, 1946, 1947 e 1948 consta em Almeida (1949).



fisiodiagnóstico, de laboratórios, etc.

5) Possibilidade de ter na direção de cada serviço um técnico de grande valor, bem remunerado, o que não seria possível em serviços multiplicados.

6) Melhor disciplina interna e vigilância.

7) Melhores condições de isolamento por pavimento do que em pavilhões dispersos.

8) Maior afastamento do ruído, da poeira e da mosca, o que faz nos hotéis serem preferidos, apesar de mais caros, os pavimentos mais elevados.

9) Mais íntimo contacto e cooperação do pessoal técnico.

10) Facilidade de administração” (Campos, 1965b, p.51).

Vários destes motivos elencados estavam relacionados às conquistas da ciência e da tecnologia, bem como de uma economia, seja de terreno, material de construção e na distribuição e organização de suas atividades. Era assim, uma questão (ou resposta) técnica, científica e de economia de tempo e custos como de pessoal, além de possibilitar um maior controle da circulação de pessoas pelo hospital. Destaca-se que a circulação vertical era possibilitada por elevadores e monta-cargas para o transporte e circulação de doentes entre enfermarias, salas de operações e exames; médicos e enfermeiros; camas, colchões e cadáveres, além de refeições e roupas limpas, sujas e remédios (Campos, 1965b, p.51). A explicação sobre o assunto foi dada por Ernesto de Souza Campos, que afirmou: “mais seguro é o isolamento por andares do que por pavilhão, posto êste em imediato contato com o solo e com os que nêle transitam” (Campos, 1965a, p. 198).

As orientações gerais mínimas para o projeto do hospital destacavam a distinção dos acessos do hospital por tipo de usuário, sendo no mínimo três: para pacientes e acompanhantes; médicos, administração e visitas e outro para serviços gerais, sendo que para os pacientes externos (de ambulatório) a entrada não deveria ser a mesma do acesso principal. Quanto aos quartos e enfermarias, seriam considerados quartos particulares (um leito) e semiparticulares (dois leitos) e as enfermarias para até seis, podendo chegar a no máximo 8 leitos. Os doentes poderiam ser contribuintes (1ª classe e classe média) e estar separados por sexo, idade e “gravidade dos casos”. A maternidade deveria ter funcionários e espaço independentes do restante do hospital. A seção cirúrgica deveria ter, no mínimo “uma sala asséptica e uma sala séptica”, além de “sala de esterilização, arsenal cirúrgico, preparo dos médicos, repouso” e deveria ficar o mais isolada e independente possível, (no último pavimento). Os laboratórios e os serviços de raio x deveriam atender a pacientes internos e externos (ambulatório) e a farmácia deveria ter uma localização central e estar ligada à sala de distribuição de medicamentos do ambulatório e aos “compartimentos e estações farmacêuticas dos diversos andares” (Campos, 1965a, p. 192). Para os médicos e enfermeiros deveria haver quartos e refeitórios, que atenderiam também à administração (ou a acompanhantes). Outros refeitórios seriam para atender doentes crônicos e convalescentes e para funcionários (“pessoal subalterno”). A cozinha deveria ter instalação de refrigeração para alimentos. Para o edifício deveria ser previsto um reservatório de água para 48 horas, além de “seguro, previsão e aparelhagem para extinção de incêndios”. Os banheiros dimensionados de acordo com a capacidade do hospital (ligados à rede de esgoto ou com fossa e rede depuradora). O necrotério com suas instalações de capela e câmara; a lavanderia poderia ser mecânica ou manual, deveria também haver incineração de lixo. Quanto ao serviço de registro clínico e ao ambulatório geral, seria especializado, de atendimento diário, com registro em fichas médicas. Como assistência, haveria também um serviço social de apoio para doentes e família; do setor administrativo, além da diretoria, uma secretaria com contabilidade (Almeida, 1965b).

