

# **ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL E VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA TEREZINHA:**

**DESAFIOS E CONFLITOS NA PRESERVAÇÃO DA ARQUITETURA MODERNA ANTITUBERCULOSE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Laís de Matos Souza**

Salvador, 2023



UFBA  
Faculdade de Arquitetura da  
Universidade Federal da Bahia



PPG-AU  
Programa de Pós-graduação  
em Arquitetura e Urbanismo



# **ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL E VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA TEREZINHA:**

**DESAFIOS E CONFLITOS NA PRESERVAÇÃO DA ARQUITETURA MODERNA ANTITUBERCULOSE**

**Laís de Matos Souza**

Dissertação de mestrado submetida ao mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia.

Área de Concentração: Conservação e Restauro  
Linha de Pesquisa: História da Cidade e do Urbanismo  
Orientador: Nivaldo Vieira de Andrade Junior

Salvador, 2023



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI)  
Biblioteca da Faculdade de Arquitetura (BIB/FA)**

---

S729

Souza, Laís de Matos.

Atualização funcional e valores culturais do Hospital-Sanatório Santa Terezinha [recurso eletrônico] : desafios e conflitos na preservação da arquitetura moderna antituberculose / Laís de Matos Souza. – Salvador, 2023.

520 p. : il. ; 24 cm.

Dissertação – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Arquitetura, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Mestrado em Arquitetura e Urbanismo. 2023.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Vieira de Andrade Junior.

1. Edifícios hospitalares - Conservação e restauração. 2. Patrimônio cultural - Salvador (BA). 3. Arquitetura moderna - Séc. XX. 4. Hospital Especializado Octávio Mangabeira (Salvador, BA). I. Andrade Junior, Nivaldo Vieira de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura. III. Título.

CDU: 725.1:614.21(813.8)

---

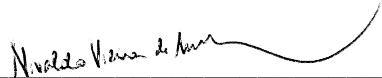
**LAÍS DE MATOS SOUZA**

**ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL E VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-  
SANATÓRIO SANTA TEREZINHA:  
DESAFIOS E CONFLITOS NA PRESERVAÇÃO DA ARQUITETURA MODERNA  
ANTITUBERCULOSE**

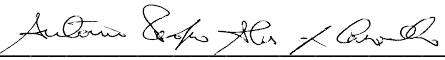
Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo, na Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia.


Aprovada em  
Salvador, 12 de julho de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

Nivaldo Vieira de Andrade Junior – Orientador   
Doutor em Arquitetura e Urbanismo – Universidade Federal da Bahia  
Universidade Federal da Bahia

Renato da Gama-Rosa Costa \_\_\_\_\_  
Doutor em Urbanismo – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Antônio Pedro de Carvalho   
Doutor em Geografia – Universidade Estadual Paulista  
Universidade Federal da Bahia

Lídia Quiêto Viana   
Doutora em Arquitetura – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Universidade Federal da Bahia



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado EM ARQUITETURA E URBANISMO DA MESTRANDA  
**LAÍS DE MATOS SOUZA**

Ao décimo segundo dia do mês de julho do ano de dois mil e vinte e três, reuniu-se por convocação do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, a comissão composta pelos Professores Doutores Nivaldo Vieira de Andrade Junior, Antônio Pedro Alves de Carvalho, Lídia Quietto Viana e Renato Gama Rosa Costa sob a presidência do primeiro, na qualidade de orientador, para proceder ao exame do trabalho apresentado pela mestranda **Laís de Matos Souza** intitulado “**Atualização funcional e valores culturais do Hospital-Sanatório Santa Terezinha: desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose**”.

O ato teve início às 08:00 horas, tendo sido concedido à mestranda cinquenta (50) minutos para exposição resumida dos conteúdos do seu trabalho. De acordo com as normas que regulam a matéria, cada examinador fez suas observações e levantou questões, que foram respondidas pela discente.

Concluído o exame, os professores atribuíram as seguintes indicações:

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Prof. Dr. Nivaldo Vieira de Andrade Junior | <b>APROVADA COM DISTINÇÃO</b> |
| Prof. Dr. Antônio Pedro Alves de Carvalho  | <b>APROVADA COM DISTINÇÃO</b> |
| Prof. Dr. Lídia Quietto Viana              | <b>APROVADA COM DISTINÇÃO</b> |
| Prof. Dr. Renato Gama Rosa Costa           | <b>APROVADA COM DISTINÇÃO</b> |

Com o que se julgou a mestranda **APROVADA COM DISTINÇÃO**, sendo recomendado ao Colegiado de Curso deste Programa de Pós-Graduação que seja concedido à **Laís de Matos Souza** o grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Salvador, 12 de julho de 2023

Prof. Dr. Nivaldo Vieira de Andrade Junior  
Orientador e Presidente da Banca Examinadora  
PPG-AU/FAUFBA

Prof. Dr. Antônio Pedro Alves de Carvalho  
Membro interno da Banca Examinadora  
PPG-AU/FAUFBA

Prof. Dr. Lídia Quietto Viana  
Membro externo da Banca Examinadora  
MP-CECRE/FAUFBA

Prof. Dr. Renato Gama Rosa Costa  
Membro externo da Banca Examinadora  
PPGPAT/COC/Fiocruz

*A todos aqueles que têm ou tiveram seus pulmões comprometidos, abatendo-se física e psicologicamente, sendo estigmatizados e isolados socialmente para não contaminarem o ar “dos sãos”;*

*Às milhões de vítimas da Peste Branca e da Covid-19, e a cada um que perdeu alguém importante para micro-organismos invisíveis e tão fatais, sofrendo pela ausência dos seus;*

*Ao plano espiritual, que vem trabalhando incansavelmente para equilibrar a energia do planeta nos contextos sofridos das epidemias e pandemias, acolhendo tantos que fazem sua passagem subitamente;*

*Ao trabalho incessante de cada pesquisador e profissional das ciências da saúde, buscando métodos de tratamento e prevenção adequados para cuidar da vida, mesmo diante do desconhecido;*

*Aos arquitetos modernos, com seus ensinamentos inovadores à época, que até hoje nos permitem trazer qualidade espacial e de vida para os ambientes, especialmente os de saúde;*

*Aos historiadores, que se esforçam para não apagarmos da memória aquilo que precisa ser ensinado sobre o passado;*

Enfim, a todos os *arquitetos* que se propõem, com empatia, a enxergar o ser humano nas dimensões social, física, emocional, mental e espiritual, auxiliando na construção coletiva de cidades e espaços mais saudáveis, acolhedores e respeitosos com a natureza, com o patrimônio cultural, com a saúde e com a diversidade!

## AGRADECIMENTOS

O momento de fechamento de um trabalho como este, sem dúvidas, marca a minha história! Não apenas pela tão esperada conclusão de uma pesquisa acadêmica que traz contribuições científicas e reflexões sobre o que nós, como sociedade, valorizamos, pensamos ou agimos para deixar as nossas marcas para aqueles que virão. *Não é só sobre isso.*

Viver o mundo acadêmico vai muito além de apenas seguir métodos científicos para buscarmos algumas respostas que inquietam a nossa existência. Toda a caminhada na academia que hoje me fez parir essa “filha” chamada *dissertação*, me levou a percorrer lugares que eu jamais imaginei chegar quando resolvi entrar no Mestrado. Aqui, pude viver uma verdadeira montanha-russa de sentimentos, dúvidas, medos, curiosidades, encantamentos, raivas, ansiedades e alegrias. *A academia nos leva, o tempo todo, a lidar com as nossas emoções, nos fazendo olhar de frente, com coragem, para a nossa luz e a nossa sombra.* Comigo foi assim, e com muitos colegas queridos também é. Aqui, tive mais uma oportunidade de olhar para as minhas frustrações e angústias, buscando transformá-las em coragem para seguir esse nado em mar aberto. E esse nado me possibilitou confiar mais na minha capacidade, ter mais autoamor, autocuidado e compaixão com os meus processos. Eu sou um ser humano que pode errar, e tá tudo bem errar, porque isso é aprender... exigir um pouco menos de mim faz parte do meu processo. E agradeço por poder tomar consciência de tanto sobre mim a partir das vivências que a universidade tem me proporcionado.

O processo difícil que envolve ser pesquisadora me levou a mergulhar ainda mais em mim, na minha busca por autoconhecimento! Não é fácil transitar no mundo dos saberes e buscar construir conhecimento. Foi quando, em meio a tantas dificuldades e questionamentos (definições, paralisação, procrastinação, incertezas) tão presentes na vida acadêmica, eis que simplesmente o mundo parou, eis que um ser tão primitivo balançou as minhas estruturas de uma maneira tão forte que acabou me empurrando para seguir adiante... *“Como posso contribuir com tudo o que venho estudando desde a graduação em Psicologia? Como a minha pesquisa do mestrado pode auxiliar de alguma maneira? O que os edifícios de combate à tuberculose têm a ver com a pandemia que estamos enfrentando?”.* E assim, a dissertação voltou a tomar uma forma mais concreta, em meio ao caos da pandemia da Covid-19, quando estávamos absolutamente perdidos em meio ao isolamento e à quarentena. Sim, foi esse vírus que me fez perceber o quanto o meu estudo é importante e o quanto a história da arquitetura da saúde pode nos auxiliar a compreender e lidar melhor com aspectos reais da nossa vida presente e futura!

*Dizem que projeto de arquitetura e pesquisa acadêmica a gente entrega, e não acaba.* Se deixar, nunca acaba! Por aqui, agora eu fecho esse ciclo entregando ao universo aquilo que foi possível produzir, dentro de um exercício gigante para soltar um pouco a mão do perfeccionismo da minha flecha 1, que geralmente me leva ao estresse. Nesse momento, abraço com muita amorosidade a minha fonte de equilíbrio que vem da minha flecha 5, silenciando, observando e analisando o mundo real para *concluir*.

É com uma *gratidão* indescritível aos meus guias espirituais que *concluo* agradecendo por ter tido a oportunidade de cruzar essa existência com tantas pessoas especiais

que me ajudam, pacientemente, a acreditar mais em mim, me dando força através de gestos, palavras e muitas formas de afeto que ecoam a mensagem “*Vai acabar, só falta mais um pouquinho. Já deu certo!*” Obrigada a todos vocês, que são peças-chaves para essa pesquisa existir e ser concluída, me ensinando, como nos fala o nosso doce Gilberto Gil, que *o tempo é rei*.

Um abraço bem apertado e cheio de afeto e gratidão,

*À UFBA e ao PPGAU, essa escola de excelência que me abriu os braços e, a partir do contato com grandes mestres da graduação e pós-graduação, tem sido a fonte da minha construção como pesquisadora;*

*Ao meu orientador e amigo querido, Nivaldo Andrade, que de maneira leve e ao mesmo tempo cheia de responsabilidade, sempre teve papel fundamental na minha formação, acreditando na minha capacidade e me dando muita autonomia: “jogue duro, Lai, pode ir/fazer/seguir/enviar... eu confio em você”;*

*Aos membros da banca, Antônio Pedro Carvalho, Lídia Quiêto e Renato Gama-Rosa, que aceitaram o nosso convite para ajudarem a construir, a tantas mãos, esse trabalho que se tornou tão desafiador – e cada um, dentro do seu olhar, conseguiu de maneira tão cuidadosa e respeitosa expandir o meu olhar sobre a pesquisa;*

*A toda equipe do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, especialmente à Wellington Lage e os outros membros da comissão de servidores que tem lutado pela sua preservação: obrigada pela sua receptividade, confiança e interesse na pesquisa;*

*Ao IAB-BA, MP-CECRE/UFBA, DOCOMOMO-BA e todas as instituições e entidades que enfrentaram, coletivamente, os caminhos percorridos na defesa do nosso patrimônio da arquitetura antituberculose na Bahia;*

*Ao MP-BA, especialmente à competente promotora Dr<sup>a</sup> Cristina Seixas e ao querido colega que ali atua como dedicado técnico arquiteto, Diogo Vasconcellos, que mostraram tanta sabedoria e acolhimento através da sua atuação ética e justa durante o processo gerado pela nossa representação, me fazendo ter mais esperança na justiça;*

*Ao nosso coordenador do GEA-hosp/UFBA, Antônio Pedro Carvalho, uma das minhas grandes referências dentro da arquitetura da saúde, e a todos os colegas e amigos que este grupo de pesquisa me trouxe, sendo apoio e incentivo constantes, verdadeiros companheiros de jornada acadêmica e emocional, que o diga às minhas queridas do GEA-cura;*

*Às amigas Patrícia Farias e Gabriela Otremba, o meu trio das “meninas superpoderosas”, aquelas que me fortaleceram e viveram comigo uma explosão de sentimentos na construção das nossas pesquisas;*

*Ao querido amigo e parceiro de caminhada, Dander Freitas, que nos presenteou com o seu olhar fotográfico tão sensível registrando cenas singulares durante a vistoria no hospital;*

*Aos renomados professores que me receberam de forma tão acolhedora no período em que morei no Rio para aprofundar a minha pesquisa: Ana Amora (UFRJ), Renato Gama-Rosa (Fiocruz) e Mauro Santos (UFRJ), gratidão por me permitirem conhecer de perto os seus olhares sobre a arquitetura da saúde, que ampliaram tanto o meu saber;*

*À minha mãe, que traz o sangue acadêmico na sua caminhada e é grande fonte de inspiração na forma amorosa de lidar comigo e com a docência: eu honro a sua história e agradeço por estar sempre ao meu lado, compreendendo, apoiando e, literalmente, perdendo noites para me ajudar por aqui;*

*Ao meu pai, que apesar de não entender nada sobre pesquisa, sempre foi um grande incentivador de todos os meus projetos de vida, e foi através de vários momentos proporcionados pelo seu cuidado e disponibilidade que pude me isolar em Guarajuba para escrever essa dissertação;*

*Às minhas avós Divinha e Lininha, representantes vivas de toda a minha ancestralidade, que com suas histórias e visões de mundo me permitiram chegar até aqui respeitando as minhas escolhas, agradeço pelas rezas, beijos e abraços cheios de fé em mim;*

*Ao meu irmão Dan e minha cunhada Nanda, que além de me proporcionarem momentos de leveza, me presentearam recentemente com dois novos amores: as carinhas banguelas de Vitória e Clara têm trazido muita luz para a titia conseguir fechar esse ciclo;*

*À tia Lu, essa tia-mãe que está sempre demonstrando o seu afeto e cuidado infinito comigo, me mimando com mil delícias que me fazem lembrar de comer nesses momentos de mergulho e concentração que a escrita exige;*

*À tio Mauro, que não cansa de dizer como eu e minha mãe temos tanta paciência para passar horas estudando e escrevendo trabalhos acadêmicos, mas vive me apoiando como pode, enviando notícias e demonstrando sua admiração e afeto;*

*À Guigui, meu filhote companheiro que virou tantas noites roncando no meu pé enquanto eu via o dia amanhecer para terminar cada capítulo;*

*À Emerson, parceiro amoroso, carinhoso, atencioso e tão dedicado, que apareceu em minha vida no momento em que mais precisei me dedicar à dissertação, abraçando comigo esse desafio, me encorajando, me acalmando, compreendendo minhas angústias e pegando não só na minha mão, mas colocando a sua junto à minha durante as noites viradas para fechar esse ciclo: “esse encontro nosso é sorte grande” e você é mais perfeccionista do que eu;*

*À Melline, amiga-irmã que a Espanha me deu, rainha das formatações, que com sua empatia pisciana e sua experiência acadêmica que tanto admiro, tem me ajudado a acalmar as emoções e focar naquilo que precisava ser feito para concluir: “vamos pensar juntas, amiga?”;*



*Às minhas sócias da Concha, Luíza, Marcela e Amanda, que sorte a nossa, e que sorte a minha por ter a sensibilidade de vocês por perto: não é só sobre lanche gostoso chegando de surpresa em um dia difícil antes da entrega final, é sobre afeto, poesia, desenho, presença, gargalhadas, colo e amor de amigas, sobre fazer parte de um mutirão especial de ajuda da maneira como conseguiram colaborar;*

*Às minhas sócias e amigas com quem compartilho projetos do escritório ou atividades do IAB e ABDEH, que têm sido tão parceiras e compreensivas durante os últimos meses: Larissa Scarano, Flora Borges, Mariana Cartibani, Rafaela Emílio, Roberta Esteves e Gabriela Chetto, vocês também têm sido parte dos meus braços;*

*À Ana Carolina e Erica, amigas-luz, minhas bruxinhas amadas que sempre me trazem aconchegos, risos, memes, incensos, cartinhas e sabedoria infinita para lidar com os dias mais angustiantes dessa jornada;*

*Às primas-irmãs Lu, Lara e Tati, que com seu infinito amor, saudade e paciência têm me esperado e incentivado a concluir a dissertação;*

*À Sergio Roth, amigo piadista que, com seu coração enorme, abriu as portas da Casa Coworking para eu focar melhor na escrita da dissertação e no trabalho;*

*Aos grupos de amigos – Amigas do Peito, Falsos, Xereketu, ARMI/URMI – que têm compreendido minhas ausências nos últimos meses e torcido com tanta alegria pelo término deste trabalho, enfatizando que não posso pensar em um doutorado pelo menos por dois anos;*

*À querida Jeu, que com seu sorriso fácil e seus cuidados afetuosos comigo, com o meu lar e a minha alimentação, sempre me traz conforto e calma;*

*Aos cuidados amorosos que recebo no CUMOA para equilibrar toda a exaustão, equilibrando minha energia para voltar a produzir;*

*À minha psicóloga Indira Cezar e à minha terapeuta Roseli Baptista, que nos últimos meses têm sido suporte, me auxiliando a lidar com as emoções, inquietações, momentos de sistematização e tomadas de consciência que um fechamento de ciclo como esse nos exige...*

**Gratidão imensa a cada um de vocês...**

**Minhas grandes bases para tudo isso existir!**

Que as futuras gerações, cientes e conscientes dos tremendos danos provocados pela Tuberculose, aperfeiçoando os ensinamentos da experiência adquirida e evitando e corrigindo os erros do passado, possam erradicá-la da face da terra, nesse mundo, que tanto se orgulha da sua Ciência e da sua Técnica.

José Silveira (1994, p. 15)

SOUZA, Laís de Matos. **Atualização funcional e valores culturais do Hospital-Sanatório Santa Terezinha: desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose**. 2023. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

## RESUMO

Os campos de preservação do patrimônio edificado e da arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde possuem suas normativas específicas que, muitas vezes, não dialogam entre si. Considerando os movimentos recentes de valorização e preservação da arquitetura moderna, intensificados mundialmente nas últimas décadas, é possível observar inúmeros hospitais construídos durante este período que possuem valores culturais singulares, muitas vezes sequer identificados. Dentre os poucos exemplares inventariados e salvaguardados, destacam-se bens da arquitetura antituberculose, que com seus princípios higiênicos e terapêuticos, contribuiu para o estabelecimento e difusão da linguagem moderna em todo o mundo, e recentemente tem sido valorizada, apesar dos diversos desafios e conflitos enfrentados na preservação dos seus valores culturais. Sendo assim, o objetivo geral do presente estudo de caso é analisar, a partir da compreensão da sua trajetória histórica, as transformações físico-espaciais decorrentes das necessidades de atualização funcional do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, o único exemplar deste tipo construído na Bahia, considerando os desafios e conflitos para a preservação dos seus valores culturais. Para tanto, utilizou-se como metodologia o levantamento bibliográfico, a pesquisa de campo, além da análise documental sobre o projeto original, sua construção, reformas e novas propostas projetuais até o presente momento. A discussão dos dados e o estudo comparativo foram desenvolvidos com base na análise histórica e arquitetônica do edifício. Por fim, foi realizado um acompanhamento dos processos recentes de luta pela preservação dos valores do antigo hospital-sanatório. Como resultado, foram identificados e analisados os valores culturais do objeto vinculados à produção da arquitetura antituberculose, sintetizados e distribuídos em cinco categorias: 1) valor histórico-social; 2) valor estético-projetual-funcional; 3) valor técnico-científico; 4) valor de notoriedade-exemplaridade; 5) e valor de autenticidade-integridade / preservação. O Hospital-Sanatório Santa Terezinha, atual Hospital Especializado Octávio Mangabeira, inaugurado em 1942, foi a obra pioneira da arquitetura moderna em Salvador, tendo notoriedade internacional e uma estética emblemática. Em oitenta anos, vivenciou momentos de degradação e reformas para conservar o seu uso hospitalar, incorporando novas atividades que demandaram adaptações na sua espacialidade. Apesar da falta de proteção patrimonial e das recentes ameaças de descaracterização, nota-se a permanência da tipologia sanatorial, com uma leitura da volumetria, da forma e das soluções arquitetônicas antituberculose que marcaram a primeira fase da arquitetura moderna em Salvador. Diante disso, é possível concluir que o edifício dotado de valores culturais e prestes a ser tombado não é um objeto que deve ser mumificado para ser preservado; ao contrário, ele deve se manter em uso, servindo à sociedade, e pode ser ajustado às novas funções sem necessariamente sofrer alterações que desconfigurem sua essência primordial.

**Palavras-chave:** Arquitetura moderna antituberculose, patrimônio da saúde, hospital-sanatório, valores culturais.

SOUZA, Laís de Matos. **Functional upgrading and cultural values of Santa Terezinha Sanatorium:** challenges and conflicts in the conservation of Antituberculosis Modern Architecture. 2023. Thesis (Master in Architecture and Urbanism) – College of Architecture, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

## ABSTRACT

The fields of conservation of the built heritage and architecture for health care facilities have their specific norms that often do not dialogue among themselves. Considering the recent efforts to value and conserve modern architecture, intensified worldwide in the last decades, it is possible to observe countless hospitals built during this period that have unique cultural values, many times not even acknowledged. Within the few examples inventoried and safeguarded, the antituberculosis architecture assets stand out, which contributed with its hygienic and therapeutic principles to the establishment and dissemination of the modern language worldwide, and has recently been valued, despite the several challenges and conflicts faced in the conservation of its cultural values. Therefore, the general purpose of the present case study is to analyze, from the understanding of its historical course, the physical space transformations resulting from the needs of functional updating of the Santa Terezinha Sanatorium, the only example of this type built in Bahia, considering the obstacles and clashes for the conservation of its cultural values. Thus, the methodology included bibliographical survey, field research, besides the documental analysis regarding the original project, its construction, reforms and new projectual proposals until the present moment. The data discussion and the comparative study were developed based on the historical and architectural analysis of the building. Finally, a follow-up of the recent processes of struggle for the conservation of the worth of the old sanatorium was carried out. As a result, the cultural values of the object connected to the production of the antituberculosis architecture were identified and analyzed, summarized and distributed in five categories: 1) historical-social value; 2) aesthetic-projectual-functional value; 3) technical-scientific value; 4) remarkable-exemplarity value; 5) and authenticity-integrity / conservation value. The Santa Terezinha Sanatorium, currently Octávio Mangabeira Specialized Hospital, inaugurated in 1942, was the pioneer building of modern architecture in Salvador, having international notoriety and an emblematic aesthetics. In eighty years, it has experienced moments of degradation and reforms to conserve its hospital use, incorporating new activities that demanded adaptations in its spatiality. Despite the lack of heritage protection and the recent threats of mischaracterization, the continuity of the sanatorium typology is noted, with a reading of the volumetry, the form, and the antituberculosis architectural solutions that were typical of the first phase of modern architecture in Salvador. Thus, it is possible to reach the conclusion that the building endowed with cultural values and about to get a historic property designation is not an object that must be mummified in order to be conserved; on the opposite, it must remain in use, serving society, and can be adjusted to new functions without necessarily suffering changes that may deconfigure its primordial essence.

**Keywords:** Modern architecture antituberculosis, heritage health, hospital-sanatorium, cultural values.

## LISTA DE FIGURAS

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| <b>Figura 1</b>  | Linha do tempo retratando a inauguração de edifícios de saúde com linguagem moderna em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960  | 53  |
| <b>Figura 2</b>  | Aquarela de Richard Tennant Cooper, retratando a aproximação da morte de um tuberculoso em sofrimento, 1912  | 74  |
| <b>Figura 3</b>  | O tuberculoso em condições ambientais precárias, excluído socialmente e estigmatizado  | 74  |
| <b>Figura 4</b>  | Cartaz informativo “Tuberculose: os seus perigos, como se propaga, os seus aliados e inimigos e as precauções a tomar contra ela”, França, 1918  | 76  |
| <b>Figura 5</b>  | Cartaz informativo “Uma mãe pede a uma enfermeira de tuberculose para salvar seu filho”, Itália, 1932  | 76  |
| <b>Figura 6</b>  | Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose divulgando a importância de buscar serviços e se informar para tratar a TB, Rio de Janeiro, 1920   | 76  |
| <b>Figura 7</b>  | Rede brasileira antituberculose  | 94  |
| <b>Figura 8</b>  | Números de casos da Covid-19 mapeados mundialmente até 5 de julho de 2022  | 99  |
| <b>Figura 9</b>  | Tipologias dos edifícios de assistência à saúde segundo os períodos históricos   | 108 |
| <b>Figura 10</b> | Prédio principal do Preventório Rainha Dona Amélia   | 114 |
| <b>Figura 11</b> | Área de lazer do Preventório Santa Terezinha (de 1945), no bairro de Brotas, com cota de nível elevada   | 114 |
| <b>Figura 12</b> | Fachada principal do Preventório Santa Terezinha, em Brotas  | 114 |
| <b>Figura 13</b> | Maquete de um preventório construído em Porto Alegre   | 114 |
| <b>Figura 14</b> | Relações do dispensário com outros EAS e a rede antituberculose brasileira   | 115 |
| <b>Figura 15</b> | Projeto de um dispensário nos EUA: a) em vermelho, área de recepção e espera; b) em verde, áreas de apoio e administrativas; c) em amarelo, áreas assistenciais para consultas e exames; d) em lilás, sanitários e vestiários; e) seta vermelha, acesso                          | 117 |
| <b>Figura 16</b> | Projeto de um dispensário nos EUA: a) em vermelho, área de recepção e espera; b) em verde, áreas de apoio e administrativas; c) em amarelo, áreas assistenciais para consultas e exames; d) em lilás, sanitários e vestiários; e) seta vermelha, acesso.                         | 117 |
| <b>Figura 17</b> | Projeto de um dispensário de Lannemezan, na França: a) em vermelho, área de recepção e espera; b) em verde, áreas de apoio e administrativas; c) em amarelo, áreas assistenciais para consultas e exames; d) em lilás, sanitários e vestiários/cabines; e) seta vermelha, acesso | 118 |

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| <b>Figura 18</b> | Projeto de um dispensário de Darnétal, na França, dividido em setores para adultos, crianças e equipe de enfermagem: a) em vermelho, área de recepção e espera; b) em verde, áreas de apoio e administrativas; c) em amarelo, áreas assistenciais para consultas e exames; d) em lilás, vestiários e cabines; e) seta vermelha, acesso | 118 |
| <b>Figura 19</b> | Projetos-tipo para dispensários em Portugal, de 1934, com autoria de Carlos Ramos: a) em amarelo, o acesso principal; b) em verde, o hall/sala de espera; c) em azul, as zonas de tratamento; d) sala de tratamento (1); e) consultório (2); f) farmácia (3); g) sala de raios X (4); h) instalações sanitárias (5)                    | 119 |
| <b>Figura 20</b> | Dispensário Viscondessa de Moraes, no Rio de Janeiro   | 120 |
| <b>Figura 21</b> | Dispensário Ramiro Azevedo, em Salvador  | 120 |
| <b>Figura 22</b> | Dispensário Agamenon Magalhães, em Pernambuco, seguindo o modelo de projeto tipo II do SNT   | 120 |
| <b>Figura 23</b> | Planta térrea para “dispensário tipo I” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle  | 121 |
| <b>Figura 24</b> | Planta térrea para “dispensário tipo IIA” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em amarelo, espaços de alta integração visual; c) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle  | 121 |
| <b>Figura 25</b> | Planta térrea para “dispensário tipo IIB” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em amarelo, espaços de alta integração visual; c) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle  | 122 |
| <b>Figura 26</b> | Planta térrea para “dispensário tipo III” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em amarelo, espaços de alta integração visual; c) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle  | 122 |
| <b>Figura 27</b> | Núcleo móvel instalado em ambulância, para inquérito tuberculínico e cadastro torácico no interior do país. Presentemente há ambulâncias como esta em Petrópolis, no estado do Espírito Santo, no Rio Grande do Sul e em Pernambuco, no campo de treinamento de Engenho da Aldeia, junto às forças expedicionárias                     | 123 |
| <b>Figura 28</b> | Vagão da Leopoldina Railway adaptado pelo SNT para núcleo móvel de cadastro torácico e inquérito tuberculínico, dispondo de um aparelho Manoel de Abreu, de um grupo eletrogênico e material completo à sua finalidade. Atualmente está em serviço junto às usinas de açúcar de Campos   | 123 |
| <b>Figura 29</b> | Embarcação denominada “Aviso Tocantins”, na qual foi instalado material completo para inquérito tuberculínico e cadastro torácico na Amazônia  | 124 |

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| <b>Figura 30</b> | Fachada voltada para o mar do Sanatório Marítimo do Norte, em Portugal   | 127 |
| <b>Figura 31</b> | Crianças tísicas e a cura pelo sol: realização de helioterapia na galeria de cura do Sanatório Marítimo do Norte   | 127 |
| <b>Figura 32</b> | Divulgação do Sanatório Ferroviário das Penhas da Saúde, na Serra da Estrela, em Portugal, destacando os benefícios para a TB pulmonar a partir da sua estrutura física e localização em área de altitude  | 127 |
| <b>Figura 33</b> | Perspectiva do Sanatório de Maryland, Sabillasville, projetado por Wyatt e Nolting, com uma implantação linear dos blocos  | 128 |
| <b>Figura 34</b> | Planta geral do Sanatório Estatal de Maine, Hebron, projetado por T.C. Stevens y J.H. Stevens, seguindo uma implantação mais dispersa  | 128 |
| <b>Figura 35</b> | Croqui de implantação de um projeto de concurso na Inglaterra, de 1902, proposto pelo arquiteto Jacques Gross para um sanatório modelo, a partir das diretrizes de Dr.Turban   | 130 |
| <b>Figura 36</b> | Planta baixa em formato de mariposa ou Y, comumente utilizada em projetos sanatoriais, projetada por Jacques Gross, para o concurso inglês: a) em laranja, a circulação; b) em verde, os espaços comuns; c) em vermelho, os quartos; d) em tracejado rosa, a zona feminina; e) em tracejado azul, a zona masculina | 130 |
| <b>Figura 37</b> | Implantação do Sanatório de Waiblingen, projetado por Richard Döcker, entre 1926-1928  | 131 |
| <b>Figura 38</b> | Maquete, fachada sul e planta do pavimento-tipo do Sanatório de Waiblingen   | 131 |
| <b>Figura 39</b> | Seções transversais da tipologia Terrassentyp, de Richard Döcker, 1929   | 131 |
| <b>Figura 40</b> | Fachada principal do Sanatório de Waiblingen   | 131 |
| <b>Figura 41</b> | Pacientes realizando a helioterapia nos terraços escalonados do edifício   | 131 |
| <b>Figura 42</b> | Helioterapia no jardim de um sanatório   | 133 |
| <b>Figura 43</b> | Sala de estar e elevador para camas (que ocupa o vão da escada), na Clínica Heliântia, em Francelos, Portugal  | 133 |
| <b>Figura 44</b> | Exposição ao sol na cadeira reclinável, para tratamento helioterápico no solário/terraço do Sanatório Paimio, na Finlândia, projetado por Alvar Aalto, entre 1928-1929, e construído entre 1930-1933   | 133 |
| <b>Figura 45</b> | Realização de ginástica rítmica para tuberculosos acamados, seguindo o método de Margaret Morris, durante a helioterapia   | 133 |
| <b>Figura 46</b> | Compartimentação parcial na galeria de cura para mais privacidade dos quartos individuais  | 134 |
| <b>Figura 47</b> | Galeria de cura vista desde o interior de uma enfermaria coletiva  | 134 |



|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| <b>Figura 48</b> | Pórticos construídos em concreto armado, mancando o ritmo da fachada da Clínica Heliântia, conformado pelas varandas abertas interligadas às internações   | 135 |
| <b>Figura 49</b> | Enfermaria conectada à galeria de cura da Clínica Heliântia  | 135 |
| <b>Figura 50</b> | Planta baixa dos quartos individuais no projeto do Sanatório Plaine-Joux, em Plateau d'Assy, projetado por Pol Abraham e Henry-Jacques Le Même (1927): o quarto individual (amarelo) possui um giro de 45°, sendo acessado por uma antecâmara (azul), a partir da circulação principal (vermelho), e contendo uma galeria de cura (verde), bem como um banheiro (lilás) privativos   | 136 |
| <b>Figura 51</b> | Perspectiva mostrando a relação entre o quarto (com sua grande esquadria de esquina) e a varanda individualizada, que promovem a iluminação, ventilação e vista livre de barreiras para o entorno, no projeto do Sanatório Plaine-Joux   | 136 |
| <b>Figura 52</b> | Quarto de um projeto de concurso na Inglaterra, de 1902, proposto pelo arquiteto Jacques Gross para um sanatório ideal, a partir das diretrizes de Dr.Turban   | 136 |
| <b>Figura 53</b> | Planta baixa com repetição serial das células-quarto na internação do Sanatório de Durtol, projetado por André Lurçat (1929): a) em vermelho, a circulação, com 1,10m de largura; b) em amarelo, os quartos individuais, de 3,60x4,08m na área principal da cama, contendo armários em frente à porta de entrada, o leito e uma bancada de escritório próxima à janela; c) em lilás, os sanitários, com ventilação direta para a fachada; d) em verde, a varanda, com dimensão de 1,20x0,90m, permitindo a saída parcial do leito ao ambiente exterior | 136 |
| <b>Figura 54</b> | Estudos desenvolvidos por Pol Abraham, em 1929, para verificação do insolejamento através das fachadas principais no interior de diferentes configurações de quartos sanatoriais, buscando a funcionalidade e racionalidade do espaço, a partir da contribuição de médicos e arquitetos  | 137 |
| <b>Figura 55</b> | Sistema de esquadrias do projeto do concurso inglês para um sanatório modelo, de 1902, proposto por Jacques Gross, a partir das diretrizes de Dr.Turban: uma parede de vidro móvel com folhas de abrir e basculante, correndo em direção às paredes laterais, que possibilitava a movimentação dos tísicos acamados até as galerias de cura, e substituía as sacadas dos quartos, com o argumento que estas reduziam a luz e dificultavam a ventilação no interior desses ambientes  | 138 |
| <b>Figura 56</b> | Sistema de esquadrias do Dr. Berlinois Wilhelm Dosquet (1905), propondo grandes esquadrias do tipo guilhotina, que se elevavam a uma altura de 1,80m sobre um vidro fixo que compunha a bandeira da esquadria  | 138 |
| <b>Figura 57</b> | Lavanderia mecanizada, centralizando a esterilização, lavagem e tratamento da roupa no Sanatório Caramulo, diminuindo os riscos de contágio  | 138 |

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| <b>Figura 58</b> | Escarradeira de pedal com peça móvel, em porcelana branca, retirada do suporte de ferro para lavagem e desinfecção   | 138 |
| <b>Figura 59</b> | Cadeira-longa projetada por Alvar Aalto para o Sanatório Paimio (1928-1933): esta tipologia, com sistema metálico, de fácil manuseio e higienização, favorecia o uso em diversas posições, de acordo com o conforto do paciente  | 138 |
| <b>Figura 60</b> | Sala de curativos com maca especial para pequenas cirurgias, no Sanatório Vicentina Aranha, projetado pelo arquiteto Francisco de Paula Ramos de Azevedo e pelo engenheiro Arnaldo Vieira de Carvalho: inaugurado em 1924, em São José dos Campos, São Paulo   | 140 |
| <b>Figura 61</b> | Sala de cirurgia com grandes vitrôs translúcidos e piso lavável, no pavilhão médico-cirúrgico do Sanatório Maria Imaculada, projetado por Jerônimo Carnevalli, em São José dos Campos, São Paulo, no ano de 1939   | 140 |
| <b>Figura 62</b> | Banheiro com pé-direito alto, janelas amplas e paredes revestidas com azulejo até meia altura, com arremate decorativo, no Sanatório Vicentina Aranha  | 140 |
| <b>Figura 63</b> | Enfermaria do Sanatório Adhemar de Barros I (1938), em São José dos Campos, São Paulo: com grandes janelas que contribuem para sua ventilação e iluminação, assim como os vãos na parede à altura do telhado aparente, sem forro   | 140 |
| <b>Figura 64</b> | Simetria identificada na fachada de um projeto-tipo sanatorial de dois pavimentos, com volumetria horizontal, de médio porte, projetado por Vasco Regaleira, em 1934   | 141 |
| <b>Figura 65</b> | Simetria identificada na fachada de um projeto-tipo sanatorial de dois pavimentos, compacto, de pequeno porte, projetado por Vasco Regaleira, em 1934  | 141 |
| <b>Figura 66</b> | Simetria identificada na fachada do projeto-tipo para Sanatório Distrital, de três pavimentos, de grande porte, projetado por Vasco Regaleira, em 1934   | 141 |
| <b>Figura 67</b> | Sanatório João de Almada, em Funchal, na Ilha da Madeira, em Portugal, na sua inauguração (1940): construído no âmbito da luta antituberculose da ANT, na gestão do médico Lopo de Carvalho  | 141 |
| <b>Figura 68</b> | Zoneamento do projeto-tipo para o Pavilhão Concelhio, em Portugal (1934), com autoria de Vasco Regaleira: a) em amarelo, as galerias de cura; b) em verde, os espaços comuns; c) em azul, as zonas de apoio, serviço, sanitários, vestiários e banheiros; d) em laranja, os acessos e circulações; e) em vermelho, os quartos e enfermarias  | 142 |
| <b>Figura 69</b> | Zoneamento do projeto-tipo para o Sanatório Distrital, em Portugal (1934), com autoria de Vasco Regaleira: a) em amarelo, as galerias de cura; b) em verde, os espaços comuns; c) em azul, as zonas de apoio, serviço, sanitários, vestiários e banheiros; d) em laranja, os acessos e circulações; e) em vermelho, os quartos e enfermarias; f) em lilás, os consultórios e salas de exames | 142 |

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| <b>Figura 70</b> | Padrões tipológicos da arquitetura antituberculose   | 143 |
| <b>Figura 71</b> | Categorias de análise do patrimônio cultural material  | 152 |
| <b>Figura 72</b> | Classificação de ações dentro do campo da preservação  | 155 |
| <b>Figura 73</b> | Estudo de seção tipo para o Sanatório de Zagreb, na Croácia: projeto de Ernest Weissmann, 1930: galerias de cura escalonadas, seguindo o esquema porta-janela com varanda, entrada de luz e ventilação cruzada nas enfermarias   | 182 |
| <b>Figura 74</b> | Perspectiva do pátio central marcado por pilotis, evidenciando a modulação estrutural, as janelas em fita e relação do Sanatório de Zagreb com a natureza  | 182 |
| <b>Figura 75</b> | Sanatório Lake Country, EUA, de William Gangster e William Pereira (1932-44): planta baixa em T, seguindo uma das tipologias predominantes nos sanatórios, na qual as enfermarias eram voltadas para a fachada sul, havia um corredor central e ambientes de apoio na fachada norte  | 183 |
| <b>Figura 76</b> | O Sanatório Lake Country seguia os princípios para captação maximizada da luz solar, através dos marcantes terraços jardins e dos extensos panos de vidro que conformam a fachada livre, conectando seu interior às galerias de cura   | 183 |
| <b>Figura 77</b> | Horizontalidade destacada, a estrutura em concreto armado, livre de ornamentos, com guarda-corpos minimalistas   | 183 |
| <b>Figura 78</b> | Construção racional do Sanatório Lake Country, em 1939   | 183 |
| <b>Figura 79</b> | Quarto para pacientes do Sanatório Lake Country, nos anos 1940: janela extensa, permitindo a vista para a paisagem, e móveis de fácil higienização   | 183 |
| <b>Figura 80</b> | Cadeira longa de Breuer na sala de estar do apartamento de Jack e Molly Pritchard, em Londres  | 184 |
| <b>Figura 81</b> | Cadeira longa de Le Corbusier, 1928  | 184 |
| <b>Figura 82</b> | Sanatório Zonnestraal, em 1931, constituído por três pavilhões: a) o principal, ao centro, por onde os pacientes eram recepcionados, conviviam, faziam suas refeições, recebiam diagnóstico e terapia, e participavam de atividades coletivas nos ateliês; b) e os dois laterais, onde se localizavam as internações, os banheiros coletivos e a sala de estar | 187 |
| <b>Figura 83</b> | Pavilhão principal do Zonnestraal, em 1927   | 187 |
| <b>Figura 84</b> | Sanatório Zonnestraal, 1928: vista para a fachada das internações e o terraço jardim   | 187 |
| <b>Figura 85</b> | Vista do interior para o exterior do complexo sanatorial   | 187 |
| <b>Figura 86</b> | Sala de conversação: minimalismo no mobiliário e no design das luminárias  | 187 |
| <b>Figura 87</b> | Sala de estudo e aprendizagem: grandes esquadrias permitindo a boa iluminação e ventilação   | 187 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 88</b>  | Modificações nas fachadas do pavilhão principal  | 190 |
| <b>Figura 89</b>  | Comparação entre o edifício sanatorial original e os toldos acrescentados às fachadas nos anos 1980, quando ainda funcionava como hospital geral   | 190 |
| <b>Figura 90</b>  | Comparação entre o estado de arruinamento parcial do pavilhão principal nos anos 1990 e a sua recuperação total com a finalização da restauração, em 2009  | 191 |
| <b>Figura 91</b>  | Degradação grave de uma das antigas alas de internação do Zonnestraal nos anos 1990  | 191 |
| <b>Figura 92</b>  | Esvaziamento total do complexo sanatorial, degradando sua estrutura na década de 1990  | 191 |
| <b>Figura 93</b>  | Resultado da restauração no pavilhão principal do Sanatório Zonnestraal, após quatro décadas de pesquisa e planejamento da intervenção   | 191 |
| <b>Figura 94</b>  | A construção de Paimio publicada na revista semanal Suomen Kuvalehti, nº45, de 1931  | 192 |
| <b>Figura 95</b>  | Soluções das casas dos médicos, em Paimio, apresentadas no nº 6 da revista Arkkitehti, de 1934   | 192 |
| <b>Figura 96</b>  | Implantação do Sanatório Paimio na paisagem natural, nos anos 1970   | 192 |
| <b>Figura 97</b>  | Vista da fachada sul de Paimio, onde se localizavam as internações e galerias de cura, nos anos 1930   | 192 |
| <b>Figura 98</b>  | Inserção de esquadrias e toldos nas varandas da fachada sul, em 2015, sendo cortadas as árvores à sua frente e plantado um jardim baixo  | 193 |
| <b>Figura 99</b>  | Seção do edifício mostrando sua estrutura nas galerias de cura, se refletindo na fachada esbelta do sanatório  | 193 |
| <b>Figura 100</b> | Fachada leste, nos anos 1950, com esquadrias que refletem o programa arquitetônico da circulação vertical e dos ambientes de serviços  | 193 |
| <b>Figura 101</b> | Fachada leste bem preservada, em 2015  | 193 |
| <b>Figura 102</b> | Vista da fachada sul no projeto original do Paimio   | 194 |
| <b>Figura 103</b> | Vista da fachada sul após intervenções, com toldos abertos nas varandas  | 194 |
| <b>Figura 104</b> | Terraço jardim utilizado para a helioterapia dos pacientes   | 194 |
| <b>Figura 105</b> | Quarto de internação preservado no museu do Paimio, com seus móveis originais e os detalhes da pia antirrespingo projetada para o sanatório, denotando os seus princípios higiênicos                                       | 195 |
| <b>Figura 106</b> | Comparação entre o hall de entrada principal de Paimio e seus elevadores nos anos 1930 e 2015  | 196 |
| <b>Figura 107</b> | Refeitório: mantendo as cadeiras originais, assim como os painéis do sistema de aquecimento embutidos no forro (que hoje já não funcionam mais, mas permanecem no local como objetos de memória da arquitetura sanatorial) | 196 |
| <b>Figura 108</b> | Escada principal, com ampla iluminação e vista para o exterior, sendo composta por guarda-corpo e corrimão projetados em material higiênico e design aerodinâmico  | 197 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 109</b> | Biblioteca em ambiente de leitura  | 197 |
| <b>Figura 110</b> | Circulação entre os quartos de internação dos pacientes: sua relação com a paisagem exterior através das janelas em fita, e as adaptações no forro e no peitoril para a inserção de corrimãos e instalações de ventilação e aquecimento  | 197 |
| <b>Figura 111</b> | Sanatório Martel de Janville, no Plateau, França, projetado pelos arquitetos Pol Abraham e Jacques Henri Le Môme, e construído em 1936: após sofrer anos de degradação, foi convertido, em 2015, em um edifício de habitação coletiva, com uma restauração que buscou resgatar o seu estado original, recompondo espaços, tratando as fachadas e conservando alguns revestimentos  | 200 |
| <b>Figura 112</b> | Fachada escalonada das galerias de cura de um dos três pavilhões do Sanatório Aincourt la Bucaille, na França: inaugurado em 1933 e fechado em 1940, abrigou uma academia de polícia entre 1942-1943 e foi reaberto em 1945, transformando-se em um centro de reeducação, que não mais funciona  | 200 |
| <b>Figura 113</b> | Construção, em 1933 com inauguração em 1934, do Sanatório de Bodiffé-enPlémet, em Bretagne, na França: concebido pelos arquitetos P. Tournon e L. Feine, seguindo a tipologia dos terraços escalonados, foi transformado, em 1998, em um centro médico de readaptação funcional, recebendo um novo volume de serviços e distribuição na fachada norte, e restaurando o sistema original da fachada sul, com seus desníveis | 200 |
| <b>Figura 114</b> | Sanatório Sully, em Glamorgan na Inglaterra (1936): restaurado para transformar-se em um complexo de uso residencial   | 200 |
| <b>Figura 115</b> | Proposta de Le Corbusier para o campus da Universidade do Brasil na quinta da Boa Vista: em primeiro plano o Hospital Universitário (1936)   | 202 |
| <b>Figura 116</b> | Proposta de Lucio Costa para o campus da Universidade do Brasil na quinta da Boa Vista, com a lâmina prevista para o Hospital Universitário (1936)   | 202 |
| <b>Figura 117</b> | Maquete da proposta de Jorge Machado Moreira do projeto original do Hospital das Clínicas da Universidade do Brasil (1957)   | 202 |
| <b>Figura 118</b> | Hospital da Lagoa (1951-1959), de Oscar Niemeyer e Helio Uchoa, no Rio de Janeiro: bloco em altura de 10 pavimentos, sobre pilotis em V, usados pela primeira vez por Niemeyer em seus projetos  | 204 |
| <b>Figura 119</b> | Sede do Instituto Nacional do Câncer (1957), de Jorge Ferreira, no Distrito Federal: brises e varandas se destacam nas fachadas  | 204 |
| <b>Figura 120</b> | Hospital Central dos Marítimos (atual Hospital do Andaraí), de Firmino Saldanha, em 1955, no Rio de Janeiro: em contraponto à fachada lateral cega, o bloco em altura possui   | 204 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
|                   | sua fachada principal com janelas em fita e solário no terraço  |     |
| <b>Figura 121</b> | O arquiteto Jarbas Karman durante sua aula no I Curso de Planejamento de Hospitais do IAB-SP, em 1953   | 207 |
| <b>Figura 122</b> | Capa e contracapa do livro Planejamento de Hospitais, publicado em 1954 como resultado do I Curso de Planejamento de Hospitais  | 207 |
| <b>Figura 123</b> | O Hospital Regional de Paulo Afonso, projetado em 1949 por Diógenes Rebouças  | 209 |
| <b>Figura 124</b> | Posto de saúde Almerinda Lomanto, inaugurado em 1951  | 209 |
| <b>Figura 125</b> | Sanatório do Sancho ou Sanatório Popular do Recife entre 1939-1945  | 211 |
| <b>Figura 126</b> | Sanatório de Aracaju, Sergipe, de 1945, com capacidade para 100 leitos  | 211 |
| <b>Figura 127</b> | Sanatório de Maracanaú, em Fortaleza, Ceará, de 1938, com capacidade para 350 leitos  | 211 |
| <b>Figura 128</b> | Hospital Sanatório Santa Maria, na Fazenda Santa Maria, em Jacarepaguá, no Distrito Federal-RJ, de 1937, com capacidade para 600 leitos   | 211 |
| <b>Figura 129</b> | Sanatório de Curicica, de 1952, no Rio de Janeiro: modulação estrutural e elementos vazados circulares em estrutura pré-moldada, marcando o enquadramento da paisagem   | 211 |
| <b>Figura 130</b> | Sanatório Azevedo Lima, em Niterói, no Rio de Janeiro, de 1939-1946, com capacidade para 350 leitos   | 211 |
| <b>Figura 131</b> | Sanatório de Mandaquí, em São Paulo, de 1939, com capacidade para 600 leitos  | 212 |
| <b>Figura 132</b> | Sanatório General Severiano da Fonseca, em Maceió, Alagoas, de 1939-1946, com capacidade para 200 leitos  | 212 |
| <b>Figura 133</b> | Maquete do Sanatório de Belém do Pará, de 1938, com capacidade para 600 leitos  | 212 |
| <b>Figura 134</b> | Semelhança tipológica entre os projetos dos sanatórios do Rio de Janeiro e Pará, concebidos na mesma época: junção de dois volumes em monobloco do tipo Y   | 212 |
| <b>Figura 135</b> | Sanatório Getúlio Vargas, em Vitória, no Espírito Santo, com capacidade para 130 leitos   | 212 |
| <b>Figura 136</b> | Armamento Antituberculoso para a Bahia, elaborado e publicado primeiramente em 1935 no 1º Congresso Regional de Medicina, passando mais tarde pela “Reformulação do esquema”, então apresentado no 1º Congresso Nacional de Tuberculose | 219 |
| <b>Figura 137</b> | Fachada principal do Hospital-Sanatório Santa Terezinha (sem data)  | 224 |
| <b>Figura 138</b> | Da esquerda para a direita: 1º, 2º e 5º não identificados; 3º, Anísio Teixeira; 4º, Clemente Mariani; e 6º, Diógenes Rebouças   | 227 |
| <b>Figura 139</b> | Da esquerda para a direita, em frente ao Sanatório de Triagem: 1º e 3º não identificados; 2º, Diógenes Rebouças; 4º, Clemente Mariani; e 5º, Anísio Teixeira  | 227 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 140</b> | Situação original no terreno: 01–Hospital Santa Terezinha (1942); 02–Pavilhão infantil (1948); 03–Pavilhão de Serviços Gerais (1951); 04–Sanatório de Triagem (1951); 05–Pavilhão de Triagem (1951); 06–Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira (1951) | 228 |
| <b>Figura 141</b> | Pavilhão Infantil, de 1948  | 229 |
| <b>Figura 142</b> | Esquadrias na parte curva vistas pelo interior do Pavilhão Infantil   | 229 |
| <b>Figura 143</b> | À frente, do lado esquerdo, o Pavilhão Infantil, de 1948. E ao fundo, a obra do Sanatório de Triagem  | 229 |
| <b>Figura 144</b> | À frente, a cobertura do Pavilhão Infantil, de 1948, e ao fundo, o Pavilhão de Serviços Gerais, de 1951   | 229 |
| <b>Figura 145</b> | À frente, o Sanatório de Triagem (1951), e ao fundo, o Hospital Santa Terezinha, de 1942  | 229 |
| <b>Figura 146</b> | Passarela entre os blocos do Sanatório de Triagem, de 1951  | 229 |
| <b>Figura 147</b> | Fachada norte do Pavilhão de Triagem, de 1951   | 230 |
| <b>Figura 148</b> | Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira, de 1951   | 230 |
| <b>Figura 149</b> | No círculo vermelho, o terreno do Hospital Santa Terezinha na cidade de Salvador.   | 230 |
| <b>Figura 150</b> | Implantação do Hospital Santa Terezinha, no terreno entre o Largo do Tamarineiro, a Rua Marquês de Maricá e a encosta composta por uma grande massa de vegetação  | 231 |
| <b>Figura 151</b> | Mapa topográfico do entorno imediato do Hospital Santa Terezinha  | 232 |
| <b>Figura 152</b> | Percurso solar e direção dos ventos no Hospital Santa Terezinha: a) em azul, ventos predominantes no outono/inverno; b) em lilás, ventos predominantes na primavera/verão.  | 233 |
| <b>Figura 153</b> | Início da construção do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, em 1937   | 234 |
| <b>Figura 154</b> | Divulgação da construção do Hospital-Sanatório Santa Terezinha pela Construtora Odebrecht no jornal Diário de Notícias, com imagem da perspectiva do projeto  | 234 |
| <b>Figura 155</b> | Reportagem enfatizando os esforços técnicos da construtora que venceu a concorrência para empreender a moderna obra do Hospital Santa Terezinha   | 234 |
| <b>Figura 156</b> | Reportagem abordando o andamento da obra do hospital e a possibilidade de inauguração no ano de 1938  | 234 |
| <b>Figura 157</b> | Reportagem denunciando o atraso da entrega da obra do Hospital Santa Terezinha e as implicações disso para o povo baiano  | 237 |
| <b>Figura 158</b> | Reportagem lamentando o cenário de vidas ceifadas pela TB e a esperança em dias melhores a partir do anúncio da breve inauguração do moderníssimo Hospital Santa Terezinha  | 237 |
| <b>Figura 159</b> | Manchete de capa do Diário de Notícias, anunciando as festividades da inauguração do Hospital Santa Terezinha   | 237 |



|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 160</b> | Manchete de capa do Diário de Notícias, revelando que o novo centro da rede hospitalar antituberculose da Bahia seria inaugurado na primeira semana de janeiro de 1942   | 237 |
| <b>Figura 161</b> | Placa referente à construção, inauguração e pessoas envolvidas com o projeto e obra  | 240 |
| <b>Figura 162</b> | Imagem do Hospital Santa Terezinha e do médico Cesar Araújo (seu idealizador e primeiro diretor) publicada no Diário de Notícias, em 13/04/1944, ressaltando que já haviam sido internados mais de mil pacientes até aquele momento      | 240 |
| <b>Figura 163</b> | Fachada principal do Hospital Santa Terezinha à época da inauguração, nos anos 1940  | 241 |
| <b>Figura 164</b> | Fachada de fundo do Hospital Santa Terezinha   | 242 |
| <b>Figura 165</b> | Planta baixa do pavimento tipo e vista do Hospital para a Maternidade e Infância de Berna (1929-30)  | 243 |
| <b>Figura 166</b> | Planta baixa do pavimento tipo e vista do Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale no Centro Sanatorial de Forlí (1934)  | 243 |
| <b>Figura 167</b> | Creche Pupileira Juracy Maranhães, em Salvador, anos 1930.   | 243 |
| <b>Figura 168</b> | Instituto do Cacau, em Salvador, anos 1930   | 244 |
| <b>Figura 169</b> | Planta baixa e maquete da Estação de Hidroaviões (1937-39), projetada pelo arquiteto Ricardo Antunes e localizada no Porto dos Tainheiros, no bairro de Itapagipe, em Salvador   | 244 |
| <b>Figura 170</b> | Sanatório Mandaqui, em São Paulo, 1940   | 244 |
| <b>Figura 171</b> | Hospital Infantil do México (1940-43), do arquiteto José Villagrán García  | 244 |
| <b>Figura 172</b> | Escalonamento das enfermarias avarandadas e similaridade tipológica entre o sanatório espanhol La Solana, El Escorial (1935) e o hospital-sanatório baiano Santa Terezinha (inaugurado em 1942, cadastro de 2018).                       | 244 |
| <b>Figura 173</b> | Esquema simplificado do funcionamento estrutural do Hospital Santa Terezinha   | 246 |
| <b>Figura 174</b> | Corte transversal revelando a relação entre a disposição dos ambientes e todo o sistema estrutural do edifício: a) em amarelo, os pilares e a viga de transição de cargas; b) em verde, os balanços e as diferentes espessuras das lajes | 246 |
| <b>Figura 175</b> | Laje em balanço no solário/varanda das enfermarias do quarto pavimento   | 246 |
| <b>Figura 176</b> | Vigas com aumento de seção da extremidade onde encontram os pilares  | 247 |
| <b>Figura 177</b> | Estrutura no hall central de circulação  | 247 |
| <b>Figura 178</b> | Encontro da estrutura aparente na Biblioteca, no 1º pavimento  | 247 |
| <b>Figura 179</b> | Laje em balanço na circulação de distribuição entre as enfermarias do primeiro pavimento   | 247 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 180</b> | Shafts desalinhados com a estrutura dos pilares e vigas, contíguos à parede das enfermarias, localizados na circulação posterior do hospital para distribuir as tubulações hidrossanitárias dos banheiros dos últimos pavimentos | 247 |
| <b>Figura 181</b> | Viga curva de transição com elementos ornamentais escalonados na circulação da extremidade da Ala A, no 1º pavimento   | 247 |
| <b>Figura 182</b> | Detalhe da mísula de suporte da viga, que reflete a estética art déco, na circulação da extremidade da Ala B, no 1º pavimento  | 247 |
| <b>Figura 183</b> | Publicidade da fossa séptica OMS utilizada no Hospital Santa Terezinha, enfatizada como uma das mais modernas técnicas sanitárias da época   | 248 |
| <b>Figura 184</b> | Percurso solar nas varandas do Hospital Santa Terezinha durante os solstícios de inverno e de verão  | 250 |
| <b>Figura 185</b> | Esquema tridimensional do segundo pavimento do Hospital Santa Terezinha, enfatizando a relação entre as varandas, enfermarias, sanitários e ambientes de apoio   | 251 |
| <b>Figura 186</b> | Fluxo da ventilação predominante durante o verão, no interior das enfermarias, com base no software AutoDesk Flow Design   | 251 |
| <b>Figura 187</b> | Enfermaria e sua relação com a varanda   | 251 |
| <b>Figura 188</b> | Paciente na varanda interligada à enfermaria   | 251 |
| <b>Figura 189</b> | Hospital Santa Terezinha, pavimento térreo, configuração original (1942)   | 253 |
| <b>Figura 190</b> | Hospital Santa Terezinha, primeiro pavimento, configuração original (1942)   | 254 |
| <b>Figura 191</b> | Hospital Santa Terezinha, segundo pavimento, configuração original (1942)  | 254 |
| <b>Figura 192</b> | Hospital Santa Terezinha, terceiro pavimento, configuração original (1942)   | 254 |
| <b>Figura 193</b> | Centro cirúrgico   | 255 |
| <b>Figura 194</b> | Paredes de azulejo e degradação do teto no centro cirúrgico  | 255 |
| <b>Figura 195</b> | Leitos de enfermaria   | 255 |
| <b>Figura 196</b> | Degradação do sanitário  | 255 |
| <b>Figura 197</b> | Área de apoio  | 255 |
| <b>Figura 198</b> | Sanitário coletivo em um dos blocos prismáticos ao fundo do edifício   | 255 |
| <b>Figura 199</b> | Área de apoio com pia em aço inox refeitório   | 256 |
| <b>Figura 200</b> | Sala com equipamento hospitalar  | 256 |
| <b>Figura 201</b> | Refeitório   | 256 |
| <b>Figura 202</b> | Fachada principal do Hospital Santa Terezinha, de orientação nordeste, com marcação do acesso principal, que coincide com o eixo de simetria do edifício: a horizontalidade das varandas e as esquadrias no plano                | 257 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
|                   | recuado traduzem os tipos de uso estabelecidos para cada pavimento   |     |
| <b>Figura 203</b> | Modelos de esquadrias originais em madeira, vidro e ferro ainda existentes no hospital, em poucos ambientes  | 257 |
| <b>Figura 204</b> | Enfermaria do 3º ou 4º pavimento, com acesso à varanda através da esquadria de madeira do tipo guilhotina  | 257 |
| <b>Figura 205</b> | Esquadrias originais de ferro no pavimento térreo e de madeira no plano recuado às varandas das enfermarias do primeiro pavimento                    | 257 |
| <b>Figura 206</b> | Enfermarias com suas esquadrias originais tipo guilhotina, porém com pintura branca na madeira   | 257 |
| <b>Figura 207</b> | Esquema original de porta-janela-porta em uma das varandas do 4º pavimento   | 258 |
| <b>Figura 208</b> | Esquadria original de madeira do tipo guilhotina de uma das antigas enfermarias dos primeiros pavimentos   | 258 |
| <b>Figura 209</b> | Esquadrias originais de madeira do auditório, com duas folhas de abrir e uma bandeira  | 258 |
| <b>Figura 210</b> | Esquadria original de ferro e vidro do tipo basculante, localizada no bloco prismático central ao fundo do hospital                                  | 258 |
| <b>Figura 211</b> | Esquadrias originais em ferro e vidro divididas em três montantes na vertical e cinco montantes na horizontal, com folhas fixas e do tipo basculante | 259 |
| <b>Figura 212</b> | Esquadrias originais do tipo basculante com vidros quebrados   | 259 |
| <b>Figura 213</b> | Esquadrias originais da circulação interna do quarto pavimento, próximas ao elevador de serviço  | 259 |
| <b>Figura 214</b> | Esquadrias originais de ferro e vidro com abertura basculante, localizadas ao lado do portão de acesso principal ao hospital                         | 259 |
| <b>Figura 215</b> | Escada em mármore branco com rodapés pretos e detalhe das molduras verticais escalonadas nas paredes laterais ao portão de acesso                    | 261 |
| <b>Figura 216</b> | Detalhe dos motivos geométricos do portão em serralheria artística, com ênfase na Cruz de Lorena de cor vermelha, símbolo mundial da tuberculose     | 261 |
| <b>Figura 217</b> | Acesso à recepção  | 262 |
| <b>Figura 218</b> | Vista para o portão de entrada   | 262 |
| <b>Figura 219</b> | Parede a meia altura revestida em mármore e piso em mármore tipo xadrez no hall central com marco em mármore preto no elevador                       | 262 |
| <b>Figura 220</b> | Detalhes em mármore preto no hall da escada, com porta de acesso ao depósito   | 262 |
| <b>Figura 221</b> | Piso com desenho geométrico em área de apoio do hospital   | 263 |
| <b>Figura 222</b> | Piso com desenho geométrico e paredes em azulejo a meia altura com pintura acima na circulação   | 263 |
| <b>Figura 223</b> | Sanitário com porta em madeira, parede em azulejo retangular a meia altura com pintura de cor clara acima e lavatório de louça quebrado              | 263 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 224</b> | Design higiênico do vaso sanitário, com tubulação de descarga sobreposta à parede   | 263 |
| <b>Figura 225</b> | Luminária: lisa, curva e desprovida de ornamentos   | 263 |
| <b>Figura 226</b> | Mobiliário da enfermaria em ferro e com traços curvos para facilitar a higienização   | 263 |
| <b>Figura 227</b> | Cadeiras em ferro e madeira na circulação com piso em ladrilho hidráulico geométrico detalhado e parede com azulejo e pintura colorida acima, já a sala possui o piso em ladrilho hidráulico, mas tem suas paredes em pintura colorida abaixo e pintura branca acima  | 264 |
| <b>Figura 228</b> | piso em ladrilho hidráulico geométrico detalhado em uma das circulações do hospital   | 264 |
| <b>Figura 229</b> | Banco em madeira  | 264 |
| <b>Figura 230</b> | Cadeiras em madeira   | 264 |
| <b>Figura 231</b> | Mesa lateral circular em madeira com a base do tampo e dos pés detalhada  | 264 |
| <b>Figura 232</b> | Escrivaninha de madeira da biblioteca   | 264 |
| <b>Figura 233</b> | Armário alto de madeira e mesa emblemática de madeira que os funcionários associam ao formato dos pulmões, localizados na biblioteca  | 264 |
| <b>Figura 234</b> | Cadeira de madeira  | 264 |
| <b>Figura 235</b> | Transformações dentro dos limites do terreno do antigo Parque Sanatorial Santa Terezinha a partir dos anos 2000, havendo a diminuição da área verde, perda do jardim em formato de pulmões e da fonte, ampla área pavimentada e inserção de novos blocos  | 266 |
| <b>Figura 236</b> | Planta de situação do complexo hospitalar administrado pelo HEOM (2005), quando a praça com jardim em formato de pulmões ainda existia. Setas verdes indicam acessos de veículos e seta vermelha indica o acesso principal de pedestres. 1) Edifício principal; 2) Refeitório; 3) Pavilhão Infantil; 4) Lavanderia; 5) Cozinha; 6) Laboratório; 7) Abrigo de resíduos sólidos; 8) Reservatório superior; 9) Reservatório inferior; 10) Manutenção; 11) Subestação; 12) Necrotério; 13) Capela; 14) Guarita; 15) Depósito; 16) Cozinha; 17) Ambulatório. | 267 |
| <b>Figura 237</b> | Planta de situação atual do antigo Parque Sanatorial Santa Terezinha, com indicação dos pavilhões originais e dos acréscimos, bem como o adensamento do entorno.  | 268 |
| <b>Figura 238</b> | Maquete elaborada pela arquiteta Gabriela Otremba (2018): adensamento do entorno imediato, volumetria da maternidade e volumetria original do Hospital Santa Terezinha  | 269 |
| <b>Figura 239</b> | Conformação original do jardim em formato de pulmões com a fonte, ao fundo, recebendo pacientes e funcionários durante comemorações, provavelmente, da festa do bumba-meuboi  | 270 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 240</b> | Construção da maternidade a partir de 2004: o jardim em formato de pulmões visto desde os solários deu lugar à nova urbanização e à estrutura para se erguer o novo edifício  | 271 |
| <b>Figura 241</b> | Vista da varanda do HEOM para a maternidade, perdendo a relação com o entorno   | 271 |
| <b>Figura 242</b> | Nova urbanização: vista do 4º pavimento do HEOM para o estacionamento e a maternidade   | 271 |
| <b>Figura 243</b> | Impacto visual da maternidade no entorno do HEOM  | 271 |
| <b>Figura 244</b> | Relação entre a maternidade e o HEOM, com vista desde o jardim  | 272 |
| <b>Figura 245</b> | Vista desde a maternidade para o estacionamento e a fachada principal do HEOM   | 272 |
| <b>Figura 246</b> | Nova urbanização, extinguindo as áreas verdes remanescentes no estacionamento entre a maternidade e o HEOM  | 272 |
| <b>Figura 247</b> | Proximidade entre o HEOM e o quiosque em alvenaria e telhado cerâmico construído em 2020 no antigo jardim em frente à fachada principal do HEOM   | 273 |
| <b>Figura 248</b> | Permanência da área do coreto e sua relação com o quiosque, a maternidade e o entorno informal ao fundo   | 273 |
| <b>Figura 249</b> | Modificações no jardim do coreto, em frente à fachada principal do HEOM, onde costumavam ocorrer missas ao ar livre e outras celebrações, com a utilização de estruturas efêmeras   | 274 |
| <b>Figura 250</b> | Planta de situação de parte do complexo hospitalar, com os jardins que foram modificados na requalificação de 2020: 1) Pavilhão principal do HEOM; 2) Casa de máquinas; 3) Ambulatório; 4) Capela; 5) Pavilhão de serviços; 6) Hospital Ernesto Simões Filho; 7) Unidade de Pneumologia Infantil (Pavilhão Hélio Fraga); 8) Jardim atualmente inexistente entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga; 9) Jardim com o traçado do coreto que ainda permanece, com alterações, após a nova urbanização de 2020 | 275 |
| <b>Figura 251</b> | Vista do acesso ao estacionamento   | 275 |
| <b>Figura 252</b> | Obra para criação de estacionamento entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga   | 275 |
| <b>Figura 253</b> | Modificações no jardim entre o antigo Hospital Santa Terezinha e o Pavilhão Infantil  | 276 |
| <b>Figura 254</b> | Rampa e plataforma elevatória inseridas no acesso ao Pavilhão Hélio Fraga   | 277 |
| <b>Figura 255</b> | Vista desde a cobertura do HEOM para o Pavilhão Hélio Fraga, à frente, e para o Pavilhão de Serviços Gerais, no segundo plano: modificação acentuada no entorno e na antiga cobertura borboleta do bloco central  | 277 |
| <b>Figura 256</b> | Vista desde o portão de acesso à área entre o Pavilhão Hélio Fraga e o Pavilhão de Serviços Gerais  | 278 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 257</b> | Três volumes que compõem o Pavilhão de Serviços Gerais, destacando a alteração da cobertura central, com estrutura abobadada  | 278 |
| <b>Figura 258</b> | Relação entre o Pavilhão de Serviços Gerais e o Pavilhão Hélio Fraga  | 278 |
| <b>Figura 259</b> | Capela cercada por áreas de estacionamento e circulação de veículos   | 278 |
| <b>Figura 260</b> | Comparação da vista desde a cobertura do HEOM para o Pavilhão Hélio Fraga, à frente, e para o Hospital Geral Ernesto Simões Filho, ao fundo   | 279 |
| <b>Figura 261</b> | Acesso principal ao Hospital Geral Ernesto Simões Filho, que foi adaptado para tornar-se unidade de referência para tratamento de pacientes infectados pelo Coronavírus   | 279 |
| <b>Figura 262</b> | Acessos de pedestre e veículos através de rampas para o estacionamento do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, com blocos acrescentados à volumetria original do edifício   | 279 |
| <b>Figura 263</b> | Estágio de degradação da fachada principal do Hospital Santa Terezinha, na década de 1950: sujidade com crostas de coloração escura   | 281 |
| <b>Figura 264</b> | Estágio de degradação do bloco prismático central na parte posterior do Hospital Santa Terezinha, na década de 1950: a) sujidade com crostas de coloração escura; b) esquadrias originais em ferro e vidro; c) instalação de uma grade metálica à frente de uma das janelas do térreo; d) esquadrias de madeira originais do auditório, no primeiro pavimento | 282 |
| <b>Figura 265</b> | Degradação das fachadas com sujidade escurecida: ao fundo, esquadrias originais das áreas molhadas e, à frente, um dos dois blocos de circulação que havia entre os blocos prismáticos da parte posterior do Hospital Santa Terezinha, demolidos nas décadas seguintes  | 282 |
| <b>Figura 266</b> | Degradação em área externa: paredes descascando, vidros quebrados nas esquadrias, fiação aparente e sujidade nas fachadas   | 282 |
| <b>Figura 267</b> | Móveis quebrados e abandonados em uma das áreas de circulação com esquadrias originais do Hospital Santa Terezinha  | 282 |
| <b>Figura 268</b> | Descuido na rede elétrica, instalações e área de equipamentos   | 282 |
| <b>Figura 269</b> | Instalações elétricas soltas, com fiação aparente   | 282 |
| <b>Figura 270</b> | Situação de degradação em circulação interna entre as enfermarias: a) piso danificado; b) vidros quebrados nas esquadrias originais de ferro; c) manchas de umidade na laje e nas paredes   | 283 |
| <b>Figura 271</b> | Situação de degradação em área interna aparentemente abandonada: a) umidade na laje e nas paredes acima dos azulejos, com crosta escurecida; b) azulejos quebrados e descolados das paredes e restos de resíduos  | 283 |
| <b>Figura 272</b> | Crianças no jardim em formato de pulmão, em frente à fachada principal do Hospital Santa Terezinha: a)  | 283 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
|                   | esquadrias originais em madeira nas enfermarias; b) portão de acesso em serralheria artística; c) sujidade na fachada, onde parte da varanda do térreo foi fechada  |     |
| <b>Figura 273</b> | Crianças em frente à fachada posterior do hospital: a) piso de terra, sem pavimentação e com poças de lama; b) esquadrias originais em ferro e vidro, do tipo basculante, em ritmo regular e com montantes faltando em algumas unidades | 283 |
| <b>Figura 274</b> | Placa na recepção do hospital, sinalizando reforma em 1982, no governo de Antônio Carlos Magalhães  | 286 |
| <b>Figura 275</b> | Placa na recepção do hospital, sinalizando a grande reforma de 1993, no governo de Antônio Carlos Magalhães, tendo como secretário de saúde o Dr. Otto Alencar e diretor da unidade o Dr. Antônio Carlos Peçanha Martins                | 286 |
| <b>Figura 276</b> | Acréscimos no HEOM e no seu entorno imediato  | 288 |
| <b>Figura 277</b> | Vista do terraço do Hospital Santa Terezinha para a parte posterior do terreno, sem os acréscimos: observa-se a capela e o antigo necrotério, que foi demolido e substituído pelo Pavilhão de Serviços Gerais, em 1951                  | 289 |
| <b>Figura 278</b> | Sinalizados em linha tracejada amarela, os acréscimos na fachada sudoeste do HEOM, com acesso à recepção principal e ao Centro de Diagnóstico por Imagem  | 289 |
| <b>Figura 279</b> | Manutenção da fachada do bloco prismático na parte posterior do edifício, próximo à circulação entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga  | 290 |
| <b>Figura 280</b> | Tubulação hidrossanitária aparente na fachada, que se encontra descascada em diversos pontos e recebe reparos   | 290 |
| <b>Figura 281</b> | Acesso coberto por uma marquise em estrutura metálica e chapas de policarbonato, à nova recepção principal do HEOM, que substituiu a sofisticada recepção original  | 290 |
| <b>Figura 282</b> | Balcão da nova recepção na entrada principal do HEOM, com área de espera acessada através de uma rampa e separada da recepção por um guarda-corpo de vidro e aço-inox   | 291 |
| <b>Figura 283</b> | Vista da circulação para a espera e a recepção do acesso principal do HEOM  | 291 |
| <b>Figura 284</b> | Placa no HEOM sinalizando a reforma da unidade ambulatorial, em julho de 2009   | 292 |
| <b>Figura 285</b> | Placa no HEOM, em março de 2012, sinalizando a reforma da recepção de acesso ao hospital utilizada nos últimos anos, localizada na sua fachada posterior  | 292 |
| <b>Figura 286</b> | Indicações do acesso ao ambulatório especializado em atendimento da Influenza A (H1N1), em situação epidêmica entre 2009 e 2010: foi reativada, temporariamente, a entrada original do antigo Hospital Santa Terezinha                  | 292 |
| <b>Figura 287</b> | Instalações de equipamentos de isolamento respiratório de pressão positiva através das fachadas das varandas das extremidades, com conexão direta para os quartos de isolamento   | 293 |



|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 288</b> | Equipamento que integra o sistema de pressão positiva, posicionado no jardim do HEOM, conectando-se aos aparelhos de cada quarto de isolamento  | 293 |
| <b>Figura 289</b> | Vista do HEOM para seus acréscimos e o bloco anexo do ambulatório de pneumologia  | 293 |
| <b>Figura 290</b> | Toldo conectando o HEOM ao ambulatório  | 293 |
| <b>Figura 291</b> | HEOM, pavimento térreo, configuração funcional e de fluxos em 2011  | 294 |
| <b>Figura 292</b> | Acréscimo de um abrigo para compressor na fachada posterior do HEOM, em 2010  | 294 |
| <b>Figura 293</b> | Abrigo para compressor, em meio à vegetação   | 294 |
| <b>Figura 294</b> | Caixa d'água e condensadora de ar-condicionado sobre a laje da circulação entre os edifícios, em 2010   | 295 |
| <b>Figura 295</b> | Vista exterior da circulação, em 2010   | 295 |
| <b>Figura 296</b> | Vista para a circulação que interliga o HEOM ao Pavilhão Hélio Fraga  | 295 |
| <b>Figura 297</b> | Laje de cobertura da circulação entre os edifícios  | 295 |
| <b>Figura 298</b> | Sujidade na laje, no piso e nas paredes da circulação   | 295 |
| <b>Figura 299</b> | Interior da circulação com paredes em pintura verde até a altura final dos cobogós, e o restante em pintura branca, além de piso e rodapé em granilite  | 295 |
| <b>Figura 300</b> | Interior da circulação, com azulejos até a altura do início dos cobogós, e o restante da parede em pintura verde  | 295 |
| <b>Figura 301</b> | HEOM, 1º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011  | 296 |
| <b>Figura 302</b> | Nova circulação de acesso ao auditório  | 296 |
| <b>Figura 303</b> | Esquadrias em alumínio, piso em porcelanato e telha aparente na circulação para o auditório   | 296 |
| <b>Figura 304</b> | Configuração do quarto de isolamento com inserção de antecâmara   | 297 |
| <b>Figura 305</b> | HEOM, 2º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011  | 297 |
| <b>Figura 306</b> | HEOM, 3º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011  | 298 |
| <b>Figura 307</b> | HEOM, 4º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011  | 298 |
| <b>Figura 308</b> | HEOM, pavimento térreo, configuração funcional e de fluxos em 2018  | 299 |
| <b>Figura 309</b> | Alterações nos vestiários: esquadrias, revestimentos e peças sanitárias   | 299 |
| <b>Figura 310</b> | HEOM, 1º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018  | 300 |
| <b>Figura 311</b> | Configuração da biblioteca, no 1º pavimento, destacando a mesa de madeira que se remete a pulmões: alterações no layout, dividindo o espaço com um armário alto e delimitando o acesso do público ao acervo | 300 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 312</b> | Configuração do auditório, no 1º pavimento: alteração na pintura das paredes, mobiliário, luminárias, janelas em alumínio natural e película fumê nos vidros, com inserção de forro em PVC e ar-condicionados   | 301 |
| <b>Figura 313</b> | HEOM, 2º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018  | 302 |
| <b>Figura 314</b> | HEOM, 3º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018  | 302 |
| <b>Figura 315</b> | HEOM, 4º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018  | 302 |
| <b>Figura 316</b> | Alterações na circulação dos elevadores: a) substituição dos elevadores; b) aplicação de azulejos brancos à meia altura, com pintura de cor acima; c) troca do piso hexagonal terracota por piso em granilite cinza; d) troca e/ou inserção de novas esquadrias; e) instalações e dutos aparentes | 303 |
| <b>Figura 317</b> | Circulações principais dos pavimentos: modificações dos pisos, esquadrias, luminárias e paredes   | 304 |
| <b>Figura 318</b> | Alterações nas enfermarias  | 305 |
| <b>Figura 319</b> | HEOM, planta de cobertura, configuração funcional e de fluxos em 2018   | 306 |
| <b>Figura 320</b> | Fechamento da escada na extremidade curva das varandas  | 306 |
| <b>Figura 321</b> | Laje da marquise do HEOM: inserção de máquinas condensadoras de ar-condicionado   | 306 |
| <b>Figura 322</b> | Cobertura/terraço do HEOM: inicialmente, acessado pelos pacientes para a realização de helioterapia, hoje é coberto por telhas de fibrocimento  | 307 |
| <b>Figura 323</b> | Principais áreas alteradas até 2018 no pavimento térreo   | 308 |
| <b>Figura 324</b> | Principais áreas alteradas até 2018 no 1º pavimento   | 308 |
| <b>Figura 325</b> | Principais áreas alteradas até 2018 no 2º pavimento   | 309 |
| <b>Figura 326</b> | Principais áreas alteradas até 2018 no 3º pavimento   | 309 |
| <b>Figura 327</b> | Instalação das grades de ferro nas varandas do pavimento térreo, entre 2003-2004, vedando os espaços dos antigos solários, agora agregados às salas internas do hospital, sendo possível observar as esquadrias originais em madeira e vidro  | 310 |
| <b>Figura 328</b> | Vista do interior da edificação, no pavimento térreo, através do gradil para o estacionamento e a maternidade   | 310 |
| <b>Figura 329</b> | Criação de uma porta para acesso de funcionários à varanda curva da extremidade sudeste, através de uma rampa com inclinação fora de norma  | 310 |
| <b>Figura 330</b> | Vista do interior da varanda curva do térreo, com fechamento em esquadrias de alumínio e vidro  | 310 |
| <b>Figura 331</b> | Acesso ao hospital durante a visita do governador Antônio Carlos Magalhães: presença das esquadrias originais, com destaque para o portão de acesso em serralheria artística  | 311 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Figura 332</b> | Mármore branco no piso da escada, contrastando com o rodapé preto e o portão de ferro pintado de branco, ainda preservando as esquadrias originais  | 311 |
| <b>Figura 333</b> | Antigo acesso principal ao HEOM, em 2010: partilhas na fachada do térreo, à meia altura e portão pintado de dourado fosco   | 311 |
| <b>Figura 334</b> | Pintura do portão descascando e inserção de elementos urbanos de acessibilidade na calçada, e 2020  | 311 |
| <b>Figura 335</b> | Alterações no eixo central: sinalização na marquise, volume da cobertura e sujidade   | 312 |
| <b>Figura 336</b> | Alterações na fachada nordeste do HEOM, a partir da observação do projeto original  | 313 |
| <b>Figura 337</b> | Alterações na fachada nordeste: instalações aparentes, fechamentos e pastilhas nas varandas   | 314 |
| <b>Figura 338</b> | Fachada principal do HEOM e suas alterações: fechamentos, pastilhas, instalações aparentes e ampliação da área de estacionamento  | 314 |
| <b>Figura 339</b> | Fachada noroeste em 2010: pastilhas nos balcões e percepção visual mais livre das varandas, ainda que estejam vedadas com grade e telas   | 315 |
| <b>Figura 340</b> | Fachada noroeste em 2018: pastilhas descoladas e pichações nos balcões, fechamentos e divisória externa para a área de estacionamento   | 315 |
| <b>Figura 341</b> | Fechamento das varandas do térreo em esquadrias de alumínio com grade de ferro e 1º pavimento em tela metálica apresentando ferrugem, com recorte para passagem da estrutura de exaustão                            | 315 |
| <b>Figura 342</b> | Vista da varanda curva do 1º pavimento para o exterior, através da tela metálica com recorte para passagem do duto de exaustão do quarto de isolamento  | 315 |
| <b>Figura 343</b> | Relação do fechamento em tela metálica sobre o peitoril com toda a extensão da varanda na enfermaria do 1º pavimento  | 315 |
| <b>Figura 344</b> | Percepção visual do entorno a partir da varanda do 1º pavimento do HEOM, observando parte do jardim e do Pavilhão Hélio Fraga   | 315 |
| <b>Figura 345</b> | Fachada Sudeste, em 2004: balcões em pintura e varandas totalmente abertas  | 316 |
| <b>Figura 346</b> | Fachada sudeste, em 2010: pastilhas nos balcões, sem fechamentos nas varandas curvas  | 316 |
| <b>Figura 347</b> | fachada sudeste, em 2018: fechamentos no térreo, com esquadrias de alumínio e vidro e no 1º pavimento, com tela de proteção, percebendo-se as instalações de exaustão dos quartos de isolamento aparentes nas lajes | 316 |
| <b>Figura 348</b> | 2004: celebração do dia de Santa Terezinha no coreto, esquadrias originais apenas no 3º e 4º pavimentos, balcões das varandas em pintura  | 316 |
| <b>Figura 349</b> | 2010: pastilhas nos balcões das varandas e fechamento em tela de proteção sendo instalado nas extremidades  | 316 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 350</b> | Principais alterações na volumetria e nas fachadas do HEOM até 2018  | 317 |
| <b>Figura 351</b> | Soluções da fachada nordeste do HEOM em 1942   | 318 |
| <b>Figura 352</b> | Fachada nordeste do HEOM e suas alterações observadas no cadastro de 2018  | 318 |
| <b>Figura 353</b> | Divisórias em meia altura nas varandas, criando espaços privados para cada enfermaria e quarto, originalmente eram vistas na fachada, mas foram retiradas  | 319 |
| <b>Figura 354</b> | Fechamento da varanda na área da UTI e esquadrias originais pintadas de azul, verde e branco   | 319 |
| <b>Figura 355</b> | Esquadrias pintadas de branco e inserção de aparelhos de ar-condicionado nas janelas   | 319 |
| <b>Figura 356</b> | Principais alterações: sinalização na marquise; fechamento da UTI; substituição das esquadrias originais por novas, em alumínio; pastilhas nos balcões das varandas; divisória alta no 4º pavimento          | 319 |
| <b>Figura 357</b> | Mapeamento de danos na fachada sudeste do HEOM   | 320 |
| <b>Figura 358</b> | Mapeamento de danos na fachada nordeste do HEOM  | 320 |
| <b>Figura 359</b> | Mapeamento de danos na fachada noroeste do HEOM  | 321 |
| <b>Figura 360</b> | Mapeamento de danos na fachada sudoeste do HEOM  | 321 |
| <b>Figura 361</b> | Danos no bloco prismático central: substituição de esquadrias, instalações hidrossanitárias e de ar-condicionado aparentes, vãos para aparelhos de ar-condicionado cobertos por alvenaria exposta e sujidade | 321 |
| <b>Figura 362</b> | Danos no bloco prismático noroeste: descolamento da camada pictórica, sujidade, tubulações e aparelhos de ar-condicionado de janela aparentes  | 321 |
| <b>Figura 363</b> | Danos encontrados na fachada nordeste  | 322 |
| <b>Figura 364</b> | Reportagem do Diário de Notícias, de julho de 1939, sobre as impressões do Dr. George William acerca do Hospital Santa Terezinha   | 328 |
| <b>Figura 365</b> | Reportagem do Diário de Notícias, de agosto de 1939, sobre as impressões do Dr. Atílio Varas acerca do Hospital  | 328 |
| <b>Figura 366</b> | Imagem do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, publicada em no catálogo <i>Brazil Builds</i> , do MoMA-NY, de 1943  | 329 |
| <b>Figura 367</b> | Imagem da Escola Normal, publicada no catálogo <i>Brazil Builds</i> , do MoMA-NY, de 1943  | 329 |
| <b>Figura 368</b> | Folheto de divulgação da passeata contra a privatização do HEOM  | 337 |
| <b>Figura 369</b> | Uma grande carreata foi à Governadoria, levando um abaixo assinado para entregar ao governador a fim de sensibilizar o gestor estadual a reverter tal medida   | 338 |
| <b>Figura 370</b> | Manifestação no HEOM em 5 de dezembro de 2016, com o Pavilhão de Serviços Gerais, ao fundo   | 338 |
| <b>Figura 371</b> | Audiência pública promovida pela DP-BA, em 2 de agosto de 2017   | 338 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 372</b> | Perspectiva do modelo tridimensional (3D) do projeto de reforma divulgado em 2018 pelo ex-secretário de saúde do Estado da Bahia   | 340 |
| <b>Figura 373</b> | Fachada nordeste: revestimento em alumínio composto cinza, nos balcões, e vermelho, no prisma central; novas janelas no bloco do centro; varandas envidraçadas, de modo que o escalonamento do edifício se perde completamente | 341 |
| <b>Figura 374</b> | No acesso principal, o portão em serralheria artística é substituído por porta de vidro espelhado  | 341 |
| <b>Figura 375</b> | Relação entre a marquise e o eixo principal em tonalidade vermelha, com as varandas fechadas em vidro espelhado e os balcões revestidos em cinza   | 341 |
| <b>Figura 376</b> | Modelo virtual da nova enfermaria com cinco leitos e um banheiro, incorporando a área da varanda do edifício   | 342 |
| <b>Figura 377</b> | Demolição das paredes entre as enfermarias e as varandas, criando um amplo espaço para a implementação de leitos de UTI  | 342 |
| <b>Figura 378</b> | Relação entre a estrutura do edifício, as cortinas hospitalares, as janelas e leitos   | 342 |
| <b>Figura 379</b> | Resgate dos solários, com ampliação das enfermarias marcada em cor cinza   | 346 |
| <b>Figura 380</b> | Resgate do jardim e acesso ao novo estacionamento no subsolo   | 347 |
| <b>Figura 381</b> | Inserção de novos blocos prismáticos afastados do edifício original. Com o resgate do ritmo regular das esquadrias no edifício original e adoção de fachada ventilada nos anexos   | 348 |
| <b>Figura 382</b> | Distribuição dos usos na proposta de Otremba, em perspectiva isométrica  | 350 |
| <b>Figura 383</b> | Modelo tridimensional do novo projeto divulgado pela SESAB, desconsiderando a volumetria escalonada do prédio, acrescentando uma moldura à fachada e fechando as varandas com vidro  | 356 |
| <b>Figura 384</b> | Detalhe do fechamento em vidro das varandas das enfermarias  | 356 |
| <b>Figura 385</b> | Descaracterização da tipologia original do HEOM a partir de acréscimos de novos volumes e de demolições em excesso   | 357 |
| <b>Figura 386</b> | Novo acesso proposto para o HEOM, prevendo a inserção de uma plataforma elevatória em um trecho recortado da escada original   | 359 |
| <b>Figura 387</b> | Detalhe da relação da plataforma elevatória com a escada recortada e a substituição do portão em serralheria artística por duas portas de vidro  | 359 |
| <b>Figura 388</b> | Assembleia extraordinária organizada pela comissão de servidores do HEOM no auditório do hospital no dia 05 de julho de 2021   | 363 |
| <b>Figura 389</b> | participação das pesquisadoras da UFBA (Patrícia Farias, Gabriela Otremba e Laís Matos) e do arquiteto do MP-BA (Diogo Vasconcellos) na assembleia do HEOM   | 363 |
| <b>Figura 390</b> | Concentração da manifestação no HEOM   | 364 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 391</b> | Grupo de manifestantes no CAB, após realização da carreatá   | 364 |
| <b>Figura 392</b> | Imagem da nova versão do projeto divulgada pela SESAB no dia 20 de julho de 2021, com a retirada das esquadrias de vidro das varandas curvas e a moldura vertical que se conectava à marquise superior no último projeto | 368 |
| <b>Figura 393</b> | Demolição de parte das fachadas e elementos hidrossanitários jogados na varanda  | 369 |
| <b>Figura 394</b> | Entulhos das paredes demolidas entre as enfermarias  | 369 |
| <b>Figura 395</b> | Retirada das instalações de gases medicinais dos leitos  | 369 |
| <b>Figura 396</b> | Desmontagem de mobiliário  | 369 |
| <b>Figura 397</b> | Reunião em formato híbrido realizada na SESAB em 22 de julho de 2021   | 371 |
| <b>Figura 398</b> | Participação presencial das pesquisadoras da UFBA, do então secretário de saúde Fábio Vilas-Boas e da equipe técnica da SESAB  | 371 |
| <b>Figura 399</b> | Inspeção na varanda do HEOM  | 374 |
| <b>Figura 400</b> | Diálogo entre membros da SESAB, CDG construtora, MP-BA e FAUFBA  | 374 |
| <b>Figura 401</b> | Análise do projeto pelas pesquisadoras da UFBA, pelo arquiteto representante da SESAB e pelo servidor do HEOM  | 374 |
| <b>Figura 402</b> | Momento de discussão coletiva, com a participação de todos os membros presentes na vistoria  | 374 |
| <b>Figura 403</b> | Descarte de entulhos na entrada do HEOM, realizado através do portão de serralheria artística  | 375 |
| <b>Figura 404</b> | Hall da circulação vertical obstruído por móveis e equipamentos hospitalares sendo retirados   | 375 |
| <b>Figura 405</b> | Demolições massivas entre as enfermarias do 4º pavimento   | 376 |
| <b>Figura 406</b> | Esquadrias, bancadas e móveis retirados  | 376 |
| <b>Figura 407</b> | Demolições de paredes das enfermarias que impactam na fachada e descarte de instalações hidrossanitárias e elétricas na varanda  | 376 |
| <b>Figura 408</b> | Destruição das paredes que delimitavam os banheiros das enfermarias, com a retirada das instalações hidrossanitárias   | 376 |
| <b>Figura 409</b> | Remoção de esquadrias, equipamentos, instalações elétricas e de gases  | 376 |
| <b>Figura 410</b> | Imagem da última versão do projeto divulgada pela SESAB em suas redes sociais no dia 18 de novembro de 2022, resgatando a unidade potencial do edifício original   | 379 |
| <b>Figura 411</b> | O único pavimento com fechamentos em esquadrias de vidro será o térreo e os demais terão as marcações dos avanços das varandas em outro material   | 380 |
| <b>Figura 412</b> | O portão e a escada de acesso serão mantidos assim como as varandas, com a retirada de acréscimos e fechamentos inadequados, recuperando a horizontalidade da fachada  | 380 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Figura 413</b> | Momento da obra em que se observa a retirada dos acréscimos e fechamentos das varandas, recuperando a horizontalidade da fachada principal | 381 |
| <b>Figura 414</b> | Marcação das paredes demolidas no local da varanda onde havia a UTI (3º pavimento).  | 381 |
| <b>Figura 415</b> | Laje da varanda do 4º pavimento escorada   | 381 |
| <b>Figura 416</b> | O portão de ferro original se encontra no mesmo local  | 381 |

## LISTA DE QUADROS

|                 |  |     |
|-----------------|--|-----|
| <b>Quadro 1</b> | Aspectos relevantes sobre a identificação, concepção, história e caráter de modernidade dos edifícios de saúde com linguagem moderna construídos em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960 | 53  |
| <b>Quadro 2</b> | Síntese do contexto histórico em relação à assistência e edifícios de saúde.   | 109 |
| <b>Quadro 3</b> | Evolução terapêutica e paradigmática da tuberculose nos séculos XIX, XX, XXI e seus impactos nos espaços arquitetônicos de cura.   | 144 |
| <b>Quadro 4</b> | Valores culturais da arquitetura antituberculose e sua relação com a modernidade do século XX nos campos da história saúde e da arquitetura.   | 185 |
| <b>Quadro 5</b> | Valores culturais e situação patrimonial do Hospital-Sanatório Santa Terezinha.  | 331 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ABA</b>       | Associação Brasileira de Antropologia   |
| <b>ABAP</b>      | Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas   |
| <b>AIDS</b>      | Do inglês, <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>  |
| <b>ANPARQ</b>    | Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo  |
| <b>ANPEGE</b>    | Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia  |
| <b>ANPUH</b>     | Associação Nacional de História   |
| <b>ANPUR</b>     | Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional   |
| <b>ANT</b>       | Assistência Nacional aos Tuberculosos   |
| <b>ANVISA</b>    | Agência Nacional de Vigilância Sanitária  |
| <b>BCG</b>       | Do inglês, <i>Bacillus Calmette-Guérin</i>  |
| <b>BVS</b>       | Biblioteca Virtual de Saúde   |
| <b>BK</b>        | Bacilo de Koch  |
| <b>CAS</b>       | Coordenação de Arquitetura em Saúde   |
| <b>CAU-BA</b>    | Conselho de Arquitetura e Urbanismo - Bahia   |
| <b>CBHA</b>      | Comitê Brasileiro de História da Arte   |
| <b>CEAB</b>      | Centro de Estudos de Arquitetura  |
| <b>CEIRF</b>     | Coordenação Executiva De Infraestrutura da Rede Física  |
| <b>CEM</b>       | Coordenação de Engenharia e Manutenção  |
| <b>CME</b>       | Central de Materiais Esterilizados  |
| <b>CMO</b>       | Centro de Memória Odebrecht   |
| <b>CNCT</b>      | Campanha Nacional contra a Tuberculose  |
| <b>COVID-19</b>  | Do inglês, <i>Coronavirus Disease 2019</i>  |
| <b>CoV</b>       | Coronavírus   |
| <b>COREN</b>     | Conselho Regional de Enfermagem   |
| <b>CPDOC-FGV</b> | Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas  |
| <b>CPPHO</b>     | Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira  |
| <b>CRF-BA</b>    | Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia  |
| <b>CRICS</b>     | Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde   |
| <b>DAD-COC-</b>  | Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo   |
| <b>FIOCRUZ</b>   | Cruz – Fundação Oswaldo Cruz  |
| <b>DEPAM</b>     | Departamento do Patrimônio Material e Fiscalização  |
| <b>DETELBA</b>   | Departamento de Telecomunicações do Estado da Bahia   |
| <b>DIPRO</b>     | Diretoria de Projetos, Obras e Restauro   |
| <b>DIRES</b>     | Diretoria Regional de Saúde   |
| <b>DML</b>       | Depósito de Material de Limpeza   |
| <b>DNA</b>       | Do inglês, <i>Deoxyribonucleic Acid</i> (Ácido Desoxirribonucléico)   |
| <b>DOCOMOMO</b>  | Do inglês, <i>International Working Party for Documentation and Conservation of Buildings, Sites and Neighbourhoods of the Modern Movement</i> (Comitê Internacional para a Documentação e preservação de edifícios, sítios e unidades de vizinhanças do Movimento Moderno) |
| <b>DP-BA</b>     | Defensoria Pública da Bahia   |
| <b>DPH</b>       | Departamento de Patrimônio Histórico  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>EAS</b>           | Estabelecimentos assistenciais de saúde   |
| <b>EPUCS</b>         | Escritório do Plano de Urbanismo da Cidade de Salvador  |
| <b>FAUFBA</b>        | Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia   |
| <b>FGM</b>           | Fundação Gregório de Mattos   |
| <b>FIOCRUZ</b>       | Fundação Oswaldo Cruz   |
| <b>FNA</b>           | Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas  |
| <b>FNArq</b>         | Fórum Nacional das Associações de Arquivologia do Brasil  |
| <b>GEA-HOSP</b>      | Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar   |
| <b>GT</b>            | Grupo de Trabalho   |
| <b>HAM</b>           | Hospital Aristides Maltez   |
| <b>HAN</b>           | Hospital Ana Nery   |
| <b>HEOM</b>          | Hospital Especializado Octávio Mangabeira   |
| <b>HGV</b>           | Hospital Getúlio Vargas   |
| <b>HIV/AIDS</b>      | Do inglês, <i>Human Immunodeficiency Viruses</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)                                     |
| <b>HOM</b>           | Hospital Octávio Mangabeira   |
| <b>HP</b>            | Hospital Português  |
| <b>HUPES</b>         | Hospital Universitário Professor Edgard Santos  |
| <b>IAB</b>           | Instituto de Arquitetos do Brasil   |
| <b>IAB-BA</b>        | Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento Bahia  |
| <b>IAB-SP</b>        | Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento São Paulo  |
| <b>IAPI</b>          | Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários   |
| <b>IAPETC</b>        | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas   |
| <b>IC</b>            | Inquérito Civil   |
| <b>ICB</b>           | Instituto de Câncer da Bahia  |
| <b>ICEIA</b>         | Instituto Central de Educação Isaías Alves  |
| <b>IBIT</b>          | Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose   |
| <b>ICOM</b>          | Do inglês, <i>International Council of Museums</i> (Conselho Internacional de Museus)                                   |
| <b>ICOMOS</b>        | Do inglês, <i>The International Council on Monuments and Sites</i> (Conselho Internacional de Monumentos e Sítios)      |
| <b>IPAC-BA</b>       | Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia   |
| <b>IPHAN</b>         | Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional  |
| <b>ISC</b>           | Instituto de Saúde Coletiva   |
| <b>LBCC</b>          | Liga Bahiana Contra o Câncer  |
| <b>MCO</b>           | Maternidade Climério de Oliveira  |
| <b>MERS-CoV</b>      | Síndrome Respiratória do Oriente Médio  |
| <b>MES</b>           | Ministério da Educação e Saúde  |
| <b>MOMA-NY</b>       | Do inglês, <i>Museum of Modern Art – New York</i>   |
| <b>MP-CECRE-UFBA</b> | Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos, da Universidade Federal da Bahia |
| <b>MS</b>            | Ministério da Saúde   |
| <b>NBR</b>           | Norma Brasileira  |
| <b>NUDEPHAC</b>      | Núcleo de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico e Cultural  |
| <b>OMS</b>           | Organização Mundial de Saúde  |
| <b>OPAS</b>          | Organização Panamericana de Saúde   |
| <b>PGE-BA</b>        | Procuradoria Geral do Estado da Bahia   |

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>PPGAU-UFBA</b>   | Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia   |
| <b>PROARQ-UFRJ</b>  | Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro  |
| <b>PVC</b>          | Do inglês, <i>Polyvinyl Chloride</i> (Policloreto de Vinila)  |
| <b>PICS</b>         | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares   |
| <b>PNH</b>          | Política Nacional de Humanização  |
| <b>RDC-50</b>       | Resolução nº 50/2004  |
| <b>SAB</b>          | Sociedade de Arqueologia Brasileira   |
| <b>SAMU</b>         | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  |
| <b>SARS-CoV</b>     | Síndrome Respiratória Aguda Grave   |
| <b>SARS-CoV2</b>    | Do inglês, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2  |
| <b>SESAB</b>        | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia  |
| <b>SESP</b>         | Serviço Especial de Saúde Pública   |
| <b>SINDIFARMA</b>   | Sindicato dos Farmacêuticos   |
| <b>SINDIMED</b>     | Sindicato dos Médicos   |
| <b>SINDSAÚDE-BA</b> | Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia   |
| <b>SINARQ-BA</b>    | Sindicato dos Arquitetos e Urbanistas do Estado da Bahia  |
| <b>SNT</b>          | Serviço Nacional de Tuberculose   |
| <b>SPHAN</b>        | Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional  |
| <b>SUMAI-UFBA</b>   | Superintendência de Meio Ambiente e Infraestrutura da Universidade Federal da Bahia   |
| <b>SUS</b>          | Sistema Único de Saúde  |
| <b>TAC</b>          | Termo de Ajustamento de Conduta   |
| <b>TB</b>           | Tuberculose   |
| <b>UFBA</b>         | Universidade Federal da Bahia   |
| <b>UNESCO</b>       | Do inglês, <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) |
| <b>UTI</b>          | Unidade de Tratamento Intensivo   |

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>  | <b>45</b>  |
| Da trajetória da autora ao seu objeto de pesquisa.....  | 46         |
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>48</b>  |
| Contextualização do tema e objeto de estudo.....  | 49         |
| I) Delimitação temporal.....  | 51         |
| II) Delimitação espacial.....   | 52         |
| III) Delimitação do estudo de caso.....   | 52         |
| Objetivos.....  | 60         |
| Justificativa.....  | 60         |
| Metodologia.....  | 65         |
| I) Coleta de dados.....   | 65         |
| II) Levantamento bibliográfico.....   | 65         |
| III) Pesquisa de campo.....   | 68         |
| IV) Análise documental.....   | 68         |
| V) Resultados e discussão dos dados.....  | 68         |
| VI) Estudo comparativo.....   | 69         |
| <b>CAPÍTULO 1 - PARADIGMAS MÉDICOS, O COMBATE À PESTE BRANCA E A ARQUITETURA ANTITUBERCULOSE.....</b> | <b>71</b>  |
| 1.1 Percursos históricos da tuberculose.....  | 72         |
| 1.2 Paradigmas médicos e o combate à peste branca.....  | 79         |
| 1.3 A memória da arquitetura antituberculose.....   | 102        |
| <b>CAPÍTULO 2 - ARQUITETURA MODERNA ANTITUBERCULOSE E SEUS VALORES CULTURAIS.....</b>                 | <b>147</b> |
| 2.1 O patrimônio arquitetônico: aspectos teóricos e de intervenção .....                              | 148        |
| 2.2 A arquitetura moderna e seus valores culturais .....  | 163        |

|  |     |
|--|-----|
| 2.3 Patrimônio Cultural da Saúde e a Arquitetura Moderna Antituberculose: atualização funcional e preservação dos valores culturais..... | 175 |
|--|-----|

**CAPÍTULO 3 - ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL E VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA TEREZINHA.....216**

|   |     |
|---|-----|
| 3.1 Arquitetura Moderna Antituberculose em Salvador e o Hospital-Sanatório Santa Terezinha.....   | 217 |
| 3.2 Memórias do Hospital-Sanatório Santa Terezinha.....   | 225 |
| 3.3 Implantação e construção do Hospital-Sanatório.....   | 230 |
| 3.4 O edifício do pavilhão principal.....   | 239 |
| 3.5 Desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose diante das transformações físicas e institucionais do complexo hospitalar e seu entorno..... | 265 |
| 3.6 Desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose diante das transformações físicas e institucionais do pavilhão principal.....                | 279 |
| 3.7 Valores culturais e proteção patrimonial.....   | 322 |

**CAPÍTULO 4 - PROCESSOS RECENTES NA LUTA PELA PRESERVAÇÃO DOS VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA TEREZINHA.....333**

|   |     |
|---|-----|
| 4.1 Movimentos incipientes de valorização do Hospital-Sanatório Santa Terezinha frente às ameaças de descaracterização..... | 334 |
| 4.2 Percursos de uma sociedade em busca da salvaguarda do antigo Santa Terezinha.....                                       | 339 |
| 4.3 Encaminhamentos e desdobramentos dos processos de luta.....   | 376 |

**CONCLUSÃO.....382**

**REFERÊNCIAS.....392**

**APÊNDICES.....416**

|  |     |
|--|-----|
| <b>APÊNDICE A</b> – Hospital Santa Terezinha: planta baixa, térreo, nível 0.00 (Projeto:1940/Redesenho 2020) - Prancha 01..... | 417 |
|--|-----|

|   |     |
|---|-----|
| <b>APÊNDICE B</b> – Hospital Santa Terezinha: planta baixa, 1º pavimento, nível +3.31 (Projeto:1940/Redesenho 2020) - Prancha 02..... | 418 |
|---|-----|

|   |     |
|---|-----|
| <b>APÊNDICE C</b> – Hospital Santa Terezinha: planta baixa, 2º pavimento, nível +6.63 (Projeto:1940/Redesenho 2020) - Prancha 03.....       | 419 |
| <b>APÊNDICE D</b> – Hospital Santa Terezinha: planta baixa, 3º pavimento, nível +9.92 (Projeto:1940/Redesenho 2020) - Prancha 04.....       | 420 |
| <b>APÊNDICE E</b> – Hospital Santa Terezinha: fachada nordeste (Projeto:1940/Redesenho 2020) - Prancha 05.....                              | 421 |
| <b>APÊNDICE F</b> – Hospital Otávio Mangabeira: planta de situação (Projeto: 2005/Redesenho 2020) - Prancha 06.....                         | 422 |
| <b>APÊNDICE G</b> – Hospital Otávio Mangabeira: fachadas nordeste e noroeste (Projeto: 2005/Redesenho 2020) - Prancha 07.....               | 423 |
| <b>APÊNDICE H</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - situação (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 08.....     | 424 |
| <b>APÊNDICE I</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - térreo (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 09.....       | 425 |
| <b>APÊNDICE J</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 1º pavimento (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 10..... | 426 |
| <b>APÊNDICE K</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 2º pavimento (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 11..... | 427 |
| <b>APÊNDICE L</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 3º pavimento (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 12..... | 428 |
| <b>APÊNDICE M</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 4º pavimento (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 13..... | 429 |
| <b>APÊNDICE N</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - cobertura (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 14.....    | 430 |
| <b>APÊNDICE O</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: fachada nordeste (Projeto: 2011/Redesenho 2020) - Prancha 15.....            | 431 |
| <b>APÊNDICE P</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - térreo (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 16.....       | 432 |
| <b>APÊNDICE Q</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 1º pavimento (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 17..... | 433 |
| <b>APÊNDICE R</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 2º pavimento (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 18..... | 434 |
| <b>APÊNDICE S</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 3º pavimento (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 19..... | 435 |
| <b>APÊNDICE T</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - 4º pavimento (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 20..... | 436 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>APÊNDICE U</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: planta baixa - cobertura (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 21.....  | 437        |
| <b>APÊNDICE W</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: cortes AA', BB' (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 22.....   | 438        |
| <b>APÊNDICE X</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: cortes CC', DD', EE', FF' (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 23.....   | 439        |
| <b>APÊNDICE Y</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: cortes FF', GG', II' (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 24.....  | 440        |
| <b>APÊNDICE Z</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: fachadas nordeste e sudoeste (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 25.....  | 441        |
| <b>APÊNDICE AA</b> – Hospital Especializado Octávio Mangabeira: fachadas sudeste e noroeste + vistas esquadrias (Projeto: 2018/Redesenho 2020) - Prancha 26.....  | 442        |
| <b>ANEXOS</b> .....   | <b>443</b> |
| <b>ANEXO A</b> – Moção de apoio (com abaixo-assinado) ao tombamento do Hospital Santa Terezinha, repudiando a proposta de projeto de reforma divulgada pela SESAB, elaborada durante o 7º Seminário Docomomo Norte/Nordeste, em Manaus, no dia 14 de agosto de 2018.....                                | 444        |
| <b>ANEXO B</b> – Moção de apoio ao tombamento do HEOM emitida pelo MP-CECRE da UFBA em 3 de setembro de 2018.....   | 445        |
| <b>ANEXO C</b> – Ata da 16ª reunião da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC, realizada em 27 de setembro de 2019.....  | 447        |
| <b>ANEXO D</b> – Parecer técnico nº11/2018, do IPAC, referente ao pedido de tombamento do Hospital Santa Terezinha.....   | 450        |
| <b>ANEXO E</b> – Pedido de celeridade endereçado ao diretor do IPAC em 23 de julho de 2019, no qual o MP-CECRE/UFBA e o Núcleo Bahia-Sergipe do Docomomo Brasil solicitam a finalização do processo anteriormente protocolado no órgão, referente ao tombamento do antigo Hospital Santa Terezinha..... | 463        |
| <b>ANEXO F</b> – Pedido de embargo do projeto de reforma realizado frente à promotoria de justiça (NUDEPHAC do MP-BA) em 1º de outubro de 2019 pelo IAB-BA, Docomomo Bahia-Sergipe, MP-CECRE/UFBA e PPGAU-UFBA...   | 464        |
| <b>ANEXO G</b> – Ofício do IPAC de 17 de dezembro de 2019, afirmando que o processo de salvaguarda do HEOM encontrava-se, à época, em etapa preparatória para se proceder com a notificação do proprietário/representante legal do monumento.....   | 470        |

|   |     |
|---|-----|
| <b>ANEXO H</b> – Relatório que a JCA Engenharia e Arquitetura emitiu ao MP-BA em resposta ao Ofício nº 046/2021 – 6ª PJMA – Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019.....                                       | 471 |
| <b>ANEXO I</b> – Ofício nº 133/2021, enviado pelo Sindsaúde em 6 de julho de 2021 para o promotor do GESAU/MP-BA.....   | 474 |
| <b>ANEXO J</b> – Ofício nº 263/2021, enviado pelo MP-BA em 6 de julho de 2021 para o diretor do IPAC.....   | 476 |
| <b>ANEXO K</b> – Despacho enviado pelo MP-BA em 7 de julho de 2021 para as instituições noticiantes do inquérito civil.....   | 478 |
| <b>ANEXO L</b> – Primeira sequência de cards de manifesto sobre o projeto do HEOM, divulgada em 20 de julho de 2021 nas redes sociais por entidades e instituições unidas em defesa deste bem cultural..... | 480 |
| <b>ANEXO M</b> – Segunda sequência de cards de manifesto sobre o projeto do HEOM, divulgada em 22 de julho de 2021 nas redes sociais por entidades e instituições unidas em defesa deste bem cultural.....  | 482 |
| <b>ANEXO N</b> – Informação técnica nº 039/21 enviada ao MP-BA no dia 22 de julho de 2021 pela Diretoria de Projetos, Obras e Restauro (DIPRO) do IPAC.....   | 484 |
| <b>ANEXO O</b> – Ata da audiência pública do MP-BA referente ao Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019, ocorrida às 10h do dia 23 de julho de 2021.....   | 493 |
| <b>ANEXO P</b> – Ofício nº 378/2021, enviado pelo IPAC/DG/GAB ao representante da SESAB no dia 26 de julho de 2021.....   | 502 |
| <b>ANEXO Q</b> – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Internacional.....  | 509 |
| <b>ANEXO R</b> – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo México.....   | 510 |
| <b>ANEXO S</b> – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Peru.....   | 511 |
| <b>ANEXO T</b> – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Chile.....  | 512 |
| <b>ANEXO U</b> – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Macau.....  | 513 |
| <b>ANEXO W</b> – Diário oficial do dia 30 de julho de 2021, onde a Fundação Gregório de Mattos divulgou a abertura de um processo de tombamento municipal do HEOM.....                                      | 514 |
| <b>ANEXO X</b> – Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre o MP-BA e a SESAB, vinculado ao Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019.....  | 515 |





# **APRESENTAÇÃO**

## APRESENTAÇÃO

Como nos fala Pedro Demo (1995, p.19) “não existe história neutra como não existe ator social neutro. É possível controlar a ideologia, mas não suprimi-la”. Sendo assim, ainda que eu compreenda, e busquei seguir, os preceitos da ciência moderna com todos os seus dogmas ligados à neutralidade, à racionalidade e à objetividade, inicio a apresentação deste trabalho pontuando os meus interesses e experiências acadêmicas, os quais funcionaram como referências chaves para me ajudar a tecer o objeto desta pesquisa.

### **Da trajetória da autora ao seu objeto de pesquisa**

Além da formação em Arquitetura e Urbanismo, a autora desta dissertação também é graduada em Psicologia e, ao longo da sua trajetória acadêmica, desenvolveu um grande interesse tanto pela arquitetura da saúde, como pela temática do patrimônio arquitetônico. Passando por experiências de estágio, pesquisa, trabalho final de graduação, desenvolvimento de projetos autorais, participação em grupos de pesquisa e em diretorias de associações vinculados aos temas da *Saúde*, da *Arquitetura dos Ambientes de Saúde* e do *Patrimônio Cultural da Arquitetura Moderna*, compreendeu que o seu projeto de pesquisa do mestrado deveria fazer uma conexão entre tais interesses e experiências, podendo se tornar um instrumento que contribuísse para a valorização do patrimônio brasileiro da arquitetura da saúde e promovendo uma discussão que auxiliasse os arquitetos, engenheiros e gestores de instituições de saúde a intervirem de um modo mais criterioso em hospitais que possuem valor cultural.

Tendo em vista o foco nessas duas áreas, buscou durante o mestrado solidificar o seu entendimento sobre a importância das Arquiteturas Moderna e Antituberculose como marcos na história da Arquitetura e, mais precisamente, da Arquitetura Moderna da Saúde, trazendo, entre as décadas de 1930 e 1960, soluções tipológicas, projetuais e estéticas inovadoras, tanto para a história do Movimento Moderno, quanto para a história da arquitetura dos edifícios de saúde. Muitos dos hospitais construídos nesse período traduzem, a partir da sua estrutura física, o olhar que a Medicina e o Estado – através das políticas públicas de saúde – tinham a respeito do tratamento das doenças naquele momento, apresentando respostas arquitetônicas de vanguarda,

possibilitadas pela “nova arquitetura” para atender às necessidades provenientes das profilaxias de algumas enfermidades.

Dentre os destaques dessa produção, temos a Arquitetura Antituberculose ou Sanatorial, que fez nascer exemplares notórios a nível global, com soluções semelhantes em diversos países, para combater a “Peste Branca”. Os sanatórios se tornaram grandes influências mundiais para a própria consolidação do Movimento Moderno, portanto, merecem atenção – ao lado de outros hospitais modernos – quando entendemos que são partes essenciais da memória da Arquitetura Moderna da Saúde e das práticas assistenciais de saúde deste período.

Suas soluções foram tão marcantes que, atualmente, quando profissionais da arquitetura, engenharia e saúde tratam de conceitos como “hospitais humanizados”, “hospitais focados na experiência do paciente” ou “hospitais do futuro”, muitos dos aspectos ligados aos espaços físicos trazem as premissas arquitetônicas aplicadas e defendidas pela Arquitetura Moderna, tais como: a) a preocupação com a implantação do edifício e o seu impacto no entorno urbano; b) a forte relação entre o exterior e interior da edificação; c) a presença da ventilação e iluminação naturais no projeto visando o conforto ambiental; d) a racionalidade, funcionalidade e flexibilidade dos edifícios de saúde, permitindo modificações e expansão de maneira simplificada; e) a proximidade com a natureza; f) a criação de percursos atrativos; g) a articulação da arquitetura com obras de arte, entre outros.

A partir dessas reflexões e de outras que tanto inquietam a autora, cabe ressaltar que esta pesquisa busca um aprofundamento no estudo sobre a valorização do patrimônio arquitetônico moderno antituberculose, e a sua compreensão como um marco na história da arquitetura da saúde. Para tanto, acredita ser essencial a investigação das transformações vivenciadas pelo hospital-sanatório Santa Terezinha modernos em relação ao seu projeto original para continuar se mantendo como edifício de saúde que, naturalmente, precisa sofrer constantes reformas com o objetivo de adequar sua estrutura às novas demandas das ciências da saúde. Sendo assim, surgem diversos questionamentos: quais são os desafios e conflitos durante essas adequações? Existem descaracterizações e perdas em excesso? Esse hospital é identificado como objeto de valor cultural? Existem mudanças de uso que impactam na estrutura original? Como as novas demandas são incorporadas ao edifício preexistente?



# **INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

### Contextualização do tema e objeto de estudo

O **tema** abordado na presente proposta de dissertação são as *transformações das edificações modernas de saúde para atualização funcional e o impacto destas na preservação dos seus valores culturais*. Os campos de preservação do patrimônio edificado e da arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) possuem suas normativas específicas que, muitas vezes, não dialogam entre si. Ainda não existe uma preocupação em compatibilizar as diretrizes das cartas patrimoniais, teorias da conservação e do restauro e leis de preservação do patrimônio com a legislação que regula as instituições de saúde, resultando em possíveis desafios e conflitos entre esses campos quando são realizadas intervenções a fim de atualizar funcionalmente as edificações de saúde detentoras de valores culturais.

No que diz respeito às peculiaridades dos *EAS*, Antônio Pedro de Carvalho (2014) ressalta que trabalhar com esta arquitetura pressupõe se ter um olhar voltado para os conceitos e práticas médicas adotadas durante a idealização de seus espaços. A doença e os tipos de tratamento desenvolvidos pelas ciências da saúde na busca da cura possuem inter-relações com aspectos culturais e ideológicos que levam os edifícios de saúde, de modo não linear, a apresentarem diferentes tipos de soluções espaciais, de materialidade e construtivas ao longo do tempo.

Analisar a arquitetura para a saúde, portanto, será o mesmo que visitar os paradigmas curativos que se estabeleceram no decorrer da história da medicina. A afirmação de que, em arquitetura, a função determina a forma não poderá ser mais verdadeira do que nas edificações para a saúde, onde o correto desempenho das atividades pode determinar a vida ou morte de seres humanos. (CARVALHO, 2014, p.11)

Cabe salientar que o autor Lauro Miquelin (1992) aprofunda os estudos sobre os paradigmas curativos ao longo da história, estabelecendo uma relação entre eles e a evolução das formas hospitalares: na Antiguidade, a predominância dos pórticos e templos; na Idade Média, as naves; na Renascença, a cruz e o claustro; na Era Industrial, os pavilhões; e na fase Pré-Contemporânea, os blocos. Com isso, demonstra que os avanços médicos e científicos têm ocorrido velozmente, trazendo – a partir do final do século XIX – novas descobertas que influenciam diretamente as configurações dos espaços de saúde e geram transformações de “atitudes e conceitos de planejamento hospitalar” (MIQUELIN, 1992, p. 53). Tal afirmação está diretamente

ligada à concepção de que os hospitais são edificações com um caráter mutável, tendo em vista que sua função se modifica constantemente para acompanhar as mudanças sociais, assim como as inovações tecnológicas e das ciências da saúde, provocando frequentes demandas de adaptação da sua estrutura física.

Entendendo que os paradigmas curativos se modificam para atender às novas demandas, é possível concluir que “a arquitetura de estabelecimentos de saúde está em constante evolução, principalmente devido ao próprio avanço da medicina e das tecnologias construtivas” (CARVALHO, 2014, p.143). Isso implica no surgimento e atualização de normas que orientam os projetos dos EAS e pautam suas adaptações físico-espaciais para continuarem mantendo seu uso hospitalar. Tais normas estão em “contínuo aprimoramento, pois os critérios adotados em certo momento podem, com brevidade, serem superados ou, até, negados”. (CARVALHO, 2017, p.21)

Ainda considerando as transformações dos EAS, Elza Costeira (2018) afirma que o avanço rápido da ciência tem consequências diretas nas estruturas hospitalares. A autora desenvolve um estudo sobre hospitais construídos no Rio de Janeiro durante o Movimento Moderno (entre as décadas de 1930 e 1960), que foram “testemunhos de uma forma de tratamento e cura e de uma concepção arquitetônica diferenciada e, desta maneira, devem ser valorizados” (COSTEIRA, 2018, p. 27). Assim, devido às “suas características projetuais, [...] sua flexibilidade e capacidade de adaptação às novas formas de tratamento e tecnologias” (COSTEIRA, 2018, p. 27), entende-se que esses edifícios são bens ligados ao Patrimônio Cultural Moderno da Saúde, com valores culturais que necessitam ser identificados e preservados.

Ao tratar de *valores culturais*, é necessário considerar o conceito de *bem*, definido na Carta de Burra como “um local, uma zona, um edifício, outra obra construída ou um conjunto de edificações ou obras que possuam uma significação cultural, compreendidos em cada caso, o conteúdo e o entorno a que pertence” (ICOMOS, 1980, p.1). Tal significação cultural engloba “o valor estético, histórico, científico ou social de um bem para as gerações passadas, presentes ou futuras” (ICOMOS, 1980, p.1). A partir desse viés, Honório Pereira (2011) afirma que os objetos da restauração mudaram bastante desde a Carta de Atenas (1931), sofrendo uma ampliação naquilo

que é considerado objeto passível de ser conservado-restaurado<sup>1</sup>. Do mesmo modo, os operadores de valor também se expandiram, e os valores relacionados à restauração agora vão além dos valores histórico e artístico, incluindo aspectos sociais, econômicos, espirituais, afetivos e simbólicos, isto é, valores culturais.

Considerando esses aspectos, o reconhecimento do edifício como patrimônio, ainda que não seja tombado, de certo modo pressupõe evitar a transformação da sua espacialidade e materialidade, ou fazê-la de forma bastante criteriosa. Por outro lado, as normas sanitárias e de saúde pressupõem adequações constantes – em relação aos materiais, tipos de revestimento, espacialidade, setorização, fluxos, etc – para a arquitetura hospitalar se manter funcionando adequadamente. Ou seja, isto implica em transformações físico-espaciais contínuas nas edificações de saúde, que podem gerar desafios e conflitos quando for necessário intervir em exemplares de valor cultural.

Tendo isso em vista, a questão central ou fenômeno que delimita o **objeto de estudo** desta proposta de pesquisa é a compreensão sobre o enfrentamento, no âmbito da arquitetura moderna antituberculose, dos *possíveis desafios e conflitos entre as transformações para atualização funcional inerentes à arquitetura da saúde, e a preservação dos seus valores culturais*. Este objeto de estudo será investigado à luz de um **objeto de estudo empírico**, isto é, um caso concreto acessível à observação e investigação empírica que nos permitirá explorar, através da sua trajetória histórica, como esses aspectos distintos têm caminhado juntos, e como esse EAS tem lidado com as compatibilizações e ajustes necessários para se manter em funcionamento, preservando ou não os seus valores culturais. Para tanto, serão abordados, a seguir, os *percursos para a delimitação deste estudo de caso*: o Hospital-Sanatório Santa Terezinha.

### **I) Delimitação temporal**

Considerando as inovações tecnológicas e de espacialidade arquitetônica surgidas no período Moderno – especialmente as soluções da Arquitetura Antituberculose ou Sanatorial –, que nos trouxeram um vasto legado de edifícios dotados de valores

---

<sup>1</sup> Dessa forma, hoje, qualquer produto da ação humana ou paisagem natural/cultural pode se tornar um patrimônio cultural.

culturais, a investigação tem como ponto de partida o período da produção arquitetônica moderna (1930 a 1960), analisando as transformações físico-espaciais do objeto ao longo da sua história, desde o seu surgimento, até os dias atuais.

## **II) Delimitação espacial**

Tendo em vista que a Bahia – e Salvador, enquanto capital – possuem uma produção moderna muito rica e pouco estudada, torna-se relevante aprofundar a discussão sobre essa arquitetura, para difundi-la nacional e internacionalmente. Ao tratarmos da arquitetura moderna da saúde, destaca-se o fato que a Bahia era um dos estados brasileiros com os mais elevados índices de óbitos por tuberculose na década de 1940. Portanto, a capital baiana foi uma das cidades que mais recebeu do governo brasileiro, à época, investimentos para ações de combate à doença, dentre as quais estão incluídas as construções de edifícios sanatoriais ligados à pesquisa, prevenção e tratamento da tuberculose. Além disso, Salvador também recebeu investimentos para a criação de instituições de saúde especializadas na área da maternidade/ infância, câncer ou hospital geral. Nesse sentido, a demarcação espacial para o presente estudo é a cidade de Salvador, sendo fundamental enfatizar a reflexão de Nivaldo Andrade Junior (2011), de que

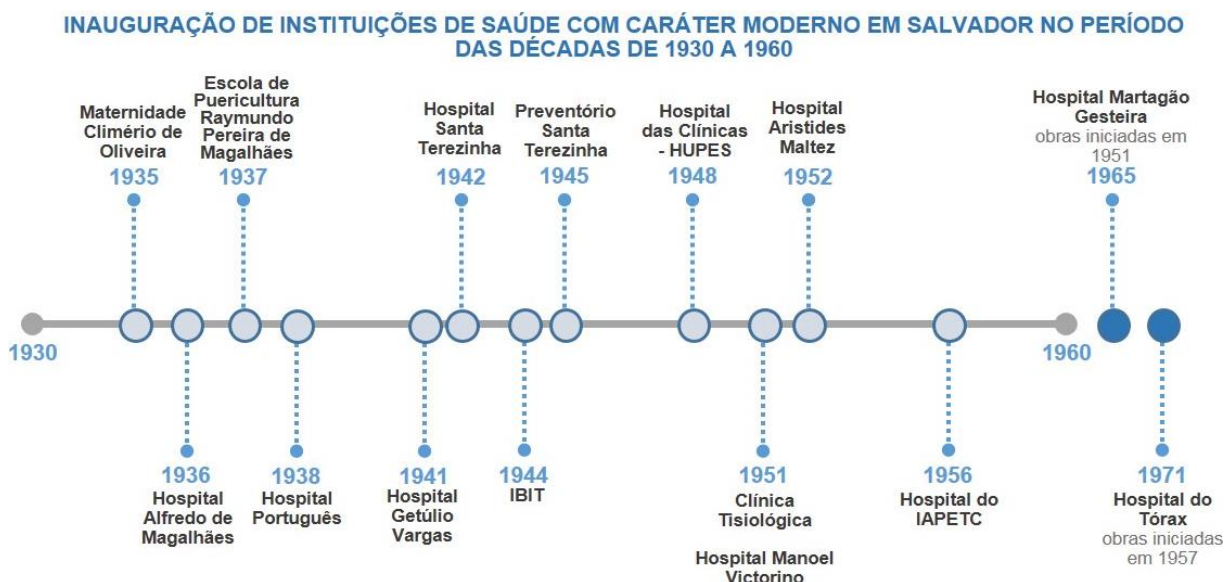
As edificações hospitalares e de assistência à saúde construídas na Bahia entre as décadas de 1930 e 1960 representaram uma importante contribuição tanto para a infraestruturação de Salvador e das principais cidades baianas quanto para o processo de consolidação da arquitetura moderna no Estado, servindo, inclusive, de referência para edificações com outros programas. (ANDRADE JUNIOR, 2011, p.106)

## **III) Delimitação do estudo de caso**

Para definir o objeto de estudo empírico da presente proposta de trabalho, a partir do qual será possível obter evidências e dados palpáveis coletados e avaliados através de métodos científicos, primeiramente foram identificadas, a partir das pesquisas de Nivaldo Andrade Junior (2011) e de Ana Carolina Bierrenbach (2017a), as edificações de saúde inauguradas em Salvador que adotaram uma expressão arquitetônica moderna, podendo apresentar valores culturais de referência, sendo elas:



**Figura 1** – Linha do tempo retratando a inauguração de edifícios de saúde com linguagem moderna em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960.






Fonte: Elaborada pela autora.

Com este levantamento, foi desenvolvida uma análise acerca dos aspectos formais, funcionais, estéticos e históricos de cada edificação de saúde moderna supracitada, sendo identificados, em algumas delas, valores culturais vinculados à produção da Arquitetura Moderna da Saúde e, especialmente, da Arquitetura Antituberculose.







**Quadro 1** – Aspectos relevantes sobre a identificação, concepção, história e caráter de modernidade dos edifícios de saúde com linguagem moderna construídos em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960.

(continua)

| IMAGEM  | INSTITUIÇÃO  | ANO                      | LOCAL  | AUTORIA   | HISTÓRIA E MODERNIDADE   |
|---|--|--------------------------|--|---|--|
|  | <b>Maternidade Climério de Oliveira (MCO)</b>                  | 1935: novo bloco moderno | Nazaré   | Pavilhão original (1910) do médico Climério de Oliveira | <ul style="list-style-type: none"> <li>Primeira maternidade-escola do Brasil</li> <li>Estrutura física refletia os novos paradigmas da ginecologia, obstetria e medicalização do parto</li> <li>Modelo pavilhonar e lógica higienista com traços ecléticos</li> <li>Ampliação de leitos: novo bloco em “E”, isolado do original, sóbrio, elementos <i>art déco</i></li> </ul>  |
|  | <b>Hospital para Crianças ou Hospital Alfredo de Magalhães</b> | 1936                     | Rio Vermelho   | Idealizado pelo médico Alfredo de Magalhães             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital infantil pavilhonar (doenças infectocontagiosas como a TB), higienista, serviços especializados de investigação, análise terapêutica e aplicação de tecnologias avançadas</li> <li>Princípios da economia, praticidade, lógica, especialização, amplitude</li> <li>Linguagem moderna, monumental</li> </ul>  |
|  | <b>Escola de Puericultura Raymundo Pereira de Magalhães</b>    | 1937                     | Esquina entre o Campo Grande e o Corredor da Vitória | Arquiteto Hélio de Queiroz Duarte                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Primeiro brasileiro deste modelo, tinha um programa de necessidades pioneiro (saúde infantil integral)</li> <li>Pátio interno cercado por galeria aberta, em linguagem minimalista</li> <li>Reforma no final dos anos 1940: reforçou características modernas, eliminando elementos salientes que emolduravam o acesso principal e as seteiras da esquina, fortalecendo sua horizontalidade e afastando-o dos traços <i>art déco</i></li> </ul> |


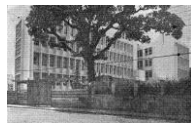


**Quadro 1** – Aspectos relevantes sobre a identificação, concepção, história e caráter de modernidade dos edifícios de saúde com linguagem moderna construídos em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960.