Além do programa mínimo de diretrizes gerais para o projeto do hospital, foi proposto também um padrão máximo e um programa para um hospital de 100 leitos. Destaca-se do hospital de padrão máximo o foco em sua setorização, com: **divisão econômico-administrativa, divisão dos serviços auxiliares da administração, divisão da dietética, divisão da admissão e registros, divisão do serviço social, divisão do serviço clínico central, divisão das clínicas ou corpo clínico, divisão auxiliar do**



diagnóstico e da terapêutica, divisão de enfermagem, divisão dos doentes externos ou ambulatoriais. A setorização era resultado da especialização dentro do hospital. Em cada divisão teriam setores que por sua vez seriam subdivididos, e, por conta das suas especificidades, eram apresentadas isoladas em muitas representações. Vale destacar que a apresentação de esquemas e até modelos de plantas ou de setores do hospital era um recurso comum nas publicações do Hospital Facilities Section¹⁷, que tinha por arquiteto chefe Marshall Shaffer (1899-1955), trabalhava desde 1941, dedicado ao programa hospitalar. Em publicações como *Hospitals Elements* e *Design and Construction of general hospitals* eram oferecidos modelos e esquemas de soluções de plantas e determinados setores do hospital geral.

No hospital geral, a divisão de casos por especialidade não existia na maior parte do século XIX. A crescente especialização da medicina, os novos métodos de diagnóstico (exames) e terapêuticos (tratamentos), passaram a diminuir o tempo de ocupação de leito por um paciente, ao mesmo tempo em que aumentava a necessidade de um número maior de espaços especializados no hospital. A difusão do tipo concentrado em altura, contraposto ao tipo pavilhonar com a crítica ao “*tabú do pavilhão*” (Campos, 1965c, p.40), fazia parte da proposta do hospital moderno (ou solução ideal). A ideia era que houvesse a substituição de um sistema por outro, como a atualização de um processo, que tinha de maneira geral uma grande preocupação com a economia e isso fazia parte de um modo de pensar que buscava uma ruptura e a construção de algo novo, e que proporcionasse também práticas novas em seus espaços, o que não significa que tenha sido implementado em seus projetos.¹⁸

4 CONCLUSÕES

As palavras de ordem, “Sistematização! Padronização! Especialização!”, de Teófilo de Almeida (9, p. 245), que constam no título do texto se referem ao hospital geral, moderno, de projeto padrão, progressivo e flexível que passou a ser difundido pela DOH. O seu entendimento ou o modo como foi posto também sugere uma urgência em se estabelecer uma nova mentalidade de projeto, mas que tinha como foco o médico, como consultor hospitalar, e não um campo de especialização para o arquiteto. A proposta era difundir uma nova maneira de pensar e projetar espaços para uma prática também padronizada e especializada em seu interior.

Nos anos de 1940, o Estado passava a orientar o surgimento do hospital geral, por meio da DOH, criando uma estrutura de divulgação do que e de como seria esse hospital. Para isso, promoveu a realização de cursos, publicações e a consultoria e elaboração de projetos. Só na década seguinte, a especialização do arquiteto para o projeto hospitalar passou a ser delineado, com o I Curso de Planejamento de Hospitais em São Paulo, realizado em 1953, que deu seguimento a outros, como o I Curso de Projetos de Organização de Hospitais do Recife, realizado entre 8 e 17 de julho de 1956 e promovido pelo IAB local, que na época era presidido por Florismundo Lins. Além de cursos, publicações especializadas surgiram, como a revista *Hospital de hoje*, editada pelo Instituto Brasileiro

¹⁷ Órgão ligado ao *Public Health Service*, da *Federal Security Agency*, que era uma *independent agency* do governo Americano.

¹⁸ Os projetos e construções de hospitais, não foram analisados aqui, no entanto das realizações que foram elencadas em seu último volume, (Almeida, 1949), as cidades contempladas com projetos da DOH, 77 ao todo, estavam em sua grande maioria no interior do país, especialmente do Nordeste (40) e Minas Gerais (20). As cidades eram: Amargosa, Andaraí, Angical, Barra, Barra de S. Maria Vitória, Barreiros, Belém, Belo Horizonte, Bocaiúva, Cabrobó, Caeté, Campanha, Campina Grande, Campo de Jordão, Canavieiras, Canoinhas, Caririnha, Casa Nova, Conquista, Cuiabá, Curaçá, Distrito Federal, Divinópolis, Djalma Dutra, Feira de Santana, Floresta, Fortaleza, Francisco Sales, Guandú, Goiânia, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itambé, Itaúna, Ituitaba, Januária, Jatinã, Juazeiro, Juazeiro do Norte, Laranjeiras, Livramento, Manga, Monlevade, Montes Claros, Natal, Nova Friburgo, Pão de Açúcar, Paracatú, Paratinga, Penedo, Petrolândia, Petrolina, Pilão Arcado, Pirapora, Poços de Caldas, Pomba, Porto da Folha, Propriá, Remanso, Rio Bonito, Rui Barbosa, Sabará, Santana do Livramento, Santos Dumont, São Francisco, São João da Boa Vista, São Lourenço, São Luiz, Serra Talhada, Surubim, Timbaúba, Terezópolis, Ubaíra, Vitória e Xique-Xique (Almeida, 1949).