(continuação)

| IMAGEM  | INSTITUIÇÃO  | ANO  | LOCAL                              | AUTORIA  | HISTÓRIA E MODERNIDADE  |
|---|--|------|------------------------------------|--|---|
|    | Hospital Português (HP)  | 1938 | Graça                              | Orientação do médico diretor professor Fernando Luz  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terreno onde existia o Palacete José de Sá, adaptado para o uso hospitalar e modernizado para receber o HP</li> <li>• Fachada principal ganhou uma platibanda escalonada (traços da arquitetura moderna)</li> <li>• Acréscimos: bloco de volumetria escalonada com salas amplas e ventiladas ao lado do antigo casarão (1938), e bloco moderno da maternidade (1957)</li> </ul>  |
|    | Hospital de Pronto Socorro ou Hospital Getúlio Vargas (HGV)                          | 1941 | Canela                             | Conduzida pelo médico Edgard Santos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimentos médicos e cirúrgicos de urgência com instalações modernas</li> <li>• Edifício escalonado, em tipologia H, pouco ornamentado</li> <li>• Articula elementos com dimensões horizontais e verticais (ex: frisos e colunas), equilibrando cheios e vazios (janelas ritmadas e amplos terraços)</li> </ul>  |
|   | Hospital-Sanatório Santa Terezinha (atual HEOM) / Parque Sanatorial Santa Terezinha  | 1942 | Pau Miúdo                          | Engenheiro Souza Aguiar e o médico diretor César Augusto de Araújo                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especializado do combate à TB, foi o único hospital-sanatório construído na Bahia, implantado em terreno de altitude em área rural</li> <li>• Concepção moderna pautada nas novas técnicas construtivas e estética revolucionária, respeitando diretrizes internacionais da tipologia sanatorial</li> <li>• Volumetria clara, aerodinâmica, sem ornamentação, horizontalidade através das varandas escalonadas em balanço, aproveitamento da luz e ventilação naturais, relação integrada com a paisagem, cores claras, móveis e outras soluções higiênicas</li> </ul> |
|  | Sede do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT)                 | 1944 | Ladeira do Campo Santo / Federação | Arquiteto Hélio de Queiroz Duarte e o médico e professor José Silveira                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voltada para a pesquisa científica a fim de desenvolver técnicas de fisiologia e atendimentos em TB</li> <li>• Composição moderna horizontal formada por volumes assimétricos com curvas e planos ortogonais</li> </ul>  |
|  | Preventório Santa Terezinha  | 1945 | Brotas                             | Orientada pelo médico Cesar de Araújo e sob a direção médica de José Silveira                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obra “modelar” de prevenção e profilaxia da TB, acolhia crianças filhas de tuberculosos pobres</li> <li>• Ambiente higiênico, com atendimento médico, odontológico e escolar</li> <li>• Longo bloco horizontal, tipologia em “I”, balcões lineares cobertos com marquises (solários), entrada principal definida por um volume canelado disposto da cobertura</li> </ul>   |
|  | Hospital das Clínicas (Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia) / atual HUPES | 1948 | Canela                             | Engenheiro e arquiteto Hyppolyto Gustavo Pujol Júnior com a colaboração do médico Ernesto Souza Campos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referência baiana na assistência à saúde pautada na medicina curativa (foco no ambiente hospitalar, adoção de novas tecnologias e práticas da indústria farmacêutica e equipamentos médicos)</li> <li>• Composição escalonada monumental, estética híbrida (<i>art déco</i> e arquitetura moderna, com elementos decorativos neoclássicos)</li> <li>• Monobloco vertical de tipologia em “H” que junto à implantação do edifício, possibilitavam o controle da luz solar e captação da aeração recomendada pela medicina higienista</li> </ul>                         |



**Quadro 1** – Aspectos relevantes sobre a identificação, concepção, história e caráter de modernidade dos edifícios de saúde com linguagem moderna construídos em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960.

(continuação)

| IMAGEM  | INSTITUIÇÃO  | ANO  | LOCAL   | AUTORIA   | HISTÓRIA E MODERNIDADE  |
|---|--|------|---|---|---|
|    | <b>Clínica Tisiológica (Universidade da Bahia) / atual CPPHO</b>   | 1951 | Canela  | Arquitetos Alexandre Costa Neto, Newton Secchin, Marcos V. Studart e Leslie Richard Inke                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criada para suprir a insuficiência de espaços adequados ao tratamento da TB, foi concebida vinculada ao ensino e pesquisa devido ao convênio com a universidade (cadeira de tisiologia)</li> <li>• Configuração espacial que buscava responder às necessidades das ciências da saúde para o combate à TB à época, incorporou painéis artísticos modernos no seu interior</li> <li>• Estética influenciada por Le Corbusier, e pela escola carioca de Oscar Niemeyer e outros, com esbeltas colunas em seção circular, que dão ritmo à sua fachada horizontal, tem grande valor para a produção moderna baiana</li> </ul>           |
|    | <b>Sanatório Manoel Victorino ou Hospital Manoel Victorino</b>   | 1951 | Nazaré  | Arquiteto Flávio Amílcar Régis do Nascimento  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital geral modelar de arquitetura moderna da escola carioca que atendia os associados do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAP)</li> <li>• Volumetria composta por dois blocos perpendiculares, sendo que o pavimento térreo, de pé-direito duplo, é recuado na fachada e marcado por pilotis com seções circulares</li> <li>• Horizontalidade na fachada é rompida por um volume cego verticalizado, que marca o acesso à edificação com uma marquise em balanço (elementos salientes na fachada minimizam insolação direta no interior)</li> </ul>  |
|  | <b>Instituto de Câncer da Bahia (ICB) / atual Hospital Aristides Maltez (HAM)</b>  | 1952 | Brotas  | Anteprojeto do engenheiro Luiz Arantes e construção em diferentes etapas pelos engenheiros Belmiro Silva e Luiz Adami de Sá | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiro do Brasil a ser concebido como unidade especializada no tratamento do câncer, é tombado</li> <li>• Monobloco longitudinal tipo "I": volume central mais alto na fachada frontal, formado por pequenas janelas e delimitado por dois volumes cilíndricos com pilotis circulares; volume de circulação vertical na parte posterior</li> <li>• Fachada <i>art déco</i> com desenho aerodinâmico, curvas, planos ondulatórios e longas varandas horizontais com marcação de pilotis circulares ritmados (influências modernas)</li> <li>• Paineis artísticos modernos de autoria de Jenner Augusto no seu interior</li> </ul> |
|  | <b>Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados de Transportes e Cargas (IAPETC) / atual Hospital Ana Nery (HAN)</b> | 1956 | Terreno entre os bairros do Queimado e Caixa D'água | Arquiteto Moacyr Fraga  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital moderno de grande porte, foi construído para atender os associados do IAPETC (diversas doenças)</li> <li>• Monobloco vertical simétrico de cobertura com telhas cerâmicas em quatro águas</li> <li>• Acesso central se remete ao estilo clássico (colunas nervuradas e arcadas do térreo) e outras fachadas simples, com janelas ritmadas e sem ornamentos</li> <li>• Estrutura higienista (alas articuladas à parte principal do edifício, favorecendo a entrada de sol, ventos e renovação do ar)</li> </ul>  |

**Quadro 1** – Aspectos relevantes sobre a identificação, concepção, história e caráter de modernidade dos edifícios de saúde com linguagem moderna construídos em Salvador durante as décadas de 1930 a 1960.

(conclusão)

| IMAGEM   | INSTITUIÇÃO  | ANO  | LOCAL                              | AUTORIA   | HISTÓRIA E MODERNIDADE   |
|--|--|------|------------------------------------|---|--|
|   | <b>Hospital de Crianças da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil / atual Hospital Martagão Gesteira</b> | 1960 | Tororó                             | Arquiteto Hélio de Queiroz Duarte e médicos Álvaro Pontes Bahia e Joaquim Martagão Gesteira   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo de prestar assistência médica e social, através de um trabalho educativo sobre a maternidade e os cuidados com crianças e adolescentes</li> <li>• Estrutura moderna e bem equipada em termos funcionais, de assistência e diagnóstico</li> <li>• Bloco simples e claro, em “L”, implantado sobre uma plataforma com volumes articulados</li> <li>• Fachada principal possui demarcações horizontais e andar térreo com pilotis marcados ao centro</li> <li>• Volume posterior menor e mais alto, com modernas janelas em fita</li> </ul>   |
|  | <b>Hospital do Tórax do IBIT / atual Hospital Santo Amaro (Fundação José Silveira)</b>                       | 1971 | Ladeira do Campo Santo / Federação | Anteprojeto do arquiteto Renato Barbosa Cordeiro e engenheiros Ary Botelho e João Fernandes de Oliveira Penna / Projeto final do arquiteto Helio de Queiroz Duarte e do engenheiro Kurtz Herz | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasceu com um caráter de hospital geral para extrapolar o trato da TB, com especialidades que iam além da pneumologia e cardiologia</li> <li>• Volume tipo monobloco destacado por sua fachada elegantemente moderna e sem ornamentos, composta por um brise fixo saliente em grelha que tinha como função bloquear a entrada direta do sol em seu interior</li> <li>• Rampa suave de acesso à entrada principal no terceiro pavimento através de duas grandes portas de vidro</li> <li>• Integração de obras artísticas de pintores baianos</li> <li>• Apartamentos simples e bem equipados</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de AMARAL (2005); BIERRENBACH (2017a); ROTARY... (1937); FERREIRA e FREIRE (2011); SANTOS (2014); Revista Fiscal da Bahia (1949, p. 212-213-214-216-217); Arquivo da Biblioteca Juracy Magalhães Junior (RODRIGUES, 2017); ANDRADE JUNIOR (2011); Acervo IPAC-BA; SOUZA *et al* (2011); Arquivo Histórico do Município de Salvador - FGM (s/d); RIBEIRO (2011); Acervo do HUPES; SILVEIRA (1994); MOREIRA e ANDRADE JUNIOR (2011); MALBOUISSON e ANDRADE JUNIOR (2011); SOUZA, COSTA e SILVA (2011); Acervo CPDOC-FGV (entre 1934-1945); ANDRADE JUNIOR (2012); Centro de Memória Odebrecht; RIBEIRO *et al* (2011); ÁLBUM COMEMORATIVO..., (1954); SAMPAIO (2006); SOUZA e SANGLARD (2011); Acervo do HAM; NUNES (2007); RIBEIRO e COSTA (2011); Acervo IAPTEC (1950); MOREIRA (2011); Arquivo Hospital Martagão Gesteira; SILVEIRA (1977); SILVEIRA (1992).

Partindo deste retrospecto sobre as edificações de saúde modernas construídas em Salvador entre as décadas de 1930 e 1960, e considerando que a Arquitetura Antituberculose teve um papel de destaque no estabelecimento da modernidade na Bahia, assim como em outros estados brasileiros e países em todo o mundo, foram traçados os seguintes critérios de seleção para direcionarem a escolha do hospital a ser estudado na presente pesquisa:

1) O *reconhecimento dos seus valores culturais* (sejam eles históricos, sociais ou arquitetônicos) através de uma das seguintes situações: a) da presença de características funcionais, tipológicas ou estéticas inovadoras para atender às demandas da área de saúde no período; b) de notoriedade/exemplaridade, ligada às suas soluções projetuais, através de publicação em periódicos especializados e/ou exposições, nacionais e/ou internacionais que evidenciem o seu caráter icônico; c) da existência de obras de arte modernas de relevância integradas ao edifício; d) do tombamento ou proposta de tombamento;

2) A *diversidade de situações no que se refere às mudanças ou permanências de uso e preservação patrimonial* da edificação ao longo do tempo: a) permanece com o uso e características originais; b) houve mudança no uso e de muitos elementos originais; c) passou por momentos de abandono e incorporou novos usos ligados ao uso original; d) sofre ameaças de modificação de uso e/ou em relação à preservação dos seus valores culturais.

Com esses critérios estabelecidos, em um primeiro momento de triagem destacaram-se hospitais que apresentam valores culturais que lhes conferem relevância, assim como contextos de transformações e demandas de uso diferentes entre si. Desse modo, a partir do levantamento e da análise sobre as 15 instituições de saúde construídas durante o período moderno em Salvador, descritas acima, entende-se que três delas poderiam se tornar o objeto de estudo de caso do presente trabalho, justificando a presente pesquisa.

A primeira edificação considerada é o **Hospital-Sanatório Santa Terezinha**, exemplar pioneiro da arquitetura moderna em Salvador, apresentando uma “revolucionária estética” que o aproxima do Sanatório Paimio, projetado por Alvar Aalto, em 1929, na Finlândia (ANDRADE JUNIOR, 2011). Obteve visibilidade a nível internacional, através da sua publicação na exposição *Brazil Builds* (GOODWIN, 1943), em 1942, organizada pelo *Museu de Arte Moderna de Nova York* (MoMA-NY), marcando o início da divulgação da arquitetura moderna brasileira no exterior. A imprensa nacional e local, assim como periódicos de arquitetura e engenharia, também deram destaque ao novo edifício construído para tratar a tuberculose na capital baiana. Foi projetado para ser um nosocômio de isolamento, no auge da incidência da peste branca na Bahia e, com as mudanças nos paradigmas médicos



de profilaxia da tuberculose, através do desenvolvimento de um tratamento controlado da doença, os usos de alguns pavilhões foram modificados. Atualmente, o pavilhão original do complexo ampliou suas atividades, se transformando em um centro de referência em doenças respiratórias, que vão além da tuberculose, e seus pavilhões anexos já acolhem outros tipos de uso.

O segundo edifício classificado é a **Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia**, uma edificação que chama atenção por apresentar características muito claras da arquitetura antituberculose, próximas da estética *corbusiana* e da *escola carioca* da arquitetura moderna brasileira, sobressaindo-se pelos dois painéis de autoria do artista Jenner Augusto, que elucidam “a integração da arte moderna com a arquitetura de vanguarda no período” (ANDRADE JUNIOR, 2012, p.222). Foi construída com base nas diretrizes técnicas difundidas pelo Ministério da Educação e Saúde (MES), à época, em um contexto histórico fundamental para dar apoio às outras instituições que tratavam os inúmeros casos de tuberculose em Salvador.

Ademais, de acordo com José Silveira (1994), a construção deste pequeno hospital foi condição para a criação da cadeira de Tisiologia na Faculdade de Medicina Universidade da Bahia, possibilitando o ensino e a formação de técnicos nessa especialidade. Portanto, o edifício tem importância não só para a Universidade, como também é um exemplar arquitetônico e histórico da consolidação da rede de ensino, pesquisa e assistência aos tuberculosos na capital baiana. Tamanha foi a sua relevância, que foi protagonista de diversas publicações na imprensa, e em periódicos especializados daquele período. Cabe salientar que a mudança de uso do hospital na década de 1980 (quando não mais tratava a TB e passou a prestar assistência ao público infantil), pode ter impactado nas características do projeto original.

Por fim, há o **Hospital Aristides Maltez**, com sua estética híbrida, composta por elementos do *art déco* e da arquitetura moderna, sendo o primeiro hospital brasileiro especializado no tratamento do câncer (fato este que lhe trouxe grande visibilidade nos âmbitos local e nacional). Concebido para ser um hospital de referência no trato do câncer, ainda hoje segue sendo uma referência na Bahia, mantendo o mesmo uso para o qual foi projetado. Outro aspecto que torna a edificação marcante é a integração do painel de Jenner Augusto no seu interior – característica presente em muitos edifícios modernos da época (ANDRADE JUNIOR, 2011). Atualmente, o HAM

é o único edifício de saúde ligado à produção moderna salvaguardado em Salvador. Entretanto, apesar da sua notoriedade, o fato de ser o único edifício de saúde moderno tombado na Bahia, por si só, já revela a valorização deste exemplar pelos órgãos de proteção do patrimônio e pela sociedade, sendo possível descartá-lo na escolha como objeto empírico para a presente pesquisa.

Tendo essa decisão em vista e partindo para avaliar os casos do Hospital-Sanatório Santa Terezinha e da Clínica Tisiológica, ressalta-se que ambas são produções modernas emblemáticas da arquitetura antituberculose em Salvador, que possuem valores culturais marcantes e não são dotadas de nenhum tipo de proteção patrimonial, o que ampliam as possibilidades de sofrerem desconfigurações nas suas reformas. A despeito da afinidade em relação ao tipo de uso original dessas edificações de saúde, é preciso salientar que o Santa Terezinha foi o único sanatório de grande porte construído na Bahia para tratar os tuberculosos naquele período, e nos últimos anos tem enfrentado sérias dificuldades para preservar suas características mais marcantes, vivenciando graves ameaças de descaracterização dos seus valores culturais e do seu perfil assistencial após a divulgação da última proposta de reforma lançada pelo governo do estado da Bahia. Além disso, foi identificada a existência de uma indicação e pedido de tombamento do edifício ao *Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia* (IPAC), sem andamento durante anos, que poderia se configurar como um instrumento legal de salvaguarda eficaz na preservação deste bem.

Ainda que a Clínica Tisiológica seja um edifício memorável para a arquitetura antituberculose baiana, a urgência pelo desenvolvimento de pesquisas que possam auxiliar a minimizar os danos ao Hospital Santa Terezinha é maior neste momento, frente às recorrentes ameaças de descaracterização que tem sofrido. Portanto, além de ampliar as contribuições aos estudos existentes no Brasil sobre a arquitetura sanatorial e sua influência na consolidação da arquitetura moderna no país (possibilitando um aprofundamento sobre os princípios norteadores dos seus projetos e suas transformações ao longo das décadas), esta pesquisa terá como **objeto empírico** o estudo de caso do *Hospital-Sanatório Santa Terezinha*; se justificando, também, pela possibilidade de se tornar um instrumento de identificação e difusão dos valores culturais do edifício através do entendimento sobre sua história, suas transformações, sua situação patrimonial e os desafios e conflitos que tem enfrentado

em relação à sua proposta de reforma mais recente, sendo capaz de movimentar tomadas de consciência e ações de instituições e entidades da sociedade civil em defesa da sua preservação.

## **Objetivos**

Ao considerar que inúmeros hospitais construídos no período do movimento moderno possuem valores culturais (muitas vezes não identificados), e o fato de permanecerem funcionando como equipamentos de saúde os tornam mais susceptíveis a sofrerem descaracterizações (devido às recorrentes necessidades de adaptação às novas demandas tecnológicas e terapêuticas da área de saúde), o **objetivo geral** do presente estudo é analisar, a partir da compreensão da sua trajetória histórica, a relação entre as transformações físico-espaciais decorrentes das necessidades de atualização funcional do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, e a preservação dos seus valores culturais, identificando possíveis desafios e conflitos neste percurso. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Explorar a história do hospital selecionado como estudo de caso desta dissertação, identificando e sintetizando em categorias de análise os seus valores culturais;
- Apontar e avaliar, desde a sua criação, as principais funções originais, transformações físico-espaciais e institucionais ocorridas neste hospital e no seu entorno, verificando como elas afetaram a preservação dos seus valores culturais ao longo do tempo;
- Compreender e comparar as modificações ocorridas durante as intervenções no hospital, identificando possíveis desafios e conflitos neste percurso e observando se houve mudança de uso e/ou descaracterização dos seus elementos originais e valores culturais;
- Avaliar o estado de preservação do edifício em relação à manutenção dos seus valores culturais, bem como a sua situação patrimonial.

## **Justificativa**

Esta pesquisa se justifica quando são considerados os *movimentos de valorização e preservação da Arquitetura Moderna*, intensificados nas últimas décadas. Andrade Junior (2019) aponta que a *Lista do Patrimônio Mundial da Organização das Nações*



*Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura* (UNESCO) possui mais de 1.000 bens culturais e naturais em todo o mundo, dos quais apenas 21 (menos de 2% do total) são provenientes da arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos, sendo inscritos a partir de 1984. Em se tratando de edificações de saúde, fazem parte da Lista Indicativa do Patrimônio Mundial apenas duas obras da Arquitetura Antituberculose projetadas para tratar a epidêmica e grave patologia dos pulmões: o Sanatório de Paimio, (Finlândia) e o Sanatório Zonnestraal (Holanda).

De acordo com o autor, o Brasil foi o primeiro país a criar ações legais voltadas para a preservação de bens modernos quando, em 1947, o *Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional* (IPHAN) tombou a Igreja de São Francisco de Assis da Pampulha, de Oscar Niemeyer. Nos anos seguintes, novos tombamentos foram realizados e, em 2008, o *Departamento do Patrimônio Material e Fiscalização* (DEPAM) instituiu, através a Portaria nº 001/2008, o Grupo de Trabalho (GT) *Acautelamento da Arquitetura Moderna*. Seu objetivo era analisar a produção moderna brasileira, construída a partir da década de 1920, identificar e salvaguardar, pelo IPHAN, os bens de valor histórico, arquitetônico, urbanístico e do paisagismo existentes no país. É curioso perceber que uma das conclusões obtidas por este GT foi que existem poucos estabelecimentos modernos de saúde declarados patrimônio e salvaguardados a nível federal, estadual ou municipal.

Dessa forma, se já são poucos os bens com linguagem moderna reconhecidos oficialmente como patrimônio, ou simplesmente valorizados e protegidos pela sociedade, esse número se torna ainda mais escasso quando tratamos de edificações de saúde. Renato Gama-Rosa Costa (2008) ressalta que, apesar de o hospital ser uma instituição que possui estudos consolidados sobre sua história a nível internacional, a história da arquitetura hospitalar ainda carece de muitas investigações. O autor aponta que, no Brasil, há alguns estudos pioneiros nesse âmbito – como os de Lauro Miquelin (1992), Tânia Bittencourt (2000) e Luís Carlos Toledo (2006) – todavia, “ainda se busca quem se proponha a contar a história da arquitetura hospitalar por meio de estudos de caso” (COSTA, 2008, p. 121). Em um artigo posterior, Costa (2011) menciona publicações de outros autores de referência na temática, como Jaime Benchimol (1990), Fábio Bitencourt (2007; 2009) e Ângela Pôrto (2008), além de uma publicação de sua autoria, em parceria com Gisele Sanglard (2004).

Ana Albano Amora (2011) reforça a necessidade de se empreender mais investigações sobre o tema do patrimônio cultural da saúde, quando afirma que esta iniciativa ainda é recente, e “Tem se consolidado a partir da importância crescente da história da saúde, e da necessidade que se impôs a investigação das instituições de saúde e das edificações construídas para esse fim” (AMORA, 2011, p. 2). A autora defendeu sua tese de doutorado em 2006 e também é uma pesquisadora de referência na área da história da arquitetura moderna da saúde. No cenário da Bahia, vale ressaltar os estudos desenvolvidos pelo Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar (GEA-hosp/UFBA), coordenado pelo professor e pesquisador Antônio Pedro de Carvalho, bem como pelos trabalhos de Márcia Pinheiro (2005; 2012) e Nivaldo Andrade Junior (2012).

Dentro dessa perspectiva de investigação sobre o patrimônio da saúde, Costa e Sanglard (2008) destacam a importância do trabalho desenvolvido pelo GT *História e Patrimônio Cultural da Saúde* que, em 2005, na cidade de Salvador, discutiu aspectos ligados à história, memória e patrimônio da saúde no Brasil, durante a *4ª Reunião de Coordenação Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)*, ocorrida no *7º Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (CRICS)*. Nesse momento, foi apresentado um documento que pode ser considerado marcante neste cenário, pois definia “o Patrimônio Cultural da Saúde como um conjunto de bens materiais e simbólicos socialmente construídos, que expressam o processo da saúde individual e coletiva nas suas dimensões científica, histórica e cultural” (GT HISTÓRIA E PATRIMÔNIO CULTURAL DA SAÚDE, 2005 *apud* COSTA e SANGLARD, 2008, p. 5). Assim, foi trazida à tona a importância de se tratar e preservar a memória da saúde no Brasil.

Também cabe destacar os esforços da *Casa de Oswaldo Cruz* (Fiocruz), no Rio de Janeiro, que em 2007 iniciou um inventário das instituições de saúde construídas em dez capitais brasileiras – Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador, São Paulo, Belo Horizonte, Florianópolis, Goiânia, Belém, Curitiba, Manaus e Recife – entre 1808 e 1958, focando na história, patrimônio documental e arquitetônico desses edifícios (COSTA, 2011). Este trabalho, denominado *Projeto Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde*, foi desenvolvido através da *Rede Brasil: Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde*, e resultou na publicação de uma coleção de livros com *CD-Roms*, contendo informações históricas essenciais, descrições arquitetônicas e

imagens de hospitais e outras instituições de saúde construídas dentro naquele período nas capitais brasileiras supracitadas.

Considerando a primeira etapa do trabalho desenvolvido pelo GT do DEPAM, no final dos anos 2000, para identificar e tombare bens modernos no Brasil através IPHAN, foram elaborados relatórios referentes às ações de preservação já realizadas ou em andamento, nos seguintes estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, interior de São Paulo, Pará, Pernambuco e Sergipe. No que se refere aos levantamentos na Bahia, foi verificado que apenas uma instituição de saúde possuía tombamento: o Hospital Aristides Maltez, salvaguardado pelo órgão de proteção estadual, o IPAC. Por outro lado, durante a segunda etapa do *Inventário Nacional da Arquitetura, Urbanismo e Paisagismo Modernos do IPHAN*, foram identificados pelo GT alguns exemplares de relevância das edificações de saúde modernas baianas, construídas a partir da década de 1930 (ANDRADE JUNIOR, 2019). Muitas dessas edificações encontram-se em Salvador, entretanto, a maioria delas não tem o seu valor reconhecido, e tampouco está salvaguardada.

Podemos inferir, portanto, que a arquitetura moderna da saúde baiana possui uma memória histórica que precisa ser investigada, compreendida e documentada, pois são edificações que marcaram a consolidação da arquitetura moderna no Estado, sendo que algumas delas apresentam valores culturais importantes que não devem se perder com as transformações sofridas por esses edifícios – principalmente aquelas que ainda mantêm um uso hospitalar.

[...] esses edifícios vêm sendo sistematicamente descaracterizados. Evidentemente, diante do fato de continuarem abrigando instituições de saúde e devido às demandas decorrentes desses usos, essas edificações precisam ser periodicamente atualizadas em termos funcionais e, muitas vezes, necessitam ter seu perfil de atendimento radicalmente modificado para poderem continuar servindo à população. (ANDRADE JUNIOR, 2011, p.138)

O *tombamento* é, no Brasil, o principal instrumento de salvaguarda das edificações, preservando bens que pertencem à história e cultura da sociedade. Por outro lado, a arquitetura da saúde possui normas rigorosas em relação à sua funcionalidade, sendo um programa bastante regulamentado e que está sempre se modificando para incorporar as novas tecnologias. Essa elevada demanda de alterações na arquitetura provoca, em muitos casos, um conflito com a questão patrimonial. Nesse sentido, segundo Andrade Junior (2011), a falta de proteção em relação aos edifícios de saúde

pode gerar uma descaracterização dos seus valores culturais, que acabam, geralmente, não sendo preservados durante as intervenções para a adequação da sua estrutura física às novas necessidades funcionais das instituições de saúde.

Independentemente de manterem ou não os usos para os quais foram concebidos originalmente, muitos desses edifícios vêm sendo objeto de equivocadas e descaracterizadoras intervenções, empreendidas de forma desnecessária e por absoluto desconhecimento dos valores culturais desses edifícios. Os órgãos nacional e estadual de preservação do patrimônio cultural atuantes na Bahia não têm envidado esforços na identificação e preservação dos exemplares mais significativos dessa produção [...] (ANDRADE JUNIOR, 2011, p.138-139)

Isso não significa, como explicita o pesquisador, que a solução estaria apenas em tomar todos os bens de interesse para a arquitetura moderna da saúde, visto que “o tombamento, desvinculado de outras ações, não é suficiente para impedir a descaracterização de um bem cultural” (ANDRADE JUNIOR, 2011, p.139). Ele afirma que o ideal, para se preservar esses bens, é a realização de pesquisas e a divulgação dos seus valores histórico, arquitetônico e social, promovendo, entre usuários e gestores, o reconhecimento desses valores culturais, e despertando o interesse das pessoas em preservar esses bens durante as suas atividades diárias.

A compreensão dos valores culturais e da trajetória histórica das edificações de saúde, portanto, é fundamental; e estudar seu processo de mudanças físico-espaciais a partir da sua história pode auxiliar no planejamento projetual das futuras intervenções ou usos pensados para esses edifícios, de forma que se preservem, o máximo possível, elementos de valor cultural da sua estrutura original. Dessa maneira, será possível aprimorar as estratégias de salvaguarda da memória do patrimônio cultural da saúde no Brasil.

Levando em consideração todos os aspectos abordados, entende-se a relevância desta investigação, que será realizada em Salvador, pois, sendo a capital do Estado, concentrava a maioria dos atendimentos<sup>2</sup> de saúde da Bahia até meados do século XX. Além disso, apresentou uma vasta e rica produção da arquitetura moderna – incluindo edifícios de saúde, muitos deles voltados para o combate à tuberculose – a despeito de ainda haver pouca visibilidade, em âmbito nacional e internacional, destes exemplares. Nesse sentido, torna-se ainda mais relevante investigar, documentar,

---

<sup>2</sup> Segundo a Revista Fiscal da Bahia (1949), considerando todos os hospitais e casas de saúde da cidade, Salvador possuía, em 1949, quase 3.500 leitos. Estes totalizavam 70% da quantidade de leitos do Estado, sendo um para cada 100.000 habitantes da capital.

analisar e divulgar esses edifícios, a fim de valorizar a memória da arquitetura moderna da saúde na Bahia, evidenciando o caráter notório que a arquitetura antituberculose alcançou naquele período.

Como explicitado por Costa (2008), é necessário se contar a história da arquitetura hospitalar brasileira através de estudos de caso. Assim, esta pesquisa poderá contribuir para preencher lacunas documentais sobre o projeto original e as transformações vivenciadas pelo emblemático Hospital-Sanatório Santa Terezinha, edificado em um período fundamental não somente para a consolidação das instituições de saúde pública no país, mas também para o próprio estabelecimento e difusão da linguagem da Arquitetura Moderna.

## **Metodologia**

### **I) Coleta dos dados**

A presente pesquisa trata-se de um *estudo de caso* sobre o objeto empírico deste trabalho, o antigo Hospital-Sanatório Santa Terezinha, construído com base em uma *revisão bibliográfica* de fontes primárias e secundárias, na *pesquisa de campo* e na *análise documental* de documentos textuais e iconográficos que possibilitaram dar respostas aos objetivos traçados.

### **II) Levantamento bibliográfico**

Visando construir o estado da arte sobre o tema, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica, em fontes primárias e secundárias, sendo consultadas publicações de referência que abordam aspectos históricos e conceituais sobre a temática. Assim, foram realizadas leituras de livros clássicos e de artigos científicos que tratam sobre temas como: 1) a história da tuberculose e da arquitetura da saúde, focando principalmente na arquitetura antituberculose, com suas soluções projetuais e seus princípios funcionais e tipológicos; 2) a arquitetura moderna, seus valores culturais, o patrimônio cultural da saúde e a linguagem moderna na arquitetura antituberculose.

Também foram verificados periódicos (revistas ou jornais), publicados tanto no período de elaboração e construção do projeto do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, quanto aqueles divulgados posteriormente, contendo informações relevantes sobre a trajetória e a estrutura do hospital. Para complementar as

informações sobre o edifício estudado, foram investigados materiais das construtoras, de arquivos históricos e da própria instituição analisada, que também foi fonte de dados sobre o edifício e seu percurso desde a sua criação.

Na cidade de Salvador, foram visitados/acessados os seguintes arquivos para obtenção de dados: Biblioteca dos Barris, Biblioteca de Saúde Pública, Biblioteca do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, Centro de Memória Odebrecht (CMO), Fundação Gregório de Mattos, Arquivo Público Municipal, Fundação Pedro Calmon, Superintendência de Meio Ambiente e Infraestrutura da Universidade Federal da Bahia (SUMAI-UFBA) e Faculdade de Arquitetura da UFBA (FAUFBA). Já na cidade do Rio de Janeiro, foram visitados/acessados os seguintes arquivos, com o mesmo objetivo: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV) e Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz - Fundo Raphael de Paula Souza (DAD-COC-FIOCRUZ).

O levantamento bibliográfico e acesso a esses acervos permitiu que fossem encontradas publicações de relevância para a pesquisa, sejam elas do antigo MES, de associações médicas ou de periódicos, como: *Brazil Builds* (1943), *Jornal dos Clínicos* (1944), *Revista Fiscal da Bahia* (1949), *Revista Acrópole* (1957), *Técnica – Revista de Engenharia e Arquitetura* (1950), *Catálogo de Obras da Norberto Odebrecht Construtora* (1950), *Odebrecht Informa* (1998).

Para a melhor compreensão da presente proposta de dissertação e do embasamento teórico para subsidiar a análise do objeto pesquisado, os conceitos de referência fundamentais estudados neste levantamento bibliográfico foram divididos em dois grandes eixos, que culminaram nos capítulos 1 e 2 deste trabalho. O *primeiro capítulo* aborda os paradigmas médicos, o combate à peste branca e o panorama da arquitetura da saúde com ênfase na memória da arquitetura antituberculose, considerando as soluções arquitetônicas surgidas para tratar a patologia pulmonar. Para tanto, se subdivide em três itens: a) Percursos históricos da tuberculose; b) Paradigmas médicos e o combate à peste branca; c) A memória da arquitetura antituberculose.

Já no *segundo capítulo*, foram discutidos conceitos teóricos e de intervenção sobre o patrimônio cultural, e mais especificamente os aspectos de valores culturais da

arquitetura antituberculose, sua representatividade na própria história e consolidação do Movimento Moderno, seu reconhecimento recente como patrimônio e os desafios para preservá-la. Desse modo, em uma tentativa de maior aprofundamento sobre como têm sido realizadas as intervenções nos edifícios antituberculose que configuram o patrimônio cultural da saúde, este capítulo foi subdividido da seguinte maneira: a) O patrimônio arquitetônico: aspectos teóricos e de intervenção; b) A arquitetura moderna e seus valores culturais c) Patrimônio Cultural da Saúde e a Arquitetura Moderna Antituberculose: atualização funcional e preservação dos valores culturais.

O *terceiro capítulo* destinou-se a apresentar o estudo de caso com análise crítica do objeto empírico deste trabalho, o Hospital-Sanatório Santa Terezinha, evidenciando os princípios da arquitetura moderna antituberculose que lhes foram aplicados em seu projeto original, bem como analisando os seus valores culturais modernos e a trajetória de intervenções para atualização funcional da edificação ao longo da sua história, promovendo discussões acerca da preservação dos seus valores. Sendo assim, o capítulo foi organizado segundo os itens: a) Arquitetura Moderna Antituberculose em Salvador e o Hospital-Sanatório Santa Terezinha; b) Memórias do Hospital-Sanatório Santa Terezinha; c) Implantação e construção do Hospital-Sanatório; d) O edifício do pavilhão principal; e) Desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose diante das transformações físicas e institucionais do complexo hospitalar e seu entorno; f) Desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose diante das transformações físicas e institucionais do pavilhão principal; g) Valores culturais e proteção patrimonial.

Por fim, o *quarto capítulo* foi desenvolvido em decorrência da complexidade que a temática passou a exigir durante a trajetória deste trabalho. Com o objetivo de relatar os processos mais recentes de luta pela preservação dos valores culturais do antigo Hospital-Sanatório Santa Terezinha, esta discussão buscou evidenciar a situação vivenciada pela unidade a partir do ano 2011, quando se iniciaram os primeiros movimentos de reconhecimento dos seus valores. A partir dos dados levantados e analisados no capítulo três, a autora desta dissertação se envolveu diretamente em diversos movimentos sociais de instituições e entidades organizados a partir de 2018 para proteger o edifício, sendo apresentados, sistematicamente, os caminhos

percorridos para salvaguardar a edificação diante das ameaças eminentes de descaracterização em consequência aos últimos projetos de reforma propostos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Foi demonstrado como a gestão privilegiou apenas aspectos funcionais em detrimento da preservação dos valores culturais da unidade e, diante disso, a importância da realização de publicações científicas durante e após o desenvolvimento das pesquisas acadêmicas. Para tanto, o capítulo foi dividido da seguinte maneira: a) Movimentos incipientes de valorização do Hospital-Sanatório Santa Terezinha frente às ameaças de descaracterização; b) Percursos de uma sociedade em busca da salvaguarda do antigo Santa Terezinha; c) Encaminhamentos e desdobramentos dos processos de luta.

### **III) Pesquisa de campo**

Foram realizadas visitas técnicas à instituição para vistoria e levantamento fotográfico e/ou cadastral da sua situação atual, permitindo uma apreensão da sua espacialidade após décadas de funcionamento como estabelecimento assistencial de saúde.

### **IV) Análise documental**

Foram desenvolvidas pesquisas em documentos textuais e iconográficos que revelaram informações sobre o projeto original, a construção e reformas do antigo Santa Terezinha em diferentes momentos da sua história. Para tanto, foram visitados arquivos em Salvador e no Rio de Janeiro, assim como o arquivo da própria instituição de saúde, sendo encontrados materiais como: relatos sobre a elaboração do projeto e programa de necessidades, plantas, fotografias, publicações com informações sobre a construção, descrições sobre o terreno e a implantação. A análise desses documentos permitiu uma melhor compreensão sobre o projeto do hospital, e conseqüentemente, sobre seus processos de transformação ao longo do tempo.

### **V) Resultados e discussão dos dados**

Tendo reunido os registros dos documentos do hospital e da pesquisa de campo, foi possível iniciar uma análise histórica e arquitetônica, avaliando desde o seu projeto original, às reformas relevantes, até o seu contexto atual. Foi possível observar como essa estrutura se comportou ao longo do tempo diante das inovações tecnológicas, como se adaptou às novas demandas das ciências da saúde ou exigências das normas técnicas que regem os ambientes hospitalares, e como lidou – em termos de



preservação – com seus valores culturais diante das intervenções necessárias à permanência do seu funcionamento. Assim, a análise do edifício, em diversos momentos da sua trajetória, se baseou em uma avaliação documental e *in-loco*, bem como no redesenho dos seus projetos originais e de reforma, buscando: 1) o entendimento da sua tipologia formal e funcional; 2) a compreensão do seu programa, realizando o zoneamento, setorização e identificando os seus principais fluxos; 3) e a identificação dos elementos de valor cultural dentro do contexto das transformações empreendidas.

Os resultados desta pesquisa e a discussão sobre os materiais coletados foram apresentados no terceiro e quarto capítulos, tratando de aspectos ligados: 1) às premissas modernas adotadas no projeto original do hospital; 2) às respostas arquitetônicas do edifício para que atendesse às demandas dos paradigmas médicos e tecnológicos da época; 3) às necessidades de atualização funcional para se manter em uso como instituição de saúde ao longo do tempo; 4) ao modo como foi adaptado, preservando ou não suas características modernas e seus valores culturais associados à produção sanatorial; 5) à situação patrimonial que se encontra a edificação. Para tanto, os valores culturais identificados no hospital foram sintetizados e avaliados através de cinco categorias desenvolvidas pela autora a partir dos conceitos trazidos por Ulpiano Meneses (2012) e Nivaldo Andrade Junior (2012), sendo elas: a) valor histórico-social; b) valor estético-projetual-funcional; c) valor técnico-científico; d) valor de notoriedade-exemplaridade; e) valor de autenticidade-integridade e preservação. A partir deste panorama traçado, foram então discutidos os desafios e conflitos na preservação do hospital como testemunho da memória da arquitetura moderna da saúde e da arquitetura antituberculose em Salvador.

## **VI) Estudo comparativo**

Foram comparadas as estruturas originais e atuais da unidade, considerando as intervenções realizadas no hospital nos diferentes momentos da sua história. Esse estudo buscou evidenciar em que medida as atualizações funcionais interferiram ou não na preservação dos valores culturais e da memória daquele edifício moderno antituberculose. Desse modo, tais comparações possibilitaram o desenvolvimento de uma visão crítica a respeito das intervenções, buscando identificar aspectos interessantes adotados para sua modernização (novos fluxos, instalações,

equipamentos, ambientes), assim como possíveis descaracterizações decorrentes dessas reformas. Além disso, foram avaliadas as novas propostas de reforma divulgadas recentemente para o hospital, comparando-as entre si e em relação ao projeto original.



# **CAPÍTULO 1**

PARADIGMAS MÉDICOS, O  
COMBATE À PESTE BRANCA E A  
ARQUITETURA ANTITUBERCULOSE

## 1 PARADIGMAS MÉDICOS, O COMBATE À PESTE BRANCA E A ARQUITETURA ANTITUBERCULOSE

### 1.1 A memória da Tuberculose

A história da tuberculose (TB) demonstra que esta enfermidade sempre teve um grande impacto social e mobilizou inúmeras ações visando a tentativa de controle nas mais diversas sociedades em todo o mundo, sendo encarada como um perigo para a saúde pública (MEDCALF *et al*, 2013). Dentro do entendimento sobre a incidência desta patologia, é importante considerar os seguintes conceitos apresentados por Joffre Rezende (1998):

I) *Endemia*: doença que se manifesta em uma região limitada, com incidência associada a fatores locais, geralmente surgindo em determinado período, e contagiando a população desse lugar.

II) *Epidemia*: elevado número de infectados por uma doença, que se transmite para pessoas de outras regiões, em um período curto.

III) *Pandemia*: doenças epidêmicas de grande proporção, que atingem grandes populações, em diversos países e em mais de um continente.

De acordo com Alexander Medcalf *et al* (2013), a tuberculose é uma doença endêmica em todo o planeta, entretanto, tem assumido novas formas que podem tomar proporções epidêmicas. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1993, declarou a patologia como um caso de “emergência mundial” e, em seu relatório anual de 2019 sobre a enfermidade, aponta que: a) ela tem caráter epidêmico; b) cerca de um quarto da população do planeta está infectada pela bactéria da TB, correndo o risco de desenvolver a doença; c) ela está entre as dez principais causas de morte do planeta, sendo responsável pela maioria dos óbitos provenientes de apenas um agente infeccioso. (WHO, 2019)

[...] a presente luta contra esta doença é o exemplo de alguns dos maiores desafios com que temos que lidar: a resistência dos bacilos da tuberculose aos medicamentos, a sua relação com a epidemia de HIV/AIDS e a necessidade de inovar quer os processos do sistema de saúde, quer os instrumentos que usamos para combater esta doença. (MEDCALF *et al*, 2013, p. viii)

Se hoje, com todos os avanços tecnológicos e de pesquisas científicas no campo da saúde, a tuberculose ainda é uma enfermidade preocupante e não erradicada, os danos causados por ela em outros momentos da história chegaram a ter proporções assustadoras. Segundo Claudio Bertolli Filho (2001), há registros sobre a “patologia dos pulmões” desde a Antiguidade, sendo ela considerada uma doença “enigmática”, que ao longo da história foi responsável por números alarmantes de morbidade e despertou diversas teorias e interpretações sobre sua etiologia, sintomas, controle e formas de tratamento. Já o autor Pedro Paulo Soares (1994) aponta que a relação da doença com o pulmão fez emergir “metáforas aéreas, voláteis, espirituais e profanas” (SOARES, 1994, p. 127) que idealizavam a também chamada “consumção” – desde a Idade Média ao Renascimento, até o século XIX (quando se tornou “o mal do século”). Esta idealização, a partir de metáforas, permitiu uma aceitação e busca pelo belo dentro de todo o sofrimento causado pela TB, e “O espírito romântico do século XIX exacerbou essa mórbida afetividade, esse apaixonado fascínio pelo mal”. (SOARES, 1994, p. 127)

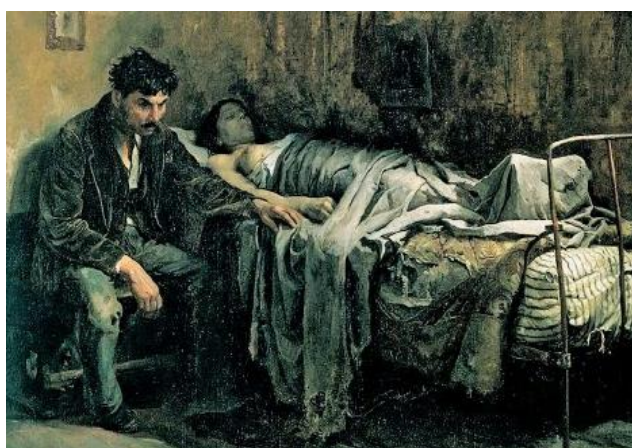
Dentro dessa perspectiva, Helen Bynum (2013) afirma que, durante grande parte do século XIX, quando ainda não se sabia se a moléstia tinha causa hereditária ou infecciosa, muitas pessoas, de fato, a enxergavam através de um olhar romântico, associando a tuberculose a uma “genialidade e sensibilidade apurada” (BYNUM, 2013, p. 3). A denominação de “tísica” para a doença era muito comum neste período, devido ao fato de o corpo dos enfermos consumirem-se internamente e definharem externamente, de forma lenta, através de extensas lesões (principalmente nos pulmões, mas também em outros tecidos do corpo). “A apologia da robustez física como indício da saúde moral e física, por contraste, situou a magreza corpórea e a fragilidade física como símbolos da doença e do comprometimento moral”. (BERTOLLI FILHO. 2001, p. 56). Nesse sentido, Bertolli Filho (2001) enfatiza que, na fase inicial, a doença é muito discreta e difícil de ser detectada por raio X; logo, o indivíduo passa a ter febre, suores, emagrecimento, dores torácicas, tosse, expectoração, cansaço e dificuldade para respirar; por fim, em seu estado grave, o enfermo também apresenta hemoptise (isto é, expulsão de sangue pela tosse).

Os padecentes exaustos tossiam, cuspiam sangue, viam o seu corpo a consumir-se pois não conseguiam deglutir os alimentos devido a terem a laringe (caixa vocal) afetada, nem parar a diarreia, e sentiam o suor ensopar a roupa da cama durante os acessos de febre noturnos. (BYNUM, 2013, p. 3)

Se há um fato compartilhado por diversos autores que estudam a história da tuberculose, é que a doença sempre afetou as camadas sociais ricas (que poderiam gozar de tratamentos em localidades campestres agradáveis); entretanto, eram as famílias menos abastadas aquelas que mais padeciam pela “Peste Branca”: “Por cada caso de tuberculose numa residência confortável, havia muito mais entre os pobres malnutridos” (BYNUM, 2013, p.3). Um outro aspecto de destaque sobre a patologia dos pulmões é que, com a Revolução Industrial na Inglaterra (1760-1840), e a consequente urbanização e adensamento das cidades<sup>3</sup> em todo o mundo, a classe jovem operária, em condições precárias de moradia e trabalho, foi alvo de inúmeras mortes pela epidemia de TB. (BYNUM, 2013)

Multidões operárias concentraram-se nos maiores centros urbanos; adultos e crianças, laborando 15 e mais horas por dia, amontoados em mansardas, subalimentados, vivendo abaixo da condição humana, foram vitimados aos magotes pela tuberculose, cuja mortalidade atingiu a 800 por 100.000, e em Londres, o elevado coeficiente de 1.100 por 100.000. (ROSEMBERG, 1999, p. 7)

**Figuras 2 e 3** – Aquarela de Richard Tennant Cooper, retratando a aproximação da morte de um tuberculoso em sofrimento, 1912 (à esquerda); o tuberculoso em condições ambientais precárias, excluído socialmente e estigmatizado (à direita).



Fontes: MEDCALF *et al* (2013); ROJAS (1886).

Foi no final do século XIX, em março de 1882, que o médico bacteriologista alemão, Robert Koch, apresentou para o mundo a **etiologia** da doença dos pulmões. Assim,

<sup>3</sup> José Rosemberg (1999) ressalta que na França, em meados do século XIX, as intervenções urbanísticas em Paris, para alargamento das avenidas, geraram a demolição de diversos quarteirões de casas populares. Com isso, essas pessoas (geralmente, famílias de trabalhadores) foram viver em condições subumanas, sem o mínimo de higiene, nas periferias da capital francesa. “Nessa massa humana, os óbitos por tuberculose atingiam a 80% da mortalidade geral. Na segunda metade do século XIX, a mortalidade tuberculosa nas capitais europeias ia de 400 a 600 por 100 mil, atingindo a 30% da mortalidade.

foi evidenciado que a tuberculose é uma doença infectocontagiosa (crônica, estacionária ou aguda) causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. O Bacilo de Koch (BK), como ficou popularmente conhecida a bactéria, encontra no pulmão do ser humano (**TB pulmonar**) um espaço favorável para a sua sobrevivência e reprodução, devido à abundância de oxigênio em um ambiente quente, úmido e sombrio. Por isso, a tendência é que essas colônias de micro-organismos migrem para o aparelho respiratório do indivíduo, podendo também se espalhar pelo restante do corpo, seja nos ossos ou tecidos moles (**TB extrapulmonar**). Cabe ressaltar que na **TB óssea ou cirúrgica**, por exemplo, os bacilos se alojam nos ossos, gerando dores e inflamações que podem se agravar, atingindo dificuldades de mobilidade ou perdas ósseas no paciente. (BERTOLLI FILHO, 2001)

Além das bactérias se abrigarem no interior do organismo, especialmente nos pulmões, parte desses bacilos também migra para o meio ambiente, sendo expelidos pela pessoa infectada, através de gotículas microscópicas, que passam por suas vias aéreas. Assim, a partir da tosse, espirro ou fala, o indivíduo pode expulsar no ar até 3,5 milhões dessas bactérias. (BERTOLLI FILHO, 2001)

Como a tuberculose tem uma predileção especial pelos pulmões, é pelo catarro do tísico que centenas de milhares de bacilos – uma quantidade incalculável – é lançada. **Quando um tuberculoso tosse, forma-se, num raio de 1 metro, uma nuvem invisível de partículas líquidas em suspensão** – os perdigotos – todos ricos de bacilos tuberculosos. São estes germes recém-saídos do organismo doente, dotados de uma virulenta temível, que, atingindo os que estão em torno dos tísicos, produzem a infecção tuberculosa. (PAULA, 1938, p. 13, grifo nosso)

Tendo o conhecimento sobre a causa da TB, o século XX foi marcado, em todo o mundo, pelas inúmeras tentativas de controlar o contágio pela patologia dos pulmões, e de encontrar a sua cura. Isso nos levou à criação de novos paradigmas médicos, além de uma busca por ações conjuntas entre o Estado, a Medicina e a Arquitetura, a fim de diminuir o número de infectados e de óbitos pela tísica, minimizando o sofrimento dos enfermos durante o tratamento, e criando toda uma rede de assistência para essas pessoas. Dessa forma, foram estabelecidas campanhas em diversos países com o objetivo de informar, prevenir e educar a população em relação à peste branca.

No Brasil, este cenário não foi diferente: as descobertas acerca da TB, que se consolidaram na sociedade, desde o início do século XX, fizeram emergir no país a



criação de associações, campanhas, eventos científicos, publicações e políticas públicas com o objetivo de combater a doença. Desse modo, é possível citar como exemplo a publicação de 1938, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, intitulada *Tuberculose*, que abordava temas esclarecedores sobre as causas, sintomas e tratamento da patologia, tais como: I) A tuberculose como epidemia; II) A tuberculose como doença; III) Diagnóstico da tuberculose pulmonar; IV) Tratamento; V) Profilaxia; VI) Conselhos aos sãos (PAULA, 1938). É possível perceber, portanto, nessas publicações<sup>4</sup>, a partir da linguagem clara e do uso de ilustrações, uma tentativa de aproximação da população, de modo que as informações com viés sanitaria e de educação higiênica fossem, de fato, absorvidas por toda a população.

**Figuras 4, 5 e 6** – Cartaz informativo “Tuberculose: os seus perigos, como se propaga, os seus aliados e inimigos e as precauções a tomar contra ela”, França, 1918 (à esquerda); cartaz informativo “Uma mãe pede a uma enfermeira de tuberculose para salvar seu filho”, Itália, 1932 (ao centro); cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose divulgando a importância de buscar serviços e se informar para tratar a TB, Rio de Janeiro, 1920 (à direita).



Fontes: Wellcome Library, London; BYNUM (2013, p. 7); SOARES (1994, p.132).

Em 1945, a TB já era compreendida como uma doença curável, principalmente quando diagnosticada e tratada precocemente, independente do clima predominante na região. O maior aliado da medicina para promover o **diagnóstico** inicial da doença

<sup>4</sup> Esse caráter pode ser nitidamente identificado no folheto O que é indispensável saber sobre a tuberculose, elaborado durante a 1ª Semana Brasileira Antituberculosa, impresso e distribuído pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose para a população carioca. Em 1945, a Sociedade Brasileira de Tuberculose atualizou o seu conteúdo e fez novas divulgações da publicação, que abordava: I) O que é a tuberculose; II) Tuberculose – doença contagiosa; III) Como evitar o contágio; IV) Diagnóstico da tuberculose no início; V) Vacinação pelo B.C.G. contra a tuberculose; VI) A tuberculose é curável. (SOCIEDADE...1945)



era o exame por raios X, sendo, portanto, indicada a realização anual ou bianual deste, a fim de permitir uma *investigação radiológica* aprofundada dos pulmões, indo além das tradicionais escutas pulmonares, percussão e apalpação pelo médico. (SOCIEDADE...1945). Além disso, José Leopoldo Antunes *et al* (2000) salientam a existência do método da *abreugrafia*<sup>5</sup>, desenvolvido no Brasil, em 1936, pelo médico Manoel Dias de Abreu, e amplamente utilizado nos serviços públicos de saúde neste período.

No que se refere aos **tratamentos** da patologia, inicialmente, apostava-se na *climatoterapia*, na qual as condições climáticas, umidade relativa do ar, altitude, insolação e ventos, eram fatores essenciais para a cura dos pacientes. O tratamento realizado em locais altos foi um dos principais princípios da climatoterapia, surgindo no final do século XVIII (BITTENCOURT, 1998). Outras terapêuticas também se tornaram protagonistas, e o tratamento poderia durar entre dois ou três anos, com chances de cura minimizadas quando o paciente era assistido em uma fase mais tardia da doença (SOCIEDADE...1945). É fundamental ressaltar que a *helioterapia*, segundo André Tavares (2005), consagrou-se, até a segunda metade do século XX, como uma terapêutica mais poderosa indicada para tratar a TB óssea<sup>6</sup>, apostando nos benefícios para as funções orgânicas, a partir da exposição do paciente aos raios solares. Esse tratamento, com eficácia ortopédica, era baseado na higiene solar, poderia ser aplicado preventivamente e deveria ser associado a outras práticas, como a vida ao ar livre, próxima à natureza, à beira-mar ou em altitude.

Além dessa terapêutica, existiam outras maneiras para prestar assistência ao tuberculoso, como a *cura higienodietética*, que consistia no tratamento a partir do repouso físico contínuo e prolongado, aliado a uma alimentação balanceada, que

---

<sup>5</sup> O procedimento, mais simples e menos dispendioso do que a radiografia, era realizado nos edifícios de tratamento da TB e caracterizava-se pela combinação entre a radiografia e a fotografia, com o objetivo de investigar a TB pulmonar, podendo também sinalizar a existência do câncer ou de cardiopatias. Consistia, portanto, no registro fotográfico da imagem que aparecia na radioscopia do tórax, possibilitando sua aplicação em larga escala. Apesar disso, diversas críticas ao método foram evidenciadas (como a falta de precisão e a dificuldade em relação às conduções dos casos duvidosos) e a partir do final da década de 1970, a abreugrafia deixou de ser obrigatória para pacientes assintomáticos, sendo substituída pela *baciloscopia* (com menor custo e operacionalização mais simples) nos sintomáticos.

<sup>6</sup> Para determinados tipos de lesões, nomeadamente o mal de Pott, a imobilização era fundamental, bem como a aplicação de aparelhos de extensão ou gessos de correção. A operação ou a intervenção cirúrgica deveria ser evitada sempre que possível já que era a transformação do organismo que deveria ser capaz de ganhar o combate com a doença maligna. (TAVARES, 2005, p. 115)

gerasse equilíbrio nutritivo, e a permanência em ambientes limpos, onde houvesse contínua aeração, para a renovação do ar contaminado (SOCIEDADE...1945). Essa terapêutica sanatorial era uma regra inicial básica, havendo também o uso das injeções de cálcio e sais de ouro, e sendo associada às soluções colapsoterápicas, quando seus resultados não eram tão favoráveis (BERTOLLI FILHO, 2001). Uma terceira opção de tratamento era a *colapsoterapia*, que envolvia métodos com o objetivo de diminuir as partes lesionadas dos pulmões, colocando-as em repouso, isoladas do restante do organismo sadio, para que este se recuperasse, tendo como exemplos o pneumotórax, a operação de Jacobeaus, frenicotomia ou a toracoplastia<sup>7</sup> (SOCIEDADE...1945).

Todos esses olhares acerca das causas e profilaxia da TB foram o princípio de uma longa construção para que, atualmente, tenhamos uma consolidação em relação ao diagnóstico e tratamento desta patologia. Hoje, a OMS preconiza que

Com diagnóstico e tratamento oportunos baseado numa primeira linha de antibióticos por 6 meses, a maioria das pessoas que desenvolve TB pode ser curada e a transmissão contínua da infecção pode ser reduzida. O número de casos de TB que ocorrem a cada ano (e, portanto, o número de mortes relacionadas à TB) pode também ser minimizado pela redução da prevalência de fatores de risco relacionados à saúde para a TB (por exemplo: tabagismo, diabetes e infecção pelo HIV), fornecendo medidas preventivas de tratamento para pessoas com infecção latente de TB, e desenvolvendo ações multisetoriais em variáveis determinantes da infecção e doença da TB (por exemplo: pobreza, qualidade da habitação e desnutrição). (WHO, 2019, p. 1, tradução nossa)

Dentro desse panorama, é fundamental compreender os paradigmas médicos dominantes nos séculos XVIII, XIX e XX, que embasaram a estruturação de uma rede

---

<sup>7</sup> Antunes *et al* (2000) ressaltam que o *pneumotórax artificial*, muito utilizado a partir da década de 1930, era uma técnica cirúrgica secundária no tratamento da TB, aplicada apenas em casos de diagnóstico precoce, como meio de estabilizar (e não de curar) a doença. Caracterizava-se pela “injeção de ar ou substâncias inertes na cavidade pleural, para pressionar o pulmão afetado e diminuir sua movimentação” (ANTUNES *et al*, 2000, p. 370). Era, portanto, invasiva, dolorosa e arriscada, em termos de efeitos colaterais, mas os médicos compreendiam que a indução do repouso mecânico, e conseqüente redução do trabalho dos pulmões, eliminaria as colônias de BK. Bertolli Filho (2001) afirma que quando o pneumotórax não conseguia controlar o processo infeccioso, indicava-se a *tisiocirurgia*, a fim de forçar o repouso do pulmão afetado – seja através da linha cirúrgica denominada *frenicectomia* (intervenção nos nervos frênicos) ou da toracoplastia (intervenção nas costelas). Essa última técnica operatória, realizada em pelo menos dois momentos, era altamente dolorosa e “tinha como subproduto a deformação do tórax e o desvio da coluna vertebral, abrindo chances para que o doente ficasse corcunda” (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 155). O autor ainda explica que a *operação de Jacobeaus* era um procedimento mais simples, consistindo na seção das aderências pleurais, que eventualmente impediam a realização do pneumotórax (e, mesmo assim, gerou complicações pós-cirúrgicas em cerca de 40% dos casos, em 1936 e, de 77%, em 1940).

de atenção à saúde para combater a tuberculose naqueles períodos, buscando um entendimento sobre aquilo que se perpetuou e/ou se modificou na contemporaneidade, interferindo nas estruturas físicas dos edifícios de saúde ligados ao tratamento da doença do peito.

## 1.2 Paradigmas médicos e o combate à Peste Branca

Ao longo da história, a etiologia das doenças (especialmente das epidemias) foi tratada de diversas maneiras, que vão desde a ira divina ou conjunções astrais, até as variáveis climáticas e geográficas (TEIXEIRA, 1995). Sendo assim, um olhar retrospectivo sobre os processos de adoecimento nas antigas civilizações traz evidências de que as pessoas adoeciam e morriam, sem ao menos conseguirem estabelecer a causa da enfermidade e do óbito. Ademais, se a causa das doenças era desconhecida, também não era possível definir protocolos de prevenção e controle. Nesse contexto, as epidemias dizimavam milhares de pessoas sob o olhar impotente dos cuidadores, profissionais de saúde e cientistas desses períodos.

Ainda que não seja o propósito deste trabalho fazer uma descrição histórica das contribuições científicas precursoras da teoria bacteriana, vale ressaltar que inúmeros estudiosos abriram os caminhos para as descobertas de Robert Koch e Louis Pasteur, bem como para todos os avanços que se seguiram e que interferiram nos **paradigmas e práticas médicas**, como a descoberta das vacinas e dos quimioterápicos (antibióticos). O olhar sobre as patologias, assim como o modo de tratá-las, acabam sempre interferindo diretamente nas políticas públicas e nas estruturas dos edifícios de saúde. Portanto, é fundamental ampliar o entendimento acerca desses paradigmas a fim de se compreender, mais profundamente, as estratégias que a humanidade tem usado para combater a tuberculose ao longo da sua história e na contemporaneidade.

Na **Antiguidade**, os registros sobre problemas de saúde nas populações se referiam, basicamente, às epidemias de doenças infecciosas. Doenças como sarampo, varíola, hanseníase, difteria e tuberculose se manifestaram no Egito e na Grécia Antiga, na forma de epidemias, dizimando grandes parcelas da população. (TEIXEIRA *et al*, 2011) Os tratamentos eram muito pautados na sacralidade, apesar de também existirem aqueles que se aventuravam a estudar o corpo humano, como Hipócrates, que ficou conhecido como *o pai da medicina*, apesar de haver outros grandes

estudiosos anteriores a ele, nas sociedades egípcia, islâmica e oriental. O trabalho hipocrático, na Grécia Antiga, resultou na elaboração de postulados terapêuticos, a partir da identificação de sintomas e manifestações patológicas, buscando a compreensão sobre o funcionamento do corpo humano, e criando tratados de conduta clínica e ética do médico. É importante salientar que Hipócrates (193-), no seu *Tratado dos ares, das águas e dos lugares*<sup>8</sup>, já enfatizava que a causa das doenças estava no meio ambiente, e não em elementos divinos, tendo o médico a obrigação de compreender as condições climáticas, topográficas e hídricas das cidades nas quais chegavam para tratar as enfermidades ali presentes.

A partir dos séculos XV e XVI, tornaram-se inquietantes as elevadas taxas de mortalidade na Europa, em decorrência da tuberculose, sendo iniciados estudos mais aprofundados sobre esta e outras enfermidades epidêmicas a partir do século XVII (BERTOLLI FILHO, 2001). Considerando esse contexto do final da **Idade Média**, Michel Foucault (1979) destaca a manifestação de um “medo urbano” ligado aos temores diante do aparecimento das epidemias, dos cadáveres e das tensões sociopolíticas dentro das cidades. O autor exemplifica esse pânico, constantemente presente na urbe, a partir do caso do *Cemitério dos Inocentes*, em Paris, onde inúmeros cadáveres (especialmente dos pobres e plebeus) eram depositados desordenadamente<sup>9</sup>.

Diante desses cenários caóticos que assolavam inúmeras cidades europeias, cabe salientar a existência de um modelo político médico de urgência que deveria ser aplicado naquele período, caso surgisse alguma epidemia grave em uma cidade: a

---

<sup>8</sup> Todo aquele que almejar aplicar-se convenientemente à medicina, deve praticar o que se segue: observar, primeiramente, quanto às estações do ano, os efeitos que cada uma delas possa produzir [...]; em segundo lugar, os ventos quentes e os ventos frios [...] Deve, outrossim, levar em conta a qualidade das águas, pois estas tanto diferem pelo seu sabor e pela sua densidade, quanto se diferenciam pelas suas propriedades. [...] Examinará se o solo é despido e seco, ou coberto de vegetação e úmido; se é baixo e adusto pelos calores sufocantes, ou se é elevado e frio. [...] Após tais investigações e com a previsão dos tempos, estará em condições de enfrentar qualquer caso particular, conhecerá os meios mais próprios para restabelecer a saúde, e não alcançará medíocre sucesso no exercício de sua arte. (HIPÓCRATES, 193-, p. 3-4)

<sup>9</sup> O amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres se empilhavam acima do muro do claustro e caíam do lado de fora. Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças. Em todo caso, no espírito das pessoas da época, a infecção causada pelo cemitério era tão forte que, segundo elas, por causa da proximidade dos mortos, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia, etc. (FOUCAULT, 1979, p. 50)

**quarentena.** Para lidar com a hanseníase (lepra), o método consistia em excluir o indivíduo dos muros do tecido urbano, afastando-o do convívio social neste meio. “Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros” (FOUCAULT, 1979, p. 51). Para o combate à Peste, por outro lado, foi estabelecido um esquema de internamento dos doentes, pautado em inspeções, observações, registros, isolamento, vigilância e controle dos sujeitos e da cidade. (FOUCAULT, 1979)

Nota-se, portanto, que a essência da quarentena pautava-se em uma busca pela organização sanitária das cidades através de medidas como: 1) permanência das pessoas em suas casas; 2) divisão do tecido urbano e bairros, que seriam inspecionados e vigiados diariamente, evitando deslocamentos dos habitantes; 3) elaboração de relatórios para registrar as observações diárias das inspeções; 4) verificação diária dos vivos, doentes e mortos, tomando as medidas necessárias em cada caso; 5) e desinfecção das casas, através da queima de perfumes. (FOUCAULT, 1979)

Apesar da quarentena ser uma medida muito adotada para conter as epidemias nesse período, vale ressaltar que havia estudiosos se debruçando sobre investigações para compreender as patologias, desenvolvendo teorias e métodos que pudessem auxiliar no seu combate. Nesse contexto do final do século XVII, é importante salientar que, em 1665, utilizando um microscópio simples, Robert Hooke identificou as células, individualmente, marcando o início da **teoria celular**, segundo a qual todas as coisas vivas são compostas por células. Entretanto, o microscópio de Hooke não tinha resolução para a identificação dos micróbios. Posteriormente, o mercador holandês e cientista amador Anton van Leeuwenhoek, conseguiu observar micro-organismos vivos através de lentes de aumento de microscópios de melhor resolução, fabricados por ele. Assim, entre 1673 e 1723, ele escreveu uma série de cartas para a *Sociedade Real de Londres* descrevendo, com desenhos detalhados, os “animálculos” provenientes da água de chuva, das fezes e de material raspado de seus dentes. Tais desenhos foram identificados como representações de bactérias e protozoários. (TORTORA *et al*, 2012)

Apesar das evidências desses estudos, o esquema da quarentena era realmente predominante diante da compreensão sobre as doenças naquele momento, tornando-se a base para a consolidação da **medicina social urbana**, que se desenvolveu principalmente na França, em meados do século XVIII, tendo como aspecto fundamental o nascimento das ideias sobre salubridade e higiene pública.

Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. (FOUCAULT, 1979, p. 54)

Assim, a medicina social urbana analisava o que o meio ambiente poderia causar aos organismos e, por conta disso, foi responsável pela aproximação da ciência médica com outras ciências, como a química (através da busca pela análise do ar, das correntes de ar, das condições de vida e de respiração às quais os sujeitos estavam submetidos). Pode-se afirmar, desse modo, que a medicina científica surgiu a partir dos movimentos ligados à urbanização, que promoveram as variáveis para a criação de uma medicina social e coletiva dentro das cidades. “A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência”. (FOUCAULT, 1979, p. 53)

Um dos principais objetivos da medicina urbana consistia em avaliar nas cidades os locais perigosos e confusos, contendo amontoados e acúmulos de tudo aquilo que fosse capaz de causar doenças, podendo formar e espalhar endemias ou epidemias. Foi nesse momento que surgiram, por exemplo, os cemitérios com caixões individuais, os quais foram transferidos para a periferia do tecido urbano, em meados de 1780, como uma medida político-sanitária de proteção à população. Nesse sentido, a medicina urbana buscava controlar, prioritariamente, a circulação da água e do ar a fim de criar uma cidade higiênica. (FOUCAULT, 1979)

É possível considerar que este viés encontrava respaldo na **teoria miasmática**, predominante durante todo o século XVIII, e até parte do século XIX. Giovana Mastromauro (2011) aponta que essa crença se relacionava, basicamente, com aspectos ligados à insalubridade: “acreditava-se serem os miasmas emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano [...] seriam

gerados pela sujeira encontrada nas cidades insalubres, e também por gases formados pela putrefação de cadáveres [...]” (MASTROMAURO, 2011, p. 1). Segundo a autora, os miasmas eram definidos a partir de expressões como: “malcheirosos, podres, pântanos, decomposições de matérias vegetais e animais, temidos ou mortíferos”; e se faziam presentes nos mais diversos lugares e situações (desde aglomerações, aos excrementos, solos úmidos, habitações, hospitais ou pessoas enfermas). A profilaxia para evitar doenças, portanto, consistia em afastar os miasmas, isto é, a insalubridade. Posto isto, Foucault (1979) observa que

[...] o ar tinha uma influência direta sobre o organismo, por veicular miasmas ou porque as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia se comunicavam ao organismo ou, finalmente, porque se pensava que o ar agia diretamente por ação mecânica, pressão direta sobre o corpo. O ar, então, era considerado um dos grandes fatores patógenos. (FOUCAULT, 1979, p. 52)

Considerando esse entendimento, a teoria miasmática preconizava a necessidade de se “limpar” o tecido urbano para haver uma circulação do ar sadio, que não fosse bloqueado por muros ou construções amontoadas capazes de “sujá-lo” e adoecer a população. Foi através dessa busca pelo arejamento urbano que médicos, químicos e outros cientistas apostaram em *métodos higienistas*, visando a manutenção da qualidade do ar nas grandes cidades. Logo, largas avenidas foram abertas e diversas casas foram demolidas nos centros urbanos para se criar espaços com ventilação cruzada, havendo também intervenções com o objetivo de conceber corredores de água que pudessem “lavar” as cidades dos miasmas. (FOUCAULT, 1979)

Na referida teoria, quando um solo era denunciado como insalubre (perigoso), ele devia logo ser drenado a fim de torná-lo inofensivo para os seus arredores. As ruas deveriam ser pavimentadas para isolar a sujeira e para que a lavagem do solo fosse facilitada. Limpar significa muito mais do que simplesmente lavar, drenar. O ideal era assegurar o escoamento, a evacuação, a eliminação da imundice. (MASTROMAURO, 2011, p. 3)

Houve então um despertar para a necessidade de se controlar o solo, o subsolo e a propriedade privada em prol da segurança sanitária e da coletividade, visto que na segunda metade do século XVIII, a falta de organização em relação à distribuição da água e dos esgotos nas cidades era uma das importantes variáveis que influenciava no surgimento das epidemias nesses centros<sup>10</sup>. Segundo Foucault (1979), foi nesse

---

<sup>10</sup> Era comum, por exemplo, haver a mistura da água suja com a água coletada para o consumo humano, devido à proximidade entre os esgotos e as fontes. Dessa maneira, em 1742, foi elaborado

momento que surgiu o objetivo do poder político de alcançar a saúde, bem-estar físico e longevidade da população. Desse modo, foi instituída uma *polícia* para manter a ordem no meio urbano, organizar as questões econômicas e tudo o que interferisse nas condições de saúde das pessoas. Abriu-se, com isso, um espaço fundamental para a consolidação de um discurso e vigilância do médico acerca da cidade, da sociedade, dos seus hábitos, sua saúde e suas doenças. A medicina passou a exercer um poder na administração pública, utilizando o seu saber técnico geral de saúde e extrapolando a prestação de serviços assistenciais ligados apenas à cura das doenças.

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, “melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX. (FOUCAULT, 1979, p. 112)

Considerando esses aspectos, Foucault (1979) ainda destaca um outro marco nesta relação estabelecida entre o Estado, a cidade, as políticas de saúde e a medicina, no final do século XVIII: a **medicalização hospitalar**. O hospital passou a surgir como um instrumento terapêutico, substituindo o modelo hospitalar ultrapassado da Idade Média, que não se configurava como curativo, mas sim como segregador e voltado para a assistência aos pobres ou outras pessoas excluídas socialmente. Inúmeros eram os problemas deste modelo de hospital: desordem, quantidade insuficiente de vagas, diversas exigências para acessá-lo, escassa vigilância médica e tratamentos pouco efetivos aos enfermos. Era um verdadeiro

Fragmento de espaço fechado sobre si, lugar de internamento de homens e de doenças, arquitetura solene mas desajeitada que multiplica o mal no interior sem impedir que ele se difunda no exterior, ele é mais um foco de morte para as cidades onde se acha situado do que um agente terapêutico para a população inteira. (FOUCAULT, 1979, p. 112)

A partir do entendimento higienista sobre a dinâmica urbana, do novo lugar ocupado pelo médico na sociedade e do olhar sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas, foram iniciados os movimentos para transformar as antigas estruturas

---

o primeiro plano hidrográfico de Paris, a partir de estudos que apontavam os locais adequados para coletar a água limpa, bem como os métodos para inspeção e domínio da vida fluvial. Também foram criadas leis de apropriação e controle do subsolo e das áreas comuns do solo, pelo Estado, que só conseguiu estabelecer esse controle nas propriedades privadas a partir do século XIX. (FOUCAULT, 1979)



hospitalares. Haveria uma reorganização arquitetônica, institucional e técnica nessa reforma hospitalar, a partir da compreensão que o hospital seria o local mais adequado para se exercer as tecnologias médicas, empreender pesquisas e formar médicos. Desse modo, a estrutura hospitalar deveria ser funcional, com uma espacialidade interna medicamente eficaz para a realização de ações terapêuticas, permitindo medir, controlar e curar os corpos ali presentes. O discurso médico, portanto, passou a ser protagonista dentro dos hospitais, que funcionariam como uma *máquina de curar* e abririam caminhos para grandes avanços da ciência médica (FOUCAULT, 1979). Foi no final do século XVIII, então, que o olhar médico sobre o doente nas enfermarias hospitalares gerou novas percepções sobre a tuberculose (BERTOLLI FILHO, 2001).

O hospital despontou no início do século XIX como o local propício para o desvelamento da naturalidade da doença. A sensibilidade clínica, guiada pela lógica iluminista impunha a regularidade das observações que se definiam como experiência coletiva (BERTOLLI FILHO, 2001, p.36).

O século XIX se iniciou, portanto, com o predomínio dessa ideia de medicalização nas mais diversas esferas: o sujeito, a família, o poder público, as instituições, a ciência e a cidade. Apesar desses avanços, Maria Glória Teixeira *et al* (2011) ressaltam que, até o século XIX, praticamente não havia o controle das patologias; entretanto, já se evidenciava um conhecimento sobre a dinâmica do contágio, uma vez que eram adotadas medidas de isolamento de indivíduos portadores de doenças contagiosas (como a TB) através da quarentena. De acordo com Bertolli Filho (2001),

Se no início do século XIX ainda prevalecia a orientação segundo a qual os ambientes praiano e campestre ou mesmo a reclusão em quartos fechados constituíam-se nos espaços apropriados para o tratamento dos tributários da Peste Branca, a partir de meados daquela centúria, a medicina germânica tornou-se propulsora do movimento que atestava ser as regiões montanhosas e de clima frio o contexto ideal para o tratamento dos infectados e dos fracos do peito, inaugurando a era sanatorial de isolamento dos pectários. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 42)

Ainda segundo Bertolli Filho (2001), com o crescimento das cidades europeias, o adensamento populacional, a falta de higiene e de boas condições de moradia e trabalho, a tuberculose – ou *o mal do século* – causou cerca de um bilhão de mortes no século XX e impulsionou movimentos oficiais de combate à doença. Assim, foram criadas casas de saúde especializadas e diversos sanatórios, que constituíam os espaços de saber e de cura da tuberculose, excluindo os infectados pelo bacilo de Koch da sociedade sadia. No Brasil, este cenário caótico não foi diferente: a partir da

Proclamação da República, em 1889, a doença do peito passou a ser considerada um problema de saúde pública, devido à elevada quantidade de óbitos que gerava em todos os estados brasileiros.

O advento do regime republicano incentivou os debates que resultaram na elaboração de um projeto nacional modernizante e calcado nos modelos representados pelos chamados 'países civilizados'. Neste processo, a Saúde Pública foi considerada um dos principais setores onde a administração governamental deveria intervir, já que, segundo os ideólogos do período, o padrão sanitário predominante no momento imperial depunha contra a qualidade da 'raça brasileira', minando o espírito coletivo comprometido com os interesses nacionais. A definição do Brasil como um 'vasto hospital' exigia a imediata intervenção sanitária, estabelecendo as possibilidades e os limites da 'regeneração' da força de trabalho autóctone, assim como a atualização disciplinadora da sociedade brasileira. A intervenção oficial na esfera higiênica, entretanto, realizou-se basicamente nos espaços urbanos situados nas unidades mais ricas da federação, especialmente as metrópoles carioca e paulista e, secundariamente, outras capitais estaduais que tinham sofrido sensível aumento populacional nas últimas décadas do século XIX, tais como Recife, Salvador e Porto Alegre. (BERTOLLI FILHO, 2001, p.60)

São Paulo foi o primeiro estado brasileiro a criar um movimento de combate à tuberculose, quando o médico higienista e diretor do Serviço Sanitário paulista entre 1898 e 1917, Emílio Ribas, convidou o médico carioca Clemente Ferreira para trabalharem juntos neste propósito. Em 1899, Ribas e Ferreira fundaram a *Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos*, que, em 1903, tornou-se a *Liga Paulista contra a Tuberculose* (BERTOLLI FILHO, 2001). Esta instituição se vinculou à *Liga Brasileira contra a Tuberculose*, que foi fundada em 1900 pelo médico tisiologista José Jerônimo de Azevedo Lima, tendo como programa básico: "1º) propaganda preventiva ou profilática contra o contágio da tuberculose; 2º) fundação de estabelecimentos especiais ou sanatórios para a cura sistemática desta moléstia no primeiro período; 3º) fundação de hospitais especiais para isolamento dos tísicos adiantados". (LIBANIO, 1944, p.13)

Como é possível perceber, as medidas de isolamento social e quarentena eram comumente adotadas em todo o mundo para controlar a disseminação das doenças infectocontagiosas, tendo como base principal a teoria dos miasmas e as práticas higiênicas. Entretanto, Mastromauro (2011) aponta que em meados do século XIX, inúmeras pesquisas<sup>11</sup> desencadearam o aparecimento da **era bacteriológica**, que

<sup>11</sup> Phylis Allen (1949), em sua dissertação, relata que em meados do século XIX, os *animaculistas* formularam suas hipóteses sobre a etiologia das doenças, associadas a pequenos animais, produzindo indicações muito próximas da solução científica sobre a etiologia das doenças infecciosas. Entretanto, por inúmeras razões, dentre elas a falta de técnicas e recursos instrumentais

apenas em 1880 apresentou respostas mais concretas para os seus estudos. Mesmo assim, não foi rapidamente incorporada pelos médicos, ainda apegados à teoria miasmática: “Os miasmas dominavam o terreno científico, e foram necessários anos de estudo para que a bacteriologia se firmasse como ciência absoluta”. (MASTROMAURO, 2011, p. 6-7)

Assim foi concebida a bacteriologia, balizada no aperfeiçoamento dos microscópios e nas técnicas de observação/ experimentação; não obstante, suas premissas penetraram lentamente o saber e a prática médica, assim como fomentaram várias disputas e controvérsias entre partidários e opositores desse novo paradigma. (MALAQUIAS, 2015, p. 4)

Já se sabe que a teoria miasmática, na qual a doença era atribuída a miasmas ou outros venenos resultantes da decomposição de sujeira de todos os tipos, resultou na definição de códigos sanitários em diversos países. Dessa forma, apesar de algumas resistências, ela também criou um clima favorável à aceitação da **teoria dos germes** (bacteriológica), sobretudo devido ao sucesso obtido com o uso de desinfetantes e a introdução de procedimentos antissépticos em cirurgias. Tais resultados sugeriram que havia alguma base orgânica para a doença, embora sua natureza exata ainda fosse desconhecida. (ALLEN, 1949)

Os argumentos sobre a geração espontânea continuaram até 1861, quando o cientista francês Louis Pasteur<sup>12</sup> demonstrou que os micro-organismos estavam presentes no ar e poderiam contaminar soluções estéreis, mas que o ar por si só não era capaz de criar micróbios. Além disso, Pasteur provou que os micro-organismos podem estar

---

de qualidade, eles não conseguiram apresentar soluções convincentes, por omitirem a prova experimental. Por outro lado, após van Leeuwenhoek descobrir o mundo “invisível” dos micro-organismos, a comunidade científica da época focou a sua atenção na origem dessas minúsculas “coisas vivas”, de modo que, até a segunda metade do século XIX, muitos cientistas e filósofos acreditavam na geração espontânea, ou seja, que algumas formas de vida poderiam surgir, espontaneamente, da matéria morta. (TORTORA et al, 2012)

<sup>12</sup> Para Allen (1949, p.121, tradução nossa), “a carreira de Pasteur coincide com o desenvolvimento da bacteriologia a tal ponto que se pode até dizer que a carreira de Pasteur é a história da bacteriologia”. Desenvolveu o processo conhecido como Pasteurização, demonstrando, conclusivamente, segundo Gerard Tortora et al (2012), que a vida microbiana poderia ser destruída pelo calor, criando assim, a base para o desenvolvimento das técnicas de assepsia. Segundo Benchimol (1990, p. 197), “As primeiras consequências práticas para a higiene hospitalar concerniam aos doentes cirúrgicos e foram desenvolvidas, a princípio, por Joseph Lister, criador da antisepsia, isto é, o emprego de produtos químicos [...] para filtrar o ar dos germes microbianos que estavam em contato com as fraturas e feridas de seus pacientes [...] Acolhida, de início, com ceticismo, esta técnica generalizou-se entre os cirurgiões na década de 1870, combinando-se, a partir de 1886, com a assepsia, desenvolvida por Pasteur. Este método anticontágio, ao invés de só proteger o organismo operado, por meio de compressas ou nuvens com substâncias antissépticas, preconizava a utilização de instrumentos previamente esterilizados pelo calor em estufa ou em autoclave”.

presentes na matéria não viva – sobre os sólidos, em líquidos e no ar (TORTORA *et al*, 2012). Dentro dessa linha de pesquisa, Allen (1949) aponta que a verdadeira prova da causa e transmissão do antraz veio, em 1876, com o trabalho de inoculação de Robert Koch<sup>13</sup>, no qual ele conseguiu associar que um tipo de micróbio gerava um tipo de patologia – sendo esse viés confirmado, em seguida, por Pasteur. Dessa maneira, Teixeira *et al* (2011), afirmam que a *teoria unicausal* de determinação da doença foi elaborada na era bacteriológica e, segundo ela, cada doença infecciosa era produzida por um único agente etiológico. Então, no final do século XIX e início do século XX, foi possível identificar causas, determinantes, dinâmica de transmissão e meios de prevenção das patologias.

Nesse sentido, Jaime Benchimol (1990) ressalta que as teorias bacterianas e as descobertas de Pasteur, entre 1870 e 1880, foram responsáveis pela criação de novos paradigmas dentro do discurso médico, substituindo os princípios da higiene hospitalar predominantes até aquele momento. É fundamental perceber que, ao demonstrar que as doenças eram causadas por micróbios transportados pelo ar, estes também poderiam ser transmitidos através do contato com as mãos do médico. Assim, o próprio profissional também passou a ser considerado como “propagador e reprodutor da doença” (BENCHIMOL, 1990, p. 197), havendo uma alteração no conceito de contágio a partir do advento da microbiologia.

[...] a microbiologia não rompeu, propriamente, com aquelas regras de espacialização destinadas a canalizar ou neutralizar a circulação selvagem dos elementos e fluidos anteriormente identificados como os suportes do contágio. Só que agora elas se revelavam insuficientes para assegurar a salubridade do ambiente hospitalar. (BENCHIMOL, 1990, p. 197)

Pasteur conseguiu, com seus postulados, uma grande audiência da profissão médica, porque, além da emergência de um clima favorável relativo à teoria dos germes, havia também muitas melhorias tecnológicas e de conhecimento dos métodos científicos. Tal audiência era reforçada pelos avanços que estavam sendo realizados em outras

---

<sup>13</sup> Koch descobriu uma bactéria em forma de bastonete, atualmente conhecida como *Bacillus anthracis*, no sangue do gado que morrera de antraz. Ele cultivou a bactéria em meio de cultura e então injetou amostras da cultura em animais saudáveis. Quando estes animais ficaram doentes e morreram, Koch isolou a bactéria de amostras de sangue e comparou com a bactéria originalmente isolada. Ele descobriu que as duas amostras continham a mesma bactéria. Koch estabeleceu, então, uma sequência de passos experimentais para correlacionar diretamente um micróbio específico a uma doença específica. Esses passos são conhecidos como postulados de Koch. (TORTORA *et al*, 2012, p.11)

áreas de conhecimento, como a zoologia, parasitologia, microbiologia, anatomia, histologia, citologia e taxonomia. Outro fator de incentivo era o medo despertado pelas terríveis pandemias de cólera e outras invasões pestilentas em massa, as quais criaram uma demanda, como nunca registrada na Europa, tanto pela busca das causas, como por reformas e limpezas sanitárias. (ALLEN,1949) Sem dúvidas, a tuberculose também teve destaque nessas transmissões catastróficas, atingindo o seu auge de disseminação durante o século XIX. (MASTROMAURO, 2011)

De acordo com Christoph Gradmann (2013), o médico alemão Robert Koch foi o responsável pela descoberta que mudou toda a concepção da medicina sobre a peste branca, quando evidenciou, em 1882, que a doença era causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Até então, o que existia era um entendimento sobre um conjunto de condições e sintomas associados; entretanto, não havia uma denominação para a tuberculose. “Alguns acreditavam que a tísica e o lúpus, por exemplo, eram, de fato, tuberculose dos pulmões ou da pele, respectivamente; enquanto outros as viam como doenças independentes” (GRADMANN, 2013, p. 12). Koch demonstrou, em seu laboratório bacteriológico, experimentalmente, que tais condições eram consequência da ação de apenas um bacilo e, a partir dos seus postulados, outros cientistas desenvolveram investigações para encontrar novos micróbios, sendo identificados os patógenos de diversas doenças infecciosas, tais como a cólera e a difteria. (GRADMANN, 2013)

Logo, Gradmann (2013) afirma que a bacteriologia passou a se evidenciar diante da comunidade científica, a partir do argumento que o conhecimento sobre a etiologia das doenças poderia proporcionar um respaldo sólido para controlar sua disseminação. A partir daí, passaram a surgir diversas tentativas de se implementar tratamentos para a TB, como o uso de desinfetantes e da eletricidade estática, pelo médico Francisque Crotte (BYNUM, 2013). O próprio Koch tentou desenvolver a cura para a patologia dos pulmões, lançando, em 1890, uma substância denominada *Tuberculina*, que não se mostrou eficaz nesse propósito, levando inúmeros pacientes a óbito à época. (GRADMANN, 2013)

Tendo em vista esses movimentos de pesquisa, durante décadas “A higiene bacteriológica tornou-se a ideologia dominante em saúde pública. Centrou-se em combater as doenças infecciosas comuns, até bem dentro do século XX”

(GRADMANN, 2013, p. 13). Todavia, é fundamental observar que, apesar de todo o desenvolvimento da ciência, “A nova bacteriologia também demonizava os doentes, que se tornaram uma ameaça para a saúde pública” (BYNUM, 2013, p. 4). Ainda que o olhar estigmatizado sobre o enfermo permanecesse, a realização simultânea de tantas pesquisas deu início à chamada *idade de ouro da microbiologia* na qual, de acordo com Gerard Tortora *et al* (2012), gradualmente, os cientistas foram acumulando informações para dar suporte à nova teoria dos germes.

As descobertas durante esses anos incluíram tanto os agentes de muitas doenças como o papel da imunidade na prevenção e na cura das doenças. Durante esse período produtivo, os microbiologistas estudaram as atividades químicas de micro-organismos, melhoraram as técnicas de microscopia e cultivo de micro-organismos e desenvolveram vacinas e técnicas cirúrgicas. (TORTORA *et al*, 2012, p.9)

Com relação às **vacinas**, por exemplo, cabe destacar que sua descoberta foi anterior à Era Bacteriológica. Muito antes de Koch identificar o micro-organismo específico causador do antraz, o médico britânico Edward Jenner publicou, no final do século XVIII (em 1797), a primeira vacina<sup>14</sup> registrada pela história: contra a varíola, que ficou conhecida como “vacina jenneriana” ou “humanizada” (FERNANDES, 1999). No que diz respeito à vacina contra a tuberculose, entre 1906 e 1919, os franceses Albert León Charlie Calmette e Jean Marie Camille Guérin foram os responsáveis pelos estudos que levaram à sua constituição, ficando a substância conhecida como *Vacinação Bacilo Calmette-Guérin* (BCG).

Aloysio de Paula (1938) afirma que, diferentemente da vacina contra a varíola ou outras infecções, a BCG não atua no organismo de modo que o indivíduo não correrá mais riscos de contrair a tuberculose, após ser vacinado. Os pesquisadores franceses perceberam que a peste branca possuía uma peculiaridade em relação a outras patologias: o sujeito que nunca teve a doença possuía baixa resistência a ela, entretanto, se seu organismo conseguisse combatê-la neste primeiro contato, ganhava uma imunidade relativa que lhe proporcionava reações mais brandas em novos contatos com o bacilo. Isso significa afirmar que uma reinfecção poderia

---

<sup>14</sup> Após observar que algumas pessoas que entravam em contato com bovinos acometidos por uma espécie de varíola – denominada *cow-pox* (pústula da vaca) – tornavam-se protegidas em relação à doença, Jenner desenvolveu estudos para reproduzir esse fenômeno, através de testes em pessoas sadias. Ao introduzir nesses sujeitos o fluido de pus proveniente da elevação na pele da vaca, ou do indivíduo com varíola, o pesquisador percebeu que a pessoa saudável apresentava sintomas mais leves e adquiria imunidade em relação à patologia. Foi a partir dessa experiência que surgiu todo o princípio da vacinação. (FERNANDES, 1999)

acontecer, a depender das condições às quais o indivíduo estivesse submetido, mas os tipos de reação seriam mais leves.

Por não se configurar como uma vacina infalível, e por funcionar apenas nos casos em que o primeiro contágio não tivesse ocorrido, as recomendações da medicina eram para que a administração da BCG fosse realizada nos recém-nascidos e no público infantil. Desse modo, começaram a surgir as novas práticas de prevenção da doença dos pulmões, havendo resultados<sup>15</sup> surpreendentes, com um grande aumento no número de pessoas vacinadas em todo o mundo e, pouco a pouco, os países foram tornando a vacinação obrigatória (PAULA, 1938). Desde a sua descoberta, a BCG tornou-se a vacina mais utilizada globalmente, sendo administrada em, aproximadamente, 130 milhões de crianças a cada ano (O'NEILL e NETEA, 2020). Entretanto, de acordo com Miguel Hijjar *et al* (2007), a obrigatoriedade em relação à vacinação da BCG somente ocorreu na década de 1960.

Um outro aspecto fundamental a ser considerado no panorama histórico dos paradigmas médicos relacionados às doenças infectocontagiosas é que, com o avanço da microbiologia e o estabelecimento da relação entre micro-organismos e doenças infecciosas, as novas pesquisas foram direcionadas para a busca de substâncias que pudessem destruir o agente patogênico. Nasceu, nesse contexto, a **quimioterapia** – termo que se refere ao tratamento das doenças utilizando substâncias químicas. (TORTORA *et al*, 2012)

O primeiro *antibiótico* foi descoberto por acidente, no século XX, quando Alexander Fleming, um médico e bacteriologista britânico, observou que algumas placas de cultura bacteriana tinham sido contaminadas com fungos e que, ao redor dos fungos, existia uma área clara, onde o crescimento bacteriano tinha sido inibido. Posteriormente, esse fungo foi identificado como *Penicillium Notatum*, sendo mais tarde chamado de *Penicillium Chrysogenum*. Finalmente, em 1928, Fleming chamou o inibidor produzido pelo fungo de penicilina. Entretanto, a utilidade da penicilina só

---

<sup>15</sup> Não só se conseguiu com dados irrefutáveis, provar que a vacina confere resistência contra a tuberculose, como contra as outras doenças infectuosas. As crianças vacinadas morrem menos de tuberculose e menos de sarampo, coqueluche, etc, do que as não vacinadas [...] O BCG é uma das maiores armas da luta contra a tuberculose. É um método que se apoia em bases científicas irrefutáveis. É absolutamente inofensivo. [...] De todas as tentativas de vacinação do homem contra a tuberculose foi a única que deu resultados indiscutíveis, sem qualquer intenção subalterna ou comercial. (PAULA, 1938, p. 48)

foi reconhecida na década de 1940, quando foi testada clinicamente e produzida em grande escala. (TORTORA *et al*, 2012)

Ela se tornou um marco para a profilaxia de diversas doenças, pois era capaz de defender o organismo vivo das infecções por bactérias. Apesar disso, não foi eficaz no combate à TB e, somente em 1944, o bioquímico ucraniano Selman Waksman descobriu a estreptomicina, antibiótico efetivo contra a patologia dos pulmões (SOUZA; VASCONCELOS, 2005). A partir daí, as investigações foram avançando, outras drogas e métodos terapêuticos mais eficientes foram surgindo e as novas formas de tratamento dos tísicos foram se adequando às recomendações mais recentes da OMS e das ciências da saúde. No Brasil, as novas diretrizes passaram a ser incorporadas pela CNCT e espalhadas por todo o país. (HIJJAR *et al*, 2007)

Apesar do surgimento de novos antibióticos, Tortora *et al* (2012) alertam que tanto eles, quanto outras drogas quimioterápicas, não estão livres de problemas, produzindo diferentes níveis de toxicidade em humanos. Um dos grandes problemas no desenvolvimento de drogas para o tratamento de doenças virais é o fato de que o crescimento dos vírus depende dos processos vitais das células hospedeiras normais, de modo que, dificilmente, é possível produzir antivirais efetivos sem se produzir danos ao hospedeiro. Outro risco associado às drogas antimicrobianas é o surgimento de micro-organismos resistentes aos antibióticos que antes eram efetivos<sup>16</sup>. “A resistência às drogas resulta de mudanças genéticas nos micróbios tornando-os capazes de tolerar uma certa quantidade de um antibiótico, que normalmente inibiria o seu crescimento” (TORTORA *et al*, 2012, p. 13). Ou seja, os antibióticos são essenciais para tratar infecções bacterianas,

**Contudo, anos de uso intensivo e o mau uso dessas drogas têm criado ambientes nos quais as bactérias prosperam. Mutações ao acaso em**

---

<sup>16</sup> Com base nesses aspectos, a orientação da OMS em relação ao tratamento da tuberculose depende do diagnóstico de cada paciente, que deve ser realizado de forma criteriosa, para que a farmacoterapia adotada seja a mais eficaz (WHO, 2019). Os indivíduos devem se tratar durante seis meses, no mínimo, sendo submetidos a esquemas terapêuticos antituberculose que associam diferentes antibióticos, a fim de eliminar, rapidamente, muitas bactérias em todo o organismo, e de minimizar o surgimento de bacilos resistentes. Este tratamento prolongado é necessário, pelo fato da maioria dos medicamentos fazer efeito apenas quando as bactérias estão em atividade, não funcionando quando o bacilo de Koch, que cresce lentamente, se encontra em estado adormecido ou ocultado, em locais não acessíveis pelos antibióticos. Devido a esse processo vagaroso, muitos pacientes acabam abandonando o tratamento e, conseqüentemente, provocando um elevado aumento nos casos da TB resistente, que é muito mais grave e difícil de tratar do que a TB sensível. (TORTORA *et al*, 2012)



genes bacterianos podem fazer uma bactéria tornar-se resistente a um antibiótico. [...] As bactérias resistentes aos antibióticos têm-se tornado uma crise para a saúde global. (TORTORA *et al*, 2012, p. 19, grifo nosso)

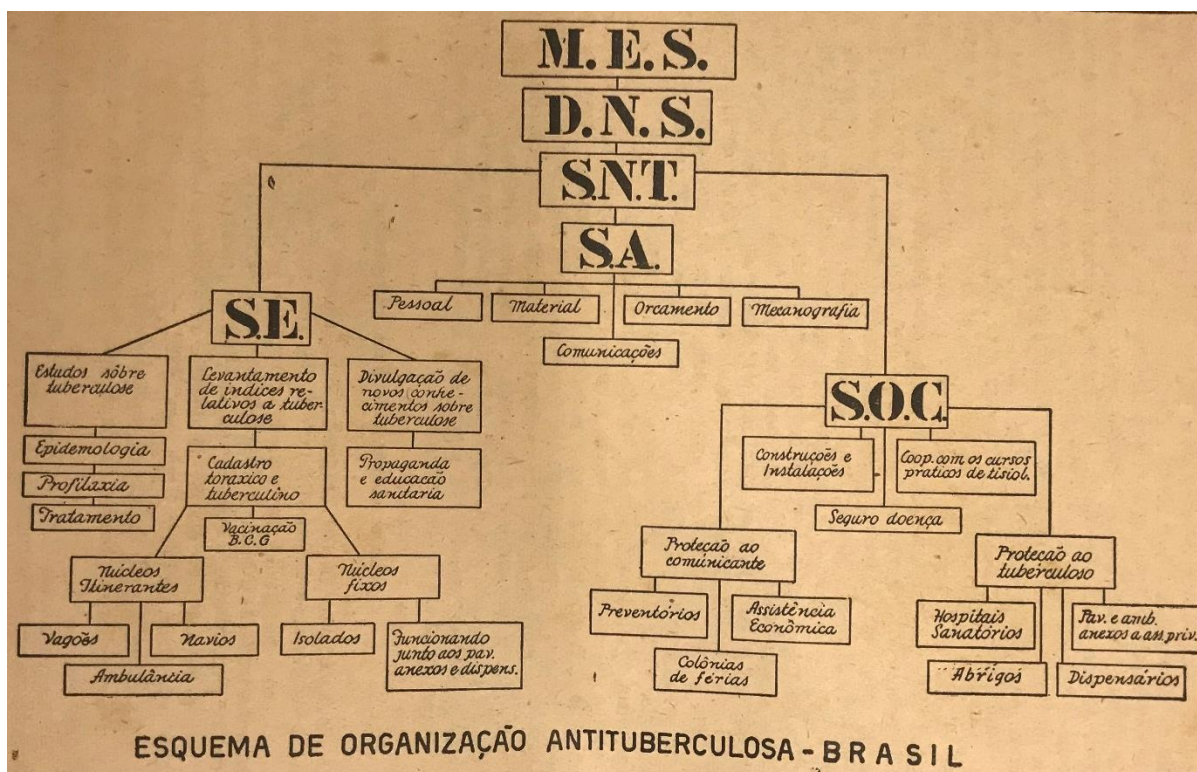
Não obstante o papel determinante dos antibióticos na mudança paradigmática em relação ao tratamento da TB, sua consolidação não foi imediata, e como a estreptomicina só foi descoberta em 1944, é preciso enfatizar que até este momento as maiores ações de combate à TB se pautavam em políticas de prevenção e controle sociais, bem como no tratamento das pessoas infectadas através de toda a rede de edifícios antituberculose estabelecida nos territórios. Ao avaliar o cenário brasileiro, Samuel Libanio (1944) afirma que após a implantação da Era Vargas, a partir Revolução de 1930, com o seu viés nacionalista e modernizante, a luta antituberculose tomou proporções crescentes no país. O MES foi criado, houve um aumento do número de dispensários e leitos, melhoria dos serviços prestados à população e organização dos dados censitários entre 1932-1941, permitindo ao governo concluir

[...] que sete capitais têm coeficiente de mortalidade acima de 300 por 100.000, e estão em ascensão: Vitória, Belém e Salvador, estacionários no Rio e em Porto Alegre, e com tendência a baixa em Recife e Niterói e também em Fortaleza que com os seus coeficientes em torno de 300, faz transição com um segundo grupo de capitais. (LIBANIO, 1944, p.15)

Nesse contexto de alta incidência da patologia pulmonar e de defasagem na rede assistencial, Libanio (1944) aponta que o governo Vargas criou, através do decreto nº 3.171, de 2 de abril de 1941, o SNT, que seria responsável por organizar ações de combate à doença no Brasil. O SNT se vinculou à Divisão de Obras do MES para projetarem a construção de diversos sanatórios e dispensários em todo o território nacional, priorizando o aumento do número de leitos nas capitais com maior incidência de pessoas afetadas pela patologia dos pulmões. Seus objetivos principais eram:

- I) Realizar estudos sobre os problemas da tuberculose;
- II) Planejar a respectiva campanha profilática;
- III) Orientar, coordenar e fiscalizar as atividades das instituições ou das organizações públicas e privadas interessadas na luta contra a tuberculose;
- IV) Constituir-se em órgão realizador da parte, que, no programa fixado, couber à administração federal (LIBANIO, 1944, p.16).

Figura 7 – Rede brasileira antituberculose.



Fonte: LIBANIO (1944, p.12).

Diante desse papel que o Estado brasileiro assumiu na luta contra a enfermidade e na modernização das estruturas de saúde existentes no país, ou na construção de novas, também foi instituída a CNCT, a partir do decreto nº 9.387 de 20 de junho de 1946. Seu objetivo era reforçar e melhor organizar as ações já iniciadas pelo governo brasileiro, através de medidas de profilaxia e assistência – isto é, isolamento, tratamento e educação sanitária dos doentes. A campanha deveria contar com uma equipe de engenheiros trabalhando em conjunto com médicos que tivessem conhecimento sobre organização e administração hospitalar, a fim de executarem obras sanatoriais em série, a baixo custo de construção e manutenção, funcionais, realizadas dentro de um curto prazo e de acordo com as condições orçamentárias e territoriais do país. (BRASIL, 1947)

Isso se torna exequível com o entrosamento técnico acima exposto, cujas pesquisas permitirão o encontro de um tipo sanatorial de emergência, de fácil adaptação aos vários ambientes do País, e que, embora sem as características de um magnífico sanatório verdadeiramente modelar, possua um mínimo de conforto e técnica para funcionamento eficiente e econômico. [...] É preciso fugir ao que tem predominado, até agora, de se construírem magníficos, mas raros hospitais, e que deixam à margem a maioria dos enfermos do Brasil, a morrer à míngua fora deles e a contaminar seus cohabitantes (sic). (BRASIL, 1947, p.36-38)

As pesquisas da época sobre o combate à TB, baseadas em estatísticas que relacionavam o número de leitos com as quedas nos índices da enfermidade, apontavam a base de um leito por óbito como sendo ideal para tratá-la e diminuir estes índices. Assim, em 1947, foi detectado que seriam necessários cerca de 22.000 leitos funcionando na primeira etapa da CNCT. Considerando os leitos em construção, em funcionamento e já construídos à época, seriam necessários mais 14.000 leitos para atingir a quantidade ideal, que prestasse assistência adequada à população brasileira.

Como decorrência da premissa de priorizar o aumento do número de leitos nos centros urbanos com maiores taxas de óbitos pela tuberculose, a Bahia rapidamente se tornou um dos estados nos quais a campanha concentrou mais ações, tendo em vista o crescimento quase epidêmico dessas taxas em Salvador, que chegou a registrar 1.563 óbitos a cada 100.000 habitantes, em 1945 (BRASIL, 1947). O Dr. César de Araújo, primeiro diretor do *Hospital Santa Terezinha*, salientou a gravidade dessas taxas de óbito em seu discurso durante a inauguração deste sanatório, em 1942:

Os índices de morbidade e mortalidade são, positivamente, entre nós, dos mais dolorosos e impressionantes: 1311 óbitos em 1936; 1930 em 37; 1442 em 1938; 1389 em 39; 1415 em 40; respectivamente, 355, 370, 378, 359 por 100000. Das maiores cifras do Brasil! Das maiores cifras dos centros civilizados do mundo! Também pelas estimativas mais modestas devem existir mais de 8000 doentes somente em nossa capital. (ARAÚJO, 1942, *apud* SILVEIRA, 1994, p. 148).

Apesar desse cenário caótico, o número de leitos existentes em Salvador, no ano de 1946, era de apenas 350, segundo um relatório do MES (BRASIL, 1947). Eles estavam, basicamente, distribuídos entre o *Dispensário Ramiro de Azevedo*, o *Dispensário do 3º Centro de Saúde* e o *Hospital Santa Terezinha*, estabelecimentos insuficientes para atender à quantidade de infectados pelo bacilo de Koch na cidade, que inúmeras vezes morriam nas ruas ou em um barracão para o qual eram conduzidos, muitas vezes já desfalecidos, pela então freira Irmã Dulce. Portanto, a Bahia, que poderia ser considerada a capital brasileira da tuberculose, foi o primeiro estado com o qual a CNCT firmou convênio em 1947, por iniciativa do então ministro da Educação e Saúde (o baiano Clemente Mariani) e contando com o total apoio do governador Otávio Mangabeira. (BRASIL, 1950)

A articulação entre o governo federal (através da CNCT), a Universidade da Bahia e o governo baiano (através do *Serviço Especial de Tuberculose*) gerou diversas

propostas e ações para o aumento do número de leitos e a criação de uma estrutura de profilaxia eficaz no Estado. Dentre elas, é possível citar reformas em estabelecimentos existentes, inauguração de estruturas existentes (até então sem funcionamento), construção de novos hospitais e/ou abrigos, e auxílios a instituições ligadas à luta contra a TB, como a *Fundação Antituberculose Santa Terezinha* e a filial baiana da *Cruz Vermelha Brasileira*. O IBIT, instituição privada, criada em 1937, pelo professor e médico José Silveira, e ainda hoje existente, também seria uma das beneficiadas pela campanha, recebendo auxílio para desenvolver pesquisas científicas e preparar equipes especializadas no trato e prevenção da Peste Branca. (BAHIA, 1948)

Considerando as propostas de reformas, aparelhagem e novas construções para assistência à saúde dos tísicos, o relatório do MES, no ano de 1950, registrou a previsão de edificar “um hospital de Clínica Tisiológica, para substituir o atual Santa Terezinha, que passaria para o serviço de cirurgia, com capacidade para 400 leitos, no valor de Cr\$ 11.200.000,00” (BRASIL, 1950, p. 27). Além disso, se enfatiza a instalação de “um hospital de Clínica Tisiológica, para o ensino da Cadeira de Tisiologia da Faculdade de Medicina, com capacidade para 120 leitos, no valor de Cr\$ 6.000.000,00 e Cr\$ 2.000.000,00 de equipamentos” (BRASIL, 1950, p. 27). Este equipamento representava a consolidação da parceria firmada entre o SNT e a Universidade da Bahia, que levaria à construção da Clínica Tisiológica e, portanto, a participação direta da academia na luta contra a patologia dos pulmões.

Em todo esse contexto político, social e científico ligado ao combate à peste branca, que previa diversas construções antituberculose, é importante ressaltar os resultados de uma pesquisa realizada na década de 1950, em Madras, na Índia, acerca dos efeitos dos antibióticos em relação à TB. Foi evidenciado que não havia diferença entre tratar o paciente isolado no sanatório e o paciente ambulatorial no dispensário, tornando-se interessante levar os benefícios da quimioterapia a todos os enfermos. Com isso, a CNCT buscou priorizar as terapias nos ambulatórios e reduzir as internações, otimizando os leitos hospitalares. Então, desde o final da década de 1950, “Foi criada uma classificação para os casos de TB de acordo com sua história clínica, radiologia e baciloscopia, visando formular um prognóstico de recuperação e validar uma estratégia para a relação hospital-dispensário”. (HIJJAR *et al*, 2007, p. 54)

Os avanços tecnológicos e a quimioterapia foram responsáveis, portanto, pela redução nas taxas de mortalidade por TB nesse período, até essa velocidade de queda se estabilizar. Já em 1961, o governo brasileiro lançou um programa ofensivo de combate à peste branca através de

Ação dispensarial, visando a padronização dos métodos, sua expansão para o interior e o entrosamento efetivo dispensário-hospital; retomada da construção de hospitais e o aproveitamento de leitos dos hospitais gerais; emprego de unidades móveis; reabilitação do tuberculoso; desenvolvimento da cirurgia torácica; formação de recursos humanos; estímulo à pesquisa científica; reconhecimento do papel da quimioterapia. (HIJJAR *et al*, 2007, p.54)

Segundo Hijjar *et al* (2007), na década de 1970 houve um desenvolvimento e início da aplicação da terapia de curta duração no Brasil, permitindo a eficácia do tratamento em tempo reduzido. O país foi o primeiro a padronizar esquemas de seis meses de tratamento, a partir da utilização de múltiplos medicamentos associados, que eram administrados via oral e disponibilizados gratuitamente para os pacientes. Dessa forma, na década de 1980 já existia, consolidada, uma padronização e implantação de tratamentos de curta duração para a TB. Aos poucos, dentro desse período, parte da arquitetura antituberculose foi sendo desativada, conveniada a outras instituições de saúde ou teve seu uso modificado, gerando uma decadência em diversos edifícios sanatoriais em toda a nação.

Contudo, o início da década de 1980 também foi marcado por um reaparecimento global, com maior intensidade, dos casos de TB. Esse recrudescimento foi atribuído a alguns fatores, tais como: 1) a urbanização desenfreada, que gerou o aumento das condições precárias de vida em cidades de alguns países; 2) a desestruturação de programas e serviços de saúde voltados para o tratamento da TB; 3) e o surgimento das epidemias causadas pelo *Vírus da Imunodeficiência Humana* (HIV/AIDS)<sup>17</sup>. (BRASIL, 2018). Tendo isso em vista, em 1993 a OMS classificou a patologia dos pulmões como “em estado de emergência mundial” e, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro criou o *Plano Emergencial para Controle da Tuberculose*. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) passaria a atuar a fim de conter o problema nas 230 cidades com maior incidência, mortalidade e associação de casos com o HIV.

---

<sup>17</sup> Dentre as populações consideradas vulneráveis (em situação de rua, privadas de liberdade, indígenas, profissionais de saúde e contatos de TB resistente) os pacientes infectados pelo HIV são apontados como aqueles que apresentam um dos maiores riscos de adoecimento e óbito pela TB, dado este que ainda permanece atual. (BRASIL, 2018)

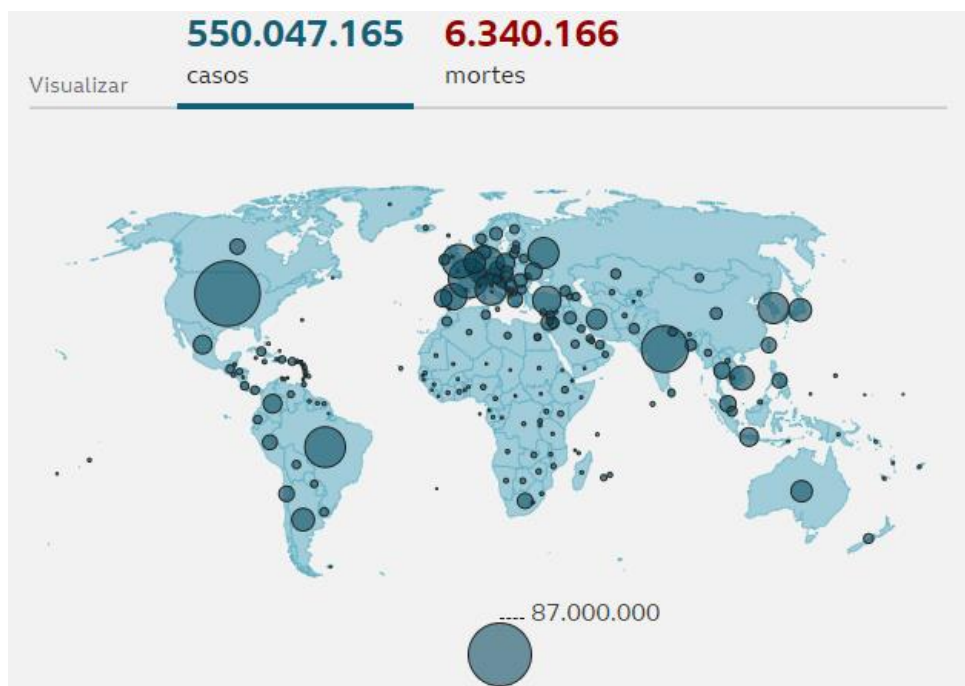
Baseado nas diretrizes do plano emergencial, que recomendava uma estratégia de tratamento supervisionado aos pacientes, o MS lançou o *Plano Nacional de Combate à Tuberculose* em 1999, desenvolvendo nos anos seguintes diversas atividades para reforçar a rede de atendimento em saúde, com o objetivo de reduzir os indicadores da peste branca no país. (HIJJAR *et al*, 2007)

Nas últimas décadas, desde a reemergência da tuberculose (TB) no mundo, o ano de 2015 tornou-se um novo marco na história dessa doença, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs acabar com a TB como um problema de saúde pública. O recrudescimento da tuberculose em consequência da epidemia de AIDS e os seus efeitos devastadores nas pessoas vivendo com o HIV – dentre eles a alta letalidade e o aumento de casos de TB resistente aos medicamentos – e a concentração da TB em populações vulneráveis socialmente, levaram à priorização no combate à doença, seja em nível global ou nacional. (BRASIL, 2018, p. 23)

É fundamental perceber, a partir desse retrospecto, que a história da tuberculose não acabou. Ao contrário, os dados mais recentes evidenciam que a peste branca ainda é uma epidemia que assola a humanidade, apresentando períodos de controle e recrudescimento ao longo do tempo, podendo se tornar mais grave quando resistente às medicações ou associada a outras enfermidades. É curioso observar a importância desse olhar histórico sobre as doenças (principalmente no caso das doenças infectocontagiosas), que pode nos trazer diretrizes sociais, políticas, econômicas e científicas sobre como lidar com as novas patologias que constantemente aparecem.

Nesse sentido, cabe ressaltar a recente pandemia do *Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)*, surgida em Wuhan, na China, no final do ano de 2019. O vírus fez emergir a doença denominada *covid-19*, que a partir de 2020 afetou, violentamente, a maioria dos países do globo, matando um número assustador de pessoas em um curto período. É interessante perceber que em meio a esse cenário caótico, diversos pesquisadores voltaram a analisar, curiosamente, os paradigmas da TB. Mas por quê?

**Figura 8** – Números de casos da Covid-19 mapeados mundialmente até 5 de julho de 2022.



Fonte: Universidade Johns Hopkins (BBC, 2020).

De acordo com a OMS, a família *Coronavírus (CoV)* abrange diversos vírus que podem causar, desde resfriados simples, até patologias mais graves, como a *Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)* ou a *Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV)*. Sua transmissão ocorre entre humanos e animais, e os sintomas podem variar entre febre, tosse, dificuldade respiratória, falta de ar, pneumonia, síndromes respiratórias, insuficiência renal ou óbito. (WHO, 2020)

Segundo o médico chinês Wenhong Zhang (2020), as maiores fontes de difusão do vírus são as pessoas infectadas, que espalham esses micro-organismos, a partir de gotículas do trato respiratório expelidas no meio, ou pelo contato com outros indivíduos. No caso da covid-19, os principais sintomas apresentados são febre, fraqueza e tosse seca, podendo haver obstrução nasal, coriza e diarreia em alguns pacientes, assim como dificuldade respiratória em casos mais graves, que podem levar os sujeitos à morte. Os grupos que apresentam maior risco de infecção pela doença são formados pelos idosos e indivíduos portadores de doenças crônicas, apesar de qualquer pessoa estar sujeita a ser contaminada pelo coronavírus. (ZHANG, 2020)

Diante do quadro pandêmico estabelecido em 2020, ocasionado pelo SARS-CoV-2, diversos especialistas alertaram o mundo, com profunda preocupação, a respeito da

vulnerabilidade dos tuberculosos ou daquelas pessoas curadas, mas que ainda possuíam sequelas pulmonares derivadas da TB. Considerando que a covid-19 provoca uma infecção que afeta, principalmente, o sistema respiratório, e que a tuberculose é uma doença crônica também ligada aos pulmões, suspeitavam que fosse possível haver um agravamento, ainda maior, em relação aos casos da peste branca – também classificada como uma pandemia por alguns estudiosos (AFP, 2020). Grania Brigden, da *União Contra a Tuberculose* alertou que

Pessoas infectadas com tuberculose, HIV ou outras doenças infecciosas, bem como prisioneiros, migrantes e pessoas que vivem na pobreza podem ter ainda menos acesso aos cuidados. Espero que esta situação (a epidemia de coronavírus) nos ajude a entender que a saúde global é importante e que devemos proteger os mais vulneráveis e em risco, fora de nossas próprias bolhas. (AFP, 2020, s/p)

Como a patologia ainda era muito nova, a comunidade científica trabalhou intensamente para encontrar os melhores tratamentos e estratégias para desenvolvimento de uma vacina. No momento em que ainda não existia uma cura ou protocolos cientificamente validados para lidarmos com a covid-19, a OMS e os governos da maioria dos países recomendaram e adotaram medidas de isolamento social e quarentena, a fim de retardar o avanço da enfermidade. Dessa forma, buscaram minimizar o número de pessoas infectadas pelo vírus, evitando colapsos nas redes de atendimento em saúde e ganhando tempo para preparar suas estruturas físicas (com reformas, ampliação de leitos e criação de hospitais de campanha), bem como para desenvolver mais pesquisas em torno do tratamento e cura da nova doença. Nesse sentido, Jose Luis Castro, diretor executivo da *União Internacional contra Tuberculose e Doenças Pulmonares*, afirmou à época que

Sabemos o que funciona contra a Covid-19, graças à nossa experiência e às ferramentas que usamos contra a tuberculose: controle de infecção, testes em larga escala, rastreamento de contatos. A prevenção de qualquer doença requer vontade política – e a prevenção continua sendo a ferramenta mais importante contra a Covid-19. (AFP, 2020, s/p)

Os especialistas, portanto, ressaltaram “que os sistemas de saúde em todo o mundo podem aprender com a luta contra a tuberculose, contra à qual há uma vacina e um teste de diagnóstico que leva apenas alguns minutos” (AFP, 2020). Por outro lado, esses profissionais de saúde que atuam com a TB se preocuparam bastante naquele momento, porque o surgimento da covid-19 e todos os esforços estabelecidos mundialmente para lidar com a pandemia geraram alguns problemas, como: 1)



interrupção em serviços de tratamento e testagem da TB; 2) falta de suprimentos de fármacos e equipamentos; 3) sobrecarga dos serviços de saúde e falta de leitos (AFP, 2020). Além disso, cabe salientar que alguns hospitais de referência para a TB passaram a receber pacientes com diagnóstico positivo para a covid-19, exigindo adaptações na sua estrutura física, na distribuição de leitos e na própria gestão da equipe de saúde e dos protocolos para lidar com todos os indivíduos internados.

Uma outra curiosidade que revela a atenção sobre a tuberculose diante das primeiras investigações realizadas sobre a covid-19, é que alguns pesquisadores, de diversos países, levantaram a hipótese que a vacina BCG<sup>18</sup> poderia ter efeitos positivos no combate à pandemia do coronavírus. Ainda que não se tratasse de uma cura e que os cientistas estivessem em fases muito iniciais das suas pesquisas e/ou ensaios clínicos, a BCG recebeu uma atenção especial durante as buscas para se encontrar uma vacina contra a covid-19 em meio à pandemia, sendo inclusive testada por parte da comunidade científica como estratégia de prevenção para a nova patologia.

Diante de todo o contexto histórico da peste branca e do grave cenário pandêmico recentemente vivenciado pela humanidade, é fundamental frisar que, longe de estar erradicada, a tuberculose vem desafiando, constantemente, os paradigmas e práticas das ciências da saúde, evidenciando a necessidade de criação de políticas públicas, pesquisas e ações voltadas para o seu combate – sejam elas ligadas à sua prevenção, diagnóstico ou tratamento. Nesse sentido, é indispensável refletir sobre quais foram os lugares criados para tratar as doenças infectocontagiosas, especialmente a TB; como essa rede de edifícios se articulava; quais eram os seus princípios arquitetônicos, funcionais e tipológicos; quais foram as transformações que eles sofreram ao longo da história para adaptar-se aos novos paradigmas médicos e novas tecnologias; e como se encontram atualmente.

---

<sup>18</sup> Luke O’neill e Mihai Netea (2020) afirmam que são inúmeros os estudos apontando que a BCG tem ação protetora contra diversas infecções virais, principalmente devido a um mecanismo denominado *imunidade treinada*. Isto é, a partir da vacinação com a BCG, o organismo cria uma espécie de memória celular inata, que reconhece patógenos de bactérias ou vírus com estruturas similares ao bacilo de Koch. A longo prazo, a BCG pode ativar e reprogramar as células imunes inatas, que respondem de maneira aprimorada para defender o organismo. Assim, entende-se que a vacina contra a tuberculose é capaz de proteger o indivíduo contra uma multiplicidade de patógenos; e foi com base nesses dados que alguns cientistas acreditavam que a BCG poderia: a) prevenir infecções por SARS-CoV-2; b) minimizar os riscos ligados à Covid-19.

### 1.3 A memória da Arquitetura Antituberculose

São diversos os autores que tratam sobre a história da arquitetura hospitalar e dos edifícios utilizados para lidar com o binômio saúde-doença. Tal compreensão é indispensável quando estudamos as edificações de saúde e, dentro deste panorama, é quase unânime a afirmativa que a história dessas construções está diretamente ligada ao histórico dos paradigmas médicos. Para Carvalho (2014), a história da arquitetura dos EAS acompanha a evolução do pensamento médico-científico e do conceito de hospital, que apresenta, na sua imagem, o retrato das transformações no modo de tratar a saúde e a doença no momento em que foi construído, adaptando sua estrutura espacial, funcional e tipológica em relação ao tipo de uso em cada período. No entanto, é importante refletir que as tipologias adotadas nos edifícios de saúde também eram aplicadas em outros programas arquitetônicos (como conventos, prisões e escolas), se alinhando aos aspectos sociais e tecnológicos de cada período.

Beatriz Colomina (2003) vai além nesta questão, apontando que para abordar o estado da arte das tipologias edificadas, devemos observar as técnicas de entendimento e representação do corpo humano em cada momento histórico; ou seja, a ligação entre a arquitetura e a medicina é tão profunda, que a própria evolução espacial, representativa e tecnológica dos edifícios acompanha o desenvolvimento das ciências médicas. Assim, a autora aponta que a maneira como a geração de imagens do corpo humano foi sendo apresentada historicamente pode ter influenciado também na concepção da arquitetura como um todo, e não apenas da arquitetura da saúde. Desse modo, é inevitável estabelecer um entendimento sobre a história dos edifícios de saúde e suas tipologias, aprofundando esta análise em relação às mudanças funcionais, tipológicas e estéticas surgidas no período histórico estudado no presente trabalho; isto é, da arquitetura antituberculose a representante mais consagrada da arquitetura moderna da saúde.

Até chegarmos à concepção dos monumentais sanatórios do século XX, podemos afirmar que houve uma longa construção social, política, simbólica e tipológica dos edifícios hospitalares ao longo do tempo, desde a **Antiguidade**. Segundo Lauro Miquelin (1992), as sociedades antigas (grega, bizantina, romana, islâmica) possuíam locais específicos vinculados aos cuidados em saúde, fossem eles públicos, privados ou religiosos, os quais acabaram influenciando algumas tipologias hospitalares que

surgiriam mais tarde. A tipologia predominante era a dos *templos*, com *pórticos* no seu entorno, geralmente localizados em bosques com água corrente na periferia das cidades, propiciando a purificação dos indivíduos através dos banhos, consultas curativas e, logo em seguida, permitindo sua partida. “O local sagrado só podia ter a finalidade de dar ao doente acesso à decisão terapêutica ou prognóstico divino”. (MIQUELIN, 1992, p. 29). É interessante perceber que além de possuírem uma conexão direta com a natureza, esses templos também se associavam às artes, através da arquitetura, da escultura e do teatro. Também havia as *valetudinárias*, que consistiam em fortificações compostas por enfermarias militares, com a função de atender os legionários e escravos que faziam parte das tropas imperiais, caracterizando-se como os primeiros espaços de cuidado onde o paciente poderia pernoitar; e, por fim, as *termas*, que marcaram a história de Roma, com a função de propiciar relaxamento, cura e terapia para os cidadãos abastados, a partir de fontes termais naturais que aqueciam as grandes piscinas.

Por outro lado, Nikolaus Pevsner (1997) observa que desde o cristianismo primitivo, nascido na antiguidade, já predominavam entre os cristãos os ideais de assistência e caridade aos pobres, que perdurariam durante séculos. Com a sua ascensão na Europa durante a **Idade Média** (séculos V a XV, aproximadamente), a Igreja passou a ter o dever de hospitalidade voltado para os pobres, viajantes e quem lhes procurasse. Começou, portanto, a criar diversas ordens que instituíram inúmeros hospitais de caridade ou leprosários, normalmente conectados às abadias. A tipologia básica desses espaços refletia os avanços tecnológicos estruturais a partir da configuração em *nave*, e as enfermarias possuíam uma capela na parte posterior para que os doentes pudessem ver o altar, se conectando com Deus, que era considerado o “médico supremo” nesse período. Alguns desses hospitais medievais possuíam sua espacialidade relativamente bem estruturada e delimitada, com todas as funções divididas, como é o caso da Abadia de Saint Gall, dos anos 820. No entanto, o exemplo do maior e mais famoso hospital da Idade Média (também construído nos anos 820), foi o *Hôtel-Dieu* (ou “albergue de Deus”) parisiense, que se distanciava bastante dos modelos bem configurados em seu aspecto funcional e de salubridade. Segundo P. J. Stone (1965), quando se trata da tipologia “nave-leito”, este foi um hospital que atingiu dimensões impressionantes, até ser destruído no incêndio de 1772.

Todo esse cenário do Hôtel-Dieu refletia o caos vivenciado nas cidades europeias durante a Idade Média. Nesse sentido, Carvalho (2014) aponta que, ao longo dos anos e com o crescimento das cidades, da pobreza e das epidemias, os hospitais foram forçados a adotar a solução das naves cruzadas; contudo, sem modificações em suas funções e estética. Conforme Pevsner (1997), o **Renascimento** surgiu na Itália, em meados do século XV; portanto, com a mesma predominância do sagrado no tratamento da saúde: a tipologia *cruciforme* se baseava na relação em cruz estabelecida entre enfermarias, que se conectavam radialmente a partir de um centro, onde se inseria o altar. Miquelin (1992) ainda acrescenta uma segunda forma muito utilizada nos hospitais renascentistas: a tipologia dos *claustros*, isto é, pátios internos cercados por galerias e corredores que se configuravam como áreas que permitiam a organização de outros elementos funcionais do edifício hospitalar.

Dessa forma, os princípios dos projetos arquitetônicos renascentistas, considerando as proporções e a simetria, foram amplamente aplicados nos hospitais. A ciência começou a observar os problemas da falta de ventilação e saneamento, dando início às primeiras discussões sobre os princípios higiênicos, e buscando soluções mais organizadas para substituírem o crescimento desordenado dos hospitais. Quando as necessidades de mudança física existissem para atender aos novos requisitos da instituição, a ideia era planejá-las de maneira racional, evitando as adaptações fragmentadas que perturbassem a simetria ou preenchessem os pátios, gerando circulações complexas, rotas e espacialidades inadequadas para o atendimento dos pacientes. (STONE, 1965)

Como afirma Foucault (1979), antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres e marginalizados, contribuindo para a exclusão e isolamento dessas pessoas: o propósito não era curar o doente, mas cuidar material e espiritualmente do pobre que estava morrendo. Assim, até este momento, a função médica não aparecia em destaque e o hospital era um morredouro com a função de salvar o espírito (e não a matéria), assim como de separar aqueles que poderiam representar um perigo para a saúde do restante da sociedade.

Contudo, a **Era Industrial** se estruturou nos séculos XVIII e XIX, trazendo profundas revoluções científicas e tecnológicas nos mais diversos campos, abarcando novas discussões e princípios sobre as configurações hospitalares, e estabelecendo a fase

dos *pavilhões*, que permeou as construções de saúde ao longo de, aproximadamente, 250 anos (MIQUELIN, 1992). “Quando, em meados do século XVIII, a doença deixou de ser um golpe do destino e se tornou um fato patológico, a arquitetura hospitalar permitiu um maior escopo às noções de higiene e prática médica” (MIGNOT, 1994, 9. 224, tradução nossa). Claude Mignot (1994) afirma que a nova tipologia pavilhonar foi altamente influenciada pelos estudos comparativos do inglês John Howard, do francês Jacques Tenon e do austríaco Johann Hunczovsky, publicados entre 1760 e 1790, onde demonstraram a relação entre mortalidade, práticas médicas e espacialidade dos hospitais<sup>19</sup>. Desse modo, no final do século XVIII o hospital se tornou um espaço disciplinador e terapêutico, com uma arquitetura fator e instrumento de cura, sendo considerado uma verdadeira máquina de curar<sup>20</sup>: “o hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico”. (FOUCAULT, 1979, p.62)

A esse respeito, Pinheiro (2005) aponta que esta arquitetura hospitalar se utilizava de estratégias como a distribuição espacial, a partir da organização funcional dos diversos tipos de atividades desenvolvidas em cada ambiente. Ou seja, os setores e seus subsetores eram dispostos na complexa rede, seguindo princípios funcionais de hierarquia e distanciamento: cada área era posicionada próxima a outros locais com atividades afins, afastadas das áreas com tarefas incompatíveis, e todas elas eram conectadas às áreas técnicas/operacionais a partir das grandes circulações. É importante perceber que tal setorização abordada pela autora era considerada um dos princípios básicos dos projetos hospitalares neste período, se fortalecendo durante a Arquitetura Moderna e seguindo, consolidada, na contemporaneidade.

Para além do aspecto terapêutico dessa nova arquitetura, o filósofo inglês Jeremy Bentham (1838) revelou que o hospital se enquadrava como mais uma instituição baseada no modelo tipológico da “arquitetura da vigilância”. Trouxe, desse modo, o

---

<sup>19</sup> Foucault (1979) aponta que a destruição do hospital parisiense Hôtel-Dieu pelo incêndio de 1772 impulsionou uma investigação empírica chefiada pelo médico Tenon com o objetivo de visitar hospitais europeus para compreender aspectos que pautariam a reconstrução do Hôtel-Dieu e dos novos hospitais. Para Tenon, conhecer a situação das instituições existentes era o ponto chave para entender os méritos ou defeitos dos novos hospitais. Assim, esses inquéritos focaram em descrever funções, percursos e deslocamentos no interior dos nosocômios para a realização de atividades, assim como buscavam estabelecer relações entre patologia, mortalidade e espacialidade.

<sup>20</sup> “Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido”. (FOUCAULT, 1979, p. 57)

importante conceito do *Panóptico*, ou seja, um novo princípio construtivo que poderia ser aplicado em diversos tipos de estabelecimentos onde houvesse a necessidade de as pessoas serem mantidas sob inspeção constante. Esse modelo considerava a forma circular do pavilhão como a mais adequada para garantir a ventilação do espaço e a fiscalização dos indivíduos por apenas um agente, podendo ser replicado, sem alterações, em instituições como escolas, fábricas, casas de correção, penitenciárias ou hospitais. Desse modo, foram inúmeras as instituições de saúde projetadas nesse período que utilizaram os pavilhões e o modelo do panóptico como base para o seu partido arquitetônico.