de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, entre 1955 e 1969, que divulgava entre outras coisas, projetos nacionais e internacionais de hospitais, glossários e traduções de textos especializados, como o livro *Design and Construction of general hospitals*, importante guia americano de projeto de hospitais, com sugestões de plantas para hospitais de 25, 30, 150 e 200 leitos. Quanto à normativa de projeto, só com a Portaria n.400, de 6 de dezembro de 1977, foi dado início ao estabelecimento de padrões de projetos que deveriam ser examinados e aprovados pelo Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

A autora agradece o apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de Bolsa de pós-doutorado júnior.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. **Construção e modernização da rede nacional de hospitais**. Rio de Janeiro: DOH/Ministério da Educação e Saúde, 1949.

ALMEIDA, T. Evolução hospitalar no Brasil: ontem e hoje. In: Ministério da Saúde. **Evolução e planejamento hospitalar** (volume 2). Rio de Janeiro, 1944 - Reedição de 1965a, p. 63-135.

ALMEIDA, T. A assistência hospitalar e um plano nacional para sua organização no Brasil. In: Ministério da Saúde. **Especialização na moderna organização hospitalar** (volume 3). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965b, p. 139-163.

ALMEIDA, T. História da assistência médico-social até o hospital moderno. In: Ministério da Saúde. **Aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar** (volume 4). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965c, p. 233-245.

ALMEIDA, T. Sexto Curso de Organização e Administração hospitalares. In: Ministério da Saúde. **Construção e modernização da rede nacional de hospitais** (volume 6). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965d, p.405-411

ALMEIDA, T. Introdução. In: Ministério da Saúde. **Especialização na moderna organização hospitalar** (volume 3). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965e, p. 137-138.

ALMEIDA, T. Plano da Rede Nacional de Hospitais estudados pela Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde. In: Ministério da Saúde. **Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar** (volume 5). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965f, p. 359-366.

BIRCH-LINDGREN, G. **Modern Hospital Planning in Sweden and other countries**. Estocolmo: Médens, 1951.

CAMPOS, A.L.V. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, E. de S. Pontos fundamentais no planejamento, localização, instalação e equipamento hospitalares (notas do curso de aperfeiçoamento e especialização de organização e administração hospitalares, do DNS - MES). In: Ministério da Saúde. **Especialização na moderna organização hospitalar** (volume 3). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965a, p. 165-218.

CAMPOS, E. de S. Evolução dos hospitais. In: Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais** (volume 1). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965b, p.47-54.

CAMPOS, E. de S. Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral. In: Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais** (volume 1). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965c, p.7-46.

FONSECA, C.M.O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Ed. Graal, 2003.



LEVI, R. Planejamento de hospitais sob o ponto de vista do arquiteto. In: IAB. **Planejamento de hospitais**. São Paulo: IAB, 1954, p.39-43.

GARCIA, D.V. Plantas, projetos e construção de hospitais e estabelecimentos para-hospitais. In: Ministério da Saúde. **Aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar** (volume 4). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965, p. 247-254.

AMÉLIO, J. Hospitais especializados e suas características. In: Ministério da Saúde. **Aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar** (volume 4). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965, p. 255-273.

PERRONE, O.R. Estatística hospitalar. In: Ministério da Saúde. **Aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar** (volume 4). Rio de Janeiro, 1944 - reedição de 1965, p. 303-331.

TOLEDO, L.C. Falando sobre as normas: entrevista com Regina Barcellos e Flávio Bicalho. In: TOLEDO, L.C. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**. Dissertação de mestrado, UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2002, p.162-174.