Além disso, Carvalho (2014) afirma que, apenas em meados do século XIX, com o desenvolvimento de teorias médicas curativas mais elaboradas (principalmente a teoria dos miasmas e da ação das bactérias), a arquitetura hospitalar foi convocada a colaborar no processo de adoção de ambientes com preocupações higiênicas, de iluminação e ventilação, sendo marcada pelo uso da tipologia pavilhonar. Já Miquelin (1992) ressalta que essa tipologia nosocomial distribuía as funções por edifícios, adequando os usos às construções mais compatíveis: 1) internação; 2) cirurgia; 3) diagnósticos; 4) consultórios (ambulatório e casualidade); 5) administração; 6) serviços de apoio. O autor ainda acrescenta que a enfermeira Florence Nightingale<sup>21</sup> evidenciou, na sua publicação *Notes on Hospitals*, diversos aspectos negativos sobre as estruturas hospitalares existentes, colocando à prova a teoria miasmática. Assim, a enfermagem Nightingale se tornou o grande marco da anatomia hospitalar no final do século XIX, sendo utilizada em hospitais do mundo inteiro a partir de 1867, e

---

<sup>21</sup> Para a enfermeira Florence Nightingale (1863), as infecções hospitalares eram frequentes devido às péssimas condições sanitárias, construtivas e de gestão dos antigos hospitais. Ela destacava alguns aspectos preocupantes, que estão diretamente ligados aos espaços físicos dos nosocômios, como: 1) aglomeração de doentes no mesmo local, geralmente pouco espaçosos; 2) área reduzida por leito; 3) deficiência de ar fresco e luz natural; 4) falta de ventilação cruzada e pé-direito com altura insuficiente para aeração adequada das enfermarias. A partir dessas e outras observações, a enfermeira desenvolveu princípios essenciais sobre o espaço físico hospitalar, que abarcavam desde a macro à microestrutura: 1) a disposição dos blocos no terreno (lado a lado, para hospitais com mais de 120 leitos ou alinhados, para hospitais menores), a fim de captarem a direção dos ventos e dos raios solares no seu interior; 2) os tamanhos e as distâncias adequadas entre os pavilhões; 3) o zoneamento das áreas internas e o programa funcional apropriado para se desenvolverem os tratamentos dos pacientes de maneira eficiente, evitando infecções hospitalares; 4) a importância e o cuidado em relação a ambientes de apoio bem projetados, como a cozinha, lavanderia e conforto da enfermagem; 5) a necessidade de utilização de materiais impermeáveis e de fácil higienização nos pisos, tetos, paredes e móveis (como o concreto, a madeira de carvalho e os azulejos); 6) os parâmetros de cubagem por leito, distância e circulação entre eles, para que uma enfermagem fosse salubre, adequadamente ventilada, iluminada e bem dimensionada nas suas proporções.

predominando por, no mínimo, 50 anos como um modelo de internação exemplar a ser adotado nas estruturas hospitalares.

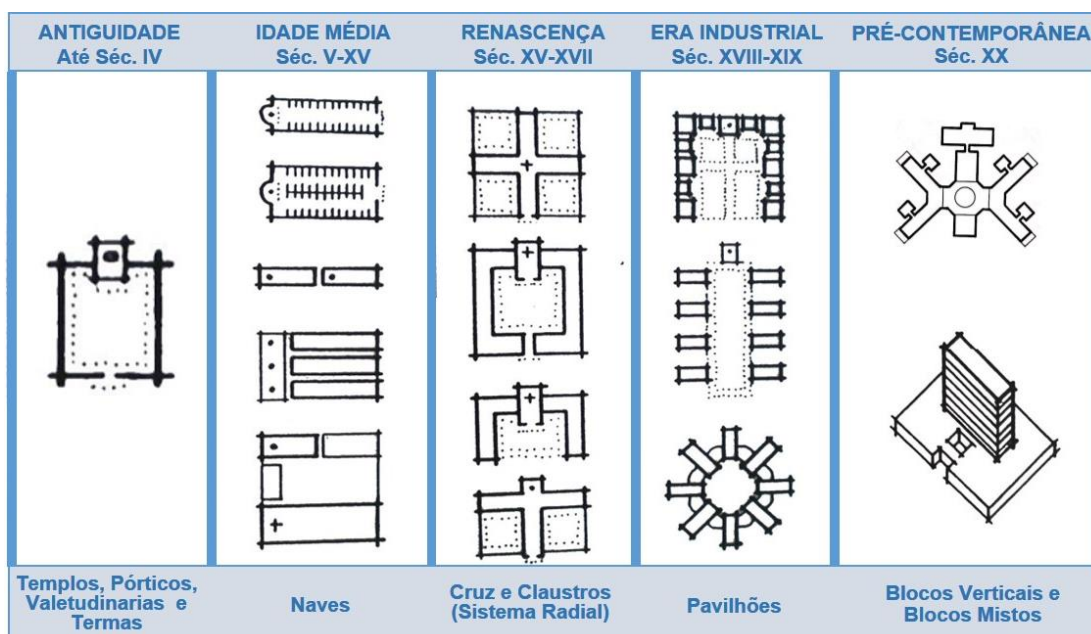
Portanto, é possível compreender a revolução que o sistema pavilhonar, pautado em um discurso científico voltado para a cura, representou na história da arquitetura da saúde, desvinculando o papel do hospital daquele espaço antecessor que era associado ao sagrado assistencialista, à segregação ou à morte. Agora, os nosocômios deveriam ser funcionais, medicamente eficazes e provedores de operações terapêuticas padronizadas que permitissem curar doenças, como verdadeiros aliados das ciências médicas na promoção da saúde. Fazendo uma alusão à era da máquina, eles seriam instrumentos tecnológicos voltados para a cura.

No entanto, a despeito do seu papel revolucionário na história da arquitetura da saúde, a decadência do modelo pavilhonar ocorreu por alguns motivos, segundo Miquelin (1992): 1) elevação do custo dos terrenos nas cidades; 2) aumento dos custos de construção e operação hospitalar, a partir da I Guerra Mundial; 3) escassez de profissionais na área da enfermagem e consequente busca por diminuição de percursos dentro dos hospitais; 4) domínio das tecnologias que permitiam a verticalização (estrutura metálica, construção e transporte verticais); 5) inadequação dos longos corredores ao clima rigoroso em regiões da América do Norte); 6) custo operacional em torno de 40% a mais do que o modelo vertical, relacionado ao aquecimento interno (a forma arquitetônica com mais superfícies gera maior perda de energia/calor), e à necessidade de um número maior de elevadores para atenderem a todos os pavilhões; 7) avanços das terapias, gerando permanência mais curta dos pacientes no hospital, admitindo-se uma perda na qualidade da ambiência hospitalar; 8) descobertas das ciências médicas sobre o papel das bactérias nos contágios, com a implantação de procedimentos de assepsia/esterilização, novas formas de realização de diagnósticos e o uso de medicamentos.

Assim, a fase **Pré-contemporânea**, que abrange o século XX, foi dominada pela tipologia arquitetônica do *bloco vertical* e pelo aparecimento dos *hospitais especializados*. As descobertas de Pasteur na era da bacteriologia e de Joseph Lister, sobre os métodos de assepsia, modificaram a atuação médica e, conseqüentemente, a anatomia dos hospitais. (PEVSNER, 1997). Até esse momento, de acordo com Stone (1965), o leito era considerado a unidade funcional básica mais importante da

estrutura hospitalar. Todavia, surgiram novos paradigmas nas ciências médicas, um maior entendimento e controle das infecções, a descoberta dos raios X, em 1895, novas instalações para fins diagnósticos e novas possibilidades exploratórias no campo da cirurgia (a partir do uso da anestesia), bem como uma expansão na captação de pacientes a partir dos adventos do telefone e do automóvel. Miquelin (1992) acrescenta que o centro cirúrgico, e todas as áreas ligadas a ele, passaram a fazer parte de praticamente todos os hospitais. Sendo assim, com a diminuição da taxa de mortalidade hospitalar e o aumento da complexidade no diagnóstico e tratamento das patologias, foi necessário aumentar, gradualmente, o número de leitos nas instituições. Uma outra variação dessa tipologia nosocomial, como aponta o autor, foi a do *bloco misto* ou *bloco-torre*, que surgiu após a II Guerra Mundial e foi replicada em diversos países, permanecendo até os dias atuais. Esses hospitais possuem um bloco horizontal, tipo placa, em sua base (contendo serviços de apoio e diagnóstico), mesclados com uma edificação vertical (onde são inseridas as áreas de internação, nos pavimentos intermediários, e do centro cirúrgico, no último pavimento).

**Figura 9** – Tipologias dos edifícios de assistência à saúde segundo os períodos históricos.



Fonte: Elaborado pela autora (2020), a partir de MIQUELIN (1992).

Muitos hospitais que adotaram a tipologia do bloco misto seguiram as soluções do *Hospital Memorial França-Estados Unidos*, a primeira referência deste modelo, projetada pelo arquiteto Paul Nelson, em 1950. Destacou-se, principalmente, devido às preocupações arquitetônicas em relação à experiência do paciente e aos aspectos



funcionais da edificação: internações orientadas para o sul e setores de apoio da enfermagem, para o norte; grandes aberturas para o exterior; terraços; balcões; quartos com um ou dois leitos e sanitários privados; assim como paredes de vedação com modulação de 60x60cm, independentes da fachada e estrutura. Essas soluções, típicas da Arquitetura Moderna e adotadas no hospital, chamaram a atenção de arquitetos como Le Corbusier e Alvar Aalto, devido à incorporação dos ideais funcionalistas no edifício. (MIQUELIN, 1992)

É possível perceber, portanto, transformações acentuadas sofridas pelas estruturas hospitalares a partir do final do século XIX, com uma acelerada e impressionante revolução desses espaços físicos a partir da II Guerra Mundial. A consolidação e crescente desenvolvimento de todos os componentes que surgiram com a verticalização dos edifícios marcou a arquitetura da saúde do século XX e, nesse momento, os hospitais passaram a ter uma configuração mais complexa, e necessidades cada vez mais constantes de se modificarem para se adaptarem ao novo. Ao longo da história, é possível afirmar que o hospital teve modelos assistenciais diversificados, ocupando as funções de templo, hotel, prisão ou mesmo obra de arte; entretanto, em nenhum período a arquitetura esteve tão conectada aos paradigmas e práticas das ciências médicas planejando, juntas, os ambientes hospitalares.

**Quadro 2** – Síntese do contexto histórico em relação à assistência e edifícios de saúde.

| PLANO HISTÓRICO          | INSTÂNCIA CULTURAL              | NATUREZA DO HOSPITAL               | MODELO ASSISTENCIAL                             | CUIDADO PREVALENTE  | CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO   |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| Medieval                 | Caridade cristã                 | Caritativo                         | Assistência geral                               | Hospitalidade e conforto  | Doenças infecciosas e pobreza   |
| Positivismo filantrópico | Humanismo científico            | Institutos beneficentes            | Assistência geral                               | Recuperação e assistência   | Doenças infecciosas e pobreza   |
| Revolução industrial     | Proteção social e produtividade | Hospital público                   | Assistência específica                          | Diagnóstico e terapia   | Doenças infecciosas, pobreza, doenças da transição urbano-industrial            |
| Sociedade industrial     | Tutela da saúde do cidadão      | Hospital moderno                   | Múltiplas especialidades                        | Diagnóstico, terapia, prevenção e educação para a saúde           | Doenças infecciosas e multifatoriais  |
| Sociedade pós-industrial | Promoção do bem-estar social    | Pós-hospitalar (sistema integrado) | Articulação da intervenção em níveis integrados | Diagnóstico, terapia, reabilitação, prevenção e promoção da saúde | Doenças infecciosas e multifatoriais, desajustes social-psico-somáticos (risco) |

Fonte: Acervo do Grupo de pesquisa Espaço Saúde do PROARQ/UFRJ (2020).

Logo, os novos nosocômios, concebidos através de olhares multidisciplinares voltados para a cura, refletiam aspectos essenciais da modernidade: implantação, partido, racionalização, flexibilidade, zoneamento, fluxos, tecnologia, gestão, atividades, estrutura, instalações prediais, construção, custo, especialidade, etc. Para Mignot (1994) também foi no século XX que houve a proliferação dos *hospitais especializados* por todo o mundo, como os asilos, maternidades, hospitais cirúrgicos e psiquiátricos.

Além desses modelos hospitalares, nasceu neste período, como mais um tipo de máquina curativa, toda a rede de edifícios para o combate à tuberculose, tendo como protagonistas os monumentais e inovadores sanatórios, que representaram um marco para a arquitetura da saúde e para a arquitetura moderna. A **arquitetura antituberculose** foi fruto de diversos estudos, com aplicações científicas que repercutiram nos aspectos estéticos e funcionais dos edifícios. Desse modo, os paradigmas médicos e construtivos vigentes à época foram retratados na forma, materialidade e detalhes dessas edificações.

Sendo assim, todo o aparato da arquitetura de combate à peste branca nasceu como uma grande rede especializada para dar suporte ao diagnóstico, tratamento e prevenção desta patologia de caráter epidêmico. Do mesmo modo como a história dos EAS evidencia, a rede antituberculose também apresentou consequências arquitetônicas para subsidiar aquilo que as ciências médicas preconizavam sobre a maneira mais adequada de lidar com a doença à época. Nesse aspecto, a monumentalidade, aliada às soluções pioneiras e funcionais detalhadamente projetadas para este novo tipo arquitetônico, foram surpreendentes e inovadoras.

De acordo com Bertolli Filho (2001), o primeiro edifício especializado na tísica foi inaugurado em 1854, pelo médico tuberculoso Hermann Brehmer, na região montanhosa da Silésia, localizada entre a Polônia, Alemanha e República Tcheca. A ideia básica para se buscar a cura nas montanhas partia do princípio de que moradores dessas localidades não apresentavam a TB e, portanto, os médicos alemães acreditavam que a patologia resultava de uma baixa circulação sanguínea cardíaca e pulmonar. Dessa forma, o habitar nas áreas de altitude teria o poder de regenerar as funções do organismo adoecido, principalmente dos pulmões,

promovendo a cura desses pacientes, o que gerou a criação de diversas instituições sanatoriais em localidades montanhosas por toda a Europa<sup>22</sup>.

Com os avanços científicos da segunda metade do século XIX (principalmente ligados à bacteriologia) novas visões sobre a Peste Branca foram reveladas, gerando esforços das classes médica, política e da sociedade civil para estruturarem uma rede sanatorial organizada nos países europeus, a fim de minimizar a quantidade elevada de óbitos pela doença do peito. Bertolli Filho (2001) aponta que, enquanto a Inglaterra investiu nos dispensários como meio de contenção da TB, a Alemanha se destacou pelo grande investimento governamental (com apoio financeiro dos trabalhadores) para consolidar uma rede de sanatórios a partir de 1892 (quando já se sabia que a enfermidade era causada pelo BK). O modelo germânico, muito comum na Suíça, influenciou países como França, Portugal e tantos outros, que passaram a promover campanhas para a criação de casas especializadas no continente, transformando os sanatórios em ambientes de acolhimento e construção de saberes sobre a TB.

Assim, entre o final do século XIX e o início do século XX, as explicações sociais e biológicas sobre a consunção pautaram todas as ações de combate à enfermidade, seja em relação à compreensão sobre os hábitos saudáveis ideais para a sociedade moderna, ou em relação aos aspectos construtivos da rede antituberculose. Nesse sentido, Tavares (2005) ressalta que as edificações ligadas à tisiologia representavam o diálogo entre a arquitetura e a medicina, sendo o resultado da relação entre o olhar higienista para tratar a TB e as novas tecnologias construtivas disponíveis, que permitiram o surgimento de soluções de vanguarda nesses projetos. Em diversos exemplos da arquitetura sanatorial observamos noções modernas e, desse modo, “A renovação do habitar proposta pela Arquitectura Moderna passava pelas qualidades higiênicas exigidas pela Medicina e pela permeabilidade interior/exterior consolidada empiricamente pela arquitectura antituberculose”. (TAVARES, 2005, p.266)

A construção dos edifícios sanatoriais seguia diretrizes internacionais para o combate à Peste Branca instituídas no final do século XIX (ANTUNES *et al*, 2000) e

---

<sup>22</sup> Os hotéis em áreas montanhosas na Suíça, como a região de Davos, com sua alta rotatividade turística, acolhiam inúmeros tísicos de famílias abastadas que viajavam para descansar nessas regiões, durante o século XIX. Esses edifícios podem ser considerados, portanto, o princípio da arquitetura antituberculose, ao incorporarem galerias de cura, a setorização programática e uma anatomia cada vez mais funcional para atender aos tuberculosos, revelando a similaridade tipológica e o hibridismo entre os hotéis e os sanatórios, como ressaltam Eduardo Morales e Ingrid Díaz (2017).

disseminadas em inúmeros países. Isso fica claro, por exemplo, quando Costa (2014) destaca as ações de planejamento do aparato antituberculose elaborado para o enfrentamento da doença em Portugal e idealizado pela comissão executiva da *Assistência Nacional aos Tuberculosos* (ANT), nomeada em 1931 e liderada pelo médico Fausto Lopo de Carvalho. O autor aponta que a rede portuguesa foi dividida em cinco tipologias básicas, que poderiam responder aos tratamentos da patologia a partir da altitude (montanhas), planícies ou pelos ares marítimos. Assim, as edificações que compunham esta rede consistiam em projetos-tipo de: 1) preventórios; 2) dispensários; 3) hospitais; 4) sanatórios; 5) e hospitais-sanatórios.

Essa lógica adotada em Portugal também foi aplicada em outros países europeus, da mesma maneira que em nações do continente americano, como o Brasil. Dessa maneira, Costa (2008) ressalta que os edifícios sanatoriais construídos entre 1934 e 1953, em quase todos os estados brasileiros, seguiam as exigências internacionais estabelecidas naquele momento para o tratamento da TB. Tais requisitos atribuíam à tipologia sanatorial características próprias, que levavam os sanatórios brasileiros e estrangeiros contemporâneos a compartilharem de uma linguagem muito semelhante. Pode-se afirmar, portanto, que a arquitetura sanatorial contribuiu para o estabelecimento inicial da linguagem arquitetônica moderna no Brasil, tendo em vista as exigências técnicas e funcionais às quais os projetos deveriam responder. Segundo Costa (2008, p.129), referenciando Lauro Cavalcanti, a depender do autor do projeto, o resultado poderia ser de uma arquitetura “ousada, adotando a estética proposta por Le Corbusier: ausência de ornamento, estrutura aparente, planta livre, a ideia do protótipo e a possibilidade de reprodução industrial.”

Considerando as tipologias das edificações concebidas para combater a tísica, os **preventórios** eram os locais onde as crianças com predisposição a adquirirem a tuberculose eram tratadas de maneira preventiva, sendo elas, em sua maioria, filhas de pessoas infectadas, além das crianças malnutridas ou consideradas fracas (BRASILEIRO, 2012). Para Silveira (1994), essa era a instituição com a função primordial de prevenção e profilaxia da peste branca, especialmente destinada aos filhos dos tíxicos pobres. Ali, eram recebidos não mais pela crença relacionada à hereditariedade da patologia, mas para abrigá-los com o objetivo de evitar a convivência diária em suas casas contaminadas pelos pais adoecidos, evitando que respirassem “o mesmo ar viciado”. (COSTA, 2014, p. 140)

De acordo com José Carlos Nunes (2017), os preventórios portugueses foram influenciados pelo modelo francês, atendendo a critérios bem definidos para admitirem, especialmente, as crianças que tiveram algum tipo de contato com o bacilo. Dessa forma, foram desenvolvidas diversas propostas assistenciais (como as *Gotas de Leite*, colônias de férias e escolas ao ar livre, que o médico Bissaya Barreto já havia iniciado em Coimbra), tendo o preventório condensado, de forma objetiva, todos esses papéis.

As suas vantagens são evidentes: menor encargo para a colectividade, por serem as despesas resultantes do isolamento de uma criança num preventório muito inferiores às da hospitalização de um tuberculoso adulto: [...]; conveniência em cuidar do indivíduo numa altura em que ele ainda não constitui um valor social apreciável, evitando-se assim que se tuberculise mais tarde, quando o seu afastamento da vida social represente um prejuízo económico muito mais grave, [...] (PINTO *et al*, 1931 *apud* NUNES, 2017, p. 121)

É possível perceber, a partir desse viés, para além dos aspectos ligados à saúde, uma preocupação econômica do Estado português, considerando a importância do preventório como um meio de evitar que a tuberculose infectasse um número ainda maior de pessoas na idade produtiva, afetando a força de trabalho do país. No caso do cenário brasileiro, o SNT investia em propagandas para orientar as pessoas que viviam em situação de risco de contração da doença, a fim de ampliar

[...] o coeficiente individual de resistência orgânica à tuberculose. Promove o recolhimento delas [crianças] aos preventórios, colônias de férias, escolas ao ar livre e outras instituições onde há alimentação sadia, habitação saudável, orientação higiênica e terapêutica aconselhável a cada caso, e especificamente faz a vacinação pelo BCG. (RIBEIRO, 1944, p. 12)

Mesmo antes da existência do SNT, o Brasil já possuía alguns preventórios. A Liga Brasileira para a Tuberculose foi responsável pela instalação, em 1927, de um dos mais antigos e destacados preventórios do país: o Preventório Rainha Dona Amélia, na Ilha de Paquetá, no Rio de Janeiro (SALLES, 1971), que buscava “acolher crianças classificadas nas estatísticas escolares como estando em estado de pré-tuberculose e evitar que elas desenvolvessem a enfermidade” (ANTUNES *et al*, 2000, p. 371). É possível observar sua implantação próxima ao mar, em um grande terreno arborizado, em altitude, com uma construção que se assemelha a uma casa avarandada, de telhado aparente, com janelas de grandes proporções para garantir a iluminação, e cercada por amplas áreas de lazer para o público infantil.

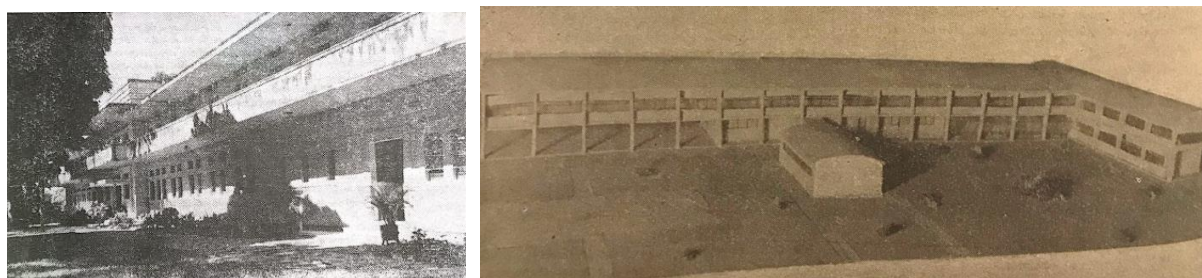
Por outro lado, percebe-se, no edifício do Preventório Santa Terezinha, inaugurado em Salvador, no ano de 1945, uma linguagem mais moderna, contando também com a criação de áreas de lazer externas ao bloco em “I”, para a realização de atividades com as crianças em meio à vegetação. O Preventório de Porto Alegre, também da década de 1940, é um outro exemplo que denota traços modernos, a partir da sua horizontalidade, com suas colunas aparentes, marcando o ritmo regular e racional da fachada, desprovida de ornamentos e com janela em fita. Além disso, o edifício ainda apresenta um trecho elevado sobre pilotis, permitindo a livre circulação de pessoas no térreo, a ventilação, e o sombreamento da área.

**Figuras 10 e 11** – Prédio principal do Preventório Rainha Dona Amélia (à esquerda); área de lazer do Preventório Santa Terezinha (de 1945), no bairro de Brotas, com cota de nível elevada (à direita).



Fontes: Instituto Moreira Sales, Coleção Antônio Manoel de Mattos Vieira (1925); SILVEIRA (1994, p. 137).

**Figuras 12 e 13** – Fachada principal do Preventório Santa Terezinha, em Brotas (à esquerda); maquete de um preventório construído em Porto Alegre (à direita).



Fontes: SILVEIRA (1994, p.133); RIBEIRO (1944, p. 14).

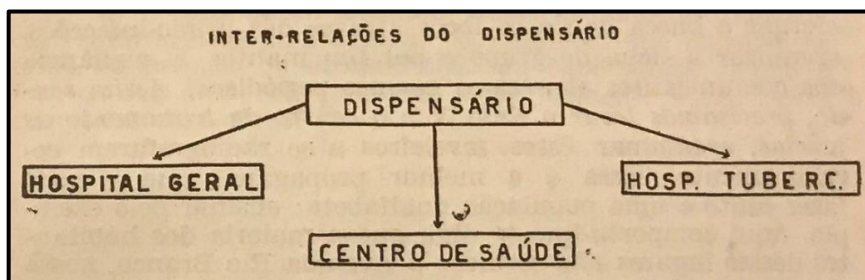
Os **dispensários**, por outro lado, tinham um caráter articulador entre os serviços de saúde, com um viés mais voltado para a pesquisa sobre os focos de contágio, para a educação e divulgação das regras de higiene, dando apoio médico e de profilaxia social aos enfermos. Segundo Nunes (2017), esses estabelecimentos atuavam dentro



de uma lógica integrada com o preventório, sanatório e hospital, mediando as relações entre o doente, sua família e/ou seu isolamento. Nesse sentido, Benjamin Goldberg (1936) ressalta que o planejamento da localização dos dispensários considerava critérios que abarcavam desde os aspectos epidemiológicos da região, até suas condições espaciais, que deveriam facilitar o acesso aos usuários do serviço, buscando a proximidade com os meios de transporte público, e evitando vias ruidosas, a fim de não atrapalharem as atividades das equipes de saúde. Já José Antunes *et al* (2000) apontam que eles funcionavam, em boa parte, nos grandes centros urbanos, tendo um acesso facilitado para a população, devido à mobilidade nas cidades, apesar de enfrentarem problemas em relação ao alto ruído e ao excesso de poeira.

Alguns preferem várias unidades pequenas e quase autônomas, enquanto outros se mostram a favor de uma ou duas muito grandes (superdispensários) com uma multiplicidade de unidades pequenas ou subestações nos distritos mais distantes. [...] Em algumas localidades, talvez seja conveniente a proximidade ou contiguidade a outros organismos de higiene, combinando-se para formar um centro sanitário ou um posto de saúde (tradução nossa). (GOLDBERG, 1936, p. 831 e 833)

**Figura 14** – Relações do dispensário com outros EAS e a rede antituberculose brasileira.



Fonte: BRASIL (1946, p. 47).

Estes dispositivos eram verdadeiros centros de triagem e encaminhamento dos pacientes, promovendo também algumas atividades ambulatoriais de combate à patologia dos pulmões. Dessa forma, Costa (2014) afirma que os dispensários eram os locais onde se prestava assistência aos adultos com suspeita de infecção pelo BK, realizando exames clínicos e radiológicos, principalmente nas pessoas fracas ou debilitadas, com mais riscos de contraírem a doença. Silveira (1994, p.131) considerava o dispensário como o “Órgão vanguardeiro de combate à tuberculose – destinado ao exame especializado, diagnóstico, tratamento e orientação da comunidade [...]”. Eram também os lugares onde se aplicavam as vacinas de BCG, se realizavam consultas, se distribuía medicamentos para o tratamento e, por se tratar de um procedimento relativamente simples – apesar de invasivo – o pneumotórax

artificial também passou a ser realizado, a nível ambulatorial, nos dispensários brasileiros, a partir de 1924. (ANTUNES *et al*, 2000)

Tratando-se da estrutura física dos edifícios, Goldberg (1936) explicita que era fundamental proporcionar a ventilação e iluminação natural dos espaços, visto que a luz e o ar eram compreendidos como princípios básicos na profilaxia da TB. Segundo o autor, o ideal seria que as edificações se localizassem em esquinas ou tivessem pequenos pátios ajardinados, podendo apresentar duas tipologias principais: 1) a antiga casa ou mansão senhoril de dois pavimentos; 2) a loja com uma ou duas portas. Com relação à disposição interior, o principal requisito era organizar o dispensário de modo a evitar o contato entre as pessoas suspeitas, sem diagnóstico, e as demais, buscando também um afastamento dos casos ativos da TB<sup>23</sup>.

O programa básico desses equipamentos antituberculose, segundo Goldberg (1936), dependia do tamanho e da capacidade do dispensário, devendo conter: a) área ou corredor de entrada; b) salas de espera bem iluminadas e ventiladas, com assentos afastados, podendo reservar a última fileira para os casos suspeitos e/ou abertos, incluindo esperas para crianças e casos odontológicos; c) vestiários masculinos e femininos; d) salas para exames em local tranquilo, considerando área para raios X e aplicação do pneumotórax; e) sanitários feminino e masculino específicos para casos ativos; f) consultório odontológico bem iluminado, com área separada para repouso pós anestésico. Além disso, o autor destaca que os dispensários deveriam possuir: a) balança de precisão; b) escritório ou armário e impressos para protocolos; c) bancos/sofá ou mesa para reconhecimento; d) termômetros clínicos; e) instalações hidrossanitárias e água corrente; f) meios para receber e enviar amostras de escarros para um laboratório; g) posto de recepção de escarros dos pacientes. É possível observar tais configurações nos exemplos norte-americanos e franceses a seguir:

---

<sup>23</sup> A compreensão do fluxo desse usuário era fundamental para o desdobramento do projeto arquitetônico, havendo a “necessidade de ensinar a equipe do dispensário a dar preferência ao caso em aberto, a fim de que ele passe da sala de espera à sala de despir-se, ao consultório médico e daí à rua, o mais rapidamente que permitam o tratamento e a manipulação efetiva”. (GOLDBERG, 1936, p. 835, tradução nossa)



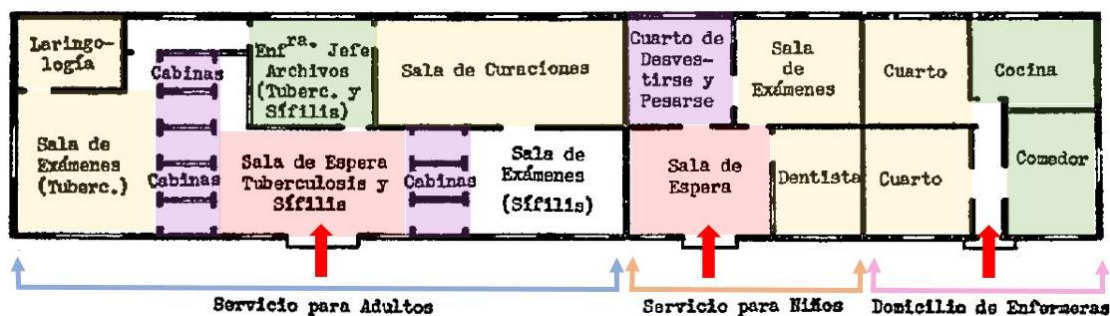


**Figura 17** – Projeto de um dispensário de Lannemezan, na França: a) em vermelho, área de recepção e espera; b) em verde, áreas de apoio e administrativas; c) em amarelo, áreas assistenciais para consultas e exames; d) em lilás, sanitários e vestiários/cabines; e) seta vermelha, acesso.



Fonte: Elaborado pela autora (2020), a partir de GOLDBERG (1936, p. 837).

**Figura 18** – Projeto de um dispensário de Darnétal, na França, dividido em setores para adultos, crianças e equipe de enfermagem: a) em vermelho, área de recepção e espera; b) em verde, áreas de apoio e administrativas; c) em amarelo, áreas assistenciais para consultas e exames; d) em lilás, vestiários e cabines; e) seta vermelha, acesso.



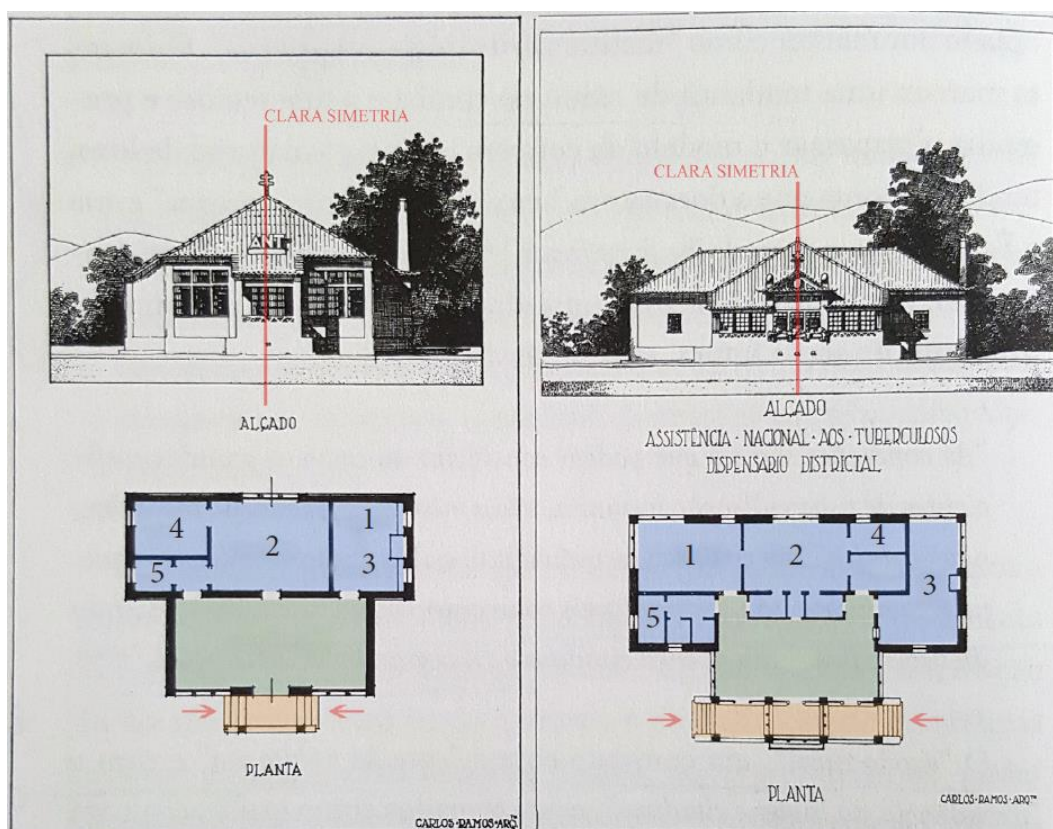
Fonte: Elaborado pela autora (2020), a partir de GOLDBERG (1936, p. 838).

Dentro do modelo adotado em Portugal, Nunes (2017) enfatiza que os dispensários tinham como base a observação e análise do paciente, enquadrando-o em uma classificação que levaria a determinadas ações: 1) indivíduos predispostos à TB continuavam o seu acompanhamento e tratamento dispensarial; 2) indivíduos com diagnóstico positivo para a TB pulmonar eram direcionados para os hospitais sanatórios ou, quando não havia vaga, realizavam o pneumotórax no dispensário.

De acordo com Ana Rita Matos (2018), tais estabelecimentos portugueses, assim como outras edificações que compunham a rede antituberculose do país, foram

construídos com base em tipologias pré-definidas, que poderiam ser implantadas em qualquer local, sendo o arquiteto Calos Ramos o profissional responsável pelos dois principais projetos de dispensários construídos nas diversas regiões de Portugal. Esta arquitetura dispensarial estava em conformidade com os valores do regime nacionalista do Estado Novo português, buscando retratar a ordem, o controle, a disciplina e a autoridade através de uma linguagem tradicional, que evidenciava a típica simetria de uma casa portuguesa, com telhado aparente, distanciando-se da linguagem moderna.

**Figura 19** – Projetos-tipo para dispensários em Portugal, de 1934, com autoria de Carlos Ramos: a) em amarelo, o acesso principal; b) em verde, o hall/sala de espera; c) em azul, as zonas de tratamento; d) sala de tratamento (1); e) consultório (2); f) farmácia (3); g) sala de raios X (4); h) instalações sanitárias (5).



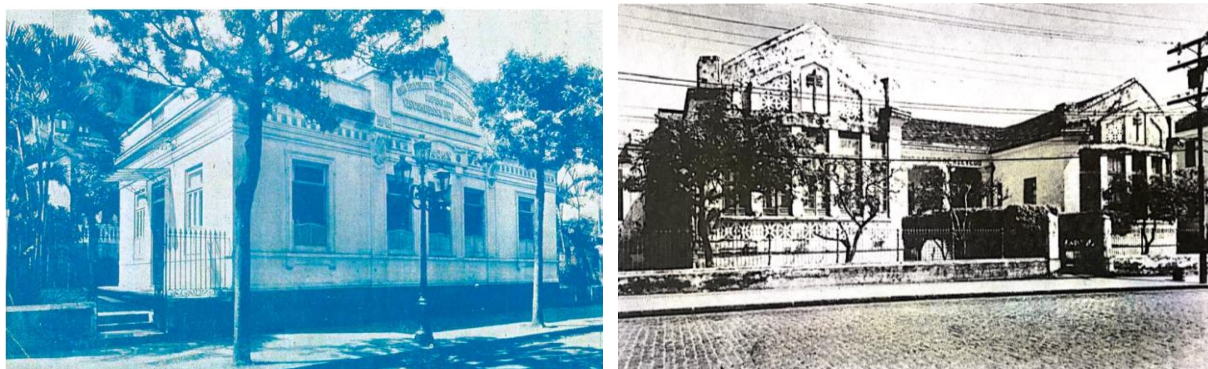
Fonte: MATOS (2018, p. 66).

É possível perceber que essa linguagem também foi incorporada a alguns dispensários brasileiros, principalmente aqueles construídos no início do século XX, como o Dispensário Viscondessa de Moraes, fundado no Rio de Janeiro em 1910 pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose, e o Dispensário Ramiro Azevedo, inaugurado em Salvador em 1919. Por outro lado, observa-se, posteriormente, a construção de



projetos de dispensários com traços mais modernos, como o edifício pernambucano para o Dispensário Agamenon Magalhães, de 1950.

**Figuras 20 e 21** – Dispensário Viscondessa de Moraes, no Rio de Janeiro (à esquerda); Dispensário Ramiro Azevedo, em Salvador (à direita).



Fonte: Acervo COC (BRASIL, 2016a); SILVEIRA (1994, p. 63).

**Figura 22** – Dispensário Agamenon Magalhães, em Pernambuco, seguindo o modelo de projeto tipo II do SNT.



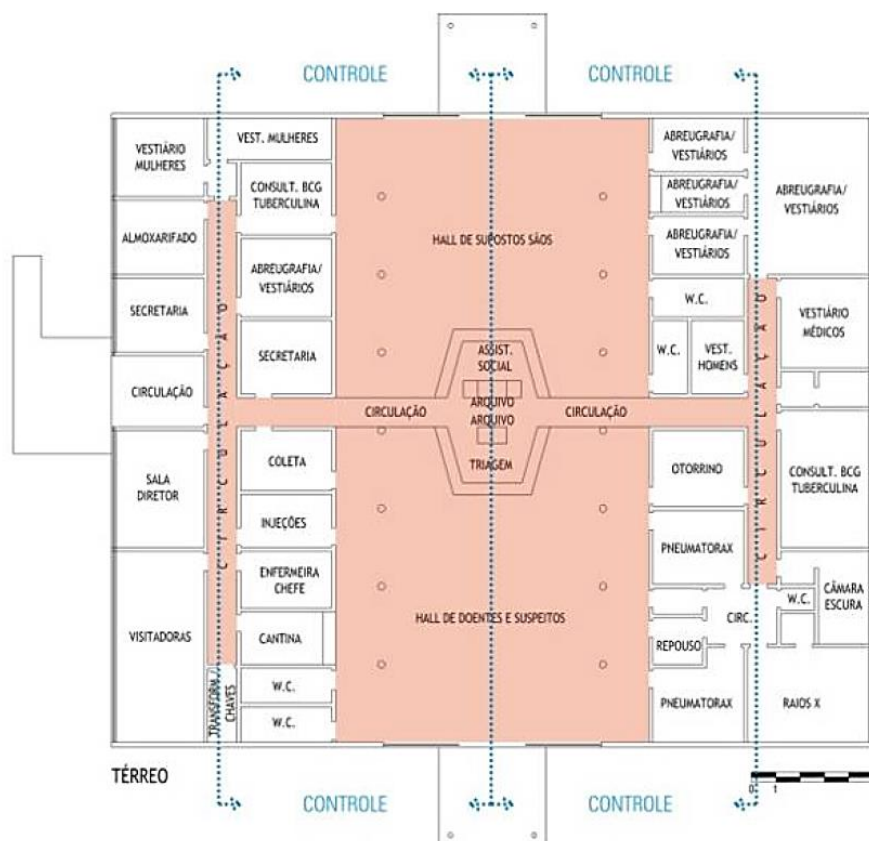
Fonte: BRASILEIRO (2012, p. 173).

Vale ressaltar que a prática governamental portuguesa de estabelecer modelos construtivos que poderiam ser replicados em inúmeras regiões do país também teve a sua aplicação no Brasil. O SNT estabeleceu alguns projetos-tipo para dispensários a serem construídos em território brasileiro, tendo em vista a aplicação dos princípios de controle de contágio e de profilaxia da TB estabelecidos internacionalmente e difundidos por diversos países. O resultado evidenciado pelo estudo de Carolina Brasileiro (2012) aponta três tipologias básicas de edificações, havendo uma variação mais acentuada em uma delas. Os dispensários projetados pelo SNT possuíam

[...] sistemas rasos e rigidamente divididos em setores bem definidos, como forma de evitar o encontro de classes distintas de pacientes no espaço e, portanto, minimizar as possibilidades de contágio da doença no próprio

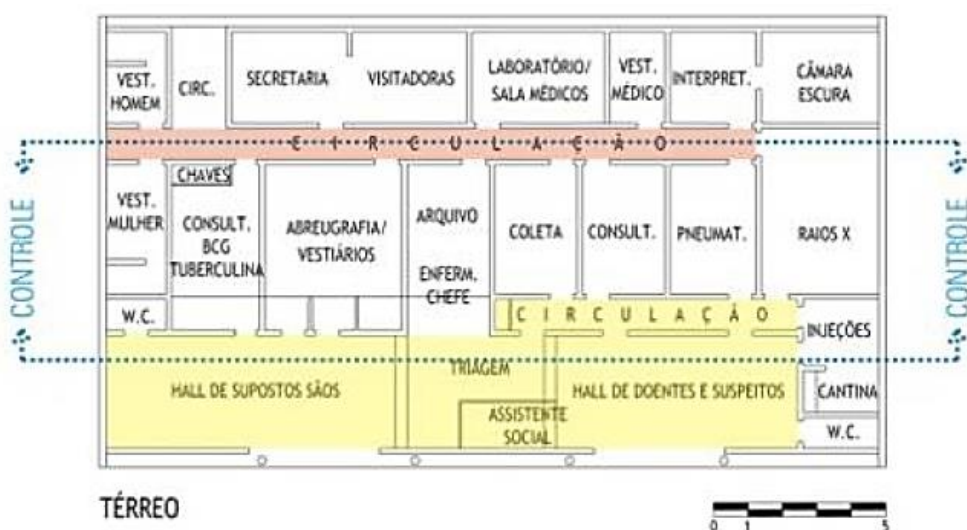
equipamento que, espera-se ser, instrumento de profilaxia da tuberculose. (BRASILEIRO, 2012, p. 174)

**Figura 23** – Planta térrea para “dispensário tipo I” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle.



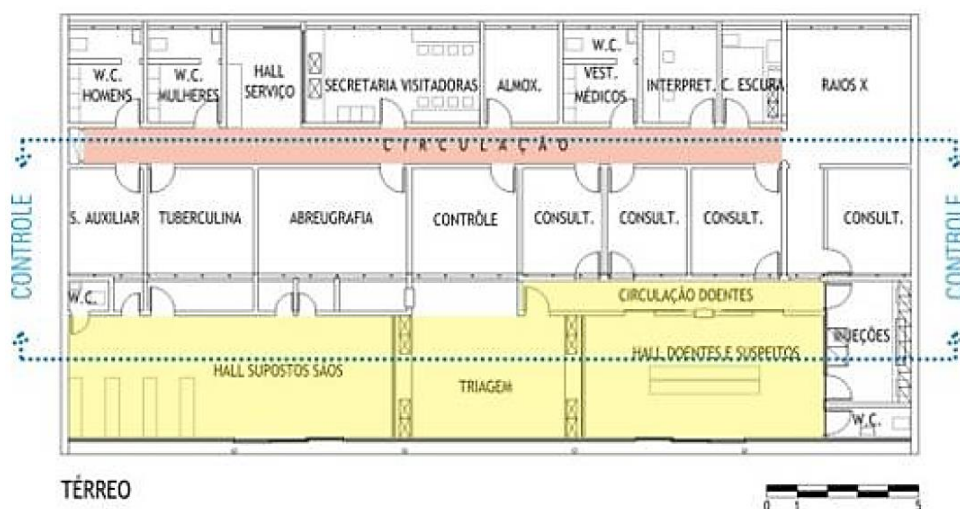
Fonte: BRASILEIRO (2012, p. 173).

**Figura 24** – Planta térrea para “dispensário tipo IIA” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em amarelo, espaços de alta integração visual; c) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle.



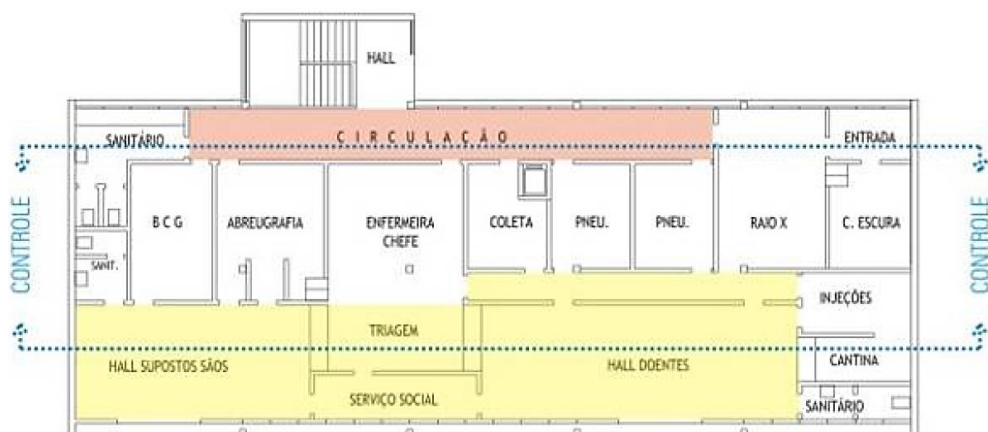
Fonte: BRASILEIRO (2012, p. 173).

**Figura 25** – Planta térrea para “dispensário tipo IIB” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em amarelo, espaços de alta integração visual; c) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle.



Fonte: BRASILEIRO (2012, p. 173).

**Figura 26** – Planta térrea para “dispensário tipo III” do SNT: a) em laranja, espaços de alta integração visual e por acessibilidade; b) em amarelo, espaços de alta integração visual; c) em tracejado azul, barreiras esquemáticas de controle.



Fonte: BRASILEIRO (2012, p. 173).

É interessante ressaltar que as investigações científicas no Brasil extrapolaram os muros dos dispensários, através da realização do *Censo Torácico-tuberculínico*, realizado pelo SNT em todo o país com o objetivo de compreender os índices de infecção e morbidade<sup>24</sup> por TB em várias regiões. O estudo auxiliava o governo a planejar o serviço de assistência social, organizando melhor as ações de profilaxia e tratamento, de acordo com as necessidades de cada local. Através desse censo, era possível: 1) conhecer os não alérgicos para direcioná-los a tomarem a vacina de BCG;

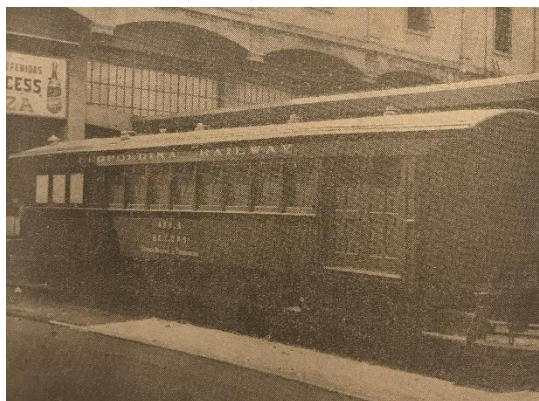
<sup>24</sup> Taxa de portadores de uma patologia em relação ao número da amostra populacional avaliada em determinado período e local.



2) orientar a assistência dos menores infectados; 3) afastar os tuberculosos dos meios onde viviam, possibilitando a sua cura (nos hospitais ou através de outras medidas) e evitando que transmitissem a doença para outras pessoas. (RIBEIRO, 1944)

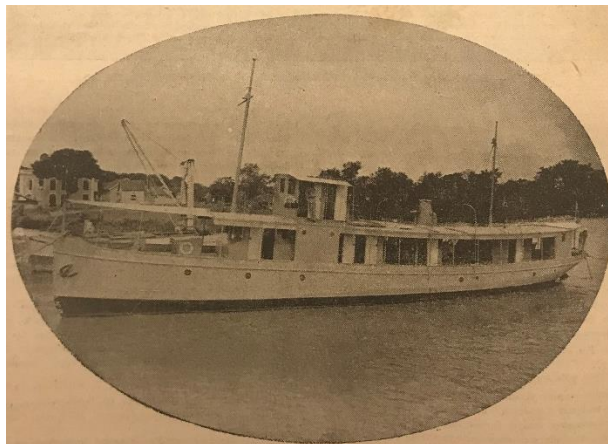
Para tornar possível a extensão dessa verificação nas regiões mais afastadas ou de difícil acesso, o SNT compôs sua rede antituberculose com a criação de dispositivos denominados **núcleos fixos e móveis**, contendo os equipamentos e materiais necessários para a realização das provas tuberculínicas. Enquanto os primeiros se localizavam em estruturas fixas, próximas ou dentro de centros de saúde existentes ou de dispensários, com equipes para examinarem as populações vizinhas, os núcleos móveis caracterizavam-se pelas suas instalações específicas que lhes permitiam obter uma mobilidade, levando a assistência aos lugares mais remotos do território nacional, incluindo o meio rural e as áreas desprovidas de energia elétrica. O seu funcionamento, nessas localidades, ocorria pelo fato destes equipamentos terem sido providos “de um grupo eletrogênio o qual permite o funcionamento dos aparelhos de Raios X”. (RIBEIRO, 1944, p. 13)

**Figuras 27 e 28** – “Núcleo móvel instalado em ambulância, para inquérito tuberculínico e cadastro torácico no interior do país. Presentemente há ambulâncias como esta em Petrópolis, no estado do Espírito Santo, no Rio Grande do Sul e em Pernambuco, no campo de treinamento de Engenho da Aldeia, junto às forças expedicionárias” (à esquerda); “Vagão da Leopoldina Railway adaptado pelo SNT para núcleo móvel de cadastro torácico e inquérito tuberculínico, dispondo de um aparelho Manoel de Abreu, de um grupo eletrogênico e material completo à sua finalidade. Atualmente está em serviço junto às usinas de açúcar de Campos” (à direita).



Fonte: RIBEIRO (1944, p. 7-8)

**Figura 29** – Embarcação denominada “Aviso Tocantins”, na qual foi instalado material completo para inquérito tuberculínico e cadastro torácico na Amazônia.



Fonte: RIBEIRO (1944, p. 6)

Apesar da existência dessa rede de atenção básica à população, onde os focos principais eram a educação, prevenção e ações mais modestas de profilaxia, é fundamental compreender que os edifícios protagonistas do aparato antituberculoso eram os hospitais, sanatórios e hospitais-sanatórios. Assim, todas as ações ligadas ao isolamento do enfermo, ao seu tratamento intensivo e às internações prolongadas eram realizadas nesses edifícios, que foram construídos, mundialmente, a partir de princípios semelhantes. Segundo Costa (2014), em Portugal a ANT desenvolveu pesquisas tipológicas para projetar tais edificações, estabelecendo uma diferença entre esses três modelos, a depender do seu porte e quantidade de leitos.

Em relação aos **hospitais**, é interessante reconhecer que a história desta tipologia demonstra uma tendência à sua implantação mais afastada dos centros urbanos, considerando diversas preocupações higiênicas e sanitárias que, primordialmente, buscavam distanciar o edifício para evitar que os ventos dominantes levassem os miasmas para as cidades. Dessa maneira, surgiam as avenidas conectando o centro à periferia, onde o hospital ganhava destaque pela sua imponência e expressividade formal tão singular, destacada em relação às demais edificações. (ZUCCONI, 2009) O edifício hospitalar afastado da cidade materializava, portanto, uma visão coletiva de exclusão e isolamento dos doentes da vida urbana, principalmente quando se tratava das epidemias e dos portadores de patologias infectocontagiosas, havendo um *medo social* e a potencialização da segregação. Entretanto, vale ressaltar que, com a ascensão da bacteriologia e do higienismo, diversos hospitais gerais passaram a ser



implantados dentro das cidades, enquanto os grandes hospitais de isolamento se localizavam nas periferias.

Seguindo a tendência da descentralização urbana, os hospitais da rede antituberculose eram, geralmente, construídos em proporções menores, no entorno das cidades, configurando-se como complexos isolados de triagem, onde portadores de TB tinham a possibilidade de serem tratados no estágio inicial da doença. Nos casos mais graves, eles eram encaminhados para os sanatórios de altitude, marítimos ou de planície, dependendo do tipo de TB que haviam desenvolvido. Entretanto, quando o tísico atingia um estágio incurável da doença, era isolado em pavilhões especiais dos sanatórios ou em quartos dos hospitais-sanatórios. (COSTA, 2014)

A partir do hospital de isolamento, que distanciava os infectados das suas casas e da convivência pública, surgiram os **hospitais-sanatórios**, com características físicas e regras de convivência para melhor atenderem à terapêutica da TB (BITTENCOURT, 1998). Segundo a revista *A Saúde* (HOSPITAIS-SANATÓRIOS..., 1932 *apud* COSTA, 2014, p. 140), os hospitais-sanatórios tinham a função de acolher os diversos tipos de tuberculosos, a fim de educá-los em relação às práticas de higiene, tratá-los e isolá-los do convívio social. Apresentavam, portanto, maior valor do que os sanatórios, sendo necessária a sua implantação em cada distrito de Portugal.

O médico português Bissaya Barreto (1931 *apud* COSTA, 2014, p. 141) ainda destacava que esses edifícios com caráter de isolamento, construídos no entorno dos povoados, deveriam oferecer tratamento higienodietético durante qualquer momento da evolução da patologia, cumprindo todas as “condições exigidas pelos hospitais e pelos sanatórios, principalmente sob o ponto de vista de situação, exposição, organização, alimentação e disciplina” (BARRETO, 1931, p. 18 *apud* COSTA, 2014, p. 141). De acordo com ele, enquanto os tuberculosos incuráveis deveriam ser internados nos hospitais-sanatórios (para tratamentos mais paliativos), aqueles com possibilidades de cura deveriam ser encaminhados para tratarem-se nos sanatórios.

Por fim, considerando a tipologia dos **sanatórios**, o seu papel principal era o de isolar e internar os doentes com possibilidade de recuperação para receberem tratamento contínuo, muitas vezes prolongado (ANTUNES *et al*, 2000). Então, eles eram grandes dispositivos de segregação na rede antituberculose e poderiam abrigar os pacientes durante longos anos, tornando seus leitos relativamente caros para o Estado. Bertolli

Filho (2001) ressalta que esses edifícios eram o retrato da exclusão dos físicos em relação à vida dos cidadãos saudáveis, materializando sua marginalização e o olhar estigmatizado que o restante da população lançava sobre eles. O isolamento sanatorial, portanto, significava uma chance para o tuberculoso se tratar, com “oportunidades para reiteração dos valores e dos comportamentos ‘saudáveis’ que deveriam reger a sociedade moderna”. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 56)

Os sanatórios ofereciam repouso, uma dieta reparadora e mantinham os doentes afastados dos sãos. Mas tratava-se de uma existência severa e isolada: a monotonia do tratamento ao ar livre, durante todo o ano, talvez interrompido pelo colapso induzido de um pulmão infectado, para o “descansar”. (BYNUM, 2013, p. 4)

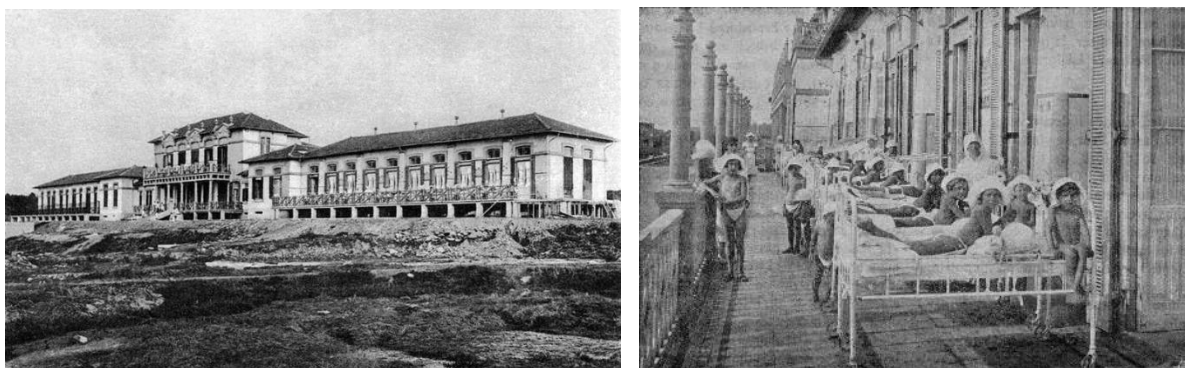
Portanto, o sanatório era uma espécie de hospital de isolamento aperfeiçoado, onde as decisões arquitetônicas eram consequências das terapias aplicadas, que poderiam variar a depender do tipo de TB (BITTENCOURT, 1998). Enquanto os sanatórios de altitude eram indicados para tratar a TB pulmonar, os marítimos eram mais adequados para tratar a TB óssea/cirúrgica, dentre outras<sup>25</sup>; com construções que “complementam-se na terapêutica das diferentes formas de tuberculose e adotam modelos arquitectónicos distintos” (TAVARES, 2005, p. 90). Sendo assim, o clima mais ameno, presente nas zonas marítimas, auxiliaria no tratamento das tuberculosas extrapulmonares, com sanatórios que buscavam uma relação direta com a praia e o sol para a realização de tratamentos helioterápicos através dos terraços e amplas áreas abertas. Por outro lado, o sistema respiratório afetado pela TB pulmonar era mais beneficiado pelos tratamentos em altitude, onde a qualidade do ar respirado necessitava de maior atenção. Em terrenos altos e arborizados, a pressão atmosférica era inferior, sendo o ar mais rarefeito e puro devido a uma menor quantidade de partículas contaminantes, que também eram filtradas pela vegetação. A busca pelo controle do ar teve como consequência edifícios mais focados nas espacialidades das galerias de cura, quartos e enfermarias. Compreende-se, a partir desse viés, que os tipos sanatoriais eram frutos de um conjunto de aspectos físicos, químicos e biológicos

---

<sup>25</sup> Como aponta a revista *A Saúde*, “A tuberculose, duma maneira geral, se beneficia extraordinariamente com a beira-mar, a menos, que se trate de tuberculose do aparelho respiratório e especialmente dos pulmões [...] A tuberculose óssea, a tuberculose articular, cutânea e a ganglionar são, de todas as formas de tuberculose, as que mais lucram com o clima das praias [...]”. (PRAIAS, 1932, p. 1 apud COSTA, 2014, p. 139)

ligados a cada tipo de TB, favorecendo ou prejudicando o desenvolvimento da doença. (NUNES, 2017)

**Figuras 30 e 31** – Fachada voltada para o mar do Sanatório Marítimo do Norte, em Portugal (à esquerda); Crianças tísicas e a cura pelo sol: realização de helioterapia na galeria de cura do Sanatório Marítimo do Norte (à direita).



Fonte: TAVARES (2005, p. 86).

**Figura 32** – Divulgação do Sanatório Ferroviário das Penhas da Saúde, na Serra da Estrela, em Portugal, destacando os benefícios para a TB pulmonar a partir da sua estrutura física e localização em área de altitude.

**SANATÓRIO DAS PENHAS DA SAÚDE**

**O MAIS ALTO — O MAIS MODERNO — O MAIS CONFORTÁVEL**



Edificado na zona florestal da Serra da Estrela, a 1250 metros acima do nível do mar, em local considerado por Souza Martins como um dos melhores do país para o tratamento das doenças pulmonares.

◆

Situação verdadeiramente privilegiada sob o ponto de vista climático.

◆

Instalações modelares

◆

ENFERMAGEM RELIGIOSA

Diários a partir de 65 escudos, compreendendo 4 refeições, serviços médicos e de enfermagem, exames radioscópicos e laboratoriais. Telefone Covilhã 487

Fonte: LEITE (2014)

A escolha para os locais de implantação dos sanatórios era pautada em diversas variáveis, que até o início do século XX se baseavam, primordialmente, nas terapias climáticas, onde as condições topográficas, de direção dos ventos e insolação eram

fundamentais. Com a evolução das ciências médicas, Cecília Quecedo (2012) afirma que, a partir de 1900, ficou estabelecido no *Congresso Internacional da Tuberculose*, em Paris, que a pureza do ar e um clima estável, frio e seco, seriam os aspectos ambientais relevantes a se considerar para eleger o terreno dos sanatórios. A autora reforça que a preocupação com o bem-estar físico e psíquico dos tísicos levou à criação de “cidades sanatoriais” (QUECEDO, 2012, p. 90), com uma grande amplitude territorial para abarcar diversos pavilhões, possibilitando a convivência entre os enfermos e seus familiares. Tais blocos, comumente construídos com pouca altura e espalhados pelo terreno, costumavam se relacionar harmonicamente com a paisagem, seguindo a topografia natural e as condições climáticas do lugar. Sendo assim, esses complexos curativos poderiam se localizar em zonas bastante isoladas, em meio à natureza ou em áreas verdes relativamente periféricas, mas não tão afastadas dos centros urbanos, constituindo-se de um

[...] parque ou bosque envolvendo a edificação, como agente purificador do ar; a implantação de hortas e criação de animais para suprir as necessidades alimentares; a distribuição dos vários pavilhões resguardando a distância mínima de 25m para garantir a insolação e ventilação dos edifícios. (BITTENCOURT, 1998, p. 39)

**Figuras 33 e 34** – Perspectiva do Sanatório de Maryland, Sabillasville, projetado por Wyatt e Nolting, com uma implantação linear dos blocos (à esquerda); planta geral do Sanatório Estatal de Maine, Hebron, projetado por T.C. Stevens y J.H. Stevens, seguindo uma implantação mais dispersa (à direita).



Fonte: QUECEDO (2012, p. 96)

É importante salientar que o estabelecimento internacional, em 1899, do método de cura mais adequado para tratar a TB foi aquele preconizado pelos alemães e suíços, que defendiam o repouso, ar puro e alimentação balanceada, gerando consequências arquitetônicas nos projetos sanatoriais. Apesar da existência comum de sanatórios-cidades, configurados pelo modelo pavilhonar, os especialistas passaram a sugerir uma nova tipologia para tais construções: os “*Kurhaus*, constituídos por um único

edifício alargado e compacto com planta em forma de T e com galerias de cura na fachada sul, que definem o tipo de sanatório a se aplicar”. (QUECEDO, 2012, p. 65, tradução nossa)

O modelo idealizado pelo médico Karl Turban para o seu primeiro sanatório na cidade de Davos, em 1887, também já seguia essa lógica: era dotado de um sistema de organização linear dos quartos, voltados para a fachada sul e acessados através de um longo corredor que articulava as alas desses quartos. A planta em formato de Y possibilitava uma setorização dos usos compatíveis do sanatório, ampliando a exposição dos quartos ao sol e à ventilação cruzada através da longa fachada que resultava dessa organização tipológica. (MORALES e DÍAS, 2017)

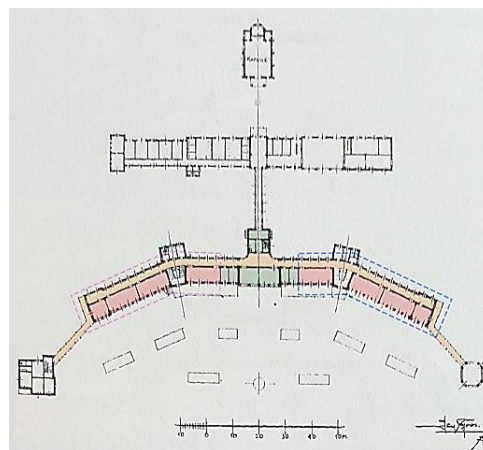
Quecedo (2012) acrescenta que, além da orientação sul, as edificações também poderiam estar voltadas para o sudeste ou sudoeste, captando os raios solares mais baixos do inverno, através da sua forma em Y com baixa altura. Todavia, a necessidade de implantação em terrenos sinuosos nas montanhas também acarretou o aparecimento de tipos mais altos e compactos, similares aos hospitais verticais que surgiam nos centros urbanos. Apareceram, então, os sanatórios do tipo monobloco vertical, com planta em T, “cuja morfologia se impõe à paisagem. Inclusive, chegam a desenvolver-se propostas de sanatórios lineares e assimétricos, compostos por vários braços ortogonais justapostos a um elemento linear” (QUECEDO, 2012, p. 91, tradução nossa). A autora ainda aponta que a distribuição desses “braços” de internações ao longo do volume, fossem eles em Y ou em T, auxiliavam também na separação entre as alas masculinas e femininas no caso dos sanatórios mistos, evitando o contato entre esses pacientes, que tinham suas atividades ao ar livre controladas em diferentes horários.

É possível perceber, portanto, em diversos projetos sanatoriais, uma variação das tipologias em T e Y (com algumas repetições e variações), sempre considerando a orientação das enfermarias e galerias de cura de modo a captarem as melhores condições ambientais que o terreno poderia oferecer-lhes. As angulações dos blocos de quartos também funcionavam como uma solução para proporcionar diversificadas vistas da paisagem sem obstáculos para todas as unidades de internação. Esses aspectos eram essenciais para o tratamento dos tuberculosos, que tinham uma rotina regrada e muito controlada, passando grande parte do seu tempo acamados dentro

dos quartos ou enfermarias, sendo necessário criar ambientes de permanência agradáveis, bem iluminados e ventilados. Dessa maneira, surgiram em diversos países tipologias monumentais de sanatórios, com recursos formais e funcionais muito semelhantes, pautadas nas investigações das ciências médicas e contribuições da arquitetura: edifícios simétricos em inúmeras situações, volumes relativamente esbeltos com fachadas extensas, formadas por ângulos precisamente estudados, grandes janelas e varandas.

Em relação à construção, para Turban os sanatórios de grande dimensão deveriam ter entre 60 a 80 camas, dispor de um edifício principal com duas alas laterais, tendo uma galeria de cura a unir os três volumes. Uma das regras principais era o edifício ser orientado a sul. Geralmente o edifício era de caráter misto, sendo os sexos separados apenas no interior, beneficiando da simetria da composição. No corpo central, localizava-se o único espaço comum a todos: a sala de refeições, juntamente com a zona de administração e de serviços. (MATOS, 2018, p. 37)

**Figuras 35 e 36** – Croqui de implantação de um projeto de concurso na Inglaterra, de 1902, proposto pelo arquiteto Jacques Gross para um sanatório modelo, a partir das diretrizes de Dr. Turban (à esquerda); planta baixa em formato de mariposa ou Y, comumente utilizada em projetos sanatoriais, projetada por Jacques Gross, para o concurso inglês: a) em laranja, a circulação; b) em verde, os espaços comuns; c) em vermelho, os quartos; d) em tracejado rosa, a zona feminina; e) em tracejado azul, a zona masculina (à direita).

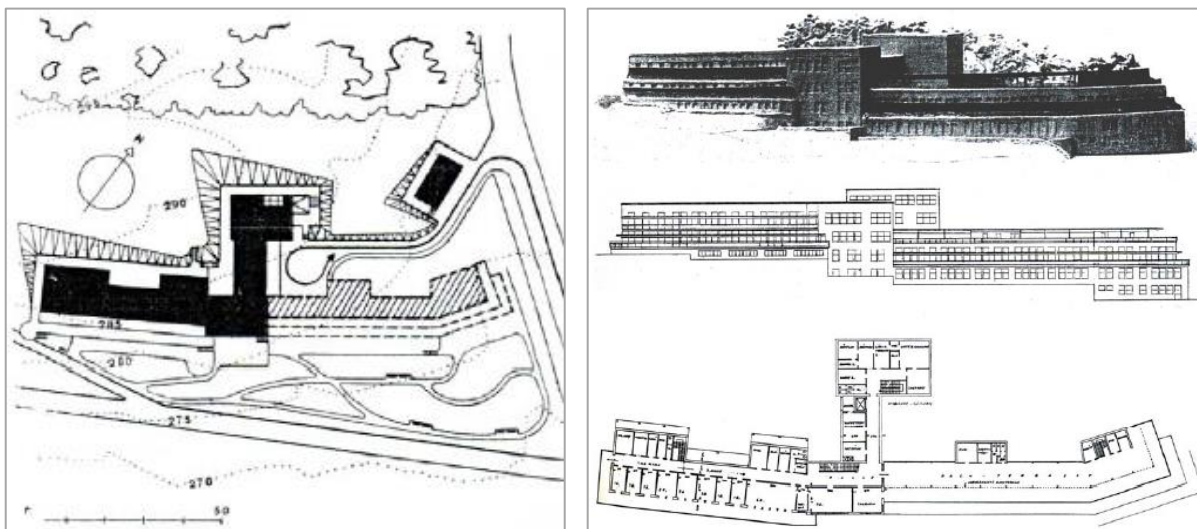


Fontes: TAVARES (2005, p. 240); MATOS (2018, p. 36).

Ainda sobre as principais diretrizes formais dos sanatórios, Pevsner (1997) observa que o *Terrassenbau* foi uma tipologia sanatorial típica da Alemanha e Suíça, idealizada pelo médico suíço David Sarasin em 1901, e pioneiramente aplicada em 1926 pelo arquiteto Richard Döcker, de Stuttgart, no Sanatório de Waiblingen. O princípio arquitetônico baseava-se na possibilidade de os pacientes desfrutarem do ar fresco durante todo o dia e, para tanto, as fachadas sul deveriam ser compostas por terraços escalonados em todos os pavimentos do edifício.



**Figuras 37 e 38** – Implantação do Sanatório de Waiblingen, projetado por Richard Döcker, entre 1926-1928 (à esquerda); maquete, fachada sul e planta do pavimento-tipo do Sanatório de Waiblingen (à direita).



Fonte: QUECEDO (2012, p. 93 e 94).

**Figura 39** – Seções transversais da tipologia *Terrassentyp*, de Richard Döcker, 1929.



Fonte: DUPLESSIS (2020).

**Figuras 40 e 41** – Fachada principal do Sanatório de Waiblingen (à esquerda); pacientes realizando a helioterapia nos terraços escalonados do edifício (à direita).



Fonte: DUPLESSIS (2020).

As extensas varandas, denominadas **galerias de cura**, assim como os amplos **solários**, foram notáveis ícones da arquitetura antituberculose, se configurando como resultados arquitetônicos para os tratamentos de repouso ou de exposição solar aplicados aos pacientes, e poderiam se apresentar de diferentes formas, como afirma Tavares (2005): 1) galerias cobertas e inseridas no interior do volume, muito utilizadas para permitir a aeração das enfermarias; 2) descobertas e projetadas para o exterior do volume ou escalonadas, ideais para a helioterapia. Os solários ou terraços, descobertos permitiam a exposição direta dos tísicos aos banhos de sol, sendo utilizados para a realização de uma terapia curativa, projetados a partir de bases científicas, e utilizados de acordo com a necessidade de cada doente.

A galeria de cura foi o primeiro elemento específico para tratamento da tuberculose, característico da arquitetura presente nos sanatórios. As primeiras foram edificadas e dispostas em espaços circundantes ao estabelecimento de tratamento como, por exemplo, jardins de acesso. Nada mais eram que telheiros com piso lavável, buscando sempre a melhor aeração. (BITTENCOURT, 1998, p. 42)

Além de se conformarem como espaços terapêuticos que compunham as fachadas mais monumentais da arquitetura sanatorial, é possível perceber que as galerias de cura e os solários também funcionavam como áreas de convivência, lazer e de contato direto ou apenas visual dos pacientes com o meio exterior ao edifício e à natureza circundante, seja nos sanatórios marítimos ou de altitude. Desse modo, essas amplas varandas de cura ou terraços posicionadas em frente aos quartos e enfermarias eram ambientes que permitiam a circulação dos pacientes deitados em suas camas, sendo movimentados e controlados pelas equipes de saúde.

Conforme aponta Nunes (2017), os terraços foram uma resultante das galerias de cura havendo, a partir da implantação dos elevadores, a utilização das coberturas planas dos sanatórios para a realização da helioterapia. Era comum a existência de grandes plataformas de base nas primeiras edificações sanatoriais, onde se realizavam as terapias solares; entretanto, com a decadência desse tipo de tratamento e com a busca pela economia construtiva e territorial, os terraços terapêuticos passaram a ser cada vez mais utilizados nos projetos. Assim, nos sanatórios de altitude,

[...] as galerias de cura configuraram espaços devidamente confinados, com acesso controlado e apenas em função do programa de tratamento, e a plataforma de base do sanatório (ou seja, a sua envolvente, normalmente em espaço verde ajardinado e arborizado) adotou funções diferentes. (NUNES, 2017, p. 330-331)

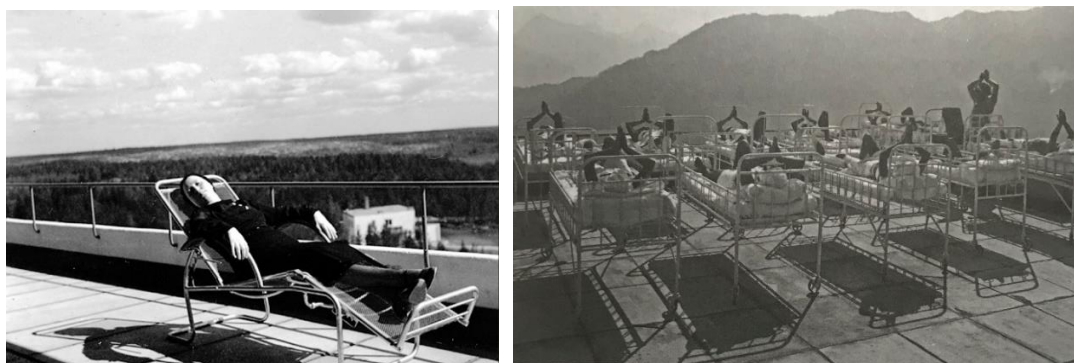


**Figuras 42 e 43** – Helioterapia no jardim de um sanatório (à esquerda); sala de estar e elevador para camas (que ocupa o vão da escada), na Clínica Heliântia, em Francelos, Portugal (à direita).



Fonte: TAVARES (2005, p. 47 e 60)

**Figuras 44 e 45** – Exposição ao sol na cadeira reclinável, para tratamento helioterápico no solário/terraço do Sanatório Paimio, na Finlândia, projetado por Alvar Aalto, entre 1928-1929, e construído entre 1930-1933 (à esquerda); realização de ginástica rítmica para tuberculosos acamados, seguindo o método de Margaret Morris, durante a helioterapia (à direita).



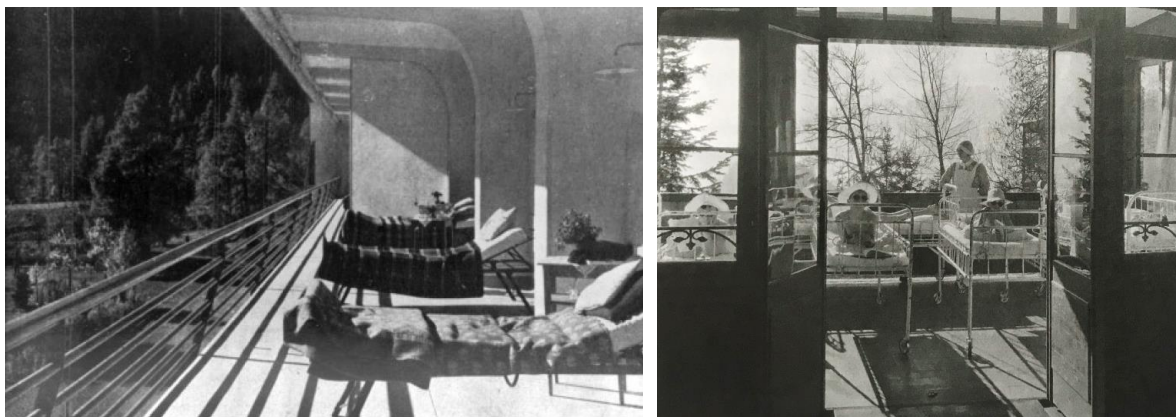
Fontes: Alvar Aalto (193-, apud UNDERWOOD, 2016, s/p); TAVARES (2005, p. 134)

Além desses aspectos, é essencial compreender que a galeria de cura se conectava diretamente aos quartos e enfermarias, facilitando o percurso e permanência dos tísicos no exterior, bem como ampliando a espacialidade das internações, “sendo dimensionada com 2,50m de largura para permitir a localização de uma *chaise-longue* e circulação e com dimensão para instalar todos os doentes em simultâneo” (TAVARES, 2005, p. 242). Em alguns casos, haviam elementos arquitetônicos que dividiam (ainda que parcialmente) essas extensas varandas, separando, principalmente, os quartos individuais e as enfermarias coletivas.

O fato de existir esta separação explica a adoção de varandas abertas e contínuas, sem divisão, que seriam extensas às enfermarias comuns, enquanto que para os pensionistas [...], importantes para ajudar na manutenção das instalações, seriam destinados quartos individuais, expressos nas varandas seccionadas que se vê nas laterais esquerda e direita das galerias de cura. Essas varandas também possuíam, na sua extremidade e ao lado dos quartos individuais, salas de isolamento de

doentes, que, aparentemente, deveria servir para qualquer classe de paciente. (COSTA, 2014, p. 144)

**Figuras 46 e 47** – Compartimentação parcial na galeria de cura para mais privacidade dos quartos individuais (à esquerda); galeria de cura vista desde o interior de uma enfermaria coletiva (à direita).



Fontes: MATOS (2018, p. 32); TAVARES (2005, p. 104)

Um outro elemento de elevada importância nas edificações sanatoriais eram as **células do quarto e da enfermaria**, consideradas a função essencial do edifício, visto que abrigavam os enfermos durante sua longa e rigorosa estadia nesses equipamentos de saúde. Tais áreas, que agrupadas compunham as alas de internação e se conectavam de modo contíguo às galerias de cura, funcionavam como a estrutura de base da morfologia sanatorial. Elas determinavam, em muitos exemplares, toda a dimensão do restante do edifício, correspondendo às suas fachadas e à sua malha estrutural porticada, sendo que nos locais onde o tamanho do vão era diferente, usualmente encontravam-se os ambientes internos, onde não havia quartos. Tavares (2005) observa essa situação no caso do sanatório inaugurado em 1930, denominado Clínica Heliântia, projetado pelo arquiteto Francisco de Oliveira Ferreira, em Francelos, Portugal:

Um aspecto essencial da Clínica é a correspondência estrutural dos pórticos, medindo aproximadamente 3,30m, com a compartimentação dos quartos. É uma opção que faz prevalecer a continuidade estrutural interior/exterior, condicionando a dimensão da estrutura à função essencial da construção: a célula do quarto. Assim se poderá compreender o sobredimensionamento da estrutura, compensado nos dois últimos tramos a sul, sem quartos, onde o vão é de 4,00m. Esta correspondência significa a equação conjunta de estrutura/ alçado/ planta/ função, em torno de um sistema de circulações. (TAVARES, 2005, p. 63)

**Figuras 48 e 49** – Pórticos construídos em concreto armado, mancando o ritmo da fachada da Clínica Heliântia, conformado pelas varandas abertas interligadas às internações (à esquerda); enfermaria conectada à galeria de cura da Clínica Heliântia (à direita).



Fonte: TAVARES (2005, p. 47 e 60).

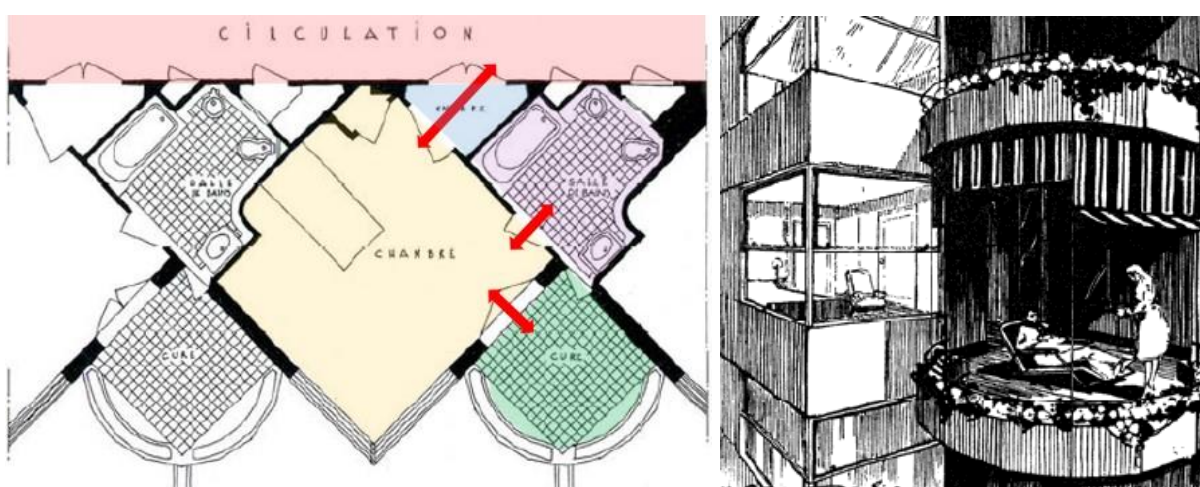
Além disso, Quecedo (2012) aborda um outro aspecto fundamental a respeito dessas células: ao mesmo tempo que alguns edifícios sanatoriais eram compostos por blocos com enfermarias coletivas, contendo 8, 6 ou 4 leitos, outros seguiram um modelo de quartos mais individualizados, transformando o sanatório em “um grande complexo formado pelo agrupamento de unidades ou células de quartos” (QUECEDO, 2012, p. 99 e 101, tradução nossa). Ainda segundo a autora, inicialmente os sanatórios continham as áreas de higiene dos pacientes no térreo, distantes da internação. Entretanto, com o passar do tempo, os banheiros e vestiários passaram a ser implantados na fachada norte dos pavimentos dos quartos, ampliando a profundidade dos blocos nesses locais. Por fim, com a crescente tendência à criação de espaços mais privados para os tísicos nos sanatórios, tivemos em diversos projetos os banheiros e sanitários passando a fazer parte das células-tipo dos quartos, mantendo uma relação direta com estes e gerando mais conforto para os pacientes.

Logo, nota-se que cada dimensão era cuidadosamente estudada nos sanatórios, bem como as atividades realizadas em seus espaços, resultando em projetos possíveis de replicação serial das células base que manifestavam o habitar sanatorial. Foram criados, portanto, padrões construtivos básicos com alguma variação tipológica, que puderam ser adaptados e aplicados em sanatórios por todo o mundo, mas sempre seguindo as diretrizes mais importantes desses espaços de cura: a presença das varandas interligadas aos quartos, a potencialização da higiene, racionalidade, iluminação e ventilação dos espaços.



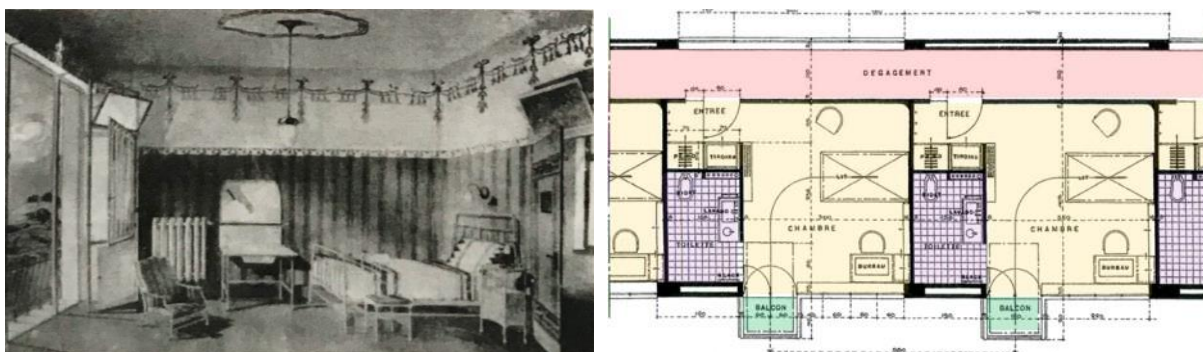
Os quartos eram uma questão que tinha de ser tratada com especial atenção, sendo necessário estarem preparados para um máximo de quatro doentes, devido à probabilidade de contágio ou para não perturbarem o repouso uns dos outros. Definiu-se um volume de 30 metros cúbicos de ar por pessoa, com a opção de ser menor caso possuísse uma boa ventilação, e todos os quartos tinham de ter entrada de luz solar direta [...]. (MATOS, 2018, p. 37)

**Figuras 50 e 51** – Planta baixa dos quartos individuais no projeto do Sanatório Plaine-Joux, em Plateau d’Assy, projetado por Pol Abraham e Henry-Jacques Le Mème (1927): o quarto individual (amarelo) possui um giro de 45°, sendo acessado por uma antecâmara (azul), a partir da circulação principal (vermelho), e contendo uma galeria de cura (verde), bem como um banheiro (lilás) privativos (à esquerda); perspectiva mostrando a relação entre o quarto (com sua grande esquadria de esquina) e a varanda individualizada, que promovem a iluminação, ventilação e vista livre de barreiras para o entorno, no projeto do Sanatório Plaine-Joux (à direita).



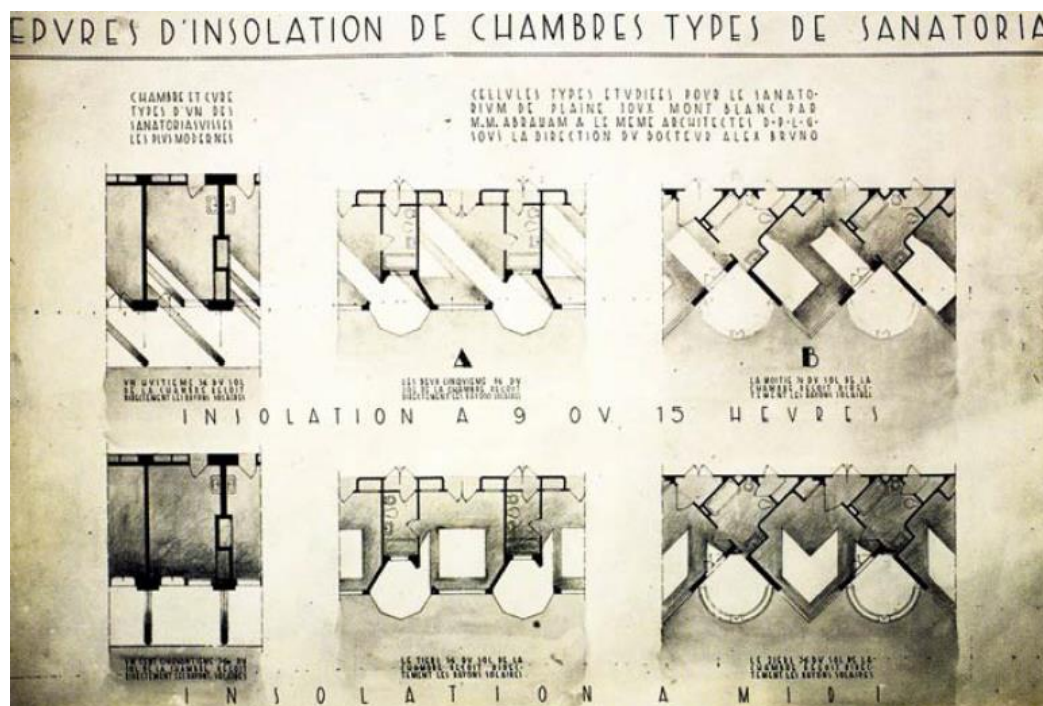
Fonte: Elaborada pela autora, a partir de QUECEDO (2005, p. 100); QUECEDO (2005, p. 100).

**Figuras 52 e 53** – Quarto de um projeto de concurso na Inglaterra, de 1902, proposto pelo arquiteto Jacques Gross para um sanatório ideal, a partir das diretrizes de Dr. Turban (à esquerda); planta baixa com repetição serial das células-quarto na internação do Sanatório de Durtol, projetado por André Lurçat (1929): a) em vermelho, a circulação, com 1,10m de largura; b) em amarelo, os quartos individuais, de 3,60x4,08m na área principal da cama, contendo armários em frente à porta de entrada, o leito e uma bancada de escritório próxima à janela; c) em lilás, os sanitários, com ventilação direta para a fachada; d) em verde, a varanda, com dimensão de 1,20x0,90m, permitindo a saída parcial do leito ao ambiente exterior (à direita).



Fonte: TAVARES (2005, p. 240); Elaborada pela autora, a partir de QUECEDO (2005, p. 102).

**Figura 54** – Estudos desenvolvidos por Pol Abraham, em 1929, para verificação do insolejamento através das fachadas principais no interior de diferentes configurações de quartos sanatoriais, buscando a funcionalidade e racionalidade do espaço, a partir da contribuição de médicos e arquitetos.



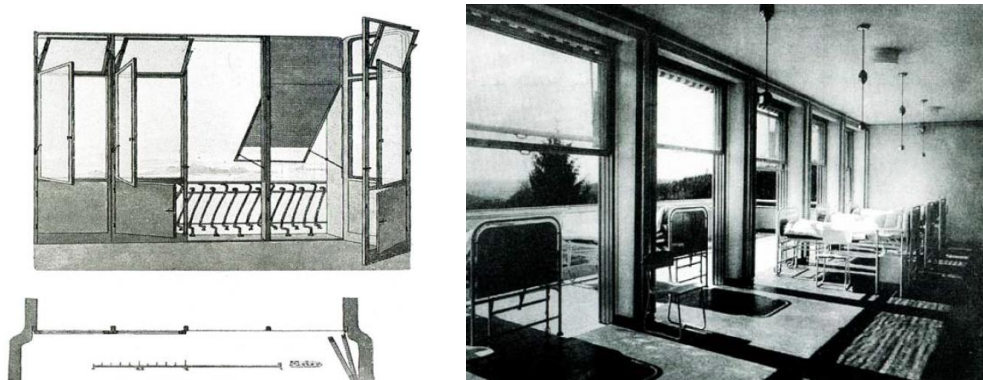
Fonte: QUECEDO (2005, p. 100).

Com isso, é possível perceber que tanto o repouso e a dieta, quanto a helioterapia (técnicas curativas primordiais nas primeiras décadas da era sanatorial) foram fundamentais para a determinação estética desses edifícios. Tais terapias estavam diretamente ligadas às funções de cura em cada ambiente, e fizeram emergir diversas soluções arquitetônicas que traduziam o higienismo, o conforto ambiental e do paciente, o seu controle corporal e moral, assim como as práticas das equipes de saúde atuantes naquela época. Dentre os elementos resultantes deste diálogo entre a medicina e a arquitetura, cabe destacar o esforço desses profissionais para desenvolverem sistemas de esquadrias, aparelhos de desinfecção a vapor, detalhes de mobiliário e objetos específicos para as necessidades dos tratamentos sanatoriais (como peças sanitárias, armários, escarradeiras, maçanetas, guarda-corpos e cadeiras-longas). O olhar higienista incessante pela busca de elementos minimalistas e facilmente laváveis que afastassem os bacilos de Koch, portanto, foi responsável por uma transformação na forma, função e materialidade de tudo aquilo que envolvia o sanatório, influenciando, em diversos aspectos, os projetos de ambientes de saúde até a contemporaneidade.



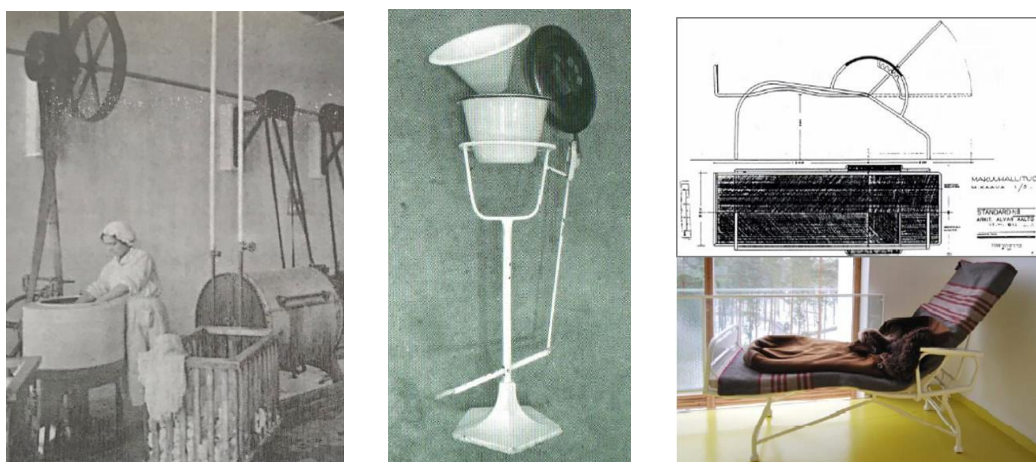
Alteraram-se os revestimentos; as arestas e os cantos vivos, formados pelos encontros de paredes, tetos e pisos, foram arredondados para evitar a retenção de resíduos. Eliminou-se, por isso, a ornamentação, e ampliaram-se as esquadrias, usando vidros lisos para insolação e aeração, tomados então como fatores de higienização dos ambientes. Grande foi a preocupação com serviços de apoio como a lavanderia, a preparação do alimento e demais atividades de manutenção do ambiente, vestimentas e objetos usados pelos doentes. Introduziram-se as escarradeiras, que eram coletadas para desinfecção após uso e, novamente, distribuídas. [...] No mobiliário, introduziu-se o uso da cadeira-longa, onde o doente ficava repousado em uma posição confortável e propícia ao pleno funcionamento dos pulmões. (BITTENCOURT, 1998, p. 50-51)

**Figuras 55 e 56** – Sistema de esquadrias do projeto do concurso inglês para um sanatório modelo, de 1902, proposto por Jacques Gross, a partir das diretrizes de Dr. Turban: uma parede de vidro móvel com folhas de abrir e basculante, correndo em direção às paredes laterais, que possibilitava a movimentação dos tísicos acamados até as galerias de cura, e substituíam as sacadas dos quartos, com o argumento que estas reduziam a luz e dificultavam a ventilação no interior desses ambientes (à esquerda); sistema de esquadrias do Dr. Berlinois Wilhelm Dosquet (1905), propondo grandes esquadrias do tipo guilhotina, que se elevavam a uma altura de 1,80m sobre um vidro fixo que compunha a bandeira da esquadria (à direita).



Fonte: QUECEDO (2005, p. 60).

**Figuras 57, 58 e 59** – Lavanderia mecanizada, centralizando a esterilização, lavagem e tratamento da roupa no Sanatório Caramulo, diminuindo os riscos de contágio (à esquerda); escarradeira de pedal com peça móvel, em porcelana branca, retirada do suporte de ferro para lavagem e desinfecção (ao centro); cadeira-longa projetada por Alvar Aalto para o Sanatório Paimio (1928-1933): esta tipologia, com sistema metálico, de fácil manuseio e higienização, favorecia o uso em diversas posições, de acordo com o conforto do paciente (à direita).



Fontes: VELOSO (2010, p. 51); BITTENCOURT (1998, p. 11); QUECEDO (2005, p. 106).

Considerando todas as particularidades supracitadas referentes aos sanatórios, Tavares (2005) afirma que as diretrizes de setorização, organização e soluções construtivas eram similares, ainda que as sugestões arquitetônicas dos médicos se manifestassem de maneiras diferentes. Dessa forma, pode-se pensar em um “modelo funcional e programático estável que era instável nas formas e nas práticas arquitetônicas que o consolidavam” (TAVARES, 2005, p. 260). Segundo o autor, existiam alguns elementos essenciais presentes na tipologia sanatorial que deveriam ser compreendidos nos seus projetos e programa: a edificação deveria ser compacta, protegida dos ventos, com orientação sul para locais abertos, provida com o máximo número de quartos individuais, contar com espaços coletivos, de apoio médico e administrativo independentes, bem como com galerias de cura (varandas/solários), que seriam o lugar mais privilegiado no edifício. Sendo assim,

Alguns princípios arquitetônicos caracterizam o modelo: organização complementar de funções individuais e coletivas; repetição em série da célula individual de habitação; forte permeabilidade interior/exterior; relação directa dos espaços interiores com o sol e exigência de iluminação natural; sistemas passivos de ventilação permanente; adopção de materiais específicos adequados à limpeza e à manutenção da higiene; um habitar que exige a gestão específica da relação do corpo com o ambiente e a natureza. (TAVARES, 2005, p.260)

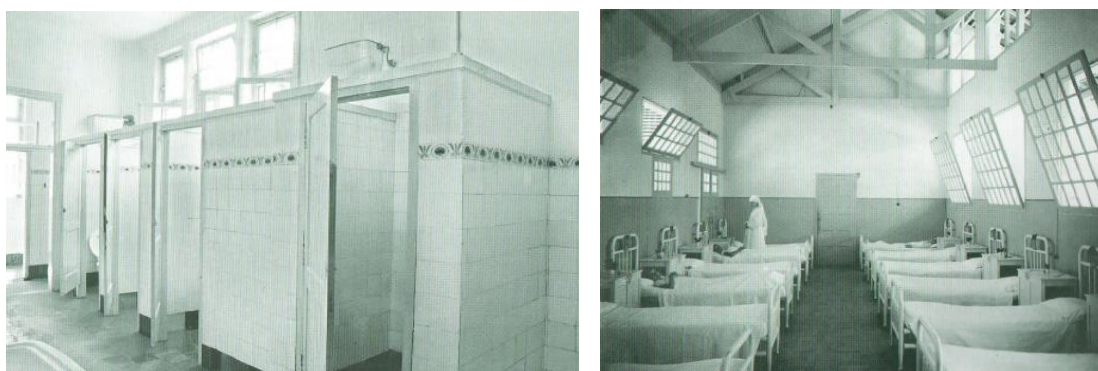
A partir dessas análises a respeito dos sanatórios, é possível destacar alguns espaços que poderiam fazer parte do escopo do seu programa arquitetônico, a depender da sua localização, abrangência e magnitude: a) galerias de cura; b) solários; c) quartos privativos; d) enfermarias coletivas; e) áreas de espera e recepção; f) salas de estar, lazer e visitas; g) salas de jantar/refeitório; h) vestiários, banheiros e sanitários; i) cozinha, copa e espaços de apoio ao armazenamento e cocção dos alimentos; j) lavanderia, com ambientes de apoio para a lavagem, desinfecção, esterilização, secagem, armazenamento e distribuição de roupas e objetos higienizados; k) salas de cirurgia com suas respectivas áreas de apoio, como salas de anestesia, curativo e repouso; l) unidade para exames de imagem e diagnóstico, como a radiografia e abreugrafia; m) consultórios médicos e odontológicos; n) farmácia e espaços destinados à distribuição de medicamentos; o) salas para vacinação; p) posto de enfermagem/serviços; q) ambientes para uso exclusivo da equipe de saúde, como quartos, banheiros, estar e refeitório; r) salas de aula e auditórios; s) administração; t) salas de manutenção, costura e depósitos; u) hortas, jardins e espaços para criação de alguns animais.

**Figuras 60 e 61** – Sala de curativos com maca especial para pequenas cirurgias, no Sanatório Vicentina Aranha, projetado pelo arquiteto Francisco de Paula Ramos de Azevedo e pelo engenheiro Arnaldo Vieira de Carvalho: inaugurado em 1924, em São José dos Campos, São Paulo (à esquerda); Sala de cirurgia com grandes vitrôs translúcidos e piso lavável, no pavilhão médico-cirúrgico do Sanatório Maria Imaculada, projetado por Jerônimo Carnevalli, em São José dos Campos, São Paulo, no ano de 1939 (à direita).



Fontes: BITTENCOURT (1998, p. 81 e p.115).

**Figuras 62 e 63** – Banheiro com pé-direito alto, janelas amplas e paredes revestidas com azulejo até meia altura, com arremate decorativo, no Sanatório Vicentina Aranha (à esquerda); Enfermaria do Sanatório Adhemar de Barros I (1938), em São José dos Campos, São Paulo: com grandes janelas que contribuem para sua ventilação e iluminação, assim como os vãos na parede à altura do telhado aparente, sem forro (à direita).



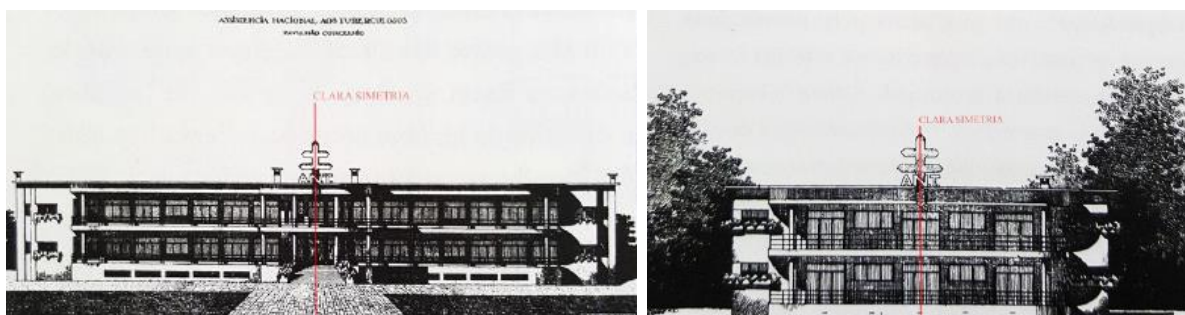
Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 80 e p. 123).

Ainda que o programa do sanatório não fosse rígido, pois dependia de uma multiplicidade de variáveis (como o seu porte ou o tipo de tuberculose que mais acolhia para tratamento), todos os edifícios seguiam uma lógica muito racional e precisamente estudada em relação à sua setorização. Desse modo, nota-se um agrupamento dos ambientes onde eram realizadas atividades afins, evitando o cruzamento de fluxos que poderiam favorecer o aumento das infecções e prezando pelo bem-estar dos pacientes internados ali durante longos períodos. As funções de cada espaço determinavam, portanto, a sua localização dentro do sanatório, se distanciando das antigas tipologias hospitalares que misturavam os doentes e os ambientes de maneira desordenada.



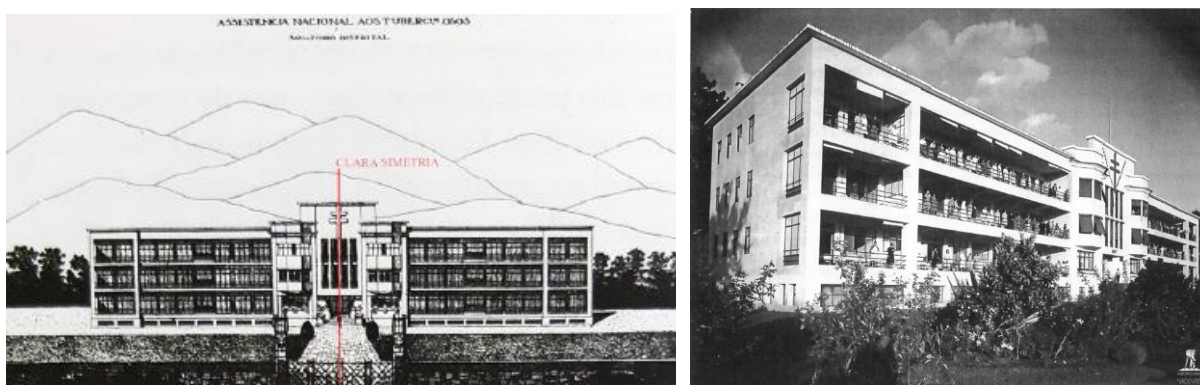
Ao analisar os projetos-tipo para sanatórios desenvolvidos pelo arquiteto Vasco Regaleira no âmbito da ANT, é possível compreender a distribuição funcional das áreas internas dos edifícios construídos em Portugal. Segundo Ana Rita Matos (2018), o arquiteto foi responsável pelo projeto de quatro modelos sanatoriais de diferentes proporções, com características muito semelhantes às da maioria dos sanatórios de outros países: na fachada sul, aproveitando a insolação e ventilação, encontravam-se os quartos e enfermarias, conectados às amplas galerias de cura; já na fachada norte se distribuíam os acessos de serviço e ambientes de apoio. Cabe destacar que Regaleira adotou uma linguagem moderna nesses projetos, criando edificações simétricas, com uma escala monumental, e utilizando o acesso principal para marcar o eixo central da fachada.

**Figuras 64 e 65** – Simetria identificada na fachada de um projeto-tipo sanatorial de dois pavimentos, com volumetria horizontal, de médio porte, projetado por Vasco Regaleira, em 1934 (à esquerda); simetria identificada na fachada de um projeto-tipo sanatorial de dois pavimentos, compacto, de pequeno porte, projetado por Vasco Regaleira, em 1934 (à direita).



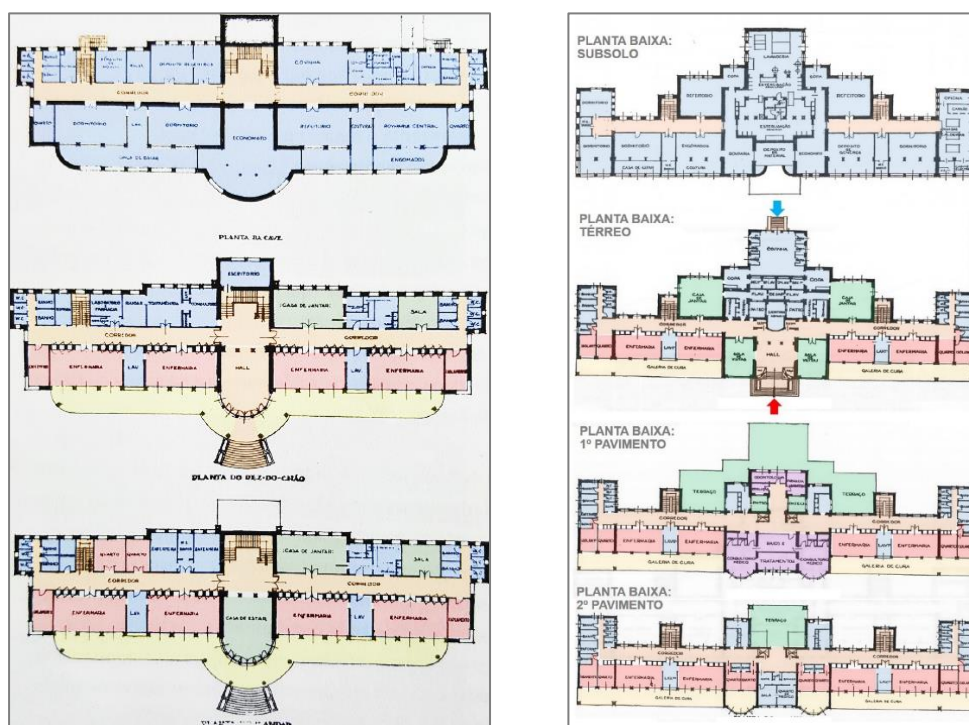
Fonte: MATOS (2018, p. 66)

**Figuras 66 e 67** – Simetria identificada na fachada do projeto-tipo para Sanatório Distrital, de três pavimentos, de grande porte, projetado por Vasco Regaleira, em 1934 (à esquerda); Sanatório João de Almada, em Funchal, na Ilha da Madeira, em Portugal, na sua inauguração (1940): construído no âmbito da luta antituberculose da ANT, na gestão do médico Lopo de Carvalho (à direita).



Fonte: MATOS (2018, p. 66); Acervo Photographia Museu Vicentes (COSTA, 2014, p. 143).

**Figuras 68 e 69** – Zoneamento do projeto-tipo para o Pavilhão Concelhio, em Portugal (1934), com autoria de Vasco Regaleira: a) em amarelo, as galerias de cura; b) em verde, os espaços comuns; c) em azul, as zonas de apoio, serviço, sanitários, vestiários e banheiros; d) em laranja, os acessos e circulações; e) em vermelho, os quartos e enfermarias (à esquerda); zoneamento do projeto-tipo para o Sanatório Distrital, em Portugal (1934), com autoria de Vasco Regaleira: a) em amarelo, as galerias de cura; b) em verde, os espaços comuns; c) em azul, as zonas de apoio, serviço, sanitários, vestiários e banheiros; d) em laranja, os acessos e circulações; e) em vermelho, os quartos e enfermarias; f) em lilás, os consultórios e salas de exames (à direita).



Fonte: MATOS (2018, p. 66); Elaborada pela autora, a partir de COSTA (2014, p. 145-146)

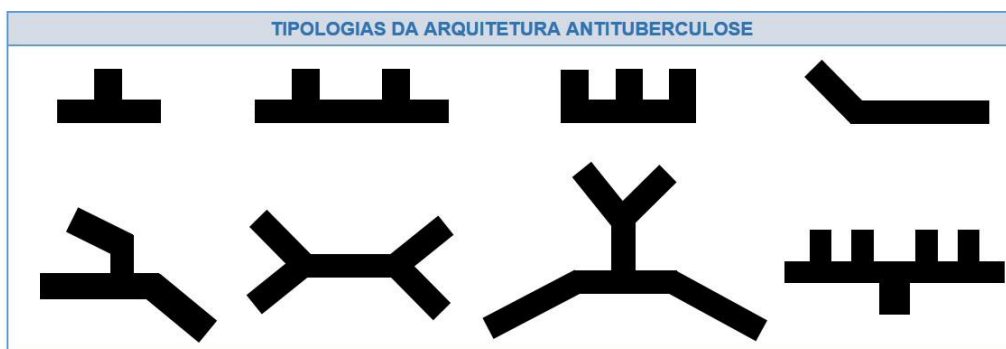
Dentre esses projetos, Costa (2014) observa a importância da compreensão das atividades ali desenvolvidas como determinantes para a organização espacial interna desses equipamentos. No caso do modelo para os Sanatórios Distritais de Regaleira, temos o exemplo do Sanatório João de Almada, em Funchal, na Ilha da Madeira, em que Costa (2014) aborda sua rotina<sup>26</sup> a partir da publicação de 1943, de Feliciano

<sup>26</sup> “Depois das refeições, em salões localizados na parte posterior da edificação, ao lado da cozinha e suas dependências, os pacientes eram encaminhados para as galerias de cura localizadas nos três pavimentos superiores. Nessas se fazia o banho diário de sol pela manhã (de uma hora) ou pela tarde, servindo também para repouso e contemplação da vista. Os restos de comida, o que era recolhido das escarradeiras, as roupas e todo o material infectado seguiam em dutos até o subsolo onde eram incinerados. O subsolo (ou cave) abrigava ainda os dormitórios, os refeitórios e as copas para os empregados; a lavanderia e suas salas de costura e de engomados. O primeiro e o segundo piso possuíam terraços voltados para o jardim dos fundos. No pavimento térreo era feita a inspeção de cada paciente que dava entrada no sanatório [...] Os consultórios médicos e o raio X [...] se localizavam no primeiro pavimento. Os quartos localizados nas *bow-windows* do segundo piso indicavam quartos ainda mais exclusivos, com banheiros privativos, para pacientes que podiam arcar com tal serviço. [...] espaços de lazer, como Sala de Diversões [...] e espaços educativos, que atendiam 60 alunos”. (COSTA, 2014, p. 144-145)

Soares, para o *Diário de Notícias do Funchal*, evidenciando o reflexo das atividades na estrutura edificada.

No caso do Brasil, adotava-se a mesma lógica funcional preconizada na Europa, invertendo apenas a posição dos quartos, enfermarias e galerias de cura, que eram posicionadas na fachada norte, onde há maior incidência solar; havendo, portanto, uma distribuição das áreas de apoio e serviços na fachada sul. Nesse sentido, os princípios do zoneamento ideal defendidos pelo Dr. Turban, que dividia o sanatório em três grandes setores – “o hospitalar (lugar de estadia, isto é, morada ou quartos de doentes); o de ecomato (administração e serviços) e o médico (atendimento clínico e hidroterapia)” (BITTENCOURT, 1998, p. 46), extrapolou as fronteiras europeias e foi largamente aplicado nos projetos brasileiros. O SNT, através da CNCT, construiu sanatórios e hospitais-sanatórios de campanha por todo o país, considerando as diretrizes internacionais para essas tipologias, e adotando uma linguagem moderna, que traduzia o olhar nacionalista e modernizante do governo de Getúlio Vargas, visando estabelecer novos padrões de vida para a sociedade brasileira.

**Figura 70** – Padrões tipológicos da arquitetura antituberculose.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Desse modo, a arquitetura sanatorial foi, segundo Quecedo (2012), um instrumento médico que auxiliava na transformação dos sujeitos e da sociedade, na medida em que eram valorizados novos hábitos de saúde, higiene e comportamentos. As relações com os ambientes naturais e construídos começaram a ter um caráter pautado nas práticas higiênicas, valorizando também as atividades ao ar livre, o contato com a natureza, com a iluminação e ventilação naturais. Esse viés ultrapassou, portanto, os muros dos sanatórios e equipamentos de saúde, influenciando também os novos projetos de habitação e dos grandes edifícios ligados à educação e administração públicas, que refletiam o olhar vanguardista do “ser moderno”.

A magnitude da arquitetura sanatorial é tão destacada, que Colomina (2003) afirma não ser possível imaginar a arquitetura moderna sem a TB. Segundo a autora, os postulados modernos poderiam claramente ter sido desenvolvidos a partir dos discursos médicos do final do século XIX sobre as causas e agravantes da patologia dos pulmões, tais como: clima desfavorável, vida sedentária no interior dos edifícios, ou falta de luz e ventilação. “Em resposta, os arquitetos modernos ofereceram sol, luz, ventilação, exercícios, terraços, higiene, e a claridade como meio de prevenir, se não curar, a tuberculose”. (COLOMINA, 2003, p. 123)

Partindo de todos os aspectos que envolveram, ao longo da história, os olhares sobre a peste branca, assim como a arquitetura da saúde e, especialmente, a arquitetura antituberculose, será necessário também aprofundar a compreensão sobre a arquitetura moderna e os seus valores culturais. O caráter racional e a busca por uma estética ligada à funcionalidade e higiene do edifício levaram esta inovadora linguagem arquitetônica a ser largamente adotada em hospitais e EAS em escala mundial. No Brasil, o governo Vargas, que tinha como objetivo principal modernizar o país, se apropriou da arquitetura moderna para materializar este princípio, aplicando-a em inúmeras edificações públicas de saúde, educação, entre outras.

**Quadro 3** – Evolução terapêutica e paradigmática da tuberculose nos séculos XIX, XX, XXI e seus impactos nos espaços arquitetônicos de cura.

(continua)

| DATA      | AUTOR                              | TERAPÊUTICA / PARADIGMA | ELEMENTO ARQUITETÔNICO   | FUNÇÕES / CONSEQUÊNCIAS  |
|-----------|------------------------------------|-------------------------|--|--|
| Séc. XIX  | -                                  | Cura em pleno ar        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum acréscimo no programa derivado das atividades hoteleiras.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abrigar grande número de doentes em edifícios isolados e confortáveis.</li> </ul>   |
| 1854      | Dr. Hermann Brehmer (1826-1889)    | Cura do ar puro         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Edifício situado em um bosque ou parque;</li> <li>Introdução da casa do médico, pavilhão de serviços, pavilhão das duchas, lazer e grutas;</li> <li>Passadiços para interligar os pavilhões;</li> <li>Bancos espalhados pela área verde para receber os doentes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Renovação do ar graças aos processos naturais da fotossíntese;</li> <li>Necessidade de um sistema clínico;</li> <li>A área verde deveria dar a sensação de se habitar o paraíso.</li> </ul> |
| 1865-1880 | Dr. Alexander Spengler (1827-1951) | Cura em altitude        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Localização dos edifícios de cura em áreas de clima apropriado. Ex: sanatórios da cidade de Davos, Suíça.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Repouso obrigatório, alimentação abundante, exercícios físicos, duchas escocesas e horas de exposição ao ar fresco.</li> </ul>  |
| 1876      | Dr. Dettweiler (aluno de Brehmer)  | Repouso ao ar puro      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Introdução da cadeira-longa;</li> <li>Introdução da galeria de cura, por falta de espaço e vigilância;</li> <li>Introdução de escarradeira.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Disciplina e rigidez no controle dos doentes.</li> </ul>  |



**Quadro 3** – Evolução terapêutica e paradigmática da tuberculose nos séculos XIX, XX, XXI e seus impactos nos espaços arquitetônicos de cura.

(continuação)

| DATA      | AUTOR                                    | TERAPÊUTICA / PARADIGMA   | ELEMENTO ARQUITETÔNICO  | FUNÇÕES / CONSEQUÊNCIAS   |
|-----------|--|---|---|---|
| 1882      | Robert Koch                              | Descoberta do Bacilo de Koch  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entender a etiologia da doença leva à criação de uma rede de edifícios antituberculose (preventório, dispensário, sanatório, hospital-sanatório)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Educar, prevenir e tratar os pacientes para controlar o contágio e os óbitos</li> </ul>  |
| 1889      | Dr. Karl Turban (1856-1936)              | Cura em altitude  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Introdução da área de lazer.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Repouso ao ar puro e ao sol com disciplina (horários rígidos de exposição, de 5 a 7 horas por dia);</li> <li>Boa alimentação.</li> </ul>   |
| 1895      | Wilhelm Conrad Roentgen                  | Descoberta dos raios X  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Introdução de áreas de apoio para fins diagnósticos (radiologia)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de exames com aparelhos de raios X</li> </ul>   |
| 1899      | Dr. Oscar Bernhard (1861-1939)           | Helioterapia (TB óssea/cirúrgica)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma alteração.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposição do doente ao sol;</li> <li>Indução ao trabalho, sempre que possível.</li> </ul>  |
| Séc. XX   | -  | Higienismo  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Arquitetura baseada em aplicações científicas, repercutindo na forma, função, implantação, materialidade, estética, design aerodinâmico</li> <li>Incorporação de novas tecnologias e materiais construtivos</li> <li>Verticalização dos edifícios com novos fluxos e setorização</li> <li>Novas instalações para diagnóstico, cirurgia e apoio</li> <li>Triagem, internação e isolamento melhor definidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Controle de contágio e infecção</li> <li>Assepsia</li> <li>Organização de percursos dos pacientes e equipes de saúde</li> <li>Educação sanitária</li> <li>Proporcionar a intensificação de pesquisas, obras e campanhas para combate à doença</li> </ul> |
| 1906-1919 | Albert L.C. Calmette e Jean M. C. Guérin | Estudos e descoberta da vacina BCG  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas para administração da vacina, principalmente nos dispensários</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicação da vacina em bebês e crianças</li> </ul>   |
| 1926      | Arq. Richard Docker                      | Construção do primeiro <i>Terrassenbau</i> (idealizado pelo Dr David Sarasin em 1901)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Terraços escalonados</li> <li>Galerias de cura, solários, varandas cobertas ou descobertas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Circulação de ar fresco</li> <li>Banhos de sol nas varandas</li> </ul>   |
| 1930-1960 | Arquitetos Modernos                      | Projetos inovadores baseados nos princípios higiênicos e sanatoriais, expandindo as ideias para outros tipos de edifícios, além daqueles de saúde | <ul style="list-style-type: none"> <li>Minimalismo</li> <li>Abolição de ornamentos</li> <li>Novas tecnologias construtivas</li> <li>Fachada livre, janela em fita</li> <li>Planta livre e funcional</li> <li>Modular: redefinição da proporção áurea de Vitruvius</li> <li>Terraço jardim</li> <li>Edifício sobre pilotis</li> <li>Relação com natureza e arte</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Oferecer sol, luz, ventilação, higiene e áreas para exercícios físicos para prevenir e curar a TB, ou para levar mais salubridade para os espaços</li> </ul>   |
| 1936      | Manoel Dias de Abreu                     | Desenvolvimento do método da Abreugrafia no Brasil  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Introdução da sala de abreugrafia no programa de diversas unidades</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Investigação da TB combinando a radiografia e fotografia</li> </ul>  |
| 1944      | Selman Waksman                           | Descoberta da estreptomina: cura por quimioterápicos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas para administração e distribuição de medicamentos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Testes e aplicação em larga escala</li> <li>Administração do antibiótico</li> </ul>  |

**Quadro 3** – Evolução terapêutica e paradigmática da tuberculose nos séculos XIX, XX, XXI e seus impactos nos espaços arquitetônicos de cura.

(conclusão)

| DATA                       | AUTOR                              | TERAPÊUTICA / PARADIGMA   | ELEMENTO ARQUITETÔNICO   | FUNÇÕES / CONSEQUÊNCIAS   |
|----------------------------|------------------------------------|---|--|---|
| <b>Final déc. 1950</b>     | Cientistas na Índia                | Quimioterapia e avanços tecnológicos: redução de óbitos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento ambulatorial no dispensário tem efeito similar ao isolamento sanatorial</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de internações</li> <li>• Otimização de leitos hospitalares</li> </ul>   |
| <b>Déc. 1970-1980</b>      | -                                  | Padronização e implantação dos tratamentos de curta duração   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decadência da arquitetura antituberculose (sanatorial)</li> <li>• Desativação, convênios com outras instituições, mudanças de uso</li> <li>• Edifícios fechados, sistema artificial de circulação de ar</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar o tratamento de 6 meses com associação de medicamentos</li> </ul>   |
| <b>Déc 1980</b>            | -                                  | Recrudescimento da TB devido à: precariedade das cidades, epidemia de HIV/AIDS e desestruturação de programas e serviços de saúde | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de reabertura de leitos e serviços</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voltar a prestar a devida assistência aos pacientes, principalmente àqueles que fazem parte dos grupos de risco</li> </ul>   |
| <b>1993</b>                | Organização Mundial de Saúde (OMS) | Declaração da TB como “epidemia em estado de emergência mundial”  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inovar as estruturas, os processos e os sistemas de saúde, provendo recursos para combater a patologia</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir adoecimento e óbitos no mundo</li> </ul>  |
| <b>2015</b>                | OMS                                | Proposta de acabar com a TB no mundo  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimizar os efeitos desse problema de saúde pública</li> </ul>  |
| <b>2019-2020-2021-2022</b> | -                                  | Pandemia da Covid-19 e pesquisas em diversas áreas da ciência: lições e preocupação com a TB                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais de campanha, reformas de edifícios existentes, aumentando quartos individuais e de isolamento nas internações</li> <li>• Novos fluxos e setorização com princípios higiênicos, impactando diversos edifícios</li> <li>• Escala dos edifícios, materiais de acabamento, áreas de transição, rigor com a higiene, modelos construtivos, flexibilidade, racionalidade, adaptabilidade para diferentes usos, renovação do ar, exaustão, climatização, conforto ambiental, áreas de conforto para as equipes de saúde, ambientes acolhedores redutores do stress, maior relação entre ambientes interior x exterior x natureza, maior incorporação da arte</li> <li>• Sobrecarga dos serviços de saúde e falta de leitos, sendo que alguns hospitais de referência da TB passaram a receber pacientes de Covid-19</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolamento social, quarentena</li> <li>• Prevenir o contágio, controlar a infecção, testagens em larga escala, rastreamento de contatos</li> <li>• Ganhar tempo para a rede de saúde não colapsar</li> <li>• Refletir de forma mais acentuada sobre os desafios dos hospitais do futuro e os novos modos de acolher e conviver</li> <li>• Interrupção em serviços de tratamento e testagem da TB, com falta de suprimentos de fármacos e equipamentos</li> </ul> |

Fonte: Em azul escuro, elaborado pela autora; em azul claro, BITTENCOURT (1998, p. 52).



## **CAPÍTULO 2**

ARQUITETURA MODERNA  
ANTITUBERCULOSE E SEUS  
VALORES CULTURAIS

## 2 ARQUITETURA MODERNA ANTITUBERCULOSE E SEUS VALORES CULTURAIS

### 2.1 O patrimônio cultural arquitetônico: aspectos teóricos e de intervenção

Quando desenvolvemos algum tipo de estudo que envolve o patrimônio cultural em suas diversas dimensões, é necessário refletir, cuidadosamente, sobre as inúmeras variáveis que envolvem as ações de preservação e intervenção sobre ele. Conhecer os aspectos que definem os principais conceitos e teorias da conservação e restauro torna-se fundamental para que se possa adotar uma postura crítica e bem embasada, que pautará as interpretações acerca do patrimônio ou as ações de intervenção nos bens culturais.

No caso do patrimônio arquitetônico, é imprescindível compreender quais são os valores que tornam aquele edifício (ou conjunto de edificações) um bem que deve ser preservado. Sendo assim, cabe ao profissional responsável assumir uma postura teórico-prática que esteja em consonância com atitudes respeitadas em relação às características do edifício e do entorno em questão – avaliando o momento em que foram construídos, sua linguagem estética, princípios construtivos e funcionais, tipologia, usos e transformações ao longo do tempo –, visto que nem toda teoria se aplicará adequadamente para qualquer tipo de objeto ou paisagem.

Para uma compreensão mais adequada sobre a temática abordada na presente dissertação, é preciso considerar, primeiramente, o conceito de **cultura**. Para Ulpiano Meneses (2012), a cultura pode ser determinada através de duas perspectivas antagônicas, com alguns aspectos que transitam entre ambas. De um lado, temos a cultura resultante dos sentimentos, práticas enraizadas, ações cotidianas, experiências acumuladas e vínculos pessoais de uma comunidade local com determinado espaço, objeto ou hábito. Por outro lado, a cultura também pode estar associada a objetos com significado próprio e/ou práticas mais transitórias, formadoras de um campo que está à margem da vida diária. Nesse caso, existem momentos de concentração e de esvaziamento, havendo uma descontinuidade na relação com os “espaços, tempos e comportamentos desejáveis e prescritos” (MENESES, 2012, p. 28), que podem ser personificados pelos turistas ou instituições que consomem, se apropriam e/ou produzem os bens culturais.



Assim, o autor entende que a cultura pode ter um cunho mais existencial, sendo “uma forma de qualificar diferencialmente (pelo sentido, pela significação e/ou pelo valor) qualquer fatia, instância, tempo, objeto ou prática.” (MENESES, 2012, p. 29); ou pode estar a favor de um *uso cultural*, que, “ao invés de estabelecer uma interação das representações e práticas, privilegia as representações que eliminam as práticas. O simbólico substitui as condições concretas de produção e reprodução da vida.” (MENESES, 2012, p. 29)

Ainda sobre essa temática, Honório Pereira (2011) aponta que a culturalização surgiu a partir, basicamente, de dois momentos: a virada cultural dos anos 1960 e a virada comunicativa dos anos 1980. A virada cultural e a consequente ampliação do conceito de cultura, ocorridas nas últimas décadas, portanto, acabaram afetando a própria definição de patrimônio, que passou do restrito “Patrimônio Histórico e Artístico” para o amplo “Patrimônio Cultural”. Com isso, a visão acerca do patrimônio começou a abarcar outros aspectos, ultrapassando aquilo que é material para englobar também o imaterial. Mesmo no universo do patrimônio material, esse processo de ampliação do patrimônio ampliou as categorias de bens preservados tanto cronológica quanto tipologicamente, passando a incluir, dentre outros, exemplares do patrimônio industrial, da arquitetura vernacular e de terreiros de candomblé. Ainda segundo Pereira (2011, p.103), “A preservação do patrimônio tende a ser vista, hoje em dia, como um processo fluido onde são trabalhadas questões sociais e altamente politizadas; e não mais como um conjunto estático de objetos ideais com significados fixos”.

A partir desse entendimento, cabe refletir acerca do conceito de **patrimônio cultural**, que pode ser caracterizado como imaterial/intangível ou material/tangível. Segundo Meneses (2012), o *patrimônio imaterial ou intangível* é aquele que engloba as práticas culturais, muito mais do que os objetos, abarcando as expressões e saberes de um povo, suas formas de existir, fazer ou criar, e pressupondo aspectos sensoriais para se manifestarem. O *patrimônio material*, por outro lado, é constituído de um plano físico – seja do espaço ou do objeto –, que está carregado de significados e simbolismos para uma sociedade. Assim, a materialidade permite que o sujeito se conecte com suas dimensões espiritual, afetiva, simbólica ou de memória, que podem marcar seus hábitos, comunicação e interação com o mundo.

Um dos conceitos mais importantes no campo da preservação do patrimônio cultural é o de **autenticidade**. De acordo com o historiador Jacques Le Goff (1990), a noção de autenticidade se baseia em uma crítica documental que busca distinguir aquilo que é original daquilo que é falso. “Ela persegue os falsos e, por consequência, atribui uma importância fundamental à datação” (LE GOFF, 1990, p. 468). Torna-se essencial, então, determinar o original – ou, melhor dizendo, o autêntico – para compreender se o documento avaliado é verdadeiro ou falso; cabendo considerar que o próprio “falso” também faz parte da história do bem, sendo um “testemunho precioso da época em que foi forjado e do período durante o qual foi considerado autêntico e, como tal, utilizado” (LE GOFF, 1990, p. 91). Segundo o autor, o documento é uma espécie de monumento, um testemunho duradouro da imagem que uma sociedade passará para o futuro, e deve ser avaliado a partir de um olhar crítico. Portanto, a autenticidade pode funcionar como uma maneira de se justificar a intervenção em um monumento histórico.

Para Célia Gonsales (2008), a concepção de autenticidade, dentro do discurso do patrimônio cultural, é bastante imprecisa e carregada de dualidades. “Autenticidade em relação aos monumentos arquitetônicos contém sempre uma ideia de passagem do tempo, do reconhecimento e valorização do objeto através das marcas obtidas em seu devir histórico” (GONSALES, 2008, p. 13). Ela pode ser uma oposição ao falso, mas também pode ser encarada como uma característica de um bem possuidor de significado cultural, que é aceito e valorizado por uma comunidade, ainda que não seja original. Ou seja, é a sociedade que atribui significação à obra, se apropriando do passado, a partir do resgate de experiências importantes e da memória.

Falar e cuidar de bens culturais [...] é falar de coisas (ou práticas) cujas propriedades, derivadas de sua natureza material, são seletivamente mobilizados pelas sociedades, grupos sociais, comunidades, para socializar, operar e fazer agir suas ideias, crenças, afetos, seus significados, expectativas, juízos, critérios, normas [...] em suma, seus valores. (MENESES, 2012, p. 32)

Como descrito no documento elaborado na *Conferência de Nara*, de 1980, a autenticidade é designada como um importante meio de atribuição de valor ao patrimônio cultural, e sua compreensão faz parte dos planos de preservação, dos procedimentos de inscrição em inventários e das pesquisas desenvolvidas neste campo científico. O ato de preservar um bem está diretamente ligado aos valores que lhes são atribuídos, e a aceitação social em relação a tais valores está sujeita,

também, a um levantamento de dados confiável, que demonstre sua originalidade e suas transformações vivenciadas ao longo da história – acessando aspectos genuínos, ou não, do monumento (ICOMOS, 1994). Nesse sentido, a UNESCO<sup>27</sup> (2015) declara que a avaliação em relação à autenticidade do patrimônio se baseia na identificação e entendimento sobre os valores atribuídos a ele, e se há confiabilidade nas fontes de informação relativas aos elementos originais e subsequentes que compõem este bem (carregado de atributos de valor<sup>28</sup>).

Um outro conceito fundamental que, em diversas situações, se confunde com o termo autenticidade, é o de **integridade**. De acordo com Herb Stovel (2007), a integridade do patrimônio está associada ao grau em que ele consegue, ou não, manter os seus significados e valores conservados ao longo do tempo, sem sofrer grandes descaracterizações. A abordagem do autor é muito interessante, no sentido de apresentar uma proposta de sistema de análise do patrimônio cultural – em termos conceituais e de diretrizes operacionais – composta por seis aspectos do binômio autenticidade-integridade (totalidade, integridade, genuinidade do material, genuinidade da organização espacial e formal, continuidade funcional e da configuração)<sup>29</sup>. A estrutura desse sistema não visa substituir o viés já consolidado da autenticidade-integridade, entretanto, pode ser entendida como um sistema

---

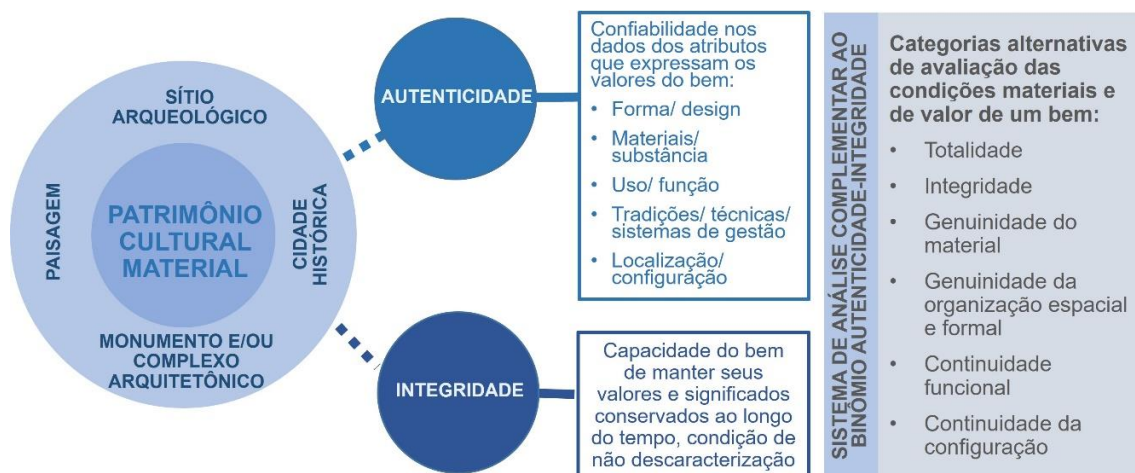
<sup>27</sup> Criada em 1946, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) é composta por 195 países membros e 9 membros associados. Em 1972, estabeleceu-se o Programa do Patrimônio Mundial, a partir da Convenção do Patrimônio Mundial, com o objetivo de preservar os patrimônios natural e cultural mundiais.

<sup>28</sup> Dependendo do tipo de patrimônio cultural e do seu contexto cultural, os bens podem ser entendidos como atendendo às condições de autenticidade, se seus valores culturais (conforme reconhecidos nos critérios de candidatura propostos), forem expressos de forma verdadeira e confiável por meio de uma variedade de atributos, incluindo: a) forma e design; b) materiais e substância; c) uso e função; d) tradições, técnicas e sistemas de gestão; e) localização e configuração; f) linguagem e outras formas de patrimônio imaterial; g) espírito e sentimento; f) e outros fatores internos e externos (tradução e grifos nossos). (UNESCO, 2015, p. 17)

<sup>29</sup> Stovel (2007) define: 1) a **totalidade**, presente quando o bem possui todos os elementos, características e estruturas que estão diretamente ligados aos seus valores; 2) a **integridade**, que se baseia no fato do monumento apresentar boas condições físicas de manutenção, havendo aporte material, social e econômico para mantê-lo em bom estado; 3) a **genuinidade do material**, e abarca a proteção do material original do bem, ou daquele que contribui para a sua unidade de estilo valorizada, ou mesmo para salvaguardar as diferentes fases históricas do objeto (caso essa trajetória esteja associada ao seu valor); 4) a **genuinidade da organização espacial e formal**, que defende a importância de o monumento manter legíveis, e expressas coerentemente, as características consideradas de valor que compõem a sua espacialidade, volumetria e linguagem; 5) a **continuidade funcional**, abrangendo a importância de se buscar manter o uso original do bem, ou algum compatível a ele, caso a funcionalidade histórica contribua para a apreensão do seu valor; 6) a **continuidade da configuração**, ressaltando uma necessidade de se proteger as configurações do ambiente existente de maneira compatível com o valor do objeto, ou seja, o desenvolvimento da configuração atual deve buscar expressar a qualidade daquela conformação que foi associada ao seu valor.

alternativo e mais objetivo de avaliação das condições materiais e de valor do bem (seja ele um sítio arqueológico, cidade histórica, paisagem cultural, monumento ou complexo arquitetônico).

**Figura 71** – Categorias de análise do patrimônio cultural material.



Fonte: Elaborada pela autora (2020), com base em UNESCO (2015) e STOVEL (2007).

Diante dessa análise, surge a reflexão sobre a degradação e descaracterização que podem/\*ser causadas ao patrimônio cultural, ao longo da sua trajetória histórica. Elas podem surgir devido à falta ou mudança de uso, abandono ou intervenções e reformas que não dialoguem com os valores deste bem, gerando danos à sua materialidade e comprometendo a sua autenticidade e integridade. Desse modo, cabe expor o conceito de **dano**, que segundo Jonathan Ashley-Smith (1995), abarca um contexto de avaliação subjetivo, com uma vasta diversidade de olhares e julgamentos. Diante da amplitude de considerações que o termo proporciona, o autor declara que *dano* é aquilo que gera uma modificação no estado de um bem, trazendo como consequência algum tipo de perda ou prejuízo para as suas dimensões de valor. Nesse sentido, o dano consiste em um sinônimo de perda, estrago, deterioração e descaracterização dos aspectos que tornam o patrimônio significativo para uma sociedade, tendo um efeito negativo na apreensão da sua totalidade. Pode, portanto, se apresentar em graus mais leves (não necessitando de ações de reparo) ou mais profundos (necessitando de intervenção).

Com isso, nasce uma grande discussão entre os profissionais atuantes na área do patrimônio cultural, acerca da sua preservação, gerando uma infinidade de questionamentos que merecem ser considerados por todos aqueles que usufruem ou

atuam sobre o patrimônio cultural. O que são ações para conservar um bem? O que preservar para as próximas gerações? Quem determina esses objetos? Baseado em quais valores? Quais são os métodos mais adequados? Como minimizar danos?

Os princípios norteadores para responderem a essas questões começaram a ser estabelecidos a partir da *Carta de Atenas* (ICOMOS, 1931), que foi o resultado de uma conferência internacional marcante, onde foram abordados diversos temas referentes à proteção do patrimônio cultural. Nasceu, naquele momento, um grande movimento global voltado para garantir a salvaguarda dos bens de interesse para a história, sendo criados, nas décadas seguintes, órgãos e documentos com o objetivo de embasarem todas as ações de conservação destes. Assim, surgiram notórias instituições internacionais e nacionais com atividades voltadas para este fim, como: a UNESCO; o ICOMOS; o Conselho Internacional de Museus (ICOM); o Comitê Internacional para a Documentação e preservação de edifícios, sítios e unidades de vizinhanças do Movimento Moderno (DOCOMOMO); o Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (SPHAN), atual Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN<sup>30</sup>), dentre outros.

Como é possível perceber, o tema é complexo, abarca temáticas variadas e pressupõe uma visão crítica para se deliberar sobre os problemas ligados ao patrimônio cultural, sendo necessário esclarecer alguns conceitos fundamentais para nortear o debate no campo, que foram definidos pela *Carta de Burra*, de 1980:

- [...] 1) O termo **conservação** designará os cuidados a serem dispensados a um bem para preservar-lhe as características que apresentem uma significação cultural. De acordo com as circunstâncias, a conservação implicará ou não a preservação ou a restauração, além da manutenção; ela poderá, igualmente, compreender obras mínimas de reconstrução ou adaptação que atendam às necessidades e exigências práticas.
- 2) O termo **manutenção** designará a proteção contínua da substância, do conteúdo e do entorno de um bem e não deve ser confundido com o termo reparação. A reparação implica a restauração e a reconstrução.
- 3) A **preservação** será a manutenção no estado da substância de um bem e a desaceleração do processo pelo qual ele se degrada.
- 4) A **restauração** será o restabelecimento da substância de um bem em um estado anterior conhecido. [...]
- 5) A **adaptação** será o agenciamento de um bem a uma nova destinação sem a destruição de sua significação cultural.

<sup>30</sup> Tendo em vista as diversas denominações que o órgão federal responsável pela identificação, documentação, preservação e divulgação do patrimônio cultural brasileiro teve desde a sua criação, em 1937, como Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (SPHAN), optou-se por utilizar a sigla atual IPHAN, independentemente do período abordado.

6) O **uso compatível** designará uma utilização que não implique mudança na significação cultural da substância, modificações que sejam substancialmente reversíveis ou que requeiram um impacto mínimo. (ICOMOS, 1980, p.1-2, grifo nosso)

Para se **preservar** o patrimônio cultural, é preciso adotar ações de segurança, manutenção e planejamento, com contribuições de diversas disciplinas que forneçam olhares técnicos e métodos de salvaguarda respeitosos em relação às características do bem, sem corromper o testemunho existente na sua matéria. É fundamental compreender, portanto, a materialidade do patrimônio, assim como as referências que configuram sua significação cultural, para se determinar as ações de conservação total ou parcial mais adequadas, com o mínimo de danos possível. (ICOMOS, 1980)

Dentro desse contexto, a **restauração**, considerada como um dos métodos de se preservar o patrimônio, envolve, segundo Salvador Muñoz-Viñas (2005), um tipo de intervenção que visa alterar a aparência do bem, de modo que tal ação seja claramente percebida por terceiros, e podendo abarcar o retorno à sua configuração original, ou à sua forma manifestada em algum momento da história. Segundo a *Carta de Veneza*, “A restauração é uma operação que deve ter caráter excepcional. Tem por objetivo conservar e revelar os valores estéticos e históricos do monumento e fundamenta-se no respeito ao material original e aos documentos autênticos” (ICOMOS, 1964, p. 2). O ato de restaurar um bem só deve ser realizado caso existam dados materiais e documentais que evidenciem a condição prévia da sua substância<sup>31</sup>, e que o seu restabelecimento se justifique através da valorização da sua significância cultural. Desse modo, a restauração deve evidenciar novos aspectos da significação cultural do monumento, com respeito às contribuições dos diferentes períodos históricos, podendo ter como consequência a reposição de componentes desligados do bem ou a retirada de acréscimos que tenham causado impacto negativo nos seus elementos de valor e na sua significância cultural. (ICOMOS, 1980) Além disso, é fundamental ressaltar que não cabe apenas ao autor do projeto a decisão relativa à determinação dos objetos de valor ou àquilo que pode ou não ser retirado durante as ações de restauração. (ICOMOS, 1964)

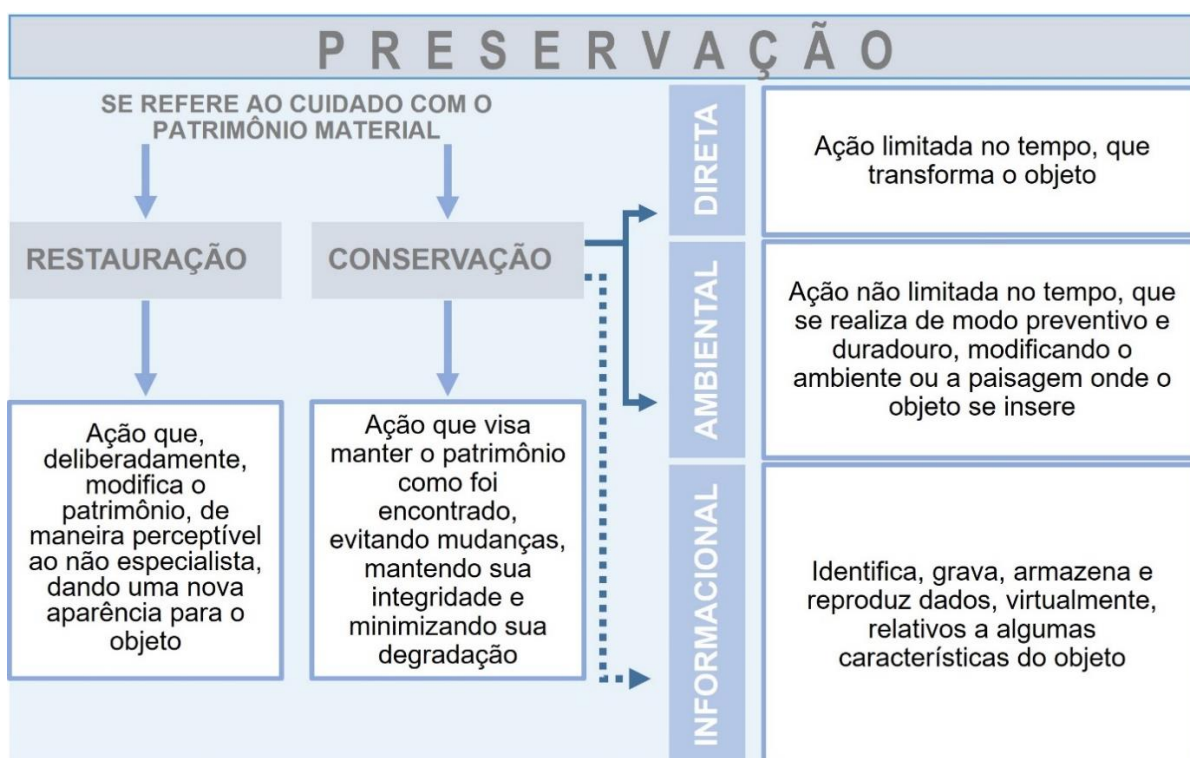
No caso da **conservação**, Muñoz-Viñas (2005) destaca que a ideia primordial é realizar ações de manutenção permanente que preservem as características do

---

<sup>31</sup> A partir da definição adotada na Carta de Burra, entende-se por *substância* “o conjunto de materiais que fisicamente constituem o bem”. (ICOMOS, 1980, p. 1)

patrimônio, com o objetivo de evitar modificações e danos à sua materialidade. De acordo com o que se estabelece na *Carta de Burra*, a conservação está ligada às atividades de proteção, manutenção ou possível estabilização da substância, sendo proibida a utilização de técnicas ou métodos que prejudiquem ou extingam a significação cultural do patrimônio. Assim, o ato de conservar é indicado nas situações “em que a própria substância do bem, no estado em que se encontra, oferece testemunho de uma significação cultural específica, assim como nos casos em que há insuficiência de dados que permitam realizar a conservação sob outra forma” (ICOMOS, 1980, p. 3). Para Muñoz-Viñas (2005), a conservação pode ser direta, ambiental ou informacional, tendo sua aplicabilidade a depender de cada contexto em que se encontre o bem.

**Figura 72** – Classificação de ações dentro do campo da preservação.



Fonte: Elaborada pela autora (2020), com base em MUÑOZ-VIÑAS (2005, p. 25).

Considerando o cenário brasileiro, a consolidação oficial das políticas de preservação ocorreu a partir da criação do IPHAN, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde (MES), com a promulgação da lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. De acordo com o artigo 46 dessa lei federal, o objetivo do IPHAN era de “promover, em todo o país e de modo permanente, o tombamento, a conservação, o enriquecimento e o conhecimento do patrimônio histórico e artístico nacional” (BRASIL, 1937, art. 46).

Anos depois, a Constituição de 1988, explicita alguns meios de se identificar, reconhecer, valorizar e proteger o patrimônio cultural, através de uma atuação conjunta entre o Estado e a sociedade: “O Poder Público, com a colaboração da comunidade, promoverá e protegerá o patrimônio cultural brasileiro, por meio de inventários, registros, vigilância, tombamento e desapropriação, e de outras formas de acautelamento e preservação.” (BRASIL, 2016b, p. 126)

Dessa forma, desde a criação do IPHAN no Brasil, em 1937, o principal instrumento de preservação de bens materiais tem sido o **tombamento** que, segundo Roberto Azevedo (1987), assegura a preservação de parte dos monumentos culturais pertencentes à humanidade, como templos, palácios e outras grandes obras da arquitetura. Entretanto, o autor pondera que bens mais simples e menos imponentes, pertencentes à cultura popular, também merecem ser protegidos; o que ainda pode ser verificado no artigo 1º da Carta de Veneza: “[...] Estende-se não só às grandes criações, mas também às obras modestas, que tenham adquirido, com o tempo, uma significação cultural”. (ICOMOS, 1964, p. 2)

Tendo isso em vista, é necessário compreender um outro aspecto acerca do ato de tombamento de um bem material e, mais precisamente, arquitetônico. Ao ser tombado, um edifício passa a ser submetido a diversas restrições que visam garantir a preservação da sua autenticidade, integridade e significância, com diretrizes legais que regem qualquer tipo de intervenção sobre a sua materialidade. É exatamente por esse motivo que a grande maioria dos proprietários não tem interesse em ter os seus imóveis tombados. Entretanto, é fundamental que os profissionais atuantes na área entendam – e façam a sociedade compreender – que o tombamento não deve ser um sinônimo de congelamento da edificação, pois esta não deve parar no tempo. O ponto central dessa questão se assenta na seguinte pergunta: como assegurar o equilíbrio entre a realização de intervenções respeitadas em relação à preservação do bem, mas que sejam capazes de permitir a manutenção do uso desta arquitetura?

A esse respeito, Azevedo (1987) pondera que é preciso haver um cuidado em relação aos tombamentos, de modo que não sejam tantos (e tão rígidos), a ponto de provocarem um efeito reverso, de destruição do patrimônio. “Separados da vida e do cotidiano pela gravidade que assumem ao serem declarados intocáveis, os prédios também morrem, embora de morte diferente que a provocada pelas picaretas”



(AZEVEDO, 1987, p. 80). É a partir deste viés, portanto, que o autor enfatiza o surgimento de uma nova postura dentro da política dos órgãos de preservação, que começam a se preocupar mais com a habitabilidade e as ações que mantenham a vida dentro dos edifícios, ao invés da realização de tombamentos que os transformem em grandes “museus” com pouco uso ou quase abandonados. Vale ressaltar, ainda, que a proteção e salvaguarda dos bens culturais (também denominadas de processo de patrimonialização) geram, necessariamente, modificações materiais e imateriais – melhores ou piores – nesses bens, a cada geração. Portanto, deve existir um cuidado em relação às ações de preservação e

[...] a avaliação da significância cultural não pode ser uma construção puramente acadêmica, mas antes um assunto a ser tratado por todos os agentes envolvidos na preservação – os profissionais, agentes econômicos, representantes políticos e pela própria comunidade para a qual um determinado bem cultural é considerado importante e digno de preservação. (PEREIRA, 2011, p.110)

Diante de toda essa discussão acerca do patrimônio cultural, fica claro, portanto, que o entendimento sobre o seu significado e sobre as ações de preservação passam pela identificação, atribuição e reconhecimento dos seus **valores culturais**. Nesse sentido, qualquer intervenção realizada em um bem dependerá de uma análise precisa das suas características e do seu contexto de criação, inserção, uso e transformação, considerando os valores que lhe tornam um bem digno de proteção. Como afirma Meneses (2012, p. 32), “atuar no campo do patrimônio cultural é se defrontar, antes de mais nada, com a problemática do valor, que ecoa em qualquer esfera do campo”.

Sendo assim, Meneses (2012) identifica cinco tipos de valores: 1) *Valor cognitivo*: atribuído aos bens que podem ser entendidos como documentos, ligados à intelectualidade, por ser capaz de gerar conhecimentos relevantes acerca do conceito de espaço, linguagem, material, técnica ou uso que determinou o edifício, assim como sua história de origem, trajetória, apropriações e agentes sociais participantes; 2) *Valor formal*: está ligado aos atributos estéticos, enquanto elementos sensoriais que ativam a percepção do sujeito em relação ao objeto, dotado de características que permitem uma compreensão mais profunda e uma transmissão de sentidos conectados à memória, convenções e experiências; 3) *Valor afetivo*: engloba a carga simbólica, os vínculos subjetivos, sentimentos de pertencimento e identidade atrelados à história de um bem, abarcando, desse modo, as memórias e representações sociais; 4) *Valor pragmático*: é uma espécie de valor de uso que

qualifica determinada prática, sendo percebido como uma qualidade do objeto; 5) *Valor ético*: não se vincula diretamente ao patrimônio, mas às relações sociais estabelecidas a partir da sua apropriação e funcionamento, onde a referência é a posição de terceiros.

Tomando como base essas reflexões sobre as atribuições de valor ao bem cultural, e todos os outros conceitos supracitados que permeiam o campo, cabe também refletir sobre as necessidades de adaptação e manutenção deste patrimônio, que exigem intervenções de ordens variadas. Desse modo, destaca-se que há, por parte da autora, o conhecimento acerca da relevância das contribuições dos estudiosos que preconizaram as discussões sobre a preservação patrimonial e marcaram a construção de teorias fundamentais para direcionar as ações de conservação e restauro. Entretanto, entende-se que é preciso se aproximar daquelas proposições mais contemporâneas, que possam responder, mais adequadamente, às intervenções no patrimônio da arquitetura moderna, visto que o estudo de caso da presente pesquisa se configura como uma obra emblemática desta linguagem arquitetônica.

Com o final da Segunda Guerra Mundial, e conseqüente desaparecimento de bairros ou conjuntos urbanos inteiros, surgiu uma nova problemática a ser enfrentada pelos arquitetos: como proceder diante de tamanha destruição? Como tratar a perda do patrimônio? Como proceder com o restauro diante dos profundos danos derivados de causas bélicas? Foram iniciados, portanto, grandes debates e teorizações para se estabelecer critérios de reconstrução de parte desses tecidos urbanos que se perderam, surgindo algumas possibilidades: 1) começar do zero, apagando o passado e perdendo por completo os monumentos que caracterizavam os centros históricos; 2) ou voltar a discutir os princípios de não reprodução das formas antigas, abrindo o espaço para reconstruções integrais de contextos urbanos com valor simbólico para a população (LAGUNES, 2011). Beatriz Kühl *et al* (2010) ainda evidenciam outras alternativas de ação muito debatidas na década de 1950, enfatizando o seu caráter antiético: 1) a repriminuação do bem original; 2) ou o seu abandono em situação de ruína.

Foi nesse contexto que Cesare Brandi assumiu um papel importante, definindo princípios que marcaram o desenvolvimento da teoria e prática da conservação e

restauro em todo o mundo. Todavia, o debate mais atual sobre a restauração é marcado por diversas posições (principalmente em relação à técnica e aos graus de intervenção no bem), abarcando atitudes que atualizam a antiga polêmica do século XIX, entre a “conservação absoluta” e a “reconstrução estilística”, assim como trazendo à tona outras possibilidades que envolvem posturas menos radicais. (LAGUNES, 2011)

Dentro desse panorama complexo e polêmico, é possível mencionar, por exemplo, que os postulados de Camilo Boito, ligados à diferenciação e denúncia das partes restauradas, foram atualizados e adotados em intervenções de destaque, na Itália do pós-guerra, podendo ser citada, na área da arquitetura da saúde, as diversas etapas de restauração do Ospedale Maggiore di Milano, realizadas pelos arquitetos Ambrogio Annoni, Amerigo Belloni, Liliana Grassi e Piero Portaluppi. (LAGUNES, 2011) O hospital, que vivenciava – a partir de 1939 – um processo de modificação para o uso universitário, foi bombardeado no ano de 1943, durante a II Guerra Mundial. Com isso, teve grande parte da sua estrutura destruída, destacando-se as arcadas que conformavam os pátios e colunatas do edifício renascentista. Após essa tragédia, os arquitetos responsáveis pelo projeto de adaptação deram continuidade ao seu trabalho, porém com o novo desafio de recuperar o que restou do antigo hospital, considerando as ruínas da construção original, para que fosse, então, entregue à universidade.

A postura de Annoni, poderia ser considerada contrária ao refazimento do patrimônio – apesar de ele reconhecer que, em determinados casos, seria necessário proceder com reintegrações, especialmente para que as ruínas pudessem ser reestabelecidas, identificadas, contempladas e protegidas (KÜHL *et al*, 2010). Diante do desafiante projeto de restauro do antigo hospital, a equipe conseguiu manter a maioria dos restos originais da construção, reconstituindo algumas das suas partes, a partir de documentos e fotografias, mas também se permitindo imprimir uma postura pautada no restauro criativo, em outras partes da edificação. Desse modo, foi inserido no conjunto um novo edifício, com linguagem moderna, buscando um diálogo com a preexistência. (VALENTINI, 2018)

Sendo assim, no que diz respeito às tendências teóricas marcantes da restauração arquitetônica na atualidade, existem, segundo Kühl (2006), três principais vertentes

na Itália. Primeiramente, a **teoria crítico-conservativa e criativa**, que se baseia na teoria de Brandi, e teve seguidores como Giovanni Carbonara e Gaetano Miarelli Mariani. Com um olhar voltado para os valores documentais e formais da obra, os autores encaram a restauração de maneira prudente, propondo, em casos necessários, o uso de recursos criativos para lidar com a remoção de adições ou reintegração de lacunas no conjunto do bem.

No caso da **teoria da pura conservação ou da conservação integral**, seus representantes são Marco Dezzi Bardeschi, Amedeo Bellini, Anna Lucia Maramotti e Paolo Torsello, defendendo que a matéria deve ser preservada da maneira como se encontra no presente. Desse modo, defendem que a preservação da autenticidade do edifício pressupõe manter tudo aquilo que registra a passagem do tempo, mesmo que existam descontinuidades e contradições no monumento. No caso da necessidade de acréscimos, não há espaço para propostas de imitação ou mimetismo, havendo uma liberdade criativa que pode resultar, em diversos casos, em um contraste entre o novo e o antigo. (KÜHL, 2006)

Por fim, a **teoria da hipermanutenção** tinha Paolo Marconi como seu maior defensor, preconizando a ideia de que é legítimo reconstruir os monumentos como eles eram no passado, utilizando os mesmos materiais que fossem capazes de retratar a sua originalidade. Assim, há uma tendência de se atuar por analogia, propondo “o tratamento da obra através de manutenções ou integrações, ordinárias e extraordinárias, retomando formas e técnicas do passado”. (KÜHL, 2006, p.28)

Conservar o patrimônio, portanto, constitui uma atividade complexa, no sentido de envolver os diversos aspectos supracitados, com tomadas de decisão muito delicadas, que devem ter, como princípio fundamental, o objetivo de preservar a memória da sociedade em relação aos valores de um bem cultural. Considerando essa reflexão no contexto do patrimônio arquitetônico, surge uma questão: e os aspectos ligados ao **uso** que a sociedade adota no edifício para mantê-lo em funcionamento, como se relacionam com as ações de preservação?

Nesse sentido, Andrade Junior (2015) relembra a importância das três virtudes da boa arquitetura, apontados por Marco Vitruvius Polião, no tratado *De Architectura Libri Decem*, realizado no século I a.C., sendo eles: 1) a função (*utilitas*); 2) a beleza (*venustas*); 3) e a solidez (*firmitas*). O autor conclui, a partir de então, que “o uso é

inerente ao objeto arquitetônico e que sem uso (ainda que ‘apenas’ simbólico, como em um memorial), não há arquitetura” (ANDRADE JUNIOR, 2015, p.85). São diversos os autores que abordam a temática do uso em relação aos monumentos, valendo ressaltar a visão de Alois Riegl (2014), que apontava para a existência do *valor de uso*, indicando o *reuso* quando a função original não mais existir.

Brandi (2004) também abordava o aspecto do uso, afirmando que a possibilidade de novas utilizações para os edifícios históricos deveria ser cuidadosamente avaliada sempre que houvesse o objetivo de se preservar determinado bem, caso esses reusos não fossem incompatíveis com os aspectos de interesse histórico e artístico da obra. Ou seja, para o autor, o reuso deve ocorrer em prol da sobrevivência da edificação de valor cultural. Entretanto, ele enfatizava que “as obras de adaptação deverão ser limitadas ao mínimo, conservando escrupulosamente as formas externas e evitando alterações sensíveis das características tipológicas, do organismo construtivo e da sequência dos percursos internos”. (BRANDI, 2004, p.242)

Para Marco Dezzi Bardeschi e Salvador Muñoz-Viñas, dois importantes teóricos contemporâneos da conservação e restauração, o valor do uso do patrimônio também é considerado um meio de preservá-lo. Dezzi Bardeschi defende que a restauração é um dos caminhos para a conservação de um bem. As intervenções no patrimônio que envolvem a sua atualização e os novos projetos são frequentes, sendo necessário se discutir essa prática, que também é uma maneira de valorizar e conservar as preexistências. Segundo o autor, portanto, os arquitetos devem intervir sobre o patrimônio a fim de mantê-lo atualizado funcionalmente, distinguindo as fases construtivas e de uso. Já Muñoz-Viñas acredita que a restauração deve ser realizada em prol dos usuários daquele bem, sendo eles os responsáveis por estabelecerem os valores culturais desses objetos. (ANDRADE JUNIOR, 2015)

A partir dessas reflexões acerca dos conceitos e teorias que permeiam as intervenções e a compreensão das obras consideradas como dotadas de valores culturais, surgem alguns questionamentos. Visto que o campo da preservação pode gerar inúmeras crenças e ações por parte dos responsáveis pelo patrimônio cultural (com suas perspectivas objetivas e subjetivas) quais devem ser as prioridades ao se iniciar este trabalho? Como estabelecer um plano de ação adequado e respeitoso à autenticidade, integridade e significância do bem, sem causar-lhe danos

devastadores? No caso do patrimônio arquitetônico, sem dúvidas, é necessário proceder com um levantamento profundo de dados sobre o objeto, dominando as informações relativas à sua história e a todos os elementos que possam resultar em atribuição de valor. A depender, por exemplo, da implantação, tipologia, volumetria, materialidade, função, espacialidade e linguagem arquitetônica, assim como do que é considerado um atributo de valor ou estado de dano, as intervenções a realizar sobre o bem poderão ser completamente diferentes.

Desse modo, é fundamental considerar que uma das grandes peculiaridades do patrimônio edificado consiste no seu caráter de possuir uma função. A condição intrínseca de uso, presente nos bens culturais arquitetônicos, nos leva a pensar que existe uma dinâmica cotidiana que demanda adaptações e atividades de manutenção ao longo da história do edifício, imprescindíveis para que ele se mantenha vivo, ativo e preservado. Tais ações podem variar bastante, de acordo com o momento em que o edifício foi construído, pois esse contexto histórico, as diretrizes projetuais da época e as técnicas empregadas na sua construção se configuram como variáveis essenciais, determinantes para aquilo que deve ser valorizado, mantido ou retirado, assim como podem funcionar como diretrizes que apontam em direção ao método mais adequado para se intervir.

Essa reflexão pode ser claramente observada, por exemplo, ao compararmos as atribuições de valor e os diversos tipos de intervenções empregados em ruínas arquitetônicas, sítios arqueológicos, paisagens culturais, cidades históricas, edificações monumentais e complexos arquitetônicos. Aprofundando ainda mais, dentro do próprio campo da arquitetura, a avaliação relativa aos valores dos edifícios pode mudar completamente, apenas pelo fato de eles apresentarem uma linguagem arquitetônica distinta. Ou seja, é necessário que o profissional empreenda um estudo profundo acerca de cada linguagem, tipologia e contexto, para ser capaz de traçar o caminho mais adequado na preservação do patrimônio.

No caso da arquitetura moderna, por ter sido manifestada em um período não muito distante da contemporaneidade, é possível perceber que ainda existe uma grande dificuldade por parte da sociedade, dos proprietários, gestores e profissionais em reconhecer o seu valor. Isso gera inúmeros problemas na preservação desses bens, que têm sofrido danos e descaracterizações irreparáveis ao longo da sua recente

história, merecendo um aprofundamento de pesquisas que auxiliem a minimizar tantas perdas desse patrimônio cultural. Sendo assim, cabe refletir acerca da representatividade desse movimento de vanguarda para a história, de modo a fortalecer todos os esforços que vêm sendo empreendidos, mundialmente, para preservar esse patrimônio cultural.

## **2.2 A arquitetura moderna e seus valores culturais**

A arquitetura moderna consagrou-se como a resultante de diversas correntes artísticas, ideias de intelectuais e movimentos vanguardistas que buscavam, na virada do século XIX para o século XX, renunciar e abandonar todas as concepções tradicionais enraizadas no neoclassicismo e no ecletismo. Tendo como base as concepções advindas, por exemplo, do cubismo, expressionismo, neoplasticismo, construtivismo e futurismo, através de movimentos como o *Art Nouveau*, *Arts and Crafts*, *De Stijl* e *Bauhaus*, a nova corrente negava o repertório formal e os cânones do passado, que compunham os estilos historicistas, buscando se expressar a partir de uma linguagem inovadora, capaz de retratar o espírito industrializado da sociedade que se constituía. A arquitetura moderna reuniu intelectuais de diversas áreas, que buscavam uma aproximação entre a arquitetura, escultura, pintura, indústria, construção civil, decoração e moda, em uma tentativa de refletir e aplicar, no cotidiano, os conceitos progressistas emergentes. A ideia, portanto, era difundir uma nova linguagem que contemplasse os ideais da vida moderna, em todos os campos: social, político, econômico, científico e cultural.

De acordo com William Curtis (2008), a década de 1920 pode ser considerada um período notável na Europa, Rússia e Estados Unidos, quando novas formas e modos de pensar a arquitetura surgiram, destacando-se frente aos estilos dominantes historicamente. Foi nesse momento do entreguerras que arquitetos como Le Corbusier, Mies van der Rohe, Walter Gropius, Erich Mendelsohn, dentre outros, trabalharam arduamente em busca da consagração de novas formas ideais para os objetos, edifícios e cidades, na tentativa de suprirem as necessidades da sociedade industrial, estabelecendo novas definições arquitetônicas para o futuro, e para reerguer os espaços urbanos devastados pela guerra. Sendo assim, essa nova linguagem que se estabelecia gerou outras maneiras de enxergar o mundo, extrapolando a expressão de uma simples estética ou a aplicação de novas “técnicas

construtivas, embora seus efeitos característicos de espaços conectados, massas flutuantes e planos que se interpenetram se baseassem claramente nos materiais da era da máquina: concreto, aço e vidro”. (CURTIS, 2008, p. 163)

Havia, segundo Alberto Estévez (2012) um desejo de otimização dos recursos materiais, buscando a economia e o seu máximo aproveitamento nos projetos, além de uma preocupação com a funcionalidade dos objetos construídos, que deveriam ser práticos, claros e inteligíveis. Promoviam-se, desse modo, espacialidades excêntricas, a partir do uso de planos com organização mais complexa e proporções inovadoras, equilibradas e dotadas de ritmo, porém afastadas da simetria e monotonia da repetição formal. As divisões dos espaços eram flexíveis, não necessariamente realizadas através de paredes fixas, mas também através da utilização de móveis, portas de correr, biombos, estruturas transparentes, jogo de luz, sombra, cheios e vazios, que criavam um novo tipo de valor estético para a arquitetura e as artes.

O Movimento Moderno difundiu-se, globalmente, a partir da primeira metade do século XX, “não só em função de ideais compartilhados, mas também a partir de um novo vocabulário formal, possibilitado pelo surgimento de **novas tecnologias construtivas**”. (ANDRADE JUNIOR, 2012, p.25). Com o advento da Revolução Industrial e o surgimento de materiais como o ferro e o concreto armado, Andrade Junior (2012) afirma que foi possível criar estruturas independentes, permitindo a elaboração de espaços mais contínuos, livres e integrados, opondo-se à tradicional continuidade mural predominante nas edificações até este período.

Os edifícios modernos eram considerados grandes máquinas de habitar, curar, educar ou trabalhar e, portanto, precisariam atender aos aspectos funcionais das atividades ali desempenhadas, adotando, na sua composição, os novos materiais disponíveis na indústria. A arquitetura, assim como os automóveis, aviões e navios, fazia parte de um grupo de maquinário inovador, que surgia com tecnologias capazes de suprir eficazmente as novas demandas da modernidade. Desse modo, as edificações ganharam uma monumentalidade formal diferenciada de tudo o que existia anteriormente, proporcionada pelos grandes vãos alcançados com o uso do concreto armado e aço, pelos extensos planos de vidro, pelo jogo de volumes assimétricos, em balanço ou avarandados, bem como pela valorização dos elementos que compunham e estruturavam as circulações, acessos, percursos, vistas e detalhes, que seguiam a



mesma linguagem do todo arquitetônico. E assim, o edifício moderno materializava o avanço tecnológico, levando a estética fabril para as casas, hospitais, escolas, universidades, lojas, ou edifícios públicos e corporativos.

Ainda considerando a metáfora da máquina, é fundamental salientar a manifestação marcante da **racionalidade** e **funcionalidade** nas edificações modernas. A pré-fabricação e os novos materiais possibilitaram uma dinâmica de produção em série, mais acelerada e econômica, otimizando o processo construtivo e estabelecendo novos critérios e valores de projeto, como o uso da modulação estrutural. Dentro desse cenário moderno, a função do edifício ganhou um grande protagonismo, evidenciando novas tipologias na arquitetura, que poderiam abrigar programas semelhantes. Edificações, assim como os maquinários, deveriam ter um desempenho funcional de excelência, atendendo aos programas arquitetônicos emergentes, às necessidades das pessoas e das atividades que ali seriam realizadas.

Um outro caráter marcante em inúmeras obras foi o **minimalismo**, proporcionado pelo emprego racional dos novos materiais em formas que aboliam os ornamentos, baseando-se na busca por um purismo formal, eliminando elementos em excesso, que extrapolassem as necessidades funcionais do edifício e gerassem uma profusão na sua forma, nos seus detalhes e/ou nas suas cores. Havia, desse modo, uma tentativa de expressar, claramente, as estruturas primárias e secundárias mais essenciais das edificações, denotando uma simplicidade que, por ser assim, elevava a obra a um patamar monumental. “Ao reduzir o edifício à sua essência, Mies achava possível transformar a construção nua na forma originária mais básica. Certamente era isso que estava implícito em sua famosa expressão *‘less is more’* (menos é mais)” (CURTIS, 2008, p. 403).

Apesar desse olhar abolicionista em relação aos ornamentos, é preciso esclarecer que o discurso moderno, desde as primeiras publicações da Bauhaus, defendia uma prática que ficou conhecida como **síntese das artes**. Segundo Gonsales (2012), isto significa, simplesmente, promover a integração de todas as artes, como meio de se resgatar uma totalidade formal harmoniosa, entendendo-se que as obras artísticas deveriam estar presentes nos espaços arquitetônicos e urbanos. Também cabe enfatizar que Le Corbusier publicou, em 1926, um manifesto onde explicitou os **cinco**

**pilares básicos**<sup>32</sup> daquilo que denominou a *Nova Arquitetura*, que nascia a partir do uso de novos materiais, técnicas construtivas e do princípio da funcionalidade.

Tendo em vista esta valorização dos aspectos funcionais do edifício na sua relação com as pessoas, bem como o fato de possuir, na sua essência, os ideais da indústria e dos avanços tecnológicos, é fundamental pontuar que a arquitetura moderna também tinha, por outro lado, como um dos seus grandes princípios, a incessante busca pela **integração da forma construída e do homem com a natureza**. Através das novas possibilidades de relacionarem os ambientes internos com a paisagem exterior, utilizando as extensas esquadrias envidraçadas e os longos vãos, os arquitetos tiravam partido dos materiais e tecnologias construtivas para enquadrarem e trazerem o entorno para a edificação, e vice-versa.

Também se observa, em diversos projetos modernos, que esta relação com a natureza extrapolava o campo visual, visto que havia uma grande preocupação em potencializar o uso da iluminação e ventilação naturais, visando o conforto ambiental nos edifícios. Assim, além das esquadrias de vidro, com sistemas de abertura e mobilidade, detalhadamente estudados, em climas tropicais quentes e úmidos, como aquele de boa parte do litoral brasileiro, os arquitetos faziam uso de muxarabis, venezianas, brises e cobogós, adaptando esses elementos à nova linguagem arquitetônica, com o objetivo de captar a luz solar e os ventos. Dentro dessa perspectiva, cabe ressaltar que as variações lumínicas e climáticas eram capazes de gerar sensações e percepções diversas em relação à construção, a depender da estação do ano ou do horário do dia, que proporcionavam inúmeros jogos de luz,

---

<sup>32</sup> Tais postulados surgiram das inúmeras experiências de projetos elaborados pelo arquiteto suíço na década de 1920. O primeiro deles consistia no **edifício sobre pilotis**, baseado na ideia de que toda edificação deveria ser construída com o térreo livre e elevada do solo sobre pilares, permitindo que o jardim passasse por debaixo dela, por meio de uma planta baixa que priorizasse as funções de circulação do pedestre e estacionamento dos veículos. O segundo aspecto era o da **planta livre**, possibilitado pelas novas técnicas construtivas (do concreto armado e o aço), onde as paredes deixaram de ser portantes e se tornaram apenas objetos de divisão espacial mais flexíveis, estabelecendo áreas úteis melhor distribuídas em planta baixa. Dentro dessa lógica, havia também a **fachada livre**, totalmente desconectada dos elementos estruturais do edifício, que passou a ter os pilares posicionados no seu interior, enquanto a fachada se tornou um plano desvinculado da função de sustentar o edifício. O quarto fundamento era o da **janela em fita**, ou seja, esquadrias longitudiniais – constituídas pelos novos vidros com grandes dimensões –, instaladas nos planos livres de fachada, e liberando, conseqüentemente, a entrada de maior luminosidade e ventilação naturais no seu interior, bem como criando diversas vistas para a paisagem exterior. Por fim, Le Corbusier estabeleceu o princípio do **terraço-jardim**, defendendo a criação de uma área ajardinada no último pavimento da edificação, trazendo a função de lazer para um espaço geralmente inutilizado, recuperando a área verde ocupada pela construção e gerando um isolamento térmico para as lajes em concreto armado.

sombra e temperatura, o que era bastante relevante nos projetos idealizados dentro da linguagem moderna.

É possível notar, portanto, as riquezas formal e conceitual que dotaram as expressões modernas de um valor cultural singular dentro do contexto histórico da arquitetura. Nesse sentido, Andrade Junior (2012) explicita diversas visões de autores acerca das *características deste fazer arquitetônico*, que podem ser sintetizadas em **cinco dimensões básicas**: 1) *técnica*: a arquitetura deve se constituir a partir das novas tecnologias construtivas; 2) *formal*: a arquitetura deve ter uma forma liberada de ornamentos e outras influências históricas; 3) *funcional*: a arquitetura deve ter um repertório de uso/função; 4) *simbólica*: a arquitetura deve criar imagens condizentes com os anseios da sociedade moderna; 5) *sociopolítica ou ideológica*: a arquitetura deve ser meio transformador da sociedade. Entretanto, o autor nota que existe uma vasta diversidade na produção arquitetônica moderna, que “precisou se adequar aos diversos contextos econômicos, sociais e culturais específicos em que se desenvolveu”. (ANDRADE JUNIOR, 2012, p.27)

No cenário latino-americano, houve uma centralidade na relação estabelecida entre a vanguarda arquitetônica e o Poder Público, em especial, os governos nacionais, tendo estes últimos uma participação fundamental na produção da arquitetura moderna na região (GORELIK, 2005). No caso do Brasil, a perspectiva modernizante, presente no discurso e nas práticas centralizadoras de Getúlio Vargas, abarcava a promoção de um Estado poderoso, com instituições fortalecidas e coesas, que refletissem a imagem do desenvolvimento no país.

Segundo Gilberto Hochman (2005), as ações e intenções de reorganização político-administrativa, abandonando os padrões da República Velha, visavam criar um Estado unificado, com ideologias de “Modernização, desenvolvimento, nacionalismo, antiliberalismo, centralização política e administrativa, controle político e extensão da proteção social [...]” (HOCHMAN, 2005, p. 129), e a arquitetura tornou-se um dos grandes instrumentos para a consolidação desses ideais. Sendo assim, Adrián Gorelik (2005) afirma que existiu uma legitimação, na Era Vargas, em relação à *escola carioca*, pois o Estado a associava à representação do Brasil moderno; o que é reforçado por Yves Bruand (1981), quando ressalta a construção de inúmeros edifícios públicos monumentais com a linguagem moderna.

A partir de toda esta exposição acerca do surgimento, consolidação, disseminação e importância do movimento moderno, a nível mundial, gerando para a humanidade uma extensa produção de obras com valores culturais singulares, torna-se relevante refletir sobre como esta arquitetura tem sobrevivido e sido (ou não) preservada. Dentro dessa discussão, cabe citar as reflexões de Silvio Oksman (2017), em sua tese de doutorado, apontando que as obras modernas começaram a ser entendidas como patrimônio cultural a partir do contexto pós-guerra. Esse reconhecimento foi uma consequência de diversas variáveis, como a emergência de se abordar a cidade existente, a preocupação com os centros urbanos, a valorização econômica do patrimônio (vinculada ao turismo de massa e incentivo ao consumo patrimonial), e até mesmo o surgimento da arquitetura pós-moderna, que questionava as posturas modernas, propondo um olhar mais fragmentado, irônico e referenciado na arquitetura do passado nas suas produções.

Assim, para se consolidar o entendimento sobre os **critérios de preservação** da arquitetura moderna, primeiramente, é preciso reconhecê-la como um movimento que resultou em um notável legado patrimonial. De acordo com a *Carta de Madri*, publicada pelo ICOMOS, em 2011, com o objetivo de estabelecer critérios de preservação para as obras modernas, “O dever de preservar o patrimônio do século XX tem a mesma importância que a obrigação de se preservar o patrimônio relevante de outras épocas” (ICOMOS, 2011, p. 98, tradução nossa). O documento ainda assinala que a arquitetura moderna tem sido ameaçada de destruição irreparável e sofrido descaracterizações tão graves a ponto desses danos tornarem-se irreparáveis. Isto tem ocorrido, principalmente, devido à falta de reconhecimento e de cuidado com um patrimônio relativamente recente, que permanece em uso, ativo e habitado, sendo, portanto, “essencial entender, definir, interpretar e gerir adequadamente para as gerações futuras.” (ICOMOS, 2011, p. 98, tradução nossa)

O tripé fundamental para concretizar os movimentos de preservação do moderno, segundo a Carta de Madri, se baseia no equilíbrio entre *conhecimento*, *compreensão* e *significado*. Desse modo, é preciso investir em ações com foco: 1) na identificação e valorização do significado cultural da modernidade, partindo de critérios patrimoniais aceitos; 2) na aplicação de uma metodologia adequada ao plano de preservação; 3) na pesquisa e desenvolvimento de métodos específicos de reparação apropriados aos materiais e técnicas construtivas do século XX; 4) no reconhecimento e gestão em

relação às frequentes pressões para alterar o patrimônio moderno (que permanece, em sua maioria, em uso); 5) no esforço para administrar as mudanças com sensibilidade; 6) na busca pelo respeito quando realizadas ampliações e intervenções; 7) no respeito à autenticidade e integridade do bem; 8) no alcance do equilíbrio e sustentabilidade em relação ao meio ambiente, com manutenção da significação cultural; 9) na promoção e celebração do patrimônio junto à comunidade, fomentando a comunicação dos valores do bem. (ICOMOS, 2011)

Torna-se necessário, primeiramente, identificar na obra as características que a vinculam à modernidade. A questão, nesse caso, é: quais são as particularidades – ou os atributos culturais –, de cunho moderno, que aquele edifício ou sítio urbano possui, justificando a sua preservação, como um testemunho histórico daquele movimento de vanguarda, para as futuras gerações? Essas características podem estar ligadas a diversos aspectos, como a implantação, o lugar, a tipologia (formal ou funcional), o programa, o sistema construtivo, os materiais e móveis empregados, as soluções regionais, a integração com as artes, as bases científicas ou mesmo os fatores socioculturais-econômicos-espirituais da época. Cabe aos responsáveis (pesquisadores, equipe técnica, gestores ou proprietários), portanto, investigarem a história do bem, compreendendo os atores envolvidos, assim como as decisões projetuais e construtivas originais, com o objetivo de melhor intervir e gerir o patrimônio.

Sendo assim, fica evidente que o *reconhecimento* e a *valorização*, pela comunidade local, podem ser considerados os primeiros passos para a abertura de caminhos nas ações de estabelecimento dos exemplares classificados como detentores de valores culturais. Esses bens urgem por serem zelados, tratados, mantidos e preservados adequadamente, principalmente quando os dados e os pesquisadores da área apontam que ainda são poucos aqueles que se mantêm com planos de preservação bem fundamentados, considerando a larga produção moderna existente em todo o cenário mundial. Nesse sentido, a partir dos movimentos de valorização do patrimônio moderno, Claudia Carvalho (2006) observa que, entre o final da década de 1970 e o início da década de 1980, diversos bens desta arquitetura sofreram intervenções a fim de preservá-los.

vinte e um (cerca de 2% do total) correspondem a exemplares da arquitetura, do urbanismo e do paisagismo modernos, incorporados à Lista a partir de 1984, [...] (ANDRADE JUNIOR, 2019, p. 169-170, grifo nosso)

Além das ações empreendidas pela UNESCO, cabe ressaltar o papel fundamental da **Fundação Getty**, criada em 1984, nos EUA, com um caráter filantrópico, incentivando e doando recursos voltados para a preservação das variadas modalidades de arte, em mais de 180 países. Tais subsídios, geridos de maneira estratégica, têm como objetivo auxiliar na resolução de problemas ligados à história da arte, preservação de obras com valor cultural e museus, fortalecendo o campo histórico-artístico a nível mundial, através de práticas multidisciplinares. Dentre os diversos programas desenvolvidos pela instituição, destaca-se o denominado *Keeping it Modern*, focado em financiar iniciativas de projetos modelo, com planos de gestão bem definidos metodologicamente, voltados para a preservação da arquitetura moderna. A cada ano, a lista de concessões aos beneficiados é atualizada, e os gestores e pesquisadores locais, responsáveis pelo patrimônio, desenvolvem as atividades de manutenção e conservação necessárias à preservação desses bens culturais, gerando ainda um amplo acervo documental.

Também vale ressaltar o trabalho desenvolvido pelo Comitê Internacional para a Documentação e Preservação de edifícios, sítios e unidades de vizinhanças do Movimento Moderno (**Docomomo Internacional**), fundado em Eindhoven, na Holanda, no ano de 1988. Esta organização não-governamental é composta por associados de diversas categorias (historiadores, arquitetos, planejadores urbanos, paisagistas, preservacionistas, professores, estudantes e órgãos públicos), provenientes de 69 países. O olhar multidisciplinar da associação contribui de maneira excepcional nas ações de: 1) salvaguardar exemplares modernos; 2) difundir informações sobre tecnologias de conservação, história e educação; 3) resgatar o interesse pelos princípios e legado do movimento de vanguarda, incentivando a sua documentação; 4) e provocar na sociedade a necessidade de se responsabilizar pelo cuidado com essa arquitetura tão recente.

Apesar de existirem esforços de instituições como a UNESCO, a Fundação Getty e o Docomomo, além de profissionais e pesquisadores de inúmeras áreas do conhecimento para suscitarem o reconhecimento dos valores culturais e preservarem as obras modernas, a atuação sobre este patrimônio ainda é uma temática muito nova. Desse modo, provoca opiniões controversas e **desafios** profundos para a área da

conservação, quando ainda são incipientes as discussões e buscas pelo desenvolvimento de maneiras mais adequadas para se intervir na arquitetura moderna. Tais adversidades podem estar ligadas, por exemplo, ao envelhecimento dos edifícios e o impacto disto na sua materialidade; ou ao fato de os projetos originais e materiais construtivos estarem disponíveis, gerando intervenções de reconstrução que desconsideram a ação do tempo; ou à interferência, em alguma escala, dos projetistas, seus ex-colaboradores ou herdeiros; ou mesmo às mudanças de uso pelas quais as edificações necessitam submeter-se para não se tornarem ultrapassadas. Portanto, são inúmeros os autores que debatem essas dificuldades, cabendo destacar, de acordo com Carvalho (2006), que

[...] os principais problemas verificados na preservação do patrimônio moderno foram a fragilidade e a vulnerabilidade de seus materiais e aspectos construtivos e os pouco conhecidos processos de degradação; a perda da função original bem como a obsolescência das suas instalações; a proximidade com o sistema projetual que dificulta o seu reconhecimento como testemunhos históricos, bem como a falta de distanciamento histórico para atribuição de valor, agravada pelo seu contingente numérico, o que torna a seleção do que preservar muito mais complexa. (CARVALHO, 2006, p. 103)

Ainda nos casos nos quais há o reconhecimento de valor e/ou tombamento, Oksman (2017, p. 92) observa que a grande maioria das intervenções costumam seguir duas linhas: “[...] as pragmáticas, que não consideram os valores atribuídos, comprometendo sua transmissão como patrimônio cultural; e as de repriminção, que não aceitam a passagem do tempo incorporada aos edifícios”. Ou seja, percebemos que muitas intervenções no moderno são desenvolvidas desconsiderando e descaracterizando seus valores culturais, ou mesmo resgatando determinados elementos do projeto original – seja a partir dos próprios projetos, seja através de orientações dos autores (quando vivos) e/ou dos seus herdeiros biológicos e culturais.

Cabe enfatizar, entretanto, que ao retomar o projeto original como base para implementar novas intervenções no bem moderno, pode-se gerar concepções caracterizadas como um falso histórico, que apagam partes da história verdadeira dos edifícios, ou que contam a história do que ele deveria ter sido, ao invés do que, na realidade, ele foi. Isto decorre do fato que, como muitos exemplares da arquitetura moderna ainda possuem seu projeto executivo, se alguma parte do edifício se perder, há documentos que possibilitam a sua reconstrução – ainda que exista uma tentativa de reinterpretação. Porém, nessas intervenções, é fundamental considerar que o

prédio não é apenas aquilo que foi concebido projetualmente, mas sim a resultante da sua trajetória, incluindo as diversas transformações pelas quais passou.

Fernando Diniz Moreira (2010), baseado nas ideias de Susan McDonald e Theodore Prudon, elenca sete desafios mais emblemáticos, que podem alterar o valor do bem moderno, caso não sejam considerados durante as intervenções. O primeiro deles é o aspecto da *funcionalidade*, objeto de grande foco dos arquitetos modernos, mas que se transformou em uma dificuldade a partir do momento em que alguns usos se tornaram ultrapassados. Isto porque o prédio foi concebido para durar um determinado período, mas ele ainda se mantém sendo utilizado; ou porque a espacialidade criada em diversos exemplares era muito específica para determinada função, e as próprias atividades sofreram alterações, ganharam complexidade, novas exigências legais, ou mesmo deixaram de existir, exigindo modificações físicas nos prédios. Em determinados casos, tem sido extremamente complicado introduzir os novos usos, atender às novas demandas normativas, de segurança, acessibilidade e instalações ligadas ao desempenho e conforto da edificação, principalmente nas obras mais emblemáticas, em que os novos padrões espaciais do moderno têm maior destaque, como as fábricas, os pavilhões de exposição e os sanatórios. (MOREIRA, 2010)

O segundo ponto desafiador diz respeito à *materialidade* da edificação moderna, constituída pelo uso de novos materiais combinados com materiais tradicionais aplicados de maneira diferente daquelas habituais (como as pedras, que eram usadas estruturalmente, e tornaram-se revestimentos em diversas obras modernas). O desconhecimento existente à época da construção de muitas dessas obras a respeito das reações e desempenho dos materiais a longo prazo, da sua exposição às intempéries em climas diferentes ou mesmo das técnicas de instalação e manutenção mais adequadas, constituem fatores preocupantes em relação à conservação da arquitetura moderna.

Além disso, há também os problemas gerados: 1) pelo uso de materiais prejudiciais à saúde que precisaram posteriormente ser suprimidos dos edifícios, como o cimento amianto; 2) pelos detalhes inovadores que fracassaram na combinação de determinados materiais ou careciam de uma produção industrial compatível com suas propostas; 3) pelos materiais fabricados em série no momento da construção, e que deixaram de existir no mercado, tornando difícil e onerosa a sua substituição; 4) e



pelas falhas no próprio processo construtivo, decorrentes de má execução ou cortes no orçamento, que também impactaram nos comportamentos dos materiais ao longo do tempo. (MOREIRA, 2010)

A terceira dimensão citada por Moreira (2010) consiste no *avanço tecnológico e na ampliação de uso dos sistemas infraestruturais* (aquecimento, resfriamento, água, eletricidade, redes de comunicação, etc), cada vez mais fundamentais nos edifícios contemporâneos. Para que as edificações se mantenham em funcionamento, tem sido necessário sofrer adaptações para substituir os seus sistemas obsoletos ou degradados (considerando que sua vida útil dura em torno de 30 anos). Apesar dessa necessidade, é preciso perceber que os sistemas antigos são um testemunho histórico e precisam ser preservados, se possível, ao lado dos novos. O autor ainda acrescenta o grande problema da *falta de manutenção*, principalmente em países latino-americanos, que não possuem uma cultura de manutenção preventiva a longo prazo para os edifícios. Isto gera situações graves de degradação e descaracterização dos bens modernos, que demoram longos períodos para serem restaurados, sendo submetidos a alterações emergenciais e não planejadas entre essas intervenções.

Além disso, cabe destacar um quinto desafio para se conservar a arquitetura moderna, que consiste na *não aceitação da pátina* como um processo natural de envelhecimento desses edifícios. A dificuldade em acolher os resultados da passagem do tempo tem gerado ações de substituição dos revestimentos ou outros elementos, ao invés da sua manutenção e recuperação. Assim, o objetivo de se manter o valor de novidade, através da busca incessante por uma aparência sempre nova para os edifícios modernos, desconsiderando o enriquecimento trazido pela pátina, tem acarretado grandes perdas na sua autenticidade.

O sexto aspecto abordado por Moreira (2010) abarca a *dificuldade em se conservar os grandes conjuntos habitacionais e os espaços entre os edifícios*, emergentes no contexto do pós-guerra e tão marcantes na paisagem de cidades europeias e latino-americanas. Em inúmeros casos, esses conjuntos (construídos em quantidade e velocidade) não receberam incentivos de preservação das suas áreas públicas e não se adaptaram bem às transformações da sociedade (envelhecimento, enriquecimento e empobrecimento populacional). Portanto, foram abandonados ou necessitaram de

intervenções mais radicais para se adequarem às novas exigências do mercado, de segurança e infraestrutura.

Por fim, é importante citar os problemas ligados à *falta de reconhecimento e tombamento* dos edifícios modernos, que decorrem, principalmente, da dificuldade de valorização dessas obras por grande parte da sociedade. A visibilidade, vivência e apreensão de valor dessas edificações (que muitas vezes não se localizam nos centros urbanos) acaba sendo realizada por especialistas ou pequenas parcelas da população, aumentando as possibilidades de serem descaracterizados, pelo fato de não serem considerados bens significativos. Além disso, a ampla quantidade de edifícios, com diversas tipologias e escalas, assim como a proximidade temporal que a sociedade contemporânea ainda possui com eles, também são fatores que afastam a compreensão sobre a legitimidade do seu reconhecimento como bem e sua necessidade de preservação. (MOREIRA, 2010)

Diante de tantos desafios para se empreender as ações de preservação, é preciso compreender a relação entre as teorias da conservação e restauro e o seu reflexo nas **posturas de intervenção** sobre os monumentos modernos. Bierrenbach (2017b) ressalta que há *quatro maneiras*<sup>33</sup> básicas, comumente utilizadas pelos arquitetos, para intervirem sobre os edifícios modernos, considerando aspectos dos valores de uso, antiguidade e novidade, além da autenticidade, da utilização dos documentos originais como referência e do olhar sobre as cópias e substituição dos elementos

---

<sup>33</sup> **1) Restauro dos conceitos:** entende que a discussão sobre autenticidade é primordial para restaurar os conceitos peculiares ligados às características da arquitetura moderna, estando ela associada ao conceito e não à matéria, e sendo aceitos o desenvolvimento de cópias de peças, partes ou edifícios completos (a partir da consulta das fontes originais dos projetos para se compreender os pensamentos iniciais do projetista); **2) Restauro dos significados:** estabelecida pelo teórico Paolo Marconi, não se atribui a ideia de autenticidade à matéria das obras arquitetônicas, acreditando que as intervenções sobre os monumentos antigos e modernos devem basear-se nos mesmos princípios (as fontes primárias do projeto são instrumentos que podem auxiliar a recuperar suas características, entretanto, a depender das intervenções realizadas ao longo da história do monumento, é possível haver outras características expressivas, sendo fundamental acessar e manter os significados – muito mais do que a matéria, o conceito ou a imagem –, e admitindo-se as cópias; **3) Restauro das matérias:** apresentado por teóricos como Amadeo Bellini, Marco Dezzi Bardeschi e Paolo Torsello, a autenticidade resulta do acúmulo das características únicas e originais da matéria, ao longo de toda a história da edificação, devendo transmitir todos os seus atributos (as marcas temporais devem ser aparentes e as cópias não são admitidas, visto que falsificam a matéria); **4) Restauro das matérias e das imagens:** defendida por Giovanni Carbonara, a autenticidade é encarada no caráter singular da matéria original, abarcando também toda a imagem da obra com os sinais do tempo, apontando que não deve haver diferença entre as intervenções sobre os monumentos antigos e modernos, e sendo essencial reconhecer os seus valores culturais para se estabelecer os princípios primordiais da sua conservação material e imagem arquitetônica.

produzidos em série pela indústria. Logo, tais caminhos devem ser cuidadosamente percorridos quando trabalhamos com intervenções sobre bens modernos, cabendo uma reflexão ainda mais aprofundada quando consideramos o patrimônio cultural da saúde, que necessita de frequentes reformas para se manter em funcionamento.

### **2.3 Patrimônio Cultural da Saúde e a Arquitetura Moderna Antituberculose: atualização funcional e preservação dos valores culturais**

A partir de toda essa discussão, é preciso enfatizar a relevância do reconhecimento e da preservação da arquitetura moderna da saúde, principalmente quando se consideram os exemplares que ainda se mantêm em funcionamento dentro deste campo. Nesse caso, é possível afirmar que os desafios supracitados podem ganhar ainda mais força e as posturas de intervenção tornarem-se mais delicadas. Isto porque essas edificações têm como objetivo prestar assistência, prevenção, proteção e tratamento aos usuários; ou seja, a funcionalidade dos hospitais está diretamente ligada à manutenção da vida. Nesse sentido, edifícios hospitalares têm a obrigação de se adequarem às novas demandas contemporâneas das ciências da saúde e às normas que proporcionam a segurança do paciente e das equipes multidisciplinares, que necessitam de espaços apropriados para exercerem plenamente as atividades de cuidado com o ser humano e de gestão dessas instituições.

Então, as reformas (que são uma realidade constante em equipamentos de saúde), são ações ainda mais necessárias nos hospitais modernos, que precisam se transformar para se manterem em uso. As questões, diante disso, são: como lidar com as adaptações nos casos das edificações modernas que possuem valores culturais reconhecidos? Como identificar esses valores? Como equilibrar as modificações com as características que necessitam ser preservadas? Como fazer a comunidade perceber que essas estruturas são bens culturais que merecem reconhecimento para serem apreciados pelas gerações futuras?

A partir dos estudos sobre a história da arquitetura da saúde, é possível identificar que os séculos XIX e XX foram aqueles que marcaram o nascimento e desenvolvimento dos hospitais pautados na essência do que se considera, atualmente, uma instituição de saúde. A mudança de paradigmas nas ciências biomédicas desencadeou a criação de novos modelos hospitalares (gerais ou especializados), traçados com uma racionalidade estética e construtiva que contribuiria para a cura através de práticas

higiênicas e disciplinares. Assim, foram os hospitais modernos do século XX que consolidaram as preocupações funcionais, tecnológicas, orçamentárias, de gestão, assepsia, planejamento, fluxos e setorização tão relevantes para o desenvolvimento da arquitetura da saúde contemporânea.

A partir do entendimento acerca dos paradigmas da arquitetura moderna e da sua relação estreita com os princípios do minimalistas e do higienismo, é possível afirmar que os preceitos modernos reforçaram a criação de um novo tipo arquitetônico essencialmente higiênico. Naquele momento, a sociedade mudou e demandou formas construtivas diferenciadas, além de transformações de programas arquitetônicos e edificações imprescindíveis na sua rotina moderna (fossem as habitações, supermercados, lojas de departamento, edifícios de escritórios, estações de meio de transporte, presídios, escolas, espaços públicos, hospitais, sanatórios, dentre outros). Independente da sua tipologia (formal ou funcional), os edifícios modernos adotavam como pressuposto básico as ideias de funcionalidade, salubridade e assepsia, materializando-se arquitetonicamente de maneira a responderem às necessidades higiênicas e de saúde pública demandadas pela modernidade. Desse modo, são diversos os autores que apontam para o protagonismo da arquitetura da saúde (e mais especificamente da arquitetura antituberculose) como uma grande mola propulsora que gerou energia para a construção e consolidação dos aspectos técnicos, materiais, formais e espaciais do movimento moderno.

A ideologia do movimento, baseada no progresso social e no desenvolvimento de programas voltados para a coletividade, rompendo com estruturas antigas, ganhou força e amadureceu junto à revolução higiênica e bacteriológica. Assim, os hospitais, sanatórios e outras instituições de saúde podem ser caracterizados como tipologias que modificaram a maneira de se projetar os ambientes e de se fazer arquitetura. A vanguarda modernista foi bastante influenciada pelos novos modos como as ciências em saúde passaram a se relacionar com as doenças, os doentes e os espaços de tratamento. Ou seja, o patrimônio cultural da saúde, que reflete no seu uso, materialidade, volumetria e programa, as modificações históricas do trato das patologias, pode ser compreendido como um ambiente de memória do desenvolvimento das ciências biomédicas e das tecnologias construtivas.

Além da sua notabilidade por expressarem, em seus elementos espaciais e formais, dados significativos sobre a relação que a sociedade e os profissionais da saúde estabeleciam com o binômio saúde-doença no contexto histórico em que foram construídos, os edifícios de saúde também se destacam pela sua relação com a morfologia da própria cidade. Isto porque, geralmente, o seu caráter funcional e a sua monumentalidade conferem ao hospital uma essência tipológica complexa, que dinamiza o entorno onde ele foi implantado. Ainda que esteja localizado em lugares mais periféricos da cidade, a tendência é que, ao longo do tempo, esta região mude a sua configuração original, acompanhando a diversidade de atividades e demandas que a edificação carrega consigo. Assim, respondendo a contextos socio político-econômicos, religiosos e científicos, as construções hospitalares possuem valores culturais notáveis materializados no âmbito arquitetônico e urbanístico, que necessitam ser preservados.

Estes valores culturais podem ser encontrados a partir da compreensão de que debruçar-se sobre o campo do edifício hospitalar significa dedicar-se ao campo da saúde; o que engloba entender como a arquitetura da saúde e as tecnologias construtivas se relacionavam com os ideais biomédicos e científicos, as profilaxias das doenças e as políticas sanitárias, visto que os hospitais concretizam dados históricos marcantes que interferiram na sua concepção, morfologia, implantação e funcionamento. Dessa forma, eles refletem aspectos ideológicos, tecnológicos, políticos e sociais, não somente da época em que foram concebidos, mas também das transformações, perdas, acréscimos, restaurações e descaracterizações que vivenciam para se manterem em atividade até o momento presente.

Segundo Costa e Sanglard (2008), o **patrimônio cultural da saúde** pode ser caracterizado como uma construção histórico-social multifacetada que evidencia a identidade coletiva da comunidade, pautada em referenciais culturais significativos ligados ao campo da saúde. Nesse caso, o bem é um exemplar palpável que permite ao sujeito identificar-se com a sua história, que “[...] envolve o sofrimento individual e coletivo; as expectativas de cada indivíduo diante do tempo, da vida e do mundo. [...] envolve as lutas e conquistas coletivas na direção de melhores condições de existência” (COSTA e SANGLARD, 2008, p. 2). Sendo assim, os lugares de rememoração da saúde são os espaços onde a memória permanece enraizada e se

permite ser evocada pela coletividade, devendo permanecer viva tanto no contexto social generalizado, quanto no das instituições e profissionais de saúde.

Para haver a valorização e preservação dessas experiências históricas no campo da saúde através da memória, é preciso conhecê-las e expressá-las, identificar, inventariar e conservar os seus marcos, criar acervos documentais e promover ações de pesquisa, com a difusão de dados em diversos meios de comunicação que atinjam toda a coletividade (COSTA e SANGLARD, 2008). Ou seja, considerando que a significância e a atribuição de valor estão diretamente ligadas ao reconhecimento sobre a notoriedade cultural da obra hospitalar, a relação identitária da comunidade com esses bens passa pela necessidade de se adquirir informações históricas relevantes, sendo isto fundamental nos processos de proteção da memória da saúde.

Nesse sentido, são diversos os países que vêm empreendendo ações de preservação do patrimônio da saúde, organizando arquivos, museus, bibliotecas ou centros culturais com o objetivo de salvaguardar bens de valor simbólico para a sociedade. Além disso, inúmeras ações internacionais e nacionais (como congressos, seminários, workshops e publicações) vêm sendo realizadas a fim de refletir sobre a importância histórica e a preservação da memória dos edifícios de saúde.

De acordo com Costa e Sanglard (2008), o Chile foi a primeira nação a tomar um hospital a partir da mobilização populacional, que se impôs contrária à demolição do Hospital San Jose, permitindo a sua salvaguarda através de uma ação do Ministério da Educação, e desencadeando a criação da *Unidade de Patrimônio Cultural da Saúde* no Ministério da Saúde chileno. A França também se destaca no processo de proteção dos seus espaços de saúde, assim como a Inglaterra, Holanda e Índia, que também vêm lutando na defesa dos seus exemplares de cura.

O patrimônio da saúde também entra no rol destes *lugares* especiais como o *Hôtel-Dieu* de Beaune (Bourgogne), transformado em museu e recriando o cenário do final do século XV, quando foi construído; ou *Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux* de Paris, que guarda um grande acervo museográfico, formado a partir do patrimônio dos hospitais parisienses; ou os *Archives de l'Assistance Publique-Hôpitaux* de Paris. (COSTA e SANGLARD, 2008, p. 3-4)

Na capital equatoriana, Quito, enfatiza-se a relevância do projeto do *Hospital Eugenio Espejo*, idealizado pelos arquitetos Francisco Smith (projeto inicial), Guillermo Shaeter e Augusto Ridder (projeto definitivo e obra). Construído entre 1901 e 1930, este amplo

hospital pavilhonar com elementos neoclássicos foi elaborado para suprir a grande demanda do Hospital San Juan de Dios. Funcionou entre 1933 e 1980, quando uma estrutura totalmente nova da rede hospitalar foi construída no mesmo quarteirão, para onde os serviços do hospital foram transferidos em 1992. Com isso, a maioria dos pavilhões da antiga construção entrou em desuso, e um incêndio atingiu o bloco principal em 2004. A partir daí, o *Instituto Metropolitano do Patrimônio* iniciou um trabalho de restauração do complexo, que se tornou patrimônio cultural do Equador e hoje abriga o Centro de Convenções de Quito, o Museu Nacional de Medicina e a Biblioteca Nacional do Equador. (ECUADOR, 2013; BIBLIOTECA NACIONAL..., 2019)

Já na Espanha, há o exemplo do *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, projetado pelos arquitetos Lluís Domènech i Montaner e Pere Domènech i Roura, que foi construído entre 1902 e 1930, tornando-se um representante icônico do modernismo catalão. Hoje, o antigo conjunto sanitário europeu é considerado um dos maiores do século XX e tornou-se, desde 1997, patrimônio mundial pela UNESCO. Entretanto, sofreu modificações que afetaram sua estrutura e ornamentos, vivenciando um estado crítico de degradação em 2006. Entre 2009 e 2014, o arquiteto Frederico Crespo coordenou mais de trinta equipes de profissionais na realização de um projeto grandioso de restauração, que promoveu o reuso dos antigos pavilhões, buscando recuperar as volumetrias originais, eliminar acréscimos, consolidar a estrutura, bem como inserir novas instalações e infraestruturas em um anel perimetral e em espaços no subsolo, escondendo equipamentos que pudessem gerar impactos no patrimônio<sup>34</sup>. (SANT PAU, s/d)

Apesar dessas e de outras experiências de restauração bem-sucedidas, havendo adaptações para a atualização espacial ou o reuso dos edifícios hospitalares, nota-se que muitos desses exemplares vivenciaram descaracterizações e períodos de abandono ou degradação profunda ao longo da sua história. Isto geralmente ocorre após décadas de uso dos edifícios, a partir do momento em que as ciências biomédicas passam a demandar novos tipos de espaços, aparatos tecnológicos ou

---

<sup>34</sup> Atualmente o complexo é aberto para a visitação, sendo composto por um museu contendo exposições sobre o passado, presente e futuro do hospital, além de possuir auditório, salas de reunião e espaços para aluguel, sediando o seu Arquivo Histórico e outras organizações que promovem projetos sociais de alto impacto ligados à educação, saúde, cultura, inovação e sustentabilidade.

instalações. Quando não há um planejamento institucional para se investir nas modificações a médio e longo prazo, adequando a estrutura através de reformas bem elaboradas, que considerem os valores culturais da edificação e estejam alinhadas às normas vigentes e ao plano diretor hospitalar (que em muitos hospitais existe parcialmente ou nem existe), a tendência é que o edifício ou conjunto arquitetônico sofra intervenções emergenciais ou que entre em desuso.

Há também os casos em que, mesmo havendo um planejamento, a antiga estrutura hospitalar não consegue mais comportar, em seu espaço físico, as novas exigências normativas, funcionais, tecnológicas, de instalações e de segurança. Nessas circunstâncias, é fundamental haver uma análise minuciosa sobre o futuro do antigo hospital, a fim de manter a sua vitalidade, alinhando às possibilidades de investimento em novas estruturas com adaptações que não impactem negativamente nos valores do patrimônio ou no reuso das construções originais, que podem passar a abrigar serviços de saúde de menor complexidade, por exemplo. Sendo assim, uma solução alternativa é a criação de edifícios anexos com uma linguagem e infraestrutura contemporâneas, atendendo às demandas das áreas mais complexas do hospital.

Um outro aspecto importante é que, mesmo quando algumas instituições de saúde são constituídas por uma estética impactante, que tende a chamar a atenção da população (como nas situações supracitadas de Quito e Barcelona), é possível perceber que, com o passar do tempo, elas tendem a ser descaracterizadas. Isto é, inúmeros hospitais vivenciam determinado nível de abandono, recebem alguns acréscimos ou têm perdas em sua estrutura original, ainda que a comunidade os enxergue como objetos dotados de uma arquitetura destacada. O problema, portanto, está na falta de reconhecimento e de apropriação coletiva desses valores simbólicos, que caso existissem, culminariam em um sentimento de pertencimento e colaboração em relação à proteção desses edifícios como bens culturais comuns, que contam a história da saúde pública.

Não existe um reconhecimento dos seus valores, nem por parte da população, das instituições, e nem mesmo pelos profissionais que atuam no meio arquitetônico. Essa situação pode ser demonstrada pelas inúmeras intervenções realizadas nos edifícios de saúde existentes na cidade no decorrer do tempo, ou mesmo pelas suas desativações ou demolições precoces. (BIERRENBACH, 2017a, p. 92)



Se esses desafios ocorrem em monumentos que tendem a atrair os olhares da comunidade devido à sua estética arquitetônica associada a um passado mais distante (incluindo a sua pátina), quando se trata do **patrimônio cultural moderno da saúde**, as ações de valorização e preservação tornam-se ainda mais complicadas, devido à falta de identificação e reconhecimento dos seus valores. Uma vez que há poucos exemplos de arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos salvaguardados, quando consideramos a preservação do patrimônio moderno da saúde, o número de obras é altamente reduzido. Um dos possíveis motivos para isso é que o próprio uso desses edifícios (com caráter de frequentes adaptações para responderem às necessidades das ciências da saúde) acaba gerando muitas adversidades e conflitos para sua preservação.

Considerando as edificações de saúde, é fundamental salientar que nas últimas décadas, os movimentos de proteção do patrimônio moderno trouxeram à tona o caráter pioneiro e emblemático da *arquitetura antituberculose*, compreendida por diversos autores como aquela que abriu os caminhos para a consolidação do movimento moderno a nível mundial. Para Paul Overy (2007),

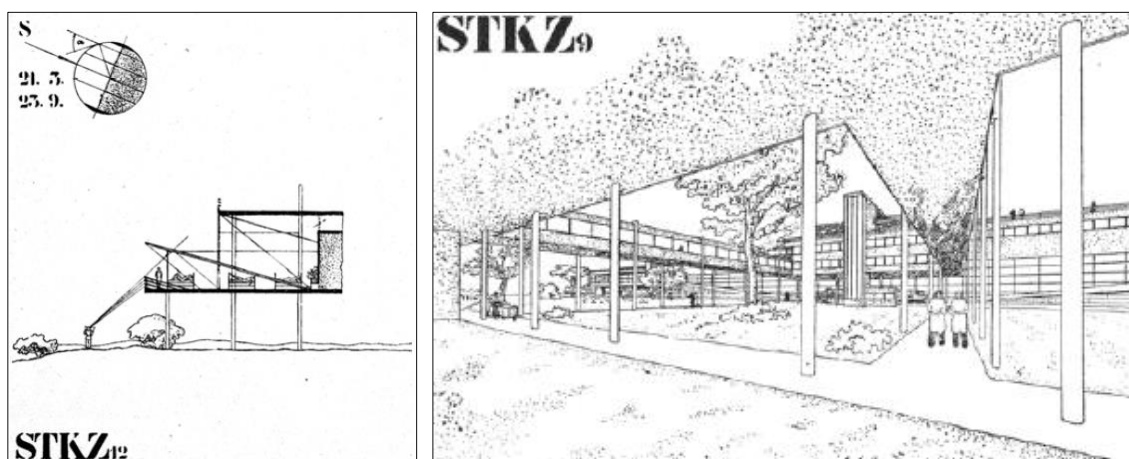
Os sanatórios exerceram uma poderosa influência na imaginação dos arquitetos e designers modernos como tipologias arquitetônicas e modelos institucionais. Entre os primeiros a serem projetados em um estilo “moderno” ou “modernista”, os sanatórios para tuberculosos e portadores de outras doenças crônicas foram algumas das edificações mais avançadas tecnologicamente das primeiras décadas do século XX. Combinando associações de saúde, higiene, limpeza (e facilidade de limpeza), modernidade e precisão de operação de maquinário, eles viriam a ter uma grande influência na arquitetura e no desenho de interiores modernos no entreguerras. Muitos dos materiais e muito do mobiliário utilizados em construções modernas foram desenvolvidos para sanatórios e hospitais, ou para o “modelo” de fábricas que com eles se assemelhava em limpeza e abertura para a luz e para os raios solares (tradução nossa). (OVERY, 2007, p. 29)

Segundo Colomina (2003, p. 123, tradução nossa), a relação entre a arquitetura e as ciências médicas é tão íntima, que “Os edifícios modernos chegaram a começar a assemelhar-se às imagens médicas”, e a tuberculose foi uma das grandes protagonistas nesse elo. Ela afirma que os raios X e a arquitetura moderna se desenvolveram na mesma época, e que a tecnologia com o objetivo de observar o interior no corpo humano foi incorporada pelos modernistas em seus projetos através das extensas peles de vidro que permitiam a visualização da estrutura e do interior dos edifícios.

Ainda de acordo com a autora, o próprio Mies van der Rohe descreveu o seu projeto do edifício *Arranha-céu de Vidro*, de 1922, como uma “arquitetura pele-ossos” (COLOMINA, 2003, p. 123, tradução nossa), como se fosse vista por um raio X. Já Le Corbusier, em sua publicação de 1935, intitulada *Ville Radieuse*, declarou que o solo natural era um propagador do reumatismo e da tuberculose e, dessa maneira, defendia o uso de pilotis para desconectar o edifício do solo úmido, assim como o uso de terraços jardins para a realização de exercícios e banhos de sol pelos usuários, ou mesmo as soluções que permitissem a circulação da ventilação natural para manter a limpeza do ar nos ambientes internos dos edifícios. (COLOMINA, 2003)

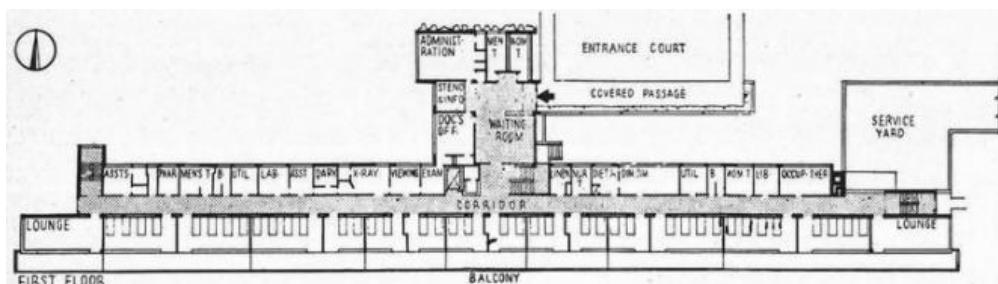
Nesse sentido, quando analisamos a linguagem arquitetônica adotada em todo o aparato antituberculose ao redor do mundo e comparamos com os princípios da arquitetura moderna, é possível identificar, claramente, diversas características similares nestas produções: 1) as novas tipologias estabelecidas a partir da relação entre a forma e a função nos complexos sanatoriais; 2) a presença da planta e fachada livres, janela em fita reforçando a horizontalidade, terraços jardins, varandas / galerias de cura escalonadas, elementos artísticos, edifício sobre pilotis, minimalismo, racionalidade e modulação; 3) a utilização de novas tecnologias construtivas, possibilitando novas formas, volumetrias e soluções minimalistas; 4) a relação com o entorno e a natureza; 5) a abolição dos ornamentos, com o uso de materiais e desenhos higiênicos nas vedações, detalhes, esquadrias e móveis.

**Figuras 73 e 74** – Estudo de seção tipo para o Sanatório de Zagreb, na Croácia: projeto de Ernest Weissmann, 1930: galerias de cura escalonadas, seguindo o esquema *porta-janela com varanda*, entrada de luz e ventilação cruzada nas enfermarias (à esquerda); perspectiva do pátio central marcado por pilotis, evidenciando a modulação estrutural, as janelas em fita e relação do Sanatório de Zagreb com a natureza (à direita).



Fonte: QUECEDO (2012, p. 148, 150).

**Figura 75** – Sanatório Lake Country, EUA, de William Gangster e William Pereira (1932-44): planta baixa em T, seguindo uma das tipologias predominantes nos sanatórios, na qual as enfermarias eram voltadas para a fachada sul, havia um corredor central e ambientes de apoio na fachada norte.



Fonte: DENZER (2013).

**Figuras 76 e 77** – O Sanatório Lake Country seguia os princípios para captação maximizada da luz solar, através dos marcantes terraços jardins e dos extensos panos de vidro que conformam a fachada livre, conectando seu interior às galerias de cura (à esquerda); horizontalidade destacada, a estrutura em concreto armado, livre de ornamentos, com guarda-corpos minimalistas (à direita).



Fontes: DENZER (2013); Arquivo do Country Discovery Museum (DRETSKE, 2010).

**Figuras 78 e 79** – Construção racional do Sanatório Lake Country, em 1939 (à esquerda); Quarto para pacientes do Sanatório Lake Country, nos anos 1940: janela extensa, permitindo a vista para a paisagem, e móveis de fácil higienização (à direita).



Fonte: Arquivo do Country Discovery Museum (DRETSKE, 2010).

Margaret Campbell (2005) afirma que os espaços criados para tratamento da peste branca, a partir do conhecimento compartilhado socialmente sobre a sua transmissibilidade através do ar e sobre a necessidade de luz, higiene, repouso e sol como principais terapêuticas, influenciaram o design e a arquitetura moderna nos mais diversos programas (especialmente os habitacionais). Desse modo, a autora enfatiza que as ideias higiênicas, o uso do concreto pintado de branco, das varandas, terraços, coberturas planas, do design funcional e de elementos padronizados produzidos em série, industrialmente, era comum para tratar os tuberculosos nos sanatórios, mas também inspirou outros inúmeros tipos de projetos modernos.

O Sanatório de Davos, por exemplo, possuía coberturas planas muito antes de Le Corbusier propor os terraços jardins como um dos cinco pontos da arquitetura. Já as esquadrias que abriam totalmente para o exterior, as sacadas e os sistemas de varandas escalonadas (como aqueles desenvolvidos por Richard Döcker, presentes no Sanatório de Waiblingen) passaram a fazer parte de inúmeros sanatórios, casas e edifícios de apartamentos. Além disso, as cadeiras longas ou reclináveis são grandes exemplos de objetos originalmente sanatoriais, que se tornaram representantes modernos de arquitetos como Le Corbusier, Alvar Aalto, Mies van der Rohe e Marcel Breuer, sendo utilizadas habitações de estética moderna. (CAMPBELL, 2005)

**Figuras 80 e 81** – Cadeira longa de Breuer na sala de estar do apartamento de Jack e Molly Pritchard, em Londres (à esquerda); cadeira longa de Le Corbusier, 1928 (à direita).



Fonte: CAMPBELL (2005, s/p).

Portanto, a arquitetura antituberculose difundida globalmente, que seguia preocupações terapêuticas e higiênicas de cuidado com a saúde, foi responsável pela criação de espaços com qualidades ambientais salubres, influenciando as produções

de grandes arquitetos modernos e representando a ascensão e a propagação da vanguarda modernista.

A arquitetura protomoderna refletiu rapidamente essa nova preocupação ambiental. Em 1908, o arquiteto austríaco Otto Wagner foi contratado para projetar uma clínica com grandes terraços de deck em Entwurf, e Rollier afirmou que o uso de Le Corbusier desse recurso de projeto foi o resultado de tê-lo observado na clínica Leysin de Rollier, na Suíça. (CAMPBELL, 2005, s/p, tradução nossa)

Nesse sentido, é possível afirmar que as características expressivas dos projetos sanatoriais são um registro claro dos valores culturais da modernidade; e, segundo Costa (2019, p. 195), “[...] apesar de não ser reconhecida moderna por parte dos estudiosos da arquitetura [...]”, a arquitetura sanatorial deve ser encarada como uma “[...] *atitude* moderna.” Portanto, a identificação e preservação dos elementos que evidenciam os **valores culturais vinculados à arquitetura antituberculose** é fundamental para mantermos viva a memória das produções modernas do século XX ligadas à história dos campos da saúde e da arquitetura; sendo possível elencar diversos aspectos valorativos que se destacam no quadro abaixo.

**Quadro 4** – Valores culturais da arquitetura antituberculose e sua relação com a modernidade do século XX nos campos da história saúde e da arquitetura.

| VALORES CULTURAIS DA ARQUITETURA ANTITUBERULOSE E A MODERNIDADE | HISTÓRIA DA SAÚDE  | HISTÓRIA DA ARQUITETURA  |
|---|--|--|
|   | Resposta social, médica e arquitetônica que os princípios modernos do século XX trouxeram para os desafios da história da tuberculose  | Modelo de panóptico onde a arquitetura tinha a função de modificar o comportamento e curar os internos (papel educativo e profilático), com colaboração entre médicos e arquitetos                               |
|   | Retratou um novo modo de vida pautado no isolamento do tuberculoso, submetido a diversos tratamentos terapêuticos, disciplina, higiene, boa alimentação, banhos de sol, apreciação da paisagem e confinamento na célula-quarto racionalizada | Marcou a exploração de novos territórios (como o litoral, a montanha e as periferias das cidades), criando modelos construtivos e de implantação monumentais, com notável inserção na paisagem                   |
|   | Aplicação prática dos princípios higiênicos, que extrapolou os muros dos sanatórios, chegando às habitações e criando uma nova cultura comportamental e espacial para a sociedade industrial do século XX                                    | Flexibilidade espacial e organização funcional inovadoras, que influenciaram outros programas arquitetônicos (como os hotéis, casas e edifícios de habitação social)   |
|   | Contribuiu para a criação de uma cultura mundial de hábitos saudáveis, pautados na relação direta entre saúde, ambiente construído e ambiente natural  | Consolidação de novas tipologias formais e soluções projetuais, difundindo as técnicas construtivas, materiais e equipamentos da era industrial  |
|   | Inovações terapêuticas da luta contra a tuberculose demandando a renovação contínua das soluções espaciais/técnicas  | Composição plástica excepcional das fachadas, criando relações visuais entre o interior e exterior, com soluções pautadas na racionalidade, economia, minimalismo, padronização, inovações técnicas/construtivas |

Fonte: Elaborado pela autora (2020), a partir de BINET (2005).

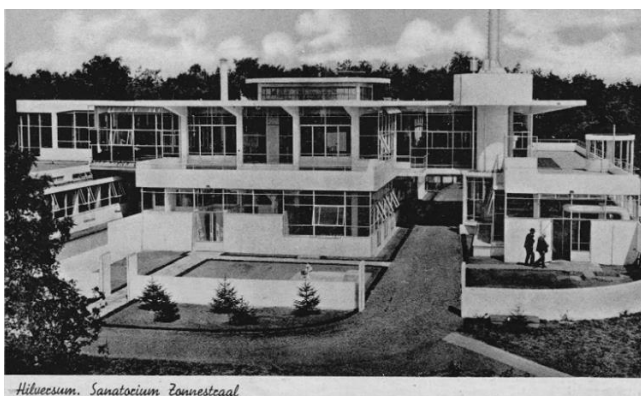
Com esses pontos esclarecidos, a identificação e o reconhecimento dos valores culturais presentes na arquitetura antituberculose e a sua relação direta com a

arquitetura moderna têm relevância em alguns casos emblemáticos, que marcaram os movimentos de valorização e as ações de preservação do patrimônio moderno. Dentro desse contexto, cabe destacar que a própria criação do Docomomo Internacional, no final da década de 1980, foi liderada por Hubert-Jan Henket e Wessel de Jonge, arquitetos holandeses responsáveis pela desafiadora restauração do **Sanatório Zonnestraal**, localizado em Hilversum, na Holanda. A primeira atitude do Docomomo Internacional, ao ser instituído nesse contexto de risco eminente de perda do Zonnestraal, foi estabelecer a proteção deste bem da arquitetura moderna da saúde, projetado por Jan Duiker e Bernard Bijvoet, entre 1925 e 1927, e construído entre 1928 e 1931, com o objetivo de funcionar como um centro de reabilitação para tuberculosos, durante cerca de trinta a cinquenta anos – período no qual se esperava descobrir a cura para a enfermidade.

O projeto do Zonnestraal (que significa “raio de sol”) retratava claramente os traços modernos da arquitetura terapêutica que buscava uma relação íntima com o sol, o ar e a luz para tratar a peste branca. Seguindo os princípios da economia de material, produção serial de determinados elementos, funcionalidade, higiene, clareza, leveza, insolejamento e ventilação abundantes, o sanatório se constituía de extensos painéis de vidro na maioria das suas fachadas, que permitiam a iluminação dos amplos espaços de convivência, de tratamento e de internação no seu interior, bem como a relação do paciente com a paisagem externa. Desse modo, sua arquitetura foi capaz de “[...] libertar o espaço interior das salas escuras, claustrofóbicas e repletas de germes das casas holandesas tradicionais, pintando os espaços internos de azul claro e creme”. (CAMPBELL, 2005, s/p, tradução nossa)



**Figuras 82 e 83** – Sanatório Zonnestraal, em 1931, constituído por três pavilhões: a) o principal, ao centro, por onde os pacientes eram recepcionados, conviviam, faziam suas refeições, recebiam diagnóstico e terapia, e participavam de atividades coletivas nos ateliês; b) e os dois laterais, onde se localizavam as internações, os banheiros coletivos e a sala de estar (à esquerda); pavilhão principal do Zonnestraal, em 1927 (à direita).



Fonte: WORLD MONUMENTS FUND, 2010; ZEIBA (2020).

**Figuras 84 e 85** – Sanatório Zonnestraal, 1928: vista para a fachada das internações e o terraço jardim (à esquerda); vista do interior para o exterior do complexo sanatorial (à direita).



Fonte: Arquivo Postales Inventadas / Making up postcards (1928); Arquivo CLUBS... (2014); WORLD MONUMENTS FUND (2010, p. 8).

**Figuras 86 e 87** – Sala de conversação: minimalismo no mobiliário e no design das luminárias (à esquerda); sala de estudo e aprendizagem: grandes esquadrias permitindo a boa iluminação e ventilação (à direita).



Fonte: Arquivo CLUBS... (2014).

É notório que os avanços tecnológicos e tratamentos quimioterápicos da TB, a partir do final da década de 1950, tiveram impactos profundos sobre os edifícios antituberculose, visto que a comunidade médica concluiu que não era mais necessário isolar os pacientes nesses grandes complexos. Esta realidade não foi diferente com o Sanatório Zonnestraal, que a partir da obsolescência do uso sanatorial, devido à implantação dos tratamentos de curta duração da doença, foi adaptado em 1957, transformando-se em um hospital geral. Nesse contexto, tornou-se alvo de diversas intervenções que desconsideravam os seus valores culturais, atingindo um estado de abandono e arruinamento desastroso.

A morte de Duiker em 1935 e o progresso na erradicação da tuberculose após a Segunda Guerra Mundial, [...] viram o sanatório desaparecer do conhecimento público e acadêmico, caindo em desuso e degradação, com algumas de suas partes quase literalmente desaparecendo na paisagem circundante. Por cerca de duas décadas, Zonnestraal foi esquecido. Na década de 1960, no entanto, o sanatório foi redescoberto e considerado por historiadores da arquitetura como um importante monumento da arquitetura moderna. Em 1982, diante do declínio físico iminente e a obsolescência programática de um conjunto crescente da arquitetura moderna na Holanda, o governo holandês convocou arquitetos de destaque, chefiados por Hubert-Jan Henket e Wessel de Jonge, para resolver este problema. Zonnestraal foi o exemplo icônico monumental usado como o modelo para o estudo sobre como salvar edifícios modernos. Concluído em 1987, o estudo não conduziu apenas para um programa de conservação para Zonnestraal, mas para a eventual criação (em 1988) de um movimento internacional para salvaguardar grandes obras da arquitetura moderna: o DOCOMOMO. (WORLD MONUMENTS FUND, 2010, p. 10)

Cabe problematizar que a perda do seu uso original não implicaria, necessariamente, na descaracterização do Zonnestraal, tendo em vista que é possível realizar adaptações funcionais pautadas em ações respeitadas ao patrimônio. A grande adversidade deste e de inúmeros outros monumentos modernos foi a realização de reformas que desconsideravam as suas características emblemáticas para adaptá-los às novas funções. A validade desta reflexão pode ser observada quando se considera que o antigo sanatório foi incluído na Lista Indicativa do Patrimônio Mundial em 1995, e reconhecido como um ícone do *Nieuwe Bouwen School*<sup>35</sup>, passando por um processo de restauração cuidadoso, nos anos 2000, que durou aproximadamente quatro décadas entre o diagnóstico, o projeto e a execução da obra.

Segundo Silvino Marinho (2019), a restauração do Zonnestraal, dirigida por Henket e Jonge, buscou resgatar a originalidade do complexo sanatorial (definida pela

<sup>35</sup> Vertente holandesa do Movimento Moderno Internacional.



aparência do edifício em 1931, quando inaugurado), pautando-se em três grandes pilares. O primeiro pilar é que as modificações e as marcas do tempo atrapalhavam a percepção da ideia original do projeto, que era muito mais relevante. O segundo é que tais modificações não possuíam importância arquitetônica e, por fim, o terceiro pilar é que a confiabilidade de uma restauração qualificada era assegurada pela amplitude documental (fotografias, relatos orais, dados gráficos e escritos) disponível para empreender as ações pertinentes ao resgate da memória do conjunto, que deixaria de ser uma ruína. Os restauradores consideraram o contexto histórico do início do século XX, com o surgimento do movimento moderno em conflito com o movimento patrimonial, e se basearam em quatro aspectos do conceito de autenticidade para planejar a intervenção no antigo sanatório: 1) a ideia; 2) a forma, espacialidade e aparência; 3) aspectos construtivos e detalhamentos; 4) a materialidade. Assim,

As estratégias adotadas para a restauração do Zonnestraal estão relacionadas com a percepção atual do edifício, isto é, seu valor social, com a criação de laços entre o patrimônio e o presente. Há um entendimento atual de que esse edifício representa a origem da arquitetura moderna na Holanda e que os elementos da transformação em hospital foram tratados como adição e, por isso, retirados. A estratégia adotada tenta conciliar a preservação de diferentes aspectos da autenticidade e não apenas a autenticidade material. (MARINHO, 2019, p. 9)

Ainda a respeito deste processo de restauração, Jacques-Louis Binet (2005, p. 144, tradução nossa) observa que foram adotadas estratégias arqueológicas e científicas que evidenciaram “[...] Os elementos característicos de origem deste programa higienista, a saber especialmente a transparência total com o exterior, o heliotropismo do edifício, a economia de materiais e a performance de estruturas mínimas, [...]”. Foi possível, desse modo, desenvolver uma profunda análise crítica, que revelou as potencialidades do projeto original do Zonnestraal, resgatando elementos importantes e estabelecendo uma relação com novas possibilidades de uso mais contemporâneas<sup>36</sup>.

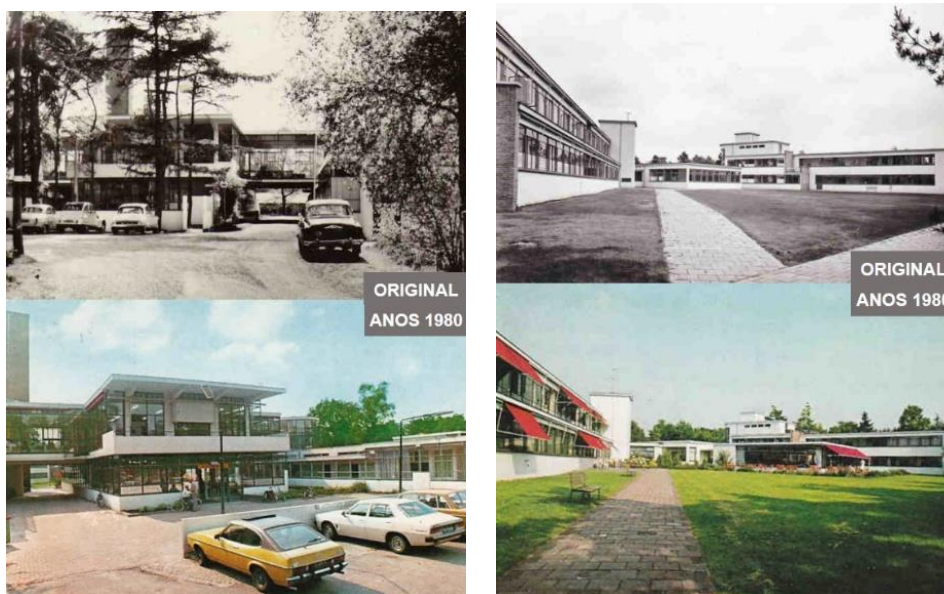
---

<sup>36</sup> Citemos, a título de exemplo, os tipos de vidraças adequadas ao objetivo original de transparência que foram procuradas por toda a Europa, o linóleo que foi fabricado sob medida na Alemanha, e a reconstrução de elementos específicos tais quais os radiadores formando guarda corpos, realizados de maneira idêntica. A fim de melhorar o conforto térmico, um aquecimento pelo sol reversível no verão foi implementado. É, na verdade, a interpretação das intenções arquiteturais de origem que alimentaram este projeto de reconversão, que valoriza os elementos característicos sempre conciliando a obra de restauração com o uso futuro e as normas atuais, especialmente de acessibilidade aos deficientes. O perfeito domínio das técnicas tradicionais e novas (em particular na reparação do

O êxito desta intervenção<sup>37</sup> foi tão primoroso que garantiu a revalorização deste patrimônio cultural moderno da arquitetura antituberculose, implementando no complexo, à época da sua inauguração em 2009, um uso ainda ligado ao campo da saúde e compatível com as exigências normativas, técnicas e funcionais contemporâneas. Entretanto, este uso já foi adaptado novamente, e hoje o Zonnestraal abriga um parque empresarial, com salas para escritórios, reuniões e conferências, áreas de esporte, agricultura comunitária, acampamento e lazer, contando com um arquivo histórico e visitas guiadas.

A sobrevivência física do Zonnestraal foi assegurada quando ele recebeu proteção em 1995. Nos últimos 15 anos, a pesquisa exaustiva e a conservação e reconstrução cuidadosas, dirigidas por Henket e Wessel de Jonge levaram o sanatório restaurado a resgatar o seu esplendor original, adaptando-se a um uso contemporâneo. Zonnestraal atua hoje como um centro de saúde multiuso, acomodando inúmeros serviços de saúde, uma clínica de obesidade, uma clínica para reabilitação de lesões esportivas, e um centro de conferências. O esforço pautado nos princípios de conservação para salvar o sanatório é, ao mesmo tempo, imediato e a longo prazo, específico da localidade e global. Quase oitenta anos após a data original da sua conclusão, o compromisso dos arquitetos em restaurar a complexa arquitetura e reviver seu propósito promove o legado de Zonnestraal como um ícone do movimento moderno. (WORLD MONUMENTS FUND, 2010, p. 10)

**Figuras 88 e 89** – Modificações nas fachadas do pavilhão principal (à esquerda); comparação entre o edifício sanatorial original e os toldos acrescentados às fachadas nos anos 1980, quando ainda funcionava como hospital geral (à direita).

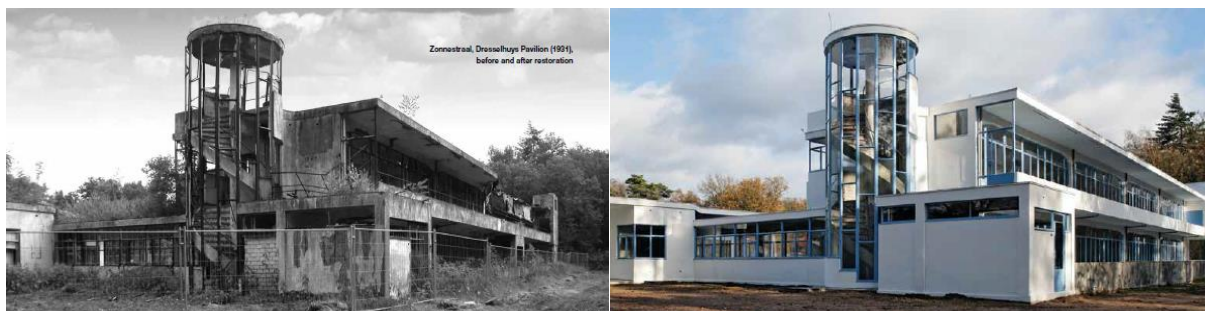


Fonte: Elaboradas pela autora a partir de CLUBS... (2014).

concreto e da estrutura minimalista do elevador) assegura a coerência da intervenção. (BINET, 2005, p. 144 e 146, tradução nossa)

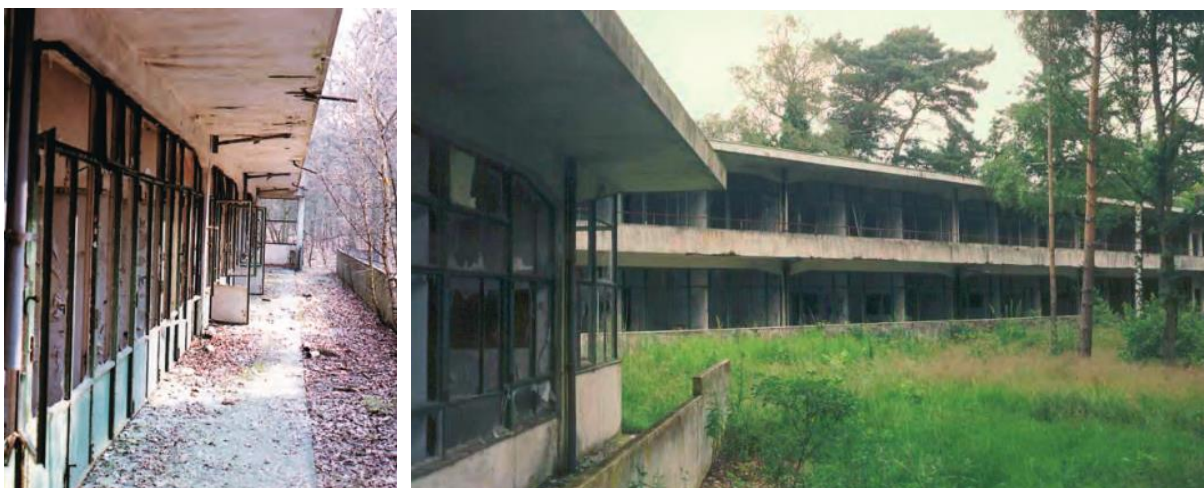
<sup>37</sup> A restauração foi premiada pelo *World Monuments Fund* com o *Knoll Modernism Prize*, em 2010.

**Figura 90** – Comparação entre o estado de arruinamento parcial do pavilhão principal nos anos 1990 e a sua recuperação total com a finalização da restauração, em 2009.



Fonte: WORLD MONUMENTS FUND (2010, p. 9).

**Figuras 91 e 92** – Degradação grave de uma das antigas alas de internação do Zonnestraal nos anos 1990 (à esquerda); esvaziamento total do complexo sanatorial, degradando sua estrutura na década de 1990 (à direita).



Fontes: SILVA (2011, p. 23 e 24).

**Figura 93** – Resultado da restauração no pavilhão principal do Sanatório Zonnestraal, após quatro décadas de pesquisa e planejamento da intervenção.



Fonte: WORLD MONUMENTS FUND (2010, p. 1).

Diante da representatividade deste exemplar, também é fundamental ressaltar o paradigmático caso do **Sanatório Paimio**, localizado na cidade de Paimio, a sudoeste



da Finlândia. Foi projetado pelo arquiteto Alvar Aalto, entre 1928 e 1929, sendo construído entre 1930 e 1933, quando foi inaugurado. Aalto visitou o Zonnestraal em 1928 e, apesar da escala dos dois edifícios ser diferente, nota-se a presença de soluções projetuais típicas da arquitetura moderna antituberculose, empenhada em fornecer ampla luz solar, ventilação natural e higiene dos ambientes, como meio de recuperação da saúde dos enfermos. Desde a época da sua construção, a notoriedade do sanatório foi evidenciada através de artigos e publicações nas revistas de arquitetura nórdicas, expandindo este prestígio, internacionalmente, a partir da sua inauguração (NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES, 2005). Os traços modernos são evidentes na monumental volumetria verticalizada do Paimio, implantada em meio a uma extensa área arborizada.

**Figuras 94 e 95** – A construção de Paimio publicada na revista semanal Suomen Kuvalehti, nº45, de 1931 (à esquerda); soluções das casas dos médicos, em Paimio, apresentadas no nº 6 da revista Arkkitehti, de 1934 (à direita).



Fonte: ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 108 e 110).

**Figuras 96 e 97** – Implantação do Sanatório Paimio na paisagem natural, nos anos 1970 (à esquerda); vista da fachada sul de Paimio, onde se localizavam as internações e galerias de cura, nos anos 1930 (à direita).



Fonte: ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 16 e 19).

Sem dúvidas, Paimio influenciou inúmeros projetos da arquitetura sanatorial e a consolidação do movimento moderno por todo o mundo, a partir das suas soluções inovadoras, destacando-se a sua tipologia formal e funcional, e os traços higiênicos expressados nos seus detalhes. O edifício reflete a modernidade através de aspectos como a racionalidade, funcionalidade, materialidade e suas soluções estruturais de vanguarda, que possibilitam a existência de fachadas livres avarandadas, janelas em fita e um ritmo harmônico em cada uma das suas faces. Desse modo, as fachadas em concreto pintado de branco são capazes de sugerir o tipo de programa presente em cada parte do sanatório, deixando claro para o observador a localização das circulações, da internação conectada às galerias de cura e das áreas de apoio/serviço.

**Figuras 98 e 99** – Inserção de esquadrias e toldos nas varandas da fachada sul, em 2015, sendo cortadas as árvores à sua frente e plantado um jardim baixo (à esquerda); seção do edifício mostrando sua estrutura nas galerias de cura, se refletindo na fachada esbelta do sanatório (à direita).



Fonte: ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 197); Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 111, 196).

**Figuras 100 e 101** – Fachada leste, nos anos 1950, com esquadrias que refletem o programa arquitetônico da circulação vertical e dos ambientes de serviços (à esquerda); fachada leste bem preservada, em 2015 (à direita).



Fonte: ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 198).



**Figuras 102 e 103** – Vista da fachada sul no projeto original do Paimio (à esquerda); vista da fachada sul após intervenções, com toldos abertos nas varandas (à direita).



Fonte: ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 194 e 222).

**Figura 104** – Terraço jardim utilizado para a helioterapia dos pacientes.



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 259 e 260).

De acordo com o dossiê de indicação do Sanatório de Paimio à Lista do Patrimônio Mundial (NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES, 2005), o complexo funcionou como sanatório até 1971, sendo que na década de 1960 expandiu o atendimento para tratar outras doenças pulmonares. Nesse período, passou por adaptações e ampliações para acolher espaços necessários às novas demandas de uso e, em 1971, foi convertido para hospital geral, incluindo o tratamento de doenças reumáticas.

A aparência original dos quartos dos pacientes mudou, embora sua divisão e forma tenham permanecido as mesmas. As portas foram alargadas devido às necessidades de transporte dos pacientes. Os corredores foram preservados, embora dutos de ventilação tenham sido adicionados em forros suspensos. Um quarto de paciente, no entanto, foi preservado como uma sala de museu, contendo todos os móveis e acessórios originais. Os apartamentos acima da cozinha foram transformados em escritórios e a cozinha foi atualizada. O uso de alguns dos espaços comuns centrais também mudou durante os anos 1970 e 1980: por exemplo, o refeitório tornou-se a cantina dos funcionários. A biblioteca na Ala B tornou-se uma cafeteria para pacientes e a sala comum tornou-se uma sala de aula/leitura. A forma dos espaços, no entanto, manteve-se a mesma. Durante sua vida, Aalto participou de perto do planejamento das alterações, e após sua morte seu escritório continuou com o trabalho. (NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES, 2005, p. 29, tradução nossa)

Apesar desta mudança funcional, o fato do escritório de Aalto ter sido responsável pelos projetos de reforma até 1990 pode ter contribuído para a preservação dos principais atributos do edifício, que foi salvaguardado em 1993, e incluído na lista indicativa do patrimônio mundial em 2004. Dessa forma, desde a década de 1990, o *National Board of Antiquities* vem conduzindo todas as intervenções realizadas no conjunto arquitetônico de Paimio, a partir da sua compreensão enquanto um monumento cultural icônico dentro do campo da história da arquitetura e das tecnologias construtivas. (NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES, 2005)

**Figura 105** – Quarto de internação preservado no museu do Paimio, com seus móveis originais e os detalhes da pia antirrespingo projetada para o sanatório, denotando os seus princípios higiênicos.



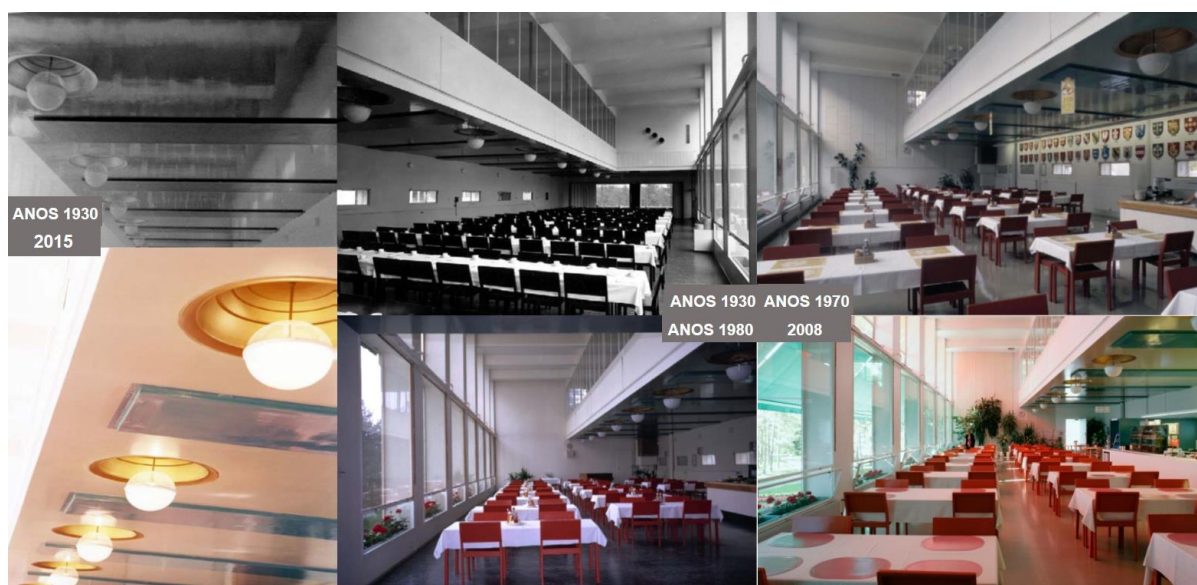
Fonte: Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 72, 228 e 229) e NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES (2005, p. 33 e 34).

**Figura 106** – Comparação entre o hall de entrada principal de Paimio e seus elevadores nos anos 1930 e 2015.



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 232 e 235) e NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES (2005, p. 66).

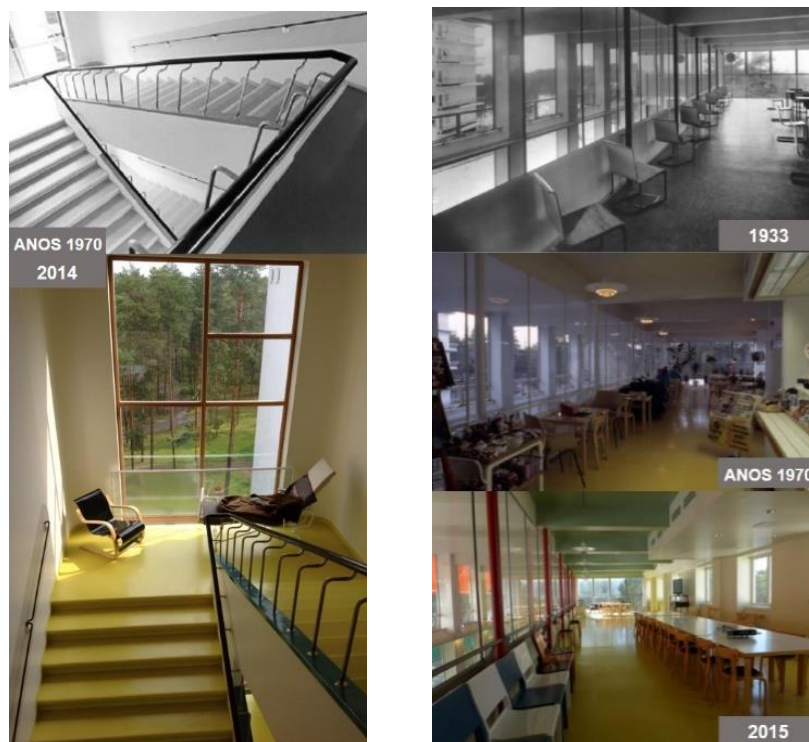
**Figura 107** – Refeitório: mantendo as cadeiras originais, assim como os painéis do sistema de aquecimento embutidos no forro (que hoje já não funcionam mais, mas permanecem no local como objetos de memória da arquitetura sanatorial).



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 83, 169, 246 e 247) e HEIKINHEIMO (2014).

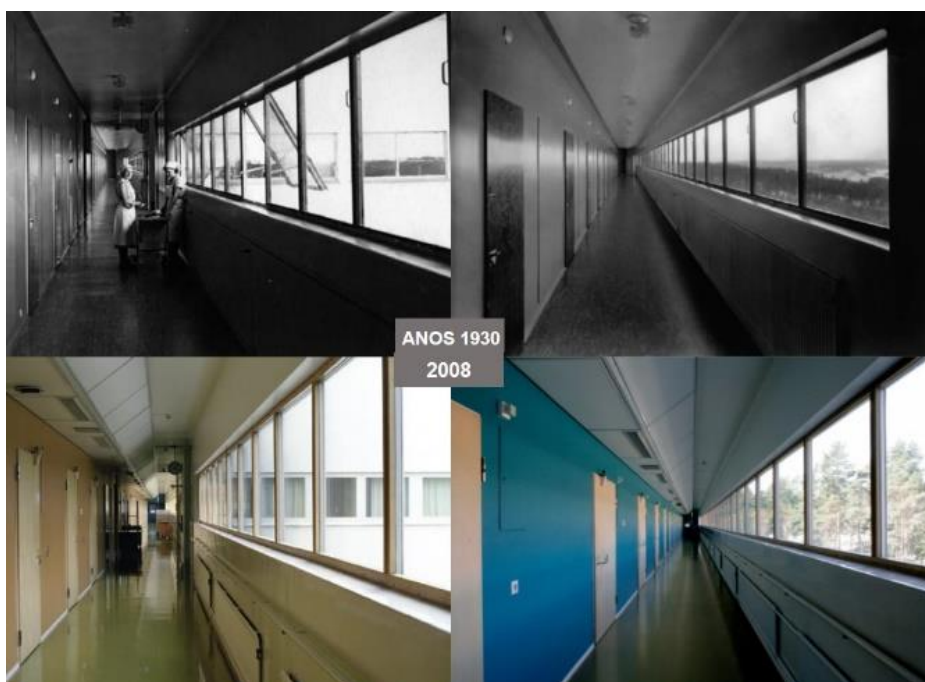


**Figuras 108 e 109** – Escada principal, com ampla iluminação e vista para o exterior, sendo composta por guarda-corpo e corrimão projetados em material higiênico e design aerodinâmico (à esquerda); biblioteca e ambiente de leitura (à direita).



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 234); elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 250 e 251).

**Figura 110** – Circulação entre os quartos de internação dos pacientes: sua relação com a paisagem exterior através das janelas em fita, e as adaptações no forro e no peitoril para a inserção de corrimãos e instalações de ventilação e aquecimento.



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de ALVAR AALTO FOUNDATION (2016, p. 242 e 243), NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES (2005, p. 69) e Paimio Sanatorium.

Vale ressaltar que as ações de preservação da memória do Paimio são contínuas, sendo constantemente renovadas as pesquisas, estudos e orientações em relação à sua conservação. Em 2016, por exemplo, foi publicado um plano de gestão de conservação do Paimio pela *Alvar Aalto Foundation*, com o apoio da *The Getty Foundation*, através do programa *Keeping it Modern*, com o objetivo de instruir ações ligadas ao seu uso futuro, cuidado e manutenção. Para tanto, foram levantados dados históricos sobre o complexo sanatorial, sendo desenvolvidas análises a partir de evidências da sua estrutura física e documental, com a reunião de conhecimentos acerca do desempenho das edificações ao longo do tempo, a fim de criar estratégias a longo prazo que reforçassem o propósito da sua conservação como um testemunho da história da saúde e da arquitetura do século XX. Nesse sentido, foi estabelecida uma política de conservação que enfatiza os valores culturais de Paimio, elencando princípios e estratégias que consideram as potencialidades e os limites dos edifícios para, então, direcionar a sua restauração e reuso futuros.

No século XXI, muitos dos grandes sanatórios foram novamente (ou estão prestes a ser) convertidos e agora são usados para tratamentos que podem não ser tão dependentes de tecnologias contemporâneas ou estreita conexão com cidades densamente povoadas. Esses usos incluem, por exemplo, o cuidado de idosos, alcoólatras, crianças, deficientes mentais ou com distúrbios mentais. Essas mudanças e reutilizações são atualmente em rápido desenvolvimento. [...] A área permaneceu em um uso que corresponde ao uso original, mas não está em seu uso original. Foram feitas alterações nas edificações da área do sanatório de acordo com os requisitos. As alterações são indícios de etapas históricas do hospital, mas de sua arquitetura a qualidade varia. Algumas das alterações bloquearam vistas e detalhes cobertos no interior original. A abordagem de estruturas construídas desde 1950, em trabalhos de reparo futuros, exigirá uma avaliação caso a caso: deve-se considerar a relação do peso histórico da evidência com a arquitetura integridade. (ALVAR AALTO FOUNDATION, 2016, p. 133 e 218).

Os sanatórios Zonnestraal e Paimio são grandes exemplos dos desafios enfrentados para se preservar o patrimônio moderno da saúde, havendo, nesses casos, desfechos positivos diante da obsolescência do seu uso original vinculado à arquitetura de combate à peste branca. Além desses dois bens internacionalmente destacados, há outros representantes da arquitetura antituberculose que também passaram por processos de degradação, descaracterização, esquecimento, abandono ou adaptações mal elaboradas, e que têm sido revalorizados, protegidos, restaurados ou reutilizados nas últimas décadas.

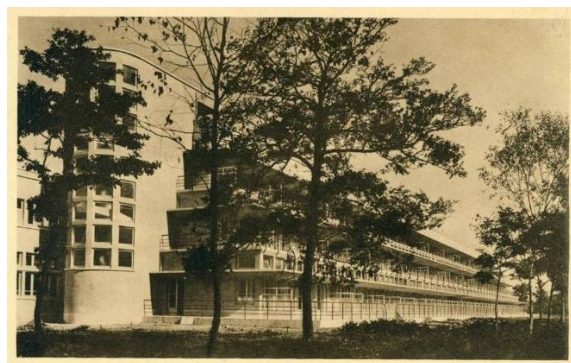
De acordo com Costa (2009), o Docomomo França, junto ao *Centro de Altos Estudos de Chaillot* e a *Direção de Arquitetura e do Patrimônio no Ministério da Cultura e da*

*Comunicação*, deram grande destaque para a valorização do patrimônio moderno da saúde, em 2004. Este feito foi realizado a partir da primeira jornada sobre história e reabilitação dos sanatórios construídos entre a primeira e segunda guerras mundiais para tratar a tuberculose, sendo enfatizada a ideia do grande desafio enfrentado pelos profissionais do patrimônio e instituições governamentais para recuperarem tais edificações consideradas obsoletas.

Sob a égide dos médicos, aparece um novo tipo de instituição fundada sob os conceitos do isolamento, da cura pelo ar e pela luz, do repouso e da contemplação da natureza, que se transforma em modelo hospitalar. Refutando todo o academicismo, os projetos oscilam entre um funcionalismo maquiado de regionalismo e de uma pesquisa por formas inovadoras que respondem perfeitamente às preocupações dos arquitetos do movimento moderno. Marcados pelos novos conceitos da mecanização, da helioterapia e da flexibilidade, esses edifícios estão na origem de um novo modo de habitar higienista, regido por uma rigorosa disciplina médica onde as influências sobre as tipologias dos hospitais dos hotéis e da moradia anunciam os novos valores ambientais da sociedade contemporânea. (Atas do Colóquio *Histoire et Rehabilitation des Sanatoriums em Europe* :2 apud COSTA, 2009, p. 2-3)

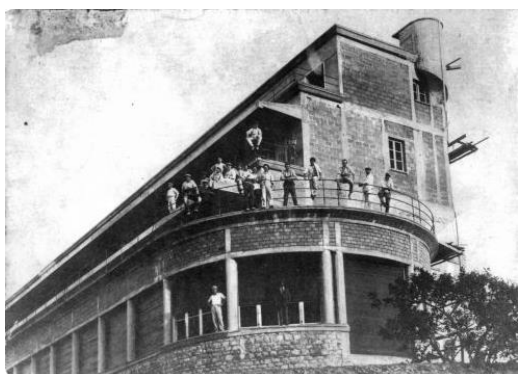
A partir de então, foram desencadeados processos de documentação e catalogação das obras modernas de saúde em todo o mundo, já que a criação de inventários seria um primeiro passo para valorizar os exemplares de destaque (sendo muitos deles ligados à arquitetura moderna antituberculose). Na Índia, surgiram iniciativas de preservação do último sanatório rotativo existente no mundo; na Inglaterra, obras de restauro foram realizadas para adaptar ao uso residencial o sanatório de Sully Glamorgan a fim de salvaguardá-lo; na França, já há um extenso inventário da arquitetura de saúde, mas ressalta-se a preocupação em relação ao destino de uso dos sanatórios e dificuldades quanto ao reconhecimento do seu valor patrimonial.

**Figuras 111 e 112** – Sanatório Martel de Janville, no Plateau, França, projetado pelos arquitetos Pol Abraham e Jacques Henri Le Môme, e construído em 1936: após sofrer anos de degradação, foi convertido, em 2015, em um edifício de habitação coletiva, com uma restauração que buscou resgatar o seu estado original, recompondo espaços, tratando as fachadas e conservando alguns revestimentos (à esquerda); fachada escalonada das galerias de cura de um dos três pavilhões do Sanatório Aincourt la Bucaille, na França: inaugurado em 1933 e fechado em 1940, abrigou uma academia de polícia entre 1942-1943 e foi reaberto em 1945, transformando-se em um centro de reeducação, que não mais funciona (à direita).



Fontes: LAFFANOUR GALERIE DOWNTOWN PARIS (ca. 1936); GENEANET (193-).

**Figuras 113 e 114** – Construção, em 1933 com inauguração em 1934, do Sanatório de Bodiffé-en-Plémet, em Bretagne, na França: concebido pelos arquitetos P. Tournon e L. Feine, seguindo a tipologia dos terraços escalonados, foi transformado, em 1998, em um centro médico de readaptação funcional, recebendo um novo volume de serviços e distribuição na fachada norte, e restaurando o sistema original da fachada sul, com seus desníveis (à esquerda); Sanatório Sully, em Glamorgan na Inglaterra (1936): restaurado para transformar-se em um complexo de uso residencial (à direita).



Fontes: AMIS DE BODIFFÉ; UNIVERSITY OF HUDDERSFIELD.

No caso da preservação do **patrimônio moderno da saúde e da arquitetura antituberculose no Brasil**, é preciso compreender, primeiramente, que a formação e estruturação do campo sanitário brasileiro (com o surgimento das preocupações em saúde pública), está diretamente ligada à própria modernização do país. Segundo Costeira (2014), a história da saúde pública no Brasil se iniciou no final do século XIX e princípio do século XX, sendo que, antes disso, as Santas Casas de Misericórdia eram as instituições prestadoras de assistência à saúde da população durante o processo de constituição da nação. O campo especializado da arquitetura da saúde

brasileira, como aponta Amora (2019), começou a ser construído durante o período republicano, a partir da criação de infraestruturas públicas de saúde e da emergência de políticas públicas que ampliaram a capacidade do Estado de atuar em todo o país.

No Brasil, o hospital moderno nasceu na passagem do modelo religioso para o modelo pavilhonar, em meados do século XIX, e procurava acompanhar a trajetória dessas construções na Europa, regidas primeiramente sob o princípio da construção em claustro, mas que sofreram profundas transformações depois do higienismo e ainda mais com os trabalhos de Louis Pasteur e a bacteriologia. Durante as primeiras décadas do século XX, os projetos hospitalares estiveram sob a influência dessas ciências, porém atentos ao modelo que se consolidava nos EUA – a construção em bloco único, que é a tônica do modelo hospitalar até hoje. (COSTA, 2011, p.55)

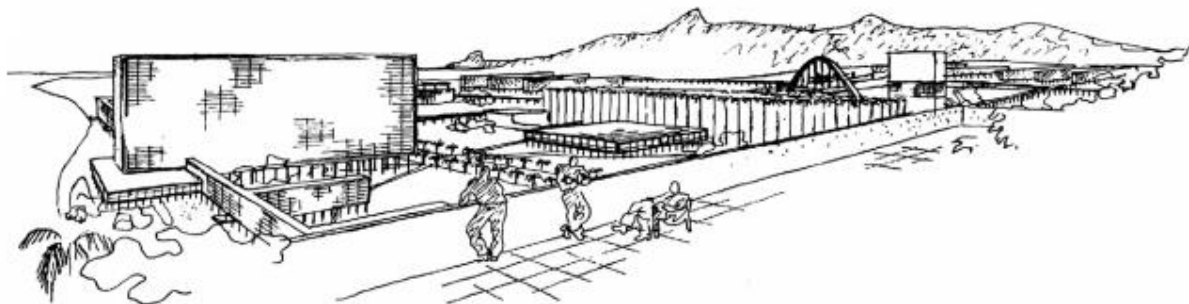
A implantação dos hospitais modernos brasileiros, portanto, foi iniciada a partir dos planos de ações governamentais voltados para a assistência à saúde pública, que apesar dos esforços institucionais, ainda era bastante precarizada naquele momento. No ano de 1930, com a instalação do Governo Provisório e início da Era Vargas (de caráter altamente centralizador) foi instituído o Ministério da Educação e Saúde (MES), que protagonizou a gestão de uma profunda transformação responsável pelo fortalecimento e ampliação dos serviços em saúde pública, chefiada pelo ministro Gustavo Capanema entre 1934 e 1945. Em sua atuação, ele buscou a “[...] retomada das campanhas sanitárias, o início dos estudos visando a criação da Universidade do Brasil e a construção da sede do ministério no Rio de Janeiro, a *catedral* da arquitetura moderna brasileira.” (BENCHIMOL, 1990, p. 68)

Assim, nesse momento foram iniciadas intensas ações visando a organização sanitária no Brasil e, após 1945, os Institutos de Aposentadoria e Pensões, criados na década de 1930 pelo governo Vargas, expandiram suas áreas de atuação, incluindo serviços nas áreas de alimentação, habitação e saúde (COSTEIRA, 2014). É fundamental compreender, portanto, que o movimento varguista de fortalecer o setor público brasileiro resultou em inúmeras construções de edifícios educacionais, hospitais, sanatórios, centros e postos de saúde. Essa grande busca para solidificar e conectar os campos da educação e saúde no Brasil suscitou a necessidade de serem instalados edifícios de saúde dentro dos campi universitários, a partir de um viés moderno. Nesse contexto, em 1936, Le Corbusier e Lucio Costa apresentaram propostas projetuais para o hospital universitário do Rio de Janeiro, que não foram aprovadas pela comissão responsável, composta por docentes que ainda defendiam uma arquitetura totalmente tradicional. Foi apenas em 1957, inspirado nos projetos de



Le Corbusier e Lucio Costa, que Jorge Machado Moreira assumiu os traços modernos dos mestres na sua proposta para o hospital, constituída por barras sem ornamento, em altura, formando um duplo T, apoiadas sobre pilotis e conectadas a bases horizontais que seguiam o eixo longitudinal do edifício. (SEGRE e BARKI, 2011)

**Figura 115** – Proposta de Le Corbusier para o campus da Universidade do Brasil na quinta da Boa Vista: em primeiro plano o Hospital Universitário (1936).



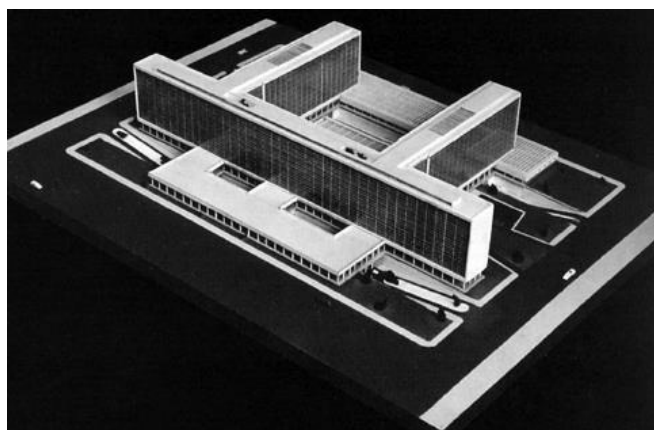
Fonte: SEGRE e BARKI (2011, p. 6).

**Figura 116** – Proposta de Lucio Costa para o campus da Universidade do Brasil na quinta da Boa Vista, com a lâmina prevista para o Hospital Universitário (1936).



Fonte: SEGRE e BARKI (2011, p. 6).

**Figura 117** – Maquete da proposta de Jorge Machado Moreira do projeto original do Hospital das Clínicas da Universidade do Brasil (1957).



Fonte: SEGRE e BARKI (2011, p. 8).

Apesar de haver certa resistência por parte dos mais conservadores, observa-se que no primeiro momento da produção arquitetônica hospitalar moderna no Brasil, entre as décadas de 1930 e 1940, houve uma tendência em se estabelecer uma estética de modernidade às edificações, com a construção massiva de hospitais e sanatórios em todo o território nacional (COSTA, 2009). No retrato do “Brasil moderno” era notória a intenção de se consolidar uma linguagem arquitetônica inovadora (ainda que híbrida, em diversos casos) nos projetos das novas edificações públicas, incluindo os espaços de saúde. Pode-se afirmar, portanto, que o governo Vargas, com o seu objetivo de implantar uma nova era modernizante e nacionalista no país, adotou como um dos seus princípios básicos os valores e a estética difundidos pelo movimento moderno, que rompia com o passado tradicional<sup>38</sup>. Essa escolha se manifestava através das grandes ações governamentais, bem como dos pequenos detalhes ligados à imagem desta gestão.

Após este primeiro momento de organização e ampliação das políticas públicas brasileiras, que culminou em uma etapa inicial de construções de edifícios de saúde, é possível considerar um segundo momento importante na trajetória de solidificação da arquitetura moderna no Brasil. A partir da década de 1950, estabeleceu-se uma estética mais funcionalista e uma maturidade construtiva que se aproximava mais daquela proposta por Le Corbusier, “quando a consolidação da produção arquitetônica brasileira garante o selo de reconhecimento de Arquitetura Moderna: ausência de ornamento, estrutura aparente, planta livre, a ideia do protótipo e a possibilidade de reprodução industrial” (COSTA, 2009, p.10). Cabe ressaltar que tais obras foram projetadas de modo racional e funcional, em ambos os momentos, por arquitetos de renome, como Paulo Antunes Ribeiro, Firmino Saldanha, Jorge Ferreira, Sergio Bernardes, Oscar Niemeyer, Jorge Machado Moreira, Rino Levi, Affonso Eduardo Reidy, entre outros, assim como por arquitetos desconhecidos pelos historiadores da

---

<sup>38</sup> A grande maioria das construções ainda utilizava uma arquitetura de referência, nesses anos situados no período da segunda metade da década de 1930 à primeira metade da década seguinte, ou na modernidade arquitetônica do *art déco* norte-americano, mesmo caso dos hospitais construídos por Pedro Ernesto. Modernos a sua maneira, esses procuraram romper com os ‘estilos’ até então adotados para as construções hospitalares, que ora faziam menção ao gótico alemão, ao neoclássico e ao romantismo francês, buscando com isso uma limpeza formal e uma ornamentação minimamente reduzida a frontões estilizados, marcações e linhas cubistas, com destaque para varandas, esquinas e acessos. (COSTA, 2009, p.7)

arquitetura brasileira, e que também merecem um reconhecimento pelo seu trabalho. (COSTA, 2011)

**Figuras 118, 119 e 120** – Hospital da Lagoa (1951-1959), de Oscar Niemeyer e Helio Uchoa, no Rio de Janeiro: bloco em altura de 10 pavimentos, sobre pilotis em V, usados pela primeira vez por Niemeyer em seus projetos (à esquerda); Sede do Instituto Nacional do Câncer (1957), de Jorge Ferreira, no Distrito Federal: brises e varandas se destacam nas fachadas (ao centro); Hospital Central dos Marítimos (atual Hospital do Andaraí), de Firmino Saldanha, em 1955, no Rio de Janeiro: em contraponto à fachada lateral cega, o bloco em altura possui sua fachada principal com janelas em fita e solário no terraço (à direita).



Fontes: Revista Módulo, v. III, n. 14 (COSTA, 2009, p. 13); Acervo Arquivo Nacional (COSTA, 2009, p. 14); MINDLIN (1999 *apud* COSTEIRA, 2018, p. 223).

De acordo com Amora (2019, p. 17), “A ampliação do atendimento público e o conseqüente e crescente volume de obras foram, possivelmente, o motor para a discussão de projetos e modelos de hospitais no Brasil.” Nesse momento, segundo a publicação *História e Evolução dos Hospitais*, do Ministério da Saúde (MS), a gestão pública tinha plena consciência das deficiências existentes na assistência hospitalar brasileira, a partir da realização do *Primeiro Censo Hospitalar*, que documentou a situação de 1225 instituições de saúde em todo o território do país, entre 1941-1942 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965). É interessante perceber que, a partir do entendimento que os médicos inspetores tiveram sobre as informações levantadas neste cadastro nacional (através de documentos, plantas e fotos dos edifícios, suas instalações, localização, funcionamento, modelo assistencial e equipamentos), a ideia de necessidade do poder público construir hospitais modernos parecia ser defendida pela maioria dos técnicos. Dentro deste panorama, eles evidenciaram o seu entendimento sobre os atributos da modernidade hospitalar:

Falta-nos essa consciência hospitalar moderna [...] Falta-nos, em suma, o "hospital moderno", conhecido e difundido, que não é, como alguns erradamente julgam, o hospital rico, luxuoso, que só pode existir em país de milionários; falta-nos esse *hospital moderno* que, entretanto, pode ser simples e modesto, mas bem organizado e eficiente, [...] Falta-nos essa orientação hospitalar uniforme, sistematizada, com base na administração econômica [...]. Se alguns [países latino-americanos] possuem edificações e instalações



hospitalares excelentes, e nós também as temos, falta-lhes a organização e administração hospitalares convenientes, segundo conceito moderno, isto é, a *padronização*, a *sistematização de tipos*, e de *normas de serviços*; falta-lhe a especialização profissional necessária e acatada, a começar pelas ditas funções especializadas de *Diretor* ou *Administrador do Hospital*. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p.71-72).

Provavelmente, foi em decorrência desse cenário que se iniciou uma preocupação cada vez mais acentuada com o processo de planejamento das estruturas hospitalares e com o estabelecimento de diretrizes normativas para os edifícios de saúde. Quando se trata das normas<sup>39</sup> voltadas para a arquitetura da saúde, Carvalho (2017) aponta que o Brasil é considerado um dos países com pesquisas e práticas mais avançadas, impactando positivamente na qualidade do serviço prestado. Isto se deve a uma preocupação iniciada na década de 1940<sup>40</sup>, com movimentos e ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), pertencente ao MES, que vem evoluindo até os dias de hoje.

O MES (mesmo após ser desmembrado em 1953, sendo criado o Ministério da Saúde, com atuação própria) possuía arquitetos, desenhistas e engenheiros responsáveis por projetar hospitais em todo o país. A recomendação era que houvesse certa padronização nos projetos a fim de economizar recursos, entretanto, “alguns projetos fugiram dessa recomendação e foram desenvolvidos dentro de uma moderna concepção espacial, fazendo surgir criações que merecem estudos mais aprofundados, dada a qualidade de sua arquitetura” (COSTA, 2011, p. 62). É preciso enfatizar que o desenvolvimento projetual de vários desses exemplares contou com a participação de profissionais (médicos, arquitetos e/ou engenheiros) envolvidos no / *Curso de Planejamento de Hospitais*<sup>41</sup>, organizado entre os dias 13 e 17 de abril de 1953, pelo Instituto de Arquitetos do Brasil de São Paulo (IAB-SP).

---

<sup>39</sup> Vale ressaltar que possuem um caráter didático, de orientação para o profissional e de contínuo aprimoramento, visto que determinado critério adotado em um momento da história pode ser superado ou negado, dentro de um curto período, a depender das circunstâncias e variáveis científicas, tecnológicas, políticas, econômicas e/ou sociais.

<sup>40</sup> A publicação americana de 1946, intitulada *Elements of the General Hospital*, foi inspiração para os arquitetos do SESP elaborarem as primeiras orientações em relação à estrutura física dos ambientes hospitalares no Brasil. Este guia se baseava em pré-dimensionamentos com a ilustração de algumas plantas de determinados setores do hospital, e foi o grande exemplo para a primeira publicação brasileira neste campo, na década de 1940: o livro *Padrões Mínimos Hospitais*, considerado a base de toda a legislação para EAS no país. (CARVALHO, 2017)

<sup>41</sup> Segundo Costa (2011), o curso era formado, no seu corpo docente, por profissionais de destaque nas áreas de saúde (médicos consultores, como Theophilo de Almeida) e da arquitetura, responsáveis por projetar grandes hospitais em todo o território brasileiro (como Rino Levi, Jarbas

O viés trazido pelo curso abordava o planejamento hospitalar como um trabalho em equipe interdisciplinar, coordenado pelo arquiteto que, a essa altura, saía do papel de “desenhista dos médicos”, ocupado por ele durante muito tempo ao longo da história da arquitetura hospitalar. Segundo Costa (2009), a maturidade construtiva que as edificações de saúde começaram a ganhar na década de 1950 foi consequência do esforço dos arquitetos em participarem mais efetivamente da concepção projetual e da obra hospitalar. Esse movimento de adquirir o seu protagonismo no campo da arquitetura de hospitais foi iniciado nas primeiras décadas do século XX, e o curso do IAB representou um grande marco nesse processo, visto que “[...] mostrou um amadurecimento do projeto arquitetônico em meados do século XX, ao buscar romper com o que vinha sendo realizado até então.” (COSTA, 2011, p.64)

A transcrição das aulas ministradas durante o curso de planejamento hospitalar resultou, em 1954, na publicação do livro intitulado *Planejamento de Hospitais*, do IAB, que se tornou referência para nortear as primeiras normas destinadas ao projeto de hospitais no Brasil<sup>42</sup>. É interessante perceber a multiplicidade de temáticas abordadas nesta obra, tratando de aspectos ligados à implantação, conforto, setorização, funcionalidade, circulação, tipos e unidades hospitalares, infraestrutura, construção, segurança, equipamentos, gestão, manutenção, panorama histórico dos hospitais brasileiros, dentro outros. Além disso, fica muito claro que os capítulos desenvolvidos

---

Karman, Jorge Machado Moreira, Roberto Cerqueira César e Oscar Valdetaro). Por outro lado, no seu corpo discente, participaram arquitetos e estudantes que se tornaram, nas décadas seguintes, projetistas de destaque no campo da arquitetura da saúde, como Paulo Antunes Ribeiro, Aldary Toledo, Armando Mesquita, João Figueiras Lima e Germano Galler. Dentre os objetivos almejados pela *Comissão de Planejamento de Hospitais* do IAB-SP, com a realização deste curso, destacam-se: “Divulgar as mais modernas conquistas no campo de planejamento de hospitais; analisar os elementos essenciais a um projeto são e científico; possibilitar a construção de hospitais eficientes, livres de preconceitos e empirismos; contribuir para a melhoria da assistência ao paciente com o mínimo de esforço e custo; ventilar diferentes problemas que preocupam planejadores e administradores de hospitais; aproximar interessados, e estimular o intercâmbio de informações e pesquisas; reunir dados e procurar soluções brasileiras para assuntos controvertidos; estimular o interesse dos universitários por assuntos hospitalares através de concursos de projetos de hospital; incentivar o trabalho em equipe e, finalmente, ensejar o desenvolvimento da indústria nacional de equipamentos hospitalares”. (IAB, 1954, p. 13)

<sup>42</sup> A partir deste marco na história da arquitetura hospitalar brasileira, em 1965 foi publicado pelo Ministério da Saúde o livro *Projeto de normas disciplinadoras das construções hospitalares*, contendo explicações teóricas sobre a elaboração desses projetos. Em 1974 surgiram, de fato, as primeiras normas relativas à infraestrutura hospitalar brasileira (*Normas do Hospital Geral*) e, a partir desta, foram criadas portarias substitutivas – Portaria 400/1977 e a Portaria 1884/1994 –, culminando na atual RDC 50/2002, que encontra-se em processo de revisão. O percurso de criação dessas normas, portanto, reforça a necessidade de atualização constante das mesmas no sentido de auxiliar o arquiteto hospitalar a projetar espaços de acordo com as demandas das atividades realizadas nos EAS, as quais vivem em constante processo de mudanças, de acordo com o seu tempo. (CARVALHO, 2017)

por médicos, enfermeiras, arquitetos, engenheiros e administradores atuantes na área da saúde naquele momento, abordam todos os temas buscando estabelecer um viés moderno em relação às edificações hospitalares (seja no seu âmbito material e construtivo, ou no seu aspecto assistencial e administrativo).

Para os médicos Ângelo Cruz e Pedro Poppe Gyrão, “[...] o planejamento hospitalar assegura a construção moderna, propriamente equipada, para conforto, segurança e tratamento científico dos doentes, [...]” (IAB, 1954, p. 53). Segundo o consultor médico Felix Lamela, o hospital moderno pode ser definido como o resultado dos progressos das técnicas hospitalares conquistados no século XX. Ele ainda enfatiza a complexidade e dinamismo que envolve essa tipologia construtiva, acrescentando que “É moderno um hospital porque sua forma obedece às linhas plásticas da arquitetura contemporânea.” (IAB, 1954, p. 60)

Assim, a máxima da arquitetura moderna – “a forma segue a função” – é definitivamente alcançada. Os aspectos relacionados à função hospitalar resultariam na definição formal e a flexibilidade da planta – planta livre –, divisão funcional e circulação clara permitiriam ao hospital adaptar-se ao longo de sua vida útil, como uma grande fábrica cujo produto final, como um dia nos falou Julien Gaudet, seria a saída do paciente, curado ou morto. (AMORA, 2019, p. 43)

**Figuras 121 e 122** – O arquiteto Jarbas Karman durante sua aula no I Curso de Planejamento de Hospitais do IAB-SP, em 1953 (à esquerda); capa e contracapa do livro *Planejamento de Hospitais*, publicado em 1954 como resultado do I Curso de Planejamento de Hospitais (à direita).



Fontes: Acervo IPH; IAB (1954).

É notória, desse modo, a importância deste curso para o início da consolidação da especialização em arquitetura hospitalar no Brasil, difundida com base nos preceitos da linguagem moderna desenvolvida no país, um fazer arquitetônico que vinha se fortalecendo desde os anos 1930, se expandindo e ganhando destaque nacional e

internacional a partir das décadas de 1940 e 1950. Os edifícios hospitalares fizeram parte, portanto, do desenvolvimento da arquitetura moderna brasileira e, por isso, precisam ser identificados, inventariados, valorizados e conservados como marcos da história da saúde pública e do movimento moderno no país.

Segundo Andrade Junior (2019), a vasta produção da arquitetura moderna brasileira, que se consolidou como uma referência mundial entre as décadas de 1940 e 1960, contribuiu para que o Brasil se tornasse “[...] o primeiro país do mundo a implementar ações legais visando à salvaguarda de exemplares da arquitetura moderna [...]”, a partir do tombamento, em 1947, pelo IPHAN, da Igreja de São Francisco de Assis da Pampulha, projetada por Niemeyer (ANDRADE JUNIOR, 2019, p. 173). O autor ainda ressalta que, até recentemente, as ações de proteção do patrimônio moderno têm sido focadas principalmente nas obras projetadas, entre os anos 1920 e 1960, por grandes nomes da escola carioca – como Niemeyer, Costa, Reidy, M.M.M. Roberto e Burle Marx –, deixando à margem outros exemplares de excelência produzidos por todo o território nacional.

No final dos anos 2000, o IPHAN, através do Departamento do Patrimônio Material e Fiscalização (Depam), empreendia diversas ações de proteção do patrimônio moderno, com a realização de processos para inventariar e/ou tomba obras modernas de diversos tipos. Destaca-se que em 2008, o Depam criou o Grupo de Trabalho (GT) *Acautelamento da Arquitetura Moderna*, coordenado pelo então servidor do órgão Nivaldo Andrade, com o objetivo de identificar e salvaguardar exemplares da arquitetura, urbanismo e paisagismo modernos brasileiros, através da realização de levantamentos dos bens e das ações de preservação desenvolvidas em cada estado. (ANDRADE JUNIOR, 2019)

A partir desses levantamentos, foi identificado que, nos estados cujo patrimônio moderno foi inventariado, poucas eram as edificações hospitalares salvaguardadas no âmbito federal, estadual ou municipal: 1) em Recife, o antigo Pavilhão de Verificação de Óbitos da Escola de Medicina, o Hospital da Brigada Militar, o edifício do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), e o Hospital Geral do Recife; 2) em Maceió, o 2º Centro de Saúde e a capela do Hospital do Açúcar; 3) em Salvador, o Hospital Aristides Maltez; 4) no Distrito Federal, o Hospital Juscelino Kubistchek de Oliveira; 5) e no Rio de Janeiro, o Hospital da Lagoa. O autor ainda destaca que, em um segundo momento da pesquisa foram identificadas, na Bahia, outros exemplares

modernos relevantes (ainda que não salvaguardados) da arquitetura hospitalar, como o Hospital Regional de Paulo Afonso, que nunca foi, de fato, utilizado como hospital; e o Posto de Saúde Almerinda Lomanto, em Jequié, revelando características tipicamente modernas, como a marquise plana sobre pilotis, o telhado borboleta, os brises e elementos vazados. (ANDRADE JUNIOR, 2019)

**Figuras 123 e 124** – O Hospital Regional de Paulo Afonso, projetado em 1949 por Diógenes Rebouças (à esquerda); posto de saúde Almerinda Lomanto, inaugurado em 1951 (à direita).



Fontes: Memorial da CHESF (ANDRADE JUNIOR, 2019, p. 181); Foto de Alexandre Prisco, 16 jul. 2007 (ANDRADE JUNIOR, 2019, p. 181).

Além disso, ao tratar sobre os movimentos de identificação, preservação, valorização e divulgação do patrimônio cultural da saúde, incluindo também as edificações concebidas com a linguagem moderna, Costa (2009) aponta que os Ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, junto ao Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vêm, desde os anos 2000, organizando a *Rede Latino-americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde*. Essa rede tem desenvolvido, com respaldo técnico-científico especializado, diversos projetos, discussões, eventos e grupos de trabalho visando implementar ações de valorização da história e memória dos monumentos que marcaram todo o percurso de consolidação do campo da saúde em cada país.

O GT em *História e Patrimônio Cultural da Saúde* se reuniu nas edições de 2005 e 2007 do *Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde*, firmando o *Termo de Constituição da Rede Latino-americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde*, capitaneada pelo Ministério da Saúde do Brasil/Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz e pelo Ministério da Saúde do Chile/Unidade do Patrimônio Cultural da Saúde. Tais eventos marcaram a discussão sobre história, memória e patrimônio da saúde no Brasil e possibilitaram o desenvolvimento de um inventário publicado impresso ou de modo

digital na Biblioteca Virtual Temática<sup>43</sup>. Esse trabalho tem sido realizado em países que fazem parte da rede e, no Brasil, sete capitais já tiveram seus inventários publicados: Belo Horizonte, Florianópolis, Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo (COSTA, 2009). Desse modo, inúmeras edificações de saúde começaram – ou voltaram – a ser identificadas como objetos de valor cultural, fortalecendo os processos de preservação do patrimônio cultural da saúde, que vem sofrendo descaracterizações profundas em diversos casos.

Com este levantamento primário do patrimônio moderno da saúde brasileiro, Costa (2009) afirma que a maioria dos edifícios é de projetos com autoria de poucos arquitetos. Além disso, cabe destacar que a linguagem arquitetônica da produção moderna dos edifícios de saúde públicos ou privados pode ser dividida em dois momentos: 1) entre as décadas de 1930 e 1940, quando se busca a modernidade da arquitetura para a saúde, surgindo projetos com estética semelhante àquela consagrada pela historiografia da arquitetura moderna, mas também edifícios híbridos, com estética *art déco* ou do protomodernismo; 2) na década de 1950, quando a estética das edificações se tornou mais funcional e se aproximava da linguagem *corbusiana*, tendo uma consolidação e reconhecimento como arquitetura moderna (ausência de ornamento, estrutura aparente, planta livre, ideia de protótipo e de reprodução industrial).

Considerando este panorama e tendo em vista a importância da arquitetura sanatorial na história da saúde e na produção do movimento moderno, é lamentável que não encontremos protegidos alguns exemplares notáveis da arquitetura antituberculose brasileira, como o Sanatório de Curicica, no Rio de Janeiro, o Hospital Sanatório Santa Terezinha, em Salvador, ou tantos outros ícones que revelam os valores culturais da modernidade do século XX.

Nos projetos dos sanatórios dos anos 1940, percebe-se a intenção de se construir edifícios aptos a atender aos preceitos do plano do DNS, de 1936. Em destaque, o fato de serem todos monoblocos verticais, com varandas de curas, ora escalonadas (como em Recife, Fortaleza e Niterói), ora em fita e sobrepostas (como, por exemplo, no Rio de Janeiro, Belém, Espírito Santo e São Paulo), e cuja arquitetura buscava a limpeza formal e a racionalidade construtiva, bem próximo da arquitetura que tanto teria influenciado a arquitetura moderna, como nos fala Beatriz Colomina. (COSTA, 2019, p. 207).

---

<sup>43</sup> Esta pode ser acessada através da página <http://hpcs.bvsalud.org/patrimonioarquitetonico>

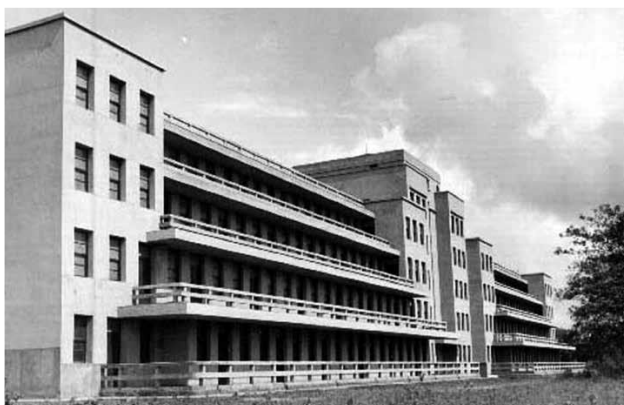


**Figuras 125 e 126** – Sanatório do Sancho ou Sanatório Popular do Recife entre 1939-1945 (à esquerda); Sanatório de Aracaju, Sergipe, de 1945, com capacidade para 100 leitos (à direita).



Fontes: Arquivo Gustavo Capanema-CPDOC/FGV.

**Figuras 127 e 128** – Sanatório de Maracanaú, em Fortaleza, Ceará, de 1938, com capacidade para 350 leitos (à esquerda); Hospital Sanatório Santa Maria, na Fazenda Santa Maria, em Jacarepaguá, no Distrito Federal-RJ, de 1937, com capacidade para 600 leitos (à direita).



Fontes: CPDOC/FGV (COSTA, 2019, p. 207); CPDOC/FGV (COSTA, 2009, p. 8).

**Figuras 129 e 130** – Sanatório de Curicica, de 1952, no Rio de Janeiro: modulação estrutural e elementos vazados circulares em estrutura pré-moldada, marcando o enquadramento da paisagem (à esquerda); Sanatório Azevedo Lima, em Niterói, no Rio de Janeiro, de 1939-1946, com capacidade para 350 leitos (à direita).



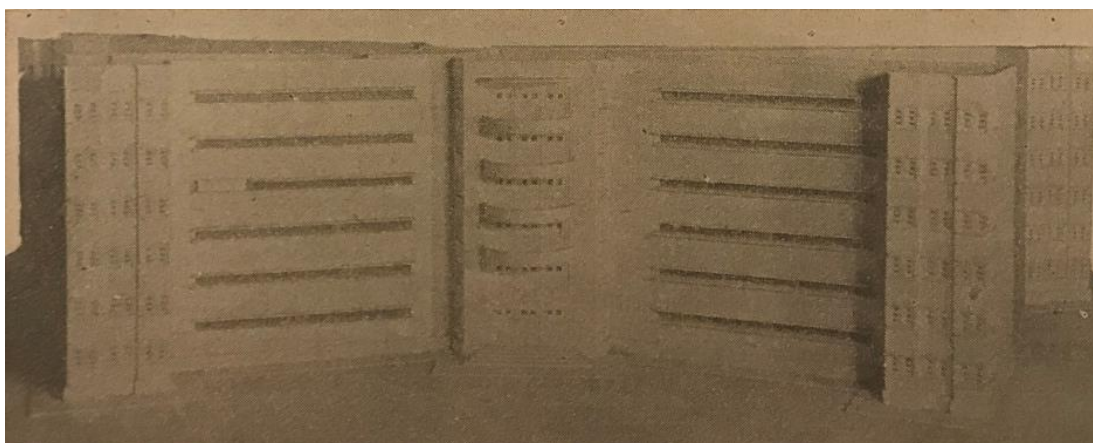
Fontes: Acervo Raphael de Paula Souza-DAD-Fiocruz; RIBEIRO (1944, p. 17).

**Figuras 131 e 132** – Sanatório de Mandaquí, em São Paulo, de 1939, com capacidade para 600 leitos (à esquerda); Sanatório General Severiano da Fonseca, em Maceió, Alagoas, de 1939-1946, com capacidade para 200 leitos (à direita).



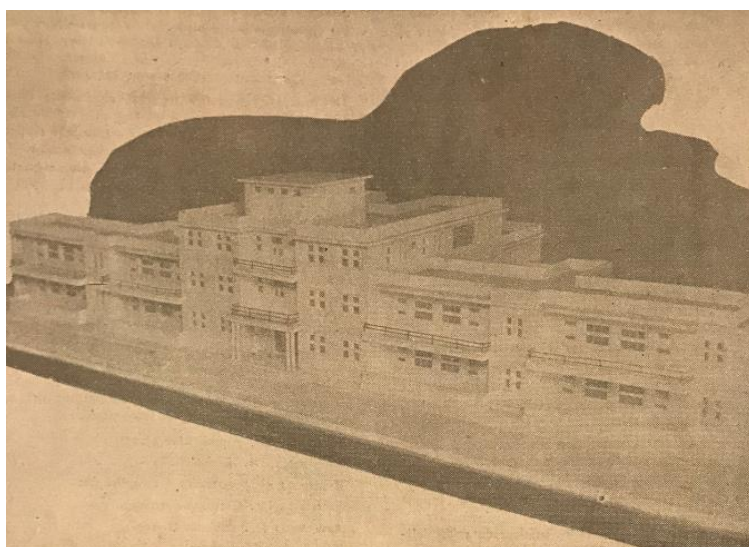
Fonte: RIBEIRO (1944, p. 10 e 12).

**Figura 133** – Maquete do Sanatório de Belém do Pará, de 1938, com capacidade para 600 leitos.



Fonte: RIBEIRO (1944, p. 21).

**Figuras 134 e 135** – Semelhança tipológica entre os projetos dos sanatórios do Rio de Janeiro e Pará, concebidos na mesma época: junção de dois volumes em monobloco do tipo Y (à esquerda); Sanatório Getúlio Vargas, em Vitória, no Espírito Santo, com capacidade para 130 leitos (à direita).



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de MIRANDA e ABREU JUNIOR (2016); RIBEIRO (1944, p. 24).



Ainda que sejam evidentes as semelhanças tipológicas, volumétricas, funcionais e estéticas da arquitetura sanatorial brasileira com aquela produzida em outros países, é preciso pontuar alguns **aspectos desafiadores** em relação à **preservação da arquitetura antituberculose**. Apesar de ter sido, claramente, uma obra paradigmática e inovadora, que influenciou o movimento moderno e difundiu-se mundialmente durante o século XX, a obsolescência dos edifícios de combate à peste branca e a conseqüente desvalorização deste programa gerou muitas perdas e descaracterizações ao longo da sua curta história. Os movimentos de patrimonialização das edificações antituberculose ainda são muito recentes, tendo começado a crescer a partir dos recentes olhares para se preservar o patrimônio da saúde e da arquitetura moderna, fazendo com que surgissem as primeiras ações de proteção e/ou reconversão respeitadas para os sanatórios.

A proteção do patrimônio do século XX foi objeto de um longo combate, engajado desde os anos 1960, e cuja recepção do público é parcialmente conquistada nos dias atuais. Todavia, a ideia do reconhecimento das arquiteturas da saúde, e em particular desse tipo híbrido - nem hotel, nem hospital – que é o sanatório, escapa a todo debate ou interesse da parte de autoridades competentes na matéria, em razão de não responder aos modelos estéticos de uma certa visão da história da arte, pouco inclinada a se render aos contextos de produção dos grandes programas entre as duas guerras. (BINET, 2005, p. 144, tradução nossa)

Para Binet (2005), a maioria dos edifícios de saúde (em especial aqueles modernos e especializados criados no século XX), devido ao caráter efêmero do seu programa, acaba vivenciando momentos de crise para ajustar-se às transformações necessárias à manutenção do seu funcionamento. O valor de uso dos sanatórios logo se perdeu, a partir do surgimento de novos modelos de tratar a TB, fazendo emergir uma obsolescência funcional dessas construções, que se tornaram uma espécie de reflexo materializado do fracasso de uma terapia arcaica. “Para o mundo médico, o sanatório é a imagem de uma ilusão terapêutica ultrapassada, empírica, geradora de falhas com uma mortalidade substancial, [...] de uma falta de rigor científico que a descoberta dos antibióticos eliminou em alguns anos”. (BINET, 2005, p. 144, tradução nossa)

O autor ainda enfatiza que o tratamento medicalizado e a inserção de ambientes como salas de cirurgia torácica, laboratórios e áreas de radiologia suscitaram modificações espaciais que aproximaram, cada vez mais, os sanatórios de verdadeiras estruturas hospitalares. Esses ambientes, somados às internações, passaram a ser os grandes

focos desses edifícios, e as galerias de cura foram perdendo a sua legitimidade, sofrendo intervenções impactantes em inúmeros casos. Além dessa obsolescência funcional, Binet (2005) também destaca uma defasagem técnica sofrida pela arquitetura antituberculose, visto que a busca pela economia, inovação tecnológica/construtiva, minimalismo e construção para um período limitado, acabou gerando “[...] erros de concepção, questões de experimentações por vezes problemáticas e mal administradas pelas empresas [...]” (BINET, 2005, p. 144, tradução nossa), prejudicando a conservação dos sanatórios.

No caso de **reconversões**, desses últimos anos, as incompetências em matéria de gestão técnica, as mutações brutais impostas pelos novos programas, assim como a ausência de respeito à lógica arquitetônica original dos edifícios se traduzem por verdadeiras atitudes iconoclastas, como se o objetivo implícito de reconversão do sanatório fosse erradicar toda a memória do terrível bacilo de Koch. Pelas reabilitações brutais, os sanatórios têm por vezes sustentado segunda condenação, frequentemente definitiva. A retirada dos detalhes originais, a inserção de novos volumes com total incoerência com a lógica da edificação original, a supressão de uma policromia que participava do projeto terapêutico, ou o fechamento sem discernimento das galerias de cura, refletem uma atitude oposta à toda abordagem patrimonial. Parece que não somente na gestão de obras públicas ou privadas, mas alguns gestores de projetos que ficaram obcecados em relação às ideias do Movimento Moderno, tinham participado desse movimento de obsolescência. As múltiplas reconversões e mutações do sistema hospitalar acentuam a incerteza sobre o futuro dos sanatórios que haviam sobrevivido à primeira onda dos anos 1970. (BINET, 2005, p. 143, tradução nossa, grifo nosso)

Além de todos os desafios supracitados para se estabelecer a salvaguarda e a realização de reformas ou reconversões coerentes com os projetos originais da arquitetura antituberculose, Binet (2005) ainda observa outras variáveis agravantes: 1) com exceção dos hospitais-sanatórios, a maioria das edificações foi implantada em locais mais isolados dos centros das grandes cidades, dificultando a relação desses edifícios com as áreas mais urbanizadas; 2) a padronização baseada na célula do quarto e a escala enorme, em termos de área construída e das longas circulações de muitos dos edifícios, acaba gerando problemas para os antigos sanatórios comportarem novos programas (principalmente ligados à área de saúde); 3) a memória do edifício sanatorial tende a ser associada a um significado de isolamento, controle social, sofrimento e morte, do qual as pessoas preferem se afastar.

Compreendendo todos esses desafios, mas também os seus valores culturais, é fundamental perceber a importância que a arquitetura antituberculose tem para a história do movimento moderno e de toda a produção dos edifícios de saúde do século XX. As edificações sanatoriais representam, portanto, o valor de modernidade deste

período e a materialização de um modelo terapêutico desenvolvido por médicos e arquitetos para combaterem uma antiga epidemia que se tornou um dos grandes problemas de saúde pública naquele momento, devastando famílias inteiras e gerando números alarmantes de óbitos em todo o mundo. Esta arquitetura também representou o surgimento de soluções técnicas, novas espacialidades mais flexíveis e relações excepcionais com o entorno natural, até então nunca experienciadas.

Desse modo, preservar a arquitetura antituberculose significa manter a memória da saúde pública e a memória de um movimento de vanguarda que modificou o estilo de vida de toda a população para um modelo mais higiênico e voltado para os cuidados em saúde e qualidade de vida. Vale ressaltar que preservar, conservar ou tomar não necessariamente consiste em congelar as estruturas edificadas. É preciso internalizar e fazer a sociedade perceber que o fato de tomar não significa parar esses antigos sanatórios no tempo, pois todos eles são passíveis de transformar-se sem, necessariamente, perderem os seus valores culturais ou o seu uso como espaços de saúde. Do ponto de vista da arquitetura hospitalar, as intervenções devem sempre priorizar adaptar os espaços às atividades ali desenvolvidas, atendendo às demandas funcionais, tecnológicas e técnicas que respaldem a prevenção, proteção e promoção da saúde de todos os usuários do edifício. Para tanto, é um dever da gestão criar estratégias de adequação da estrutura hospitalar às demandas contemporâneas de acessibilidade, segurança e conforto ambiental, buscando soluções através de projetos que conciliem os aspectos funcionais, normativos e históricos da edificação.

Em síntese, cabe aos gestores e profissionais da arquitetura e engenharia buscarem assimilar os valores culturais do patrimônio da saúde, para empreenderem intervenções adequadas nessas instituições. No caso da arquitetura moderna antituberculose, que se encontra mais ameaçada e passível de descaracterizações, é preciso unir esforços para identificar, documentar, informar e promover projetos de preservação dessas estruturas nos mais diversos países. Como o Brasil teve uma vasta produção arquitetônica desses exemplares, com algumas ações de inventário e salvaguarda iniciadas recentemente, a presente proposta de pesquisa dá continuidade a esse processo, buscando compreender os percursos de um edifício moderno monumental do tipo hospital-sanatório construído na cidade de Salvador para combater a tuberculose nas décadas de 1940 e 1950.



## **CAPÍTULO 3**

ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL E  
VALORES CULTURAIS DO  
HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA  
TEREZINHA

### 3 ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL E VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA TEREZINHA<sup>44</sup>

#### 3.1 Arquitetura Moderna Antituberculose em Salvador e o Hospital-Sanatório Santa Terezinha

Os primeiros edifícios com linguagem moderna foram construídos na Bahia a partir do começo da década de 1930, sendo em sua maioria projetados por arquitetos do Rio de Janeiro. Essa produção conviveu com linguagens como o *art déco* e o neocolonial, gerando nesse período muitas edificações híbridas, com características modernas e elementos decorativos de outros estilos – a exemplo do Hospital das Clínicas, da UFBA. A partir da segunda metade da década de 1940, o papel do engenheiro agrônomo e projetista baiano Diógenes Rebouças foi essencial para alavancar a produção da arquitetura moderna na Bahia, surgindo então edificações de traços modernos com os mais diversos tipos de uso: escolas, hotéis, complexo esportivo, penitenciária, torres de escritórios e residenciais, postos de puericultura, hospitais gerais e especializados, hospitais de isolamento e centros de pesquisa dedicados ao tratamento da tuberculose. (ANDRADE JUNIOR, 2011)

Verifica-se, presentemente, na capital baiana, admirável surto no campo das artes, das belas artes, corrija-se, com predominância do movimento modernista. A antiga metrópole da Colônia, onde se amontoam expressivas criações do gênio inventivo de uma plêiade de artistas dos séculos XVII, XVIII e XIX, acompanha a atual tendência emancipadora do sentimento estético, a fugir à tortura de rígidos princípios e a aproveitar melhor os materiais disponíveis para a fatura de obras de arte. [...] A arquitetura na Bahia é, sem dúvida, o setor onde a arte moderna encontrou maior campo de expansão. Já se destacam e causam admiração pública, os majestosos edifícios funcionais construídos em meio ao casario colonial do centro urbano [...] Nas edificações que hoje se fazem, boa percentagem se registra de obras em linhas rigorosamente dentro do estilo moderno, por sinal as mais importantes e que, de logo, passam a ser considerados pontos de referência, de comentários, de discussões. (ÁLBUM COMEMORATIVO..., 1954, s/p)

Refletindo acerca da emergência desses projetos modernos com variados tipos de uso, cabe ressaltar a importância da criação de edifícios de saúde em todo o país durante o governo de Getúlio Vargas, fossem eles de caráter geral, especializado ou

---

<sup>44</sup> Alguns trechos deste capítulo foram publicados, previamente, no formato de artigo (ANDRADE JUNIOR; OTREMBA; SOUZA, 2019), em coautoria com a arquiteta Gabriela Otremba e o professor Nivaldo Andrade Junior. Otremba, paralelamente a esta dissertação, desenvolveu o seu trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE/UFBA) tendo o Hospital-Sanatório Santa Terezinha como objeto (OTREMBA, 2020); Andrade Junior analisou o Parque Sanatorial Santa Terezinha em sua tese doutoral (ANDRADE JUNIOR, 2012) e é o orientador desta dissertação, além de ter sido coorientador do trabalho de Otremba.

de campanha, para atenderem às necessidades sanitárias mais graves em todos os estados. Após a Revolução de 1930, a luta antituberculose foi uma das pautas que ganhou um grande destaque nas ações governamentais, gerando o aumento do número de leitos para conter o avanço da epidemia em todo o território nacional.

A partir dos dados censitários relativos aos anos de 1932 a 1941, foi identificado que Salvador estava entre as sete capitais brasileiras com maiores coeficientes de mortalidade por tuberculose (acima de 300 óbitos a cada 100.000 habitantes). Considerando esses dados, não é uma surpresa que o Estado – em especial, a capital baiana, que chegou a registrar 1.563 óbitos em 1945 (BRASIL, 1947) – tenha sido selecionado pelo governo federal para receber incentivos à construção de uma rede sanatorial mais fortalecida, atuando também na melhoria da estrutura da rede existente. Vale observar que isso ocorreu antes mesmo do surgimento do SNT, em 1941, e da CNCT, em 1946.

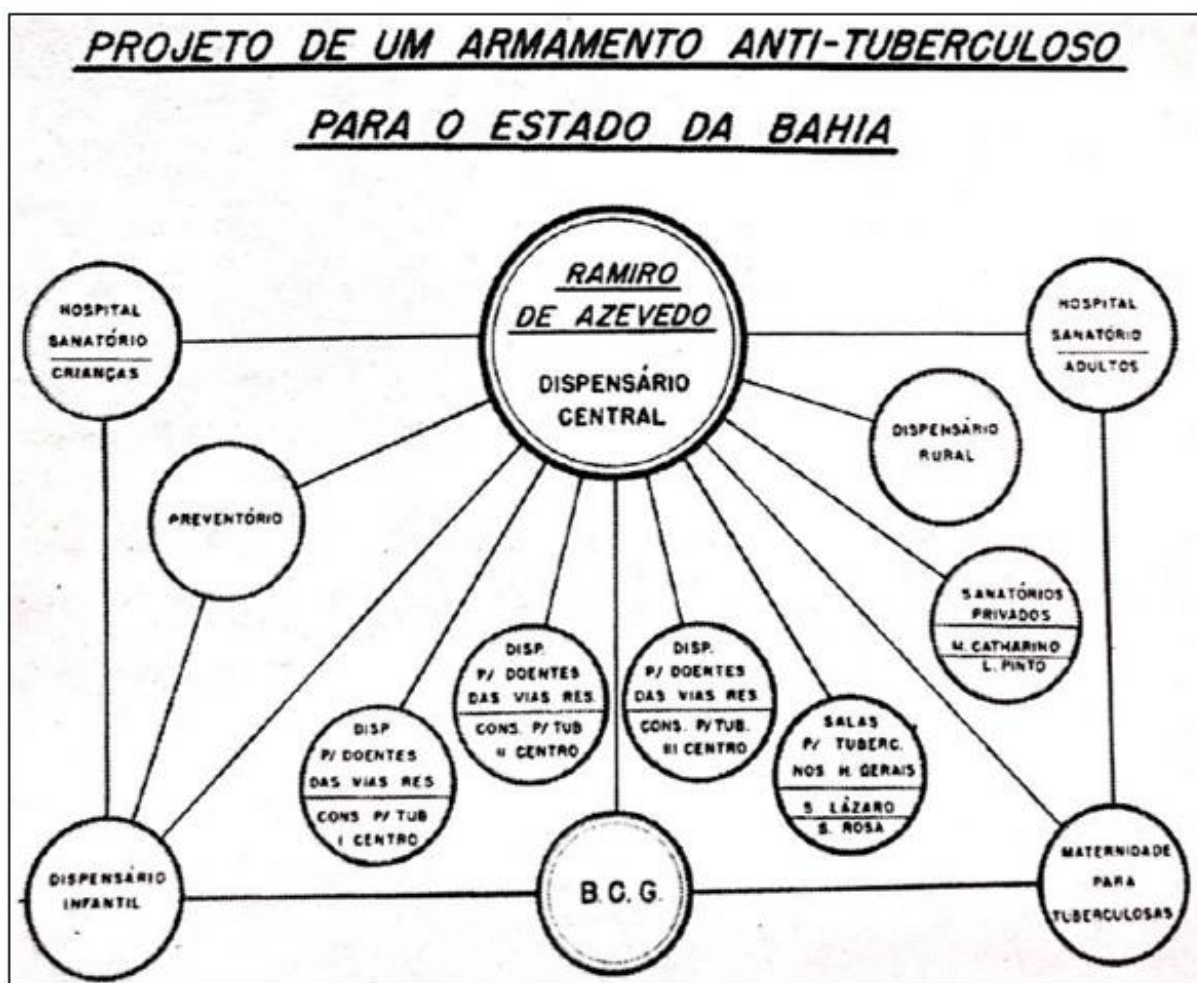
A denúncia pela urgência de se investir em uma campanha bem estruturada de combate à Peste Branca na Bahia, durante a década de 1930, teve protagonistas como o médico e professor José Silveira, que participou de uma mesa liderada por Gonçalo Moniz, intitulada *A campanha antituberculose na Bahia*, ao lado de outros colegas como Aristides Novis, Hosannah de Oliveira, Campbell Penna e César de Araújo, durante o 1º Congresso Regional de Medicina, realizado em Salvador, em 5 de dezembro de 1935. Em seu discurso, José Silveira salientou a importância de se criar um plano de ação bem articulado nos eixos legislativo, administrativo, social, científico e econômico, a ser seguido de maneira homogênea por instituições que trabalhassem em rede, e não de maneira independente. A partir de uma coordenação central desenvolvida por um órgão técnico e administrativo, todas as ações de combate à TB deveriam ser organizadas e alinhadas de acordo com as possibilidades de realização dentro do contexto brasileiro. (SILVEIRA, 1994)

Na ocasião, Silveira (1994) explicitou que países mais desenvolvidos possuíam diversas instituições compondo o aparato antituberculose (como os dispensários, hospitais, sanatórios de altura ou planície, preventórios, colônias marítimas, escolas de férias, institutos de ergoterapia, ou mesmo as vilas de readaptação laboral); entretanto, dentro na realidade do Brasil, seria necessário escolher apenas os exemplares mais indispensáveis para se criar uma rede de atenção compatível com

os recursos econômicos nacionais. Para tornar essa rede viável, Silveira propôs um sistema de “armamento tuberculoso” totalmente conectado, constituído por instituições: 1) novas, a serem construídas com a função primordial de hospitalização e assistência aos doentes; 2) existentes, a serem reformadas com mudanças funcionais para agregarem novas atividades mais modernas, tornando-as realmente eficientes.

Pelo esquema anexo, se vê que eu coloco o dispensário R.A. como o eixo verdadeiro da campanha. Em relação com ele, de um lado, os consultórios dos centros de saúde a se tornarem, futuramente, em outros tantos dispensários – um dispensário infantil e um dispensário rural; da outra banda, sempre em estreita relação com o Ramiro de Azevedo, as enfermarias para tuberculosos nos Hospitais Gerais de crianças e adultos, um Hospital-Sanatório para adultos com Maternidade e serviço do BCG, um Preventório, um Hospital Sanatório para crianças e os Sanatórios e Instituições congêneres de caráter privado (Sanatório L. Pinto, Henriqueta Catharino, etc) que já existem ou estão em construção. (SILVEIRA, 1994, p. 84)

**Figura 136** – Armamento Antituberculoso para a Bahia, elaborado e publicado primeiramente em 1935 no 1º Congresso Regional de Medicina, passando mais tarde pela “Reformulação do esquema”, então apresentado no 1º Congresso Nacional de Tuberculose.



Fonte: SILVEIRA (1994, p. 95).



A partir daí, o Dispensário Ramiro de Azevedo<sup>45</sup> seria modificado com o objetivo de melhorar sua estrutura física e organizacional, tornando-se o centro da gestão do armamento antituberculoso baiano e comunicando-se com outros serviços de função geral ou mais especializadas. Silveira recomendou a criação de oito novos dispensários mais simples (1 a cada 50.000 habitantes), que seriam implantados em pontos estratégicos de Salvador, podendo se iniciar o movimento com a construção de três. O dispensário infantil prestaria assistência às crianças tíxicas, sendo uma referência em profilaxia geral; enquanto o dispensário rural (que poderia ter, inicialmente, um caráter efêmero, no formato de ônibus itinerantes circulando entre as cidades do interior) assistiria e levaria educação higiênica para essa parte da população.

Além desses equipamentos, José Silveira ressaltava a imprescindível necessidade de se construir um hospital-sanatório suburbano na capital baiana, “[...] com o maior número de leitos e provido de instalações sóbrias e eficientes. [...]” (SILVEIRA, 1994, p. 87), que fosse capaz de apoiar toda essa rede de dispensários e minimizar os altos índices de óbitos pela doença dos pulmões em Salvador. Este terreno deveria abrigar uma maternidade especializada e poderia ter um pavilhão infantil mais simples, sendo ideal a construção de um hospital-sanatório especial para as crianças. Por fim, um centro de BCG e um preventório, que poderia ser adaptado às instalações existentes do Hospital de Amaralina, gerido por Alfredo Magalhães.

Com a percentagem tão elevada de tuberculosos abertos, graves, carecendo de uma hospitalização imediata, não se poderia cogitar na criação de um Sanatório, nos velhos moldes, casa de repouso destinada a receber apenas aqueles tuberculosos espontaneamente curáveis. Ter-se-á de construir um sanatório que seja também um hospital, instituição suficientemente equipada, com instalações cirúrgicas apropriadas, capaz não só de receber aqueles enfermos em que a terapêutica moderna, ativa, lhes possa restituir a saúde, como também de dar abrigo aos que vão morrer, [...] (SILVEIRA, 1994, p. 87)

A despeito da elaboração desta proposta em 1935, visando estruturar uma rede eficiente de combate à peste branca na Bahia a fim de minimizar o elevado número de óbitos pela doença no Estado, a situação ainda permaneceu grave nos anos seguintes. Segundo a publicação *Subsídios para o combate à tuberculose no Brasil*, divulgada dois anos depois e de autoria de João Barreto (1937), o serviço de

<sup>45</sup> Criado no início do século XX, em Salvador, e assim denominado para homenagear um dos grandes ícones do combate à tuberculose na Bahia – que fundou a Liga Bahiana Contra a Tuberculose, em 1900, em parceria com os médicos Alfredo Brito, Aurélio Viana, Gonçalo Moniz, Pinto de Carvalho, Euvaldo Diniz, Octávio Torres, dentre outros.

tuberculose prestado em Salvador era realizado, naquele momento, em três Centros de Saúde subordinados à inspetoria técnica, havendo também o serviço de BCG (com preparação da vacina em laboratório local) e o Dispensário Ramiro de Azevedo, mantido pela *Liga Bahiana contra a Tuberculose*. Nota-se, portanto, que apesar da elevada taxa de mortalidade pela doença na capital, a quantidade de serviços de saúde para a sua prevenção e tratamento era mínima e necessitava ser ampliada, sendo isto comprovado pela afirmação que

Foi recentemente aprovado pelo Legislativo, e sancionado, um projeto que cria a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, e pelo qual fica ainda o Governo autorizado a abrir um crédito especial de mil contos de réis (1.000:000\$) destinado a atender à construção e instalação de um hospital-sanatório, ao estabelecimento de novos dispensários e melhoramentos dos já existentes, à criação de preventórios, etc. [...] Conquanto pareça um retrocesso volver-se ao sistema de Inspetoria individualizada, ressalte-se a significação do ato, retratando o interesse pelo problema, altamente impressionante no Estado, haja vista os dados da sua capital. (BARRETO, 1937, p. 48)

Nesse sentido, Barreto (1937, p. 49) concluiu que “A cidade de Salvador precisa de 2 sanatórios de 600 leitos, cada um, e de 350 acomodações para crianças em um preventório”. Foi nesse contexto que se estabeleceram esforços e ações para ampliar a rede de assistência e pesquisas ao combate contra a enfermidade do Bacilo de Koch na Bahia. Dentre elas, é possível citar reformas em estabelecimentos existentes, inauguração de estruturas existentes até então sem funcionamento, construção de novos hospitais e abrigos e auxílios a instituições ligadas à luta contra a tuberculose, como a Fundação Antituberculose Santa Terezinha e a filial na Bahia da Cruz Vermelha Brasileira. (BAHIA, 1948)

Um dos exemplos de destaque é o do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT), fundado por José Silveira, em 1937, com sede ocupando parte do Ambulatório Augusto Viana, na Faculdade de Medicina da Bahia. A instituição recebeu, em 1942, a doação de um terreno da Santa Casa de Misericórdia, localizado na Ladeira do Campo Santo, no bairro da Federação em Salvador, para construir sua sede própria. O autor do projeto, com seu primeiro pavilhão inaugurado em 1944, foi o arquiteto Hélio Duarte, que se utilizou de uma linguagem moderna para projetar este edifício de saúde; e apenas em 1955 foi construído o segundo pavimento do edifício, já previsto no projeto original.

Em 1957, houve o lançamento da pedra fundamental da Clínica das Doenças do Tórax, futuro Hospital do Tórax do IBIT, que teve como autores do anteprojeto o

arquiteto Renato Barbosa Cordeiro e os engenheiros Ary Botelho e João Fernandes de Oliveira Penna, do SNT. Entretanto, foi Hélio Duarte quem desenvolveu o projeto executivo deste hospital também moderno, inaugurado apenas em 1971, contando com “nove pavimentos e fachada definida por uma grelha saliente de elementos verticais e horizontais fixos, destinados a bloquear a incidência direta do sol no interior do edifício”. (ANDRADE JUNIOR, 2011, p.120)

De acordo com Andrade Junior (2011), outro exemplar que materializou um dos maiores investimentos na luta contra a doença dos pulmões em Salvador foi a construção do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, de estética inovadora, em um terreno quase rural no subúrbio da cidade, como havia sugerido José Silveira, no 1º Congresso Regional de Medicina, em 1935. Inaugurado em 1942, sua importância como único edifício sanatorial de grande porte criado na Bahia foi tão acentuada que, a partir da instituição da CNCT, foram realizados diversos investimentos para a construção de novos pavilhões no mesmo local, culminando na consolidação do Parque Sanatorial Santa Terezinha.

Por fim, outro edifício de saúde marcante projetado para compor o aparato antituberculose na capital baiana foi a Clínica Tisiológica da Universidade da Bahia, construída em 1949 e inaugurada em 1951, ao lado do Hospital das Clínicas, no bairro do Canela. A estética do edifício foi altamente influenciada pelos princípios *corbusianos*, bem como pela *escola carioca* de Niemeyer e seus seguidores. Desse modo, é possível identificar neste exemplar diversos aspectos que o caracterizam como uma obra de extrema relevância no cenário da arquitetura moderna antituberculose baiana, tais como: 1) o cuidado na sua implantação sobre o declive do terreno em altitude, considerando a sua relação com o prédio vizinho do Hospital das Clínicas e com a vegetação do entorno para aproveitamento da iluminação e ventilação naturais, utilizados como métodos de tratamento da patologia; 2) e a plástica “limpa” do volume sobre pilotis, composta por janelas em fita, brises, cobogós, venezianas e terraço-jardim, prezando pela funcionalidade dos espaços internos e pela incorporação da arte moderna na espacialidade do edifício.

Sendo assim, ao avaliar o panorama dos edifícios de saúde, e mais especificamente, os edifícios sanatoriais construídos em Salvador adotando uma expressão arquitetônica moderna, é possível identificar inúmeros valores culturais de destaque nos dois últimos hospitais supracitados. Apesar da relevância de ambos, cabe

ênfatisar que o Hospital Santa Terezinha foi o único sanatório de grande porte construído na Bahia, mantendo, até a atualidade, o seu caráter de referência assistencial nos casos de patologias do aparelho respiratório. Apesar disso e da sua estética moderna monumental, este exemplar arquitetônico foi, ao longo da sua história (principalmente a partir de 2018), gravemente ameaçado de descaracterizar-se completamente diante das reformas pelas quais passou e das recentes propostas de modificação apresentadas pela SESAB. Ainda que exista uma solicitação de tombamento por parte de instituições e entidades de arquitetura que reconhecem o valor do hospital, sua salvaguarda (que garantiria a preservação dos seus valores culturais diante de uma nova reforma) ainda não foi oficializada.

A importância do edifício se evidencia a partir de critérios como o reconhecimento dos seus valores históricos, sociais, científicos e/ou arquitetônicos – seja através da sua notoriedade como exemplar diferenciado (fazendo parte de publicações em periódicos especializados e/ou exposições, nacionais e/ou internacionais); ou mesmo da existência de ações que permitam a manutenção da sua memória para as gerações futuras (proposta de tombamento). Este objeto merece, portanto, uma análise mais detalhada que potencialize os movimentos de documentação, reconhecimento e valorização da sua expressividade enquanto um dos principais ícones da arquitetura moderna antituberculose baiana; o que nos levou a realizar uma investigação que visa promover não somente um entendimento mais apurado sobre os valores culturais e as transformações vivenciadas pelo emblemático Hospital-Sanatório Santa Terezinha ao longo dos seus oitenta anos de história, mas também um acompanhamento das propostas de projeto de intervenção mais recentes e das ações promovidas para sua salvaguarda.

Começou a ser construído em 1937 e foi inaugurado em 1942, no bairro do Pau Miúdo, na cidade de Salvador, e foi um equipamento fundamental na luta contra a tuberculose na Bahia, tendo surgido para suprir a carência de espaços adequados ao tratamento dessa doença, que atingia índices alarmantes no Estado. Sua arquitetura era resposta direta às exigências dos avanços científicos da época e, portanto, está entre os edifícios pioneiros no estabelecimento da arquitetura moderna baiana. Na década de 1950, quando o MES se estruturou e buscou fortalecer as ações iniciadas pela CNCT em 1946, a Bahia foi a primeira unidade federativa a integrar-se à campanha, devido aos altos índices de manifestação da doença dos pulmões em seu território. A primeira

ação da CNCT na Bahia foi a ampliação do Hospital Santa Terezinha, para permitir a instalação de novos leitos, e a construção de um pavilhão infantil, que foi instalado ao fundo do hospital principal. (ANDRADE JUNIOR, 2012)

Desse modo, o complexo denominado Parque Sanatorial Santa Terezinha passou a ser formado pelo pavilhão principal, inaugurado em 1942, junto aos edifícios anexos já existentes, e por quatro novos pavilhões que foram inaugurados em 1951: o Pavilhão de Serviços Gerais e o Pavilhão de Triagem, ambos projetos do arquiteto Diógenes Rebouças; o Sanatório de Triagem, projetado pelo arquiteto carioca Jorge Machado Moreira; e o Dispensário Modelo da Cruz Vermelha, projetado por Newton Secchin e Pedro Rossi Neto. Com o passar do tempo, alguns desses edifícios tiveram seus usos transformados e este complexo sanatorial foi sendo desmembrado. Atualmente, o antigo Hospital-Sanatório Santa Terezinha denomina-se Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), tendo deixado de tratar apenas a tuberculose para tornar-se o principal centro de referência na assistência às mais diversas doenças respiratórias no estado da Bahia.

**Figura 137** – Fachada principal do Hospital-Sanatório Santa Terezinha (sem data).



Fonte: Acervo do Centro de Memória Odebrecht (CMO) - 1942.

### 3.2 Memórias do Hospital-Sanatório Santa Terezinha

Durante a primeira metade do século XX, a tuberculose era um problema alarmante em todo o país e a Bahia apresentava posição de destaque no número de óbitos pela doença em relação aos outros estados brasileiros. Segundo um discurso do primeiro diretor do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, Dr. César de Araújo, proferido no dia da sua inauguração e transcrito no relatório do médico José Silveira, nos últimos anos da década de 1930, a quantidade de óbitos na Bahia chegou a números muito altos.

Os índices de morbidade (sic) e mortalidade são, positivamente, entre nós, dos mais dolorosos e impressionantes: 1311 óbitos em 1936; 1930 em 37; 1442 em 1938; 1389 em 39; 1415 em 40; respectivamente, 355, 370, 378, 359 por 100000. Das maiores cifras do Brasil! Das maiores cifras dos centros civilizados do mundo! Também pelas estimativas mais modestas devem existir mais de 8000 doentes somente em nossa capital. (ARAÚJO, 1942 *apud* SILVEIRA, 1994, p. 148)

Por outro lado, não havia na cidade sequer um décimo do mínimo de leitos exigidos para atender a essa enorme quantidade de enfermos, ou mesmo um local adequado de tratamento. Havia algumas vagas no Hospital Santa Izabel e no Abrigo do Salvador, mas a quantidade total disponibilizada por esses hospitais não somava nem 100 leitos, além de não serem hospitais especializados. Ainda segundo Araújo, os estudos a respeito do combate à tuberculose exigiam que houvesse pelo menos um leito para cada óbito, conforme cálculos realizados a partir da relação do número de leitos com as quedas nos índices da doença. Portanto, era urgente que fosse construído em Salvador um edifício que tratasse dos tuberculosos de maneira adequada e que aumentasse consideravelmente o número de leitos disponíveis.

A construção do Hospital Santa Terezinha está diretamente relacionada a outras iniciativas de combate à doença desenvolvidas na segunda metade da década de 1930. Em 1936, por exemplo, foi constituída a *Fundação Antituberculose Santa Terezinha* (organização formada por um grupo de senhoras e orientada por Araújo), que já compreendia a tuberculose como uma doença diretamente ligada à pobreza e à qualidade de vida das classes menos favorecidas. O trabalho da fundação estava principalmente relacionado ao desenvolvimento de campanhas educativas e de estudos a respeito da patologia dos pulmões. Além disso, como vimos, em 1937 Silveira criou o IBIT, instituição privada ainda existente que contribuiu enormemente com a investigação científica a respeito das formas de se prevenir e tratar a peste branca.

Ainda que a Bahia ocupasse uma posição de destaque no número de casos da doença durante esse período, a tuberculose era um problema de saúde pública que alarmava todo o país, havendo inúmeras iniciativas nacionais para combatê-la. Assim, através da liderança da Divisão de Obras do MES, diversos edifícios sanatoriais foram criados no Brasil a partir dos anos 1930, com base nas diretrizes dadas pela medicina para combater a enfermidade naquele momento. Tais exigências conferiam à tipologia sanatorial características peculiares e modernas, havendo, portanto, muitas semelhanças entre o Hospital Santa Terezinha e outros sanatórios (no Brasil e no mundo) a ele contemporâneos.

Os sanatórios foram, desse modo, importantes impulsionadores da linguagem arquitetônica moderna no Brasil. Respondendo às especificidades técnicas exigidas, os novos edifícios seriam projetados de forma inovadora, adotando soluções baseadas na padronização e na economia, tornando-os pioneiros no estabelecimento do novo estilo arquitetônico, mais do que outros hospitais não especializados construídos na primeira metade do século XX. Ainda que houvesse, em alguns casos, a presença de elementos ornamentais *art déco*, já se podia notar, na maioria dos sanatórios, inclusive e em especial no Santa Terezinha, um esforço para assumir plenamente a modernidade da época, que o governo progressista de Vargas tanto almejava alcançar.

Ainda no final da década de 1930, no mesmo período da construção do Hospital Santa Terezinha, alguns edifícios de apoio foram instalados no terreno, abrigando usos não comportados pela edificação principal, tais como: serviço de esterilização, necrotério, abrigo para freiras-camareiras e capela (HOSPITAL SANATÓRIO..., 1941). Além disso, o hospital

“[...] dispunha de creche para os filhos dos pacientes, horta, aviário e padaria anexas para dar suprimento à unidade. [...] Um pomar exuberante com árvores frutíferas, tendo à frente do hospital o jardim com a imagem dos dois pulmões cercada de hortências (sic) com a sua fonte luminosa no fundo, que lhe dava uma beleza singular”. (MARTINS, 2004, p. 3)

Entretanto, entre as décadas de 1940 e 1950, o número de casos da doença em Salvador ainda era bastante elevado e a Bahia continuava liderando os altos índices de manifestação e óbitos pela enfermidade, em relação aos outros estados brasileiros. Era necessário, portanto, expandir o serviço prestado pelo Hospital Santa Terezinha, que recebeu ampliações com o objetivo de permitir a instalação de novos leitos, e a



construção de um pavilhão infantil, que foi instalado logo ao fundo do edifício principal. (ANDRADE JUNIOR, 2012)

A partir de 1947, o arquiteto Diógenes Rebouças, através do Escritório do Plano de Urbanismo da Cidade de Salvador (EPUCS), em parceria com o Governo do Estado da Bahia, assessorou a CNCT na escolha do local para a instalação de novos equipamentos na cidade. A orientação era que esses equipamentos fossem construídos na vizinhança imediata do sanatório original, na área entre o Santa Terezinha e a Praça Conselheiro João Alfredo.

Assim, o Governo do Estado desapropriou diversos terrenos contíguos ao sanatório existente e, nos terrenos desapropriados, Rebouças localizou onde seriam construídos pela CNCT os dois novos pavilhões de internação, o pavilhão de serviços gerais e o dispensário. Estes, junto com as instalações já existentes do Sanatório Santa Terezinha e do seu anexo, constituiriam o “Parque Sanatorial Santa Terezinha” que, a partir de 17 de março de 1950, através da Lei Estadual nº 249, passou a ser administrado pela Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira. (ANDRADE JUNIOR, 2012, p. 214)

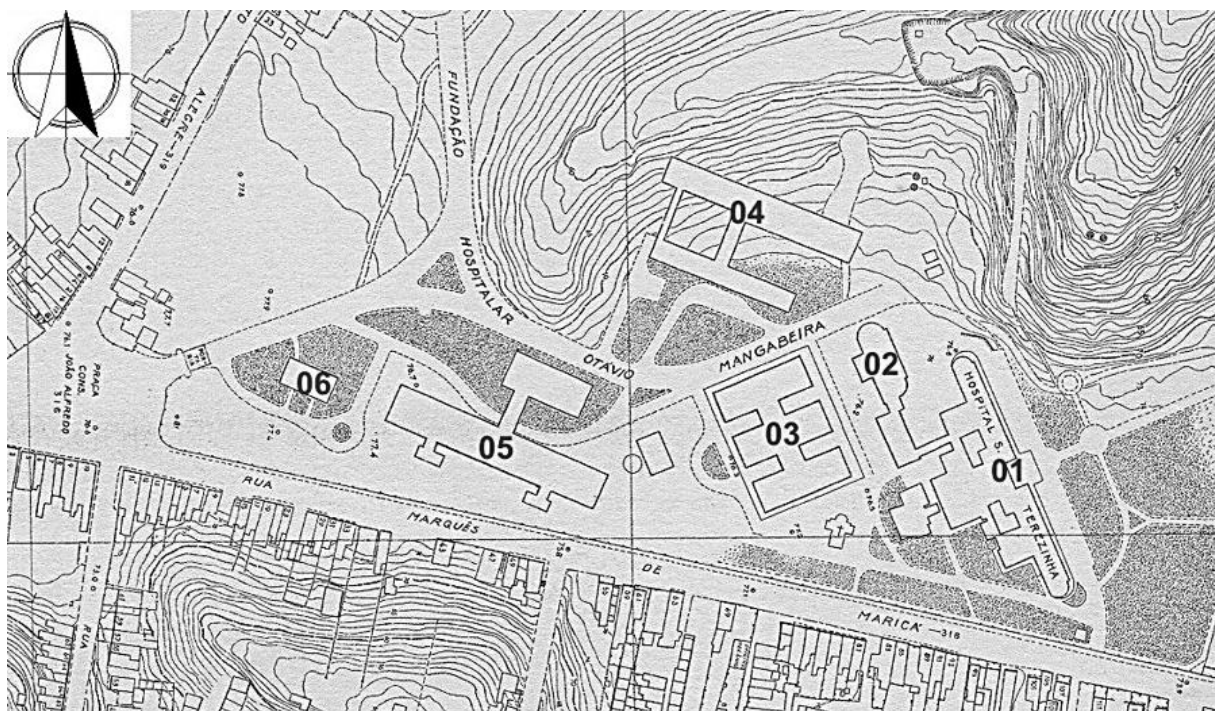
**Figuras 138 e 139** – Da esquerda para a direita: 1º, 2º e 5º não identificados; 3º, Anísio Teixeira; 4º, Clemente Mariani; e 6º, Diógenes Rebouças (à esquerda); da esquerda para a direita, em frente ao Sanatório de Triagem: 1º e 3º não identificados; 2º, Diógenes Rebouças; 4º, Clemente Mariani; e 5º, Anísio Teixeira (à direita).



Fonte: DAD-COC-FIOCRUZ - Fundo Raphael de Paula Souza.

O complexo passou a ser formado pelo pavilhão principal, inaugurado em 1942, junto aos edifícios complementares já existentes, e pelos quatro novos pavilhões que foram inaugurados em 1951 (Pavilhão de Serviços Gerais, Pavilhão de Triagem, Sanatório de Triagem e Dispensário Modelo da Cruz Vermelha). Esses pavilhões visavam apoiar e suprir algumas lacunas não mais comportadas pelo pavilhão principal do Hospital Santa Terezinha, que não deixou de ser o edifício protagonista do complexo, a partir da implantação harmoniosa e respeitosa dos novos blocos no terreno.

**Figura 140** – Situação original no terreno: 01–Hospital Santa Terezinha (1942); 02–Pavilhão infantil (1948); 03–Pavilhão de Serviços Gerais (1951); 04–Sanatório de Triagem (1951); 05–Pavilhão de Triagem (1951); 06–Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira (1951).



Fonte: ANDRADE JUNIOR (2012), a partir do Atlas Parcial da Cidade do Salvador, 1955.

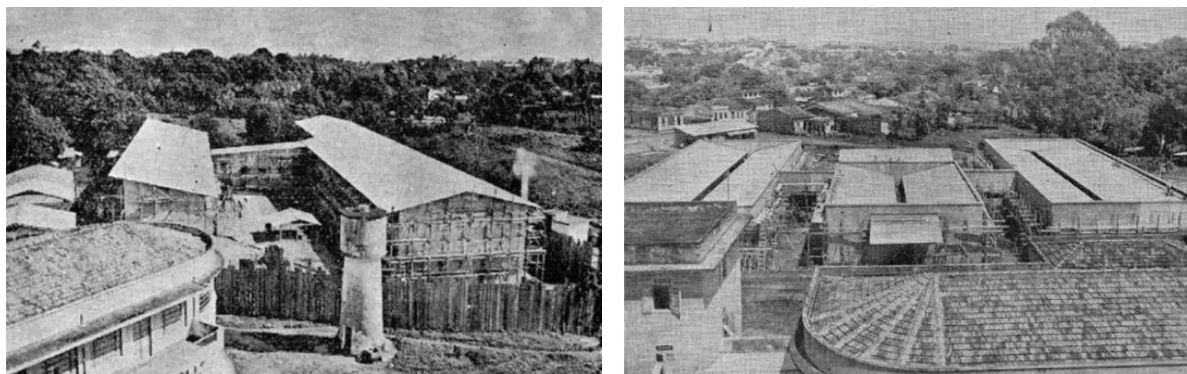
De acordo com Andrade Junior (2012), o Pavilhão de Serviços Gerais acomodava, de forma mais adequada, algumas áreas determinantes para o funcionamento do hospital, que eram originalmente situadas no seu pavimento térreo do edifício principal (como a lavanderia, laboratório, almoxarifado, casa de caldeiras e oficina). Já no Pavilhão de Triagem foram inseridas 74 novas enfermarias, sala de estar, centro médico, centro radiológico, cozinha e refeitórios. Do mesmo modo, no Sanatório de Triagem foram alocados ambientes similares, sendo formado por 76 enfermarias, cozinha, sala de estar, refeitórios, administração, centro médico e centro radiológico. Por fim, o Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira era composto por consultórios, salas de exames e ambientes de apoio para aqueles pacientes que não precisavam mais ser internados em regime de isolamento sanatorial, seguindo os preceitos das novas discussões científicas sobre a profilaxia da tuberculose.

**Figuras 141 e 142** – Pavilhão Infantil, de 1948 (à esquerda); esquadrias na parte curva vistas pelo interior do Pavilhão Infantil (à direita).



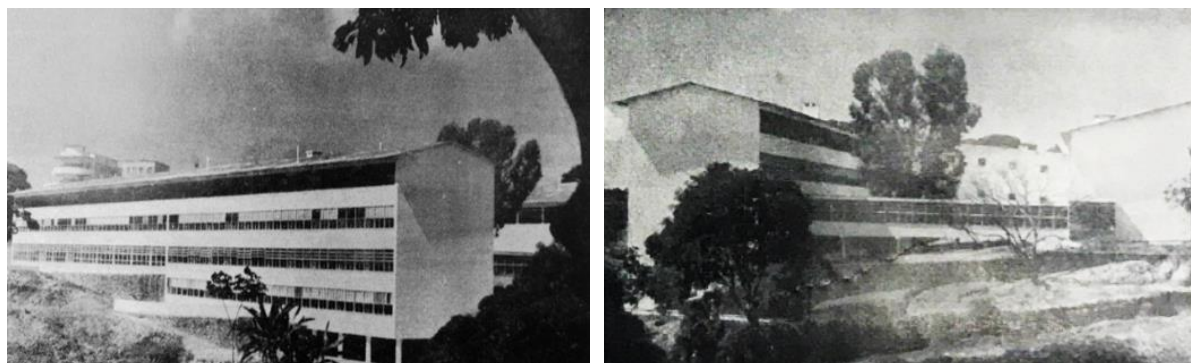
Fontes: Acervo HEOM; DAD-COC-FIOCRUZ - Fundo Raphael de Paula Souza.

**Figuras 143 e 144** – À frente, do lado esquerdo, o Pavilhão Infantil, de 1948. E ao fundo, a obra do Sanatório de Triagem (à esquerda); à frente, a cobertura do Pavilhão Infantil, de 1948, e ao fundo, o Pavilhão de Serviços Gerais, de 1951 (à direita).



Fonte: DAD-COC-FIOCRUZ - Fundo Raphael de Paula Souza *apud* ANDRADE JUNIOR (2012, p. 216 e 220).

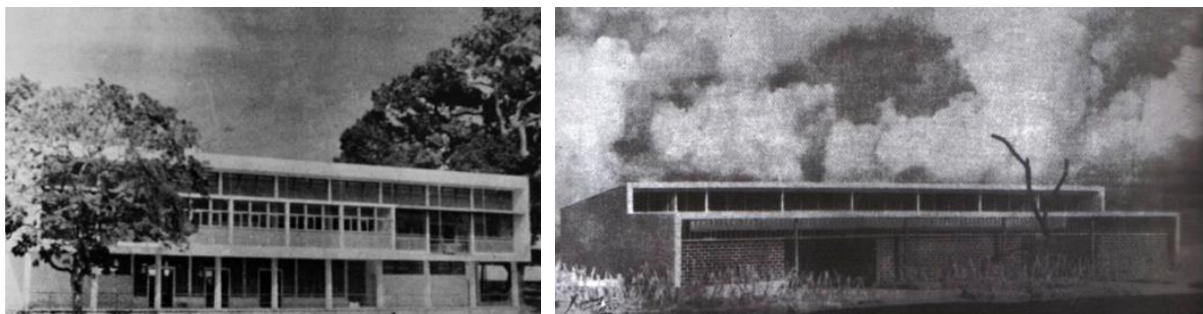
**Figuras 145 e 146** – À frente, o Sanatório de Triagem (1951), e ao fundo, o Hospital Santa Terezinha, de 1942 (à esquerda); passarela entre os blocos do Sanatório de Triagem, de 1951 (à direita).



Fonte: ÁLBUM COMEMORATIVO... (1954);



**Figuras 147 e 148** – Fachada norte do Pavilhão de Triagem, de 1951 (à esquerda); Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira, de 1951 (à direita).

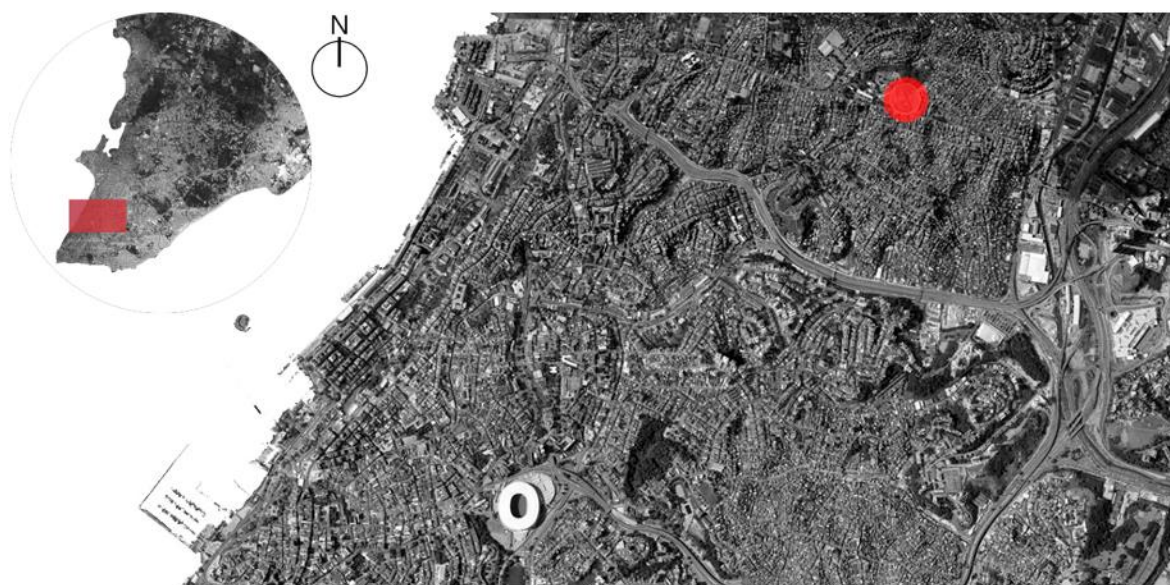


Fontes: Arquivo HEOM; REVISTA FISCAL... (1949).

### 3.3 Implantação e construção do Hospital-Sanatório

A área escolhida para a implantação do Hospital-Sanatório Santa Terezinha foi um terreno de cota bastante elevada localizado na região do Alto da Cruz do Cosme, no bairro do Pau Miúdo, que naquele momento, ainda fazia parte do entorno rural da cidade e estava bastante afastado do centro. O principal intuito era isolar os pacientes infectados, como uma resposta ao entendimento que a tuberculose era uma doença infecciosa causada pelo contágio direto entre “sãos e contaminados”, cujos efeitos estavam diretamente relacionados às condições de vida da população. Assim, evitava-se uma maior proliferação da doença e permitia-se a inserção dos tuberculosos em ambientes onde houvesse abundantes insolação e ventilação naturais, entendidos como fatores fundamentais no tratamento da patologia.

**Figura 149** – No círculo vermelho, o terreno do Hospital Santa Terezinha na cidade de Salvador.



Fonte: ANDRADE JUNIOR; OTREMBIA; SOUZA (2019, p. 219).

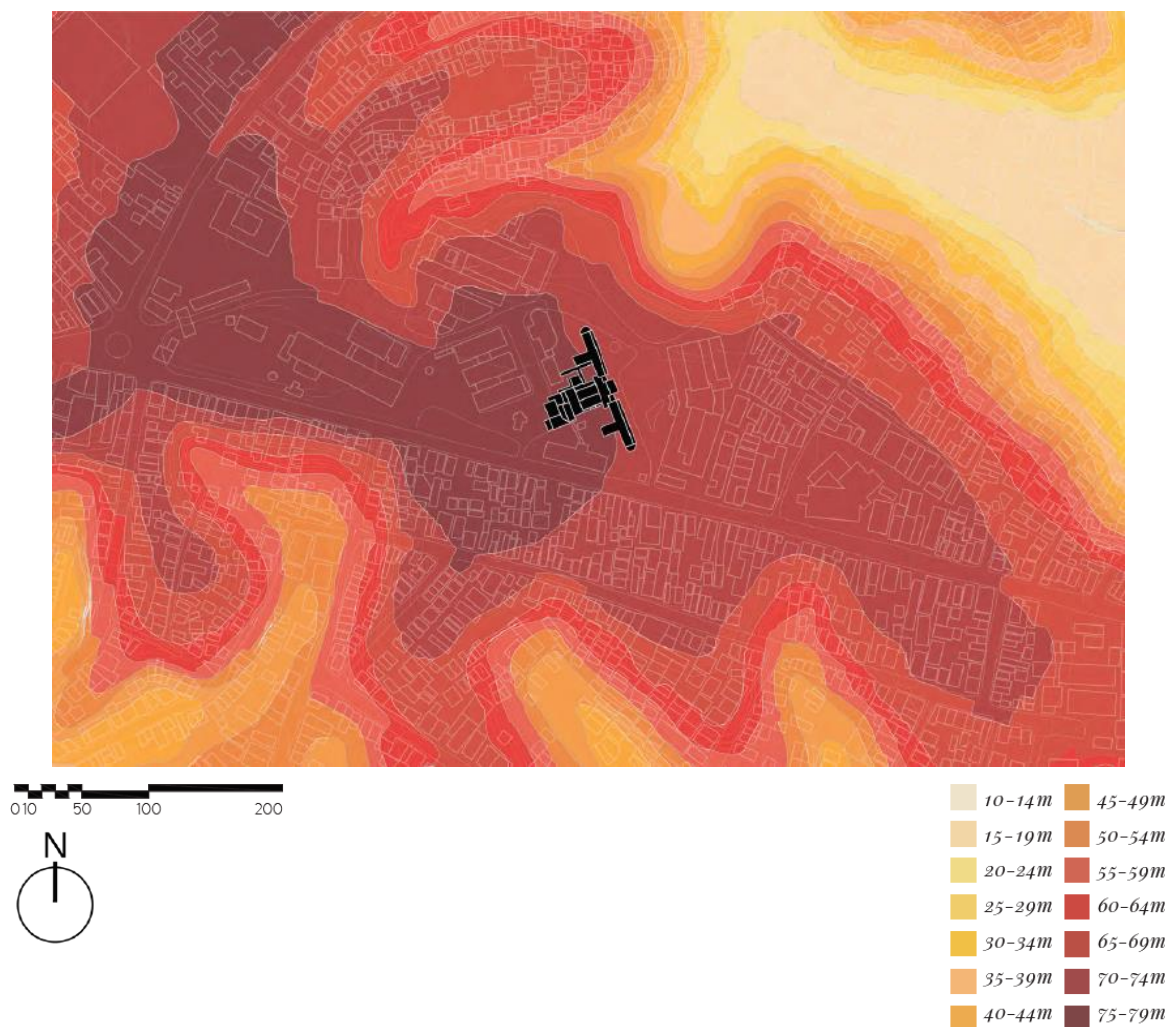
**Figura 150** – Implantação do Hospital Santa Terezinha, no terreno entre o Largo do Tamarineiro, a Rua Marquês de Maricá e a encosta composta por uma grande massa de vegetação.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 103).

Além do isolamento dos físicos em relação ao centro urbano, a escolha do terreno em área ainda não adensada tinha também o propósito de permitir uma implantação que aproveitasse da maneira mais eficaz as condições climáticas disponíveis na região. Para tanto, o edifício foi implantado de forma completamente isolada em uma cota média de 75m de altitude, com sua fachada principal voltada para o lado nascente, recebendo insolação e ventilação abundantes durante grande parte do dia. Este terreno suburbano de elevada altitude e cercado por uma vasta massa verde (que contribuía para a regulação do microclima) era considerado, portanto, bastante propício para a inserção desse tipo de equipamento, visto que correspondia às demandas dos processos terapêuticos desenvolvidos com os pacientes naquela época, que necessitavam “respirar ar puro” e estar inseridos em áreas adequadas para a realização dos frequentes banhos de sol que compunham o tratamento helioterápico.

**Figura 151** – Mapa topográfico do entorno imediato do Hospital Santa Terezinha.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 108).

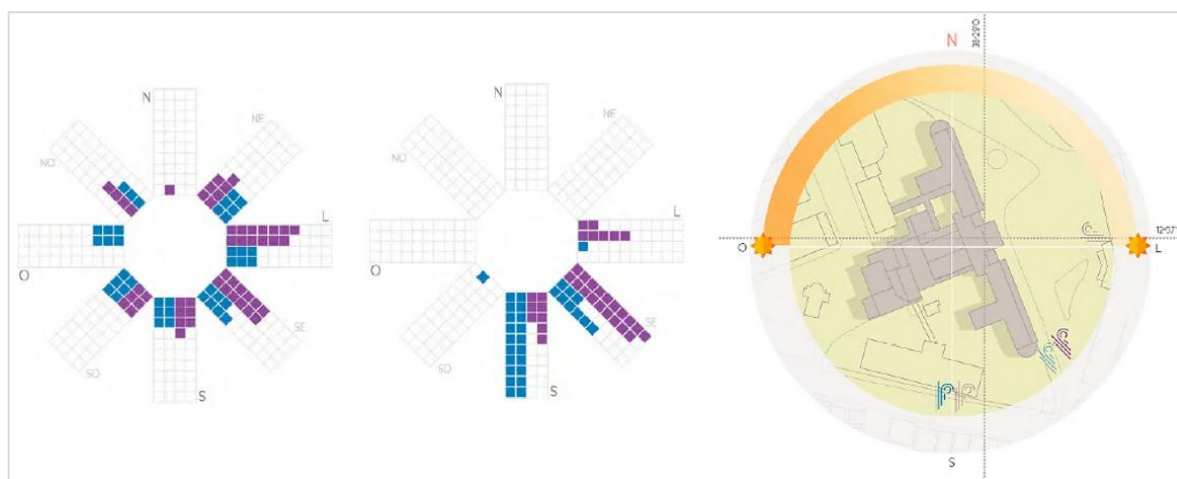
Desse modo, nota-se que a implantação imponente e isolada do edifício claramente horizontal do Hospital Santa Terezinha segue os mesmos moldes dos sanatórios europeus, buscando posições no terreno para maximizar a captação dos ventos e da luz solar através da fachada das varandas de internação. Entretanto, enquanto na Europa os arquitetos inseriam os solários no sentido sudeste, os projetos sanatoriais brasileiros foram adaptados de acordo com as características climáticas locais. Esse estudo cuidadoso em relação à locação do Hospital Santa Terezinha pode ser percebido quando observamos que a sua fachada principal está voltada para a orientação nordeste, recebendo a luz solar direta em um longo período e sendo protegida nas horas mais quentes do dia.

Além disso, o projeto deste sanatório monumental também otimizou de uma maneira muito inteligente a captação da ventilação predominante em Salvador, ajustando o edifício com base no percurso dos ventos, a depender das estações do ano. Seguindo



o princípio científico mais defendido à época (de utilizar a ventilação cruzada como principal estratégia para manter a qualidade do ar interior e afastar os micro-organismos nocivos à saúde humana), os projetistas do Hospital Santa Terezinha se apropriaram do movimento dos ventos sul e sudeste para “higienizar” o fluxo de ar e proporcionar conforto térmico nas áreas internas da edificação. As extensas varandas compondo o volume longitudinal e esbelto, portanto, eram a porta de entrada para garantir a troca de calor no edifício, retirando o ar quente e úmido típico da capital baiana, e diminuindo a possibilidade de contaminação pelo bacilo de Koch entre os usuários do sanatório.

**Figura 152** – Percurso solar e direção dos ventos no Hospital Santa Terezinha: a) em azul, ventos predominantes no outono/inverno; b) em lilás, ventos predominantes na primavera/verão.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 115).

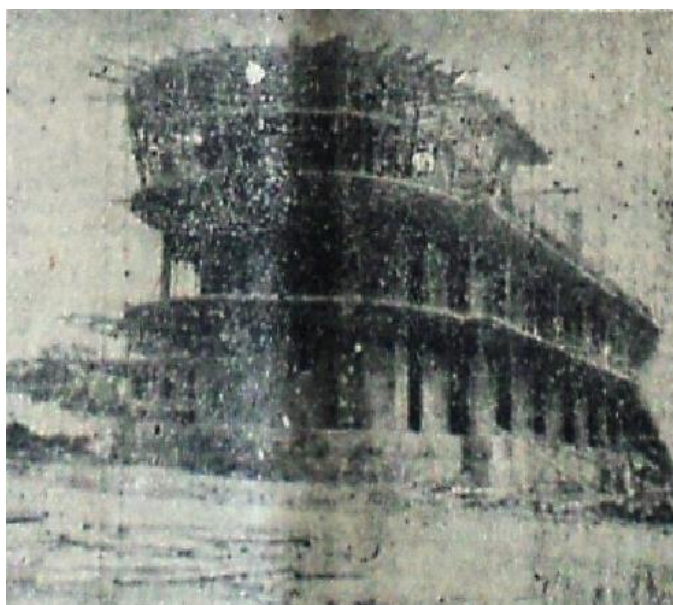
Considerando as decisões que nortearam a sua implantação e concepção projetual, seguindo algumas orientações de José Silveira, Salvador ganhou uma edificação sanatorial composta por uma média de 300 leitos e “[...] feita sem luxo, atendidas as novas técnicas, e [colocada] em subúrbio da Capital, vencendo o tabu de que tais nosocômios só seriam úteis nos chamados climas apropriados” (SILVEIRA, 1994, p. 148). Assim, sob a responsabilidade da construtora Emilio Odebrecht & Cia, que liderava a execução de diversas obras importantes de interesse público no estado da Bahia, a construção do tão esperado e noticiado Hospital-Sanatório Santa Terezinha foi iniciada em 25 de abril de 1937, no governo de Juracy Magalhães.

Os periódicos da época, com ênfase para o *Diário de Notícias*, divulgavam constantemente o andamento das obras e o papel essencial da construtora, do governo, da Fundação Santa Terezinha e do Dr. Cesar de Araújo para a realização daquele hospital-sanatório, que era essencial para atender à população baiana, tão



sofrida com os altos índices da patologia dos pulmões. Além do papel social de grande impacto, ressaltavam que a impressionante obra recebia algumas visitas de membros importantes do governo, “[...] sendo digna de elogios, pela técnica e perfeição nesta empregadas. É um moderníssimo edifício hospital, dos primeiros, ao gênero, na América do Sul, com instalações esplêndidas, construído ao rigor da técnica mais exigente”. (UM RÓL DE IMPORTANTES..., 1938)

**Figuras 153 e 154** – Início da construção do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, em 1937 (à esquerda); divulgação da construção do Hospital-Sanatório Santa Terezinha pela Construtora Odebrecht no jornal Diário de Notícias, com imagem da perspectiva do projeto (à direita).



Fontes: À MARGEM DA CONSTRUÇÃO... (1937); EMILIO ODEBRECHT... (1938).

**Figuras 155 e 156** – Reportagem enfatizando os esforços técnicos da construtora que venceu a concorrência para empreender a moderna obra do Hospital Santa Terezinha (à esquerda); reportagem abordando o andamento da obra do hospital e a possibilidade de inauguração no ano de 1938 (à direita).



Fontes: UM RÓL DE IMPORTANTES... (1938); NÃO TARDARÁ A CONCLUSÃO... (1938).

Com a previsão de inaugurar no ano seguinte ao início da sua construção, o *Diário de Notícias* de agosto de 1938 anunciou que a obra do Hospital Santa Terezinha estava bastante adiantada, podendo ser entregue em até dois ou três meses adiante. Desse modo, seria necessário que o governo do novo Interventor Federal, Landolfo Alves, começasse a providenciar com antecedência a aquisição do mobiliário e de outras instalações para o estabelecimento. “Esse material em grande parte é importado do estrangeiro e de outros Estados, e se, acaso, as encomendas não se fizerem com a devida antecipação, seguramente o monumental edifício ficará por muito tempo fechado à espera das mesmas instalações” (NÃO TARDARÁ A CONCLUSÃO..., 1938). Entretanto, em novembro do mesmo ano, o mesmo periódico anunciou que as obras do hospital continuavam em andamento, havendo a possibilidade de o governo construir “um abrigo, para incuráveis, o que evitará a superlotação do Hospital Sanatório” (AINDA NO ÂMBITO..., 1938), que deveria se manter focado no acolhimento e cura dos tísicos tratáveis.

Ainda que tivesse gerado expectativas em relação a uma possível inauguração antecipada, a obra do Hospital Santa Terezinha atrasou, como publicou o *Jornal A Tarde*, em novembro de 1939. Trazendo à tona os lamentáveis dados estatísticos que contabilizavam cerca de 7000 enfermos e 1500 óbitos por ano pela peste branca na Bahia, percebe-se a urgência que se tinha para inaugurar o hospital. O grave problema de saúde pública gerado pela contaminação massiva por tuberculose não tinha como ser atenuado com os apenas 40 leitos existentes no Hospital Santa Izabel, e a pressão para a obra ser concretizada era notória. Entretanto, continuariam morrendo inúmeros tísicos de baixa renda, enquanto o governo não tomasse as providências necessárias, que aparentemente, estavam ligadas aos aspectos econômicos.

“[...] passando pelo local da imponente construção, verificam pesarosos que os trabalhos finais vão se arrastando morosamente, um pequeno grupo de operários ocupando-se de tarefas menores no vasto casarão em que tantas esperanças estavam depositadas. Ao que se diz a firma construtora, por falta dos necessários créditos, não pôde acelerar a obra, ameaçada, assim, de entrar na grande lista das eu o povo denomina de Santa Engracia”. (ATRAZADAS AS OBRAS..., 1939)

Mesmo diante de toda a situação caótica gerada pela peste branca na Bahia e dos constantes apelos da sociedade para a obra do hospital-sanatório se findar, em maio de 1941 os baianos seguiam aguardando a sua inauguração. De acordo com a publicação do *Diário de Notícias* deste período, a abertura do Santa Terezinha, que vinha sendo retardada, estava próxima; e finalmente a população poderia contar com

um serviço de qualidade, desenvolvido dentro dos muros de um edifício que seguia os “[...] mais exigentes requisitos da ciência [...]” (O HOSPITAL SANTA TEREZINHA..., 1941). Ainda revelava que os enormes esforços dos profissionais das ciências da saúde, da Fundação Santa Terezinha e dos movimentos que lutavam para combater os agravos da patologia pulmonar tinham suas limitações. Os recursos científicos e a grande capacidade dos especialistas tornavam-se frágeis diante da

[...] falta de recursos, que não nos permitiram, até então, aparelhagens modernas, capazes de fazer eficientes os tratamentos aconselhados. [...] Agora, depois de prolongada demora, que tantos comentários despertou, após o término da obra em apreço, segundo soubemos, vai o Hospital ser inaugurado, em definitivo. Já estão sendo feitos reparos e, no próximo dia 2 de julho, será o mesmo entregue ao dr. Cesar Araújo, seu obstinado criador. A Interventoria já concedeu a verba do mobiliário, cujo custo atinge a soma de oitocentos contos de réis. (O HOSPITAL SANTA TEREZINHA..., 1941)

Apesar disso, mais uma vez a expectativa do povo baiano não foi atendida, mantendo-se por mais alguns meses o contexto de miséria das vítimas atingidas pela enfermidade causada pelo bacilo de Koch. A obra foi concluída em 15 de setembro de 1941, e parecia que, enfim, a deficiente assistência aos tísicos seria atenuada. Em 18 de dezembro deste ano, o *Diário de Notícias* anunciou a realização de uma cerimônia solene a ser realizada no dia do Natal, onde compareceriam “[...] as autoridades civis e militares, imprensa e convidados especiais [...] sendo, em seguida, o estabelecimento franqueado à visita pública” (A INAUGURAÇÃO..., 1941). No entanto, esta inauguração somente ocorreu em 3 de janeiro de 1942, com a presença do Interventor Federal Landolfo Alves em uma missa e cerimônia solene, sendo o hospital-sanatório aberto para visitação do público no dia seguinte e, finalmente, abrindo suas portas para receber os primeiros enfermos a partir do dia 10 de janeiro.



**Figuras 157 e 158** – Reportagem denunciando o atraso da entrega da obra do Hospital Santa Terezinha e as implicações disso para o povo baiano (à esquerda); reportagem lamentando o cenário de vidas ceifadas pela TB e a esperança em dias melhores a partir do anúncio da breve inauguração do moderníssimo Hospital Santa Terezinha (à direita).



Fontes: ATRAZADAS AS OBRAS... (1939); O HOSPITAL SANTA TEREZINHA... (1941).

**Figuras 159 e 160** – Manchete de capa do *Diário de Notícias*, anunciando as festividades da inauguração do Hospital Santa Terezinha (à esquerda); manchete de capa do *Diário de Notícias*, revelando que o novo centro da rede hospitalar antituberculose da Bahia seria inaugurado na primeira semana de janeiro de 1942 (à direita).



Fontes: A INAUGURAÇÃO... (1941); SERÁ O CENTRO... (1941).

Esteve presente na cerimônia de abertura do Hospital-Sanatório Santa Terezinha o seu primeiro diretor, que tanto sonhou com a concepção deste estabelecimento de saúde e orientou toda a sua construção – o renomado fisiologista Dr. César de Araújo. Emocionado com a materialização daquele que representava um símbolo de vitória,

amparo e justiça social para tantos baianos que se preocupavam e sofriam com as trágicas consequências da moléstia dos pulmões, o médico proferiu suas palavras de gratidão, esperança e confiança na qualidade científica e arquitetônica da nova construção sanatorial. Esta que, segundo o *Diário de Notícias*, deveria ser tida como “o centro da rede hospitalar que se for construindo na Bahia, para o isolamento de tuberculosos. Daí o seu melhor aparelhamento; os outros hospitais, hospitais satélites, devem ser de custo mais modesto [...]” (SERÁ O CENTRO..., 1941), tendo menor complexidade assistencial e transferindo para o Hospital Santa Terezinha os pacientes que necessitassem de terapias mais ativas.

Honrando as tradições de cultura e de civilização da Bahia ele aí está, com suas enfermarias humanas e arejadas, com suas amplas varandas de cura, com seus jardins tranquilos que, em breve, se enfeitarão de flores e, sobretudo, equipado tecnicamente de todos os recursos que a moderna fisiologia aconselha e consagra. [...] Santa Terezinha!... órgão de saúde e de assistência, instrumento de prevenção e de amparo, florão do progresso e da solidariedade de nossa terra. Vives, enfim, na austera harmonia de tuas linhas arquitetônicas e, mais ainda, na realidade indiscutível de um funcionalismo regular! Benditos sejam, pois, os “arquitetos do bem”, que fizeram com que surgisse no alto desta colina, suave abrigosa, para a devoção ao martírio alheio, em ponto de socorro aos que padecem ignorados e debruçando-se, vigilante, sobre a cidade que, já em baixo (sic), se desata no seu suave apostolado, de bem fazer, como mais um setor na luta contra a mais tremenda das nossas calamidades sociais! (ARAÚJO, 1942 *apud* SILVEIRA, 1994, p. 147-148).

O elevado número de tísicos internados no Hospital-Sanatório Santa Terezinha, imediatamente após a sua inauguração revelou a enorme carência assistencial existente em Salvador e no interior do Estado. A confiança depositada pela população, pacientes, profissionais de saúde e meios de comunicação em relação aos benefícios e novas possibilidades terapêuticas que este centro de isolamento e cuidados traria para os enfermos era notória, e o início das atividades do hospital representou um grande marco para a história da fisiologia na Bahia. A despeito disso, cabe salientar que já no mês de fevereiro de 1942, foram identificados alguns problemas ligados ao acesso à região onde o nosocômio foi instalado.

Aparentemente, sua implantação em área suburbana exigia uma organização governamental mais adequada em relação à oferta de transporte público até o local, e este logo tornou-se um problema à medida em que o hospital iniciou o seu funcionamento. A falta de infraestrutura urbana nesta região ruralizada de Salvador exigia que, a partir da instalação de um hospital desta magnitude no local (que implica em mudanças na dinâmica da área), também fossem providenciadas medidas em

relação ao transporte urbano, principalmente considerando o fato de que muitas famílias pouco abastadas não tinham meios viáveis de visitar seus parentes aos domingos, devido à falta de transporte público.

Justo seria que, pelo menos, uma “marinetti” fizesse o transcurso nos dias de domingo, já que não é possível, diariamente. A distância entre o último ponto de bonde e de ônibus à Baixa da Quinta dos Lázarus, e o Hospital Santa Terezinha, é enorme, e ninguém suporta andar aquele trajeto a pé, com o sol estafante. (A BAHIA BENEFICIADA..., 1942)

### 3.4 O edifício do pavilhão principal

A notoriedade e relevância do emblemático Hospital-Sanatório Santa Terezinha, à época da sua construção, é indiscutível. Este novo edifício sanatorial tornou-se o grande símbolo da luta antituberculose na Bahia, representando os esforços coletivos de diversos grupos para minimizar o profundo sofrimento causado pela peste branca no Estado. Entretanto, a magnitude da edificação não estava apenas associada ao seu caráter funcional, que visava suprir a enorme lacuna na assistência à saúde dos tísicos, oferecendo uma estrutura física e um corpo clínico altamente capazes de desenvolver as terapêuticas ativas da melhor qualidade defendidas pela ciência nos anos 1940. No caso do Santa Terezinha, o seu protagonismo também estava diretamente relacionado à sua exuberância arquitetônica, material, tipológica e construtiva, que denotavam de maneira exemplar a chegada e a difusão da modernidade na Bahia.

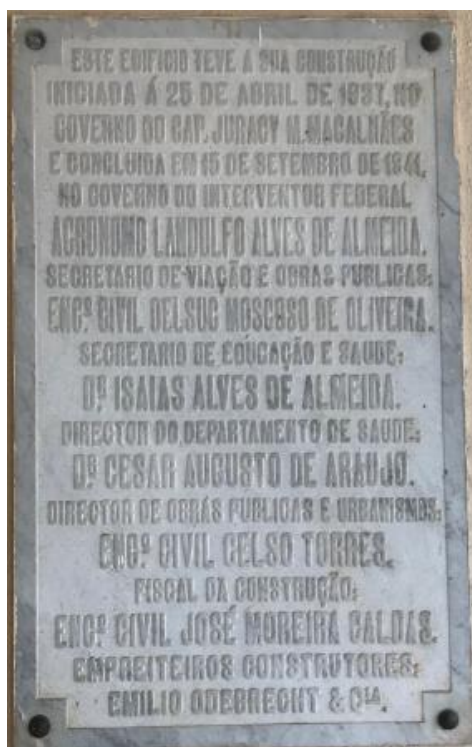
É curioso perceber que, apesar disso, não se sabe, ao certo, a autoria projetual deste icônico estabelecimento de saúde. O projeto do Hospital-Sanatório pode ter sido desenvolvido pela equipe de arquitetos e engenheiros da Divisão de Obras do MES, que “projetou e construiu, com verbas do ministério, de 13 a 19 grandes sanatórios em praticamente todos os estados da nação [...]” (COSTA, 2008, p.131). Por outro lado, uma outra hipótese é que o projeto do Santa Terezinha tenha sido elaborado por um arquiteto carioca denominado *Azaredo*, de acordo com Azevedo (1997, *apud* ANDRADE JUNIOR, 2019, p. 182). Outra informação acerca desta autoria de projeto (talvez a mais precisa quando comparada com as anteriores), é aquela fornecida pelo Dr. Cesar Araújo ao periódico *Diário de Notícias*, de 13 de abril de 1944. Segundo a publicação, o diretor do estabelecimento afirmou que “[...] deve-se o projeto de sua construção ao engenheiro Souza Aguiar, do Ministério da Educação e Saúde, tendo



sido completado pela Diretoria de Obras Públicas, da Secretaria da Viação e Obras Públicas da Bahia” (MAIS DE MIL..., 1944). Por fim, ainda há a versão de Norberto Odebrecht, que informou, durante uma entrevista concedida à arquiteta Anna Beatriz Ayrosa Galvão:

Naquela época a concorrência era aberta e a construtora fazia o projeto, era o pacote projeto e construção. O projeto deve ter sido feito pela *Emílio Odebrecht Cia*, que deve ter contratado os arquitetos dela. Aquele projeto foi feito por algum escritório de arquitetura. (ODEBRECHT, 1996 *apud* LARCHER, 2003, p. 140)

**Figuras 161 e 162** – Placa referente à construção, inauguração e pessoas envolvidas com o projeto e obra (à esquerda); imagem do Hospital Santa Terezinha e do médico Cesar Araújo (seu idealizador e primeiro diretor) publicada no *Diário de Notícias*, em 13/04/1944, ressaltando que já haviam sido internados mais de mil pacientes até aquele momento (à direita).



Fontes: Foto realizada pela autora, 3 de abril de 2018; MAIS DE MIL... (1944).

A conformação original do Hospital Santa Terezinha é de um monobloco simétrico de cinco pavimentos com extremidades arredondadas, ao fundo do qual três blocos prismáticos se conectam perpendicularmente. Dentre esses três volumes, os dois das extremidades são iguais e menores, enquanto o bloco central possui maiores proporções. Sua capacidade inicial era de 350 leitos, distribuídos em cinco pavimentos, em enfermarias individuais ou compartilhadas. Em todos os pavimentos, contínuas e lineares varandas se desenvolvem de maneira escalonada, acompanhando a forma aerodinâmica das extremidades e se interrompendo na

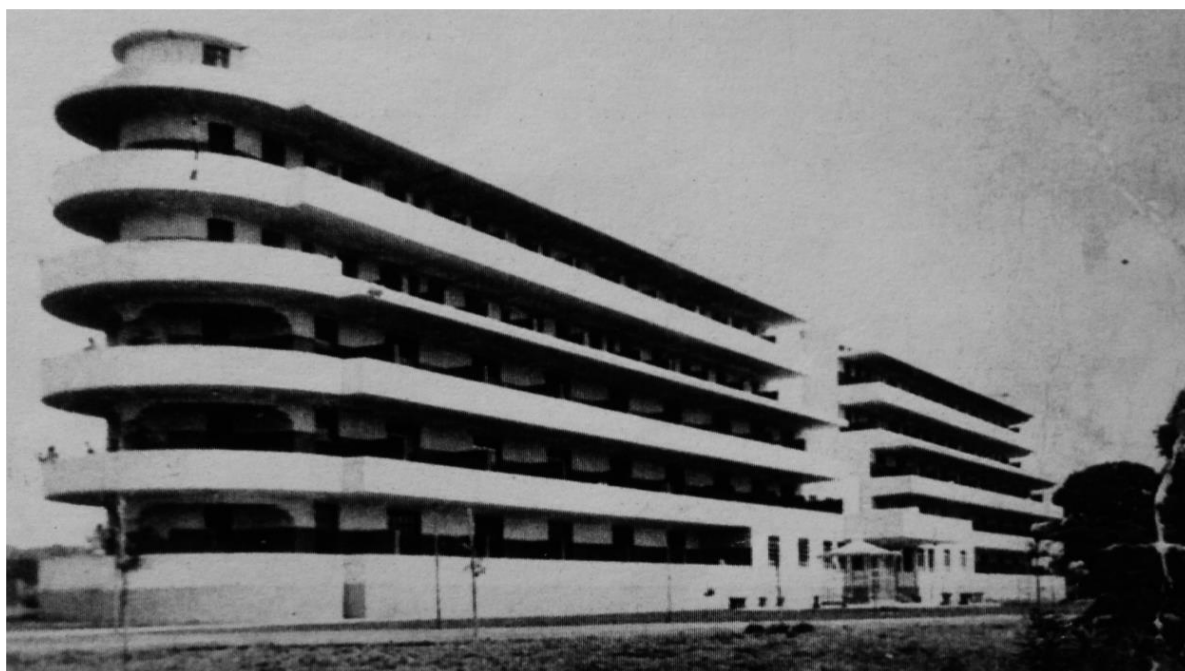


fachada de fundo, onde os rasgos dão lugar a diversas esquadrias dispostas de maneira regular.

No eixo transversal do edifício, os solários são interrompidos por um bloco prismático que abriga o acesso primário ao hospital; os elementos de circulação vertical (escadas e elevadores); e o hall que divide os usos das alas esquerda e direita de cada andar. Desse modo, sua tipologia nosocomial se configura por um sistema de circulação vertical principal no centro do prédio, com escadas secundárias em cada extremidade e uma circulação horizontal de distribuição em cada pavimento sobreposto de forma escalonada. O monobloco possui aproximadamente 100 metros de comprimento por 10m de largura, e o bloco prismático central avança 20m ao fundo da edificação, tendo esta, em sua conformação original, uma área total de cerca de 9.000m<sup>2</sup>.

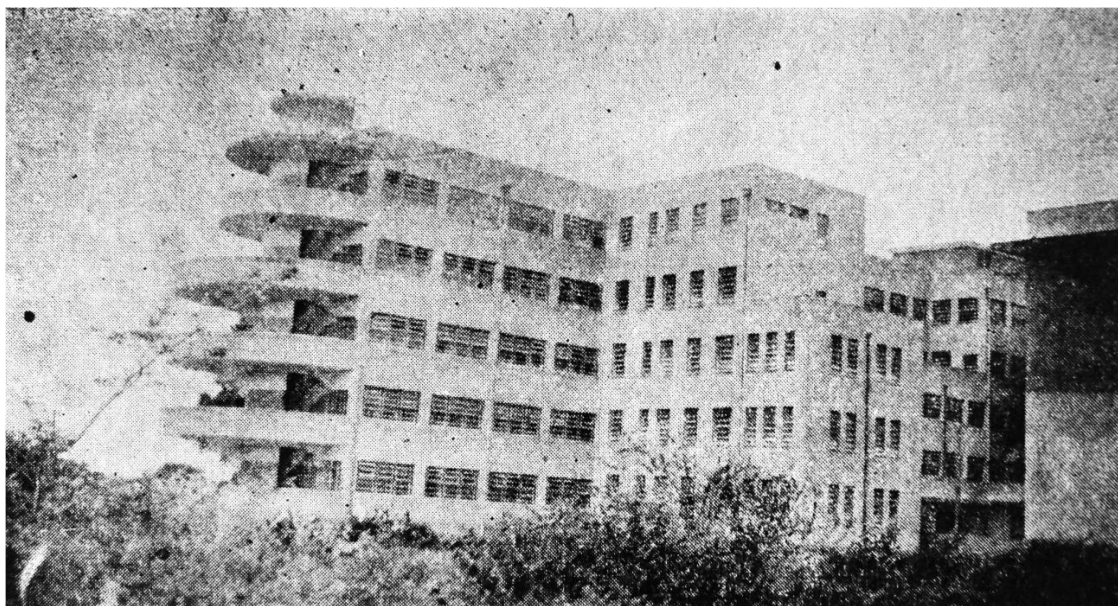
O Hospital Santa Terezinha, construído pelo Governo do Estado, é um hospital modelar, com a capacidade de 350 leitos (podendo comportar, todavia, até 400), é destinado, exclusivamente, ao tratamento dos tuberculosos. Suas instalações são das melhores e das mais modernas, estando provido de todos os requisitos que a ciência aconselha, no particular. Serviço de cirurgia perfeitamente aparelhado. Laboratórios instalados a rigor, para rotina e para pesquisas. Serviço de fisioterapia e eletricidade médica. Gabinete dentário. Farmácia de Oftalmo-otorrino-laringologia. Gabinete de Raios X, etc. Consta de cinco pavimentos: três de enfermarias de 4 e 6 leitos, e dois de quartos individuais. Trezentos leitos são destinados a indigentes e cinquenta para pensionistas. (SERÁ O CENTRO..., 1941)

**Figura 163** – Fachada principal do Hospital Santa Terezinha à época da inauguração, nos anos 1940.



Fonte: Arquivo HEOM.

**Figura 164** – Fachada de fundo do Hospital Santa Terezinha.



Fonte: HOSPITAL SANATÓRIO... (1941).

A partir da sua clareza volumétrica, da forte presença de linhas horizontais, da quase completa ausência de ornamentação, da racionalidade construtiva, da estrutura evidente e especialmente pelo avanço tecnológico que as extensas varandas em balanço representam, o Hospital Santa Terezinha pode ser considerado um edifício que buscava alcançar plenamente a modernidade arquitetônica da época. Diversos elementos presentes na arquitetura do célebre hospital-sanatório baiano podiam, do mesmo modo, ser encontrados em outros edifícios modernos a ele contemporâneos – com usos similares ou diferentes, fossem eles europeus, latino-americanos, de outros estados brasileiros ou mesmo soteropolitanos.

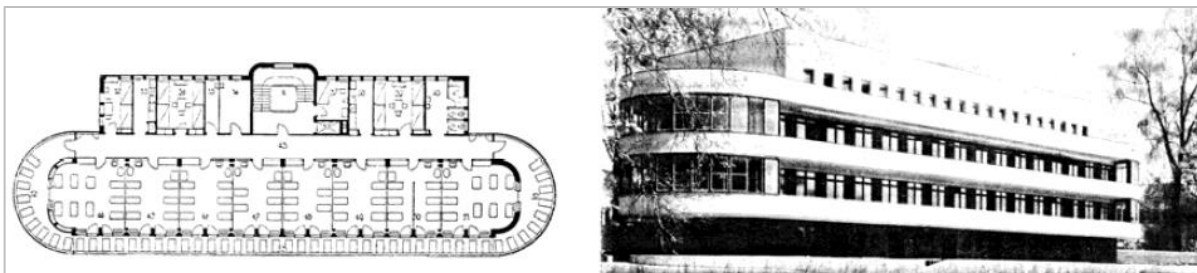
Vale ressaltar que a concepção da maior parte dos sanatórios construídos no Brasil entre os anos 1930 e 1940 se desenvolveu “a partir de vertentes *art déco*<sup>46</sup> ou modernas, ou ambas” (BIERRENBACH, 2011a, p. 6), sendo possível perceber no Hospital Santa Terezinha sinais desse hibridismo, não obstante seu caráter predominantemente moderno. Assim, dentro da análise formal deste hospital-

---

<sup>46</sup> Diversos autores consideram o *art déco*, típico dos anos 1920-1930, como um movimento que buscava romper com as linguagens tradicionais e incorporar as novas tecnologias surgidas a partir da industrialização, ainda que carregasse muitas das referências das “antigas arquiteturas”. Desse modo, apesar de alcançar formas mais puras do que aquelas típicas da estética tradicional, o *art déco* ainda carregava elementos decorativos, embora mais simples do que os tradicionais, denotando a sua aproximação com o fazer moderno, mas, ao mesmo tempo, se diferenciando da Arquitetura Moderna *corbusiana* ou da escola carioca de Niemeyer, que sintetizaria a arquitetura brasileira a partir do início dos anos 1940 até a década de 1960 e que eliminava os ornamentos, visando a funcionalidade como determinante da forma, a racionalidade construtiva e a estrutura aparente dos edifícios.

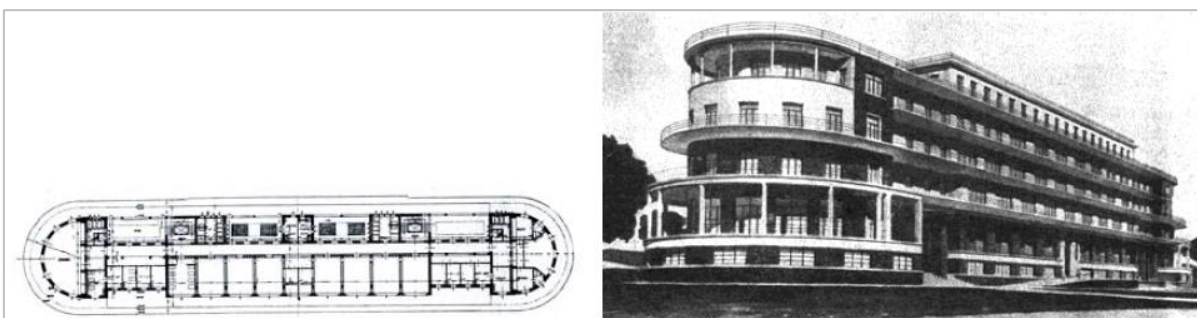
sanatório, é fundamental compreender o seu surgimento em um período onde o *art déco* coexistia com as primeiras manifestações do movimento moderno, pautado na ideia da “forma seguindo a função” – que logo se difundiria pelo país – e, em inúmeros exemplos (sejam edifícios da área de saúde, educacional, de comércio e/ou serviços), essas linguagens se misturavam.

**Figura 165** – Planta baixa do pavimento tipo e vista do Hospital para a Maternidade e Infância de Berna (1929-30).



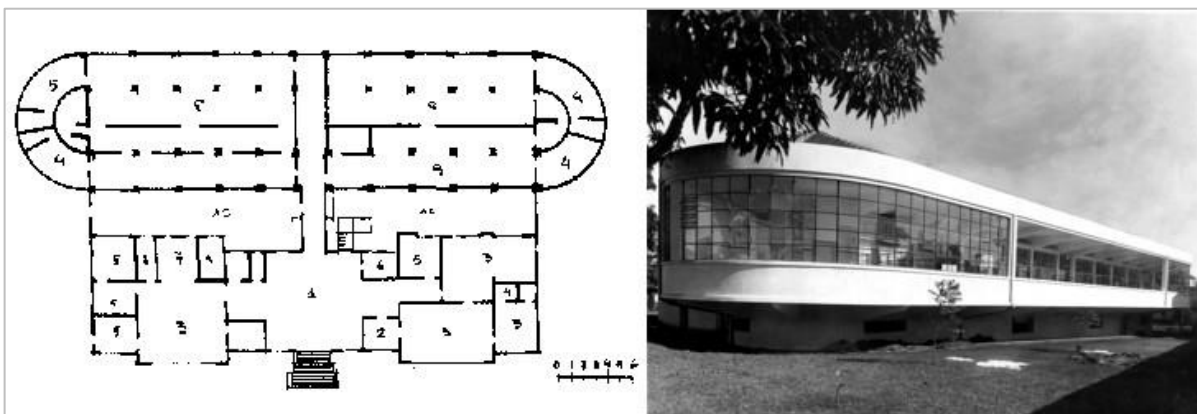
Fonte: QUECEDO (2012, p. 138)

**Figura 166** – Planta baixa do pavimento tipo e vista do *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale* no Centro Sanatorial de Forlí (1934).



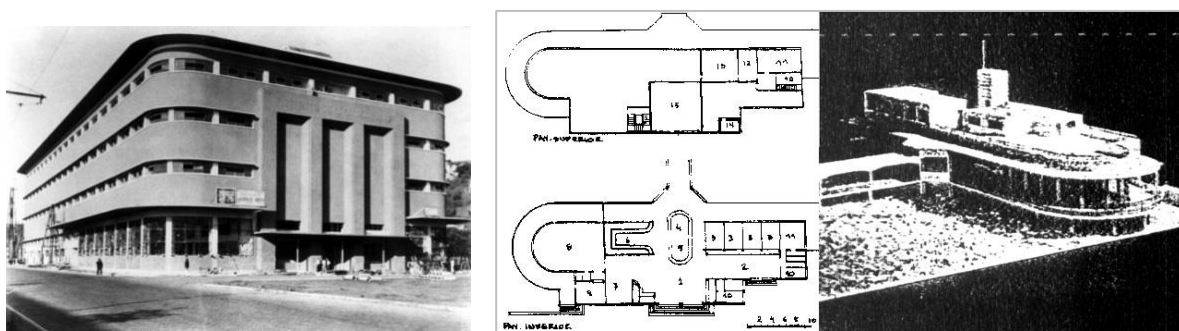
Fonte: QUECEDO (2012, p. 138).

**Figura 167** – Creche Pupileira Juracy Maralhões, em Salvador, anos 1930.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de LARCHER (2003, p. 128) e CHRISTIANI e NIELSEN (*apud* BIERRENBACH, 2011b).

**Figuras 168 e 169** – Instituto do Cacau, em Salvador, anos 1930 (à esquerda); planta baixa e maquete da Estação de Hidroaviões (1937-39), projetada pelo arquiteto Ricardo Antunes e localizada no Porto dos Tainheiros, no bairro de Itapagipe, em Salvador (à direita).



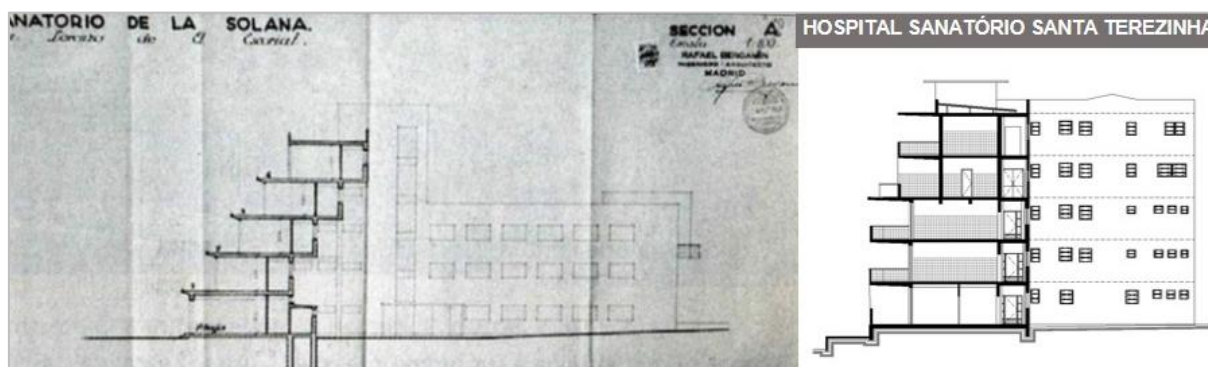
Fontes: AZEVEDO (2007); LARCHER (2003, p. 134 e 135).

**Figuras 170 e 171** – Sanatório Mandaqui, em São Paulo, 1940 (à esquerda); Hospital Infantil do México (1940-43), do arquiteto José Villagrán García (à direita).



Fonte: CPDOC/FGV; MUSEUMS ARCHIVE (2012).

**Figura 172** – Escalonamento das enfermarias avarandadas e similaridade tipológica entre o sanatório espanhol La Solana, El Escorial (1935) e o hospital-sanatório baiano Santa Terezinha (inaugurado em 1942, cadastro de 2018).



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de QUECEDO (2012, p. 134) e de OTREMBA (2020).

O edifício do Hospital Santa Terezinha se insere, portanto, na primeira fase de ascensão da arquitetura moderna na Bahia, em um momento de hibridismo e ruptura com o passado, tornando-se fundamental para o estabelecimento dessa expressão arquitetônica na capital baiana. Considerando o protagonismo do aspecto funcional, da economia e da racionalidade construtivas na concepção dos projetos modernos, mais uma vez esta obra pode ser considerada um exemplar de excelência, com um



partido que possibilitou uma construção sem desperdícios e devidamente aplicada ao uso proposto, como observa Norberto Odebrecht:

[...] a única preocupação sempre foi a racionalidade e a funcionalidade no que fosse construído. Quer dizer, no fundo tínhamos, vamos dizer, horror a desperdício. Os espaços tinham que ter uma função. Então, se ficava bonito, ou não, isso era um problema, depois, de composição. Antes de mais nada, eu entendo que os espaços têm que atender às necessidades do usuário. (ODEBRECHT, 1996 *apud* LARCHER, 2003, p. 140)

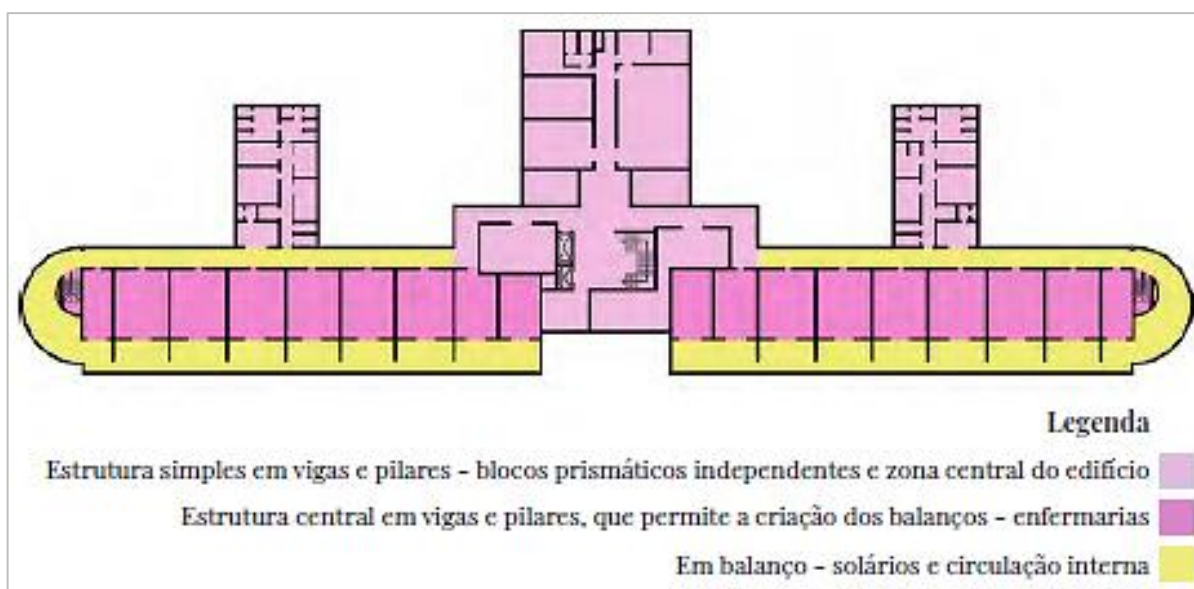
Dentro dessa perspectiva, cabe compreender o quão fundamental foi o sistema construtivo adotado no Hospital Santa Terezinha para gerar a sua forma monumental e a sua espacialidade interna totalmente adequada à funcionalidade almejada. Nota-se que as vedações em blocos cerâmicos complementam a cuidadosa solução laje-viga-pilar com aumento de seção nos pontos de encontro, e a estrutura em concreto armado se materializa a partir de: a) vãos centrais no sentido transversal, com cerca de 6,40m de largura (que configuram as enfermarias); b) balanços nas extremidades, com dimensões de 2m (circulação de distribuição na parte posterior do bloco) e 3m (varandas/solários das enfermarias, na fachada principal); c) vãos no sentido longitudinal de aproximadamente 5,40m.

Os pilares, que possuem seção de 80x25cm, foram posicionados de modo alinhado às paredes internas no sentido transversal; e é justamente o seu afastamento em relação à fachada principal que gera a forma horizontal do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, acentuada pelas extensas varandas ininterruptas, com cerca de 44m de comprimento em cada lado. Vale ressaltar que, como o terceiro e quarto pavimentos são recuados em relação aos demais, diminuindo a proporção da área central das enfermarias e mantendo a mesma lógica das varandas, os pilares também acompanham esse afastamento, sendo necessário inserir vigas longitudinais estruturais de transição. Outro aspecto que merece atenção em relação aos dois últimos pavimentos é que os banheiros ali presentes determinam a existência de *shafts* para a distribuição da tubulação hidrossanitária até o pavimento térreo, sendo tais estruturas posicionadas de forma desalinhada entre si ao longo da circulação posterior do edifício.

Além disso, também é interessante observar que existe um aumento de seção nas vigas das extremidades da edificação, havendo nas pontas curvas do hospital uma espécie de mísula escalonada ornamental *art déco* que auxilia na transferência de

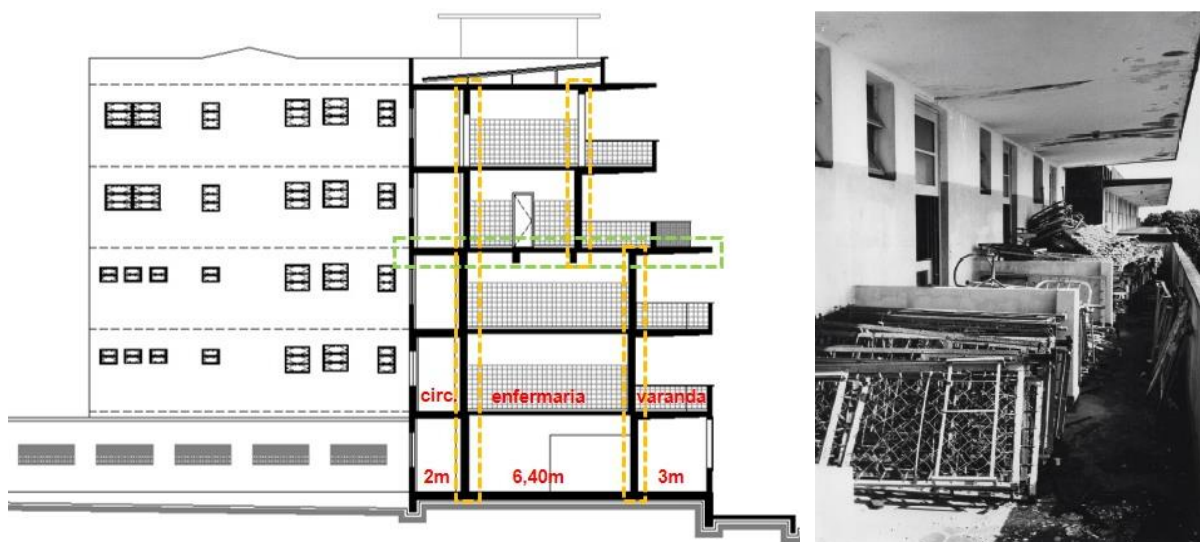
cargas das vigas curvas. Com relação à laje, também existem diferenças de espessura, a depender da área do hospital: a) 18cm no centro (enfermarias); b) 27cm na extremidade da circulação posterior; c) e uma variação de 30cm para 20cm na seção em trapézio das varandas.

**Figura 173** – Esquema simplificado do funcionamento estrutural do Hospital Santa Terezinha.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 117).

**Figuras 174 e 175** – Corte transversal revelando a relação entre a disposição dos ambientes e todo o sistema estrutural do edifício: a) em amarelo, os pilares e a viga de transição de cargas; b) em verde, os balanços e as diferentes espessuras das lajes (à esquerda); laje em balanço no solário/varanda das enfermarias do quarto pavimento (à direita).



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de OTREMBA (2020); Arquivo HEOM – Fotografia Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 176 e 177** – Vigas com aumento de seção da extremidade onde encontram os pilares (à esquerda); estrutura no hall central de circulação (à direita).



Fontes: Acervo HEOM (anos 1970); Foto realizada pela autora (3 de abril de 2018).

**Figuras 178, 179 e 180** – Encontro da estrutura aparente na Biblioteca, no 1º pavimento (à esquerda); laje em balanço na circulação de distribuição entre as enfermarias do primeiro pavimento (ao centro); shafts desalinhados com a estrutura dos pilares e vigas, contíguos à parede das enfermarias, localizados na circulação posterior do hospital para distribuir as tubulações hidrossanitárias dos banheiros dos últimos pavimentos (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (24 de agosto de 2018).

**Figuras 181 e 182** – Viga curva de transição com elementos ornamentais escalonados na circulação da extremidade da Ala A, no 1º pavimento (à esquerda); detalhe da mísula de suporte da viga, que reflete a estética *art déco*, na circulação da extremidade da Ala B, no 1º pavimento (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (24 de agosto de 2018).



A modernidade revelada pelo sistema estrutural do Hospital Santa Terezinha foi possibilitada pelo uso do concreto armado como o principal material construtivo empregado na estrutura da edificação. Ainda em relação à adoção de outras soluções modernas na construção do bloco principal e dos demais pavilhões, cabe ressaltar algumas observações encontradas na publicação nº 6, de 1941, da *Revista Técnica* de engenharia e arquitetura:

[...] Um forno de incineração de lixo ultra moderno. Foram instaladas 2 fossas sépticas OMS, com capacidade para 600 e 300 pessoas respectivamente. A instalação elétrica ficou a cargo da firma “Siemens-Schuckert”. No serviço de impermeabilização foi utilizado produtos da marca “SIKA”. Circunvagando as fachadas principal e laterais há um muro de 345m. O “Hospital Santa Terezinha” foi fiscalizado pelo Eng. Moreira Caldas, da Diretoria de Obras Públicas, da Secretaria da Viação e O. Públicas. Mais uma vez pois, esta Secretaria sob a gestão do Dr. Delsue Moscôso, poe ao serviço público da Bahia, um edifício de magnífica proporção para gaudio não só da classe dos Engenheiros, como também da médica e do público em geral. (REVISTA TÉCNICA, 1941)

**Figura 183** – Publicidade da fossa séptica OMS utilizada no Hospital Santa Terezinha, enfatizada como uma das mais modernas técnicas sanitárias da época.



Esta grande Construção na Cidade do Salvador exigiu os melhores materiais. A fossa séptica **OMS** foi escolhida entre varias outras marcas, como preenchendo todas as qualidades da moderna tecnica sanitaria.

É A FOSSA EMPREGADA PELA DIRETORIA DE O. PUBLICAS DA SECRETARIA DA VIAÇÃO E OBRAS PUBLICAS.

SE V. S. QUIZER UMA FOSSA QUE ANOS E ANOS LIVRE DE ABORRECIMENTOS...  
**NÃO HESITE!**  
EMPREGUE A FOSSA OMS

**Sociedade «OMS» Ltda. da Bahia**

Fonte: Revista Técnica (1942).

Considerando que a visão do Movimento Moderno na década de 1930 era primordialmente pautada no potencial funcional da boa arquitetura, e que as decisões de projeto jamais deveriam ser arbitrárias, havendo sempre a criação de espaços com o objetivo de permitir o desenvolvimento pleno das atividades ligadas ao uso do edifício, é possível, mais uma vez, enxergar a excelência do Hospital-Sanatório Santa

Terezinha. Antes de partir para a análise minuciosa da sua funcionalidade em cada pavimento (do ponto de vista dos fluxos e do zoneamento das atividades), cabe salientar que a existência e o posicionamento das varandas interligadas às enfermarias foi um aspecto fundamental para a distribuição dos demais espaços, seguindo o mesmo padrão de outros sanatórios do mundo inteiro.

Originalmente, os pavimentos do Santa Terezinha eram divididos para acolher pessoas de diferentes classes sociais, havendo a maior concentração de pacientes nos andares mais baixos e maior privacidade para os internos dos últimos pavimentos. Desse modo, quanto maiores as enfermarias, mais amplo e comprido é o pavimento em que se localizam. Essa distribuição gera um escalonamento entre os andares do prédio, potencializando o aproveitamento da luz solar e da ventilação cruzada nas varandas, onde era possível promover os banhos de sol típicos do tratamento helioterápico da TB, denotando o importante propósito terapêutico das varandas.

Aquelas varandas tinham uma função: permitir que o doente pudesse tomar sol. Veja a orientação daquele prédio, é toda voltada para o nascente. **Aquelas varandas não são desperdício, tinham uma função.** Eu via lá naquele prédio a funcionalidade dele. O doente tomava sol de manhã.... Aquilo para mim não era moderno, era funcional, era para tuberculosos. (ODEBRECHT, 1996 *apud* LARCHER, 2003, p. 140, grifo nosso)

Ainda a respeito das varandas, Antônio Pedro Carvalho, Félix Guedes e Cleiton Souza (2020) fizeram um estudo demonstrando, empiricamente, a precisão do projeto do Hospital Santa Terezinha em relação à obtenção do conforto ambiental enquanto estratégia fundamental para a função curativa do edifício. Os autores salientam o percurso da ventilação predominante que cruza todo o espaço interno (precisamente dividido), adentrando as enfermarias a partir das extensas fachadas avarandadas e gerando conforto térmico nesses ambientes. Dentro dessa perspectiva, é importante perceber que a adoção das varandas e a implantação do hospital-sanatório no terreno atendem até mesmo às diretrizes mais atuais, passados 80 anos da inauguração do edifício, como aponta a norma técnica de Desempenho Térmico de Edificações (ABNT, 2005)<sup>47</sup>. Desse modo, as varandas possibilitam

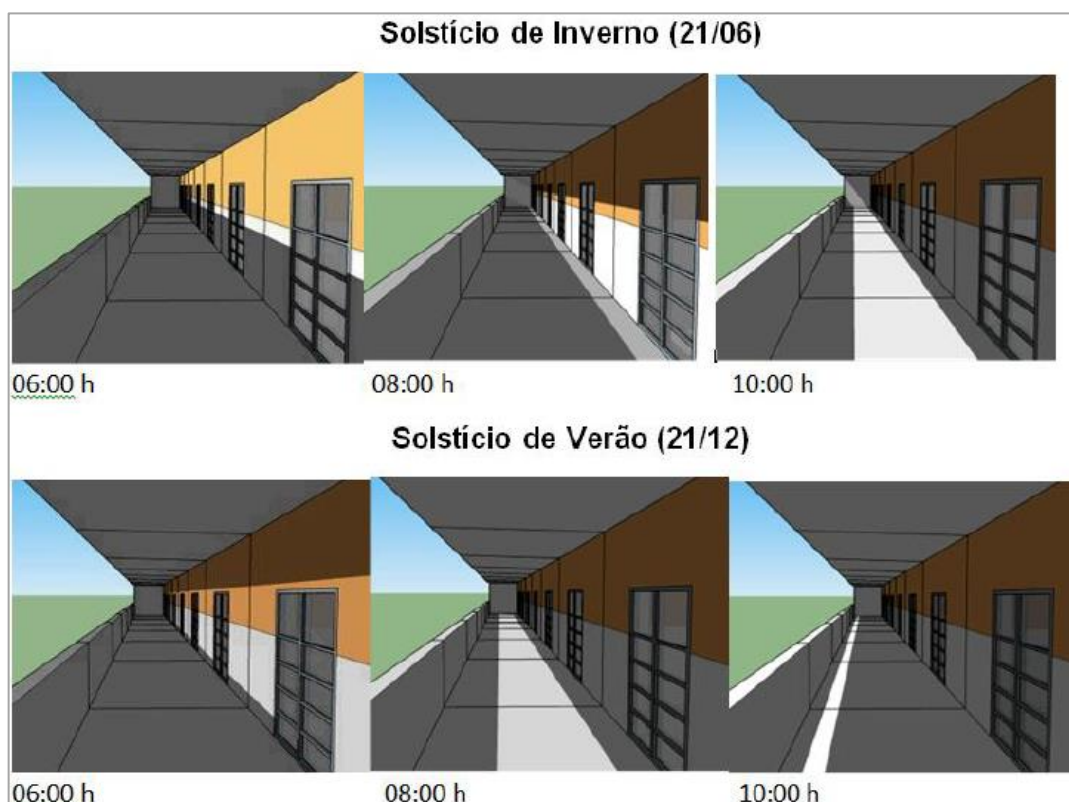
---

<sup>47</sup> A terceira parte da **NBR 15220/2005** estabelece o Zoneamento Bioclimático Brasileiro, apresentando recomendações quanto ao desempenho térmico de edifícios habitacionais na fase projetual. Fornece diretrizes construtivas e detalhamento de estratégias de condicionamento térmico passivo para melhorar o desempenho das edificações a partir da sua adaptação às condições climáticas locais. Salvador está situada na *Zona Bioclimática 8*, com recomendações técnico-

[...] maior conforto e diminuição da quantidade de partículas sólidas, vapor d'água e micro-organismos no ar. O ângulo de implantação das varandas e aberturas frontais, a  $67,5^\circ$  do leste, apesar de não ser conhecida a faixa de melhor posicionamento na época, atende às diretrizes atuais [...] (CARVALHO *et al*, 2020, p. 175)

Além disso, os autores evidenciam que a orientação nordeste da fachada principal e o escalonamento dos solários, parcialmente cobertos pela laje do pavimento superior, promovem maior insolação durante as manhãs e diminuição da incidência solar nos horários mais quentes. Com o estudo do insolejamento nas varandas nos períodos do solstício de verão e de inverno, nota-se que realmente é possível realizar a helioterapia durante todos os dias do ano, havendo uma ampliação das horas de sol nas estações chuvosas e mais frias, “[...] o que oferece maior probabilidade de incidência e uso curativo” (CARVALHO *et al*, 2020, p. 172). Dessa forma, comprova-se que o partido arquitetônico adotado pelos projetistas do Hospital Santa Terezinha estava alinhado com a visão científica dos profissionais de saúde da época, tendo as varandas uma função primordial no tratamento daqueles enfermos.

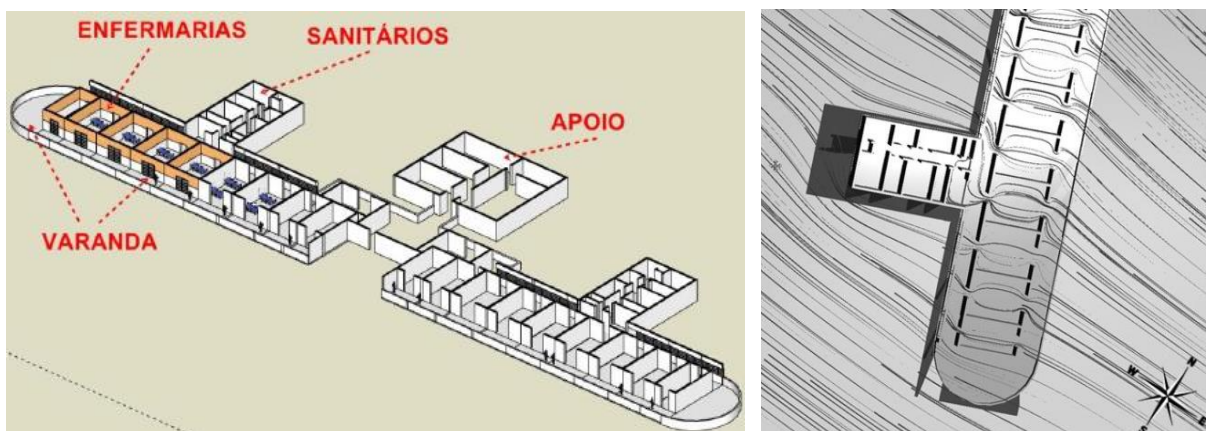
**Figura 184** – Percurso solar nas varandas do Hospital Santa Terezinha durante os solstícios de inverno e de verão.



Fonte: CARVALHO *et al* (2020, p. 173).



**Figuras 185 e 186** – Esquema tridimensional do segundo pavimento do Hospital Santa Terezinha, enfatizando a relação entre as varandas, enfermarias, sanitários e ambientes de apoio (à esquerda); fluxo da ventilação predominante durante o verão, no interior das enfermarias, com base no software *AutoDesk Flow Design* (à direita).



Fonte: CARVALHO *et al* (2020, p. 171 e 175).

**Figuras 187 e 188** – Enfermaria e sua relação com a varanda (à esquerda); paciente na varanda interligada à enfermaria (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

A partir do entendimento sobre o papel funcional das varandas e o papel da arquitetura antituberculose como promotora de cura naquele momento, é possível compreender melhor o restante da distribuição das unidades funcionais no projeto original do Hospital Santa Terezinha. Para deixar mais clara a análise das plantas baixas do edifício, cabe observar que foram demarcados os principais fluxos em cada pavimento, de acordo com os seguintes parâmetros: 1) acessos de pacientes e funcionários; 2) saída de cadáveres; 3) área para carga e descarga; 4) circulação de pacientes e funcionários. Além dos fluxos, também foi sinalizado o zoneamento de cada pavimento, com base nas unidades funcionais estabelecidas pela resolução

RDC nº 50 / 2002<sup>48</sup>, sendo notória a clareza da divisão espacial interna do hospital de acordo com as atividades desempenhadas em cada setor<sup>49</sup>, que seguem a tipologia *varanda-enfermaria-circulação-apoio*, usualmente adotada nos edifícios sanatoriais.

Sendo assim, a configuração original do Hospital-Sanatório Santa Terezinha é composta por um bloco de cinco pavimentos, com acesso principal pelo eixo central da fachada nordeste, marcado por um bloco prismático que fortalece sua simetria e onde se localizam as principais circulações verticais da edificação. Entretanto, nas extremidades curvas também existem escadas secundárias que conectam as varandas e a circulação principal de cada pavimento. Com relação aos três blocos prismáticos que se interligam perpendicularmente à fachada sudoeste do extenso bloco longitudinal, cabe salientar que o acesso de funcionários, carga e descarga e saída de cadáveres era realizado pelo grande bloco central, que comportava diversas funções de apoio logístico, técnico, diagnóstico e terapia ao longo de todos os andares do hospital. Já os dois blocos prismáticos menores, posicionados no centro de cada ala de enfermarias também ofereciam espaços de apoio às unidades de internação.

No térreo, localizavam-se a administração, cozinha, frigorífico, lavanderia, biblioteca, auditório, rouparia, sanitários coletivos e outros serviços de apoio, bem como algumas enfermarias, que também se dispunham do primeiro ao quarto pavimentos. Desse modo, os 350 leitos iniciais eram divididos da seguinte maneira: a) no térreo, primeiro e segundo pavimentos estavam aqueles reservados à população de baixa renda, a quem se destinavam as enfermarias mais amplas; b) no terceiro pavimento estavam as enfermarias de dois leitos destinados à mesma população, porém atendendo àqueles que precisavam de maior isolamento; c) no quarto pavimento localizavam-se os hospitalizados de classe social elevada, onde as enfermarias são ainda menores, com apenas um leito, havendo sanitários individuais ou compartilhados a cada dois quartos.

---

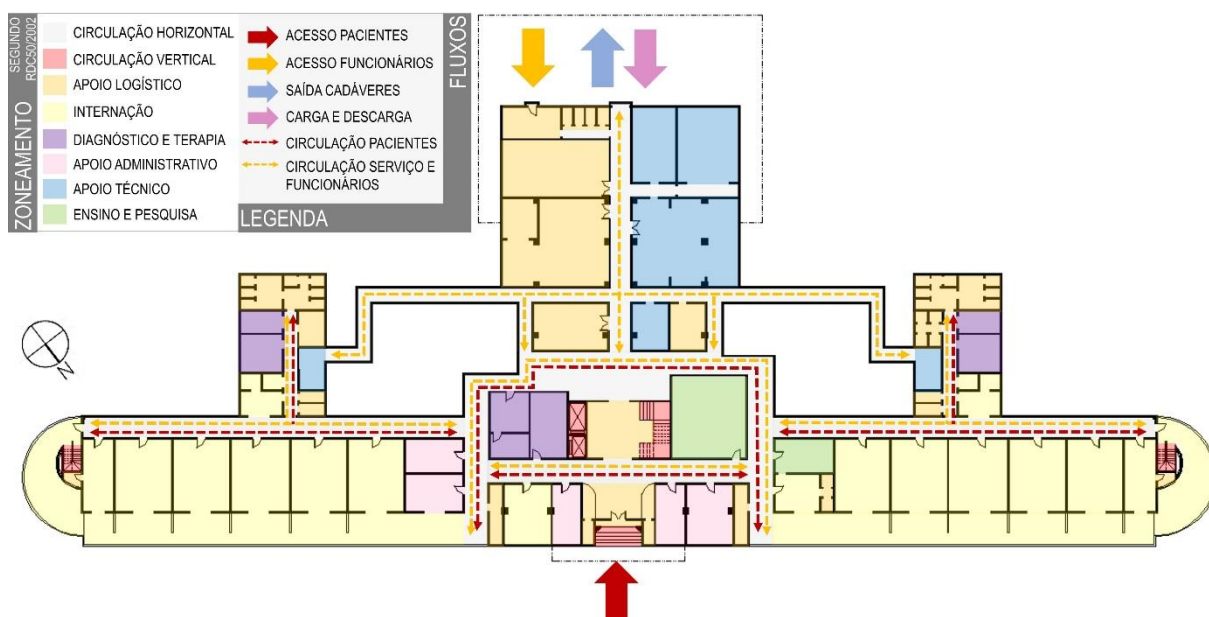
<sup>48</sup> Esta resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA), estabelecida em 21 de fevereiro de 2002, é a principal norma que aborda o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Apesar de estar em processo de renovação, a RDC 50 ainda é a normativa mais atual que aborda as diretrizes projetuais dos EAS no país.

<sup>49</sup> Verificar nos APÊNDICES deste trabalho todos os desenhos técnicos mais detalhados do projeto original e dos projetos posteriores, que incorporam diversas mudanças no Hospital Santa Terezinha.

Essa distinção das áreas de internação tendo como critério a classe social dos pacientes era explícita, como afirma uma publicação da *Revista Técnica*: “[...] 3 pavimentos reservados para o hospital dos indigentes; enfim, o último mais apuradamente instalado para os hospitalizados de recursos” (HOSPITAL SANATÓRIO..., 1941). Todas as enfermarias e quartos, em qualquer dos pavimentos, possuíam a sua varanda coberta, com divisórias baixas que configuravam micro ambiências mais privativas dentro dos longos solários, possibilitando a relação direta de todos os enfermos com a área externa e o entorno arborizado do hospital. Além disso, originalmente o terraço na cobertura da edificação também era uma área acessível aos pacientes, visto que era utilizado como mais um dos espaços para a realização da helioterapia.

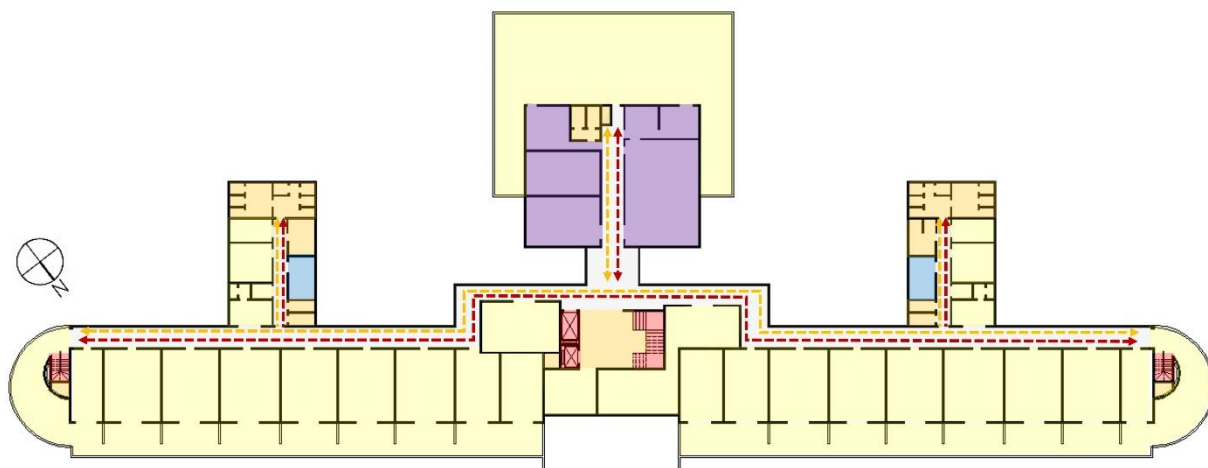
Consta o hospital de cinco pavimento, sendo três de enfermarias, com 4 a 6 leitos cada uma, e dois de quartos individuais. O 4º pavimento é destinado ao serviço de cirurgia e é ocupado pelos operados, servindo o 5º de pensionato. Além dos serviços administrativos e do serviço clínico especializado, tem o Hospital os serviços de Cirurgia, Laboratórios (inclusive Anatomia Patológica, Otorrinolaringologia (inclusive Broncoscopia), Radiologia (inclusive Tomografia e Quimioterapia) e Odontologia. [...] Embora as condições de hospitalização na Bahia não tenham permitido que o Hospital funcione como hospital-sanatório, abrigando somente doentes curáveis, tem servido a muitos, pois está aparelhado para a prática das técnicas cirúrgicas consagradas em tisioterapia. (MAIS DE MIL..., 1944)

**Figura 189** – Hospital Santa Terezinha, pavimento térreo, configuração original (1942).



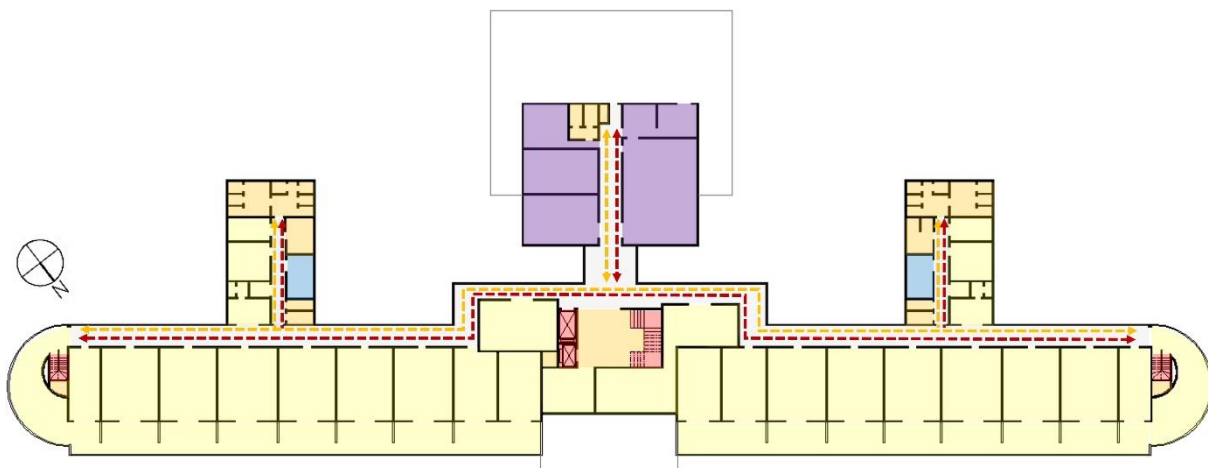
Fonte: Elaborada pela autora a partir de planta original do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

**Figura 190** – Hospital Santa Terezinha, primeiro pavimento, configuração original (1942).



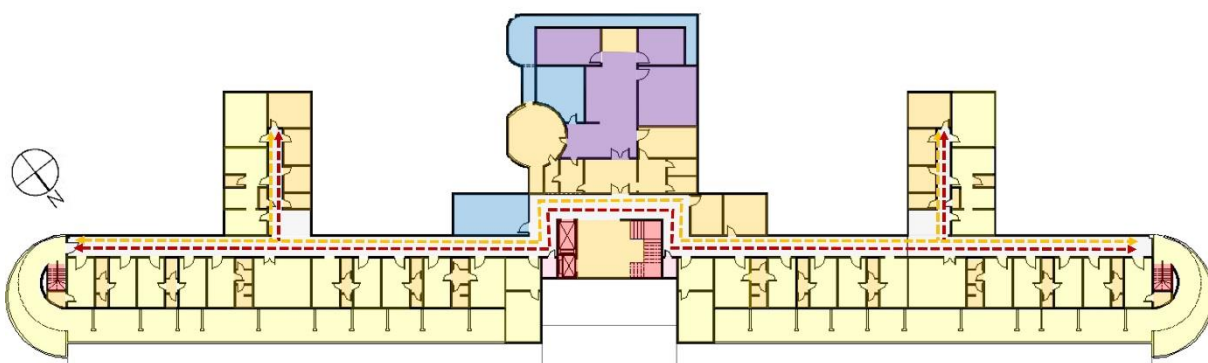
Fonte: Elaborada pela autora a partir de planta original do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

**Figura 191** – Hospital Santa Terezinha, segundo pavimento, configuração original (1942).



Fonte: Elaborada pela autora a partir de planta original do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

**Figura 192** – Hospital Santa Terezinha, terceiro pavimento, configuração original (1942).

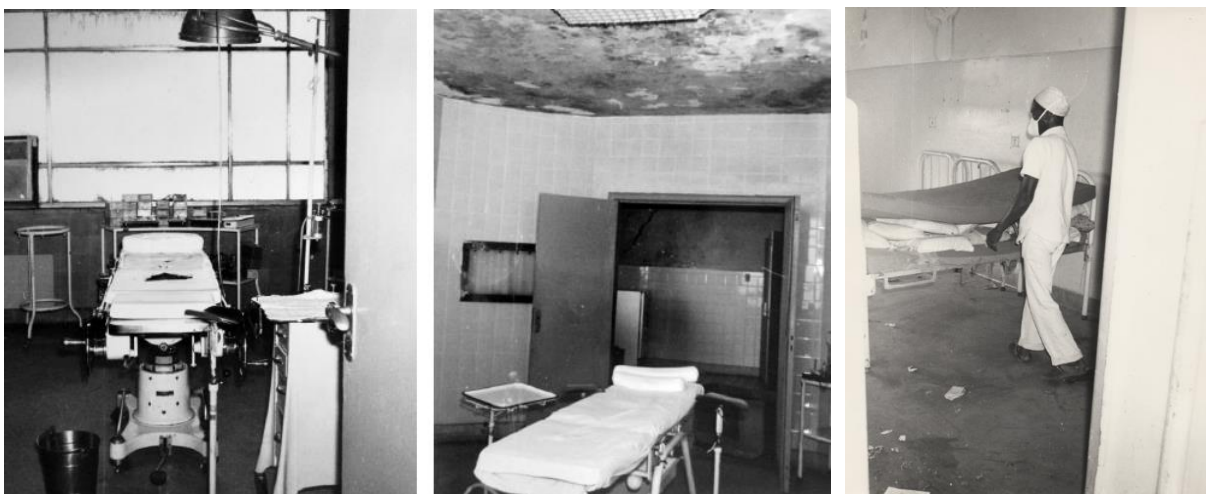


Fonte: Elaborada pela autora a partir de planta original do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).



Sendo assim, é possível perceber o caráter funcional do Santa Terezinha, constituído por ambientes funcionais e higiênicos que marcavam a concepção das tipologias hospitalares tão almejadas durante o século XX, através da ideia dos hospitais como verdadeiras “máquinas de cura”. Dentro desse panorama, nota-se o surgimento e consolidação de novos espaços, como os centros cirúrgicos, além de uma preocupação maior na concepção, materialidade e setorização de enfermarias, ambientes de apoio e áreas para instalação de novos equipamentos.

**Figuras 193, 194 e 195** – Centro cirúrgico (à esquerda); paredes de azulejo e degradação do teto no centro cirúrgico (ao centro); leitos de enfermaria (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 196, 197 e 198**– Degradação do sanitário (à esquerda); área de apoio (ao centro); sanitário coletivo em um dos blocos prismáticos ao fundo do edifício (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 199, 200 e 201** – Área de apoio com pia em aço inox (à esquerda); sala com equipamento hospitalar (ao centro); refeitório (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

Tendo em vista a concepção arquitetônica pautada nas premissas de tratamento da tuberculose, é importante perceber que o racionalismo higienista e funcional não se refletiu apenas no zoneamento do Hospital Santa Terezinha. Sua arquitetura terapêutica estava presente em cada decisão projetual, e isto também pode ser observado em detalhes como os das esquadrias. A setorização hospitalar é percebida a partir da fachada principal, onde todas as alas de internação eram conectadas diretamente às galerias de cura do edifício através de esquadrias em vidro e madeira do tipo guilhotina, divididas em três folhas: a) enfermarias com esquadrias de 2,00x2,90m, nos pavimentos mais baixos; b) enfermarias e quartos mais privativos com esquadrias de 1,20x2,90m, nos últimos pavimentos; c) terraço de livre acesso para as práticas terapêuticas.

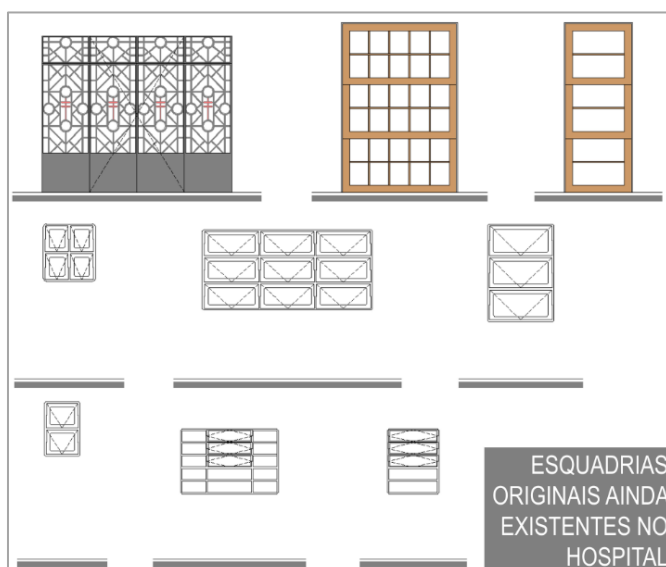
Cabe enfatizar que é comum encontrar, em inúmeros sanatórios construídos no período moderno, um ritmo predominante na fachada das enfermarias, que seguia a tipologia *janela-porta-janela* (ou uma discreta variação desta). Dessa maneira, os leitos poderiam se localizar sob a janela e próximos à porta, facilitando o acesso às varandas para os banhos de sol. Além disso, observa-se que as esquadrias utilizadas originalmente no Hospital Santa Terezinha também possuem sistemas de funcionamento que se assemelham àqueles adotados em outros edifícios da arquitetura antituberculose em todo o mundo, possibilitando, de maneira prática, o controle da entrada de ventilação no interior das enfermarias.

**Figura 202** – Fachada principal do Hospital Santa Terezinha, de orientação nordeste, com marcação do acesso principal, que coincide com o eixo de simetria do edifício: a horizontalidade das varandas e as esquadrias no plano recuado traduzem os tipos de uso estabelecidos para cada pavimento.



Fonte: Elaborada pela autora.

**Figuras 203 e 204** – Modelos de esquadrias originais em madeira, vidro e ferro ainda existentes no hospital, em poucos ambientes (à esquerda); enfermaria do 3º ou 4º pavimento, com acesso à varanda através da esquadria de madeira do tipo guilhotina (à direita).



Fontes: Elaborada pela autora a partir de OTREMBA (2020); Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 205 e 206** – Esquadrias originais de ferro no pavimento térreo e de madeira no plano recuado às varandas das enfermarias do primeiro pavimento (à esquerda); enfermarias com suas esquadrias originais tipo guilhotina, porém com pintura branca na madeira (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM (anos 1970 e anos 1990).



**Figuras 207 e 208** – Esquema original de *porta-janela-porta* em uma das varandas do 4º pavimento (à esquerda); esquadria original de madeira do tipo guilhotina de uma das antigas enfermarias dos primeiros pavimentos (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM (2004).

Ainda em relação às demais esquadrias, observa-se que se inseriam regularmente em parte do pavimento térreo da fachada nordeste, bem como na área de circulação entre as enfermarias da fachada sudoeste, e nas fachadas dos blocos prismáticos. Apesar de alguns desses espaços possuírem esquadrias em madeira e vidro, como nas enfermarias, a maioria foi concebida em ferro e vidro (materiais que marcaram a era industrial e a modernidade do período através da produção em série), com sistema de abertura do tipo basculante, possuindo tamanhos e divisórias variadas e adequando-se ao tipo de ambiente onde estavam instaladas.

**Figuras 209 e 210** – Esquadrias originais de madeira do auditório, com duas folhas de abrir e uma bandeira (a esquerda); esquadria original de ferro e vidro do tipo basculante, localizada no bloco prismático central ao fundo do hospital (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM (anos 1990 e anos 2000).

**Figuras 211 e 212** – Esquadrias originais em ferro e vidro divididas em três montantes na vertical e cinco montantes na horizontal, com folhas fixas e do tipo basculante (a esquerda); esquadrias originais do tipo basculante com vidros quebrados (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 213 e 214** – Esquadrias originais da circulação interna do quarto pavimento, próximas ao elevador de serviço (à esquerda); esquadrias originais de ferro e vidro com abertura basculante, localizadas ao lado do portão de acesso principal ao hospital (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM, Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950); Arquivo HEOM (anos 1970).

A partir das análises acima, nota-se que o projeto do Hospital Santa Terezinha seguia, de fato, uma lógica racional moderna e higiênica que visava repelir os ornamentos, prioritariamente pautada na funcionalidade do programa arquitetônico e no tratamento da TB, que influenciaram diretamente a volumetria e a forma do edifício. Entretanto, como foi construído durante a primeira fase da arquitetura moderna baiana, é preciso evidenciar a existência de alguns elementos híbridos na edificação, que são modernos, mas também remetem ao *art déco* – sejam eles estruturais (como já foi abordado), formais ou de detalhamento (a exemplo de algumas esquadrias, acabamentos e mobiliário). De acordo com Lígia Larcher (2003, p. 141), esses “elementos de desvio” estão diretamente ligados “[...] a um fenômeno de hibridação

característico da linguagem *Déco*”, sendo necessário indicá-los para que não se perca a sua memória, devido às omissões da historiografia. No caso do Santa Terezinha,

Note-se a abrupta assimetria que resulta dos dois últimos pavimentos, ou a quebra das varandas em balanço; veja-se o desdobramento ornamental da viga, elemento tão preponderantemente funcional; note-se, ainda, o escalonamento que caracteriza o discreto acesso, apresentando-se vertical nas laterais da porta de ferro com motivos geométricos e em *zig-zag* no rodapé que acompanha a escada. Acrescente-se que o saguão, seguindo uma tendência recorrente em muitas edificações do período, apresenta piso e barrado de mármore com frisos, assim como esquadrias de ferro e vidro, com destaque para a já referida porta principal, em serralheria artística, com motivos geométricos. (LARCHER, 2003, p. 141)

Examinando a entrada principal do hospital-sanatório, coberta por uma ampla marquise, temos o acesso realizado através de uma escada com piso de mármore branco, em contraste com o rodapé em mármore preto, vencendo um desnível de aproximadamente um metro em relação à calçada. Destaca-se neste ambiente de acesso, o monumental portão de ferro, executado artisticamente e emoldurado lateralmente com elementos verticais escalonados nas paredes, que reforçam a ambiência imponente da chegada ao edifício. Este portão é composto por motivos geométricos típicos do *art déco*, incorporando no centro de cada uma das suas quatro folhas um detalhe que remete à luta antituberculose: o desenho, em vermelho, da *Cruz de Lorena*<sup>50</sup>, conhecida mundialmente como o símbolo do combate à peste branca.

---

<sup>50</sup> A **Cruz de Lorena** é um antigo símbolo cristão de origem espanhola que foi largamente utilizado durante as cruzadas, sendo recuperado no início do século XX, com a proposta do médico francês Gilbert Sesiron para torná-la o símbolo internacional da luta contra a patologia dos pulmões. Assim, ficou definido, durante a Conferência Internacional sobre Tuberculose, realizada em Berlim no ano de 1902, que a cruz constituída por barras duplas representaria o combate à doença. No ano de 1920, a *International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (The Union)* padronizou a cruz na cor vermelha com fundo amarelo, sendo esta representação amplamente difundida e associada à TB.

**Figuras 215 e 216** – Escada em mármore branco com rodapés pretos e detalhe das molduras verticais escalonadas nas paredes laterais ao portão de acesso (à esquerda); detalhe dos motivos geométricos do portão em serralheria artística, com ênfase na Cruz de Lorena de cor vermelha, símbolo mundial da tuberculose (à direita).

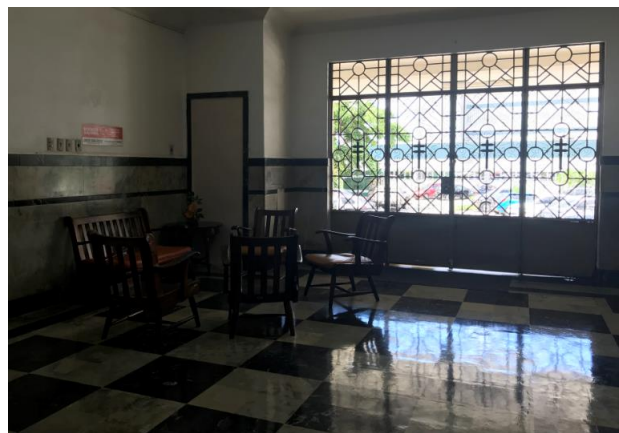


Fonte: Fotos realizadas pela autora (31 de agosto de 2020).

Ao adentrar o edifício, os pedestres eram recepcionados em um amplo hall de acesso composto por acabamentos que salientam a imponência já presente no hall de entrada externo. A materialidade deste espaço interno retrata a nobreza que se buscava ali, com o objetivo de causar impacto nesta circulação principal da edificação, sendo utilizados elementos *art déco* que só aparecem neste ambiente do hospital. Nesse sentido, o piso da recepção e do hall central da escada e do elevador social apresenta um desenho geométrico do tipo xadrez, com mármore claro e escuro em contraste, enquanto o piso da escada é revestido com mármore branco. Já as paredes também são revestidas por esses mármore a meia altura, onde há um predomínio do mármore claro, com linhas horizontais em mármore preto, marcando o rodapé e os rodameios. Cabe salientar ainda que o vão entre a recepção e o hall central, assim como a porta do elevador e o corrimão da escada são marcados pelo mármore preto, havendo um detalhe escalonado nas extremidades deste marco do elevador.



**Figuras 217 e 218** – Acesso à recepção (à esquerda); vista para o portão de entrada (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (31 de agosto de 2020 e 3 de abril de 2018).

**Figuras 219 e 220** – Parede a meia altura revestida em mármore e piso em mármore tipo xadrez no hall central com marco em mármore preto no elevador (à esquerda); detalhes em mármore preto no hall da escada, com porta de acesso ao depósito (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (3 de abril de 2018).

Em relação aos acabamentos de piso e rodapés dos demais ambientes do hospital, como as circulações, sanitários, enfermarias, varandas e outras salas, foram utilizados pisos cerâmicos hexagonais, quadrados e retangulares, bem como ladrilhos hidráulicos com desenhos geométricos que parecem ter sido substituídos posteriormente. Além disso, também é possível identificar nas imagens da década de 1950 que diversos espaços possuíam paredes divididas a meia altura de duas maneiras: 1) azulejos na parte inferior com pintura na parte superior; 2) pintura colorida na parte inferior e pintura branca na parte superior. Por fim, também é preciso registrar o *design* moderno e higiênico de alguns móveis e louças, constituídos por materiais de fácil assepsia, mas que em alguns casos também traziam uma linguagem *art déco*.

**Figuras 221, 222 e 223** – Piso com desenho geométrico em área de apoio do hospital (à esquerda); piso com desenho geométrico e paredes em azulejo a meia altura com pintura acima na circulação (ao centro); sanitário com porta em madeira, parede em azulejo retangular a meia altura com pintura de cor clara acima e lavatório de louça quebrado (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 224, 225 e 226** – *Design* higiênico do vaso sanitário, com tubulação de descarga sobreposta à parede (à esquerda); luminária: lisa, curva e desprovida de ornamentos (ao centro); mobiliário da enfermaria em ferro e com traços curvos para facilitar a higienização (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).



**Figuras 227 e 228** – Cadeiras em ferro e madeira na circulação com piso em ladrilho hidráulico geométrico detalhado e parede com azulejo e pintura colorida acima, já a sala possui o piso em ladrilho hidráulico, mas tem suas paredes em pintura colorida abaixo e pintura branca acima (à esquerda); piso em ladrilho hidráulico geométrico detalhado em uma das circulações do hospital (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 229, 230 e 231** – Banco em madeira (à esquerda); cadeiras em madeira (ao centro); mesa lateral circular em madeira com a base do tampo e dos pés detalhada (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (3 de abril de 2018).

**Figuras 232, 233 e 234** – Escrivadinha de madeira da biblioteca (à esquerda); armário alto de madeira e mesa emblemática de madeira que os funcionários associam ao formato dos pulmões, localizados na biblioteca (ao centro); cadeira de madeira (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (3 de abril de 2018).

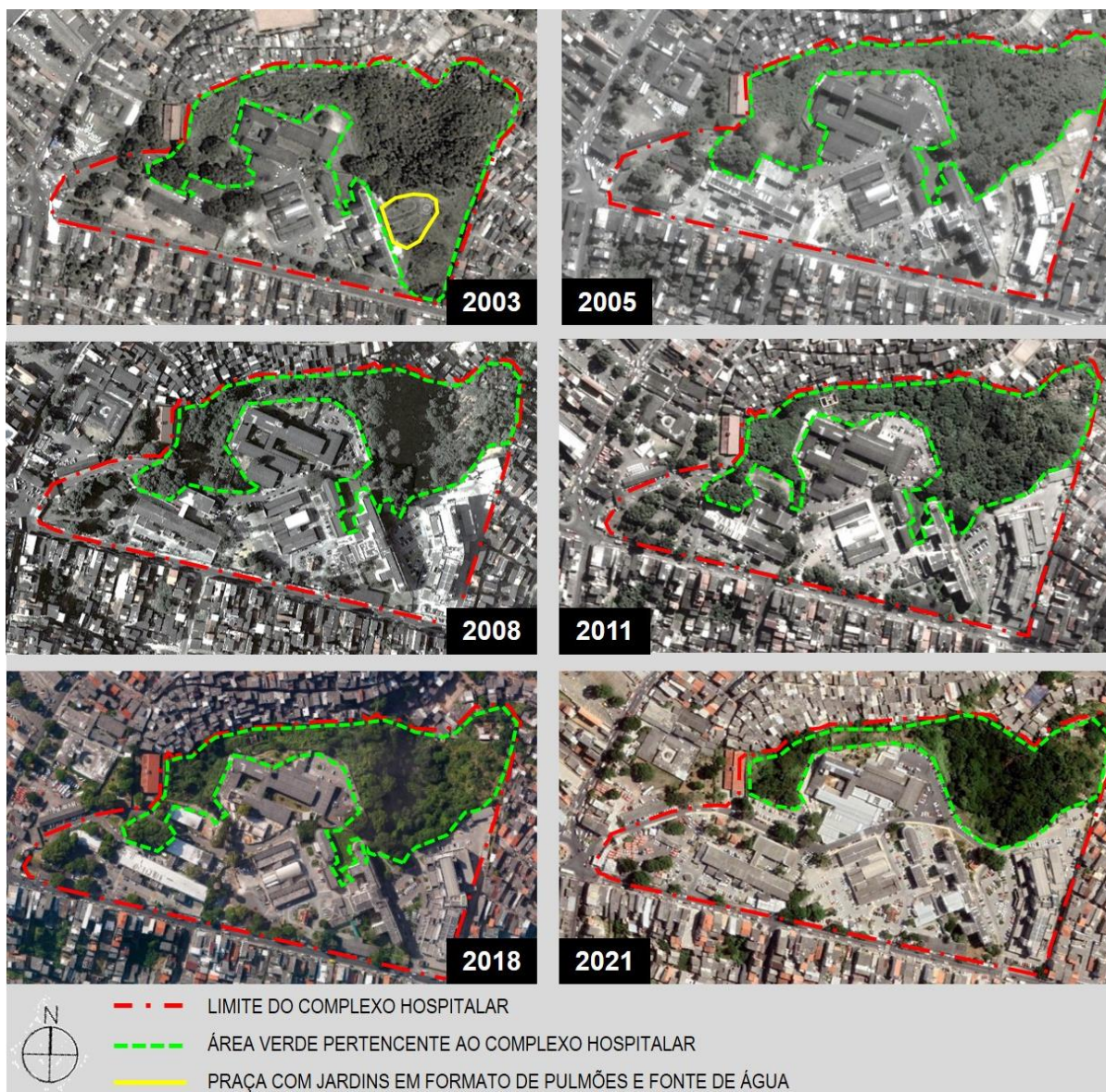
### **3.5 Desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose diante das transformações físicas e institucionais do complexo hospitalar e seu entorno**

Considerando a magnitude simbólica, estética, construtiva e histórica do Hospital Santa Terezinha, é preciso refletir sobre as transformações físicas e institucionais vivenciadas pelo complexo ao longo dos seus 80 anos e que impactam diretamente no seu entorno. A implantação original do hospital, afastada do centro urbano e baseada na premissa do isolamento social como meio terapêutico, garantiu ao antigo Santa Terezinha o seu pleno funcionamento, pautado nos referenciais científicos higienistas, defendidos à época da sua construção. Contudo, sabe-se que um equipamento desse porte certamente gera diversas modificações no território onde se insere. Nesse caso, houve uma ampla alteração da dinâmica pacata do seu entorno rural e isolado, que se perdeu com o passar do tempo. A conformação original do bairro suburbano era precária, havendo uma dificuldade em relação à mobilidade urbana e à oferta de serviços básicos para a população, que foi ali se adaptando à sua maneira (sem um planejamento governamental para evitar as descaracterizações do local).

Ao longo das décadas, as profundas transformações na paisagem, com ocupações informais e desordenadas, foram inevitáveis, havendo uma grande desconfiguração do contexto urbano original, e sendo notória a falta de planejamento deste crescimento. A partir dos anos 2000, se acentuaram ainda mais os processos de urbanização na vizinhança e no interior do terreno, assim como as construções de anexos ou edifícios de pequeno porte e outras intervenções às quais o complexo foi submetido, fazendo com que a percepção espacial do antigo Parque Sanatorial fosse bastante modificada. Parte das áreas verdes do terreno foi perdida, bem como os jardins em formato de pulmões com a fonte em frente à fachada principal do hospital, que existiam até o ano 2005. Com o passar do tempo, novos blocos foram inseridos, uma enorme extensão do terreno recebeu pavimentação e parte da sua área nordeste foi ocupada por construções informais, denotando a irregularidade nas suas adjacências.

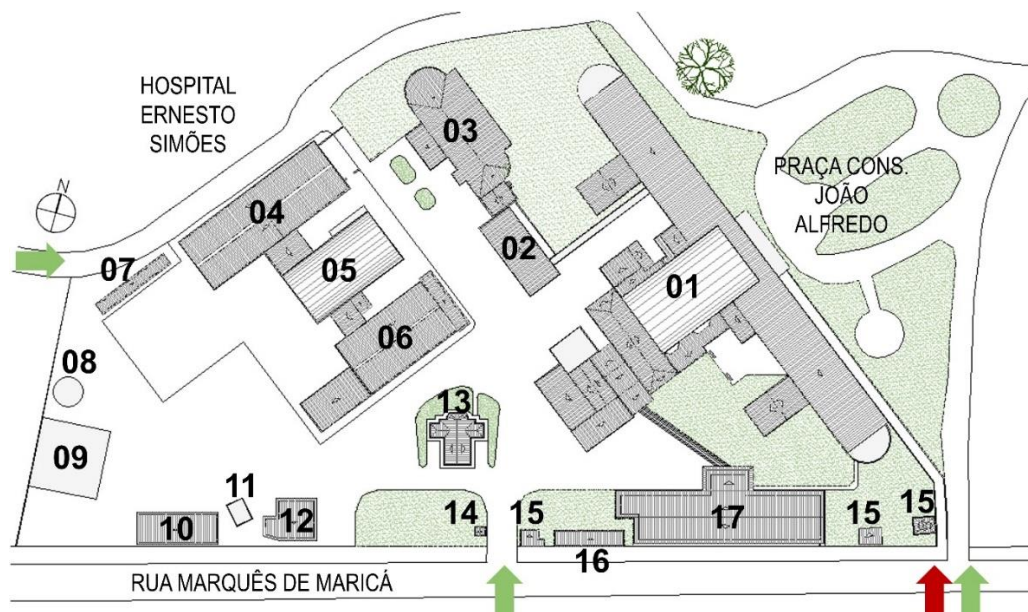


**Figura 235** – Transformações dentro dos limites do terreno do antigo Parque Sanatorial Santa Terezinha a partir dos anos 2000, havendo a diminuição da área verde, perda do jardim em formato de pulmões e da fonte, ampla área pavimentada e inserção de novos blocos.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de imagens aéreas do Google Earth.

**Figura 236** – Planta de situação do complexo hospitalar administrado pelo HEOM (2005), quando a praça com jardim em formato de pulmões ainda existia. Setas verdes indicam acessos de veículos e seta vermelha indica o acesso principal de pedestres. 1) Edifício principal; 2) Refeitório; 3) Pavilhão Infantil; 4) Lavanderia; 5) Cozinha; 6) Laboratório; 7) Abrigo de resíduos sólidos; 8) Reservatório superior; 9) Reservatório inferior; 10) Manutenção; 11) Subestação; 12) Necrotério; 13) Capela; 14) Guarita; 15) Depósito; 16) Cozinha; 17) Ambulatório.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de arquivos da SESAB (2005).

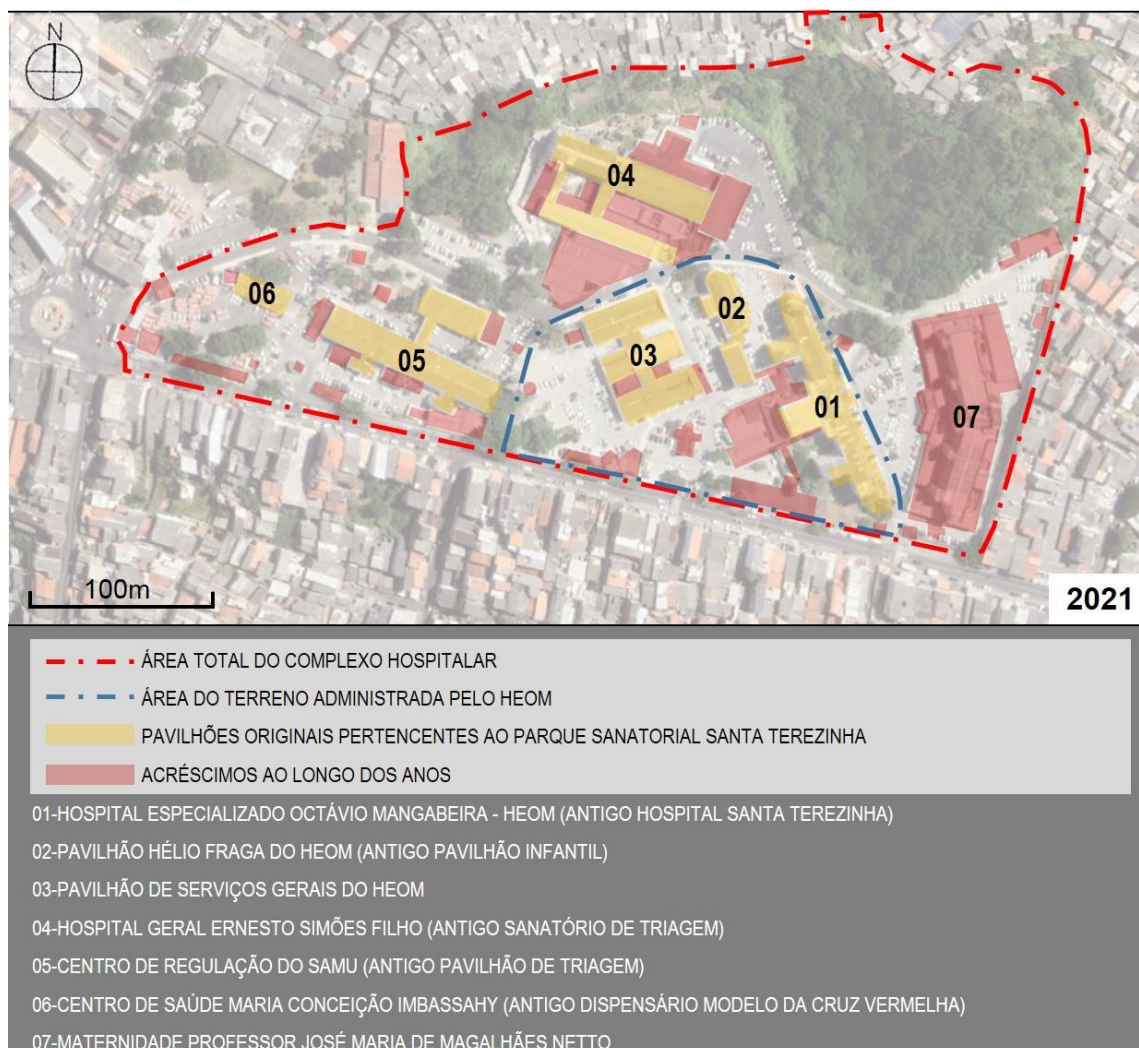
Cabe observar, diante desses apontamentos, que a preservação do entorno imediato ao HEOM também interfere na preservação da edificação enquanto objeto de valor patrimonial, principalmente quando consideramos o caráter protagonista do antigo Hospital Santa Terezinha naquela paisagem. Assim, além de ter sido o único sanatório projetado para este fim na Bahia, com um papel essencial no combate à peste branca e na consolidação da arquitetura moderna no Estado, a escolha do terreno e sua inserção no local é uma variável que também faz parte do valor arquitetônico deste projeto. A percepção da monumentalidade do edifício tem uma relação direta com os elementos que lhe circundam, e quando as mudanças nessas imediações da paisagem são demasiado acentuadas, é possível que se perca a relevância da edificação histórica como um elemento urbano de destaque. Nesse sentido, devemos considerar o que afirma o artigo 8º da Carta de Burra:

A conservação de um bem exige a manutenção de um entorno visual apropriado, no plano das formas, da escala, das cores, da textura, dos materiais, etc. Não deverão ser permitidas qualquer nova construção, nem qualquer demolição ou modificação susceptíveis de causar prejuízo ao entorno. A introdução de elementos estranhos ao meio circundante, que prejudiquem a apreciação ou fruição do bem, deve ser proibida. (ICOMOS, 1980, p. 2-3)



Desse modo, o protagonismo do HEOM e sua relação harmoniosa com os quatro pavilhões de volumetria clara e de qualidade arquitetônica inegável construídos entre o final dos anos 1940 e início dos anos 1950 se perderam diante das mudanças ali ocorridas nas décadas seguintes. O antigo Pavilhão Infantil hoje abriga o Pavilhão Hélio Fraga, enquanto o antigo Sanatório de Triagem foi transformado em Hospital Ernesto Simões, e o Pavilhão de Serviços Gerais permanece com o mesmo uso. Já o antigo Pavilhão de Triagem e o Dispensário Modelo da Cruz Vermelha hoje correspondem à Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e ao 16º Centro de Saúde Maria Conceição Imbassahy, respectivamente. Na extremidade leste do terreno foi construída a Maternidade de Referência Professor José Maria Magalhães Netto, de administração independente dos demais e implantada a poucos metros da fachada principal do HEOM.

**Figura 237** – Planta de situação atual do antigo Parque Sanatorial Santa Terezinha, com indicação dos pavilhões originais e dos acréscimos, bem como o adensamento do entorno.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).



**Figura 238** – Maquete elaborada pela arquiteta Gabriela Otremba (2018): adensamento do entorno imediato, volumetria da maternidade e volumetria original do Hospital Santa Terezinha.



Fonte: Foto realizada pela autora (7 de junho de 2019).

Sendo assim, é preciso pontuar que o HEOM, originalmente destacado naquela região a partir da sua estética moderna inovadora e da sua plástica imponente, teve sua distinção na paisagem prejudicada com o crescimento do entorno. As novas edificações e atividades ali inseridas (especialmente a da maternidade) geraram uma espécie de isolamento do terreno em relação à cidade, minimizando o caráter monumental do emblemático edifício hospitalar. A construção da Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, inaugurada em 2006, foi uma das intervenções mais impactantes no terreno, causando uma enorme modificação no vasto jardim à frente das varandas das enfermarias, que deu lugar a um extenso estacionamento.

A urbanização, o posicionamento e a volumetria do novo edifício, portanto, não levaram em consideração a imponente do HEOM, que teve a sua relação interrompida com o marcante jardim em formato de pulmões e com o restante da vizinhança. Os demais pavilhões haviam sido implantados respeitando o projeto do pavilhão preexistente; no entanto, verifica-se que o surgimento da maternidade eliminou grande parte da área verde em frente ao antigo hospital, correspondente ao jardim que potencializava a ventilação e o insolejamento da sua fachada principal. De acordo com o relatório escrito em 2004 pelo Dr. Antônio Carlos Peçanha Martins, que foi diretor do Hospital entre o início da década de 1990 e dos anos 2000, houve uma

grande insatisfação dos usuários do hospital em relação à construção da maternidade, principalmente pela perda das áreas verdes no seu entorno imediato.

[...] por um dever de coerência e de fidelidade à instituição que tive a honra de dirigir por sete anos e que gerou o amor que a ela dedico, não poderia silenciar diante da violência que ali presenciei com a destruição do jardim em frente ao hospital juntamente com a sua bela área verde, os dois pulmões e sua fonte luminosa. Mais do que isso, liquidou de vez o projeto arquitetônico cientificamente conduzido com o objetivo de deixar as varandas das enfermarias voltadas para o nascente para que os raios ultravioletas penetrassem e assim agissem na ação destrutiva contra o Bacilo da Tuberculose. **Constata-se, assim, não só a agressão ambiental e científica ao projeto original.** Vale ressaltar que nada tenho contra a construção da maternidade para a população carente que considero prioridade, mas que poderia ser construída em outra área das muitas que o Estado dispõe, sem a necessidade da violência aqui descrita. Só posso atribuir esse fato à falta de conhecimento da cultura do hospital, ou da insensibilidade que prefiro não acreditar. (MARTINS, 2004, p. 11, grifo nosso)

**Figura 239** – Conformação original do jardim em formato de pulmões com a fonte, ao fundo, recebendo pacientes e funcionários durante comemorações, provavelmente, da festa do bumba-meu-boi.



Fonte: Arquivo HEOM (anos 1970).



**Figura 240** – Construção da maternidade a partir de 2004: o jardim em formato de pulmões visto desde os solários deu lugar à nova urbanização e à estrutura para se erguer o novo edifício.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do arquivo HEOM (2004).

**Figura 241** – Vista da varanda do HEOM para a maternidade, perdendo a relação com o entorno.



Fonte: Foto realizada pela autora (24 de agosto de 2018).

**Figuras 242 e 243** – Nova urbanização: vista do 4º pavimento do HEOM para o estacionamento e a maternidade (à esquerda); impacto visual da maternidade no entorno do HEOM (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (24 de agosto de 2018).

**Figuras 244 e 245** – Relação entre a maternidade e o HEOM, com vista desde o jardim (à esquerda); vista desde a maternidade para o estacionamento e a fachada principal do HEOM (à direita).



Fonte: Foto realizada pela autora (2018); SESAB (2020).

**Figura 246** – Nova urbanização, extinguindo as áreas verdes remanescentes no estacionamento entre a maternidade e o HEOM.



Fonte: Foto realizada pela autora (31 de agosto de 2020).

Ainda em relação às transformações ocorridas no complexo hospitalar, é importante enfatizar que em 2019 a SESAB iniciou obras de caráter urbanístico no interior do conjunto. Seu objetivo foi de organizar e fiscalizar o acesso de pedestres e veículos mais adequadamente, aumentar a segurança através de vigilância eletrônica, pavimentar diversas áreas para ampliar as vagas de estacionamento, melhorar a iluminação, reformar e criar calçadas, além de inserir elementos urbanos de acessibilidade (como rampas e piso tátil). A obra caminhou lentamente por um período, contudo, com o início da pandemia de covid-19 e o surgimento de casos em Salvador, as atividades construtivas foram aceleradas, sendo o espaço oficialmente entregue em 12 de agosto de 2020.

De acordo com uma declaração do então secretário de saúde da Bahia, Fábio Vilas-Bôas, ao *Jornal Correio*, o investimento para finalizar a requalificação da área ultrapassou 4 milhões de reais, permitindo também reorganizar os ambulantes que se

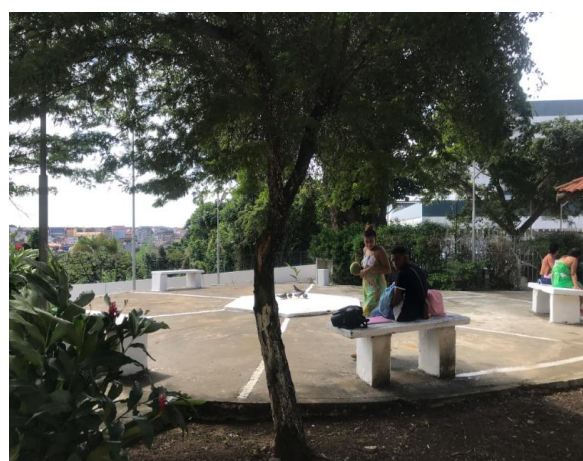


instalavam desordenadamente em diversos pontos do complexo, que tiveram seus comércios implantados em ambientes sanitizados e analisados pela Vigilância Sanitária, visando diminuir a propagação do Coronavírus. (ALOISIO, 2020)

O local passou por intervenções de caráter urbano, no sistema viário, paisagismo, segurança e reestruturação hidráulica e elétrica. [...] Uma praça de alimentação também foi entregue, com quiosques para abrigar os trabalhadores informais. [...] O projeto ainda contemplou a requalificação dos passeios, pisos, o plantio de novas árvores e a implantação de banheiros adequados ao atendimento de portadores de necessidades especiais que transitam pelo Complexo e pela praça de alimentação. (ALOISIO, 2020)

Apesar dos benefícios inegáveis trazidos pela intervenção, não se pode deixar de notar que, mais uma vez, o terreno perdeu extensas áreas verdes que o compunham, tendo seus gramados substituídos por blocos de concreto que constituem o piso intertravado aplicado em larga escala no local. No antigo jardim do coreto, a poucos metros da fachada principal do HEOM, a área de convivência onde ocorriam missas e celebrações ao ar livre, com estruturas efêmeras abrigando os pacientes, familiares e funcionários, cedeu seu lugar, à sombra da robusta árvore preexistente, a quiosques erguidos em alvenaria e telhado cerâmico para acolher os ambulantes, inseridos em uma posição demasiadamente próxima ao antigo bloco principal do hospital-sanatório.

**Figuras 247 e 248** – Proximidade entre o HEOM e o quiosque em alvenaria e telhado cerâmico construído em 2020 no antigo jardim em frente à fachada principal do HEOM (à esquerda); permanência da área do coreto e sua relação com o quiosque, a maternidade e o entorno informal ao fundo (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (31 de agosto de 2020).

**Figura 249** – Modificações no jardim do coreto, em frente à fachada principal do HEOM, onde costumavam ocorrer missas ao ar livre e outras celebrações, com a utilização de estruturas efêmeras.



Fonte: Elaborada pela autora, a partir do Arquivo HEOM (anos 1970 e 2006) e do acervo próprio (3 de abril de 2018 e 31 de agosto de 2020).

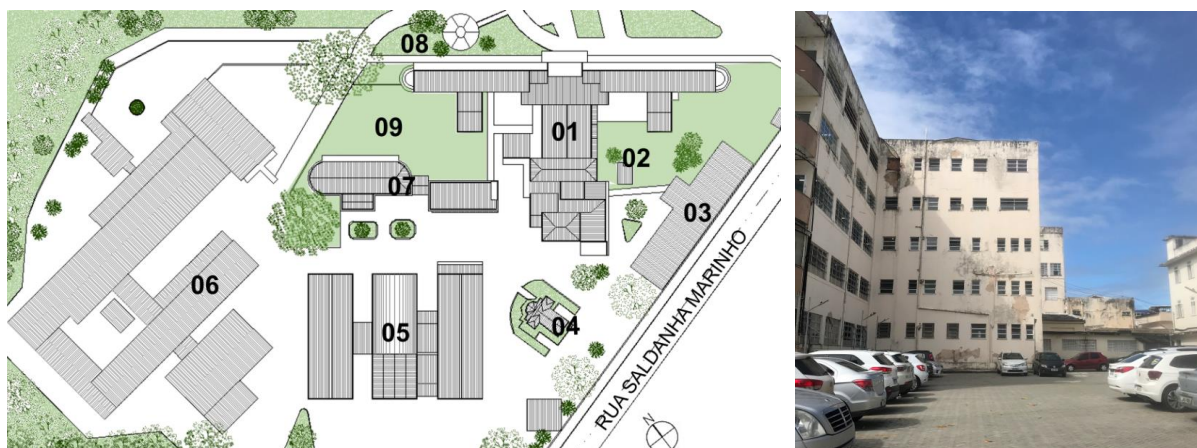
O que se questiona, a partir dessas ações, não é a necessidade de se criar espaços para o desenvolvimento de atividades que antes não faziam parte do programa de necessidades do complexo hospitalar. O problema está na escolha da localização para implantar esses quiosques, que parece não ter considerado os valores culturais do antigo Hospital Santa Terezinha. As novas estruturas foram posicionadas sem buscar uma conexão harmônica com o hospital, que agora tem parte da sua fachada monumental muito próxima às recentes construções. Considerando os prejuízos em relação à percepção total da fachada nordeste do HEOM, a partir do seu entorno imediato, a pergunta que fazemos, ao observar esse cenário, é: será que, dentro de um terreno tão amplo, não existe outro lugar onde esses quiosques poderiam ter sido projetados? Esse é o tipo de questionamento que arquitetos, engenheiros e gestores



que trabalham com unidades de saúde que tenham algum tipo de valor cultural precisam se fazer antes de iniciarem e implementarem os projetos de reforma.

Cabe acrescentar que esta requalificação urbana também se estendeu até a área do antigo jardim que fazia a transição entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga. Do mesmo modo, o gramado foi substituído pelo piso intertravado, com a criação de novas vagas de estacionamento, consolidando mais uma perda da área verde do antigo conjunto sanatorial, que outrora funcionou como parque infantil para as crianças ali internadas.

**Figuras 250 e 251** – Planta de situação de parte do complexo hospitalar, com os jardins que foram modificados na requalificação de 2020: 1) Pavilhão principal do HEOM; 2) Casa de máquinas; 3) Ambulatório; 4) Capela; 5) Pavilhão de serviços; 6) Hospital Ernesto Simões Filho; 7) Unidade de Pneumologia Infantil (Pavilhão Hélio Fraga); 8) Jardim atualmente inexistente entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga; 9) Jardim com o traçado do coreto que ainda permanece, com alterações, após a nova urbanização de 2020 (à esquerda); vista do acesso ao estacionamento (à direita).



Fontes: Elaborada pela autora a partir do Arquivo DETELBA / Convênio IPAC-UFBA-CEAB (2011); Acervo da autora (31 de agosto de 2020).

**Figura 252** – Obra para criação de estacionamento entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga.



Fonte: Foto realizada pela autora (14 de junho de 2019).

**Figura 253** – Modificações no jardim entre o antigo Hospital Santa Terezinha e o Pavilhão Infantil.



Fonte: Elaborada pela autora, a partir do Arquivo HEOM (anos 1950, 1970 e 2000) e do acervo próprio (21 de agosto de 2018 e 31 de agosto de 2020).

As mudanças ao longo dos anos não se limitaram àquelas relativas à dimensão urbanística do complexo. A complexidade intrínseca ao funcionamento das atividades de assistência à saúde implicou em modificações na gestão e no tipo de uso de cada pavilhão do antigo Parque Sanatorial Santa Terezinha, acarretando demolições, ampliações e adaptações das mais diversas. O antigo Pavilhão Infantil recebeu, ainda nos primeiros anos de funcionamento, uma conexão direta ao antigo Hospital Santa



Terezinha, para facilitar a comunicação entre as atividades afins que eram exercidas nos dois edifícios. Entretanto, mais recentemente, passou por uma intervenção onde foi inserida uma rampa de acesso principal entre o nível da rua e o nível interno da edificação, assim como uma plataforma elevatória de acessibilidade contígua à fachada, conectando o térreo e o primeiro pavimento do atual Pavilhão Hélio Fraga.

**Figura 254** – Rampa e plataforma elevatória inseridas no acesso ao Pavilhão Hélio Fraga.



Fonte: Foto realizada pela autora (14 de junho de 2019).

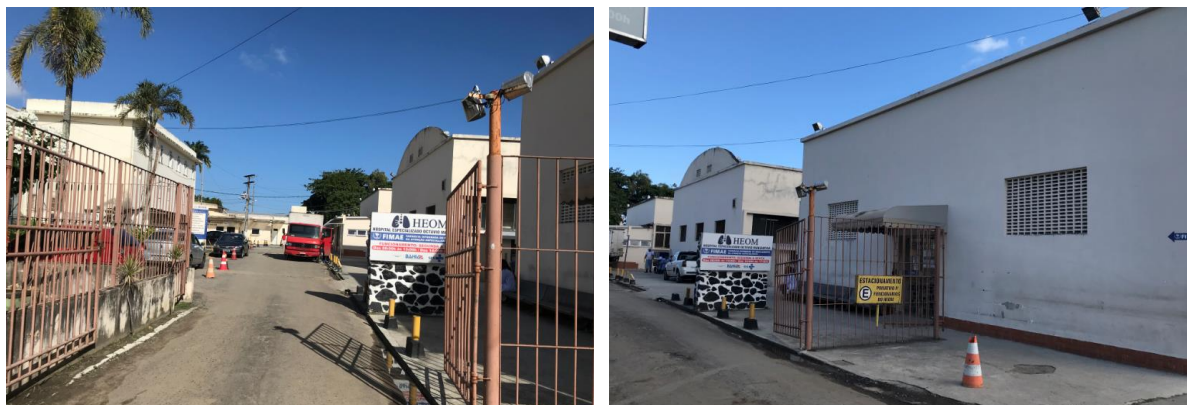
Com relação ao Pavilhão de Serviços Gerais, foram realizados alguns acréscimos, modificações nas esquadrias e a maior alteração ocorreu na cobertura do bloco central, onde a típica solução moderna do telhado borboleta foi substituída por uma estrutura abobadada. Porém, o seu aspecto original, composto por três volumes prismáticos claramente conectados entre si, permanece bastante similar, do mesmo modo que a capela, o antigo Pavilhão de Triagem e o Dispensário Modelo da Cruz Vermelha Brasileira.

**Figura 255** – Vista desde a cobertura do HEOM para o Pavilhão Hélio Fraga, à frente, e para o Pavilhão de Serviços Gerais, no segundo plano: modificação acentuada no entorno e na antiga cobertura borboleta do bloco central.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do Arquivo DAD-COC-FIOCRUZ - Fundo Raphael de Paula Souza e de foto realizada por Gabriela Otrembra (2018).

**Figuras 256 e 257** – Vista desde o portão de acesso à área entre o Pavilhão Hélio Fraga e o Pavilhão de Serviços Gerais (à esquerda); três volumes que compõem o Pavilhão de Serviços Gerais, destacando a alteração da cobertura central, com estrutura abobadada (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (14 de junho de 2019).

**Figuras 258 e 259** – Relação entre o Pavilhão de Serviços Gerais e o Pavilhão Hélio Fraga (à esquerda); capela cercada por áreas de estacionamento e circulação de veículos (à direita).



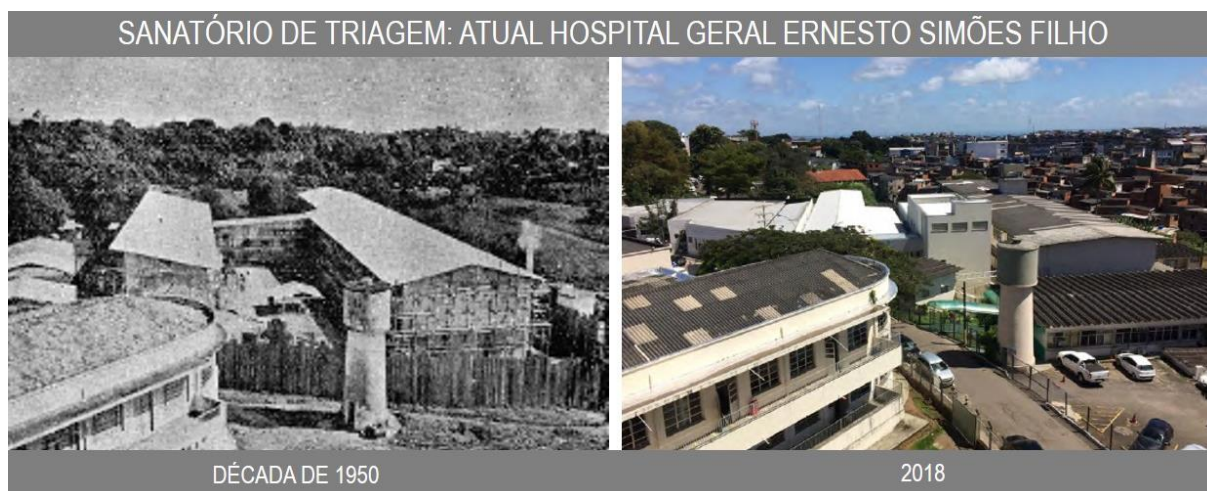
Fonte: Fotos realizadas pela autora (14 de junho de 2019).

Todavia, não se pode afirmar o mesmo acerca das transformações ocorridas no antigo Sanatório de Triagem, que para se tornar o Hospital Geral Ernesto Simões Filho, sofreu graves descaracterizações. A mudança acentuada de uso (ainda que tenha se mantido como uma edificação de saúde), provavelmente contribuiu para a realização de tantos acréscimos, que tornaram o edifício preexistente quase indistinguível. Além da inserção dos novos blocos, destaca-se também a criação de um estacionamento lateral à unidade, com o fechamento da área em gradil. Vale ressaltar que, com a pandemia da covid-19, este hospital recebeu, no ano de 2020, algumas intervenções para se transformar em uma das unidades de referência soteropolitanas na luta contra a patologia recém surgida que, assim como a TB, também afeta os pulmões, e tem levado inúmeras pessoas a óbito em todo o mundo. Segundo Daniel Aloisio (2020), “No total, são 80 leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) exclusivos para o



combate à covid-19, além de um centro de recuperação pós-covid, ou seja, voltado para pacientes que já se curaram da doença”.

**Figura 260** – Comparação da vista desde a cobertura do HEOM para o Pavilhão Hélio Fraga, à frente, e para o Hospital Geral Ernesto Simões Filho, ao fundo.



Fonte: Elaborada pela autora, a partir do Arquivo DAD-COC-FIOCRUZ - Fundo Raphael de Paula Souza e de foto realizada por Gabriela Otrembra (2018).

**Figuras 261 e 262** – Acesso principal ao Hospital Geral Ernesto Simões Filho, que foi adaptado para tornar-se unidade de referência para tratamento de pacientes infectados pelo Coronavírus (à esquerda); acessos de pedestre e veículos através de rampas para o estacionamento do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, com blocos acrescentados à volumetria original do edifício (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (31 de agosto de 2020).

#### 4.6 Desafios e conflitos na preservação da Arquitetura Moderna Antituberculose diante das transformações físicas e institucionais do pavilhão principal

Como percebemos nas análises supracitadas, o conjunto arquitetônico majestoso que outrora constituiu o Parque Sanatorial Santa Terezinha sofreu transformações físicas e institucionais nas décadas seguintes à sua implantação, com a incorporação de novas atividades. Foi descaracterizado em alguns aspectos, através de acréscimos e demolições, e gradativamente desmembrado em diversos complexos hospitalares

independentes, ampliando o seu perfil assistencial em saúde. Para compreender a infraestrutura atual do HEOM, a partir de um olhar crítico sobre a funcionalidade do edifício e a manutenção ou não dos seus valores culturais, é preciso analisar o percurso histórico do hospital, desde a sua inauguração, dentro de um panorama institucional que interferiu diretamente nas intervenções sobre sua estrutura física original.

O hospital, com o seu projeto arquitetônico bonito e cientificamente projetado, todo avarandado e voltado para o nascente, pelo fato do Bacilo de Koch não resistir aos raios ultravioletas e situado no alto numa roça de árvores frondosas em situação privilegiada, dispunha de creche para os filhos dos pacientes, horta, aviário e padaria anexas para dar suprimento à unidade. [...] Um pomar exuberante com árvores frutíferas, tendo à frente do hospital o jardim com a imagem de dois pulmões cercada de hortênsias com a sua fonte luminosa no fundo, que lhe dava uma beleza singular. Uma paróquia ao lado, com a imagem de Santa Terezinha no seu interior, era local de missas e orações. **Infelizmente, toda essa área à exceção do jardim sem as hortênsias, a fonte desativada e a igreja, desapareceu com as transformações.** (MARTINS, 2004, p. 3, grifo nosso)

Oito anos após a inauguração do Hospital Santa Terezinha, em 17 de março de 1950, foi promulgada a lei nº 249, que alterou a organização da *Divisão de Tuberculose* do *Departamento de Saúde da Secretaria da Educação e Saúde*, criando a *Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira*, sediada em Salvador, com autonomia técnico-científica, administrativa e financeira. Seu objetivo era prestar assistência hospitalar aos tísicos, auxiliando o governo e outras instituições na formação de profissionais especializados e na implementação de programas da luta contra a peste branca na Bahia. Nesse contexto, a Fundação recebeu como doação estatal instalações hospitalares da Divisão de Tuberculose, bem como terrenos e edificações do Hospital-Sanatório Santa Terezinha e Hospital Infantil, além das novas construções que estavam sendo erguidas naquele terreno pelo SNT, que passaram a fazer parte do seu patrimônio, compondo o Conjunto Sanatorial Santa Terezinha. (BAHIA, 1950)

Cabe destacar que no final da década de 1950, o Hospital Santa Terezinha já se encontrava em lamentável estado de conservação, com alguns dos recém-construídos pavilhões ainda fechados (mesmo que já concluídos e equipados), sofrendo o desgaste do tempo e sem prestar a assistência necessária à população baiana, que seguia sofrendo com os elevados óbitos pela tuberculose.

Quando, em julho de 1953, a Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira era confiada aos seus atuais dirigentes, o Hospital Santa Terezinha, que funcionava como núcleo do Conjunto Sanatorial do mesmo nome, estava, não obstante o seu majestoso aspecto de monobloco de cimento armado, em



deplorável estado de conservação. Por outro lado, dois grandes pavilhões, o Sanatorial e o Triagem, com capacidade total de setecentos leitos, permaneciam fechados, muito embora concluídos e equipados, sofrendo ambos o desgaste do tempo, triste fato que, igualmente, se registrava com o pavilhão destinado ao Laboratório central [...] Ainda mais: o Hospital Infantil [...] fora amoutado na metade de sua capacidade, uma vez que seu pavimento superior, destinado a abrigar 35 crianças do sexo masculino, houvera sido, estranhamente transformado, parte em, depósito e material imprestável e parte em laboratório. [...] enquanto permaneciam vazios 700 leitos para adultos e 35 para crianças, imenso e doloroso era o desfile dos tuberculosos em busca de internamento. Mesmo assim ia vivendo o velho Santa Teresinha. Arrebetadas e inservíveis quase todas as suas instalações sanitárias; a sua cozinha transformada em inferno de calor, fumaça e moscas as suas caldeiras indispensáveis para o fornecimento de vapor, reduzidas a uma, e essa mesma condenada pelos técnicos à paralisação definitiva; [...] Era assim que funcionava. Prestimoso, sem dúvida, apesar de abandonado. (PONTES, 1954 *apud* SILVEIRA, 1994, p. 157-158).

Entre o final da década de 1950 e o início da década de 1960, o fotógrafo Cristoval M. Ribeiro realizou alguns registros que mostram a situação em que se encontrava o hospital à época. Estas fotos revelam a sujidade com crostas de coloração escura, vegetação e tubulações aparentes nas fachadas, paredes descascando, esquadrias e peças sanitárias quebradas, móveis enferrujados, arrebetados e sem uso, empilhados em diversas áreas do edifício, áreas sem pavimentação e com poças enlameadas, dentre outros danos ou situações de risco para os usuários. Elas precederam uma primeira grande reforma no Hospital Santa Terezinha, mas não foram encontrados registros das modificações efetuadas neste momento.

**Figura 263** – Estágio de degradação da fachada principal do Hospital Santa Terezinha, na década de 1950: sujidade com crostas de coloração escura.



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 264 e 265** – Estágio de degradação do bloco prismático central na parte posterior do Hospital Santa Terezinha, na década de 1950: a) sujeidade com crostas de coloração escura; b) esquadrias originais em ferro e vidro; c) instalação de uma grade metálica à frente de uma das janelas do térreo; d) esquadrias de madeira originais do auditório, no primeiro pavimento (à esquerda); degradação das fachadas com sujeidade escurecida: ao fundo, esquadrias originais das áreas molhadas e, à frente, um dos dois blocos de circulação que havia entre os blocos prismáticos da parte posterior do Hospital Santa Terezinha, demolidos nas décadas seguintes (à direita).



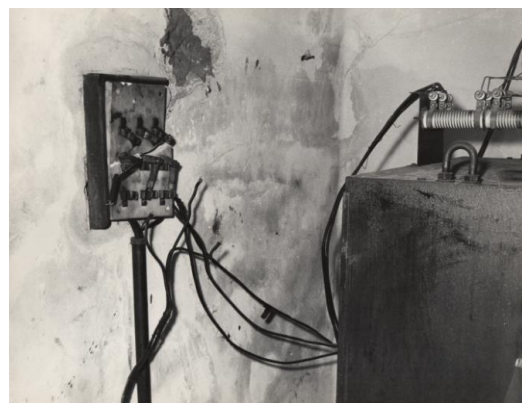
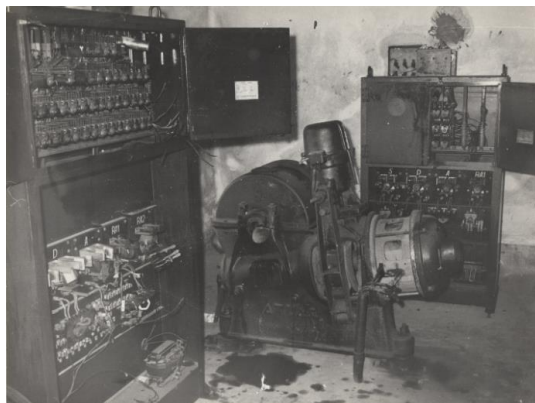
Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 266 e 267** – Degradação em área externa: paredes descascando, vidros quebrados nas esquadrias, fiação aparente e sujeidade nas fachadas (à esquerda); móveis quebrados e abandonados em uma das áreas de circulação com esquadrias originais do Hospital Santa Terezinha (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 268 e 269** – Descuido na rede elétrica, instalações e área de equipamentos (à esquerda); instalações elétricas soltas, com fiação aparente (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).



**Figuras 270 e 271** – Situação de degradação em circulação interna entre as enfermarias: a) piso danificado; b) vidros quebrados nas esquadrias originais de ferro; c) manchas de umidade na laje e nas paredes (à esquerda); situação de degradação em área interna aparentemente abandonada: a) umidade na laje e nas paredes acima dos azulejos, com crosta escurecida; b) azulejos quebrados e descolados das paredes e restos de resíduos (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1950).

**Figuras 272 e 273** – Crianças no jardim em formato de pulmão, em frente à fachada principal do Hospital Santa Terezinha: a) esquadrias originais em madeira nas enfermarias; b) portão de acesso em serralheria artística; c) sujidade na fachada, onde parte da varanda do térreo foi fechada (à esquerda); crianças em frente à fachada posterior do hospital: a) piso de terra, sem pavimentação e com poças de lama; b) esquadrias originais em ferro e vidro, do tipo basculante, em ritmo regular e com montantes faltando em algumas unidades (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM – Fotógrafo Cristoval M. Ribeiro (anos 1960).

O Dr. Luíz Tarquínio Pontes, diretor e responsável por diversas reformas empreendidas no Hospital Santa Terezinha durante muitos anos, relata que os déficits orçamentários dificultaram bastante a gestão da Fundação Octávio Mangabeira, mas que o trabalho em equipe e o bom relacionamento com o poder público durante o governo de Régis Pacheco possibilitaram, aos poucos, a melhoria da estrutura hospitalar degradada, alcançando um equilíbrio no seu funcionamento, ainda que as dificuldades econômicas para sua manutenção não deixassem de permear a existência do conjunto hospitalar.

O pavilhão Sanatorial, após as obras de adaptação e reparos, começou a funcionar desde Outubro do ano p. findo; o Laboratório Central foi instalado e já presta bons serviços; um grande frigorífico cuja falta se fazia sentir no sistema de abastecimento de gêneros alimentícios, foi construído e se encontra em perfeito funcionamento; as caldeiras foram restauradas, passando a dispor-se de três em lugar de uma; o forno de incineração está em vias de conclusão e o pavilhão de triagem, que completa a rede do Conjunto Sanatorial Santa Terezinha, passa a receber doentes. (PONTES, 1954 *apud* SILVEIRA, 1994, p. 159)

A partir da década de 1970, houve o estabelecimento da padronização e implementação de tratamentos quimioterápicos de curta duração para a peste branca, consolidado pelo *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*, em 1979. Esse modelo de tratamento ambulatorial da patologia pulmonar, através de ações básicas de saúde, obteve sucesso no Brasil, com reconhecimento internacional. Como consequência, ocorreu uma decadência da arquitetura antituberculose, que teve muitos edifícios desativados, conveniados a outras instituições de saúde ou adaptados a novos tipos de uso, a exemplo do Santa Terezinha.

Foi nos anos 1970 que o Parque Sanatorial Santa Terezinha se desmembrou, deixando de funcionar como um complexo integrado, e transformando a função de alguns dos seus blocos, que passaram a prestar assistência em outras especialidades. Todavia, o Hospital Santa Terezinha, que se tornou, em 1973, o Hospital Octávio Mangabeira (HOM), seguiu focado no atendimento aos tísicos. Dessa forma, houve modificações nos limites do conjunto hospitalar, com uma grande redução na área administrada pelo HOM, na qual se incluem o Pavilhão Infantil e o Pavilhão de Serviços Gerais, além da capela. Quanto aos demais edifícios, foram modificados e receberam ampliações para abrigar: a) o Hospital Ernesto Simões, no pavilhão do antigo Sanatório de Triagem; b) a 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES); c) e uma creche.

*Do Hospital Sanatório Santa Terezinha, integrado na Fundação Octávio Mangabeira, composta pelos pavilhões de Tuberculose Pulmonar, Central Sanatorial e Luís Tarquinio, passou a se chamar Hospital Octávio Mangabeira, ao lado da 1ª DIRES, 16º Centro de Saúde, PAN Caixa D'água, Hospital Simões Filho, deixando de pertencer à Fundação com o nome daquele governador, passando a um Conjunto Cesar de Araújo, com integral propriedade. (SILVEIRA, 1994, p. 160)*

O HOM funcionou praticamente em regime sanatorial até 1984, quando a residência médica foi implantada, dando-lhe o caráter de centro de referência em doenças pulmonares da Bahia e impulsionando a criação da Escola Baiana de Pneumologia. Para tanto, passou a ter 48 dos seus 312 leitos destinados a pacientes com

pneumopatias não tuberculosas, enquanto os demais serviam aos atendimentos fisiológicos (MARTINS, 2004). Nesse momento, quando diversos leitos designados à TB foram desativados e houve o agravamento de outras patologias respiratórias, o ambulatório criado assistia pacientes portadores de tabagismo, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, alergias e TB multirresistente. Apesar de, na década de 1980, as autoridades sanitárias mundiais terem voltado a se preocupar com o recrudescimento da tuberculose, que atingia velozmente inúmeros pacientes com AIDS em diversos países, no final dos anos 1980 houve na Bahia registros de declínio nos índices de tuberculose.

Entretanto, esse período de equilíbrio foi passageiro e, na década de 1990, os impactos decorrentes das ações do conturbado governo do então presidente Fernando Collor também se refletiram no cenário do combate à peste branca. Segundo Silveira (1994), fatores como a extinção do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária geraram problemas socioeconômicos que aumentaram a fome e as desigualdades na distribuição do capital entre a população brasileira. Também houve o aumento dos casos de AIDS no país, contribuindo para os índices de infecção por TB elevarem novamente.

Esse contexto coincidiu com o momento em que a OMS declarou, em 1993, que a patologia pulmonar se configurava como uma epidemia em estado de emergência mundial. Assim, o HOM precisou fortalecer o seu perfil de centro de referência estadual para as enfermidades do aparelho respiratório, sendo renomeado como Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM) e se consolidando como uma unidade especializada no tratamento de fibrose cística, pneumopatias e cirurgia torácica. Este é o uso que manteve até o início da reforma de 2022 e, por ser “o único hospital do gênero na Bahia” (ANDRADE JUNIOR; MOREIRA, 2011, p. 4), cabe ressaltar o seu caráter fundamental de referência.

Foi na década 1990 que houve, provavelmente, a reforma mais expressiva do hospital, até então, quando o Santa Terezinha deixou de ser um sanatório para se tornar, efetivamente, um hospital especializado, e quando passou a ser integrante da rede pública estadual, perdendo a autonomia na sua gestão e iniciando um ciclo de dependência administrativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). (MARTINS, 2004, p. 3).

O nosso já cinquentão Hospital Santa Terezinha, teve que adaptar-se às novas exigências programáticas [...] Vivemos a transição do sanatório (“ar puro, super alimentação e repouso”) para centro de referência em Doenças Respiratórias no Estado da Bahia, cabendo à tuberculose o nível terciário de atendimento. [...] Com a desarticulação nacional do programa (Programa Nacional de Controle da Tuberculose) e o agravamento da crise social [...], passamos a atuar em todas as instâncias e de modo descoordenado, face à demanda de pacientes sempre superior à capacidade de atendimento. Ressalte-se que o Octávio Mangabeira é remanescente de uma geração de hospitais que já se extinguíram e por conseguinte, passou a ser a única opção até para pacientes de outros estados da Federação. O governo estadual, através [da] sua Secretaria de Saúde, tem plena consciência da magnitude do problema e além da recuperação total do Hospital de Tisio-pneumologia pediátrica Hélio Fraga, já servindo à população, **dedica-se neste momento, à mais ampla reforma física e estrutural do Santa Terezinha, que deste modo, pela primeira vez em sua existência, faz a transição definitiva de sanatório para hospital**, dotado de recursos humanos e tecnológicos adequados aos difíceis momentos que iremos viver doravante. (SILVEIRA, 1994, p. 164-165, grifo nosso)

**Figuras 274 e 275** – Placa na recepção do hospital, sinalizando reforma em 1982, no governo de Antônio Carlos Magalhães (à esquerda); placa na recepção do hospital, sinalizando a grande reforma de 1993, no governo de Antônio Carlos Magalhães, tendo como secretário de saúde o Dr. Otto Alencar e diretor da unidade o Dr. Antônio Carlos Peçanha Martins (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (5 de julho de 2021).

Desse modo, cinquenta anos após a sua inauguração, o hospital expandiu os seus serviços, se transformando em um centro de referência em pneumologia na Bahia, com o objetivo de alcançar um status de liderança no setor, no âmbito Norte-Nordeste. Era o único hospital estadual a receber estudantes das áreas de pneumologia e clínica médica, através do vínculo com a Faculdade de Medicina da UFBA e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e é provável que grande parte da sua feição atual, com suas demolições e ampliações, seja um resultado direto desta reforma.

Ampliou-se o ambulatório, criaram-se serviços especializados como a UTI em doenças respiratórias, pioneira na Bahia, equipada e em pleno funcionamento; a endoscopia que é a única em hospital público no Estado para adultos e mais recentemente para crianças e partimos agora para inaugurar o serviço de pronto atendimento em doenças pulmonares 24 horas por dia, além de 12 apartamentos para clínica médica e mais 8 para pacientes adéticos com problemas respiratórios [...] A reforma do Pavilhão Hélio Fraga



dará um grande impulso na pneumologia infantil, pois contará com 53 leitos para as doenças respiratórias da criança e tísico-terapia com dois pavimentos e quatro leitos para pacientes sépticos, o que implica ser um outro hospital isolado, dentro da mesma instituição [...] Contamos assim com 300 leitos para pacientes portadores de doenças pulmonares, incluindo fisiologia para as indicações precisas como bem recomenda a Organização Mundial de Saúde, com infraestrutura de complementação diagnóstica instalada e necessitando apenas de aquisição de equipamentos tecnológicos modernos. (MARTINS, 1991 *apud* SILVEIRA, 1994, p. 161-162)

Silveira (1994) ainda ressalta que no primeiro semestre do ano de 1994, 95 leitos do HEOM seguiam destinados aos pacientes tuberculosos que continuavam apresentando quadros clínicos graves. Os médicos se preocupavam, basicamente, com três grandes variáveis naquele momento: 1) o elevado índice (cerca de 20%) de óbitos por TB ocorridos no hospital; 2) a crescente de casos da TB multirresistente, que saltava dos 7% dos casos identificados no HEOM, em 1992, para 12%, no início de 1994 (em sua maioria, a resistência surgia por uma falha organizacional que gerava a interrupção do tratamento); 3) os impactos da AIDS sobre os casos de TB. Diante desse cenário, houve uma necessidade de ampliar as atividades ambulatoriais, criando um ambulatório para pacientes crônicos (ou seja, aqueles que são submetidos a tratamentos a longo prazo, devido à progressão lenta da doença), especialmente aqueles portadores da AIDS. “Através de convênio com o Banco Mundial, implantaremos a enfermaria para aidéticos com pneumopatias e toda a infraestrutura necessária (fibrobroncoscopia, função pulmonar, laboratório específico para micobacterioses, etc)”. (SILVEIRA, 1994, p. 166)

Em meados de 1995, relatórios encontrados no arquivo do hospital expunham ao governo baiano a grave situação do HEOM, que dificultava o desenvolvimento adequado das atividades de assistência em saúde oferecidas à população. Esses aspectos variavam desde as condições de orçamento, ao número insuficiente de profissionais, à ineficiência dos serviços de alimentação, portaria e vigilância, ou mesmo à ausência de número suficiente de ambulâncias, linhas telefônicas e apoio à gestão por parte da SESAB. Em relação à sua infraestrutura física, destacava-se uma deficiência na manutenção da unidade, que acarretava problemas de vazamentos generalizados, assim como na existência de telhados, esquadrias e sanitários quebrados. Além disso, também não havia o cuidado e a reposição de materiais permanentes (como broncoscópio, espirômetro, outros aparelhos especializados, camas, cadeiras, mesas, armários, cadeiras de rodas, etc).

Os obstáculos ao funcionamento hospitalar adequado não terminavam nesses pontos, havendo ainda sérios transtornos ligados às infestações de animais (como baratas, ratos, cachorros, cavalos e gatos) nas áreas externas e nas alas de internação da instituição. Segundo esses relatórios, a proliferação dos gatos no interior da unidade (principalmente nas enfermarias com leitos ociosos) aumentava os índices de infecção e de acidentes, prejudicando a saúde de pacientes e funcionários, que eram obrigados a dividir os espaços com esses animais. Assim, os riscos de contágio de doenças típicas desses animais, os maus odores, os prejuízos materiais e a falta de higiene obrigavam os funcionários a fecharem as janelas de diversos cômodos de um hospital que atendia portadores de TB, onde a circulação da ventilação era imprescindível.

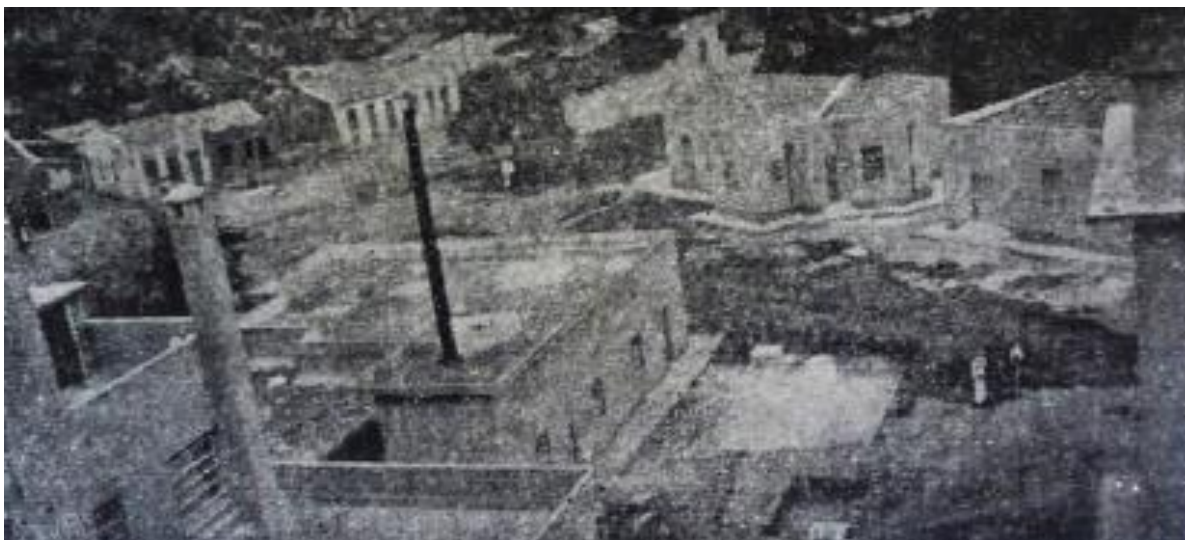
A partir dos anos 2000, o pavilhão principal do HEOM foi submetido a diversas ampliações que acompanharam o caráter complexo e dinâmico intrínseco ao seu uso, impondo a ele alterações que, ao longo dos seus quase oitenta anos de existência, modificaram, em alguma medida, seu aspecto original de monobloco de volumetria clara e imponente. As principais transformações aconteceram na fachada sudoeste do hospital, que passou a abrigar o acesso principal ao edifício e que, ao receber sucessivos anexos, perdeu a simplicidade da sua conformação primária em “E”. Sua planta, originalmente tão clara, passou a assumir quase o formato de “T”, mas de maneira bem menos definida, já que hoje há, além das ampliações, outros blocos de menor porte dentro do complexo.

**Figura 276** – Acréscimos no HEOM e no seu entorno imediato.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de imagem aérea do Google Earth (2021).

**Figura 277** – Vista do terraço do Hospital Santa Terezinha para a parte posterior do terreno, sem os acréscimos: observa-se a capela e o antigo necrotério, que foi demolido e substituído pelo Pavilhão de Serviços Gerais, em 1951.



Fonte: HOSPITAL SANATÓRIO... (1941).

**Figura 278** – Sinalizados em linha tracejada amarela, os acréscimos na fachada sudoeste do HEOM, com acesso à recepção principal e ao Centro de Diagnóstico por Imagem.



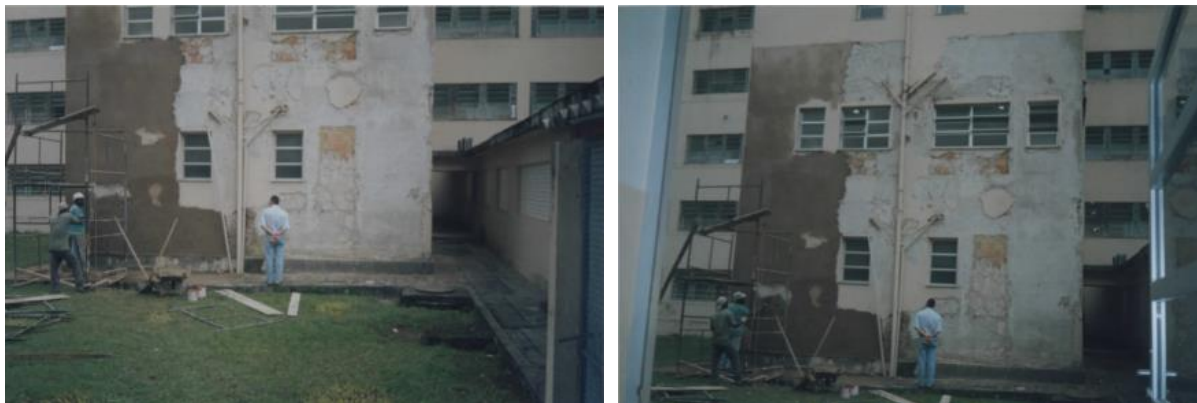
Fonte: Elaborada pela autora a partir de foto realizada por ela (31 de agosto de 2020).

Esses acréscimos ocorreram para atender às novas funções desempenhadas pelo HEOM, que deveria adequar seus espaços às normas pertinentes e adaptar-se melhor ao perfil que vinha consolidando a partir da ampliação dos seus serviços (seja em relação aos procedimentos e internações, ou à estrutura de apoio à formação de profissionais especialistas no tratamento do aparelho respiratório). Entre 2003 e 2004, foram realizadas algumas obras de manutenção das fachadas do hospital e foi inaugurada a sua recepção principal, localizada nos novos volumes construídos na



fachada sudoeste e dotada de rampa acessível, substituindo a imponente recepção *art déco* original, que foi desativada.

**Figuras 279 e 280** – Manutenção da fachada do bloco prismático na parte posterior do edifício, próximo à circulação entre o HEOM e o Pavilhão Hélio Fraga (à esquerda); tubulação hidrossanitária aparente na fachada, que se encontra descascada em diversos pontos e recebe reparos (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM (2003-2004).

**Figura 281** – Acesso coberto por uma marquise em estrutura metálica e chapas de policarbonato, à nova recepção principal do HEOM, que substituiu a sofisticada recepção original.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do arquivo HEOM (2003-2004), de BIERRENBACH (2011a) e de fotos realizada pela autora (5 de julho de 2021).

**Figuras 282 e 283** – Balcão da nova recepção na entrada principal do HEOM, com área de espera acessada através de uma rampa e separada da recepção por um guarda-corpo de vidro e aço-inox (à esquerda); vista da circulação para a espera e a recepção do acesso principal do HEOM (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (5 de julho de 2021).

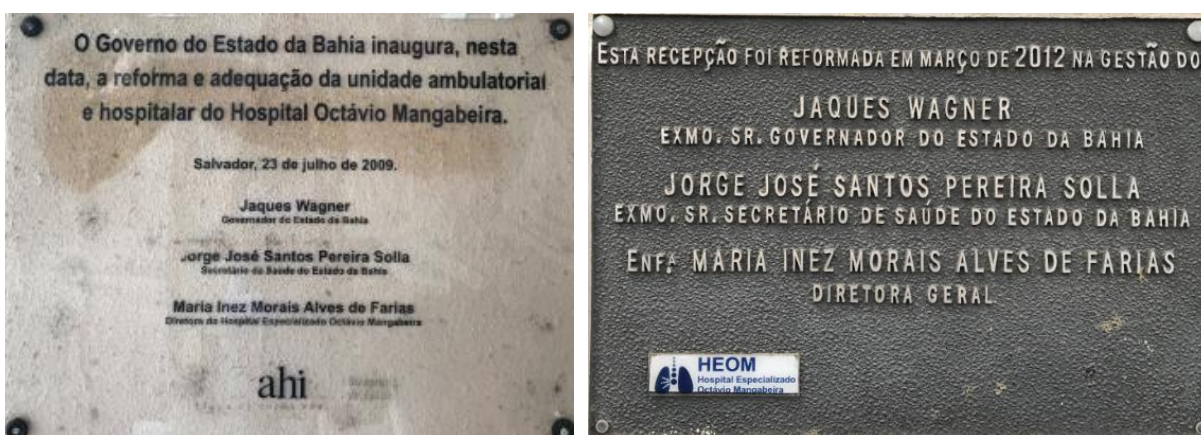
Em 2009, o hospital passou por modificações para adequar a unidade ambulatorial, aumentando também a quantidade de leitos de UTI para prestar assistência à população durante a epidemia da Influenza A (H1N1) ou gripe suína, ocorrida entre 2009 e 2010. Nas plantas arquitetônicas que registram a situação do HEOM no ano de 2011, é possível verificar que o programa funcional e os fluxos hospitalares foram transformados, quando comparados com o projeto original do antigo Hospital Santa Terezinha. Nesse momento, segundo a Secretaria de Comunicação do Estado da Bahia (SECOM-BA, 2011), o hospital ampliava ainda mais o número de atendimentos e serviços, internando pacientes portadores de todas as enfermidades pulmonares, e realizando cerca de um milhão de procedimentos por ano na sua estrutura hospitalar e ambulatorial (raios X, exames, consultas, endoscopia respiratória, cirurgia torácica, etc). Cabe ressaltar que Jorge Solla, então secretário de saúde do Estado, enfatizou à época que o HEOM era o único nosocômio baiano que contava com quatro quartos dotados de equipamentos de isolamento respiratório de pressão positiva, implantados durante a epidemia de H1N1.

Assim, além de ser o único hospital da Bahia especializado em patologias pulmonares, reconhecido como centro de referência para doenças respiratórias, o HEOM passou a ser, entre 2009 e 2015, um referencial no tratamento da H1N1, ainda que vivenciasse constantes dificuldades devido à redução de custos para a sua manutenção e à falta de investimentos em infraestrutura. Cabe enfatizar que, ao abarcar a assistência aos portadores da H1N1, o HEOM reativou, temporariamente, o



seu acesso principal original, através da escadaria abaixo da grande marquise que compõe o bloco prismático do eixo central do edifício, que se encontrava isolado desde a instalação da nova recepção, na fachada posterior do hospital. Essa foi, possivelmente, uma estratégia para separar o fluxo dos pacientes infectados por este vírus altamente transmissível através das vias aéreas dos demais usuários da instituição. Todavia, após a epidemia ter sido contida, esse acesso ao ambulatório específico para a influenza foi novamente fechado.

**Figuras 284 e 285** – Placa no HEOM sinalizando a reforma da unidade ambulatorial, em julho de 2009 (à esquerda); Placa no HEOM, em março de 2012, sinalizando a reforma da recepção de acesso ao hospital utilizada nos últimos anos, localizada na sua fachada posterior (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (3 de abril de 2018).

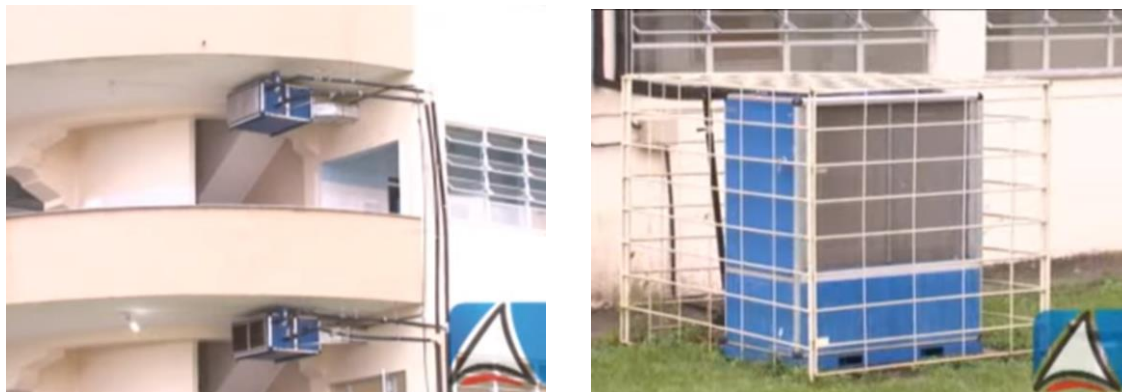
**Figura 286** – Indicações do acesso ao ambulatório especializado em atendimento da Influenza A (H1N1), em situação epidêmica entre 2009 e 2010: foi reativada, temporariamente, a entrada original do antigo Hospital Santa Terezinha.



Fonte: Arquivo SESAB (SANTANA, 2021).



**Figuras 287 e 288** – Instalações de equipamentos de isolamento respiratório de pressão positiva através das fachadas das varandas das extremidades, com conexão direta para os quartos de isolamento (à esquerda); equipamento que integra o sistema de pressão positiva, posicionado no jardim do HEOM, conectando-se aos aparelhos de cada quarto de isolamento (à direita).



Fonte: SECOM-BA (2011).

A configuração do **térreo** do HEOM, em **2011**, demonstra o isolamento do acesso de pacientes pela entrada original, indicando a existência de duas novas entradas na parte posterior da edificação: a principal, através da fachada noroeste; e a secundária, na fachada sudeste, onde se interliga ao bloco anexo do ambulatório, através de um toldo verde instalado na área externa. Essas duas recepções dão suporte a salas que compõem as unidades ambulatorial e de diagnóstico e terapia, localizadas de forma contígua a elas.

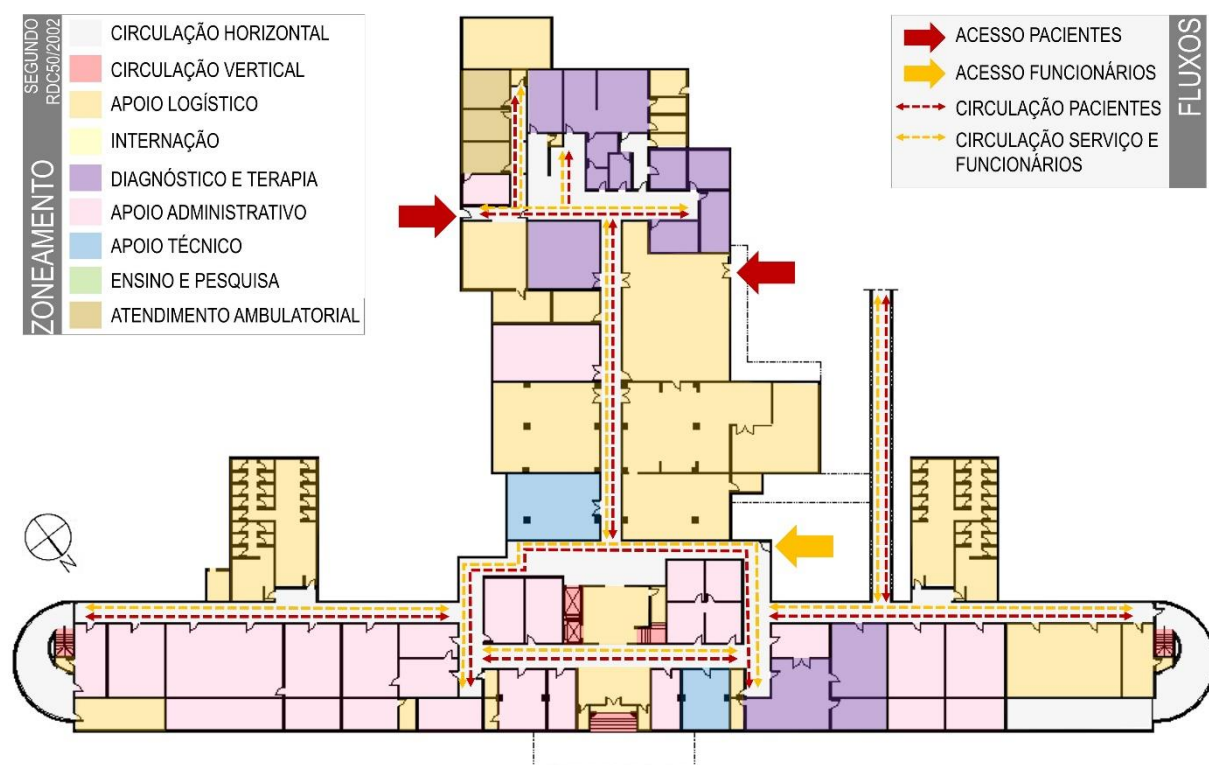
**Figuras 289 e 290** – Vista do HEOM para seus acréscimos e o bloco anexo do ambulatório de pneumologia (à esquerda); toldo conectando o HEOM ao ambulatório (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (3 de abril de 2018 e 31 de julho de 2020).

O acesso de funcionários também foi modificado e a fachada posterior recebeu o acréscimo de um abrigo para compressor. Ademais, nota-se que as antigas enfermarias, varandas e ambientes que compunham a unidade de internação transformaram-se, em sua maioria, em salas de apoio administrativo, evidenciando uma provável diminuição da quantidade de leitos em relação ao projeto original.

**Figura 291** – HEOM, pavimento térreo, configuração funcional e de fluxos em 2011.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

**Figuras 292 e 293** – Acréscimo de um abrigo para compressor na fachada posterior do HEOM, em 2010 (à esquerda); abrigo para compressor, em meio à vegetação (à direita).



Fontes: BIERRENBACH (2011, p. 21); Foto realizada pela autora (31 de julho de 2020).

Observa-se, ainda, que foi criada uma circulação com aberturas de cobogós nas paredes laterais e cobertura em laje plana (onde se sobrepõem elementos como caixa d'água e condensadora de ar-condicionado) a fim de interligar o HEOM ao Pavilhão Hélio Fraga. Esta conexão não constava no projeto original do Santa Terezinha, mas já aparecia na planta do Atlas de Salvador, de 1955. É interessante perceber que nos anos 2000, o interior desta circulação possuía paredes em pintura verde até a altura final dos cobogós, e o restante em pintura branca, além de piso e rodapé em granilite;



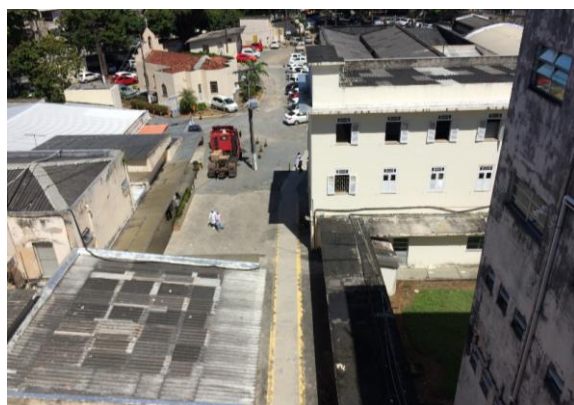
enquanto em 2018 foi registrada a inserção de azulejos nas paredes, até a altura do início dos cobogós, e o restante em pintura verde.

**Figuras 294 e 295** – Caixa d'água e condensadora de ar-condicionado sobre a laje da circulação entre os edifícios, em 2010 (à esquerda); vista exterior da circulação, em 2010 (à direita).



Fontes: BIERRENBACH (2011a, p. 19).

**Figuras 296 e 297** – Vista para a circulação que interliga o HEOM ao Pavilhão Hélio Fraga (à esquerda); laje de cobertura da circulação entre os edifícios (à direita).



Fontes: Fotos realizadas por Gabriela Otremba (31 de agosto de 2018); Foto realizada pela autora (5 de julho de 2021).

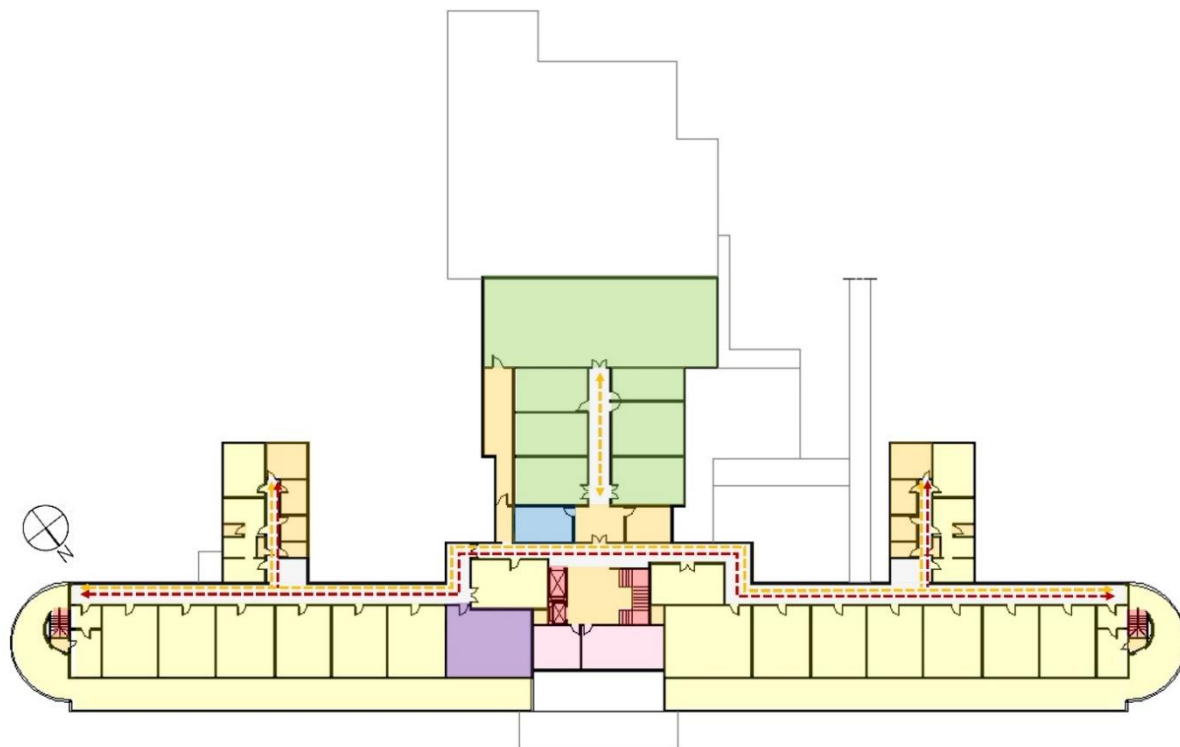
**Figuras 298, 299 e 300** – Sujidade na laje, no piso e nas paredes da circulação (à esquerda); interior da circulação com paredes em pintura verde até a altura final dos cobogós, e o restante em pintura branca, além de piso e rodapé em granilite (ao centro); interior da circulação com azulejos até a altura do início dos cobogós, e o restante da parede em pintura verde (à direita).



Fontes: Foto realizada pela autora (5 de julho de 2021); Arquivo HEOM (anos 2000); Foto realizada pela autora (3 de abril de 2018).

No **primeiro pavimento**, a maior mudança foi a alteração da área de diagnóstico e terapia para espaços de ensino e pesquisa, tendo sido criada uma circulação de acesso ao auditório. Houve, ainda, a inserção de antecâmaras para acesso aos quartos de isolamento, adaptando-os às normas mais recentes.

**Figura 301** – HEOM, 1º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

**Figuras 302 e 303** – Nova circulação de acesso ao auditório (à esquerda); esquadrias em alumínio, piso em porcelanato e telha aparente na circulação para o auditório (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM (2004).

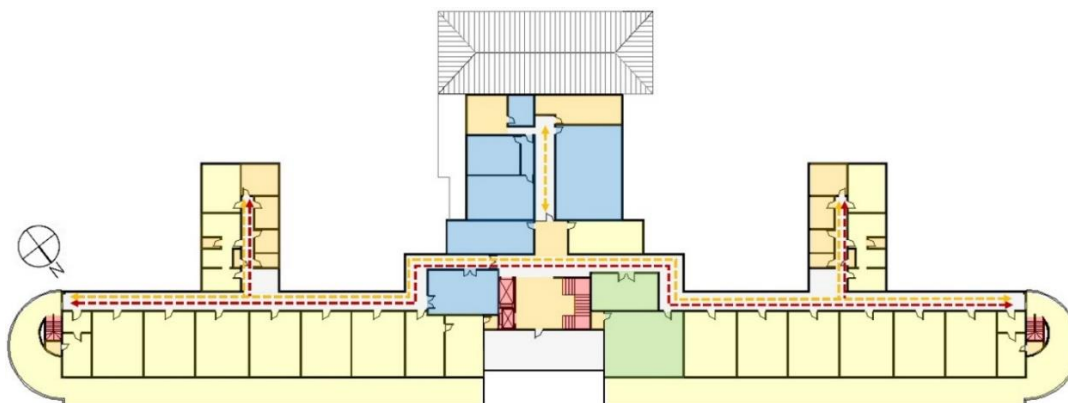
**Figura 304** – Configuração do quarto de isolamento com inserção de antecâmara.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de fotos do arquivo HEOM (2004) e de fotos realizadas por Gabriela Otremba (23 de agosto de 2018).

Já no **segundo pavimento**, as antigas áreas de diagnóstico e terapia se tornaram áreas de apoio técnico da Central de Materiais Esterilizados (CME), que deixaram de fazer parte do Centro Cirúrgico, no **terceiro pavimento**. Neste andar, a modificação mais acentuada foi a implantação de uma UTI, que ocupou parte de uma das varandas, quatro enfermarias, sanitários e um quarto de isolamento (todos conectados entre si), e a criação de salas de broncoscopia. No **quarto pavimento**, permanecem as internações, ambientes de apoio e áreas de ensino e pesquisa.

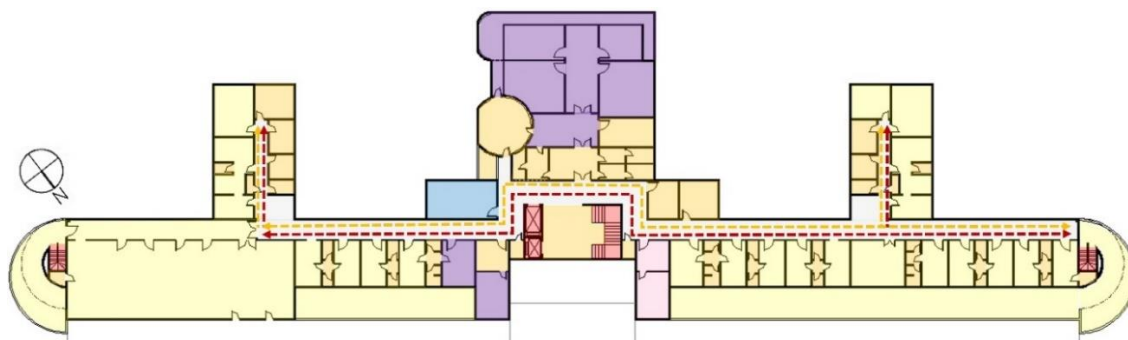
**Figura 305** – HEOM, 2º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

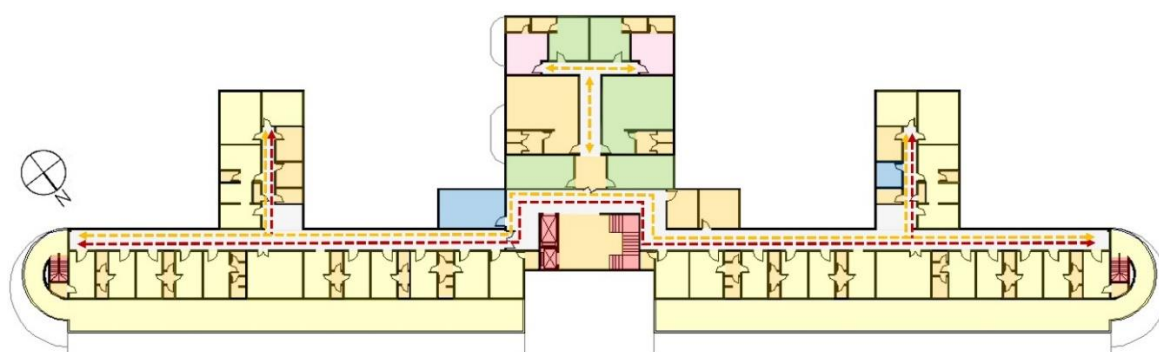


**Figura 306** – HEOM, 3º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

**Figura 307** – HEOM, 4º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2011.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir do Arquivo DETELBA / IPAC-UFBA-CEAB (2011).

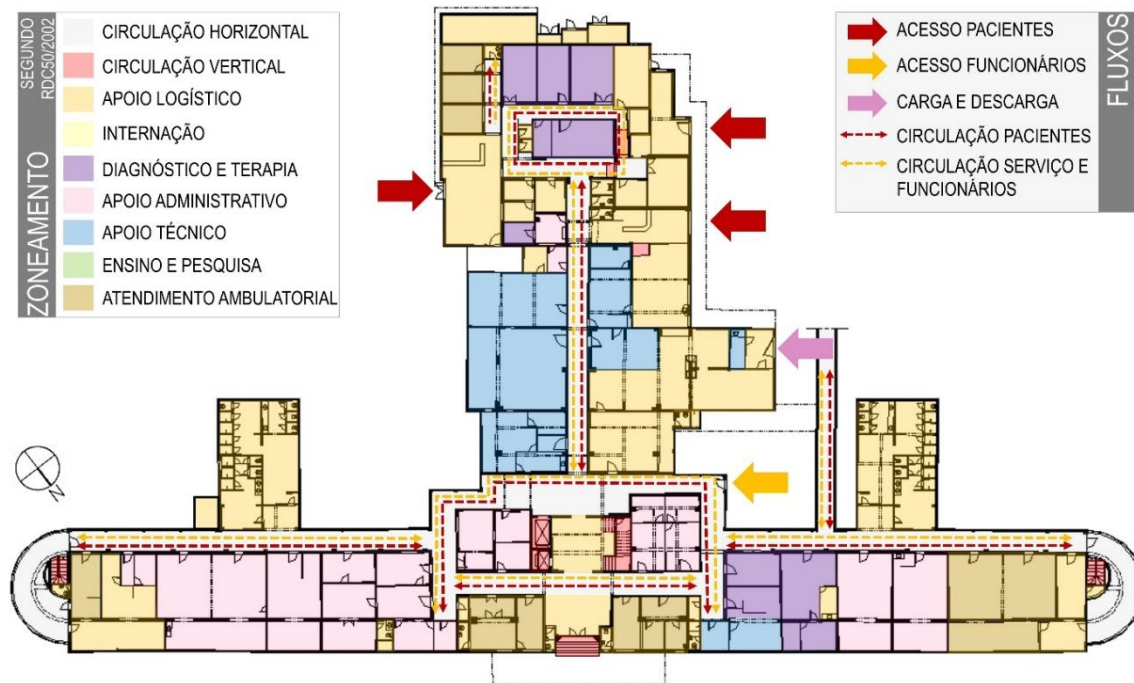
Em **2018**, a partir do levantamento cadastral do HEOM<sup>51</sup>, foi possível identificar o zoneamento dos ambientes e os fluxos mais recentes da instituição. No **térreo**, o acesso da área de carga e descarga foi organizado a partir de uma sala de recebimento de materiais conectada aos diversos almoxarifados, sendo também criado um terceiro acesso de pacientes, diretamente ligado ao Centro de Diagnóstico por Imagem. Além disso, algumas salas de apoio logístico foram substituídas por espaços de atendimento ambulatorial, e a área de apoio técnico foi bastante ampliada. Nos vestiários, as peças sanitárias foram substituídas, e em um deles as portas de madeira permaneceram (sendo pintadas de cor clara e trocadas as folhas), enquanto no outro elas foram retiradas, dando lugar a portas de alumínio natural em veneziana. Observa-se que no vestiário cujas portas de maneira ainda existiam, as janelas originais de madeira e o piso em ladrilho hidráulico foram trocados; entretanto, as paredes mantinham seus azulejos à meia altura, com pintura acima. Por outro lado, no vestiário cujas portas foram substituídas, as intervenções foram ainda maiores,

<sup>51</sup> Realizado pela autora deste trabalho e pela arquiteta Gabriela Otembra, com a participação dos estudantes de graduação, Félix Guedes e Cleiton Souza, integrantes do Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar (GEA-hosp) da UFBA.



visto que houve a retirada de todos os revestimentos originais, sendo aplicados revestimentos em cerâmica nos pisos e nas paredes.

**Figura 308** – HEOM, pavimento térreo, configuração funcional e de fluxos em 2018.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de OTREMBA (2020).

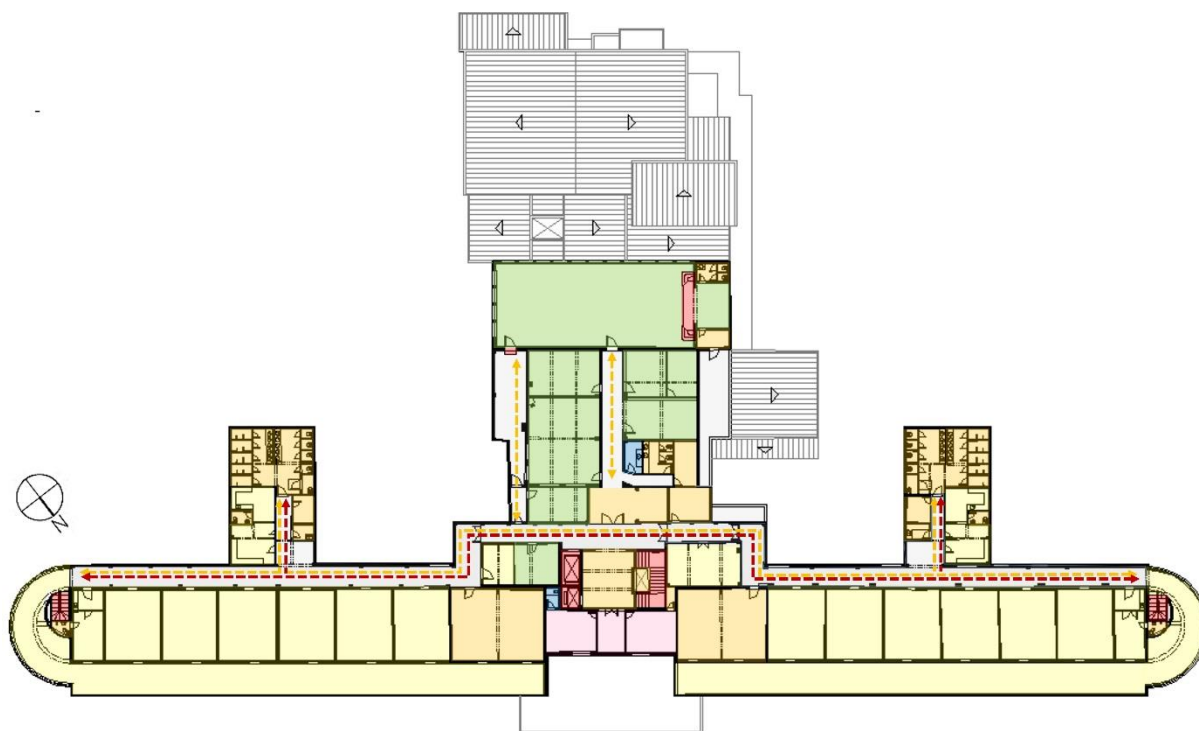
**Figura 309** – Alterações nos vestiários: esquadrias, revestimentos e peças sanitárias.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir do Arquivo HEOM (década de 1950) e do acervo pessoal (21 de agosto de 2018).

No **primeiro pavimento** houve pouca modificação: uma enfermaria e uma sala da unidade de diagnóstico e terapia se tornaram ambientes de apoio logístico; e o setor de ensino e pesquisa ganhou mais duas salas, havendo alterações no layout da biblioteca (que delimitou o acesso do público ao acervo) e a modernização do auditório (nova cor na pintura das paredes, substituição de mobiliário e luminárias, inserção de ar-condicionado e forro em policloreto de vinila – PVC).

**Figura 310** – HEOM, 1º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de OTREMBA (2020).

**Figura 311** – Configuração da biblioteca, no 1º pavimento, destacando a mesa de madeira que se remete a pulmões: alterações no layout, dividindo o espaço com um armário alto e delimitando o acesso do público ao acervo.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do arquivo HEOM (2004) e de foto realizada por ela (3 de abril de 2018).



**Figura 312** – Configuração do auditório, no 1º pavimento: alteração na pintura das paredes, mobiliário, luminárias, janelas em alumínio natural e película fumê nos vidros, com inserção de forro em PVC e ar-condicionados.

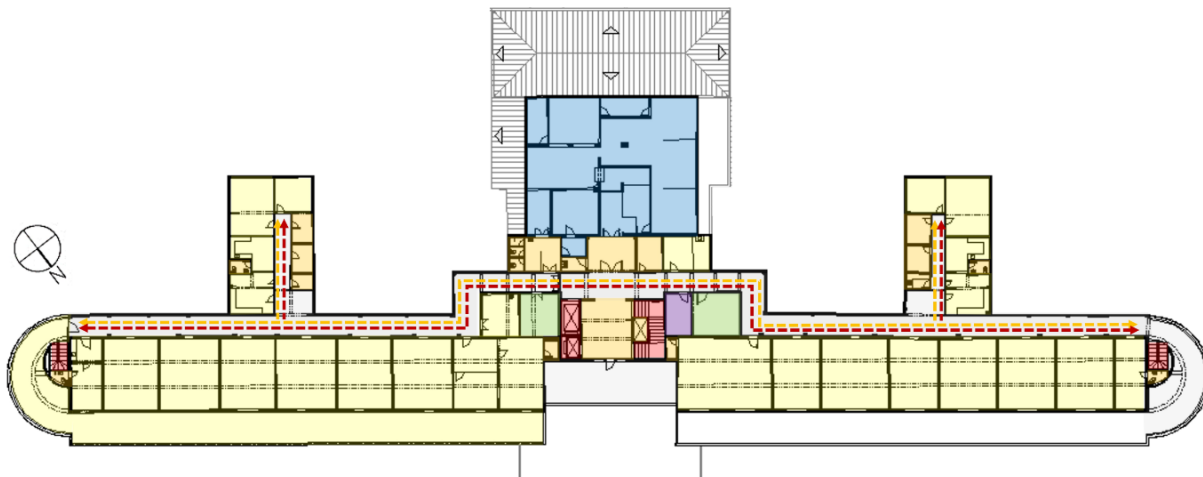


Fonte: Elaborada pela autora a partir do arquivo HEOM (décadas de 1970 e de 1990) e de fotos realizadas por Gabriela Otremba (23 de agosto de 2018).

No **segundo pavimento**, uma sala de ensino e pesquisa foi incorporada à unidade de internação, e todos os ambientes da CME passaram a ocupar a área concentrada no bloco prismático central da fachada posterior do hospital. No **terceiro pavimento**, o Centro Cirúrgico se manteve na mesma posição, porém foi redividido, e a área de

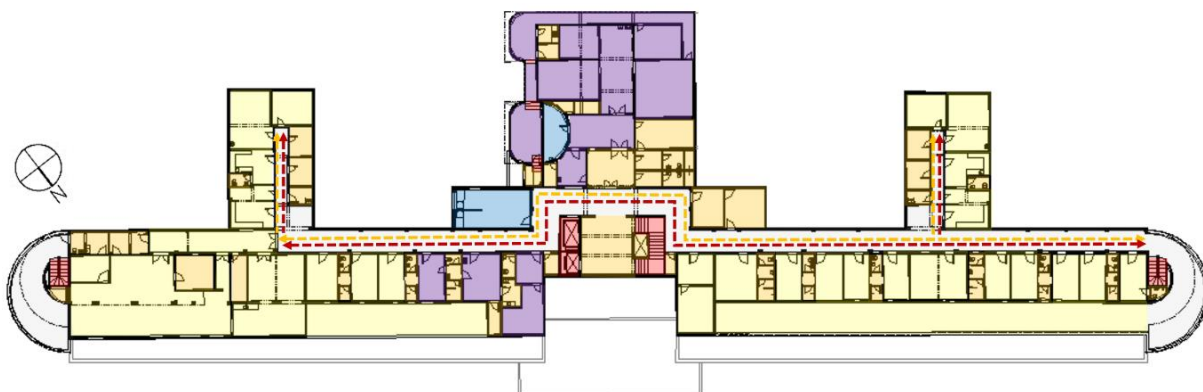
broncoscopia ganhou mais duas salas, ampliando a unidade de diagnóstico e terapia. No **quarto pavimento**, observa-se que algumas salas de ensino e pesquisa que compunham áreas voltadas para a residência médica se transformaram, basicamente, em espaços de apoio logístico, para relação e descanso de funcionários do hospital.

**Figura 313** – HEOM, 2º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018.



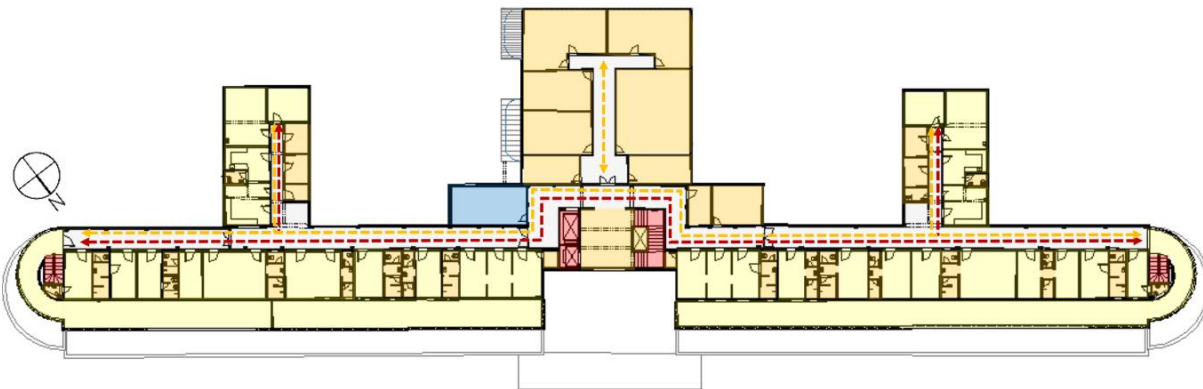
Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de OTREMBA (2020).

**Figura 314** – HEOM, 3º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de OTREMBA (2020).

**Figura 315** – HEOM, 4º pavimento, configuração funcional e de fluxos em 2018.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de OTREMBA (2020).

Em relação às transformações na circulação principal entre as enfermarias e os blocos prismáticos da fachada sudoeste de cada pavimento do edifício, de modo geral, nota-se: 1) a instalação de um novo modelo de elevador; 2) a substituição do piso em formato hexagonal de coloração terracota por piso em granilite na cor cinza; 3) a inserção de dutos e instalações aparentes para ar-condicionado, racks do sistema de rede, entre outros; 4) a instalação de novas esquadrias dividindo a circulação e a troca das esquadrias de ferro e vidro por esquadrias com sistema similar em alumínio natural, percebendo-se que, na década de 1970, as estruturas de ferro dessas esquadrias foram pintadas de branco; 5) a retirada das antigas luminárias com design higiênico, sendo inseridos novos modelos; 6) e a aplicação de azulejos de 15x15cm, à meia altura das paredes, com o restante pintado de alguma cor em cada pavimento, modificando a configuração original composta por pintura de coloração à meia altura e pintura de cor clara, na parte superior.

**Figura 316** – Alterações na circulação dos elevadores: a) substituição dos elevadores; b) aplicação de azulejos brancos à meia altura, com pintura de cor acima; c) troca do piso hexagonal terracota por piso em granilite cinza; d) troca e/ou inserção de novas esquadrias; e) instalações e dutos aparentes.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do arquivo HEOM (década de 1950) e de fotos realizadas por ela (5 de julho de 2021).



**Figura 317** – Circulações principais dos pavimentos: modificações dos pisos, esquadrias, luminárias e paredes.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir do arquivo HEOM (décadas de 1950 e 1970, e ano de 2004) e do acervo próprio (24 de agosto de 2018).

No caso das enfermarias, é preciso salientar que a maioria permanece com o mesmo uso, mas algumas foram transformadas em outros tipos de espaço, como aqueles voltados para a realização de atividades em grupo com os pacientes, a exemplo da terapia ocupacional. Durante o cadastro realizado em 2018, foi registrado que diversas enfermarias do primeiro pavimento estavam desativadas, algumas delas funcionando como grandes depósitos de móveis, insumos e/ou equipamentos hospitalares, outras apresentando degradação e sujeira no piso. Do mesmo modo que em outras áreas



do HEOM, as enfermarias tiveram suas esquadrias, pisos e móveis originais substituídos, recebendo instalações aparentes de gases medicinais para cada leito, e aplicação de azulejos brancos à meia altura das paredes, com pintura colorida cima.

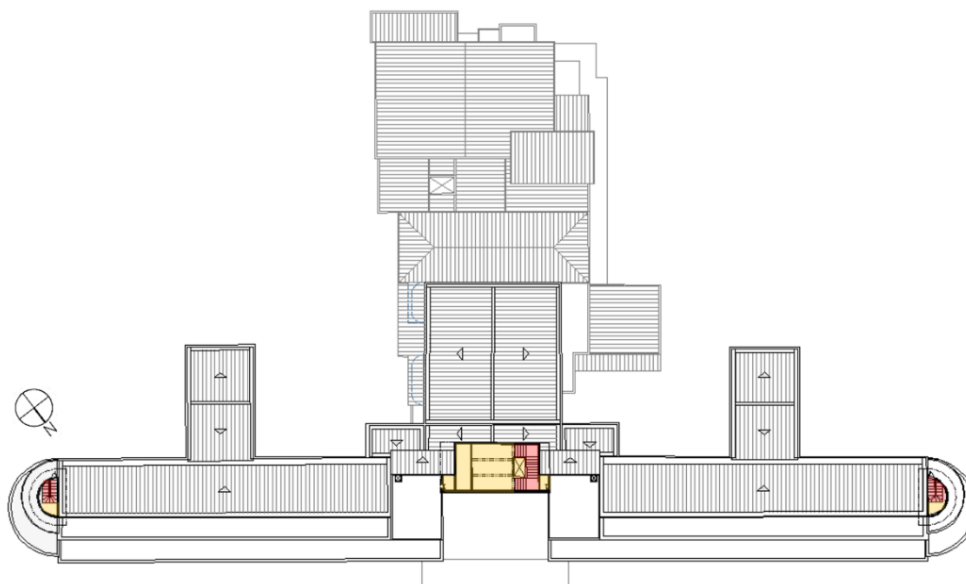
**Figura 318** – Alterações nas enfermarias.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do arquivo HEOM (década de 1950 e ano de 2004) e de fotos realizadas por ela (24 de agosto de 2018).

Além disso, as escadas nas extremidades curvas do edifício foram vedadas com tapumes, de modo que os pacientes não pudessem circular entre os pavimentos a partir das varandas das enfermarias. Por fim, na laje da **marquise** que compõe o acesso principal ao edifício, em seu eixo simétrico, além da aplicação de pastilhas com dimensão de 5x5cm ao longo do seu perímetro, foram inseridas algumas máquinas condensadoras para os aparelhos de ar-condicionado instalados em ambientes próximos a este ponto da fachada, deixando aparente a fiação de conexão entre esses equipamentos e os aparelhos no interior da edificação. Já o **terraço**, antes utilizado como espaço complementar ao tratamento helioterápico, foi coberto em toda a sua extensão por telhas de fibrocimento, tornando-se inacessível aos pacientes.

**Figura 319** – HEOM, planta de cobertura, configuração funcional e de fluxos em 2018.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de OTREMBA (2020).

**Figuras 320 e 321** – Fechamento da escada na extremidade curva das varandas (à esquerda); laje da marquise do HEOM: inserção de máquinas condensadoras de ar-condicionado (à direita).



Fonte: Foto realizada pela autora (24 de agosto de 2018); elaborada pela autora a partir de fotos pessoais (24 de agosto de 2018) e de fotos de Gabriela Otremba (31 de agosto de 2018).

**Figura 322** – Cobertura/terraço do HEOM: inicialmente, acessado pelos pacientes para a realização de helioterapia, hoje é coberto por telhas de fibrocimento.

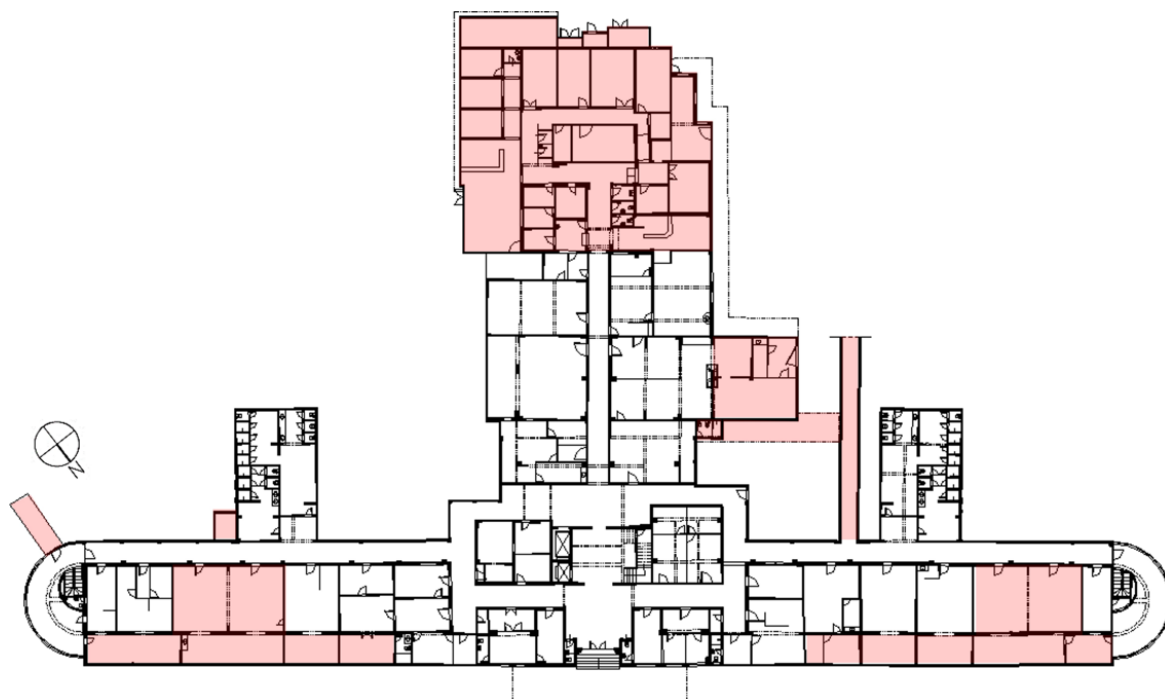


Fonte: Elaborada pela autora a partir de Revista Técnica (1941); Arquivo HEOM (década de 1970) e OTREMBA (2020).

É possível perceber, portanto, que as diversas alterações funcionais nas áreas internas do HEOM, para adaptá-lo fisicamente à ampliação dos seus serviços assistenciais, bem como às novas tecnologias e normas técnicas, ao longo da sua existência, tiveram implicações diretas não somente configuração da sua espacialidade interior, bem como nas suas fachadas. Nos solários da fachada nordeste do hospital, por exemplo, foram realizados fechamentos em determinados trechos (seja em alvenaria, gradil metálico, tela ou esquadria de alumínio e vidro), podendo se caracterizar como intervenções que criam pontos de ruptura nas linhas horizontais marcantes do moderno projeto original da edificação. Todavia, são intervenções reversíveis e que não alteram drasticamente a percepção da volumetria e horizontalidade do pavilhão.

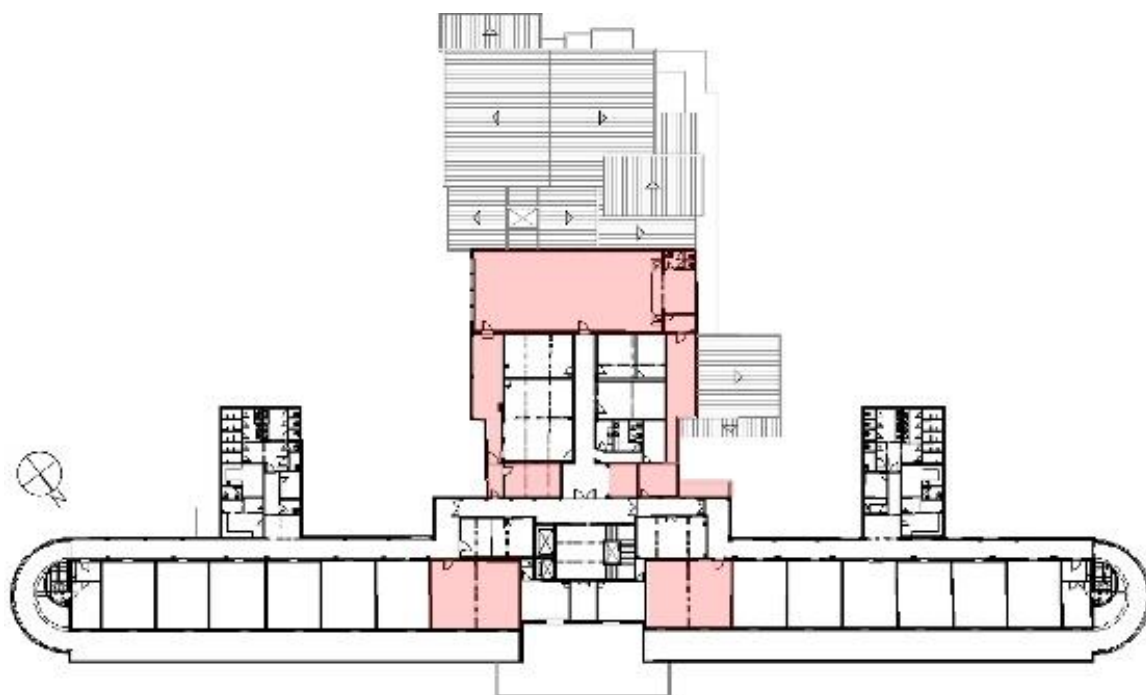


**Figura 323** – Principais áreas alteradas até 2018 no pavimento térreo.



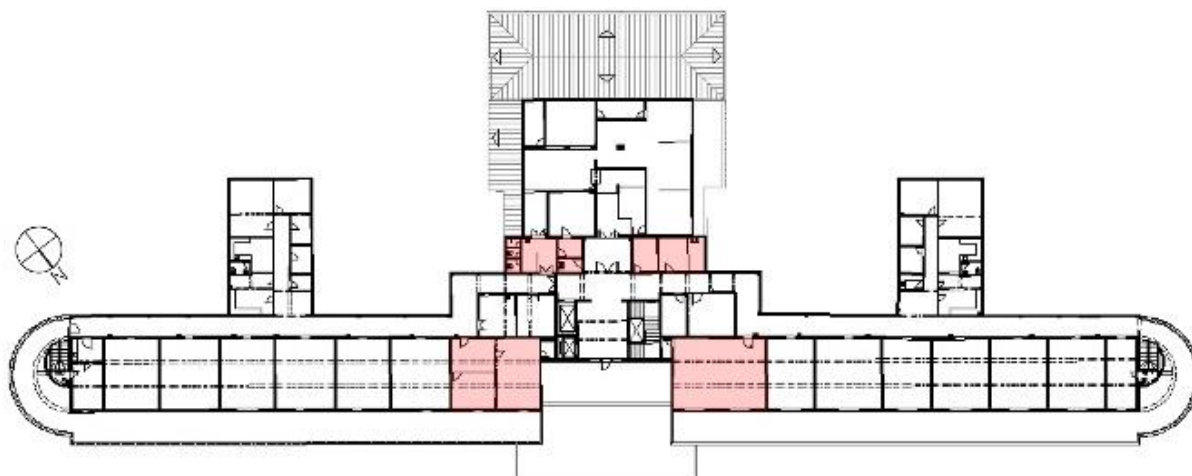
Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 324** – Principais áreas alteradas até 2018 no 1º pavimento.



Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 325** – Principais áreas alteradas até 2018 no 2º pavimento.



Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 326** – Principais áreas alteradas até 2018 no 3º pavimento.

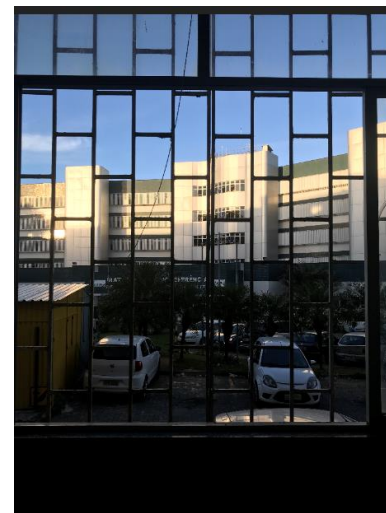


Fonte: Elaborada pela autora.

O pavimento térreo, que inicialmente contava apenas com um fechamento no seu trecho central, próximo à antiga recepção principal, atualmente se encontra completamente fechado, seja por esquadrias de alumínio e vidro, ou por grades de ferro que percorrem toda a extensão do andar. De acordo com os funcionários da instituição, essas estruturas foram instaladas para evitar a invasão do estabelecimento ou a fuga de pacientes. Ainda no térreo, na varanda curva da extremidade sudeste, percebe-se que foi criada uma porta, acessada apenas por funcionários, através de uma rampa com inclinação elevada, fora do padrão estabelecido na norma de acessibilidade da ABNT (NBR 9050).



**Figuras 327 e 328** – Instalação das grades de ferro nas varandas do pavimento térreo, entre 2003-2004, vedando os espaços dos antigos solários, agora agregados às salas internas do hospital, sendo possível observar as esquadrias originais em madeira e vidro (à esquerda); vista do interior da edificação, no pavimento térreo, através do gradil para o estacionamento e a maternidade (à direita).



Fontes: Acervo HEOM (2003-2004); Foto realizada pela autora (16 de agosto de 2018).

**Figuras 329 e 330** – Criação de uma porta para acesso de funcionários à varanda curva da extremidade sudeste, através de uma rampa com inclinação fora de norma (à esquerda); vista do interior da varanda curva do térreo, com fechamento em esquadrias de alumínio e vidro (à esquerda).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (31 de julho de 2020).

O portão em serralheria artística de acesso principal à recepção original do edifício também sofreu intervenções, apresentando pintura branca no início dos anos 2000, e atualmente pintado em um tom dourado fosco. Além disso, cabe ressaltar que foi inserida uma sinalização com o nome do hospital na parte frontal da marquise, havendo também uma alteração no volume central da cobertura (que deixou de ser desconectado, tornando-se único) e um aumento da sujeira na fachada do bloco prismático central.

**Figuras 331 e 332** – Acesso ao hospital durante a visita do governador Antônio Carlos Magalhães: presença das esquadrias originais, com destaque para o portão de acesso em serralheria artística (à esquerda); mármore branco no piso da escada, contrastando com o rodapé preto e o portão de ferro pintado de branco, ainda preservando as esquadrias originais (à direita).



Fonte: Arquivo HEOM (anos 1970); LARCHER (2003, p. 141).

**Figuras 333 e 334** – Antigo acesso principal ao HEOM, em 2010: partilhas na fachada do térreo, à meia altura e portão pintado de dourado fosco (à esquerda); pintura do portão descascando e inserção de elementos urbanos de acessibilidade na calçada, e 2020 (à direita).



Fontes: BIERRENBACH (2011a); Acervo pessoal (31 de julho de 2020).



**Figura 335** – Alterações no eixo central: sinalização na marquise, volume da cobertura e sujidade.

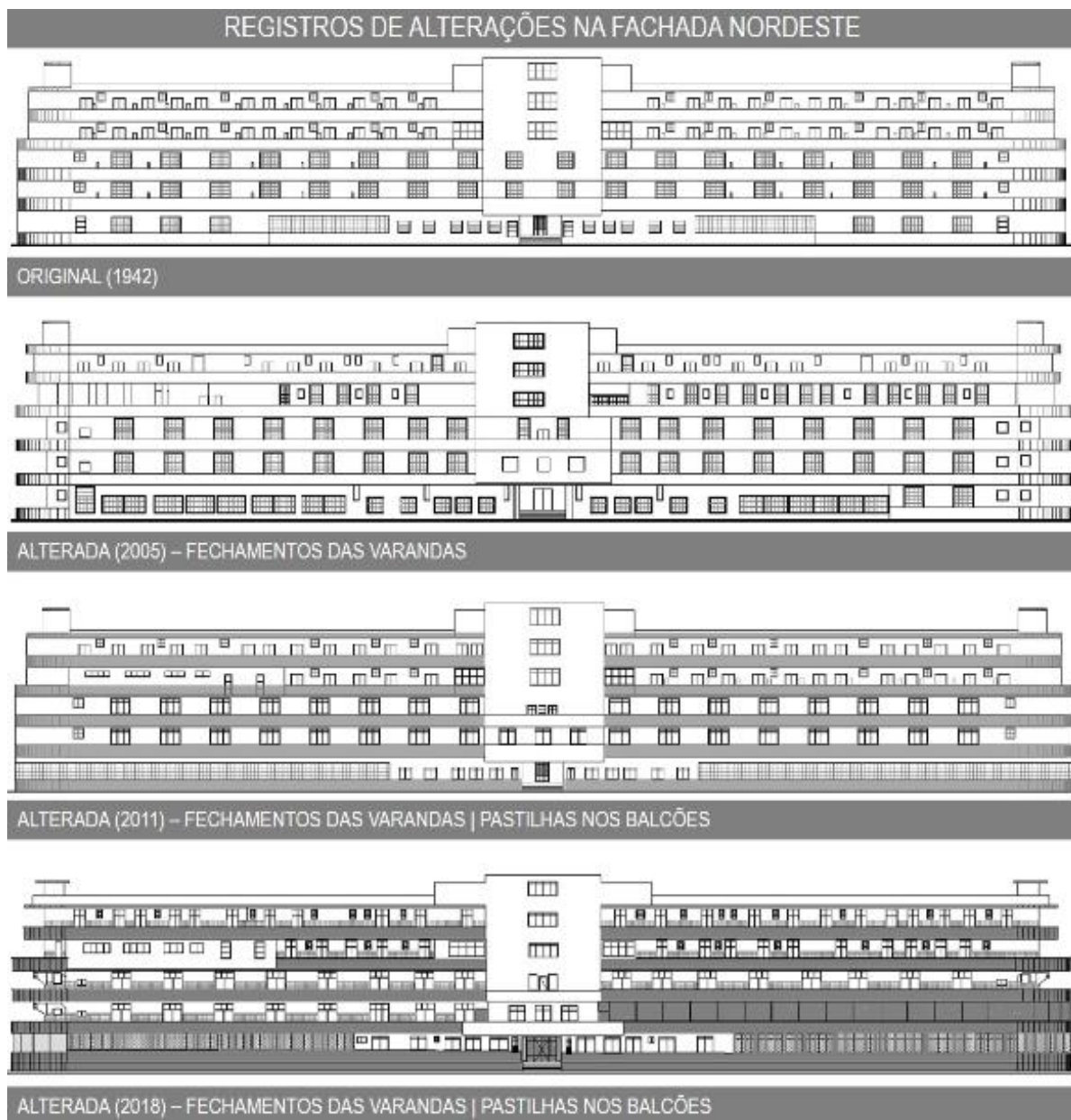


Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de fotos do arquivo HEOM (anos 1950) e de fotos realizadas por ela (3 de abril de 2018 e 5 de julho de 2021).

Em relação aos demais pavimentos, observa-se que também foram inseridos diversos tipos de fechamentos nas varandas, como telas metálicas e redes de proteção (ainda que não tenham sido vedadas em toda sua extensão, como ocorreu no térreo). Nota-se que esses elementos variam seus tipos e posições, demonstrando a realização de constantes intervenções e, ao mesmo tempo, o caráter de reversibilidade no que se refere às ações realizadas para a vedação dos solários. Entretanto, dentre todas essas intervenções, destaca-se, no terceiro pavimento, um trecho da varanda com vedação em alvenaria, exatamente no local onde foi inserida a UTI do hospital, caracterizando-se como um tipo de fechamento mais marcante e definitivo, quando comparado aos demais, e quebrando fortemente o ritmo da moderna estética horizontal das varandas. Um outro aspecto que chama atenção é o revestimento dos balcões de cada pavimento, que possuíam acabamento original em pintura e que foram revestidos por pastilhas de 5x5cm, provavelmente pela facilidade de

manutenção. Essa intervenção alterou significativamente a textura e a cor originais da edificação, e atualmente já existem pastilhas descoladas e pichadas em alguns trechos.

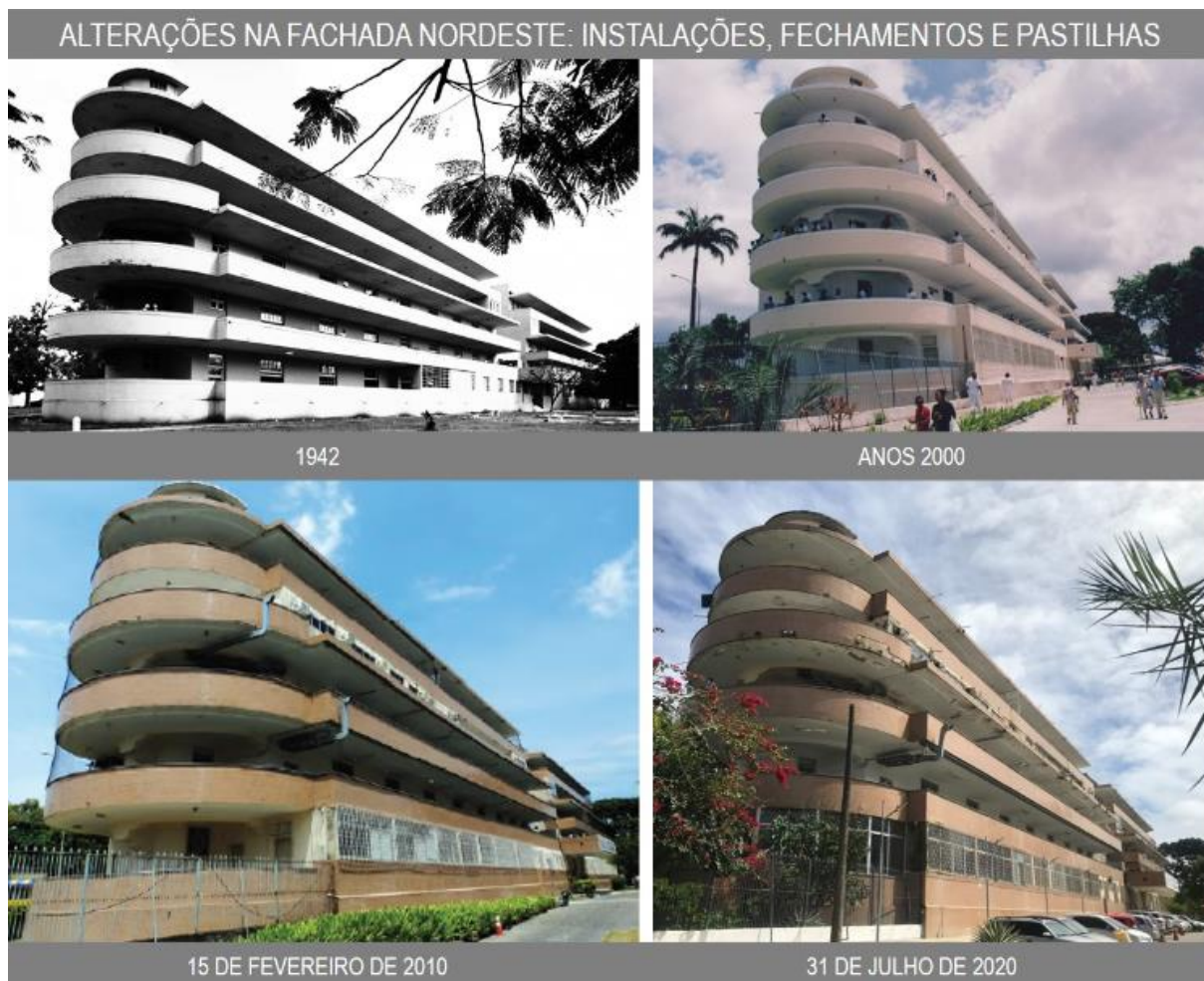
**Figura 336** – Alterações na fachada nordeste do HEOM, a partir da observação do projeto original.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).



**Figura 337** – Alterações na fachada nordeste: instalações aparentes, fechamentos e pastilhas nas varandas.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de ODEBRECHT INFORMA (1996), Arquivo HEOM (década de 2000), BIERRENBACH (2011a, p. 15) e foto realizada pela autora (31 de julho de 2020).

**Figura 338** – Fachada principal do HEOM e suas alterações: fechamentos, pastilhas, instalações aparentes e ampliação da área de estacionamento.



Fonte: Foto realizada por Patrícia Marins Farias (5 de julho de 2021).



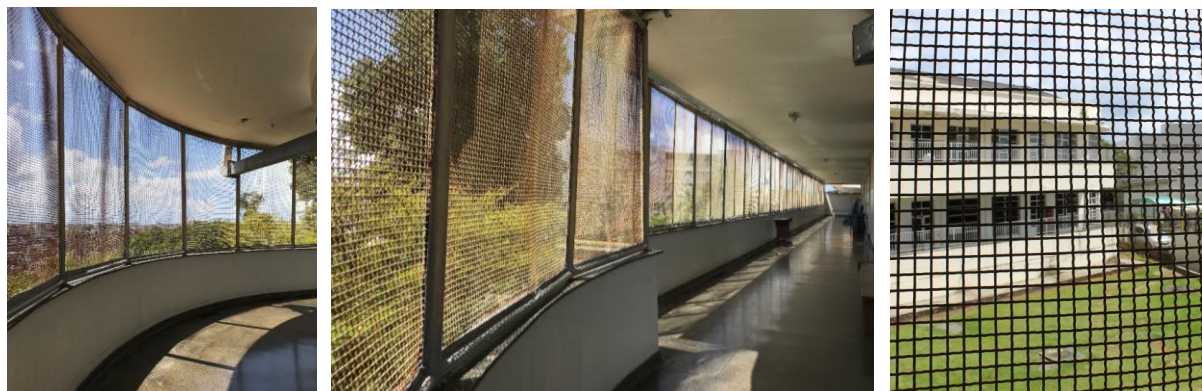
Ao observar as varandas da fachada noroeste, em 2010 já havia pastilhas nos seus balcões e vedações com grades e telas que geravam uma percepção visual mais livre dos grandes vãos. Já em 2018, há pastilhas descoladas e pichações nos balcões, destacando-se os fechamentos da varanda do térreo em esquadrias de alumínio com grade de ferro sobreposta, e do 1º pavimento em montantes de tela metálica que alteram a apreciação do entorno desde o interior do edifício. Tais telas apresentavam ferrugem e possuíam trechos com recortes para passagem da estrutura de exaustão.

**Figuras 339, 340 e 341** – Fachada noroeste em 2010: pastilhas nos balcões e percepção visual mais livre das varandas, ainda que estejam vedadas com grade e telas (à esquerda); fachada noroeste em 2018: pastilhas descoladas e pichações nos balcões, fechamentos e divisória externa para a área de estacionamento (ao centro); fechamento das varandas do térreo em esquadrias de alumínio com grade de ferro e 1º pavimento em tela metálica apresentando ferrugem, com recorte para passagem da estrutura de exaustão (à direita).



Fontes: BIERRENBACH (2011a, p. 16); Fotos realizadas pela autora (14 de junho de 2019, 5 de julho de 2021 e 24 de agosto de 2018).

**Figuras 342, 343 e 344** – Vista da varanda curva do 1º pavimento para o exterior, através da tela metálica com recorte para passagem do duto de exaustão do quarto de isolamento (à esquerda); relação do fechamento em tela metálica sobre o peitoril com toda a extensão da varanda na enfermaria do 1º pavimento (ao centro); percepção visual do entorno a partir da varanda do 1º pavimento do HEOM, observando parte do jardim e do Pavilhão Hélio Fraga (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (24 de agosto de 2018).

No caso da fachada sudeste, é perceptível a alteração da sua materialidade quando analisamos as varandas amplamente abertas e com balcões em pintura no ano de 2004 e, mais tarde, quando houve o registro em 2010 do revestimento em pastilhas nos balcões, ainda sem inserção de fechamentos nas varandas curvas. Já em 2018, esta fachada torna-se mais marcada a partir da profusão de elementos como a rampa de acesso à área externa, os fechamentos em esquadrias de alumínio e vidro, tela de proteção e instalações de exaustão dos quartos de isolamento aparentes nas lajes. Na horizontalidade da fachada principal, chama atenção a diferença entre o a pintura clara dos balcões em 2004 e as pastilhas em cor mais forte em 2010.

**Figuras 345, 346 e 347** – Fachada Sudeste, em 2004: balcões em pintura e varandas totalmente abertas (à esquerda); fachada sudeste, em 2010: pastilhas nos balcões, sem fechamentos nas varandas curvas (ao centro); fachada sudeste, em 2018: fechamentos no térreo, com esquadrias de alumínio e vidro e no 1º pavimento, com tela de proteção, percebendo-se as instalações de exaustão dos quartos de isolamento aparentes nas lajes (à direita).



Fontes: Arquivo HEOM (2004); BIERRENBACH (2011a, p. 15); Foto realizada pela autora (24 de agosto de 2018).

**Figuras 348 e 349** – 2004: celebração do dia de Santa Terezinha no coreto, esquadrias originais apenas no 3º e 4º pavimentos, balcões das varandas em pintura (à esquerda); 2010: pastilhas nos balcões das varandas e fechamento em tela de proteção sendo instalado nas extremidades (à direita).

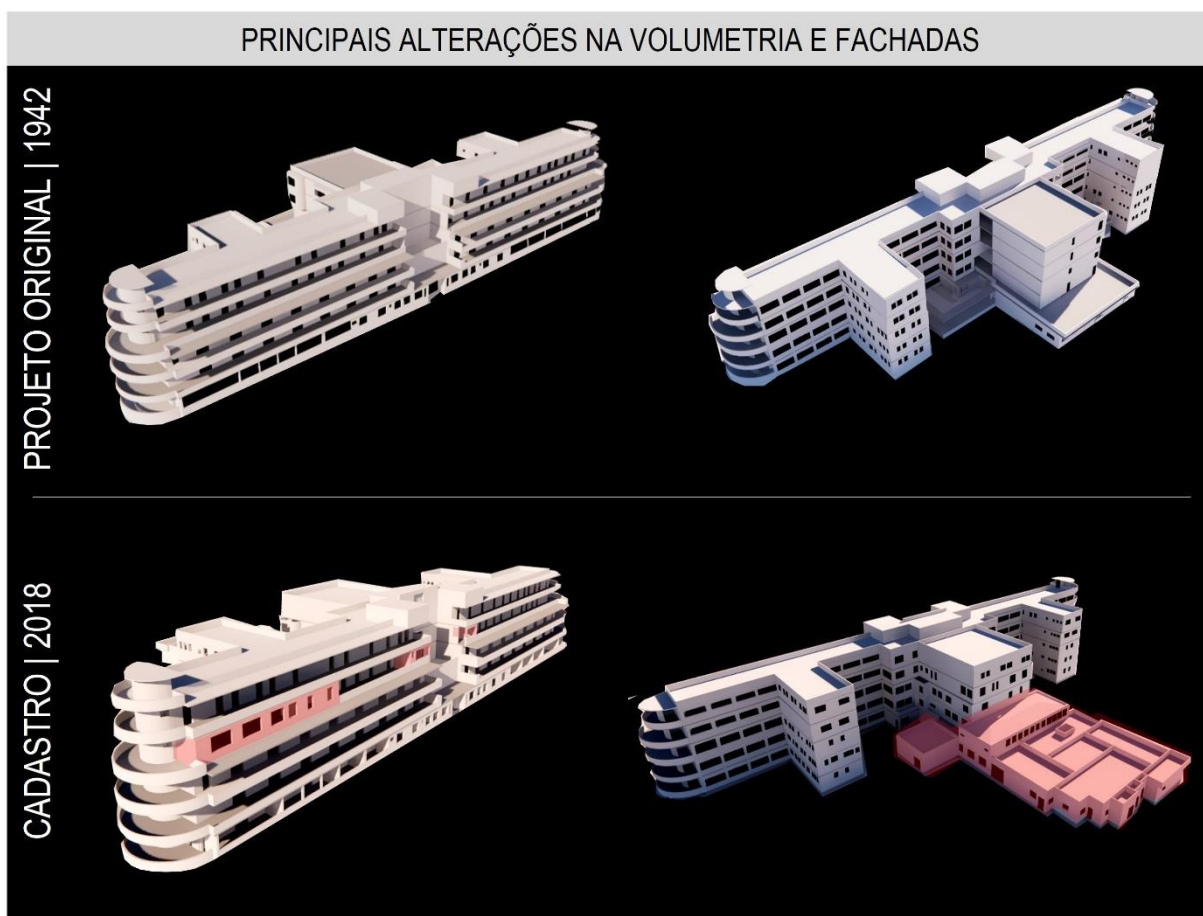


Fontes: Acervo HEOM (2004); BIERRENBACH (2011a, p. 15).



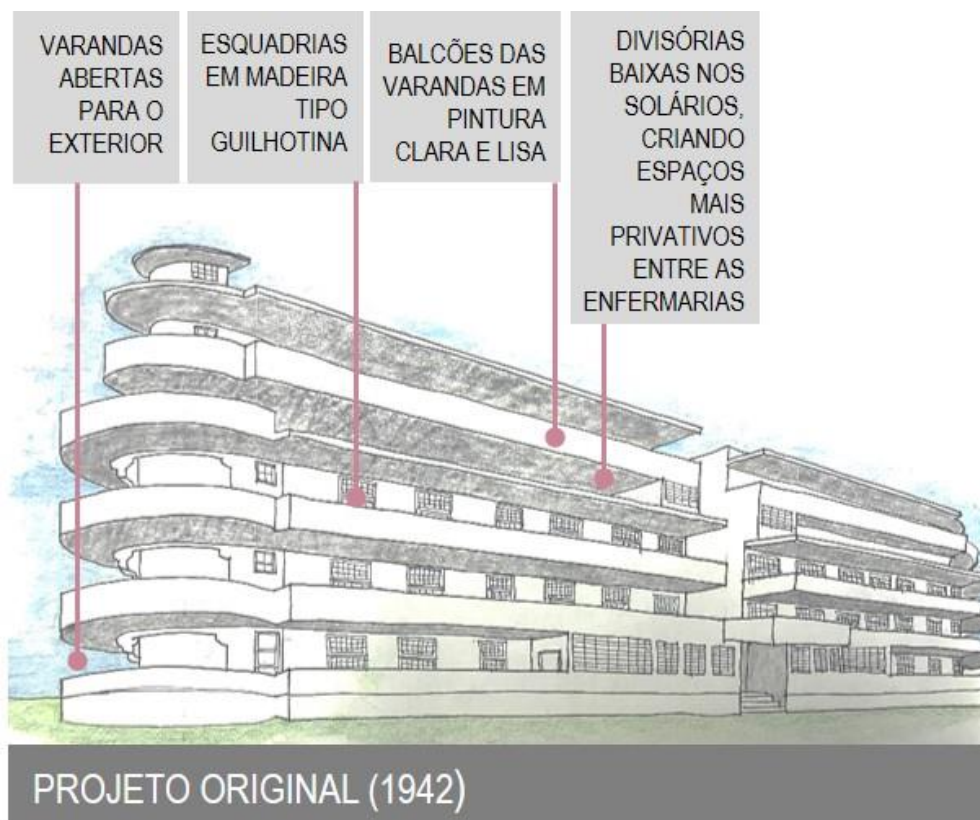
Apesar dos fechamentos de alguns trechos dos solários e da inserção das pastilhas nos seus balcões, bem como dos acréscimos inseridos na parte posterior da edificação modificarem a leitura do volume claramente composto pela horizontalidade das varandas e pelos seus três prismas na fachada posterior, as modificações realizadas correspondem a respostas diretas a demandas específicas de adaptação de determinadas áreas do hospital. Cabe destacar a retirada das divisórias em meia altura nas varandas, que criavam espaços privados para cada enfermaria e quarto, e originalmente eram vistas na fachada. Por outro lado, foram acrescentados nas varandas do 3º pavimento os volumes da UTI e de áreas de apoio mais próximas à área central do prédio. Entretanto, entende-se que essas intervenções possivelmente ocorreram sem haver um planejamento que considerasse os valores culturais do HEOM como um ícone moderno na Bahia, entretanto, não impedem a leitura e compreensão da tipologia formal, funcional e dos solários como elemento fundamental de composição dessa arquitetura, sendo intervenções em grande medida reversíveis.

**Figura 350** – Principais alterações na volumetria e nas fachadas do HEOM até 2018.



Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 351** – Soluções da fachada nordeste do HEOM em 1942.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de croqui da arquiteta Gabriela Otremba (2018).

**Figura 352** – Fachada nordeste do HEOM e suas alterações observadas no cadastro de 2018.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de croqui da arquiteta Gabriela Otremba (2018).







Além dessas alterações, é importante salientar que o HEOM apresenta alguns **danos** em suas fachadas, decorrentes do tempo e da falta de manutenção adequada, enfrentando desafios típicos dos edifícios construídos com a linguagem moderna. De acordo com um levantamento realizado por Otremba (2020), é possível verificar nas fachadas do hospital diversos danos, como: 1) *elementos espúrios*, isto é, acréscimos não patológicos que danificam a imagem da edificação, como ampliações, instalações elétricas e hidráulicas aparentes, esquadrias e revestimentos incompatíveis, equipamentos de ar-condicionado, exaustão entre outros; 2) *biofilme*, ou seja, ação de micro-organismos decorrente de água pluvial acumulada e problemas na impermeabilização; 3) *descolamento do revestimento*, de camada pictórica, mancha amarelada e formação de bolhas na camada pictórica causados por infiltração; 4) *fissura ou microfissura* nas camadas pictóricas em consequência da movimentação natural da estrutura; 5) *corrosão* no portão metálico devido à oxidação; 6) *desagregação* que gerou perda parcial do reboco; 7) *pichação* e indícios de reparos realizados pelo ser humano; 8) *sujidade* causada por agentes poluentes do entorno; 9) *vegetação* que surge a partir de sementes transportadas pelo vento ou agentes polinizadores.

**Figura 357** – Mapeamento de danos na fachada sudeste do HEOM.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 691)

**Figura 358** – Mapeamento de danos na fachada nordeste do HEOM.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 690).

**Figura 359** – Mapeamento de danos na fachada noroeste do HEOM.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 691)

**Figura 360** – Mapeamento de danos na fachada sudoeste do HEOM.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 690).

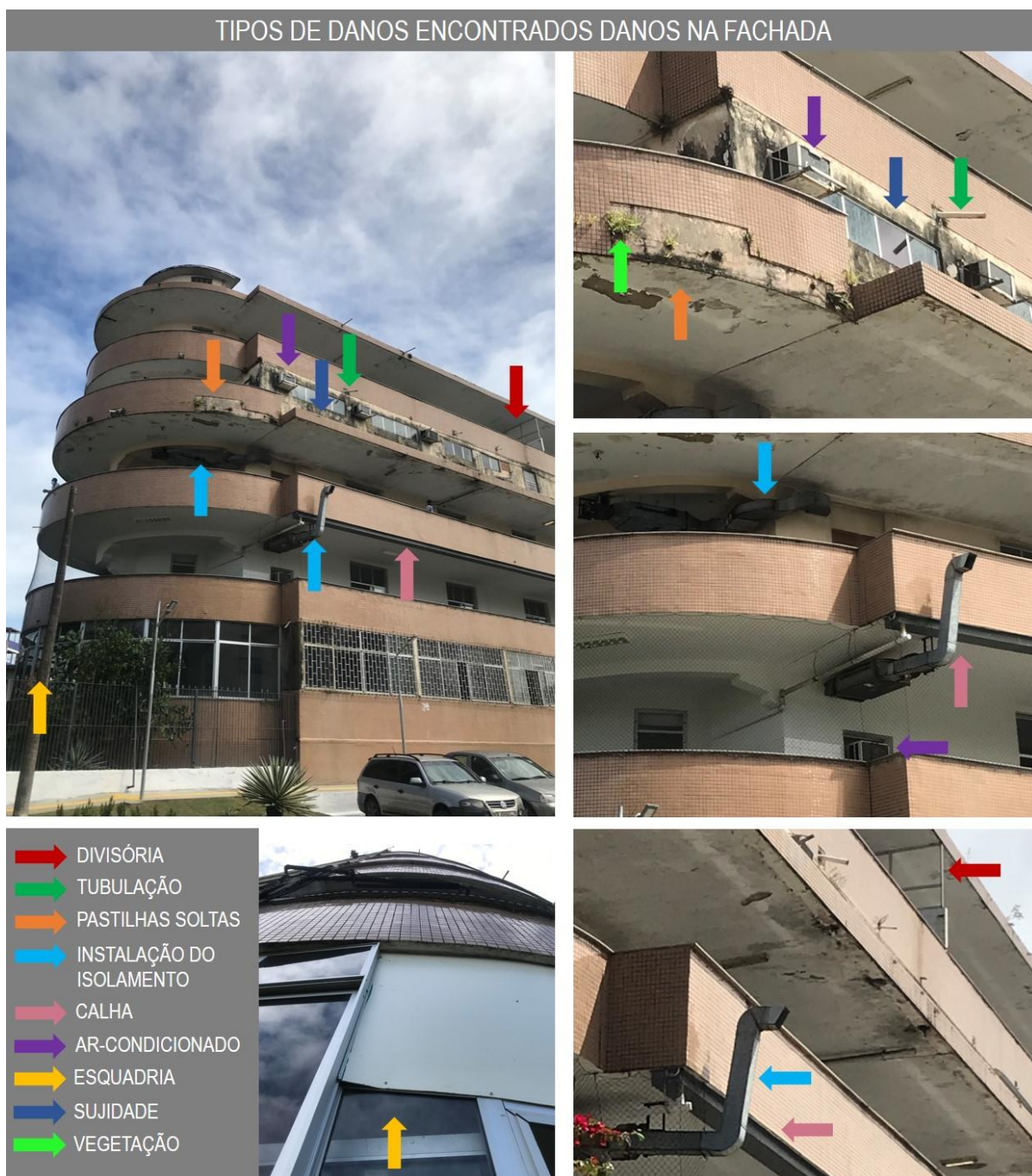
**Figuras 361 e 362** – Danos no bloco prismático central: substituição de esquadrias, instalações hidrossanitárias e de ar-condicionado aparentes, vãos para aparelhos de ar-condicionado cobertos por alvenaria exposta e sujeidade (à esquerda); danos no bloco prismático noroeste: descolamento da camada pictórica, sujeidade, tubulações e aparelhos de ar-condicionado de janela aparentes (à direita)



Fonte: Fotos realizadas pela autora (31 de julho de 2020).



**Figura 363** – Danos encontrados na fachada nordeste.



Fonte: Elaborada pela autora (2021), a partir de fotos realizadas por ela (31 de julho de 2020).

### 3.7 Valores culturais e proteção patrimonial

Diante de toda a contextualização acerca do surgimento do Hospital Santa Terezinha e das inovadoras soluções projetuais e construtivas a ele aplicadas, fica clara a sua relevância para o estado da Bahia, sob diversos aspectos. O conjunto de valores culturais que este edifício possui é inestimável, sendo necessária a sua identificação para reforçar a discussão sobre o a proteção do patrimônio cultural da saúde baiano

e, mais especificamente, da arquitetura antituberculose. O antigo Santa Terezinha representa, com excelência, o papel direto da arquitetura como instrumento terapêutico no combate à tuberculose naquele período, sendo necessário o reconhecimento dos seus valores culturais para acentuar as ações de preservação deste patrimônio.

Partindo dos **conceitos de valor**<sup>52</sup> cognitivo, formal, afetivo, pragmático e ético desenvolvidos por Ulpiano Meneses (2012) e das **dimensões básicas que caracterizam a arquitetura moderna**<sup>53</sup> (técnica, formal, funcional, simbólica e sociopolítica ou ideológica) elaboradas por Nivaldo Andrade Junior (2012), buscamos construir uma correlação entre essas concepções a fim de analisar aspectos de valor cultural presentes na arquitetura antituberculose do Hospital Santa Terezinha; acrescentando, ainda, uma avaliação em relação à autenticidade e integridade do edifício, considerando a preservação dos seus valores culturais.

Desse modo, foi possível destacar alguns **aspectos significativos que revelam valores culturais** neste exemplar da arquitetura moderna antituberculose, podendo subdividi-los em cinco categorias: 1) *histórico-social*: representações simbólicas, ideológicas, identitárias, de construção e transmissão de conhecimentos e memórias que marcaram a relação da sociedade moderna com o edifício projetado para aquele uso, tornando-se um meio de transformação sócio-política e de materialização histórica dos anseios da modernidade; 2) *estético-projetual-funcional*: atributos estéticos, formais e funcionais revelados através de soluções de projeto que fortaleceram o fazer moderno (tanto arquitetônico quanto terapêutico); 3) *técnico-científico*: o uso de técnicas inovadoras e respaldadas cientificamente (seja na arquitetura, engenharia ou ciências da saúde) que denotavam a consolidação da modernidade e o seu caráter transformador; 4) de *notoriedade e exemplaridade*: situações que evidenciaram o destaque e a visibilidade que aquela arquitetura obteve em determinado momento, revelando a sua singularidade, representatividade e reconhecimento social devido aos méritos da sua concepção moderna; 5) de *autenticidade-integridade e preservação*: condições de expressão verdadeira e confiável dos valores culturais identificados no edifício, considerando a manutenção

<sup>52</sup> Apresentados no capítulo 2 do presente trabalho (p. 157 e 158).

<sup>53</sup> Apresentadas no capítulo 2 do presente trabalho (p. 167).

ou descaracterização desses valores ao longo do tempo e a situação de preservação ou ameaça ao patrimônio vivenciada por ele.

Do ponto de vista **histórico-social**, é inegável que o Hospital-Sanatório Santa Terezinha consiste em um marcante testemunho da luta contra a tuberculose na Bahia, que se fortaleceu nos anos 1940. A sua construção refletiu a consolidação de políticas públicas em saúde que surgiam no Brasil, materializando uma das inúmeras ações do SNT pela nação durante o governo Vargas, através do convênio que a CNCT estabeleceu com a Bahia, primeiro estado a ser contemplado pela campanha, devido aos elevados índices de óbitos pela doença. A obra do hospital representava uma conquista no combate à peste branca e a esperança renovada de toda a população baiana para atenuar as dores causadas diante do grave contexto epidêmico que assolava todo o território.

Além disso, este edifício sanatorial se configura como um retrato do isolamento social ao qual os tísicos eram submetidos no subúrbio de Salvador, sendo afastados da população sadia que habitava o centro da cidade. Sua implantação na zona rural reforça, portanto, a compreensão sobre o tratamento mais adequado para a tuberculose e o estigma que se atribuía, à época, àqueles que contraíam a enfermidade pulmonar, sendo em sua grande maioria pessoas moradoras de rua e desprovidas de recursos financeiros que pudessem pagar por um atendimento privado. Desse modo, a edificação retrata a memória segregadora da patologia, bem como da concepção terapêutica adotada no período, evidenciando em sua história e materialidade a construção de conhecimentos sobre a TB, a formação técnica e intelectual de especialistas e a evolução da própria ciência médica – mais especificamente, da tisiologia com seus modelos assistenciais.

A magnitude do Hospital Santa Terezinha é um marco sócio-histórico tão potente para a Bahia que o seu uso original não somente permaneceu o mesmo (visto que a instituição segue funcionando como um hospital de referência para o tratamento da tuberculose multirresistente), como ampliou a assistência a diversas outras doenças do aparelho respiratório. Dessa forma, mantém os atendimentos a pacientes de Salvador e do interior do Estado, que são regulados para o hospital através das unidades básicas de saúde e outras unidades do SUS.



Em relação ao aspecto **estético-projetual-funcional**, identifica-se que todas as soluções adotadas no Hospital Santa Terezinha demonstram a importância da arquitetura e do urbanismo, junto às ciências da saúde, no enfrentamento da tuberculose naquele período no qual ainda não existiam medicamentos eficientes para combater o bacilo de Koch. A estrutura física dos hospitais e sanatórios, portanto, influenciava diretamente nas medidas sanitárias de profilaxia e tratamento da peste branca, sendo o Santa Terezinha um notável exemplo bem-sucedido. Em termos urbanísticos, foi implantado de maneira monumental em um terreno periférico ao centro da capital baiana, de altitude, com entorno originalmente ocupado de forma rarefeita e cercado por ampla vegetação, seguindo as premissas terapêuticas de isolamento que a doença exigia.

Em relação à configuração do edifício, destaca-se pela sua clareza volumétrica, planta simétrica com acesso centralizado e partido em “E”, pela forte presença de linhas horizontais, quase completa ausência de ornamentação, e especialmente pela leveza que os longos solários curvos nas extremidades lhe garantem. Esse desenho assemelha a sua estética a outros hospitais e sanatórios construídos em todo o mundo, como é o caso do emblemático Sanatório Paimio, de Alvar Aalto. Cabe salientar que a concepção da maior parte dos sanatórios construídos no Brasil entre os anos 1930 e 1940 se desenvolveu com base nas linguagens *art déco* ou moderna, ou a combinação entre elas, sendo possível perceber no hospital-sanatório baiano elementos desse hibridismo, não obstante seu caráter predominantemente moderno, com uma expressão revolucionária à época.

Extrapolando a similaridade existente na linguagem formal, esta obra construída em Salvador também se aproxima da arquitetura sanatorial internacional no que diz respeito à sua tipologia funcional, com um zoneamento e fluxos muito claros das áreas de internação, apoio, diagnóstico e terapia. Desse modo, suas fachadas são compostas de acordo com a espacialidade interna funcional típica dos sanatórios: varandas na fachada da internação e esquadrias regulares na fachada das áreas de apoio, estabelecendo, a todo momento, a integração entre o interior e o exterior do edifício, com a maximização do aproveitamento da luz e da ventilação natural. Ressalta-se, ainda, o escalonamento do edifício na fachada das internações, permitindo o uso de todas as varandas como as principais áreas de realização da helioterapia.

Analisando a dimensão **técnico-científica**, ressalta-se o papel fundamental que as construtoras tiveram para tornar exequíveis os projetos revolucionários propostos pelos arquitetos modernos. No caso do Hospital Santa Terezinha, a construtora Emílio Odebrecht & Cia desempenhou o seu papel com competência, empregando técnicas construtivas e materiais modernos, dentro da economia e racionalidade estrutural que este projeto hospitalar exigia. Pelo avanço tecnológico que os grandes solários em balanço representam, o Hospital Santa Terezinha pode ser descrito como um edifício que buscava alcançar a modernidade arquitetônica da época, considerando os princípios higiênicos tão almejados pela medicina sanitária e pela arquitetura moderna.

Esta obra emblemática pode ser considerada um protótipo exemplar quando a enxergamos a partir do viés dos profissionais da saúde, materializando em seu programa funcional, setorização e fluxos os critérios internacionais de tratamento da tuberculose. Sua espacialidade e os materiais empregados na sua construção representavam a compreensão mais avançada das ciências da saúde e das organizações governamentais para tratar a patologia pulmonar. Assim, a produção industrial em ascensão e cada vez mais difundida, combinada com os avanços científicos e diretrizes das ciências médicas, permitiram a implementação de soluções de arquitetura e engenharia inovadoras naquele momento.

A estrutura em concreto armado descolada da fachada (que permitiu a criação de grandes vãos e dos balanços nas varandas, reforçando a horizontalidade do edifício), bem como o uso dos elementos, superfícies e acabamentos lisos e curvos possibilitou a consolidação das ideias modernas e higiênicas. A implantação criteriosa no terreno, captando a iluminação e ventilação naturais, com apropriação da paisagem na relação interior e exterior, a partir dos extensos vãos das varandas do Hospital Santa Terezinha, também garantia a limpeza e qualidade do ar nas áreas internas da edificação. Desse modo, nota-se que as soluções técnicas e estéticas foram associadas harmonicamente no nosocômio soteropolitano, tendo em vista a melhor recuperação para os pacientes, dentro dos moldes das ciências modernas.

Com relação à sua **notoriedade e exemplaridade**, é mais do que merecido o protagonismo do Santa Terezinha, que foi o único hospital-sanatório construído pela CNCT com este fim na Bahia. Desse modo, rapidamente tornou-se um ícone: por ser

um marco das primeiras manifestações da arquitetura moderna baiana e por retratar fielmente os paradigmas da arquitetura antituberculose, sendo ainda hoje uma grande referência estadual nesses cuidados, após ampliar seus atendimentos para outras doenças ligadas ao aparelho respiratório. A notoriedade no Hospital-Sanatório Santa Terezinha se evidenciava desde o período inicial da sua construção. Seu projeto se destacou em inúmeras publicações locais (como periódicos) e nacionais (relatórios do Ministério da Educação e Saúde) da época, que a todo momento atualizavam a população sobre o processo de projeto, orçamento, obra, número de leitos e instalações, enfatizando todos os benefícios que esta instituição traria para a Bahia.

Além disso, tais publicações também salientavam o deslumbre de cientistas da área da saúde e da arquitetura que visitaram o hospital durante a sua estadia em Salvador, como foi o caso do Dr. George William, professor de Anatomia e Antropologia da Universidade de Saint Louis, nos EUA. O pesquisador americano veio ao Brasil, em 1939, para desenvolver parte do seu estudo sobre a tuberculose, passando por alguns estados do sul do país e sendo recebido pelo Dr. Cesar de Araújo na Bahia. Realizou visitas técnicas em alguns hospitais e sanatórios brasileiros e, de acordo com o *Diário de Notícias*, o cientista “[...] ficou entusiasmado com a construção do Hospital Santa Terezinha, declarando ser o melhor do Brasil”. (CONSIDERADO O MELHOR..., 1939)

Ainda no ano de 1939, o Hospital Santa Terezinha também recebeu outra visita importante: a do Dr. Attílio Machiavello Varas, que naquele momento era membro da *Oficina Sanitaria Pan Americana*, diretor do Instituto de Investigação Científica do Serviço de Salubridade e catedrático da higiene na Escola de Medicina de Santiago, sendo ainda ex diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública do Chile. Em sua companhia, estava o Dr. J. Long Somos, que também compunha a *Oficina Sanitaria Pan Americana*, instituição que buscava uniformizar os serviços de combate à tuberculose na América, agindo em consonância com as diretrizes do *Código Sanitário Pan Americano* (aprovado por todos os países no continente) para auxiliar os governos locais em suas atribuições. Após visitar as cidades de Salvador, Feira de Santana e Inhambupe, elogiando o serviço de saúde pública da Bahia, o Dr. Attílio Varas finalizou a sua permanência no Estado com uma palestra, enfatizando que o Hospital Santa Terezinha era “[...] uma obra muito concebida e muito bem realizada, que me deixou encantado”. (NA BAHIA UM..., 1939)

**Figuras 364 e 365** – Reportagem do *Diário de Notícias*, de julho de 1939, sobre as impressões do Dr. George William acerca do Hospital Santa Terezinha (à esquerda); reportagem do *Diário de Notícias*, de agosto de 1939, sobre as impressões do Dr. Atílio Varas acerca do Hospital (à direita).



Fontes: CONSIDERADO O MELHOR... (1939); NA BAHIA UM... (1939).

Se durante a sua construção o hospital-sanatório já era alvo de muita atenção, é possível afirmar que este caráter de exemplaridade se tornou ainda mais acentuado após a sua inauguração. Sua importância pode ser dimensionada pelo fato de ser, junto com a Escola Normal de Salvador (atual Instituto Central de Educação Isaiás Alves – ICEIA), a única obra arquitetônica moderna baiana incluída na exposição e no catálogo organizados pelo *Museum of Modern Art (MoMA)*, em Nova York, no ano de 1943. A descrição do edifício na publicação dizia: “Sanatório de tuberculosos Santa Terezinha, Salvador, Baia (sic): balcões reforçados de concreto foram construídos em taboleiro, de maneira a proporcionar a cada quarto um terraço coberto, privativo”. (GOODWIN, 1943, p.134)

**Figuras 366 e 367** – Imagem do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, publicada em no catálogo *Brazil Builds*, do MoMA-NY, de 1943 (à esquerda); imagem da Escola Normal, publicada no catálogo *Brazil Builds*, do MoMA-NY, de 1943 (à direita).



Fonte: GOODWIN (1943, p. 134 e 144).

Ainda no contexto dos reconhecimentos da singularidade do Hospital Santa Terezinha a nível internacional, cabe ressaltar um trecho da publicação do *Diário de Notícias*, de 1944, informando que

O edifício onde funciona é de estilo monobloco, causando admiração dos arquitetos que nos visitam, bem como fotógrafos e cinematografistas, como sucedeu, agora, com os cameraman Edward Garvin e Robert Krasnow, que o filmaram demoradamente, para projetá-lo, como um dos mais interessantes estabelecimentos da América, no gênero, nas telas de todo o continente, a serviço da Coordenação dos Negócios Interamericanos. (MAIS DE MIL..., 1944)

Além disso, existia a revista *Arquivos da Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira*, que abordava temas ligados à fisiologia, à assistência e gestão hospitalar do complexo, mantendo seus exemplares a partir de doações e publicidades de instituições renomadas, como a Companhia de Seguros da Bahia. Conceituada nacional e internacionalmente, a Fundação Octávio Mangabeira recebeu

[...] pedidos de solicitação [da revista] de entidades como o Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, do Conselho Nacional de Pesquisa em 20 de janeiro de 1955, bem como da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires, em 27 de abril de 1959. (MARTINS, 2004, p. 4)

Por fim, avaliando a sua **autenticidade-integridade e preservação**, ao considerá-lo um grande exemplar do patrimônio cultural da saúde e, mais especificamente, um patrimônio da arquitetura moderna antituberculose, é fundamental registrar alguns pontos. Apesar de ter vivenciado momentos de degradação e algumas reformas (com



demolições e acréscimos) ao longo dos seus quase oitenta anos de história, o HEOM ainda mantém a maioria das suas características originais. A autenticidade de diversos elementos em determinados locais do edifício (como revestimentos e esquadrias) é observada em registros fotográficos e visitas técnicas ao local, e a própria tipologia formal e funcional do hospital pode ser considerada um documento autêntico que marca o período moderno da sua concepção e construção, seguindo os princípios da arquitetura antituberculose do século XX.

Atualmente, não está protegido por nenhum instrumento legal de preservação, e os setores da sociedade civil que reconhecem os valores culturais do edifício têm tido inúmeras dificuldades para consolidar as ações de salvaguarda necessárias. Além de mobilizações organizadas pelos seus funcionários para evitar uma possível mudança de perfil assistencial, o HEOM possui proposta e solicitação de tombamento ao Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia (IPAC), bem como uma representação do Ministério Público da Bahia (MP-BA) buscando ações urgentes voltadas para a sua preservação frente às ameaças recentes de descaracterização sofridas a partir da proposta de reforma apresentada pela SESAB em 2018. A atuação incansável do MP-BA junto às entidades de arquitetura para garantir a proteção dos valores culturais do hospital denota a relevância de protegê-lo e tem sido exitosa<sup>54</sup>.

Tendo em vista todas as tentativas exaustivas para efetivar o tombamento da edificação, é notável o reconhecimento da sua relevância por parte da sociedade, que luta para manter a integridade das suas características mais emblemáticas, sem negar as necessidades de adequação funcional para que o hospital mantenha a prestação de assistência à saúde da população com base nos critérios normativos e terapêuticos contemporâneos. Ficam evidentes, então, diversos aspectos que esclarecem tanto os valores culturais do Hospital Santa Terezinha, quanto a sua situação em relação ao patrimônio cultural da saúde. É preciso identificar, de maneira objetiva e detalhada, todos esses elementos de valor, a fim de difundir para a sociedade a informação, mostrando-lhe que o reconhecimento dos valores culturais é o caminho primordial para se manter viva, para as futuras gerações, a memória da era sanatorial na Bahia.

---

<sup>54</sup> Todos os processos recentes na luta pela preservação dos valores culturais do antigo Santa Terezinha serão explicitados no capítulo seguinte deste trabalho, visto que a autora teve participação direta nessas ações durante o desenvolvimento da presente pesquisa.

**Quadro 5** – Valores culturais e situação patrimonial do Hospital-Sanatório Santa Terezinha.

| VALORES CULTURAIS E SITUAÇÃO PATRIMONIAL  |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| HISTÓRICO-SÓCIAL                          | ESTÉTICO-PROJETUAL-FUNCIONAL  | TÉCNICO-CIENTÍFICO  | NOTORIEDADE / EXEMPLARIDADE   | AUTENTICIDADE-INTEGRIDADE / PRESERVAÇÃO   |   |
| HOSPITAL SANATÓRIO SANTA TEREZINHA (1942) | Testemunho da arquitetura sanatorial e do fortalecimento da pneumologia na Bahia, formando profissionais especializados | Implantação monumental, em terreno periférico, de altitude, com entorno original vazio e cercado por ampla vegetação  | Uso de técnicas construtivas e materiais modernos, economia e racionalidade estrutural, considerando princípios higiênicos        | Único hospital-sanatório construído pela CNCT com este fim na Bahia   | Presença de elementos autênticos que vão desde revestimentos ou esquadrias, até a própria tipologia formal e funcional da arquitetura antituberculose |
|   | Materializou as ações do SNT na Bahia, através da CNCT  | Volumetria clara, com partido em “E” e planta simétrica, com acesso centralizado e tipologias formal e funcional similares aos sanatórios de outros países  | Programa funcional, setorização e fluxos seguindo os critérios internacionais de tratamento da TB                                 | Destaque em publicações locais e nacionais da época   | Apesar das fases de degradação e das reformas (com demolições e acréscimos), mantém a maioria das suas características originais                      |
|   | Retrato do isolamento social dos tísicos no subúrbio de Salvador, e do adensamento urbano da área                       | Linguagem moderna revolucionária, pautada na estética higiênica, com alguns elementos <i>art déco</i> , denotando o hibridismo comumente visto em edifícios construídos na primeira fase do período moderno | Soluções arquitetônicas de espacialidade e materialidade pautadas nas diretrizes das ciências da saúde                            | Projeto reconhecido a nível internacional, publicado no <i>Brazil Builds</i> , (MoMa – NY)  | Possui proposta e solicitação de tombamento ao IPAC e ação do Ministério Público buscando sua preservação   |
|   | Memória da evolução da fisiologia e dos modelos assistenciais sanatoriais   | Fachadas compostas de acordo com a espacialidade interna funcional típica dos sanatórios: varandas na fachada da internação e esquadrias regulares na fachada das áreas de apoio                            | Implantação criteriosa, para captar a iluminação e ventilação naturais, com apropriação da paisagem na relação interior/ exterior | Ícone da Arquitetura Moderna Antituberculose baiana, sendo hoje referência nesses cuidados, e ampliando seus atendimentos na área | Não está salvaguardado e sofreu recentemente uma grave ameaça de descaracterização a partir da proposta de reforma apresentada pela SESAB em 2018     |
|   | Mantém o uso como hospital de referência para o tratamento da TB multirresistente de outras doenças respiratórias       | Escalonamento do edifício na fachada das internações para permitir o uso das varandas como as principais áreas de realização da helioterapia  | Estrutura em concreto armado descolada da fachada: criação de grandes vãos e das varandas em balanço                              | Edição de revista própria (pela Fundação Octávio Mangabeira), tendo seus exemplares solicitados por entidades renomadas           | Atuação exitosa do MP-BA junto às entidades de arquitetura para garantir a proteção dos valores culturais hospital                                    |

Fonte: Elaborado pela autora.

Com base nas análises acima explicitadas acerca dos diversos tipos de valor cultural do antigo Hospital-Sanatório Santa Terezinha, é indiscutível sintetizar que este edifício é um objeto de valor singular capaz de contar a história da medicina, das políticas públicas em saúde e da arquitetura inovadora que foi desenvolvida como instrumento

de cura da tuberculose naquele período, caracterizando o Santa Terezinha como uma das grandes máquinas de curar implantadas na Bahia durante o período moderno. Percebe-se, desse modo, que ao conhecer o entorno e o processo de implantação original do hospital-sanatório, bem como os seus atributos arquitetônicos, é possível identificar e reconhecer os seus valores culturais e a necessidade de salvaguarda do prédio. A partir desta compreensão e da perspectiva de que a edificação hospitalar, naturalmente, se configura por vivenciar constantes transformações para adaptar-se às normas, às inovações tecnológicas e atividades assistenciais das ciências da saúde, é possível observar os processos de expansão do complexo hospitalar e algumas desconfigurações que o acompanharam, para em seguida tomar decisões em relação a intervenções futuras.

Tendo em vista o seu caráter icônico, é fundamental que a gestão responsável pelas futuras reformas do HEOM reflita sobre a criação de um plano diretor hospitalar que considere os valores culturais da arquitetura antituberculose como um todo, desde a implantação e a relação entre os pavilhões, até a tipologia do edifício sanatorial. Sendo assim, cabe se estruturar, neste planejamento, diretrizes de conservação e restauro, tanto para o edifício principal quanto para o restante do complexo hospitalar, a fim de minimizar danos ao patrimônio e recuperar, dentro do possível, os valores culturais que se perderam ao longo dos anos, programando as futuras intervenções de maneira detalhada e aliando aspectos técnico-normativos de projetos arquitetônicos aplicados à área da saúde às bases conceituais da teoria do restauro.



## **CAPÍTULO 4**

PROCESSOS RECENTES NA LUTA  
PELA PRESERVAÇÃO DOS VALORES  
CULTURAIS DO HOSPITAL-  
SANATÓRIO SANTA TEREZINHA

## **4 PROCESSOS RECENTES NA LUTA PELA PRESERVAÇÃO DOS VALORES CULTURAIS DO HOSPITAL-SANATÓRIO SANTA TEREZINHA**

### **4.1 Movimentos incipientes de valorização do Hospital-Sanatório Santa Terezinha frente às ameaças de descaracterização**

A partir da vasta análise desenvolvida no capítulo anterior acerca da história de implantação e transformações físicas e institucionais do Hospital-Sanatório Santa Terezinha, fica claro o seu caráter de exemplaridade enquanto grande ícone da arquitetura moderna antituberculose na Bahia; e conseqüentemente, a necessidade de reconhecimento e preservação dos seus valores culturais. Todavia, também se observa uma trajetória marcada pelo descaso em relação à manutenção da estrutura física da unidade, que vem apresentando diversos danos e descaracterizações ao longo dos anos devido à falta de intervenções planejadas quando consideramos seus valores, seus aspectos de autenticidade e integridade durante a implementação de novos projetos de reformas para adequações assistenciais, funcionais, normativas, de segurança e infraestrutura.

Dentro desse panorama dos danos ao edifício e das modificações funcionais pelas quais o hospital vem passando (que implicam diretamente na sua infraestrutura), é preciso explicitar que em janeiro do ano de 2011, através de um convênio entre a UFBA e o IPAC, foi realizado um estudo para a ampliação da poligonal de tombamento da região da Soledade. Nesta ocasião, a professora e pesquisadora da Faculdade de Arquitetura da UFBA (FAUFBA), Ana Carolina Bierrenbach (2011a), apresentou para o IPAC uma proposta que contemplaria a incorporação do antigo Hospital Santa Terezinha e outros bens ao conjunto da Soledade já tombado na década de 1980. Foi desenvolvido um dossiê detalhado contendo informações acerca dos valores culturais do edifício e da necessidade de preservá-los, entretanto, passaram-se anos sem que fosse dado qualquer encaminhamento à questão por parte do órgão.

Já no ano de 2016, surgiu um movimento dos servidores do HEOM no sentido de expor ao público o sucateamento da unidade pela SESAB, que parecia ser o início silencioso de um processo de privatização do hospital. Segundo um relatório desenvolvido por alguns desses funcionários, contendo um abaixo-assinado anexado,

O HEOM buscou acompanhar a modernização da Atenção à Saúde no Brasil e na Bahia, mas, nos seus 74 anos tem marcado sua trajetória no acolhimento a cidadãos que a sociedade rejeita, inicialmente foram os portadores de



tuberculose, e, posteriormente pacientes com patologias que por serem crônicas, arrastam o curso do internamento e acompanhamento ambulatorial. É recorrente o internamento de pacientes em condições de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua e privados de liberdade, esses mais propensos a adoecer pela tuberculose e outras doenças, bem como marcados pela cronificação do quadro clínico. Com a desativação total de 68 leitos, 30 deles na Ala de tuberculose masculina e o restante distribuído entre as Alas e UTI's, mantém apenas 145 em operação, apesar da capacidade para 213 leitos. Também apresenta restrição de acesso ambulatorial apesar da crescente demanda por consultas e exames em pneumologia, alergia e demais patologias nele acompanhadas. O sucateamento da unidade vem impactando gravemente na população, e mostra-se claramente, pois faltam broncoscópios suficientes para dar vazão às demandas de ambulatório e centro cirúrgico; a reforma do telhado não é autorizada, encontrando-se sob risco com a chegada do inverno; a cozinha entrou em reforma em 2014, sem conclusão até o momento; a Central de Material Esterilizado cuja reforma depois de mais de 4 anos aguarda colocação de equipamentos como autoclaves no lugar adequado por falta de Munck, ressaltando que 2 autoclaves que aguardam logística para serem colocadas no lugar, uma agora está sendo requisitada para outro serviço. Observa-se restrição na oferta de exames laboratoriais para pacientes dos ambulatórios próprios e suspensão na oferta de exames para a rede de saúde do estado [...]. (Arquivo HEOM, 2016)

Essas informações se confirmam através do então secretário de saúde da Bahia, Fábio Vilas-Boas, que explicou, em entrevista à Rádio MetrÓpole, no dia 5 de julho de 2016, que o centro cirúrgico do HEOM não se encontrava em condições estruturais adequadas para se manter funcionando, sendo necessário empreender uma reestruturação da unidade.

Assim como o hospital, está em condições físicas muito ruins. Fizemos esse diagnóstico no ano passado. Sérios problemas estruturais, elétricos, hidráulicos. Enfermaria fora do padrão, 70 leitos fechados. **Fizemos um projeto de modernização pra que esse hospital se transforme no mais moderno hospital de tórax do Brasil.** Já estamos discutindo com o governador, estamos pensando nisso pra que a gente encontre o melhor perfil. **Estamos pensando nisso pra que a gente possa encontrar o melhor perfil da unidade.** O centro cirúrgico vinha produzindo um volume de cirurgias muito pequeno. Optamos por fechar, iniciar a reforma. Vamos tratar o Octávio e o Ernesto [Simões], que fica do lado, como se fosse um complexo hospitalar, otimizando os recursos. (VILAS-BOAS, 2016 *apud* NASCIMENTO, 2016, grifo nosso)

Diante disso, o movimento do corpo de profissionais da instituição começou a buscar esclarecimentos, por parte do governo baiano, acerca dos seus projetos futuros em relação ao HEOM. De acordo com eles, tudo indicava que estava havendo uma iniciativa de privatização do hospital, sem que isso ficasse claro para a sociedade. É fundamental enfatizar que a dificuldade em estabelecer diálogos transparentes com o governo em relação ao destino de uma instituição de saúde como o HEOM é um problema grave, que fere o princípio do SUS da participação e controle social, segundo os quais a comunidade tem o direito de ser representada e influenciar na

gestão, elaboração e fiscalização de políticas públicas que regem a qualidade dos serviços de saúde a ela prestados.

As tentativas de combater a desassistência à saúde iniciadas em 2016 não pararam, visto que diversos grupos se uniram para denunciar o risco que a população corria de perder leitos e atendimentos especializados referentes às patologias do aparelho respiratório. Como afirmou o ex-presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia (SINDSAÚDE-BA), Silvio Roberto dos Anjos e Silva,

Esse movimento é para preservar e **proteger o passado, o presente e o futuro deste hospital**. Toda população usuária sofrerá as consequências desse ato intempestivo, inconsequente e irresponsável do governo do estado, que assume uma postura radical em privatizar essa unidade sem passar em nenhum momento por uma discussão entre os trabalhadores e sem passar por uma discussão no Conselho Estadual de Saúde. (SILVA, 2016 *apud* SINDSAÚDE-BA, 2016, grifo nosso)

Apesar disso, em 2 de dezembro de 2016, foi publicada a resolução nº 44/2016, no Diário Oficial do Estado da Bahia, na qual o governo anunciou a sugestão da SESAB de implantar no HEOM uma nova gestão via Organização Social. Esse tipo de decisão divide opiniões, pois muitos profissionais da área alegam ser uma estratégia que se aproxima do enfraquecimento da rede pública de saúde, com tendências à abertura para as privatizações de hospitais de referência para a população.

De acordo com servidores da unidade, atualmente estão sendo atendidos apenas 90 leitos, enquanto a capacidade total é de 217 leitos. O sucateamento do hospital foi uma medida do Governo do Estado para justificar a política de privatização, que há décadas resulta no enfraquecimento do SUS. (SINDSAÚDE-BA, 2016)

A partir de então, nos dias 5 e 6 de dezembro de 2016, entidades de saúde, representantes da população, pacientes e funcionários do HEOM organizaram uma manifestação que incluiu uma passeata pelo bairro e uma carreata até a Governadoria, com o objetivo de entregar um documento solicitando a revogação da resolução recém-publicada. Sem sucesso, esses grupos acionaram a Defensoria Pública da Bahia (DP-BA), que promoveu reuniões em maio e junho de 2017, culminando em uma primeira audiência pública, no dia 2 de agosto, para a discussão aberta do caso, com a participação popular, de representantes do governo, da defensoria, de órgãos do município e estado, bem como de servidores do HEOM.

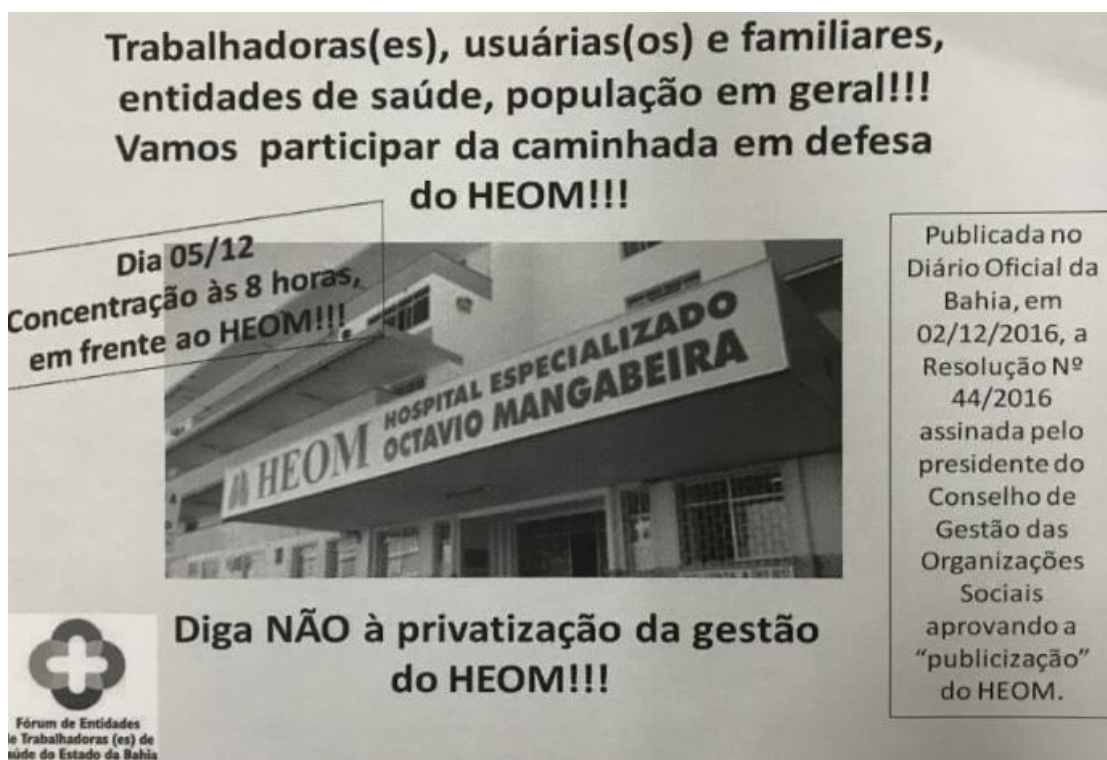
Os defensores solicitaram que a SESAB apresentasse a minuta do novo perfil assistencial do hospital, e apontaram que as principais pessoas prejudicadas com a mudança de gestão através da privatização da unidade seriam aquelas em situação

de vulnerabilidade social, que têm maior propensão a contrair a TB, em especial a população carcerária, a que vive nas ruas, os pobres e os povos indígenas.

O HEOM é o único centro de referência terciária para Tuberculose do Estado da Bahia e atende pacientes da capital e do interior, principalmente os multirresistentes e os com comorbidade. A proposta de privatização foi apresentada no dia 15 de dezembro de 2016 à principal instância deliberativa do SUS, o Conselho Estadual de Saúde, que a suspendeu temporariamente para que fosse repensada, já que, além de restrição/corte de leitos para tuberculose, da ordem de 225 para 168, definia como sete dias o maior tempo de permanência na unidade hospitalar. (FERNANDES, 2017)

Ainda na esfera desses debates organizados pela DP-BA, cabe ressaltar que o subcoordenador da Especializada Cível e Fazenda Pública, Gil Braga, esclareceu que a rede de cirurgia de cabeça e pescoço baiana de fato necessitava se aprimorar, “[...] mas que diminuir leitos para os casos de Tuberculose, sem que haja uma contrapartida que garanta o acesso ao serviço, não pode acontecer” (GRAMACHO, 2017, s/p). A médica do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, Susan Pereira, atuante na área de epidemiologia de doenças infecciosas, ainda complementou essa questão, pontuando que “[...] não se pode garantir o acesso ao tratamento de Tuberculose se os pacientes terão, como prevê a privatização, que dividir 25 a 30 leitos com outras patologias”. (GRAMACHO, 2017, s/p)

**Figura 368** – Folheto de divulgação da passeata contra a privatização do HEOM.



Fonte: Arquivo HEOM (2016).

**Figura 369** – Uma grande carreta foi à Governadoria, levando um abaixo assinado para entregar ao governador a fim de sensibilizar o gestor estadual a reverter tal medida.



Fonte: CRF-BA (2016).

**Figuras 370 e 371** – Manifestação no HEOM em 5 de dezembro de 2016, com o Pavilhão de Serviços Gerais, ao fundo (à esquerda); audiência pública promovida pela DP-BA, em 2 de agosto de 2017 (à direita).



Fontes: Foto realizada por João Ubaldo (SINDSAÚDE, 2016); FERNANDES (2017).

Em 24 de julho de 2018, uma nova manifestação foi realizada no hospital, contando com cerca de sessenta funcionários, que se posicionaram, novamente, contra a privatização e fechamento da unidade, exigindo da SESAB esclarecimentos sobre o destino dos pacientes ali internados. A Secretaria de Saúde, por sua vez, emitiu uma nota<sup>55</sup> explicando que as informações sobre a desativação da unidade especializada

<sup>55</sup> A nota emitida pela SESAB, na íntegra, afirma que: “Não procedem as notícias de desativação do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM). A unidade será reformada e modernizada. Serão realizadas intervenções na estrutura, incluindo substituição de toda a rede elétrica e hidráulica, construção de banheiros nas enfermarias, novas torres de elevadores, novas UTIs, novo centro cirúrgico, além de caixa d’água superior e novo telhado. As obras serão iniciadas após a conclusão do processo licitatório em andamento, e deverão durar um ano. Os pacientes com tuberculose e HIV e os multirresistentes que necessitam hospitalização passarão a ser atendidos no Instituto Couto Maia, unidade recém-inaugurada e localizada no bairro de Cajazeiras, em Salvador. Os pacientes com o vírus BK moradores de rua, e os sem residência ou contatos familiares, irão para unidades de

não eram corretas. Segundo o órgão, as obras de reforma do HEOM teriam início após o encerramento da licitação e durariam cerca de um ano (a partir do esvaziamento da unidade); até lá, o hospital receberia novos equipamentos para se manter em funcionamento. Com a reforma em andamento, a SESAB iria abrir uma enfermaria de pneumologia e cirurgia torácica no Hospital Ernesto Simões, havendo também uma transferência dos funcionários, dos pacientes tísicos com HIV e dos multirresistentes para o novo Instituto Couto Maia, também especializado em doenças infectocontagiosas. Já os pacientes em situação de rua ou sem conexões familiares seriam encaminhados para instituições de longa permanência não especificadas. (SESAB, 2018)

#### **4.2 Percursos de uma sociedade em busca da salvaguarda do antigo Santa Terezinha**

É interessante perceber que, em paralelo às mobilizações das equipes de saúde, o Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento da Bahia (IAB-BA), então presidido pela arquiteta Solange Souza Araújo, solicitou formalmente ao IPAC, em 4 de junho de 2018, o tombamento do HEOM, dando origem ao processo de número 0607180010655. Entretanto, ignorando todas as mobilizações sociais, o projeto de reforma que visava “modernizar” o HEOM foi divulgado em 27 de julho de 2018, pelo então secretário de saúde da Bahia, Fábio Vilas-Boas, em sua página pessoal da rede social *Facebook*.

As imagens tridimensionais refletem uma perspectiva projetual totalmente questionável quando se reconhece o HEOM como um dos principais marcos da arquitetura moderna antituberculose em Salvador. A iminência da sua privatização, com uma mudança parcial ou total de uso (ainda que permaneça como um estabelecimento de saúde), que tanto tem assustado funcionários e gerado diversos protestos, denota também uma insensibilidade no projeto apresentado em relação às

---

longa permanência da Secretaria da Saúde do Estado. Quando a obra for iniciada, será aberta no Hospital Geral Ernesto Simões, que fica localizado no mesmo complexo hospitalar, uma enfermaria para pneumologia e cirurgia torácica, junto com a transferência dos servidores. Os ambulatórios serão mantidos. Durante o período das obras, alguns profissionais serão alocados no Instituto Couto Maia e outros na estrutura de enfermaria montada no Hospital Ernesto Simões Filho. Quando o HEOM for reaberto, a unidade seguirá o perfil acordado previamente. Não há razão para temor, nem para alimentar boatos de fechamento definitivo. Todo o entorno do complexo hospitalar que engloba os hospitais Ernesto Simões, Octávio Mangabeira, Maternidade José Maria e Central de Regulação serão inteiramente reformados, urbanizados e modernizados, com novas vias, áreas de estacionamento e praça de alimentação.” (SESAB, 2018).



características mais relevantes do edifício original e, como veremos mais à frente, aos seus valores culturais.

Na proposta de reforma divulgada, os balcões são revestidos de chapa de alumínio composto de cor cinza (ou material semelhante), e todos os solários são envidraçados com vidros espelhados, criando um volume único, sem as marcantes aberturas das longas varandas que representam a horizontalidade da edificação. Assim, o jogo de luz e sombra possibilitado pelo escalonamento dos solários, a integração do interior com o exterior e o adequado aproveitamento da ventilação e iluminação naturais se perdem, da mesma forma que a percepção da predominância da dimensão longitudinal do edifício, reforçada pelos rasgos na fachada, será comprometida. Percebe-se ainda que a estrutura das lajes escalonadas nos últimos pavimentos do hospital, típica da arquitetura moderna antituberculose, é ignorada nas imagens do modelo virtual, demonstrando uma incoerência em relação à proposta e à volumetria básicas da construção.

**Figuras 372** – Perspectiva do modelo tridimensional (3D) do projeto de reforma divulgado em 2018 pelo ex-secretário de saúde do Estado da Bahia.



Fontes: VILAS-BOAS (2018).

No que se refere ao prisma central que corta o edifício em seu eixo, assim como a marquise do acesso principal ao hospital, a SESAB propõe revesti-las com algo semelhante a alumínio composto (ou material similar) de coloração vermelha, havendo uma modificação nas esquadrias originais da edificação. Esta nova composição passa a ser formada, em cada pavimento, por um conjunto de três janelas em ritmo regular, substituindo as janelas centrais que marcavam o eixo do hospital. Na entrada principal, também é possível identificar que o portão original do HEOM,

em serralheria artística, foi retirado do local, cedendo lugar a uma esquadria de vidro espelhado em todo o vão, e desconsiderando o detalhe *art déco* em alvenaria, escalonado, que compõe a moldura do portão original.

**Figura 373** – Fachada nordeste: revestimento em alumínio composto cinza, nos balcões, e vermelho, no prisma central; novas janelas no bloco do centro; varandas envidraçadas, de modo que o escalonamento do edifício se perde completamente.



Fonte: VILAS-BOAS (2018).

**Figuras 374 e 375** – No acesso principal, o portão em serralheria artística é substituído por porta de vidro espelhado (à esquerda); relação entre a marquise e o eixo principal em tonalidade vermelha, com as varandas fechadas em vidro espelhado e os balcões revestidos em cinza (à direita).



Fonte: VILAS-BOAS (2018).

Em relação às imagens tridimensionais da proposta para o interior do edifício, observa-se que as enfermarias, ao incorporarem as áreas das varandas, permanecem com cinco leitos e são dotadas de banheiros individuais para adequarem-se às exigências da norma RDC 50/2002. Há também uma clara intenção de, em outros ambientes, demolir diversas paredes internas que separam as enfermarias, até então distribuídas de maneira muito aproximada à original, bem como as paredes que separam as enfermarias dos solários. Com isso, cria-se um grande salão, possivelmente para abrigar a UTI, no qual a estrutura original do edifício não parece se ajustar adequadamente à distribuição de todos os leitos no espaço.

Nesta área são colocadas no forro estruturas do tipo trilho para a instalação de cortinas hospitalares, que funcionam como divisórias móveis entre os leitos. Percebe-se, a partir dessas soluções, uma descaracterização irreversível da espacialidade interna do HEOM, que, como se observa nas tipologias sanatoriais, reflete a modulação estrutural do edifício a partir das divisões entre as enfermarias. Além disso, nota-se que nessas áreas de internação serão instalados pisos em manta vinílica com desenhos curvos, nas cores azul e amarelo, substituindo o atual piso de granilite cinza.

**Figura 376**– Modelo virtual da nova enfermaria com cinco leitos e um banheiro, incorporando a área da varanda do edifício.



Fonte: VILAS-BOAS (2018).

**Figura 377** – Demolição das paredes entre as enfermarias e as varandas, criando um amplo espaço para a implementação de leitos de UTI.



Fonte: VILAS-BOAS (2018).

**Figura 378** – Relação entre a estrutura do edifício, as cortinas hospitalares, as janelas e leitos.



Fonte: VILAS-BOAS (2018).

Diante deste projeto que representaria a completa e irreversível descaracterização do HEOM, alguns pesquisadores da FAUFBA e funcionários do hospital se uniram a instituições de referência na área do patrimônio para retomar e intensificar as ações de tentativa de salvaguarda do hospital. Desse modo, em agosto de 2018, por iniciativa de pesquisadores da FAUFBA, foi elaborada durante o 7º Seminário Docomomo Norte/Nordeste, em Manaus, uma moção de apoio com abaixo-assinado (ANEXO A) solicitando o tombamento do edifício e repudiando a proposta de reforma divulgada pelo titular da SESAB (DOCOMOMO BRASIL, 2018). Em 3 de setembro de 2018, o Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos (MP-CECRE) da UFBA também emitiu uma moção de apoio ao tombamento do HEOM (ANEXO B), repudiando o projeto de reforma elaborado pelo governo do estado da Bahia.

Em 27 de setembro de 2019, durante a 16ª reunião da câmara de patrimônio cultural do IPAC, a arquiteta Lígia Larcher, técnica do órgão, apresentou o parecer referente ao tombamento do HEOM, indicando a aprovação da abertura do processo para tombá-lo (ANEXO C). Assim, em 12 de dezembro de 2018 foi emitido o parecer técnico nº11/2018 (ANEXO D), elaborado por Larcher, havendo a recomendação de tombamento do Hospital Santa Terezinha, do antigo Pavilhão Hélio Fraga e da “[...] pequena capela neogótica, de construção rudimentar com estilemas Art Déco [...]” (IPAC, 2018, p. 7); afirmando que a unidade do bloco principal havia sofrido algumas descaracterizações, porém se mantinha em “pleno funcionamento” (IPAC, 2018, p. 10) e sua estrutura original estava preservada, em grande parte. Ainda que tenha recebido acréscimos, perdido alguns elementos autênticos e incorporado elementos secundários, a percepção da conformação original do prédio do hospital-sanatório se mantinha, havendo a possibilidade de se reverterem as intervenções inapropriadas, recuperando a “unidade estilística da edificação” (IPAC, 2018, p. 12) com base em um projeto de conservação e restauro bem fundamentado.

Dessa maneira, o órgão de proteção do patrimônio cultural da Bahia reconheceu a singularidade do HEOM, enfatizando que as reformas e manutenções intrínsecas ao uso hospitalar lhe impuseram intervenções “[...] sem a adoção de critérios restaurativos que levassem em conta a importância arquitetônica e histórica do conjunto” (IPAC, 2018, p. 10). O parecer do IPAC afirma, ainda, que

Apesar da importância arquitetônica e histórica deste edifício, que faz parte do acervo constitutivo de uma estrutura hospitalar nacional, com destaque na arquitetura Art Déco da Bahia e o reconhecimento de grupos que estudam a Arquitetura Moderna no Brasil, por se tratar de um projeto inovador e com grande qualidade arquitetônica para a época em que foi construído, o mesmo não possui nenhuma tutela patrimonial, não tendo assim garantida a preservação dos seus elementos tectônicos originais e correndo risco de contínuas descaracterizações. (IPAC, 2018, p. 12)

Não obstante o seu parecer conclusivo, indicando o tombamento do HEOM e de outros pavilhões do complexo (com o objetivo de promover o reconhecimento público e a recuperação dos seus valores culturais, garantindo intervenções futuras que recuperem elementos construtivos significativos e mantenham a “unidade potencial da edificação” a partir de um projeto de restauro adequado), nota-se que não houve, por parte do IPAC, um encaminhamento oficial relacionado à proteção do imóvel. Por conseguinte, em 23 de julho de 2019, o MP-CECRE/UFBA e o Núcleo Bahia-Sergipe do Docomomo Brasil endereçaram ao diretor do IPAC um pedido de celeridade (ANEXO E) para a finalização do processo anteriormente protocolado no órgão, referente ao tombamento do antigo Hospital Santa Terezinha, tendo em vista que o projeto executivo de reforma proposto pela SESAB se encontrava em desenvolvimento.

Diante da falta de resposta do IPAC em relação à salvaguarda do edifício, a última atitude tomada, em 1º de outubro de 2019, pelo IAB-BA, Docomomo Bahia-Sergipe, MP-CECRE/UFBA e PPGAU-UFBA, foi a de acionar conjuntamente a promotoria de justiça responsável pelo Núcleo de Defesa do Patrimônio Histórico Artístico e Cultural (NUDEPHAC) do MP-BA, solicitando a apreciação de um relatório que evidencia os valores culturais do edifício, e requerendo o embargo imediato de qualquer intervenção física no hospital (ANEXO F). Tal representação no MP-BA gerou o Inquérito Civil (IC) nº 003.9.208763/2019<sup>56</sup> (encontrando-se sob a responsabilidade da promotora de justiça Cristina Seixas), e foi provavelmente pela sua existência que as obras para a implantação do projeto de reforma proposto pela SESAB não foram iniciadas dentro da previsão do governo.

É preciso ressaltar, ainda, que no ofício nº 703/2019 (ANEXO G), datado de 17 de dezembro de 2019, da diretoria geral do IPAC, dirigido à promotora Ana Luzia dos

---

<sup>56</sup> O andamento do procedimento do IC pode ser acompanhado pelo site do MP-BA: <https://sicop.sistemas.mpba.mp.br/Modulos/Consulta/Processo.aspx?L0QifJI5OZay/N8MYuNIm3y3KrrWDkwc5pvec4D4IT2L+43V2Bi8SQ==#tabela-resultado>



Santos Santana, da 6ª Promotoria de Justiça Ambiental de Salvador do MP-BA, a fim de responder ao seu ofício nº 138/2019 solicitando informações acerca do andamento do processo de tombamento do HEOM, o diretor geral do IPAC João Carlos de Oliveira afirmou que o processo de salvaguarda do hospital (já previsto no parecer técnico de nº 11/2018), encontrava-se, à época, em etapa preparatória para se proceder com a notificação do proprietário/representante legal do monumento. Nesse caso, o governo da Bahia e a SESAB deveriam receber com brevidade o informe sobre o tombamento provisório do HEOM e, “a partir de Notificação de Abertura do Processo de Tombamento, o bem estará tutelado pelo IPAC, provisoriamente, conforme Art. 8.895/2003”. No entanto, o hospital segue oficialmente desprotegido até o presente momento, havendo apenas o tombamento provisório do IPAC<sup>57</sup>.

Concomitante ao andamento do processo no MP-BA e ao desenvolvimento do projeto executivo pela empresa responsável, a JCA Engenharia e Arquitetura<sup>58</sup>, cabe enfatizar que em 2020 foi apresentada pela arquiteta Gabriela Otremba, em seu trabalho de conclusão do MP-CECRE da UFBA, uma proposta de projeto para o HEOM, intitulada *Intervenção em Arquitetura Moderna: Restauração e Reabilitação do Hospital Santa Terezinha* (OTREMBA, 2020). Aprovada com distinção pelo MP-CECRE/UFBA<sup>59</sup>, Otremba (2020, p. 8) teve como objetivo “[...] resgatar seus [do hospital] valores arquitetônicos e atualizá-lo de acordo com as contemporâneas exigências técnicas do tratamento de doenças respiratórias, levando em consideração também o valor de referência que esse centro de saúde representa para a população que dele depende”.

A arquiteta demonstra, claramente, a possibilidade de se empreender uma reforma do edifício, adequando-o às normas sanitárias, de acessibilidade e de segurança predial atualizadas, porém mantendo o seu perfil assistencial primário e os seus valores históricos e arquitetônicos, sem haver a necessidade de descaracterizar a notória edificação que compõe o patrimônio da arquitetura moderna antituberculose da Bahia. É interessante perceber que Otremba consegue utilizar elementos contemporâneos

---

<sup>57</sup> Até então, a autora não obteve informações se o processo de tombamento foi enviado pelo IPAC para análise do Conselho Estadual de Cultura.

<sup>58</sup> Em 8 de março de 2021, a empresa emitiu ao MP-BA um relatório (ANEXO H) em resposta ao Ofício nº 046/2021 – 6ª PJMA – Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019.

<sup>59</sup> O trabalho da arquiteta recebeu a premiação da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo (ANPARQ) 2022 na categoria “Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional”. Disponível em: [https://anparq.org.br/site/wp-content/uploads/2022/11/ANPARQ-PREMIO-2022-Apresentacao-dos-resultados\\_rev1.pdf](https://anparq.org.br/site/wp-content/uploads/2022/11/ANPARQ-PREMIO-2022-Apresentacao-dos-resultados_rev1.pdf)

para compor a estética do hospital, sem interferir na sua autenticidade material, porém ressaltando os valores culturais do edifício original e resgatando aspectos que foram descaracterizados a partir de algumas das intervenções empreendidas ao longo dos seus oitenta anos.

Dessa forma, no caminho oposto à proposta divulgada em 2018 pelo ex-secretário de saúde da Bahia, que ignora os traços modernos do edifício, ou mesmo ao restauro empreendido no Sanatório Zoonestraal, que reproduziu detalhadamente os elementos originais da edificação, Otremba adotou em seu projeto acadêmico as premissas do restauro crítico-conservativo, defendidas por Giovanni Carbonara. Deste modo, a arquiteta buscou reconhecer todos os valores históricos, artísticos e culturais do edifício, para então definir suas ações sobre o bem, buscando um diálogo harmônico entre o novo e o antigo.

Fica claro, no projeto de Otremba, o resgate da horizontalidade definida pelas varandas em balanço, do volume tão característico da tipologia sanatorial e da antiga posição do acesso principal ao prédio, através da fachada nordeste. O restauro proposto pela autora se baseia, primeiramente, na reabertura dos trechos dos solários onde houve fechamentos em esquadria, gradil, tela ou alvenaria. Então, sinaliza sua intervenção de ampliação das enfermarias com placas em fibrocimento de cor cinza, diferenciadas do acabamento original em pintura de coloração clara, que é resgatado, substituindo as pastilhas aplicadas sobre os balcões e já descoladas em diversos trechos (mas destacando a necessidade de se resolver o problema de impermeabilização da cobertura para evitar novas infiltrações).

**Figura 379** – Resgate dos solários, com ampliação das enfermarias marcada em cor cinza.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 201).

Além disso, o amplo jardim à frente do hospital, que reforça sua implantação monumental no terreno, também é recuperado, oferecendo um espaço humanizado de relação com a natureza para os usuários do complexo, que permite a contemplação da fachada principal e a realização de terapias integrativas ou outras atividades ao ar livre. Com essa decisão arquitetônica, a autora do projeto cria um estacionamento no subsolo desta área, diretamente ligado ao interior do edifício.

**Figura 380** – Resgate do jardim e acesso ao novo estacionamento no subsolo.



Fonte: OTREMBBA (2020, p. 201).

Referente à fachada posterior do edifício, observa-se que Otremba propôs a demolição de cerca de 1.700m<sup>2</sup> de área nos acréscimos construídos ao longo da sua existência, de maneira desordenada, que descaracterizam sua clareza formal primária. Com a retirada desses elementos, a arquiteta compensa tal perda e amplia esta área com a construção de três novos blocos prismáticos, seguindo um gabarito e dimensões similares aos da preexistência; entretanto, mantendo um afastamento entre os novos volumes e a edificação original, que possibilitam a apreensão da tipologia original em “E”, marcante a este monumento moderno antituberculose.

Em relação à materialidade desses anexos, Otremba seguiu o mesmo princípio utilizado na fachada nordeste, evidenciando sua intervenção a partir da distinção de materiais. Há ainda a recuperação do ritmo regular das esquadrias, que são reorganizadas racionalmente nas fachadas da preexistência. Cabe enfatizar que os novos blocos prismáticos adotam o mesmo padrão em suas janelas, todavia se aplica uma estrutura vazada de cor cinza à sua frente, dando mais destaque às esquadrias do edifício original e configurando fachadas ventiladas nesses anexos, uma solução extremamente adequada para o clima de Salvador e para se manter a qualidade do ar interno de um hospital de referência em doenças infectocontagiosas.

A decisão sobre a volumetria do novo anexo, bem como sobre sua localização, partiu do entendimento de que, além da necessidade de que os novos usos estivessem diretamente relacionados àqueles localizados dentro do edifício original, era fundamental dar destaque à tipologia do sanatório, em que três blocos prismáticos se conectam ao monobloco principal, organizando-se em “E”. Assim, apesar da proximidade, as novas torres instaladas localizam-se a certa distância dos volumes originais e em tal materialidade que permitem clara distinção entre o que é novo e o que é antigo. (OTREMBA, 2020, p. 184)

**Figura 381** – Inserção de novos blocos prismáticos afastados do edifício original. Com o resgate do ritmo regular das esquadrias no edifício original e adoção de fachada ventilada nos anexos.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 202).

No que diz respeito à distribuição das unidades funcionais do hospital, é preciso esclarecer, primeiramente, que por se tratar de uma proposta acadêmica, na qual Otremba não teve acesso ao novo programa de necessidades definido pela SESAB<sup>60</sup>, a arquiteta definiu o seu programa com base no uso atual da unidade. Sendo assim, ela mantém o HEOM na sua função de centro especializado no tratamento de patologias respiratórias, reorganizando as instalações prediais obsoletas e adaptando sua estrutura às exigências normativas contemporâneas da área de saúde, de acessibilidade e segurança.

É notório, na proposta projetual de Otremba, que o resgate da clareza volumétrica e das fachadas do edifício original também se reflete na distribuição dos usos nos espaços internos do HEOM. Na fachada nordeste, as interações são mantidas e ampliadas em um metro na direção das varandas, possibilitando a inserção de banheiros nas enfermarias, de acordo com as exigências normativas da RDC 50; no entanto, sem que isso prejudique a leitura dos solários que marcam a horizontalidade do edifício, e mantendo-os como áreas interligadas para banhos de sol, fisioterapia,

<sup>60</sup> Cabe ressaltar que o novo programa é considerado equivocado pelos profissionais de saúde que compõem o quadro de funcionários do HEOM, que alegam modificar o perfil assistencial do hospital e causar uma lacuna no atendimento especializado em Tisiologia e Pneumologia na Bahia.

terapia ocupacional, desconpressão e socialização. A arquiteta compreende que as varandas ocupam uma área ampla da unidade (cerca de 1.150m<sup>2</sup>), buscando uma maneira equilibrada de preservá-las e, ao mesmo tempo, se apropriando de parte delas para ajustar as enfermarias às normas pertinentes, sem haver uma perda no número de leitos hospitalares.

Para isso, foram feitos estudos sobre o quanto era possível avançar e qual seria o material ideal a ser utilizado para que a horizontalidade gerada pela sombra das varandas em balanço fosse mantida, alterando minimamente a principal característica da fachada principal, e permitindo a ampliação do número de leitos nas enfermarias. Optou-se por instalar os banheiros na zona oposta às varandas, para que fosse possível aproveitar a infraestrutura existente e para evitar a abertura de muitos vãos de esquadria na nova fachada. (OTREMBBA, 2020, p. 190)

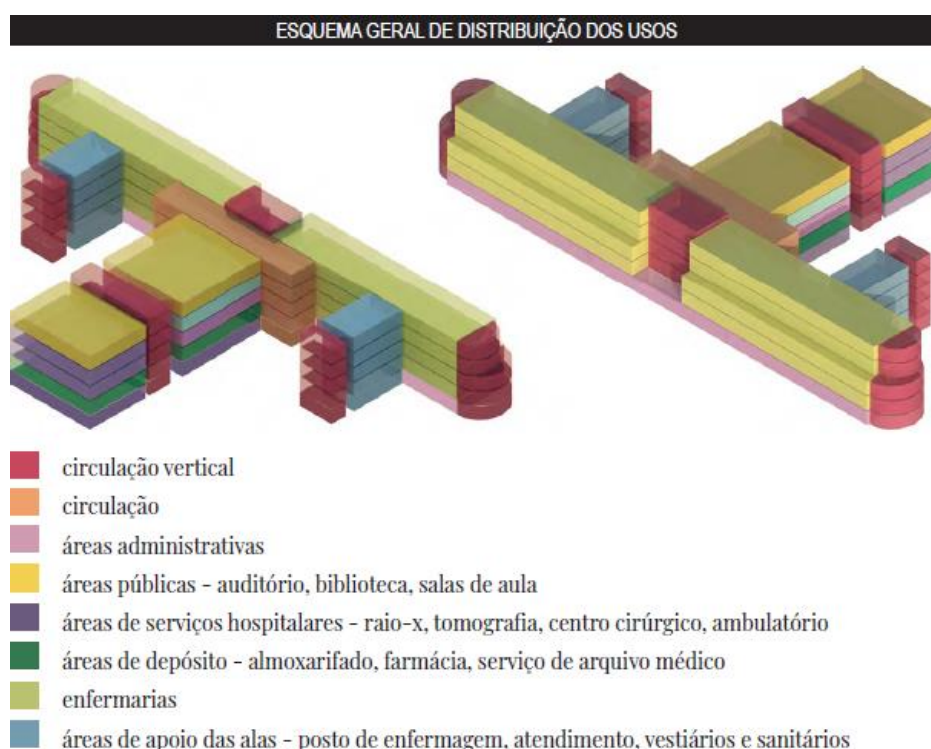
Senso assim, Otremba demonstra, empiricamente, que o patrimônio cultural da saúde mantido ativo não precisa se estagnar em relação às reformas necessárias, ou mesmo ser abandonado ao seu próprio destino, sendo totalmente possível intervir na sua estrutura sem descaracterizá-lo. Também é interessante perceber que no térreo, basicamente composto por áreas administrativas e de diagnóstico e terapia, além de recuperar o antigo acesso principal ao hospital, a arquiteta propõe, no seu imponente hall de entrada com traços *art déco*, a inclusão de um memorial que permite expor a história da edificação e da própria Pneumologia na Bahia. Tal estratégia entra em consonância com uma das recomendações previstas no supracitado parecer técnico nº 011/2018 do IPAC, que além de sugerir o melhor aproveitamento do mobiliário remanescente do hospital, enfatiza “[...] a possível constituição de um memorial dedicado ao estabelecimento da estrutura hospitalar baiana nas décadas de 1930 e 1940” (IPAC, 2018, p. 12). Otremba resgata, portanto, a importância do hall principal do HEOM através da exposição da memória da própria história da instituição idealizada pelo médico César Araújo e do combate à TB, responsável pelo nascimento deste edifício e pela formação de um corpo clínico de referência em patologias respiratórias na Bahia.

Com relação aos três blocos prismáticos conectados à fachada sudoeste do hospital, os usos se distribuem da seguinte maneira: 1) nos dois blocos menores preexistentes, próximos às extremidades do prédio, são mantidos os postos de enfermagem e as áreas de apoio logístico para cada ala de internação, sendo inseridas as novas torres de escadas de emergência no seu alinhamento; 2) já o bloco prismático central abriga áreas administrativas, de diagnóstico e terapia, atendimento ambulatorial, apoio



técnico e logístico, ensino e pesquisa. Vale ressaltar que na nova torre deste bloco central, Otremba prioriza inserir ambientes dotados de instalações e equipamentos de saúde de alta tecnologia, que demandam maior complexidade na sua infraestrutura física (como o centro cirúrgico, UTI, salas de raios-X e tomografia), além de novas circulações verticais, ampliando a quantidade de elevadores e inserindo outra escada de segurança e combate a incêndio para ajustar o edifício às exigências normativas mais atuais.

**Figura 382** – Distribuição dos usos na proposta de Otremba, em perspectiva isométrica.



Fonte: OTREMBA (2020, p. 185).

O partido arquitetônico adotado por Otremba, portanto, reestabelece a estrutura original da preexistência, conectando-a aos blocos anexos de linguagem contemporânea, compostos por funções tecnológicas e que permitem ampliações futuras sem prejudicar a leitura volumétrica da edificação de estética moderna. A partir de um extenso levantamento histórico e atual sobre as condições do edifício, a arquiteta não somente restaura a ambiência do antigo Santa Terezinha, como também evidencia as potencialidades da arquitetura moderna antituberculose, que ainda se mostram contemporâneas e coerentes com as discussões mais recentes sobre a espacialidade dos ambientes de saúde. Assim, sua solução projetual integra os princípios da preservação do patrimônio cultural à flexibilidade necessária aos edifícios de saúde, propondo uma reforma que resgata os valores históricos e

arquitetônicos do HEOM e, paralelamente, permite a realização de transformações futuras baseadas em critérios bem estabelecidos, que não impactem negativamente na percepção do edifício original, seguindo o que sugere o IPAC.

Após uma breve análise do estado de conservação, ficou evidente que o edifício necessita de uma reforma que contemple a recuperação predial nos seus aspectos funcionais, associada a uma intervenção restaurativa integrada, que considere o conjunto edificado nas suas peculiaridades e resgate algumas de suas características originais, por se tratar de um edifício singular. Em caso de elaboração do dossiê de tombamento, poderão ser realizados levantamentos que permitam um diagnóstico mais preciso e aprofundado acerca das patologias existentes. (IPAC, 2018, p. 12)

Independentemente da existência desta proposta de projeto, tão adequada tecnicamente e, do mesmo modo, coerente em relação ao resgate dos valores culturais do antigo Hospital Santa Terezinha, a realidade é que a SESAB seguiu ignorando, no seu projeto de intervenção, este edifício como um exemplar do patrimônio cultural da saúde na Bahia. Portanto, deu continuidade à etapa projetual executiva para viabilizar o início da reforma, mesmo diante da pandemia da covid-19. O estado emergencial vivenciado em todo o mundo fez com que o HEOM se tornasse, em Salvador, uma das unidades do SUS destinadas a assistir os pacientes que necessitam de reabilitação pós-Covid, tendo sido criado no complexo um ambulatório especializado para este fim. Com o seu fechamento total para a reforma, além dos pacientes físicos e pneumológicos ali internados, também poderão ser prejudicados em seus tratamentos aqueles que se recuperam da “covid longa<sup>61</sup>”, agravando ainda mais a saúde coletiva em meio a todo o caos gerado pela situação pandêmica.

Tendo em vista este cenário, em 26 de maio de 2021, o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde na Bahia voltou a alertar a sociedade sobre o risco de desassistência à saúde pública que a população poderia enfrentar com o eminente encerramento das atividades do HEOM em meio à pandemia da covid-19. Apesar de, nesta data, não haver nenhuma confirmação pela SESAB sobre o cronograma das obras e de não ter sido apresentado um planejamento garantindo a continuidade dos serviços assistenciais aos pacientes, os profissionais e entidades de saúde seguiram se

---

<sup>61</sup> Também denominada *Síndrome pós-Covid*, a *Covid longa* é caracterizada pela permanência de alguns sintomas persistentes (como dores, distúrbios do sono, fadiga, fraqueza muscular, disfunção cognitiva, dificuldade respiratória, ansiedade, depressão, problemas cardiovasculares, estresse pós-traumático, etc) em pessoas que contraíram a Covid-19, mesmo após a cura da doença. Ainda que esteja mais presente nos pacientes que apresentaram quadros graves da infecção pelo coronavírus, a síndrome pós-Covid também pode aparecer em indivíduos que apresentaram sua forma leve ou moderada, sendo necessário que todos eles passem por cuidados de reabilitação, exames funcionais e acompanhamento clínico.

manifestando e solicitando “[...] a suspensão do projeto e da licitação da obra até que exista segurança sanitária no país [...]”<sup>62</sup>. (SINDSAÚDE, 2021)

Ainda no dia 26 de maio de 2021, cabe ressaltar que a Comissão Interna de Servidores do HEOM<sup>63</sup> se comunicou, via e-mail, com a autora desta dissertação e com a professora da FAUFBA, Patrícia Marins Farias<sup>64</sup>, após a leitura do artigo<sup>65</sup> *A morfologia urbana e o edifício hospitalar do século XIX: Hospital Sanatório Santa Terezinha*, que ambas publicaram conjuntamente nos anais do 13º Seminário Docomomo Brasil, realizado em Salvador, entre os dias 7 a 10 de outubro de 2019. A partir deste contato, a comissão do HEOM informou às pesquisadoras que o hospital estava próximo de ser reformado, já havendo uma empresa designada para realizar a obra. Também explicitou que teve acesso ao projeto arquitetônico licitado, onde estava previsto o fechamento das varandas em todos os pavimentos do hospital, a fim de ampliar suas áreas assistenciais.

Desse modo, a comissão disponibilizou seus contatos telefônicos, solicitando informações históricas e apoio das pesquisadoras para avaliar o projeto arquitetônico junto aos seus membros, auxiliando-os nesta compreensão acerca do prédio como um bem pertencente ao patrimônio baiano da arquitetura da saúde, e dando-lhes mais subsídios para a sua luta frente às graves ameaças de descaracterização do hospital. A partir do estabelecimento dessa relação, as pesquisadoras apresentaram a demanda para a coordenação do PPGAU/UFBA e do MP-CECRE/UFBA, se dispondo a auxiliar a comissão de servidores do HEOM naquilo que necessitassem, e mantendo contato constante com esses profissionais na tentativa de minimizar os danos ao

---

<sup>62</sup> Alerta sobre: “DESASSISTÊNCIA – O hospital é especializado em doenças pulmonares e retaguarda para internamento de complicações pós-covid. Serão fechados 17 leitos de UTI; 59 leitos de Tuberculose, incluindo Tuberculose Multi Resistente; 61 leitos clínicos; 14 leitos cirúrgicos; e 42 leitos clínicos/cirúrgicos. RISCO – Em plena pandemia de covid-19, a Bahia perderá vários leitos dentro de um hospital especializado em doenças do pulmão sob pena de colocar em risco todo o esforço feito pela sociedade para conter o avanço da doença. [...]” (SINDSAÚDE, 2021)

<sup>63</sup> Composta pelos servidores públicos Caroline Ledo, Elvira Amoedo, Fábio Oliveira, Kleide Nabuco, Nívea Caribé e Wellington Lage, esta comissão representa os profissionais de saúde do HEOM, e vem lutando pelos direitos individuais e coletivos dos pacientes e servidores do hospital frente às mudanças que a reforma do edifício poderá trazer (não só para o patrimônio cultural, como também para a rede assistencial à TB e demais patologias ali tratadas). Assim, esta comissão esteve se reunindo com a SESAB para se informar sobre os projetos arquitetônico e assistencial, tentando reverter a eminente alteração do perfil da unidade, que também descaracteriza a estética do edifício.

<sup>64</sup> Em sua tese de Doutorado, a professora vem pesquisando os edifícios que compuseram a rede assistencial de combate à TB em Salvador na primeira metade do século XX.

<sup>65</sup> Isto demonstra a importância da pesquisa científica e da realização de publicações durante e após o seu desenvolvimento, evidenciando o papel fundamental que a universidade pública possui na disseminação do conhecimento.

patrimônio edificado e ao perfil assistencial da unidade. Assim, é fundamental salientar que esta troca de conhecimentos entre os pesquisadores e a sociedade precisa ser estimulada, visto que enriquece o processo de investigação e promove um retorno social que a Universidade pode dar através do seu saber e das suas ações.

No decorrer desta troca de informações, ficou claro que o Estado não tinha intenções de modificar o projeto, dando continuidade às ações que respaldavam o processo licitatório para iniciar as obras. No dia 30 de junho de 2021, a SESAB (2021a) divulgou imagens tridimensionais de um novo projeto para o HEOM em sua página oficial da internet, afirmando que o governo estadual investiria um valor superior a 30 milhões de reais para reformar o hospital com o objetivo de modernizá-lo e adequá-lo às normas sanitárias vigentes. Anunciou, ainda, que as obras seriam iniciadas em 12 de julho de 2021, tendo a duração estimada de dez meses. Para tanto, seria necessário esvaziar o edifício principal e transferir para outras unidades da rede a assistência em infectologia clínica, vascular e cirurgia torácica, mantendo em funcionamento apenas os serviços desenvolvidos no anexo do ambulatório de pneumologia.

Sendo assim, o serviço que ocorria de maneira integral no HEOM passaria a ser fragmentado, pulverizando seus usuários em outros estabelecimentos assistenciais de saúde: os pacientes portadores do bacilo de Koch seriam levados para unidades de longa permanência<sup>66</sup>, enquanto aqueles diagnosticados com tuberculose multirresistente e HIV/AIDS, que necessitavam de hospitalização, seriam transferidos para o novo Instituto Couto Maia<sup>67</sup>. Ou seja, apesar de afirmar que o hospital não será privatizado e o seu perfil assistencial não será modificado, este esvaziamento total da unidade, a fim de viabilizar sua reforma, é um aspecto que pode revelar a ameaça de desarticulação da rede antituberculose no Estado da Bahia, respaldando o alerta que vem sendo dado desde 2016 pelas entidades de saúde.

Sabe-se que hospitais não costumam paralisar o seu funcionamento ou transferir pacientes para serem reformados. As obras em EAS ocorrem paralelamente ao

---

<sup>66</sup> Não houve uma especificação de quais unidades seriam essas. Segundo a comissão de servidores do HEOM, elas não possuem atendimento especializado em TB ou outras patologias pulmonares, e costumam funcionar como verdadeiros “depósitos de pessoas”, como tão adequadamente descrevia Foucault (2014) sobre os espaços de controle e vigilância dos indesejados socialmente e dos seus “corpos dóceis”.

<sup>67</sup> Hospital estadual que atende pacientes com patologias infectocontagiosas, e que se tornou referência no atendimento à covid-19 durante a pandemia.

desenvolvimento de suas atividades assistenciais rotineiras, a partir da elaboração de um plano estratégico que conduz, cuidadosamente, a sua realização. De modo geral, se isola determinada ala ou unidade das demais, possibilitando a intervenção sem haver a desativação de muitos leitos, visto que cada leito parado impacta economicamente e assistencialmente no funcionamento adequado da máquina sanitária. Com a inauguração da unidade reformada, os pacientes de outras áreas são ali realocados, sendo possível dar continuidade à obra sem impactar em larga escala a rotina do hospital. No caso do HEOM, este princípio básico de gestão de unidades de saúde não foi seguido, e a previsão de retirada de todos os pacientes e funcionários do edifício com a justificativa da realização da obra não é um argumento técnico que condiz com as práticas da arquitetura, engenharia, manutenção e gestão hospitalar. Portanto, este esvaziamento total é mais um indício que existem grandes chances de se modificar o perfil assistencial do antigo Santa Terezinha.

Cabe ressaltar, ainda, que a análise do novo projeto apresentado pela SESAB revela um resultado arquitetônico que se distancia das discussões técnicas mais atuais sobre como devemos estruturar fisicamente os espaços de saúde para atender aos novos paradigmas da área em uma ideia de futuro que já se revela muito próxima, na qual os grandes hospitais focarão suas ações em cuidados de casos mais agudos ou críticos encaminhados pelas unidades de atenção básica, pautados em um atendimento integral, multidisciplinar e tecnológico. No livro denominado *Os Espaços de Saúde no Amanhã*, publicado em 2020 pelo renomado arquiteto da saúde João Carlos Bross, o autor descreve as tendências e expectativas sobre as configurações dos estabelecimentos de saúde, destacando que “A estrutura de sustentação do edifício, seus fechamentos e dutagens para instalações deverão permitir flexibilidade para novos e rápidos rearranjos internos.” (BROSS, 2020, p. 192) e que “Os ambientes internos deverão plasmar seus ocupantes pela arquitetura de interiores e pela integração visual e interligação com ambientes externos.” (BROSS, 2020, p. 192)

Tendo isso em vista, as diretrizes preconizadas nos últimos anos pela arquitetura dos ambientes de saúde ganharam força a partir do surgimento da pandemia da covid-19, que evidenciou a importância de se projetar unidades: 1) flexíveis e adaptáveis a outros usos (a exemplo de situações emergenciais, catástrofes ou outras pandemias), seja do ponto de vista construtivo, de instalações, equipamentos e/ou fluxos; 2) bem



relacionadas com o entorno, priorizando abrir os edifícios para o exterior (ao invés de fechá-los completamente para climatizá-los sem prever vias alternativas), de modo a potencializar a ventilação e iluminação naturais, assim como a sua conexão com a cidade; 3) dotadas de sistemas eficientes de controle da qualidade do ar, a partir da aplicação de estratégias complementares de ventilação natural, mecânica (com a ampliação do uso de filtros absolutos em ambientes mais críticos), exaustão e manutenção constante para minimizar infecções hospitalares e altos custos decorrentes de intervenções prediais corretivas de urgência; 4) providas de mais áreas de higienização das mãos e de fluxos rigorosos de paramentação.

Também é essencial aproveitar melhor os espaços abertos, criando: 1) áreas de decompressão para pacientes, acompanhantes e funcionários; 2) ambientes acolhedores para a realização de terapias integrativas, fisioterapia, terapia ocupacional ou outras modalidades terapêuticas que permitam ao paciente estar em contato com a natureza, a arte e o entorno da edificação; 3) áreas de transição, triagem, esperas compartimentadas e novos fluxos que possibilitem o distanciamento maior entre as pessoas, bem como a circulação constante de ar renovado. Dessa maneira, as reformas e os novos projetos de EAS precisam ter como premissa crucial aquela que os arquitetos modernos já defendiam no século XX: priorizar a ventilação natural e a conexão interior-exterior, especialmente nos casos das unidades especializadas em doenças infectocontagiosas (como os consagrados sanatórios), garantindo a qualidade do ar interno ao edifício sem depender, na sua totalidade, de exaustores e filtros de ar mecânicos para desempenharem esse papel.

Considerando esses aspectos, fica claro que o novo projeto do HEOM divulgado pela SESAB (2021a) seguiu a mesma solução equivocada do projeto de 2018, propondo, a partir de uma nova estética, o envelopamento similar do edifício preexistente através do fechamento das varandas com vidros em toda a sua extensão. Também foi acrescida uma espécie de “moldura” vertical que se conecta a uma marquise no último pavimento, rompendo a horizontalidade e a forma aerodinâmica tão marcante da edificação. Desconectado dos discursos técnicos mais atuais sobre “os hospitais do futuro” e insensível aos seus valores históricos, arquitetônicos e assistenciais, o modelo tridimensional do projeto evidencia que o fechamento das varandas em um mesmo plano de fachada (desconsiderando a própria volumetria escalonada do

HEOM) elimina a integração do interior do hospital com a paisagem exterior, a abundância de luz e a ventilação naturais, além de perder a leitura dos solários como notáveis elementos desta arquitetura antituberculose.

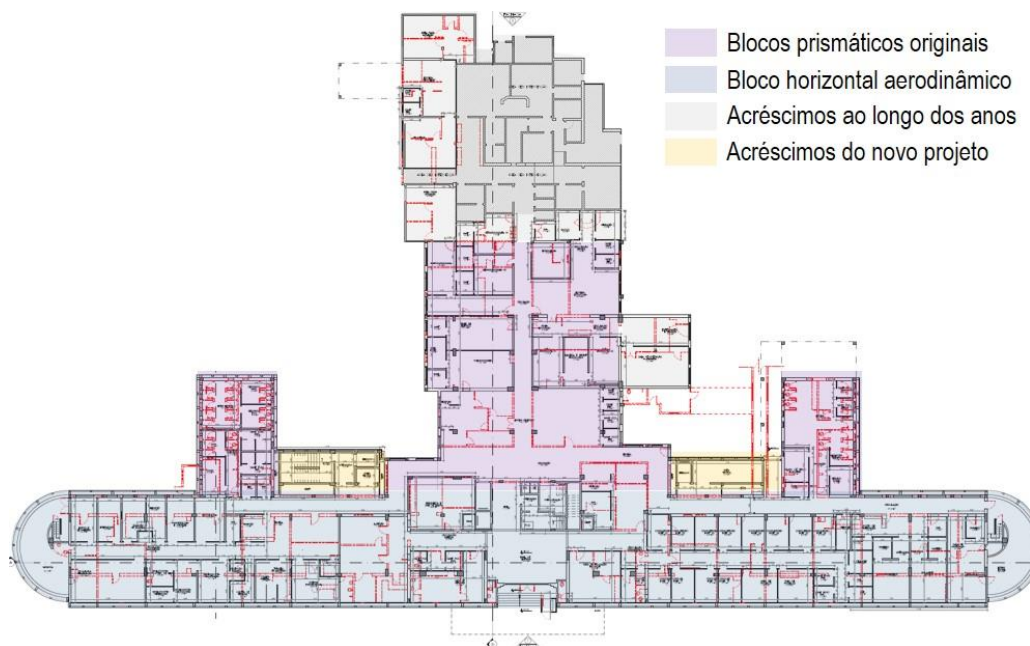
**Figuras 383 e 384** – Modelo tridimensional do novo projeto divulgado pela SESAB, desconsiderando a volumetria escalonada do prédio, acrescentando uma moldura à fachada e fechando as varandas com vidro (à esquerda); detalhe do fechamento em vidro das varandas das enfermarias (à direita).



Fonte: SESAB (2021a).

Ao analisar as plantas baixas enviadas pela comissão de servidores do HEOM, foram detectadas pela autora deste trabalho, junto à professora Patrícia Farias e à arquiteta Gabriela Otremba, diversas incoerências projetuais de ordem funcional, volumétrica e tipológica, que não só destroem de maneira irreversível a preexistência, mas também revelam demolições excessivas, acréscimos inadequados, soluções dispendiosas e áreas superdimensionadas. Sendo assim, cabe ressaltar que os problemas deste projeto não se limitam apenas ao seu volume e às suas fachadas. Destaca-se, por exemplo, que a escada de proteção contra incêndio e uma nova área técnica foram inseridas como construções contíguas aos dois blocos prismáticos menores da fachada posterior do HEOM, descaracterizando a clareza tipológica proporcional dos três volumes acoplados ao bloco longitudinal com estética aerodinâmica da edificação, tão significativa para a arquitetura sanatorial.

**Figura 385** – Descaracterização da tipologia original do HEOM a partir de acréscimos de novos volumes e de demolições em excesso.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do projeto arquitetônico da SESAB enviado pela comissão de servidores do HEOM em 2021.

Nesse sentido, destaca-se que a disposição estrutural projetada originalmente para o HEOM, além do seu valor histórico de modernidade (que permitiu a implementação da técnica construtiva do concreto armado), também tem um valor de uso ainda contemporâneo, visto que a modulação é uma estratégia projetual fundamental para a arquitetura dos EAS. Isto porque a racionalidade construtiva facilita as futuras reformas e ampliações da unidade, que pode se ajustar com otimização de tempo e de recursos às novas necessidades tecnológicas, assistenciais e normativas (biossegurança, proteção e combate a incêndios, acessibilidade, segurança predial, etc) que surgem de forma constante para esse tipo de edificação.

Ao eliminar diversas paredes e acrescentar novas divisórias que desconsideram a estrutura original do antigo Santa Terezinha, este projeto da SESAB cria algumas situações extremamente complicadas para a unidade: 1) propõe um reforço estrutural com a criação de novos pilares desarticulados da malha original; 2) diversos pilares preexistentes se tornam obstáculos nos novos ambientes, obstruindo fluxos de pessoas e/ou equipamentos, bem como a realização de terapias ou outras atividades assistenciais; 3) criam-se espaços mal distribuídos, inacessíveis e/ou ociosos, a

exemplo do superdimensionamento dos quartos de isolamento<sup>68</sup> (mostrando que seria possível ajustar sua área à exigência normativa sem que houvesse a necessidade de incorporar as varandas ao interior do hospital).

Em relação à falta de acessibilidade<sup>69</sup> na entrada principal, foi previsto pela SESAB o recorte de um trecho ao lado direito da escada de acesso ao hospital, com a implantação de uma plataforma elevatória, enfraquecendo a imponência do átrio de acesso que marca o eixo central de simetria do edifício. Além do custo inicial elevado para sua instalação, esse equipamento também exigirá maior atenção da manutenção predial a médio e longo prazo, correndo o risco de parar de funcionar caso não receba os devidos cuidados. Esse problema poderia ser resolvido com a adoção de uma solução mais econômica e reversível como, por exemplo, a supracitada inserção da rampa em estrutura metálica leve proposta por Otremba (2020).

Analisando esse trecho do projeto arquitetônico e acentuando ainda mais a fragilidade das decisões projetuais, também se observa a destruição do hall de entrada com estética *art déco*, bem como a retirada do portão preexistente em serralheria artística, elemento notório que se reflete na fachada principal. O portão é substituído, sem justificativa, por duas portas de vidro, ao invés de ser restaurado para preservar a memória do combate à tuberculose na Bahia e para manter um elemento histórico e artístico dentro do espaço hospitalar.

---

<sup>68</sup> Os isolamentos do quarto pavimento chegam a ter aproximadamente 25m<sup>2</sup>, sendo que a área mínima prevista pela RDC 50/2002 é de 10m<sup>2</sup> por leito.

<sup>69</sup> Em 1942, quando o HEOM foi inaugurado, não havia a mesma preocupação que existe hoje com a acessibilidade e o desenho universal para garantir o direito de acesso e permanência com qualidade, suprimindo suas necessidades físicas e cognitivas a qualquer indivíduo nos edifícios e espaços públicos. Os EAS, em especial, são tipologias arquitetônicas que têm a obrigatoriedade de adequar sua estrutura física às normas de acessibilidade para prestarem uma assistência adequada aos seus usuários e, no caso do HEOM, seria imprescindível intervir na sua entrada principal original, que era interligada à calçada apenas por uma escada.

**Figuras 386 e 387** – Novo acesso proposto para o HEOM, prevendo a inserção de uma plataforma elevatória em um trecho recortado da escada original (à esquerda); detalhe da relação da plataforma elevatória com a escada recortada e a substituição do portão em serralheria artística por duas portas de vidro (à direita).



Fonte: SESAB (2021a).

No caso do programa de necessidades, a SESAB (2021a) publicou que a reforma incluirá “(...) a substituição de toda a rede elétrica e hidráulica, construção de banheiros nas enfermarias, novas torres de elevadores, novas UTIs, novo centro cirúrgico, além de caixa d’água superior e novo telhado”. Para tanto, todavia, seria necessária uma drástica modificação em todos os pavimentos da unidade, decorrente de diversas demolições e acréscimos, que se destacam principalmente nas paredes das enfermarias, descaracterizando sua tipologia original modulada e interligada diretamente às varandas, e criando um novo layout desarticulado com a distribuição primária da estrutura, que prejudica irreversivelmente a espacialidade interna do HEOM.

No caso da decisão de incorporar as varandas ao edifício com o objetivo de ampliar as áreas de internação e UTI, se percebe que o equívoco aparece desde o resultado da fachada até a distribuição interna desses espaços. Ao deixarem de existir como ambientes externos terapêuticos, de contemplação da paisagem e de decompressão para pacientes e funcionários, as varandas agregadas à área interna do hospital criaram espaços ociosos e superdimensionados em todos os pavimentos (seja na circulação, nas enfermarias<sup>70</sup> ou nos quartos de isolamento).

<sup>70</sup> Cada uma das enfermarias do segundo pavimento, por exemplo, é composta por cinco leitos e algumas possuem uma área total de cerca de 52m<sup>2</sup>. Segundo a RDC 50/2002, é previsto como área



É preciso enfatizar que, além dessas varandas ainda possuem valor de uso ao abrigarem atividades da fisioterapia respiratória e terapia ocupacional, elas também são lugares adequados para a realização de práticas como a meditação, yoga, arteterapia, biodança, dentre outras, previstas na *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*<sup>71</sup> (PICS) do SUS. Os antigos solários do HEOM podem ser considerados, portanto, elementos ligados aos conceitos de humanização nos espaços de saúde abordados pela *Política Nacional de Humanização*<sup>72</sup> (PNH) do SUS, que ressalta a importância da *ambiência*<sup>73</sup> bem projetada para o processo de cura do paciente e para a promoção de uma experiência de bem-estar e menos estresse para todos os usuários da unidade.

Ponderando que o perfil de pacientes do hospital é composto por diversos portadores de doenças crônicas infectocontagiosas que passam extensos períodos internados, se entende que as varandas integradas às enfermarias são elementos do espaço físico que permitem a eles exercerem sua autonomia, seja para controlar a abertura das esquadrias ou mesmo para acessar o espaço externo e contemplar a paisagem

---

mínima 6m<sup>2</sup> por leito para enfermarias de três a seis leitos. Ou seja, a área mínima de cada enfermaria do HEOM, pela norma, seria de 30m<sup>2</sup>. Apesar de ser indicado não se projetar tendo como base o mínimo, este dado revela a falta de necessidade funcional de extinguir as varandas para ajustar o tamanho das enfermarias à norma vigente.

<sup>71</sup> As **Práticas Integrativas e Complementares** institucionalizadas pelo SUS e utilizadas amplamente em toda a rede somam 29 tipos e contemplam diversos recursos terapêuticos que se baseiam em um olhar integral do ser humano, atribuindo cuidados a partir de uma visão ampliada da saúde, entendida como a resultante de fatores físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais. Elas são aplicadas paralelamente aos tratamentos e processos diagnósticos convencionais, focando no vínculo e no acolhimento universal do paciente e extrapolando as questões ligadas apenas à sua doença. A aplicação desse tipo de cuidado, que integra o sujeito à sua história de vida, à sociedade e ao meio ambiente, tem se mostrado bastante eficaz na prevenção de doenças e promoção da saúde, principalmente nos casos de pessoas portadoras de patologias crônicas. (BRASIL, 2006)

<sup>72</sup> A **PNH** surgiu em 2003 com o propósito de implantar no SUS um atendimento mais humanizado, isto é, focado na melhoria da qualidade das relações e da comunicação estabelecida entre gestores, profissionais e usuários da rede, entendidos como atores ativos e corresponsáveis pela promoção da saúde. Para tanto, cada um, dentro do seu papel, buscará lidar com o cuidado da saúde pautado na autonomia, respeito, pertencimento, ética, afetividade, cooperação e compromisso com a ambiência. Quanto maior for a humanização dos EAS, melhor é a qualidade da internação do paciente e maior é a tendência do seu tempo de tratamento diminuir, ampliando a rotatividade de leitos e a assistência a maior parcela da população. (BRASIL, 2004)

<sup>73</sup> A **ambiência** é o modo como o espaço físico pode conter elementos que ajudam a promover relações mais saudáveis e acolhedoras entre as pessoas e delas com a estrutura do EAS. Dentre as diretrizes da PNH para a ambiência humanizada, é preciso se atentar: 1) à iluminação e aeração; 2) aos sons agradáveis e minimização de ruídos incômodos; 3) à privacidade e individualidade bem relacionadas com os espaços coletivos; 4) à acessibilidade, sinalização e informações claras; 5) à criação de áreas que gerem bem-estar e relaxamento; 6) à confortabilidade; 7) à integração da arte como meio de expressão e inter-relação entre os usuários; 8) ao uso de cores, cheiros, formas e elementos que estimulem os sentidos. (BRASIL, 2004)

sem percorrerem longas distâncias a partir do seu leito, minimizando com isso os riscos de acidentes por quedas.

Além disso, o contato direto que as varandas proporcionam com os raios solares também beneficia a saúde desses pacientes, já que recentemente diversos pesquisadores, como Janaína Câmara *et al* (2021), apontam que a melhor maneira do corpo humano sintetizar naturalmente a vitamina D é através do seu contato moderado com o sol, e a sua deficiência no organismo resulta no aparecimento ou agravamento de diversas patologias. Dessa forma, apesar da helioterapia já não ser mais o tratamento principal para curar a tuberculose, a existência das varandas tem uma função positiva atemporal, permitindo, ainda hoje, a realização informal dos banhos de sol, que contribuem para uma melhor absorção de vitamina D, fundamental para fortalecer o sistema imunológico dos pacientes.

O contato próximo com a iluminação natural proporcionado pelas varandas do HEOM também é favorável à promoção da saúde quando compreendemos que a luz solar gera impactos positivos tanto no apetite/alimentação, quanto na diferenciação entre noite e dia e na relação do indivíduo com o sono de qualidade, interferindo no seu bem-estar, como afirma Jain Malkin (1992). Segundo Patrícia Cavalcanti (2002), os raios ultravioletas também possuem ação bactericida e auxiliam a esterilizar o ar, extinguindo determinados vírus e bactérias do ambiente intra-hospitalar. Ademais, vale salientar que o *ciclo circadiano*, ou seja, o denominado “relógio biológico”, regulador das necessidades biológicas do corpo humano, é totalmente influenciado pelo ritmo das variações e pela quantidade de luz natural que os olhos recebem ao longo do dia, podendo entrar em equilíbrio ou não, a depender do quanto a arquitetura proporciona a entrada de iluminação natural no interior dos EAS. A autora acrescenta que a abertura de janelas em UTIs pode acelerar a recuperação dos pacientes pelo fato deles conseguirem reconhecer a passagem do tempo, ainda que internados por longos períodos nessas áreas críticas dos hospitais. (CAVALCANTI, 2002)

Nesse sentido, os antigos solários do HEOM podem ser considerados elementos arquitetônicos que potencializam a humanização do ambiente e o aumento do contato dos pacientes com o espaço externo e a luz natural, gerando mais qualidade para o seu período de internamento e diminuindo a probabilidade de surgirem alguns

transtornos como o *delirium*, que altera a cognição e gera estados de confusão mental em alguns pacientes, agravando o seu quadro clínico e prolongando o seu tratamento.

Concluindo a análise crítica do projeto divulgado pela SESAB, nota-se que a proposta não só descaracteriza os valores arquitetônicos, históricos, documentais e simbólicos deste monumental ícone moderno na Bahia, como também desrespeita a relação entre estética preexistente e funcionalidade, violando premissas básicas da arquitetura da saúde e da intervenção sobre o patrimônio defendidas pelas principais correntes teóricas contemporâneas da restauração (reversibilidade, distinguibilidade, mínima intervenção e respeito aos materiais existentes). A intervenção não apresenta uma análise aprofundada sobre a preexistência que justifique, com respaldo teórico na área da conservação e restauro, as escolhas do novo partido projetual, tampouco considera lacunas a serem preenchidas ou acréscimos a serem mantidos ou retirados para reforçar a concepção moderna original do prédio. Com isso, é preciso esclarecer que o reconhecimento do HEOM como um grande exemplar arquitetônico e assistencial por parte da sociedade civil, se fortaleceu diante dessa ameaça palpável de perda deste bem cultural.

Como resultado da divulgação pública deste projeto e do eminente esvaziamento do hospital para as obras serem iniciadas em 12 de julho de 2021, a comissão de servidores do HEOM convocou, no dia 5 de julho do mesmo ano, uma assembleia extraordinária no auditório do hospital. A convite da comissão, foram reunidos representantes de diversas entidades de saúde<sup>74</sup>, sindicatos, profissionais de saúde, servidores e usuários do hospital, bem como a militante da saúde e ex vereadora Aladilce Souza, a assessoria do deputado estadual Hilton Coelho e representantes da área de arquitetura<sup>75</sup> para esclarecerem informações e discutirem ações urgentes de

---

<sup>74</sup> SINDSAÚDE-BA, Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (SINDIMED-BA), Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB-BA), Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Bahia (SINFARMA-BA), SINDSAÚDE-REDE PRIVADA, Sindicato dos Servidores da Prefeitura do Salvador (SINDSEPS), Sindicato dos Nutricionistas do Estado da Bahia (SINDNUT-BA), Sindicato dos Técnicos de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem do Trabalho e Técnicos de Patologia Clínica do Estado da Bahia (SINTEFEN), Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (SINFITO), Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), Movimento Médicos pela Democracia-BA, Frente Baiana Contra a Privatização da Saúde, Fórum Estadual de Combate à Tuberculose, Conselho Regional de Farmácia, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Conselho Regional de Nutrição, Associação Brasileira de Enfermagem – Regional Bahia (ABEn-BA), diretoria do HEOM e Pastoral da Saúde.

<sup>75</sup> A FAUFBA (representada pela professora Patrícia Farias), o MP-CECRE-UFBA (representado pela egressa Gabriela Otremba) e o PPGAU-UFBA (representado pela autora dessa dissertação), junto com o NUDEPHAC do MP-BA (representado pelo servidor arquiteto Diogo Vasconcelos)

mobilização para evitar que a reforma fosse iniciada sem que houvesse um diálogo entre a comunidade e a SESAB com o objetivo de viabilizar a execução de um projeto que atendesse adequadamente a toda a complexidade que demanda este caso.

Durante a assembleia, ficou claro o reconhecimento do HEOM como um grande símbolo do patrimônio da arquitetura antituberculose na Bahia, concebido a partir dos conceitos mais avançados vigentes à época da sua construção (projetuais, construtivos, tecnológicos e assistenciais), sendo unânime o entendimento que a manutenção dos traços modernos do edifício é fundamental para garantir a preservação de parte significativa da nossa história sem, no entanto, desconsiderar a necessidade de reforma para atualização funcional da edificação e adaptação às normas sanitárias e de segurança predial.

**Figuras 388 e 389** – Assembleia extraordinária organizada pela comissão de servidores do HEOM no auditório do hospital no dia 05 de julho de 2021 (à esquerda); participação das pesquisadoras da UFBA (Patrícia Farias, Gabriela Otremba e Laís Matos) e do arquiteto do MP-BA (Diogo Vasconcellos) na assembleia do HEOM (à direita).



Fonte: Foto realizada pela autora (5 de julho de 2021); Foto realizada por Wellington Lage (5 de julho de 2021).

A partir dessa reunião foram iniciadas diversas ações conjuntas na tentativa de se reverter os danos ao patrimônio edificado e ao desmonte da rede de assistência de referência em doenças do aparelho respiratório que esta unidade hospitalar representa no SUS. As entidades decidiram se manter em estado de mobilização e reivindicar à SESAB alguns pontos, como: 1) a suspensão imediata do projeto de

---

apresentaram aos profissionais da saúde o histórico e os valores culturais do edifício, bem como aspectos ligados às ações administrativas e legais sobre processos de tombamento.

reforma para se estabelecer o diálogo entre todas as partes envolvidas, podendo organizar conjuntamente uma obra que não prejudicasse o funcionamento do serviço durante os dez meses previstos para a reforma; 2) a modificação do projeto de modo que sejam considerados os principais valores culturais do edifício; 3) a manutenção do perfil assistencial do hospital (especializado em TB e doenças do aparelho respiratório) sem que haja a desestruturação da rede antituberculose baiana e a terceirização da sua gestão para a rede privada; 4) garantias para que os servidores voltassem aos seus postos de trabalho após a obra.

Dentre outros encaminhamentos da assembleia, ficou definido que: 1) as entidades de saúde organizariam uma mobilização social e nas mídias para divulgarem cartas abertas sobre a situação e para estruturarem uma carreata saindo do HEOM em direção à SESAB, realizando o ato de protesto no dia 7 de julho de 2021 no Centro Administrativo da Bahia (CAB) e buscando apoio de outros representantes políticos; 2) as entidades de saúde, através dos seus setores jurídicos, se organizariam para emitirem um ofício solicitando reunião urgente com o então secretário de saúde Fábio Vilas-Boas, e entrariam com um mandado de segurança e liminar para assegurarem os seus direitos trabalhistas, emitindo também representações sobre o caso na promotoria de saúde do MP-BA, na DP-BA, no IPHAN, Ministério da Saúde (MS) e Ministério Público Federal (MPF).

**Figuras 390 e 391** – Concentração da manifestação no HEOM (à esquerda); grupo de manifestantes no CAB, após realização da carreata (à direita).



Fonte: Acervo pessoal da comissão de servidores do HEOM (7 de julho de 2021).

Em 6 de julho de 2021, o Sindsaúde expediu o ofício nº 133/2021 (ANEXO I) informando toda a situação do hospital ao promotor Rogério Queiroz, do Grupo de Atuação Especial de Defesa da Saúde (GESAU)/MP-BA, como acordado em assembleia. No mesmo dia, também foi despachado ao representante do IPAC, pela



promotora Ana Luzia Santana (da Promotoria de Justiça de Meio Ambiente e Habitação e Urbanismo – PJMAHU/MP-BA), o ofício nº 263/2021 (ANEXO J), convidando-o para a audiência do dia 13 de julho de 2021 e solicitando que fossem enviados ao MP-BA o parecer técnico do IPAC favorável ao tombamento, além da notificação de abertura do processo de tombamento do HEOM. Já no dia 7 de julho de 2021, a promotora emitiu um despacho (ANEXO K) convidando para a referida audiência representantes de todas as instituições noticiantes do inquérito civil nº 003.9.208763/2019.

No caso das três pesquisadoras de arquitetura representantes da UFBA, o seu papel foi transmitir as informações da assembleia para o professor e então coordenador do PPGAU, Nivaldo Andrade, que coordenou uma reunião extraordinária virtual, convocando todos os alunos e professores da pós-graduação da FAUFBA (PPGAU e MP-CECRE) para discutirem o tema, assim como membros de organizações como o IAB-BA e o Docomomo-BA, participantes ativos de todas as ações empreendidas ao longo dos últimos anos para proteger o antigo Santa Terezinha. Desse modo, no dia 12 de julho de 2021 (data em que o governo havia divulgado que seria iniciada a obra do hospital), foi realizado este encontro acadêmico, durante o qual as pesquisadoras apresentaram o histórico do edifício, seus valores culturais, os acontecimentos e projetos da SESAB que vinham ameaçando a preservação da edificação, as mobilizações empreendidas pelas instituições de arquitetura e da saúde nos últimos anos, além de discussões técnicas sobre possibilidades de atender às demandas da área da arquitetura da saúde sem, no entanto, descaracterizar o patrimônio edificado.

É importante destacar que esta reunião interna para alinhamento e organização dos membros da UFBA foi realizada em caráter de urgência, a partir da informação dada pela comissão de servidores do HEOM de que os pacientes haviam começado a ser transferidos para outros hospitais sem autorização médica, evidenciando a intenção do governo de iniciar as obras, mesmo sem o aval do MP-BA. A audiência virtual do inquérito civil instaurado na PJMAHU estava agendada pela promotora Cristina Seixas para o dia seguinte à reunião da UFBA (13 de julho de 2021), contando com a participação dos representantes da FAUFBA, do IAB-BA, Docomomo-BA, IPAC-BA, SESAB e do MP-BA. Entretanto, a Procuradoria Geral do Estado da Bahia (PGE-BA) entrou em contato com o MP e solicitou o adiamento da audiência em dez dias,

assegurando à promotoria que a construtora não iniciaria nenhum tipo de intervenção no hospital até aquela data.

Desse modo, a promotora responsável pelo caso adiou a audiência para o dia 23 de julho de 2021 e, nesse período, houve uma mobilização por parte de vinte e duas instituições e entidades<sup>76</sup>, lideradas pelo Fórum de Entidades em Defesa do Patrimônio Cultural Brasileiro<sup>77</sup> – Estadual Bahia, preocupadas com a falta de qualidade do projeto de reforma apresentado pela SESAB e com o interesse em preservar o patrimônio cultural moderno da saúde na Bahia. Se manifestaram, então, contra a destruição do HEOM e a favor do diálogo entre a comunidade e o governo para discutirem o novo projeto de requalificação do hospital. Desse modo, na manhã no dia 20 de julho de 2022, houve uma ampla divulgação virtual de uma sequência de *cards* (ANEXO L) informando a sociedade civil, através das redes sociais, sobre a situação ameaçadora que o HEOM, os servidores e os pacientes se encontravam a partir do eminente início da reforma anunciado pela SESAB.

A repercussão da divulgação dos *cards* teve um impacto tão acentuado que, no mesmo dia 20 de julho de 2021, no período da noite, a Secretaria de Saúde divulgou uma nova imagem tridimensional da fachada do hospital, alegando que realizou modificações no projeto arquitetônico após a solicitação das instituições e entidades supracitadas. No entanto, a imagem mostra que o projeto não foi revisado com o cuidado demandado, tendo sido apenas retirada a moldura vertical conectada à marquise superior da edificação e os fechamentos em vidro das varandas das

---

<sup>76</sup> **ABA** - Associação Brasileira de Antropologia | **ABAP** - Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas | **ANPARQ** - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo | **ANPEGE** - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia | **ANPUH** - Associação Nacional de História | **ANPUR** - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional | **CAU-BA** - Conselho de Arquitetura e Urbanismo - Bahia | **CBHA** - Comitê Brasileiro de História da Arte | **DOCOMOMO BRASIL** | **DOCOMOMO BA-SE** | **FAUFBA** - Faculdade de Arquitetura da UFBA | **FNA** - Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas | **FNArq** - Fórum Nacional das Associações de Arquivologia do Brasil | **Fórum** de Entidades em Defesa do Patrimônio Cultural da Bahia | **IAB** - Instituto de Arquitetos do Brasil | **IAB-BA** - Instituto de Arquitetos do Brasil - Dep. Bahia | **ICOM Brasil** - Comitê Brasileiro do Conselho Internacional de Museus | **ICOMOS Brasil** - Comitê Brasileiro do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios | **MP-CECRE/UFBA** - Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos-UFBA | **PPGAU/UFBA** - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo-UFBA | **SAB** - Sociedade de Arqueologia Brasileira | **Sinarq-BA** - Sindicato dos Arquitetos e Urbanistas do Estado da Bahia

<sup>77</sup> Criado na cidade de Porto Alegre em 10 de outubro de 2019 e passando a se organizar através de regionais a partir de agosto de 2020, o Fórum de Entidades em Defesa do Patrimônio Cultural Brasileiro agrega entidades e coletivos da sociedade civil para impulsionar mobilizações contra ataques promovidos contra o IPHAN e o Patrimônio Cultural Brasileiro.

extremidades curvas, evidenciando uma falta de compreensão da profundidade e complexidade que uma intervenção desse porte necessita.

O entendimento equivocado que as características originais da edificação moderna seriam preservadas ao se abrir apenas as varandas curvas denota uma lacuna no reconhecimento dos valores culturais do antigo Santa Terezinha. Apesar de haver a abertura dessas varandas, os solários das enfermarias seguiam envelopados pelos panos de vidro, prejudicando a percepção da horizontalidade, dos balanços e dos traços modernos do prédio. Outro problema verificado na imagem e nos vídeos divulgados é que, apesar da SESAB alegar que iria garantir a preservação do hall de entrada preexistente, o portão em serralheria artística seguiu sendo substituído pelas portas de vidro e a escada também permaneceu recortada para a inserção da plataforma elevatória.

Além disso, Osvaldo Lyra (2021) explicita que o perfil assistencial da unidade será modificado, citando que os novos leitos de enfermaria do hospital serão destinados a pacientes oncológicos, de cirurgia torácica e de cabeça e pescoço, não mencionando os portadores de tuberculose e outras pneumopatias, que deveriam continuar sendo os protagonistas nesta unidade de referência em doenças do aparelho respiratório.

Pelo desenho do novo projeto, **serão preservadas as varandas abertas das extremidades do prédio**, que foi edificado na década de 40, **mantendo as suas características originais**. Segundo informações da Sesab, também **está assegurada a preservação total do hall de entrada em estilo Art Deco e mármore Carrara**. [...] A nova unidade terá 168 leitos, sendo 39 de UTI adulto e pediátrica, além de enfermarias dedicadas a **pacientes de cirurgia torácica, cirurgia de cabeça e pescoço e oncologia**. Serão realizadas intervenções em toda a unidade, incluindo a substituição de toda a rede elétrica e hidráulica, construção de banheiros nas enfermarias, novas torres de elevadores, novas UTIs, novo centro cirúrgico, além de caixa d'água superior e novo telhado. (LYRA, 2021, grifo nosso)

**Figura 392** – Imagem da nova versão do projeto divulgada pela SESAB no dia 20 de julho de 2021, com a retirada das esquadrias de vidro das varandas curvas e a moldura vertical que se conectava à marquise superior no último projeto.



Fonte: LYRA (2021)

Percebendo que o projeto permanecia comprometendo a arquitetura original do HEOM, as instituições e entidades novamente lançaram uma sequência de *cards* (ANEXO M) nas redes sociais, na manhã do dia 22 de julho de 2021. Tendo como objetivo esclarecer a sociedade civil que suas solicitações não foram, de fato, acolhidas pela SESAB, e evidenciar que o projeto seguia comprometendo os valores culturais do HEOM, a mensagem novamente foi lançada com o apelo ao governo estadual para que fosse estabelecido um diálogo colaborativo com as instituições e entidades sobre o projeto de reforma do emblemático hospital Santa Terezinha.

Após a divulgação desta segunda sequência de *cards*, o caso ganhou ainda maior notoriedade, principalmente dentro da comunidade acadêmica e dos profissionais de arquitetura, que se posicionaram de maneira veemente nas redes sociais, demonstrando sua insatisfação em relação ao projeto proposto e à falta de diálogo com o governo. A situação se agravou quando, logo em seguida, a comissão de servidores do HEOM entrou em contato, ainda naquela manhã, com a professora Patrícia Farias e com a autora dessa dissertação, informando que as demolições no hospital haviam sido iniciadas, desrespeitando o acordo celebrado com o MP-BA, que apenas autorizou o adiamento da audiência do caso mediante o compromisso da SESAB de não iniciar nenhum tipo de intervenção no edifício.

As fotos enviadas pela comissão para as pesquisadoras revelaram uma massiva área de esquadrias e paredes demolidas na fachada principal e entre as enfermarias, o

corte de instalações elétricas e de gases medicinais, bem como a retirada e desmonte de bancadas, mobiliário e instalações hidrossanitárias, caracterizando um cenário preocupante diante de toda a mobilização que vinha sendo empreendida a fim de se realizar uma intervenção cuidadosamente pensada e aprovada por todos os interessados em resolver o caso na maneira mais adequada possível.

**Figuras 393 e 394** – Demolição de parte das fachadas e elementos hidrossanitários jogados na varanda (à esquerda); entulhos das paredes demolidas entre as enfermarias (à direita).



Fonte: Acervo pessoal da comissão de servidores do HEOM (22 de julho de 2021).

**Figuras 395 e 396** – Retirada das instalações de gases medicinais dos leitos (à esquerda); desmontagem de mobiliário (à direita).



Fonte: Acervo pessoal da comissão de servidores do HEOM (22 de julho de 2021).

Frente à repercussão que a segunda sequência de *cards* obteve, ainda na manhã do dia 22 de julho de 2021, o então secretário de saúde, Fábio Vilas-Boas, entrou em contato direto com o coordenador do PPGAU/UFBA, Nivaldo Andrade, agendando na SESAB uma reunião em formato híbrido (com participantes presenciais e virtuais) para aquela tarde. Representando as instituições e entidades mobilizadas no caso, frente ao então secretário, à equipe técnica da SESAB e da construtora responsável pela obra, participaram presencialmente desta reunião as pesquisadoras da FAUFBA



Gabriela Otremba, Laís Matos e Patrícia Farias, tendo comparecido virtualmente os professores da UFBA Nivaldo Andrade e Ceila Cardoso, esta última na condição de coordenadora do Fórum de Entidades em Defesa do Patrimônio Cultural na Bahia.

Este grupo expôs os diversos argumentos já debatidos no âmbito da Universidade e apresentados de maneira resumida nos *cards*, se disponibilizando a criar uma comissão colaborativa mediada pelo MP-BA, com a presença de pesquisadores e profissionais habilitados na área para fornecer apoio técnico gratuito à SESAB, a fim de aperfeiçoar o projeto de reforma do HEOM, evitando sua descaracterização a partir de decisões arquitetônicas desalinhadas com os princípios da conservação e do restauro. Cabe ressaltar que, apesar de ter ocorrido uma longa discussão sobre alguns aspectos do projeto, como o fechamento das varandas e a destruição do hall de entrada do HEOM, Vilas-Boas afirmou que faria algumas concessões, porém o projeto não poderia ser totalmente alterado e a obra teria seguimento, como previsto. Assim, não foi definido qualquer encaminhamento entre as entidades, a FAUFBA e a SESAB, visto que isso seria feito na audiência com o MP, prevista para o dia seguinte.

Também foi esclarecido pela equipe da FAUFBA que nem essa instituição nem as entidades são contra a reforma do hospital, e que ela realmente deve acontecer para que a edificação receba as devidas atualizações funcionais requeridas pelas atividades da unidade, pelas normas de saúde, acessibilidade, segurança contra incêndio e demais instalações de engenharia e manutenção. No que diz respeito ao início das demolições, o então secretário de saúde confirmou, durante a reunião, que elas vinham sendo realizadas nos últimos dez dias, coincidindo com o prazo concedido pela promotora Cristina Seixas para a PGE-BA se preparar tecnicamente para a audiência. Desse modo, Vilas-Boas esclareceu para os participantes que

As intervenções iniciadas há dez dias ainda encontram-se em estágio inicial, limitadas a retirada de portas, janelas, pequenas demolições internas e retirada de estruturas elétricas e hidráulicas, possibilitando assim, ajustes que atendam, simultaneamente, a legislação sanitária vigente e preservem o patrimônio arquitetônico moderno, tendo em vista que a edificação data da década de 40. (SESAB, 2021b)

A despeito de não terem sido definidos acordos durante este encontro, no mesmo dia desta reunião foram divulgadas, à noite, notícias no portal da SESAB (2021b) e no site do *Bahia Notícias* (PARCERIA ENTRE..., 2021) afirmando que havia sido firmada uma parceria entre a SESAB e a FAUFBA para dar seguimento às obras no hospital.

Além disso, o dia 22 de julho de 2021 também foi marcado pelo envio ao MP-BA da informação técnica nº 039/21 (ANEXO N) pela Diretoria de Projetos, Obras e Restauro (DIPRO) do IPAC, na qual o órgão afirma que o pedido de tombamento do HEOM encontrava-se em análise sob o processo nº 0607180010655, compreendendo que o anteprojeto apresentado pela SESAB preservava algumas características originais do edifício, sendo passível de aprovação a partir da análise do projeto executivo.

**Figuras 397 e 398** – Reunião em formato híbrido realizada na SESAB em 22 de julho de 2021 (à esquerda); participação presencial das pesquisadoras da UFBA, do então secretário de saúde Fábio Vilas-Boas e da equipe técnica da SESAB (à direita).



Fonte: SESAB (2021b); PARCERIA ENTRE... (2021).

Já no dia 23 de julho de 2021, às 10:00, ocorreu, por intermédio de plataforma virtual de teleconferência do MP-BA, a audiência pública (com ata no ANEXO O) visando apurar, principalmente, a ameaça de dano ao patrimônio cultural do antigo Hospital Santa Terezinha, decorrente da proposta de reforma divulgada pela SESAB para atualização funcional do hospital. A sessão contou com uma ampla participação de representantes das instituições e entidades envolvidas, bem como de pessoas da sociedade civil interessadas no caso<sup>78</sup>. A promotora Cristina Seixas esclareceu que o

<sup>78</sup> **Dr<sup>a</sup>. Cristina Seixas Graça** – 5<sup>a</sup> Promotora de Justiça (PJMAHU/MPBA); **Dr<sup>a</sup>. Eduvirges Ribeiro Tavares** – Promotora de Justiça (PJ/MP-BA), Coordenadora do NUDEPHAC/MP-BA; **Dr<sup>a</sup>. Rosa Patrícia Salgado Atanázio** - Promotora de Justiça Substituta da 3<sup>a</sup> Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde; **Dr<sup>a</sup>. Patricia Kathy Azevedo Medrado Alves Mendes** – Promotora de Justiça, representante do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde – CESAU/MP-BA; **Sr. Diogo Alves de Vasconcellos** – Analista Técnico do NUDEPHAC/MP-BA; **Dr. Miguel Pereira de Carvalho Junior** – Procurador do Estado; **Dr. João Carlos Cruz de Oliveira** – Diretor-Geral do Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia – IPAC; **Dra. Alcina Romero** – Diretora de Atenção Especializada da SESAB; **Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria de Souza Moura** – Representante da SESAB; **Dr. Lucas Mucarzeu** – Representante da SESAB; **Sr. Luiz Antonio de Souza** – Presidente do IAB-BA; **Sr. João Maurício Santana Ramos** – Diretor em Exercício da Faculdade de Arquitetura da UFBA; **Dra. Izabella Athayde** (CRM BA 10407 – OAB/B 58.947) – Diretora de Assuntos Jurídicos do SINDIMED; **Sr. Nivaldo Vieira de Andrade Junior** – Coordenador do PPGAU-UFBA; **Sr. José Carlos Huapaya** – Coordenador do Núcleo DCOMOMO BA-SE; **Sr<sup>a</sup>. Aladilce Souza** – Diretora do SINDSAUDE-BA; **Sr<sup>a</sup>. Ana Carina Dunham** – Vice-Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do

seu objetivo era encontrar soluções adequadas para possibilitar a realização de uma reforma capaz de proteger o bem que estava na iminência de ser tombado pelo IPAC, explicitando sua decepção com a notícia sobre o início das obras antes daquela audiência, quebrando o acordo que havia sido firmado entre o MP-BA e a PGE-BA.

Após a realização de uma apresentação detalhada do laudo nº 62/2021, desenvolvida pelo analista técnico do NUDEPHAC/MP-BA, o arquiteto e urbanista Diogo Vasconcellos, ficou ainda mais evidente a falta de unidade e consistência no partido projetual, além da extensa quantidade de problemas no projeto de reforma do HEOM, que fatalmente levariam não somente à descaracterização dos valores culturais do edifício, como também ao comprometimento funcional das atividades, dos fluxos de pessoas e de equipamentos na unidade.

Posteriormente, foi dada a palavra ao diretor do IPAC-BA, João Carlos Oliveira, para prestar esclarecimentos sobre a morosidade em relação ao tombamento do HEOM, bem como aos diversos membros presentes na audiência, incluindo os representantes das instituições de arquitetura e da área da saúde, que explicitaram suas contribuições multidisciplinares para ajudar a resolver a situação. A equipe da SESAB também respondeu aos questionamentos sobre as alterações do projeto e o início irregular das obras sem a autorização do IPAC e do MP-BA, bem como sobre o novo perfil assistencial do hospital.

Por fim, a promotora de justiça encerrou os debates e determinou alguns encaminhamentos a partir daquela audiência: 1) a SESAB e a empresa JCA seriam oficiadas para apresentarem o Termo de Referência do projeto arquitetônico, além de outros documentos; 2) o IPAC deveria enviar para o MP-BA a nota técnica a ser encaminhada para a SESAB suspender a obra, já que o IPAC ainda não havia aprovado a construção daquele projeto; 3) seria realizada, no dia 26 de julho de 2021, uma vistoria no HEOM por representantes do MP-BA, instituições e entidades interessadas, SESAB e construtora responsável; 4) os documentos do projeto

---

Estado da Bahia e Conselheira Fiscal do SINDSAUDE Público; **Sr. Wellington Roma Lage** - membro da Comissão de Servidores do HEOM; **Sr<sup>a</sup>. Laís de Matos Souza** - Pesquisadora de Mestrado da UFBA – PPGAU; **Dr. André Santos** – Assessor Jurídico da 5ª Promotora de Justiça (PJMAHU/MP-BA); **Ao todo, mais de 40 pessoas, representando diversas instituições e entidades ligadas às áreas da arquitetura, da proteção do patrimônio histórico e cultural, da saúde e da representação sindical também estiveram presentes.**

deveriam ser enviados com as modificações atualizadas para sofrerem novas análises, sendo marcada, posteriormente, uma nova audiência; 5) em caso de continuidade dos diálogos conciliatórios, poderia ser formada uma comissão<sup>79</sup> com o objetivo de avaliar as propostas de modificação e contribuir para a melhoria do projeto de reforma. Tendo encerrado a audiência, o MP-BA requereu, no mesmo dia, o embargo imediato da obra do antigo Santa Terezinha, “[...] até que o MP e o IPAC emitam pareceres sobre a conformidade do projeto com as especificidades quanto à preservação arquitetônica do prédio que é patrimônio tombado.” (BRITO, 2021)

Como havia sido previsto na audiência, aconteceu, no dia 26 de julho de 2021<sup>80</sup>, a vistoria técnica na obra embargada do HEOM, contando com a participação de representantes do MP-BA, SESAB, CDG construtora, FAUFBA, IAB-BA, comissão de servidores do HEOM e demais profissionais interessados<sup>81</sup>, sendo constatada a ausência de representação técnica de membros do IPAC. Naquele momento, foram realizadas análises *in loco* da situação do edifício e do projeto proposto, com a verificação dos danos provenientes da demolição irregular de paredes, remoção de portas, janelas, mobiliário, equipamentos hospitalares, instalações elétricas, hidrossanitárias e de gases medicinais.

Houve, na ocasião, um amplo registro fotográfico das condições físicas encontradas em todos os pavimentos do imóvel, que possuía equipamentos, utensílios, móveis e restos de esquadrias despejados desordenadamente nos halls, circulações e algumas

---

<sup>79</sup> Composta por membros do IPAC, do MP-BA, SESAB, UFBA e outras instituições interessadas.

<sup>80</sup> Neste mesmo dia, o IPAC enviou ao então Secretário de Saúde Fábio Vilas-Boas o ofício nº 378/2021 - IPAC/DG/GAB, contendo a notificação de abertura do processo de tombamento estadual do HEOM e afirmando estar analisando o projeto executivo de reforma do hospital (ANEXO P).

<sup>81</sup> **Diogo Vasconcellos** – Analista Técnico Arquiteto do NUDEPHAC/CEAMA/MPBA; **Carl von Hauenschild** – Arquiteto representante do IAB-BA; **Lola Ribeiro** – Arquiteta representante do IAB-BA; **Patrícia Farias** – Professora da FAUFBA e Doutoranda do PPGAU/UFBA, Pesquisadora do GEA-hosp/UFBA; **Laís Matos** - Arquiteta Mestranda do PPGAU/UFBA e Pesquisadora do GEA-hosp/UFBA; **Lucas Mucarzel** – Arquiteto Coordenador de Projetos da SESAB / Coordenação Executiva De Infraestrutura da Rede Física – CEIRF / Coordenação de Arquitetura em Saúde – CAS; **Antônio Ferreira Filho** – Coordenador de obras da SESAB / Coordenação Executiva De Infraestrutura da Rede Física – CEIRF / Coordenação de Engenharia e Manutenção CEM; **Átila Pinheiro** – Engenheiro Civil Coordenador Executivo da SESAB / Coordenação Executiva De Infraestrutura da Rede Física – CEIRF; **Henrique Canário** – Engenheiro Civil Fiscal de Obras da SESAB / CEIRF; **Milton Consul** – Gerente de Contrato da CDG Construtora S/A; **Gustavo Cantadori** – Engenheiro Civil da CDG Construtora S/A; **Wellington Roma Lage** - Auxiliar de Enfermagem, Servidor Membro da Comissão HEOM; **Hermival Rego dos Santos** - Auxiliar de Enfermagem, Servidor Membro Comissão HEOM; **Marisan Carmo de Jesus** - Auxiliar de Enfermagem, Servidora do HEOM; **Fábio Oliveira** – Farmacêutico, Servidor Membro da Comissão HEOM; **Anderson Freitas** – Arquiteto Fotógrafo de Arquitetura.

salas. Tal situação poderia ser evitada, considerando que diversos desses objetos fazem parte da trajetória do hospital e, ainda que não sejam utilizados após a reforma, poderiam ser expostos em uma espécie de memorial do edifício e da história da TB, que foi sugerido implantar no HEOM. Ademais, cabe frisar que este momento se configurou como uma oportunidade de os participantes dialogarem, expondo o seu olhar sobre incoerências e possíveis soluções para ajustar o projeto.

**Figuras 399 e 400** – Inspeção na varanda do HEOM (à esquerda); diálogo entre membros da SESAB, CDG construtora, MP-BA e FAUFBA (à direita).



Fonte: Foto realizada pela autora (26 de julho de 2022); Foto realizada por Anderson Freitas (26 de julho de 2022).

**Figuras 401 e 402** – Análise do projeto pelas pesquisadoras da UFBA, pelo arquiteto representante da SESAB e pelo servidor do HEOM (à esquerda); momento de discussão coletiva, com a participação de todos os membros presentes na vistoria (à direita).



Fonte: Foto realizada por Anderson Freitas (26 de julho de 2022).

É preciso registrar que, apesar do embargo da obra por parte do MP-BA, que deveria passar por fiscalização do IPAC, percebeu-se, durante a vistoria, a manutenção de algumas atividades na obra, já que funcionários da CDG construtora ainda transitavam no local retirando entulhos pelo hall *art déco*, através do portão de serralheria artística, descartando-os na entrada externa do edifício. Segundo informações fornecidas por



alguns dos operários, durante as demolições eles notaram a inexistência dos pilares de concreto armado indicados no projeto executivo como “existentes a serem mantidos”, o que evidencia uma incongruência entre o levantamento cadastral e a realidade do sistema estrutural do prédio. Desse modo, os trabalhadores comunicaram a situação aos seus líderes e interromperam essas demolições para minimizarem o risco de desabamento das lajes superiores e o aumento da fragilidade do restante da estrutura.

Também se verificou que a intervenção foi iniciada no 3º e 4º pavimentos do edifício e, sendo assim, estas foram as áreas mais comprometidas do hospital, especialmente a ala sudeste do último pavimento, que perdeu inúmeras paredes, esquadrias, instalações, mobiliário e revestimentos, enquanto nos outros locais deste e do 3º pavimento as remoções se concentraram principalmente nas esquadrias internas e instalações. No caso do 1º e 2º pavimentos, foram basicamente removidos móveis e instalações elétricas, como interruptores, tomadas, lâmpadas, cabos e disjuntores, ao passo que o térreo foi a área menos prejudicada pela intervenção, havendo apenas a retirada de mobiliário e equipamentos hospitalares.

**Figuras 403 e 404** – Descarte de entulhos na entrada do HEOM, realizado através do portão de serralheria artística (à esquerda); hall da circulação vertical obstruído por móveis e equipamentos hospitalares sendo retirados (à direita).



Fonte: Foto realizada pela autora (26 de julho de 2022); Foto realizada por Diogo Vasconcellos (26 de julho de 2022).

**Figuras 405 e 406** – Demolições massivas entre as enfermarias do 4º pavimento (à esquerda); esquadrias, bancadas e móveis retirados (à direita).



Fonte: Fotos realizadas por Anderson Freitas (26 de julho de 2022).

**Figuras 407, 408 e 409** – Demolições de paredes das enfermarias que impactam na fachada e descarte de instalações hidrossanitárias e elétricas na varanda (à esquerda); destruição das paredes que delimitavam os banheiros das enfermarias, com a retirada das instalações hidrossanitárias (ao centro); remoção de esquadrias, equipamentos, instalações elétricas e de gases (à direita).



Fonte: Fotos realizadas por Anderson Freitas (26 de julho de 2022).

### 4.3 Encaminhamentos e desdobramentos dos processos de luta

A vistoria ao hospital foi essencial para que o MP-BA e as instituições e entidades interessadas confirmassem, oficialmente, os danos reversíveis e irreversíveis ao bem material, assim como as irregularidades do projeto e da obra, tendo em vista que o imóvel tem valor cultural reconhecido e encontra-se em processo de tombamento. Dessa maneira, ficou ainda mais notória a necessidade urgente de interrupção da intervenção, até que a SESAB realizasse e enviasse para avaliação dos órgãos competentes um novo projeto de reforma para o hospital, buscando equilibrar

soluções que atendessem tanto às necessidades de atualização funcional do edifício, quanto à preservação do patrimônio.

Para tanto, é fundamental ponderar alguns aspectos relevantes observados neste caso, que podem ser aplicados em outros: 1) a premissa de se manter a unidade potencial do edifício de maneira totalitária e não fragmentada, avaliando as partes de maior ou menor valor e, assim, o que deve ser obrigatoriamente preservado e o que pode ser dispensado sem prejudicar a salvaguarda da memória da edificação; 2) a urgência de se elaborar um diagnóstico preciso sobre a estrutura do prédio antes de dar seguimento ao projeto e à obra, verificando a compatibilidade entre o cadastro do imóvel e o verdadeiro sistema estrutural construído para mitigar os inúmeros riscos que as demolições com base em informações equivocadas podem gerar (desabamento de lajes, acidentes de trabalho e descaracterização do bem cultural); 3) a relevância de se pesquisar a história, as bases projetuais originais, os materiais aplicados e as transformações vivenciadas pela instituição antes de se propor um novo projeto de reforma; 4) a compreensão e diferenciação dos elementos originais daqueles que retratam as modificações do edifício ao longo do tempo, a fim de se definir com uma base conceitual sólida aqueles que serão descartados, realocados ou mantidos no mesmo local (a exemplo das esquadrias, louças, metais e móveis).

Paralelamente a isso, a FAUFBA e as entidades de arquitetura seguiram empreendendo ações e buscando apoio social e de outras associações para fortalecerem o movimento e assegurarem a salvaguarda do HEOM. As cartas traduzidas para o inglês e espanhol esclarecendo a situação ameaçadora enfrentada pelo hospital tiveram repercussão, havendo declarações de apoio oficiais, a partir do dia 26 de julho de 2021, do Docomomo Internacional (ANEXO Q), Docomomo México (ANEXO R), Docomomo Peru (ANEXO S), Docomomo Chile (ANEXO T) e Docomomo Macau (ANEXO U). Também foi empreendida uma tentativa de tombamento da unidade hospitalar pelo órgão municipal de proteção do patrimônio, a Fundação Gregório de Mattos (FGM), que divulgou, no diário oficial do dia 30 de julho de 2021 (ANEXO W), a abertura deste processo de tombamento (FGM/DPH nº 145915/2021). Entretanto, apesar de toda a consistência e respaldo técnico para o deferimento da solicitação das instituições e entidades, lamentavelmente o processo da FGM foi indeferido, sendo alegado que o IPAC, órgão estadual, já estava em vias de tomar o edifício.

Além disso, os representantes da FAUFBA e das entidades seguiram disseminando informações sobre o caso: 1) nas apresentações da autora desta dissertação e da professora Patrícia Farias no seminário anual do GEA-hosp/UFBA, ocorrido em plataforma virtual no dia 29 de julho de 2021; 2) em entrevistas concedidas pelo professor Nivaldo Andrade à TV UFBA e ao programa *Roda Viva*, da *Rádio Metrôpole*, no dia 26 de julho de 2021; 3) nas palestras da autora deste trabalho e da arquiteta Gabriela Otremba, voltadas para promotores de justiça e servidores do MP-BA, durante a 8ª Semana do Patrimônio Cultural do Ministério Público do Estado da Bahia, realizado em 19 de agosto de 2021.

No caso do representante analista técnico de arquitetura do MP-BA, Diogo Vasconcellos, este passou a ter contato direto com os técnicos da SESAB, IPAC e Vigilância Sanitária, se envolvendo em reuniões para alinhamento do novo projeto arquitetônico do HEOM. Este processo se estendeu até novembro de 2021, sendo criteriosamente analisadas todas as modificações propostas até que houvesse um resultado considerado aceitável em termos de funcionalidade e de salvaguarda dos valores culturais mais relevantes do edifício. Também foi elaborado um *Termo de Ajustamento de Conduta* (TAC) que deverá ser assinado pelo MP-BA (compromitente) e pela SESAB (compromissária), se responsabilizando pela execução do projeto de reforma acordado entre os órgãos de modo a preservar as principais características de valor cultural do projeto original. Dessa forma, a obra do HEOM foi retomada em janeiro de 2022 e segue em andamento até o presente momento, mesmo que o TAC (ANEXO X) ainda não tenha sido assinado.

Cabe ressaltar que o projeto final aprovado não apresenta mais os fechamentos de vidro inicialmente propostos (responsáveis por envelopar o edifício), e que propõe a demolição do acréscimo construído em alvenaria para abrigar a UTI do terceiro pavimento, restaurando a unidade da edificação de maneira muito similar ao projeto proposto por Otremba (2021). Se estabeleceu que o recuo mínimo para a manutenção das varandas será de 1,00m, entretanto, devido à impossibilidade de se demolir a alvenaria estrutural do último pavimento, permaneceu neste andar o recuo original, com cerca de 2,00m. Nos demais pavimentos foi deixado um recuo superior a 1,00m, e apenas o térreo se manteve sem o recuo das varandas, por motivos de segurança contra invasões externas ao edifício. Desse modo, o escalonamento do prédio foi mantido na fachada avarandada, os solários não foram incorporados às enfermarias,



e a horizontalidade original do antigo Hospital Santa Terezinha, resultante das suas varandas escalonadas, será não só mantida, como potencializada na nova intervenção. Ainda em relação aos impactos na fachada, o IPAC determinou que permanecesse o ritmo nas aberturas das esquadrias de todos os pavimentos, buscando respeitar, ao máximo, aquele original.

Em relação à estrutura do edifício, foi realizada a prospecção conforme recomendado pelo MP-BA e os cadastros arquitetônico e estrutural foram refeitos, compatibilizando-os com o novo projeto. No caso do hall de entrada *art déco*, serão preservados todos os revestimentos em mármore, bem como a escada de acesso e o portão em serralheria artística com motivos geométricos. Com a retirada da plataforma elevatória que havia sido prevista como solução de acessibilidade para este local, não foi proposto outro recurso para tornar esta entrada acessível, ainda que existam artifícios adequados para resolver o problema sem descaracterizar o patrimônio, como é o caso da já citada rampa sugerida por Otremba (2021) em seu projeto.

**Figura 410** – Imagem da última versão do projeto divulgada pela SESAB em suas redes sociais no dia 18 de novembro de 2022, resgatando a unidade potencial do edifício original.



Fonte: SESAB (2022).



**Figura 411** – O único pavimento com fechamentos em esquadrias de vidro será o térreo e os demais terão as marcações dos avanços das varandas em outro material.



Fonte: SESAB (2022).

**Figura 412** – O portão e a escada de acesso serão mantidos assim como as varandas, com a retirada de acréscimos e fechamentos inadequados, recuperando a horizontalidade da fachada.



Fonte: SESAB (2022).

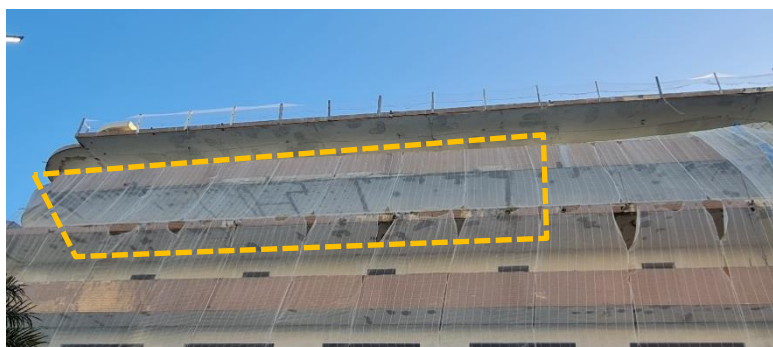
Tendo em vista toda essa sequência de fatos, observamos na obra do antigo Santa Terezinha que a força da horizontalidade da sua fachada principal já começa a ser retomada a partir da retirada dos fechamentos das varandas e do retorno ao ritmo das esquadrias. Portanto, é fundamental ressaltar que houve uma grande vitória do ponto de vista da preservação do patrimônio cultural da saúde na Bahia. Isto somente foi possível a partir do esforço coletivo de diversas instituições, entidades, profissionais e sociedade civil que reconhecem, se interessam e buscam preservar para as gerações futuras o patrimônio cultural, a memória da arquitetura antituberculose e a história do combate à peste branca no Estado.

**Figura 413** – Momento da obra em que se observa a retirada dos acréscimos e fechamentos das varandas, recuperando a horizontalidade da fachada principal.



Fonte: Foto realizada pela autora (17 de abril de 2023).

**Figura 414** – Marcação das paredes demolidas no local da varanda onde havia a UTI (3º pavimento).



Fonte: Foto realizada pela autora (17 de abril de 2023).

**Figuras 415 e 416** – Laje da varanda do 4º pavimento escorada (à esquerda); o portão de ferro original se encontra no mesmo local (à direita).



Fonte: Fotos realizadas pela autora (17 de abril de 2023).



## **CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

Ao refletir sobre as características mais essenciais dos **hospitais**, tipologia arquitetônica alvo do estudo desenvolvido no presente trabalho, é preciso enfatizar que, visando seguirem atendendo adequadamente às funções para as quais foram projetados, eles necessitam passar por transformações contínuas na sua estrutura física. Isto significa que os EAS são submetidos a frequentes reformas para manterem o seu funcionamento de maneira adequada. Assim, a complexidade dessas edificações e das intervenções nelas realizadas demandam extremo cuidado no planejamento do projeto, que deve atender às novas necessidades dos usuários, das normas de arquitetura e saúde e das novas tecnologias ou ações assistenciais incorporadas aos tratamentos das patologias. Ou seja, como o uso hospitalar está diretamente ligado à preservação da saúde, esta função do edifício é sempre prioritária: ele tem a obrigação de funcionar adequadamente para garantir a manutenção da vida dos usuários e evitar riscos de infecção e acidentes de trabalho para as equipes de colaboradores.

Independente da linguagem arquitetônica adotada, é preciso notar que existem diversos hospitais em todo o mundo que se destacam por possuírem valores culturais que necessitam ser preservados como testemunhos de um fazer arquitetônico de determinado momento da história, evidenciando também em suas estruturas a memória das práticas em saúde e da própria consolidação das políticas de saúde pública desenvolvidas para lidar com as patologias naquele período. Desse modo, estes exemplares possuem uma peculiaridade desafiadora a mais dentro da complexa gestão da arquitetura, engenharia e manutenção hospitalar: equilibrar a necessidade constante de modificações através das reformas, bem como preservar os seus valores culturais. Para tanto, é fundamental identificar e reconhecer os valores culturais do edifício, a fim de evitar danos, descaracterizações e perdas irreparáveis.

Quando tratamos das iniciativas de **reconhecimento e valorização de exemplares arquitetônicos do movimento moderno** (com ações de identificação e proteção deste patrimônio), observa-se que elas são muito recentes, realizadas a partir da segunda metade da década de 1980. Sendo assim, a preservação da arquitetura moderna ainda é uma temática impregnada de olhares diversificados sobre “o que valorizar” ou “como intervir” e, portanto, de grande complexidade, desafios e conflitos

nas tomadas de decisão durante as intervenções no patrimônio. De acordo com Carvalho (2006), os principais *desafios para se preservar o patrimônio moderno* são

A fragilidade e a vulnerabilidade de seus materiais e aspectos construtivos e os pouco conhecidos processos de degradação; a perda da função original bem como a obsolescência das suas instalações; a proximidade com o sistema projetual que dificulta o seu reconhecimento como testemunhos históricos e não referências projetuais, bem como a falta de distanciamento histórico para atribuição de valor agravada pelo seu contingente numérico que torna a seleção do que preservar muito mais complexa [...] (CARVALHO, 2006, p. 76)

Por outro lado, Silvio Oksman (2017, p. 49) aponta que “a pouca distância temporal em relação à construção dessas obras tem reflexos diretos no processo de preservação”, principalmente quando se considera a prática comum de preservar o edifício moderno apagando as marcas do tempo (que lhes dão um aspecto envelhecido e de má conservação) para deixá-lo com aparência de novo. O autor ainda traz outros dois aspectos fundamentais que têm gerado perdas do patrimônio moderno: 1) a ausência de reconhecimento oficial do valor da obra; 2) o fato dos seus autores, membros da equipe ou herdeiros culturais e biológicos ainda estarem vivos, tratando a obra “de forma pragmática, de atualização e modernização como se o edifício fosse um trabalho em aberto” (OKSMAN, 2017, p. 72) e permitindo alterações significativas que desconsideram os valores culturais da edificação, ou até demolições em alguns casos.

Tendo em vista as **intervenções para a preservação de obras modernas** realizadas nas últimas décadas do século XX, Carvalho (2006) ainda afirma que usualmente se buscou uma recuperação da imagem original do edifício através de grandes reconstruções e demolições, aliando isto à adaptação a novas funções e às normas de conforto e segurança vigentes. Tais ações costumam se embasar no argumento de que as edificações modernas possuem especificidades que demandam maneiras diferentes de intervir daquelas utilizadas em obras mais antigas.

Toda essa discussão resulta em questionamentos sobre o que preservar na arquitetura moderna: a autenticidade material, da forma, do uso? O que priorizar e como fazê-lo em situações ainda mais delicadas, como no caso dos edifícios modernos de saúde? Como manter a integridade dessas edificações que abrigam um tipo de função que demanda constantes atualizações?



Desse modo, se as ações de salvaguarda do patrimônio moderno já são tão emblemáticas, quando tratamos do **patrimônio moderno da saúde**, com destaque para a **arquitetura antituberculose**, os desafios e a complexidade nas intervenções se tornam ainda maiores. Compreender a essência dos valores culturais dessa produção do século XX significa mergulhar em um momento histórico epidêmico no qual o tratamento da TB através de antibióticos ainda não existia, levando médicos, arquitetos e engenheiros a alinharem os seus conhecimentos para conceberem edifícios terapêuticos a partir de princípios do higienismo. Logo, este caráter de projetar construções pautadas no uso de materiais e espaços que promovessem a assepsia, a aeração e iluminação naturais transformou os sanatórios em ícones arquitetônicos excepcionais que influenciaram (mais do que outros tipos hospitalares) toda a estruturação, consolidação e expansão da arquitetura moderna a nível planetário.

Os principais atributos de **valor cultural da arquitetura antituberculose** que exigem atenção em relação à sua preservação podem ser sintetizados em: 1) sua **implantação** monumental em terrenos conectados à natureza e afastados do centro urbano para garantir o isolamento dos pacientes, minimizando as infecções e tornando os sanatórios grandes marcos na paisagem, apreciados desde o seu entorno; 2) sua **tipologia formal e funcional** pautada em estudos sobre a melhor captação dos ventos e entrada abundante de luz solar nas enfermarias avarandadas de orientação nascente, resultando em uma setorização e fluxos claros, e em uma volumetria gerada através da modulação estrutural que impactava não só nos espaços internos, mas também no ritmo das fachadas; 3) suas **unidades modulares de quartos e enfermarias**, o coração dos sanatórios, que determinava todo o restante do seu dimensionamento, considerando que eram os ambientes funcionais diretamente ligados às áreas de apoio e terapia, as quais os pacientes mais frequentavam e deveriam promover sua saúde e qualidade de vida; 4) seus **terraços e varandas terapêuticas**, resultando em longos vãos (proporcionados pelo uso do concreto armado) abertos, escalonados, em balanço, arejados e ensolarados, onde se realizavam a helioterapia e a apreciação da paisagem como parte do tratamento; 5) seus **traços higiênicos e funcionais** evidenciados na materialidade e em elementos de composição da edificação (desde os revestimentos lisos, vidros, estruturas curvas e de ferro, aos móveis, corrimãos, maçanetas, louças ou luminárias), sendo tais

escolhas pautadas em premissas de assepsia e funcionalidade utilizadas em prol da cura.

Dessa forma, tendo em vista os valores supracitados (que tornaram notória esta arquitetura de vanguarda), é notório perceber que a primeira atuação do Docomomo Internacional foi de proteger um edifício de saúde construído para o combate à peste branca: o Sanatório Zonnestraal; enquanto o Sanatório Paimio também foi tombado posteriormente e faz parte da lista indicativa do patrimônio mundial desde 2004. As trajetórias desses sanatórios também demonstram a necessidade de fortalecimento dos movimentos de preservação da arquitetura moderna da saúde e antituberculose, cabendo ressaltar que a França vem empenhando grandes esforços para inventariar, restaurar, converter para novos usos e preservar este patrimônio, assim como também há interessantes exemplos na Inglaterra, Índia e países latino-americanos. Portanto, além de influenciar outras ações de salvaguarda ao redor do mundo, as experiências de Zonnestraal e Paimio evidenciam que é possível preservar de maneira exitosa os valores históricos, sociais, arquitetônicos e artísticos da antiga arquitetura sanatorial, ainda que essas edificações não tenham a mesma função original, necessitando de adaptações para outros usos mais contemporâneos, ligados ou não à arquitetura da saúde.

Nesse sentido, consideramos o que Stovel (2007) afirma sobre a continuidade da função de um bem, “Onde essas funções podem agora estar obsoletas, esforços devem ser feitos para encorajar funções compatíveis ou, no mínimo, aquelas funções que não obliteram a legibilidade de funções anteriores significativas” (STOVEL (2007, p. 34). Vale ressaltar que este aspecto em relação ao uso também é observado desde os primórdios das discussões sobre a preservação do patrimônio, na Carta de Atenas, que sugere a manutenção do uso dos bens culturais através de funções compatíveis com seus atributos históricos e artísticos, possibilitando a continuação da sua vitalidade (ICOMOS, 1931). Ou seja, a maneira mais sustentável de se preservar uma edificação é ocupando-a através de atividades compatíveis com a sua estrutura (ainda que com novos tipos de uso), bem como promovendo ações constantes de manutenção e conservação. Nesse sentido, a arquitetura moderna antituberculose tem mostrado sua capacidade de adaptar-se positivamente às demandas contemporâneas da saúde, podendo se manter em funcionamento pleno a partir de determinadas adequações de infraestrutura predial.

A partir dessas reflexões e da análise da produção moderna dos edifícios de saúde em Salvador, destaca-se que tivemos na capital baiana a construção de alguns edifícios antituberculose emblemáticos, que refletiam claramente os pressupostos arquitetônicos, científicos e de profilaxia da doença na sua materialidade. O Hospital-Sanatório Santa Terezinha, objeto do estudo de caso deste trabalho, foi o único sanatório de grande porte erguido na Bahia e, desde a sua inauguração em 1942, teve uma relevância extrema para as ações de combate à peste branca no Estado, ampliando sua assistência para outras patologias do aparelho respiratório e mantendo-se em funcionamento até o presente momento.

Ao longo da sua história, o antigo Santa Terezinha, atual HEOM, passou por momentos de degradação e conseqüente necessidade de reformas para manter o seu uso hospitalar, incorporando novas atividades que também demandaram adaptações na sua espacialidade. Embora essas transformações físico-espaciais tenham ocorrido durante oitenta anos, observamos uma permanência da tipologia sanatorial do projeto original, sendo ainda possível se ter uma leitura da volumetria, da forma e das soluções arquitetônicas que marcaram a primeira fase da arquitetura moderna em Salvador.

Todavia, a despeito da sua exemplaridade como o principal edifício representante da arquitetura antituberculose na Bahia, os desafios e conflitos existentes durante a sua trajetória para preservar os seus valores culturais têm sido enormes. Percebe-se, no caso do antigo Santa Terezinha, exatamente aquilo que Bierrenbach (2017a) salienta em seus estudos: que as diversas intervenções realizadas nos hospitais ao longo do tempo (seja para adaptá-los a novos usos, tecnologias, estruturas prediais ou normas para EAS) denotam uma falta de reconhecimento dos seus valores culturais, minimizando alguns traços da sua monumentalidade, imponência e a permanência de soluções eficientes e racionais. Essa ausência de reconhecimento e informação por parte da população, gestores e profissionais de arquitetura e engenharia responsáveis pelas reformas acaba abrindo espaço para o surgimento de propostas e intervenções ameaçadoras ao patrimônio moderno da saúde soteropolitano.

Existe escassa preocupação por parte das instituições públicas ou privadas, dos profissionais de saúde ou mesmo dos arquitetos pela preservação das características fundamentais desses edifícios. Certamente a preservação das arquiteturas de saúde é um tema complexo, pois é necessária uma constante adaptação das suas instalações às técnicas hospitalares mais atuais. Mas trata-se de **um desafio que é necessário afrontar para que tais**

**arquiteturas possam continuar deixando seus traços na cidade.**  
(BIERRENBACH, 2017a, p.95, grifo nosso)

Um dos aspectos desafiadores para a preservação do antigo Santa Terezinha é a modificação gradual do partido primeiramente adotado, tão marcante para a história da arquitetura da saúde e arquitetura antituberculose. Buscando responder aos tratamentos das enfermidades, os blocos, com partidos compactos ou escalonados e plantas em “E”, “H”, “I” ou “L”, têm recebido anexos de maneira indiscriminada, alterando a percepção clara dos seus volumes originais. Isto ocorreu com o Hospital Santa Terezinha, que hoje possui uma planta baixa mais próxima a um “T” do que àquela em “E” projetada originalmente, resultante do acréscimo de diversos volumes na sua fachada posterior.

Além disso, Bierrenbach (2017a) também aponta que diversos edifícios com soluções funcionalistas, mesmo tendo influências do *art déco* (como é o caso do hibridismo evidenciado no HEOM), possuíam varandas e terraços lineares, marcando uma horizontalidade e a leitura de planos sobrepostos nas suas fachadas. Observa-se no sanatório baiano que muitas dessas áreas avarandadas foram fechadas com o tempo, ampliando a área construída do hospital e fazendo com que essas características marcantes se fragmentassem em determinados trechos.

Nos edifícios que utilizam soluções do modernismo também acontece uma interferência na percepção das suas volumetrias e na composição das suas fachadas, com aberturas ou fechamentos das suas partes constituintes, com a alteração dos elementos de vedação característicos como *brises* e *cobogós*, além do ocultamento da estrutura. (BIERRENBACH, 2017a, p.94)

Um outro conflito quando se trata de intervir sobre a arquitetura moderna da saúde está ligado à substituição de materiais internos ou externos do edifício por novos materiais, sem considerar a permanência da sua unidade proveniente dos seus detalhes arquitetônicos originais. Atrelado a isto, ainda são agregados novos elementos que interferem negativamente na percepção dessas edificações (BIERRENBACH, 2017a). O Hospital Santa Terezinha, visivelmente, vem enfrentando esses problemas, cabendo destacar: as pastilhas que passaram a revestir os balcões das suas varandas; os trechos de fechamentos com alvenaria, telas de proteção e/ou grades nos vãos das varandas; as instalações aparentes de ar-condicionado, exaustores, aparelhos condensadores e cabos; e a inserção de toldos, quiosques ou outros elementos que impactam na percepção do volume original do edifício a partir

do seu entorno, que foi adensado ao longo dos anos, minimizando a magnitude do Santa Terezinha em relação à sua antiga paisagem rural.

Sendo assim, pode-se dizer que este edifício icônico projetado para o tratamento da tuberculose em Salvador ainda possui traços da arquitetura sanatorial com suas soluções representativas do movimento moderno; entretanto, tem sido constantemente ameaçado de descaracterização. Destacam-se, portanto, alguns pontos desafiadores e conflitantes dentro da perspectiva de preservação do patrimônio cultural moderno da saúde, e que notadamente se aplicam ao caso do HEOM: 1) a falta de reconhecimento dos seus valores culturais; 2) a falta de cultura em relação à manutenção preventiva através de uma gestão que canalize verbas para conservar o edifício original; 3) a realização de ampliações sem os devidos estudos na área de conservação e restauro, havendo pouca relação projetual com a linguagem, implantação e monumentalidade do edifício principal ou dos pavilhões do entorno; 4) a necessidade de atualização funcional para responder aos novos usos, tecnologias e demandas das ciências da saúde, e como isso se reflete na espacialidade interna e externa da edificação; 5) a obrigatoriedade de adaptar os hospitais às exigências normativas ligadas, por exemplo, à acessibilidade ou à segurança do paciente e da equipe profissional – seja para prevenir a ocorrência de acidentes e incêndios, seja para evitar infecções hospitalares (e, nesse ponto, os materiais construtivos adotados têm influência direta).

Diante dessas adversidades, é preciso destacar que nos últimos anos o Hospital Santa Terezinha tem vivenciado uma profunda ameaça à preservação da sua integridade e da sua história, a partir das propostas de projeto de reforma divulgadas pela SESAB desde 2018, que desconsideravam os valores mais emblemáticos do edifício. Vale ressaltar que tais propostas foram lançadas desconsiderando a indicação e pedido de tombamento do edifício ao IPAC, que já reconheceu os valores culturais do HEOM, todavia ainda não oficializou a salvaguarda do imóvel, tendo realizado apenas o seu tombamento provisório.

Com isso, a FAUFBA, o IAB-BA e o Docomomo, junto a outras instituições e entidades interessadas na preservação do hospital, promoveram diversos esforços para modificar os projetos propostos pelo governo estadual. O pedido de intervenção do MP-BA foi a última estratégia utilizada pelo grupo, resultando em um inquérito civil



contra a SESAB, a fim de criar um diálogo formal para repensar coletivamente os projetos de reforma do antigo Santa Terezinha, buscando também consolidar o tombamento da unidade para que esta obra representativa do movimento moderno na área da saúde não tivesse sua memória destruída para as próximas gerações.

Antes da consolidação da mediação liderada pelo MP-BA, ficou evidente que as propostas da SESAB eram contrárias ao princípio do “DNA da edificação”, eliminando uma das suas maiores qualidades: a passagem da ventilação, iluminação e a relação harmônica que estabelece com a paisagem exterior através das varandas escalonadas. Também se configurou caminhando em um sentido contrário ao que a ainda recente pandemia da covid-19 tem nos ensinado: a importância da qualidade do ar interior dos edifícios e, conseqüentemente, de criarmos possibilidades de abrir, muito mais do que fechar, as edificações de saúde. Não podemos deixar de enfatizar que a arquitetura e o urbanismo possuem extrema relevância nas questões sanitárias, principalmente quando ainda não há vacinas, medicamentos e terapias consolidadas em casos epidêmicos como foi a tuberculose na época do nascimento dos sanatórios e, mais recentemente, a pandemia da covid-19.

Cabe, portanto, aos responsáveis técnicos pelos projetos hospitalares alinharem todas essas variáveis ao pensarem nas intervenções nesses edifícios. É preciso compreender que as intervenções contemporâneas sobre o patrimônio da saúde, não necessariamente precisam ser extravagantes para mostrar o novo, mas podem ser delicadas e, ao mesmo tempo, terem uma presença muito marcante, a partir de propostas que equilibrem o respeito à tipologia original da preexistência com as demais necessidades funcionais do tipo hospitalar; como nos mostrou Gabriela Otremba no seu premiado projeto acadêmico desenvolvido para o HEOM, que se tornou referência para o último projeto apresentado à sociedade pela SESAB, e que agora está sendo executado.

Nesse sentido, podemos refletir que durante os recentes desafios para se preservar a memória do HEOM, as pesquisas científicas tiveram um papel fundamental para respaldarem (na teoria e na prática) a luta das instituições e entidades, não somente embasando os processos jurídicos, mas também informando a sociedade sobre os valores culturais e os riscos eminentes de perda deste patrimônio cultural da saúde. Ficou evidente, então, que os conhecimentos desenvolvidos pelas pesquisas dentro

da universidade pública podem – e devem – oferecer um retorno palpável para a sociedade; e essa é uma questão extremamente relevante que esta dissertação reflete. Assim, a troca de informações entre os pesquisadores e a sociedade precisa ser estimulada, visto que enriquece o processo de investigação e também promove um retorno social que a academia pode dar através do seu saber e das suas ações.

Nesse caso, mostrou que o edifício dotado de valores culturais e prestes a ser tombado não é um objeto que deve ser “mumificado” para ser preservado; ao contrário, ele deve continuar em uso, servindo à sociedade, e pode ser ajustado às novas funções sem necessariamente sofrer alterações que desconfigurem a sua essência primordial. Também ficou claro que antes dessas modificações ocorrerem, é imprescindível executar um levantamento não somente dos seus valores culturais, mas do histórico de acréscimos e outras intervenções que podem ter afetado a percepção da identidade do prédio, considerando, em determinados casos, prever nas reformas a retirada desses elementos a fim de recuperar a unidade potencial do edifício. Desse modo, é possível consolidar aquilo que defende Stovel (2007): que os elementos materiais presentes em um bem que não contribuam para a devida apreciação e reconhecimento do seu valor, podem ser retirados ou demolidos, se tais ações potencializarem a apreensão da sua estrutura valorizada.

Apesar de não ser o propósito desta pesquisa, novos estudos podem ser desenvolvidos para aprofundar e estabelecer premissas de intervenção que busquem um diálogo entre as normas patrimoniais e hospitalares, buscando a criação de recomendações e orientações para os profissionais atuantes na área, com a indicação de caminhos para empreenderem adaptações funcionais adequadas nos estabelecimentos assistenciais de saúde modernos, em consonância com a preservação dos seus valores culturais. Sendo assim, ressalta-se a urgência em estabelecer critérios para orientar planos diretores, reformas e ampliações futuras que dialoguem com os valores patrimoniais no campo da arquitetura moderna da saúde, considerando seu caráter peculiar de sofrer constantes atualizações ligadas às demandas contemporâneas de normas sanitárias, segurança, acessibilidade, tecnologia, qualidade material e conforto ambiental, mas permanecendo os seus aspectos formais originais de relevância.



## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

A BAHIA BENEFICIADA com a instalação do Hospital Sanatório Santa Terezinha. **Diário de Notícias**. Salvador, fev. 1942. s/p.

A INAUGURAÇÃO do Hospital Santa Terezinha será realizada na manhã do dia de Natal. **Diário de Notícias**. Salvador, 18 dez. 1941. s/p.

À MARGEM DA CONSTRUÇÃO. Do imponente palácio do Hospital das Clínicas. Interessantes e oportunas referências, derredor da grande e poderosa firma Emílio Odebrecht & Cia. **Diário de Notícias**. Salvador, 21 out. 1937. s/p.

AFP. As lições de uma outra pandemia, a tuberculose. **Isto é - Independente**. 25 mar. 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/as-licoos-de-uma-outra-pandemia-a-tuberculose>. Acesso em: 30 mar. 2020.

AINDA NO ÂMBITO de acção da Secretaria de Educação e Saúde. **Diário de Notícias**. Salvador, 10 nov. 1938. s/p.

ÁLBUM COMEMORATIVO da Cidade do Salvador. São Paulo: Habitat Editora Ltda, 1954.

ALLEN, Phyl lis. **Americans and the germ theory of disease**. 1949. Dissertation (Mestrado em) – Faculty of the Graduate School, University of Pennsylvania, Pennsylvania, August, 1949.

ALOISIO, Daniel. Complexo de Saúde César de Araújo é requalificado com ordenamento de ambulantes. **Jornal Correio**. 12 ago. 2020. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/complexo-de-saude-cesar-de-araujo-e-requalificado-com-ordenamento-de-ambulantes>. Acesso em: 31 ago. 2020.

ALVES, Isaías. **Educação e Saúde na Bahia na Interventoria Landulpho Alves (Abr. 1939 - Jun. 1939)**. Estado da Bahia - Secretaria de Educação e Saúde. Bahia: Bahia Gráfica e Editora, 1939.

AMARAL, Marivaldo Cruz do. **Da comadre para o doutor: a Maternidade Climério de Oliveira e a nova Medicina da mulher na Bahia Republicana (1910-1927)**. 2005. 161f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

AMIS DE BODIFFÉ. **Sanatorium de Bodiffé-en-Plémet durant la Seconde Guerre mondiale**. Blog Anonymes, Justes et Persécutés durant la période Nazie dans les communes de France. Disponível em: <http://www.ajpn.org/sauvetage-Sanatorium-de-Bodiffe-en-Plemet-567.html>. Acesso em: 22 nov. 2020.

AMORA, Ana M. G. Albano. **O nacional e o moderno, arquitetura e saúde no Estado Novo nas cidades catarinenses**. 2006. 340 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. Paulo Motta e a arquitetura de saúde em Santa Catarina, 1936/1940: a contribuição do curso de Arquitetura da ENBA. **Anais do 9º Seminário Docomomo Brasil**. Brasília, 2011, 16p. Disponível em: [https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2016/01/129\\_M10\\_RM-PauloMottaEaArquitetura-ART\\_ana\\_amora.pdf](https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2016/01/129_M10_RM-PauloMottaEaArquitetura-ART_ana_amora.pdf). Acesso em: 12 fev 2020.

\_\_\_\_\_. A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil. In: AMORA, Ana M. G. Albano; COSTA, Renato Gama-Rosa (org.) **A Modernidade na arquitetura hospitalar: contribuições para a historiografia**. v. 1. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. p. 14-45.

ANDRADE JUNIOR, Nivaldo Vieira de. Arquitetura Moderna e as Instituições de Saúde na Bahia nas Décadas de 1930 a 1950. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Org.). **História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Barueri: Manole, 2011. p. 94-139.

\_\_\_\_\_. **Arquitetura Moderna na Bahia, 1947-1951: uma História a Contrapelo**. 2012. v. 2. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

\_\_\_\_\_. Reuso apropriado e preservação da espacialidade: notas para uma teoria do projeto sobre o patrimônio edificado. **Revista Projetar**, Natal, v. 1, p. 84-93, 2015.

\_\_\_\_\_. Arquitetura da saúde e preservação do patrimônio moderno no Brasil. In: AMORA, Ana M. G. Albano; COSTA, Renato Gama-Rosa (org.) **A Modernidade na arquitetura hospitalar: contribuições para a historiografia**. v. 1. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. p. 168-193.

ANDRADE JUNIOR, Nivaldo V. de; OTREMBA, Gabriela S.; SOUZA, Laís de M. Da arquitetura vanguardista às ameaças de descaracterização: 76 anos do Hospital Santa Terezinha em Salvador. In: FRANCO, S. P.; NASCIMENTO, D. R. do; SILVEIRA, A. J. T. **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço Editora, 2019. p. 215-248.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através dos séculos: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.367-379, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7101.pdf>. Acesso em: 30 maio 2019.

ASHLEY-SMITH, Jonathan. **Definitions of damage**. Annual Meeting of the Association of Art Historians. Londres, 7-8 abr. 1995. Disponível em: <https://cool.culturalheritage.org/byauth/ashley-smith/damage.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 15220**: desempenho térmico de edificações, parte 3: zoneamento bioclimático brasileiro e diretrizes construtivas para habitações unifamiliares de interesse social. Rio de Janeiro, ABNT, 2005.

\_\_\_\_\_. **ABNT NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 4. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

ATRAZADAS AS OBRAS do Hospital Santa Therezinha! **Jornal A Tarde**. Salvador, out. 1939. s/p.

AZEVEDO, Roberto Marinho de. Algumas divagações sobre o conceito de tombamento. **Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional**, n. 22, p.80-81, 1987. Disponível em:

<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=reviphan&pagfis=7987>.

Acesso em: 30 maio 2019.

AZEVEDO, Paulo Ormino de. Diógenes Rebouças, um pioneiro modernista baiano. In: CARDOSO, L. A. F.; OLIVEIRA, O. F. de (Org.). **(Re)discutindo o modernismo: universalidade e diversidade do movimento moderno em arquitetura e urbanismo no Brasil**. Salvador: Mestrado em Arquitetura e Urbanismo da UFBA, 1997. p. 187-200.

\_\_\_\_\_. Alexander S. Budeüs. A passagem do cometa pela Bahia. **Arquitextos**, São Paulo, 081.01, Vitruvius, ano 7, fev. de 2007. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/07.081/268>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BAHIA. Secretaria de Educação e Saúde. **Educação, saúde e assistência na Bahia**. Bahia: Imprensa Oficial, 1948.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 249/50**. Altera a organização da "Divisão de Tuberculose", cria a "Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira" e dá outras providências. 17 mar. 1950. Salvador: Assembleia Legislativa.

BARRETO, João de Barros. Subsídios para o combate à tuberculose no Brasil. **Arquivos de Higiene**, Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas da Bioestatística, ano 7, n. 1, p.27-54, abr.1937.

BARRETO, Bissaya. A Peste Branca. [Entrevista cedida] **Diário de Notícias do Funchal**, 1931.

BENCHIMOL, Jaime L. (coord.). **Manguinhos do sonho à vida**: a ciência na Belle Époque. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1990.

BENTHAM, Jeremy. **The Works of Jeremy Bentham**. Edinburgh: William Tait, 1838. v. 4. Disponível em: [http://oll-resources.s3.amazonaws.com/titles/1925/0872.04\\_Bk.pdf](http://oll-resources.s3.amazonaws.com/titles/1925/0872.04_Bk.pdf). Acesso: 13 maio 2020.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso**: 1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BIBLIOTECA Nacional funcionará en el antiguo hospital Eugenio Espejo. **Quito Informa**. 4 dez. 2019. Disponível em:

<http://www.quitoinforma.gob.ec/2019/12/04/biblioteca-nacional-funcionara-en-el-antiguo-hospital-eugenio-espejo>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BIERRENBACH, Ana Carolina de Souza. **Estudo para Ampliação da Poligonal de Tombamento da Região da Soledade**: Proposta de Tombamento Estadual, Hospital Santa Terezinha. Universidade Federal da Bahia; Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural. Salvador, jan. 2011a.

\_\_\_\_\_. Fluxos e influxos. Arquiteturas modernas, modernização e modernidade em Salvador na primeira metade do século XX. **Arquitextos**, São Paulo, ano 12, n.139.02, 2011b. Disponível em:

<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/12.139/4158>. Acesso em: 13 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Os traços das arquiteturas modernas de saúde em Salvador. **Cadernos de Arquitetura e Urbanismo**, Minas Gerais, v. 24, n. 34, p.58-104, 2017a.

\_\_\_\_\_. Debates recentes sobre o restauro da arquitetura moderna na Itália. **Thésis**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 137-157, jan./out. 2017b. Disponível em:

[https://thesis.anparq.org.br/revista-thesis/article/view/152/pdf\\_35](https://thesis.anparq.org.br/revista-thesis/article/view/152/pdf_35). Acesso em: 03 set. 2020.

BINET, Jacques-Louis. Obsolescence et actualité du sanatorium. Préface. In: CREMNITZER, Jean-Bernard. **Architecture et Santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe**. Paris: Éditions Picard, 2005, p. 141-149.

BITENCOURT, Fábio. (org). **Hospital dos Servidores do Estado**: um patrimônio de saúde, arquitetura e história. Rio de Janeiro: HSE. 2007. 136 p.

\_\_\_\_\_. (org.). **Arquitetura do Instituto Vital Brazil**: um patrimônio modernista da saúde. Rio de Janeiro: Rio Books. 2009. 208 p.

BITTENCOURT, Tania Mara Mota. **Arquitetura Sanatorial**. São José dos Campos. São Paulo: Unidas Artes Gráficas e Editora Ltda, 1998.

\_\_\_\_\_. **Peste Branca, Arquitetura Branca**: os sanatórios de tuberculose no Brasil na primeira metade do século vinte, 2000. 172 f. Dissertação (Mestrado em ) – Escola de Engenharia, Universidade de São Carlos, São Carlo/SP, 2000.

BRANDI, Cesari. **Teoria da restauração**. Tradução: Beatriz Mugayar Kühl. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:

[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf?sequence=1](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1). Acesso em: 18 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Brasília, DF: Presidência da República, [1937].

Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=378&ano=1937&ato=fc90TSU1EejpXT530>. Acesso em: 26 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde.

**Trabalhos do Serviço Nacional de Tuberculose:** 1946. Separata da Revista Brasileira de Tuberculose, n. 109 e 110. Contribuição ao Congresso Inter-Americano de Medicina, Rio de Janeiro: set. 1946; e ao Congresso Nacional de Tuberculose, Salvador: out. 1946.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Tuberculose. **Programa para a “Campanha Nacional Contra a Tuberculose.** Rio de Janeiro, RJ: Departamento Nacional de Saúde, 1947.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. **O Ministério da Educação e Saúde e a Bahia:** na gestão do ministro Clemente Mariani 1946-1950. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1950.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965. 588 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília. 2004. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 13 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS). **Imagens da Peste Branca:** memória da tuberculose. Mostra virtual CCMS. 2016a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/peste-branca/tb-exposicao.php> Acesso em: 01 fev 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 364 p.

BRASILEIRO, Carolina da Fonseca Lima. **Arquitetura Antituberculose em Pernambuco:** um Estudo Analítico dos Dispensários de Tuberculosos do Recife (1950-1960) como Instrumentos de Profilaxia da Peste Branca. 2012. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

BROSS, João Carlos. **Os espaços de saúde no amanhã.** 1ed. Rio de Janeiro: Rio Books, 2020.

BRUAND, Yves. **Arquitetura Contemporânea no Brasil**. São Paulo: Perspectiva, 1981.

BYNUM, Helen. Tuberculose: um velho e mortal inimigo. In: MEDCALF, Alexander; ALTINK Henrice; SAAVEDRA, Monica; BHATTACHARYA, Sanjoy. **Tuberculosis: a short story | Tuberculose: uma breve história**. University of York. Reino Unido: Orient Blackswan Private Limited, 2013, p.3-12. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/history/documents/globalhealthhistories/pdf/TB-A%20Short%20History.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CÂMARA, Janaína Lopes; VILLAS BOAS, Rodrigues Rogério; NASCIMENTO NETO, Luiz Fernando Correa do; SANTOS, Suelen Doriane Gonçalves dos. Vitamina D: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, mar./apr., p. 5904-5920, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26615/21103>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CAMPBELL, Margaret. What Tuberculosis did for Modernism: The Influence of a Curative Environment on Modernist Design and Architecture. **Medical History**, Cambridge, v. 49, n. 4, p. 463-488, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1251640>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. **Introdução à Arquitetura Hospitalar**. Salvador: Quarteto Editora, 2014.

\_\_\_\_\_. Normas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde no Brasil. **Revista IPH**, n. 14, p. 21-38, ago. 2017. Disponível em: <https://iph.org.br/revista-iph/edicao/revista-iph-n-14>. Acesso em: 2 set. 2020.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de; GUEDES, Félix de Jesus; SOUZA, Cleiton Marques de Jesus. A arquitetura curativa do Sanatório Santa Terezinha. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p.165-178, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ac/a/4Z3mLHtdxwghcvtq4r6qVQ/?lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2020.

CARVALHO, Claudia Suely Rodrigues de. **Preservação da arquitetura moderna: edifícios de escritórios no Rio de Janeiro construídos entre 1930 - 1960**. 2006. Tese (Doutorado em História e Fundamentos da Arquitetura e do Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CASSOLI, MATTIA. Ambrogio Annoni: Biografia. **Portal de Restauración**. Disponível em: <http://portal-restauracion-upv.blogspot.com/p/ambrogio-annoni.html>. Acesso em: 01 set 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **Qualidade da Iluminação em Ambientes de Internação Hospitalar**. 2002.168f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

CLUBS HILVERSUM IN KAARTEN. Blog. 10 jan. 2014. Disponível em:  
[https://hilversum-in-kaarten.clubs.nl/nieuws/detail/2158310\\_van-leers-5](https://hilversum-in-kaarten.clubs.nl/nieuws/detail/2158310_van-leers-5). Acesso em:  
20 nov. 2020.

COLOMINA, Beatriz. Skinless architecture. **Thesis, Wissenschaftliche Zeitschrift der Bauhaus-Universität Weimar**, Heft 3. p. 122-124, 2003.

CONSIDERADO O MELHOR Hospital do Brasil, no seu gênero: O Santa Terezinha julgado pelo cientista americano George William. **Diário de Notícias**. Salvador, jul. 1939. s/p.

COSTA, Renato da Gama-Rosa. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro. In: PÔRTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; COSTA, Renato da Gama-Rosa (org.). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 116-142.

\_\_\_\_\_. Patrimônio moderno da saúde e os desafios para a sua valorização – o exemplo do Rio de Janeiro. **Anais do 8º Seminário Docomomo Brasil**. Rio de Janeiro, Docomomo RIO/PROURB, 2009. Disponível em:  
<https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2016/01/160.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019

\_\_\_\_\_. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, p.53-66, 2011.supl. 1,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/04.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. O Sanatório João de Almada e o Armamento Antituberculoso em Portugal (1934). **Revista Islenha**, v. 54, p.135-148, 2014.

\_\_\_\_\_. Arquitetura antituberculosa: uma atitude Moderna. In: AMORA, Ana M. G. Albano; COSTA, Renato Gama-Rosa (Org). **A Modernidade na arquitetura hospitalar: contribuições para a historiografia**. v. 1. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:  
<http://www.proarq.fau.ufrj.br/public/editor/Arquitetura%20Hospitalar-FINAL.pdf>. Acesso: 14 maio 2020.

COSTA, Renato Gama-Rosa & SANGLARD, Gisele. Patrimônio Cultural da Saúde: uma história possível? **XIII Encontro de História ANPUH-Rio**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:  
[http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212753026\\_ARQUIVO\\_TextoPCSANPUH2008.pdf](http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212753026_ARQUIVO_TextoPCSANPUH2008.pdf). Acesso em: 15 fev. 2020

COSTEIRA, Elza Maria Alves. **Olhar o passado para construir o futuro: desafios da preservação da Moderna Arquitetura Hospitalar**. 2018.403f.Tese (Doutorado em



Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

\_\_\_\_\_. Arquitetura Hospitalar: História, Evolução e Novas Visões. **Revista Sustinere**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 58-64, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/14127>. Acesso em: 08 dez. 2017.

COVID-19: o mapa que mostra o alcance mundial da doença. **BBC News Brasil**. 3 de março de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51718755>. Acesso em: 24 abr. 2020.

CPDOC/FGV. **Aspectos da fachada do Sanatório do Recife**. Rio de Janeiro: Arquivo Gustavo Capanema, 1939-1945. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/arquivo-pessoal/GC/audiovisual/aspectos-da-fachada-do-sanatorio-do-recife>. Acesso em: 27 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Aspecto da fachada de sanatório sergipano para tuberculosos**. Rio de Janeiro: Arquivo Gustavo Capanema, 1945. Disponível em: <https://www18.fgv.br/cpdoc/acervo/arquivo-pessoal/GC/audiovisual/aspecto-da-fachada-de-sanatorio-sergipano-para-tuberculosos>. Acesso em: 27 nov. 2020.

CRF-BA. Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia. **Não deixe o Hospital Otávio Mangabeira parar de respirar**. 6 dez. 2016. Disponível em: <http://www.crf-ba.org.br/site/?p=7296>. Acesso em: 24 jun. 2021.

CURTIS, William J. R. **Arquitetura moderna desde 1900**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995. 293 p.

DENZER, Anthony. Tuberculosis and solar architecture. 31 may 2013. **Solar House History**: and other thoughts about architecture. Disponível em: <http://solarhousehistory.com/blog/2013/5/31/tuberculosis-and-solar-architecture-part-1> Acesso em 20 nov. 2020.

DOCOMOMO Brasil. **Moção de apoio ao tombamento do Hospital Especializado Octavio Mangabeira em Salvador e de repúdio ao projeto de reforma e modernização elaborado pelo Governo do Estado da Bahia**. Manaus, 14 ago. 2018. Disponível em: <https://docomomobrasil.com/?s=mo%C3%A7%C3%A3o+te+apoio+santa+terezinha>. Acesso em: 20 ago. 2018.

DRETSKE, Diana. Tuberculosis Sanitorium. 7 may. 2010. **Lake County History**. Disponível em: <http://lakecountyhistory.blogspot.com/2010/05/tuberculosis-sanitarium.html> Acesso em 20 nov. 2020.

DUPLESSIS, Solène. Le sanatorium du parc de la Bucaille, un exemple de typologie thérapeutique. **AMC Architecture**. 23 jun. 2020. Disponível em: <https://www.amc-archi.com/photos/redecouvrir-le-sanatorium-du-parc-de-la-bucaille-un-exemple-de-typologie-therapeutique,12444/le-sanatorium-du-parc-de-la-bu.1>. Acesso em: 1 jul. 2020.

ECUADOR. Ministerio de Salud Pública. **Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”**. Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa. 2013. Disponível em: [http://hee.gob.ec/?page\\_id=237](http://hee.gob.ec/?page_id=237). Acesso em: 20 nov. 2020.

EMILIO ODEBRECHT & Cia Constructores. **Diário de Notícias**. Salvador, mar. 1938. s/p.

ESTÉVEZ, Alberto T. **Le Corbusier**. Colección Architectum. Madrid: Tikal Ediciones, 2012.

EYLLERS, Eva; HEIKKONEN, Nina; HOLOPAINEN, Timo; LINDH, Tommi; MALMBERG, Jonas; MENTU, Sakari; PAKOMA, Katariina; RIEKKO, Timo; RIKSMAN, Elina; SAARIKKO, Jere & SAINIO, Jukka. **Paimio Sanatorium conservation management plan 2016**. Helsinki: Alvar Aalto Foundation, 2016. 60 p. ISBN 978-952-5498-44-8. Disponível em: [https://www.getty.edu/foundation/pdfs/kim/paimio\\_alvar\\_aalto\\_foundation\\_cmp.pdf](https://www.getty.edu/foundation/pdfs/kim/paimio_alvar_aalto_foundation_cmp.pdf) Acesso em: 20 nov. 2020.

FERNANDES, Lucas. **Impactos da privatização do Octávio Mangabeira são discutidos em audiência pública na Defensoria**. Defensoria Pública da Bahia. 2 ago. 2017. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/noticias/impactos-da-privatizacao-do-octavio-mangabeira-sao-discutidos-em-audiencia-publica-na-defensoria>. Acesso em: 24 jun. 2021.

FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, jun. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200002). Acesso em: 17 mar. 2020.

FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Org.). **História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 74-100.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. **Vista interna das obras do Complexo Sanatorial de Curicica**. Rio de Janeiro: Acervo Raphael de Paula Souza. 1 fotografia. Disponível em: <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/vista-interna-das-obras-do-complexo-sanatorial-de-curicica>. Acesso em: 27 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

GENEANET. [193-]. 1 cartão postal. Disponível em:

<https://www.geneanet.org/cartes-postales/view/6785066#0>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GOODWIN, Philip L. **Brazil Builds: architecture new and old 1652 – 1942**. Nova York: MOMA, 1943. 216 p.

GOLDBERG, Benjamin. El dispensario: características físicas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**. Organización Panamericana de la Salud (PAHO), set.1936, p. 831-839. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17232/v15n9p831.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GONSALES, Célia Helena Castro. Síntese das artes. Sentidos e implicações na obra arquitetônica. **Arquitextos**, São Paulo, ano 12, n. 144.06, maio 2012.

Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/12.144/4351>. Acesso em: 1 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. A preservação do patrimônio moderno: critérios e valores. **Anais [...] 2º Seminário DOCOMOMO N-NE**, Salvador, 2008. Disponível em:

<https://patrimonioconservacao.files.wordpress.com/2017/11/celia-goncalves-a-preservacao-do-patrimonio-moderno-criterios-e-valores.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2020.

GORELIK, Adrián. **Das vanguardas a Brasília: Cultura urbana e arquitetura na América Latina**. Tradução: Maria Antonieta Pereira. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. 190 p. ISBN 85-7041-412-9.

GRADMANN, Christoph. Os laboratórios assumem o controle: Robert Koch e o bacilo da tuberculose. In: MEDCALF, Alexander; ALTINK Henrice; SAAVEDRA, Monica; BHATTACHARYA, Sanjoy. **Tuberculosis: a short story | Tuberculose: uma breve história**. University of York. Reino Unido: Orient Blackswan Private Limited, 2013, p. 12-18. Disponível em:

<https://www.york.ac.uk/media/history/documents/globalhealthhistories/pdf/TB-A%20Short%20History.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

GRAMACHO, Daniel A. **Privatização do Hospital Octávio Mangabeira é tema de reunião na Defensoria Pública**. 23 maio 2017. Disponível em:

<http://www.defensoria.ba.def.br/noticias/privatizacao-do-hospital-octavio-mangabeira-e-tema-de-reuniao-na-defensoria-publica>. Acesso em: 24 jun. 2021.

HEIKINHEIMO, Marianna. **Paimio Sanatorium**. 8 set. 2014. Disponível em:

<http://www.paimiosanatorium.fi>. Acesso em: 22 nov. 2020.

HIJJAR, Miguel Aiub *et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 50-57, set. 2007. supl. 1. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 maio 2019.

HIPÓCRATES. **Tratado sobre os ares, as águas e os lugares**. Tradução: Lucas Alexandre Boiteux. Rio de Janeiro: S. Editora, [193-]. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/arquivo-pessoal/IP/impresso/tratado-sobre-os-ares-as-aguas-e-os-lugares>. Acesso em: 10 mai 2020.

HISTÒRIA DEL SANT PAU. Recinte Modernista Sant Pau Barcelona. Archivo Histórico. Disponível em: <https://santpaubarcelona.org/es/recinte-modernista/historia>. Acesso em: 25 nov. 2020.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Revista Educar**, n. 25, p. 127-141. Curitiba, Editora UFPR, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.

HOSPITAL SANATÓRIO Santa Terezinha – Secretaria da Viação e Obras Públicas – Cidade do Salvador. **Revista Técnica**, n. 6, set./out., 1941.

IAB. Instituto de Arquitetos do Brasil. Departamento de São Paulo. **Planejamento de Hospitais**. São Paulo, 1954. Disponível em: <https://www.iph.org.br/public/files/acervo/15867995731586799573621695489.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

ICOMOS. **Carta de Atenas**. 1931. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Carta%20de%20Atenas%201931.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Carta de Veneza**. II Congresso Internacional de Arquitetos e Técnicos dos Monumentos Históricos. Veneza: maio 1964. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Carta%20de%20Veneza%201964.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Carta de Burra**. Austrália: 1980. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Carta%20de%20Burra%201980.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Conferência de Nara**. Japão: 1994. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Conferencia%20de%20Nara%201994.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Carta de Madrid**. Madrid: 2011. Disponível em: <https://icomos.es/wp-content/uploads/2020/01/documento-de-madrid-icomos.pdf> Acesso em: 17 set. 2020.

INSTITUTO MOREIRA SALES. Coleção Antônio Manoel de Mattos Vieira. **Prédio principal do Preventório Rainha Dona Amélia**. 1925. 1 Fotografia. Disponível em: <http://brasilianafotografica.bn.br/brasilliana/handle/20.500.12156.1/6862>. Acesso em: 10 jun. 2021.

IPAC. Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia. **Parecer técnico nº 011/2018**: Pedido de tombamento do Hospital Santa Terezinha. Salvador: 12 dez.

2018. Disponível em:

<https://idea.sistemas.mpba.mp.br/idea/verificardoc.aspx?id=4391EE90268F45AA3B4>  
A Acesso em: 27 jul. 2021.

HOSPITAIS-SANATÓRIOS de Celas e da Colônia Portuguesa do Brasil. **A Saúde**, n. 34, p.140, maio 1932. Coimbra.

KÜHL, Beatriz M. História e Ética na Conservação e na Restauração de Monumentos Históricos. **R. CPC**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 16-40, nov. 2005/ abr. 2006. Disponível em:

[www.usp.br/cpc/v1/imagem/conteudo\\_revista\\_arti\\_arquivo\\_pdf/kuhl\\_pdf.pdf](http://www.usp.br/cpc/v1/imagem/conteudo_revista_arti_arquivo_pdf/kuhl_pdf.pdf). Acesso em: 21 jan. 2018.

KÜHL, Beatriz M.; VIVIO, Beatrice; CAMPANELLI, Alessandro P.; CERROTI, Alessandra. Seminário de estudos sobre restauração arquitetônica: “temas recentes no restauro na Itália”. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da FAUUSP**, São Paulo, v. 17, n. 27, p. 208-268. jun. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/posfau/article/view/43689/47311>. Acesso em: 21 ago. 2020.

LAFFANOUR GALERIE DOWNTOWN PARIS. [ca. 1936]. 1 fotografia. Disponível em: <https://www.galeriedowntown.com/wp-content/uploads/2021/02/jean-prouve-archive-3.png>. Acesso em: 22 nov. 2020.

LAGUNES; María Margarita Segarra. La restauración después de Cesare Brandi. In: GOMES, Marco Aurélio A. de Filgueiras; CORRÊA, Elyane Lins. **Reconceituações contemporâneas do patrimônio**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 19-42.

LARCHER, Lígia. **A linguagem DÉCO na arquitetura**: uma dimensão da arquitetura moderna. Salvador nas décadas de 1930-1940. 2003. Dissertação (Mestrado em ) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. tradução: Bernardo Leitão *et al.* Campinas: Editora da UNICAMP, 1990. Título original: Storia e memoria. ISBN 85-268-0180-5 20. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/ppgcom/images/Hist%C3%B3ria-e-Mem%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

LEITE, José Augusto. Sanatório das Penhas da Saúde. **Restos de Coleção**. 03 out. 2014. Disponível em: <https://restosdecoleccion.blogspot.com/2014/10/sanatorio-das-penhas-da-saude.html> Acesso em: 12 jun. 2020.

LIBANIO, Samuel. Conferência no Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose: notas sobre o desenvolvimento da luta contra a tuberculose no Brasil. **Jornal dos Clínicos**, n. 8, 1944.

LYRA, Osvaldo. **Sesab altera projeto de reforma do Hospital Octávio Mangabeira após pedido de entidades**. 20 jul. 2021, 22:03. Disponível em: <https://muitainformacao.com.br/post/37569-sesab-altera-projeto-de-reforma-do-hospital-octavio-mangabeira-apos-pedido-de-entidades--->. Acesso em: 13 jun. 2022.



MAIS DE MIL internados já recebeu o Santa Terezinha. **Diário de Notícias**. Salvador, 13 abr. 1944. s/p.

MALAQUIAS, Anderson G. O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na Gazeta Médica da Bahia, século XIX. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, p. 1-24, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zRnFzhYpkHnYknryjVvHnGP/?lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2020.

MALBOUISSON, Pierre, S. P.; ANDRADE JUNIOR, Nivaldo Vieira de. “Verbete 32: Instituto Brasileiro para Investigação do Tórax (IBIT)”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)**. Parte 2: Instituições e Edificações Descritas no CD-ROM. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011. p.220-231.

MALKIN, Jain. **Hospital interior architecture creating healing environments for special patient populations**. New Jersey: John Wiley & Sons, 1992.

MARINHO, Silvino. O culto moderno dos monumentos modernos: conflitos entre valores na conservação da Arquitetura Moderna: o Sanatorium Zonnestraal. **Anais do 13º Seminário Docomomo Brasil**. Salvador. 7-10 out. 2019. Disponível em: <https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2020/04/110794.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MARTINS, Antônio Carlos Peçanha. **O Santa Terezinha: um pouco de sua história, alegrias e dissabores**. Trabalho apresentado à Academia de Medicina da Bahia para concorrer à vaga nº 16. Salvador: 1 set. 2004.

MASTROMAURO, Giovana C. Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, jul. 2011. Disponível em: [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300472386\\_ARQUIVO\\_Mastromauro.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300472386_ARQUIVO_Mastromauro.pdf). Acesso em: 23 mar. 2020.

MATOS, Ana Rita Gomes. **Conservação de uma memória: a arquitetura sanatorial na contemporaneidade**. 2018. 215f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Arquitetura – Universidade do Porto. 2018. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/faup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=151506](https://sigarra.up.pt/faup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=151506). Acesso em: 12 jun. 2020.

MEDCALF, Alexander; ALTINK Henrice; SAAVEDRA, Monica; BHATTACHARYA, Sanjoy. **Tuberculosis: a short story | Tuberculose: uma breve história**. University of York. Reino Unido: Orient Blackswan Private Limited, 2013. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/history/documents/globalhealthhistories/pdf/TB-A%20Short%20History.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

I FÓRUM NACIONAL DO PATRIMÔNIO CULTURAL: SISTEMA NACIONAL DO PATRIMÔNIO CULTURAL: DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS PARA

UMA NOVA GESTÃO. 2009, Ouro Preto-MG. Meneses, Ulpiano Toledo Bezerra de. **Conferência Magna. O campo do patrimônio cultural: uma revisão de premissas.** Anais v. 1, Brasília-DF: IPHAN, 2012. p. 127-137. Disponível em: [http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/Anais2\\_vol1\\_ForumPatrimonio\\_m.pdf](http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/Anais2_vol1_ForumPatrimonio_m.pdf) Acesso em: 30 set. 2019.

MIGNOT, Claude. **Architecture of the Nineteenth Century in Europe.** Capítulo Building for a Purpose: prisons and hospitals. Itália: Benedikt Taschen Verlag, 1994, p. 212-236.

MINDLIN, Henrique E. **Arquitetura Moderna no Brasil.** tradução: Paulo Pedreira. Rio de Janeiro: Aeroplano, 1999. 286 p. Título original: *Modern architecture in Brasil.*

MIRANDA, Aristóteles Guillioud de; ABREU JUNIOR, José Maria de Castro. O Sanatório de Belém: a epopeia - ou via sacra? - de sua construção. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. 2, p. 13-25, jun. 2016. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232016000200013&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 nov. 2020.

MIQUELIN, Lauro Carlos **Anatomia dos edifícios hospitalares.** São Paulo: Editora CEDAS, 1992.

MORALES, Eduardo Jiménez; DIAZ, Ingrid Carolina Vargas. Hoteles y sanatorios: influencia de la tuberculosis en la arquitectura del turismo de masas. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 243-260, jan. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702017000100243&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000100243&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 jul. 2020.

MOREIRA, Virlene Cardoso; ANDRADE JUNIOR, Nivaldo Vieira de. “Verbetes 15: Hospital Especializado Octávio Mangabeira”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958).** Parte 2: Instituições e Edificações Descritas no CD-ROM. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011, p.101-112.

MOREIRA, Virlene Cardoso. “Verbetes 22: Hospital Martagão Gesteira”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958).** Parte 2: Instituições e Edificações Descritas no CD-ROM. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011, p.145-150.

MOREIRA, Fernando Diniz. Os desafios postos pela conservação da arquitetura moderna. **Rev. CPC**, São Paulo, n. 11, p. 152-187, nov. 2010 / abr. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpc/article/view/15676/17250>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MUSEUMS ARCHIVE. **José Villagrán:** Hospital Infantil, México D.F., 1941. 30 abr. 2012. Disponível em: <https://icaronycteris.tumblr.com/post/20532603025/hospital-infantil-doctores-m%C3%A9xico-df-1941-43>. Acesso em: 30 mar. 2021.

NA BAHIA UM ex-director da Saúde Pública do Chile. **Diário de Notícias**. Salvador, ago. 1939. s/p.

NAEGELE, Daniel. Savoye Space. **Harvard Design Magazine**. nº 15. Cambridge: 2001. Disponível em: <http://www.harvarddesignmagazine.org/issues/15/savoye-space>. Acesso em: 12 jul. 2020.

NÃO TARDARÁ A CONSTRUÇÃO do Hospital Santa Therezinha. **Diário de Notícias**. Salvador, ago. 1938. s/p.

NASCIMENTO, Gabriel. Vilas Boas sinaliza fechamento de centro cirúrgico do Octávio Mangabeira. **Metro 1 – Rádio MetrÓpole**. 5 jul. 2016. Disponível em: <https://www.metro1.com.br/noticias/bahia/18967,vilas-boas-sinaliza-fechamento-de-centro-cirurgico-do-octavio-mangabeira>. Acesso em: 24 jun. 2021.

NATIONAL BOARD OF ANTIQUITIES. **Nomination of Paimio Hospital for inclusion in the World Heritage List**. Helsinki: National Board of Antiquities, 2005. Disponível em: <https://www.museovirasto.fi/uploads/Arkisto-ja-kokoelmapalvelut/Julkaisut/nomination-of-paimio-hospital.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on Hospitals**. 3rd. London: Longman, 1863. Disponível em: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/https://ia800705.us.archive.org/19/items/notesonhospital01nighgoog/notesonhospital01nighgoog.pdf>. Acesso em 11 maio 2020.

NUNES, Paulo Roberto P. **Estudo preliminar para proteção do Hospital Aristides Maltez**. Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia. Salvador: out. 2007.

NUNES, José Carlos Duarte Rodrigues Avelãs. **A Arquitectura dos sanatórios em Portugal: 1850-1970**. v. 1. 2017. Tese (Doutorado em Arquitectura) – Departamento de Arquitectura da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2017. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/90543/2/JCAN\\_TD\\_Volume\\_1\\_Prot.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/90543/2/JCAN_TD_Volume_1_Prot.pdf). Acesso em: 12 jun. 2020.

O HEOM, SEU SUCATEAMENTO pela SESAB e a decisão de privatizar sua gestão. Documento elaborado por servidores do hospital. Salvador: Arquivo do HEOM, s/d.

O HOSPITAL SANTA TEREZINHA vai ser, afinal, inaugurado. **Diário de Notícias**. Salvador, maio 1941. s/p.

ODEBRECHT, Norberto. [Entrevista cedida a] arquiteta Anna Beatriz Ayroza Galvão. 1996. Acervo DOCOMOMO-BA,

OKSMAN, Silvio. **Contradições na preservação da arquitetura moderna**. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2017. (tese de doutorado). Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16133/tde-01062017-164550/pt-br.php>. Acesso em: 26 out. 2019.

O'NEILL, Luke A.J.; NETEA, Mihai G. BCG-induced trained immunity: can it offer protection against COVID-19?. **Nature Reviews Immunology**. 11 maio 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0337-y.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.

OTREMBA, Gabriela Sales. **Intervenção em Arquitetura Moderna: Restauração e Reabilitação do Hospital Santa Terezinha**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/33079>. Acesso em: 10 jun. 2021.

OVERY, Paul. **Light, Air and Openness: Modern architecture between the wars**. Londres: Thames and Hudson, 2007.

PAULA, Aloysio de. **Tuberculose**. Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. Ministério da Educação e Saúde (MES) – D.N.E.S. Coleção SPES – 3. Rio de Janeiro: 1938.

PARCERIA ENTRE Sesab e UFBA aperfeiçoa projeto de reforma do Hospital Octávio Mangabeira. Bahia Notícias: 22 jul. 2021, 19:33. Disponível em: <https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/27230-parceria-entre-sesab-e-ufba-aperfeicoa-projeto-de-reforma-do-hospital-octavio-mangabeira.html>. Acesso em: 15 jun. 2022.

PEREIRA, Honório Nicohlls. Tendências contemporâneas na teoria da restauração. In: GOMES, Marco Aurélio A. de Filgueiras; CORRÊA, Elyane Lins. **Reconceituações contemporâneas do patrimônio**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 101-116.

PEVSNER, Nikolaus. **A history of building types**. 5.ed. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1997.

PINHEIRO, Márcia Elizabeth. **Hospital São Cristóvão dos Lázaros: entre os muros da exclusão**. 2005. Dissertação (Mestrado em ) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, 2005.

PINTO; FARIA; ALMEIRA; BARRETO; LOPO DE CARVALHO (Direção de Assistência). **Projecto de remodelação dos serviços de tuberculose, submetido pela equipe nomeada po DL nº 19217**. Lisboa: 05 maio 1931. NA/TT: PT/TT/AOS/CO/IN-9-I, cx. 304, pasta 7.

PÔRTO, Ângela et al. **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico - Rio de Janeiro (1808-1958)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

POSTALES INVENTADAS / MAKING UP POSTCARDS. 1928. 1 cartão postal.  
Disponível em: <http://www.postalesinventadas.com/2014/08/1059-zonnestraal-sanatorium-voor.html>. Acesso em: 20 nov. 2020

PRAIAS. **A Saúde**, n. 38, jul. 1932. Coimbra.

QUECEDO, Cecília Ruiloba. **Arquitectura terapéutica**: el Sanatório Antituberculoso Pulmonar. 2012. Tese (Doutorado em Arquitectura) – Universidade de Valladolid, Valladolid, 2012. Disponível em:

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/2874/TEISIS310-130521.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 15 maio 2020.

RAPEÑO, ARMAND. **Tuberculosis: its dangers, how it is spread, its allies and enemies, and precautions to be taken against it**. Colour lithograph with vignettes. [1918?]. Paris: Maison Devambe. Disponível:

em: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tuberculosis;\\_its\\_dangers,\\_how\\_it\\_is\\_spread,\\_its\\_allies\\_and\\_Wellcome\\_L0029947.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tuberculosis;_its_dangers,_how_it_is_spread,_its_allies_and_Wellcome_L0029947.jpg) Acesso: 10 mai 2020.

REUNIÃO DE COORDENAÇÃO REGIONAL DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 4., CONGRESSO REGIONAL DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. 7, 2005, Salvador. Documento apresentado pelo Grupo de Trabalho História e Patrimônio Cultural da Saúde.

REVISTA FISCAL da Bahia. **Quatro séculos de história da Bahia**: álbum comemorativo da fundação da cidade de Salvador. Salvador: Tipografia Beneditina, 1949.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Revista de Patologia Tropical**. v. 27, n. 1, p. 153-155, jan./jun. 1998. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/download/17199/10371>. Acesso em: 3 mar. 2020.

RIBEIRO, Adalberto Mário. **O Serviço Nacional de Tuberculose**. Separata da Revista do Serviço Público, ano VII, v. II, n. 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. “Verbete 19: Hospital Getúlio Vargas (HGV)”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia**: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958). Parte 2. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011, p. 129-131.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro; COSTA, Renato da Gama-Rosa. “Verbete 9: Hospital Ana Nery (HAN)”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia**: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958). Parte 2. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011, p. 56-61.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro; SILVA, Estefane E. G.; CARDOSO, Virilene M.; ANDRADE JUNIOR, Nivaldo V. de. “Verbete 21: Hospital Manoel Victorino”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História**



**da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958). Parte 2.** São Paulo: Editora Fiocruz, 2011, p. 139-144.

RIEGL, Alois. **O culto moderno dos monumentos: a sua essência e a sua origem.** Tradução: Werner Rothschild Davidsohn; Anat Falbel. São Paulo: Perspectiva, 2014. 88 p.

RODRIGUES, Danutta. Ruínas de maternidade no Rio Vermelho recontam parte da história e de figuras ilustres do bairro mais boêmio de Salvador. **G1 Bahia**, 20 jul. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/bahia/noticia/ruinas-de-maternidade-no-rio-vermelho-recontam-parte-da-historia-e-de-figuras-ilustres-do-bairro-mais-boemio-de-salvador.ghtml>. Acesso em: 05 mar. 2020.

ROJAS, Cristóbal. **La miseria.** [1886]. 1 gravura. Disponível em: <https://arte.laguia2000.com/pintura/la-miseria-de-cristobal-rojas>. Acesso em 8 mar 2021.

ROSEMBERG, José. Tuberculose – aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária.** v. 7, n. 2, jul./dez. 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/bps/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2020.

ROTARY CLUB DA BAHIA; GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **Polyanthéia.** Salvador: Seção de Artes Gráficas da Escola de Aprendizes de Bahia, 1937.

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil.** Belo Horizonte: Editora G. Holman Ltda, 1971. 276 p.

SAMPAIO, Consuelo Novais. **70 Anos de lutas e conquistas:** Salvador: LBCC, 2006. 183 p.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato Gama-Rosa. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro, 1923-1931. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.107-141. 2004.

SANTANA, Cássio. Funcionários protestam contra suposto fechamento do hospital Octávio Mangabeira; Sesab nega. **Portal A Tarde.** 06 jul. 2021. 1 fotografia. Arquivo SESAB. Disponível em: <https://atarde.com.br/saude/funcionarios-protestam-contrasuposto-fechamento-do-hospital-octavio-mangabeira-sesab-nega-1162926>. Acesso em: 1 de dezembro de 2022.

SANTOS, André Araújo dos. **“Quem ampara a infância trabalha pela pátria”:** filantropia e puericultura no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia (1903-1923). 2014. 196f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

SANTOS, Márcia Elizabeth Pinheiro dos. **Hospital São Cristóvão dos Lázaros:** entre os muros da exclusão. 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

\_\_\_\_\_. **História da arquitetura hospitalar em Salvador:** o Hospital da Santa Casa da Misericórdia e a emergência do hospital terapêutico no século XIX. 2012. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SECOM-BA. Secretaria de Comunicação Social do Governo da Bahia. **Hospital Octávio Mangabeira completa 70 anos com ampliação do atendimento pediátrico.** YouTube: SecomBahia @agecombahia. 25 out. 2011. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=82vjHod60S4&ab\\_channel=SecomBahia](https://www.youtube.com/watch?v=82vjHod60S4&ab_channel=SecomBahia). Acesso em: 24 jun. 2021.

SEGRE, Roberto. **Ministério da Educação e Saúde:** ícone urbano da modernidade brasileira (1935-1945). São Paulo: Romano Guerra, 2013.

SEMANA BRASILEIRA ANTITUBERCULOSA. 1., 1945, Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Tuberculose. **O que é indispensável saber sobre a tuberculose.** 1945.

SEMINÁRIO DOCOMOMO BRASIL, 9., 2011, Brasília. Anais [...] Brasília. 2011. SEGRE, Roberto; BARKI, José. **A perda de um ícone do Movimento Moderno carioca: Hospital Universitário da UFRJ.** n. 024\_M25. Disponível em: [https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2016/01/024\\_M25-PerdaDeUmlcone-ART\\_roberto\\_segre.pdf](https://docomomobrasil.com/wp-content/uploads/2016/01/024_M25-PerdaDeUmlcone-ART_roberto_segre.pdf) Acesso em: 12 jun. 2021.

SERÁ O CENTRO da rede hospitalar para o isolamento de tuberculosos. **Diário de Notícias.** Salvador, 29 dez. 1941. s/p.

SESAB. Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia. **Olha só como ficará nosso oitentão!** 18 nov. 2022. Facebook: saudegovba. Disponível em: [https://www.facebook.com/story.php?story\\_fbid=5576841675732049&id=323321181084151&m\\_entstream\\_source=timeline](https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=5576841675732049&id=323321181084151&m_entstream_source=timeline). Acesso em: 1 dez 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Acordo entre Sesab e entidades de arquitetura aperfeiçoará projeto de reforma do Hospital Octávio Mangabeira.** 22 jul. 2021, 18:46 (2021b). Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2021/07/22/acordo-de-cooperacao-entre-sesab-e-entidades-de-arquitetura-aperfeicoara-projeto-de-reforma-e-modernizacao-do-hospital-octavio-mangabeira>. Acesso em: 12 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Bahia investirá mais de R\$30 milhões na reforma e modernização do Hospital Octávio Mangabeira.** 30 jun. 2021, 14:05 (2021a). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2021/06/30/bahia-investira-mais-de-r-30-milhoes-na-reforma-e-modernizacao-do-hospital-octavio-mangabeira>. Acesso em: 30 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital Octávio Mangabeira disponibiliza Ambulatório Pós-Covid.** 06 out. 2020, 17h35. Disponível em: [https://www.saude.ba.gov.br/2020/10/06/ambulatorio\\_poscovid](https://www.saude.ba.gov.br/2020/10/06/ambulatorio_poscovid). Acesso em: 01 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Perguntas e respostas: Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM)**. 27 jul. 2018, 16:21 (2018). Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2018/07/27/perguntas-e-respostas-hospital-especializado-octavio-mangabeira-heom>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SILVA, Miguel Ângelo Soares Pinto da. Recuperar o moderno – contradição ou pedagogia?. **Revista Arquitectura Lusíada**, n. 3, p. 21-29, 2. sem. 2011. ISSN 1647-9009. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/ral/article/download/220/213>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVEIRA, José. **À sombra de uma sigla: ou 40 anos do IBIT**. Salvador: Gráfica Econômico e Administração Ltda, 1977.

\_\_\_\_\_. **Uma Doença Esquecida – A História da Tuberculose na Bahia**. Salvador: UFBA. 1994. 519 p.

\_\_\_\_\_. **Obstinação: aspectos da vida de um hospital**. Salvador: Academias de Medicina e letras da Bahia, 1992. 442 p.

SINDSAÚDE-BA. Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia. **Sindsaúde, servidores e usuários protestam contra privatização do Hospital Octávio Mangabeira**. 5 dez. 2016. Disponível em: <https://sindsaudeba.org.br/portal/blog/sindsaude-servidores-e-usuarios-protestam-contra-privatizacao-do-hospital-octavio-mangabeira>. Acesso em: 24 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. **Risco de desassistência à Saúde: Hospital Especializado Octávio Mangabeira**. 26 maio 2021. Disponível em: <https://sindsaudeba.org.br/portal/blog/risco-de-desassistencia-a-saude>. Acesso em: 24 jun. 2021.

SOARES, Pedro Paulo. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 127-134, out. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a12v01n1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SOUZA, Christiane M. C.; SANGLARD, Gisele. Saúde pública e assistência na Bahia da primeira república (1889-1929). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Org.). **História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Manole, 2011, p. 27-73.

SOUZA, Christiane M. C.; CARDOSO, Virlene M.; RIBEIRO, Lidiane M.; SILVA, Estefane E. G.; MEDEIROS, Viviane F. de. “Verbete 24: Hospital Português”. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)**. Parte 2: Instituições e Edificações Descritas no CD-ROM. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011. p. 159-170.

SOUZA, Christiane M. C.; COSTA, Renato Gama-Rosa; SILVA, Estefane E. G. "Verbetes 30: Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)". In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). **História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)**. Parte 2: Instituições e Edificações Descritas no CD-ROM. São Paulo: Editora Fiocruz, 2011. p. 202-215.

SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; VASCONCELOS, Thatyana Rocha Alves. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Quím. Nova** v. 28, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-40422005000400022>. Acesso em: 13 maio 2020.

STONE. P. J. Elements of the hospital: 1300-1900. **The Architectural Review**. 26 June 1965, p. 413-415. Disponível em: <https://www.architectural-review.com/essays/the-hospital-as-an-inflexible-monument-of-civic-pride-remained-so-until-the-second-half-of-the-twentieth-century/10009486.article>. Acesso: 12 maio 2020.

STOVEL, Herb. Effective use of authenticity and integrity as world heritage qualifying conditions. ICOMOS Theory Committee. **City & Time**, Florença, v.2, n. 3, p. 21-36, 2007. Disponível em: <http://www.ceci-br.org/novo/revista/docs2007/CT-2007-71.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

TAVARES, André. **Arquitetura antituberculose: trocas e tráficos na construção terapêutica entre Portugal e Suíça**. Porto: FAUP Publicações, 2005. 312 p. ISBN 9789729483738.

TEIXEIRA, L. A. Microbiologia, raiva e Institutos Pasteur no Brasil. **Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903-1916**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 13-29. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/rjvhk/pdf/teixeira-9788575412862-03.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Epidemiologia das doenças infecciosas IN: de Almeida Filho, Naomar; Barreto L, Mauricio. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 458-474.

TOLEDO, L. **Feitos para Curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006. 238 p.

TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. **Microbiologia**. 10 ed. Porto Alegre: Artemed, 2012. 934 p.

UM RÓL DE IMPORTANTES CONSTRUÇÕES: está a cargo da grande firma Emílio Odebrecht & Cia. **Diário de Notícias**. Salvador, 23 jun. 1938. s/p.

UNDERWOOD, KATIE. **Saving Alvar Aalto's Paimio Sanatorium**. Keeping it Modern. Getty Foundation's. 29 abr. 2016. Disponível em: <https://blogs.getty.edu/iris/saving-alvar-aaltos-paimio-sanatorium/> Acesso em: 13 jun 2020.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). **Operational Guidelines for the Implementation of the World**

**Heritage Convention**. World Heritage Convention. Paris: Unesco, 8 jul. 2015.

Disponível em: <http://whc.unesco.org/document/137843>. Acesso em: 12 jun. 2020.

UNIVERSITY OF HUDDERSFIELD. **Municipal modernism in the international style: killingbeck sanatorium extension, 1936**. Blog do *Centre for the History of Public Health and Medicine*. Disponível

em: <https://bmdoyleblog.wordpress.com/2015/06/03/municipal-modernism-in-the-international-style-killingbeck-sanatorium-extension-1936>. Acesso em: 22 nov. 2020.

VALENTINI, Andrea. Scoprendo Milano: la Ca'Granda, una piccola Milano.

**Cultweek**. 27 mar. 2018. Disponível em: <https://www.cultweek.com/cagrande>.

Acesso em: 12 set. 2020.

VELOSO, Antônio José de Barros. **Caramulo**: ascensão e queda de uma estância de tuberculosos. Lisboa: By the Book, 2010.

VILAS-BOAS, Fábio. **Hospital Octávio Mangabeira será reformado e**

**modernizado**. 27 jul. 2018. Facebook: fabiovboas. Disponível em:

<https://www.facebook.com/fabiovboas>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MUÑOZ-VIÑAS, Salvador. **Contemporary Theory of Conservation**. Oxford:

Elsevier Butterworth-Heinemann, 2005. 256 p.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2019**. [s.l.]

WHO Document Production Services: 2019. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>. Acesso em: 27 mar. 2020.

WORLD MONUMENTS FUND. **World Monuments Fund/Knoll Modernism Prize**.

2010 award to Bierman Henket architecten and Wessel de Jonge architecten for the restoration of the Zonnestraal Sanatorium (1928-1931). Hilversum, The Netherlands.

Designed by Johannes Duiker and Bernard Bijvoet. New York: World Monuments

Fund, 2010. Disponível em:

<https://www.wmf.org/sites/default/files/article/pdfs/Modernism%20Zonnestraal%20booklet%20FINAL.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

ZEIBA, Drew. Arquitetura e doença. Beatriz Colomina sobre tuberculose,

modernismo e COVID-19. **Pin-up**, 28, Spring Summer, 2020. Disponível em:

<https://pinupmagazine.org/articles/interview-beatriz-colomina-x-ray-architecture-drew-zeiba#9> Acesso em: 21 dez. 2020.

ZHANG, Wenhong *et al.* **Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang**. São Paulo: Polobooks, 2020. Disponível em:

[https://drive.google.com/file/d/1wfdA6IhsKsk2AIFAI9u1-](https://drive.google.com/file/d/1wfdA6IhsKsk2AIFAI9u1-vEnuG8yO3vd/view?fbclid=IwAR273rePIHUto2kYMHT9sVNxRdKTfGZgg0r3g3VBQ)

[vEnuG8yO3vd/view?fbclid=IwAR273rePIHUto2kYMHT9sVNxRdKTfGZgg0r3g3VBQ](https://drive.google.com/file/d/1wfdA6IhsKsk2AIFAI9u1-vEnuG8yO3vd/view?fbclid=IwAR273rePIHUto2kYMHT9sVNxRdKTfGZgg0r3g3VBQ)  
[XLEc5oSE2pYEFddK-Y](https://drive.google.com/file/d/1wfdA6IhsKsk2AIFAI9u1-vEnuG8yO3vd/view?fbclid=IwAR273rePIHUto2kYMHT9sVNxRdKTfGZgg0r3g3VBQ). Acesso em: 10 abr. 2020.



ZUCCONI, Guido. **A cidade do século XIX**. Tradução: Marisa Barda. São Paulo: Perspectiva, 2009. Título original: La città dell'ottocento. ISBN 978-85-273-0867-0.

### **Acervos Documentais e Iconográficos Pesquisados**

Acervo Arquivístico Histórico da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz (Base Arch), *online*

Acervo do Hospital Aristides Maltez (HAM)

Acervo do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)

Acervo Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia (IPAC-BA)

Acervo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPTEC)

Arquivo Hospital Martagão Gesteira;

Arquivo Público Municipal, em Salvador.

Arquivo do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), em Salvador.

Biblioteca de Saúde Pública, em Salvador.

Biblioteca dos Barris, em Salvador.

Biblioteca do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, em Salvador.

CMO: Centro de Memória Odebrecht, em Salvador.

CPDOC-FGV: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro.

DAD-COC-FIOCRUZ: Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz (Fundo Raphael de Paula Souza), no Rio de Janeiro.

FAUFBA: Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, em Salvador.

FGM: Fundação Gregório de Mattos, em Salvador.

Fundação Pedro Calmon, em Salvador.

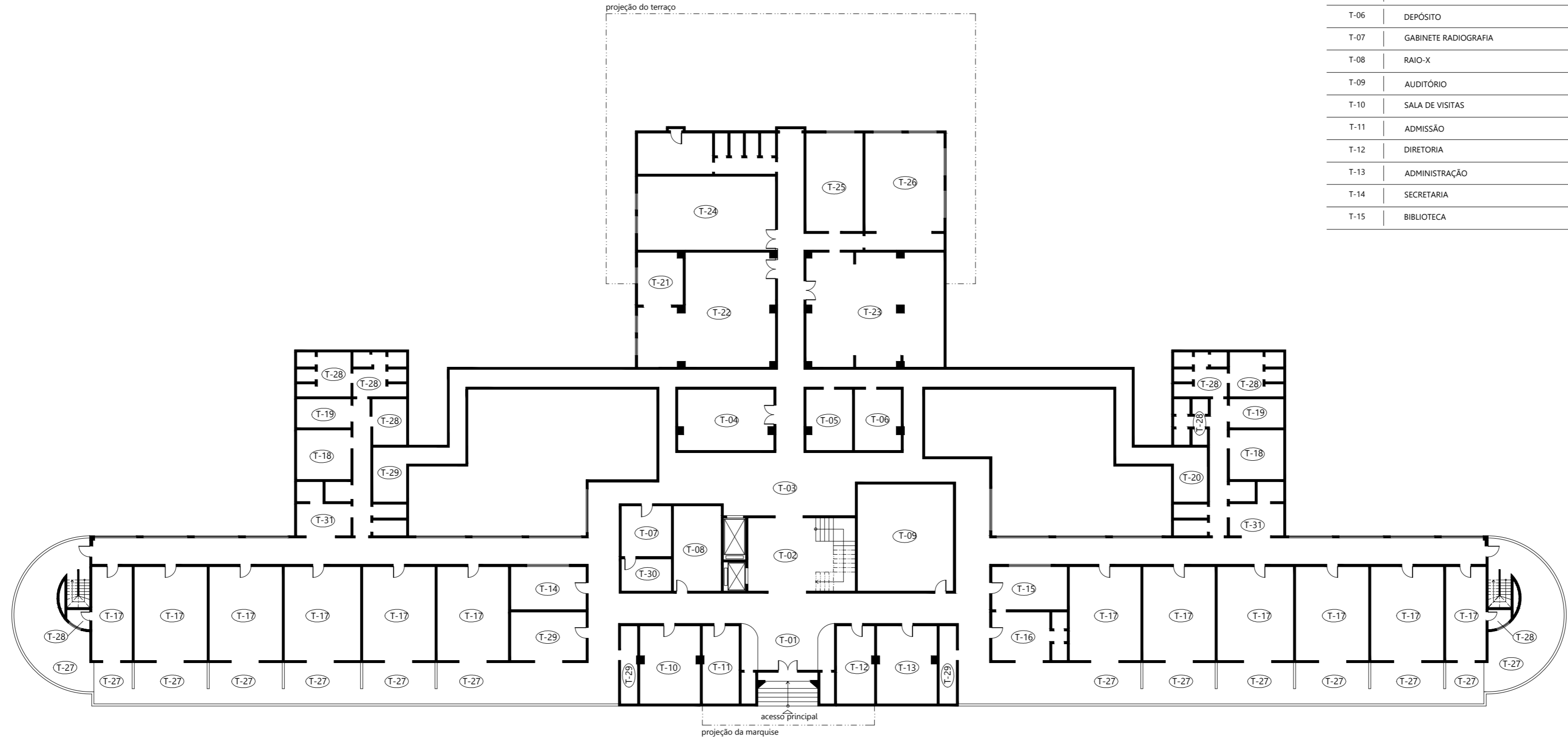
SUMAI-UFBA: Superintendência de Meio Ambiente e Infraestrutura da Universidade Federal da Bahia, em Salvador.



# **APÊNDICES**



PLANTA BAIXA  
TÉRREO  
0.00



| CÓDIGO | AMBIENTE                    | CÓDIGO | AMBIENTE  |
|--------|-----------------------------|--------|---|
| T-01   | ENTRADA                     | T-16   | MÉDICO  |
| T-02   | HALL DA ESCADA E ELEVADORES | T-17   | ENFERMARIA  |
| T-03   | CIRCULAÇÃO                  | T-18   | EXAME   |
| T-04   | ROUPARIA                    | T-19   | RECUPERAÇÃO   |
| T-05   | FRIGORÍFICO                 | T-20   | COPA  |
| T-06   | DEPÓSITO                    | T-21   | CALDEIRA  |
| T-07   | GABINETE RADIOGRAFIA        | T-22   | LAVANDERIA  |
| T-08   | RAIO-X                      | T-23   | COPA / COZINHA  |
| T-09   | AUDITÓRIO                   | T-24   | DESPENSA  |
| T-10   | SALA DE VISITAS             | T-25   | ESTERILIZAÇÃO   |
| T-11   | ADMISSÃO                    | T-26   | SALA DE REFEIÇÕES   |
| T-12   | DIRETORIA                   | T-27   | VARANDA / SOLÁRIO   |
| T-13   | ADMINISTRAÇÃO               | T-28   | SANITÁRIO   |
| T-14   | SECRETARIA                  | T-29   | ÁREA DE APOIO TÉCNICO / LOGÍSTICO / ADM ENSINO E PESQUISA |
| T-15   | BIBLIOTECA                  | T-30   | APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA                            |
|        |                             | T-31   | POSTO DE ENFERMAGEM                                       |

HOSPITAL SANTA TEREZINHA

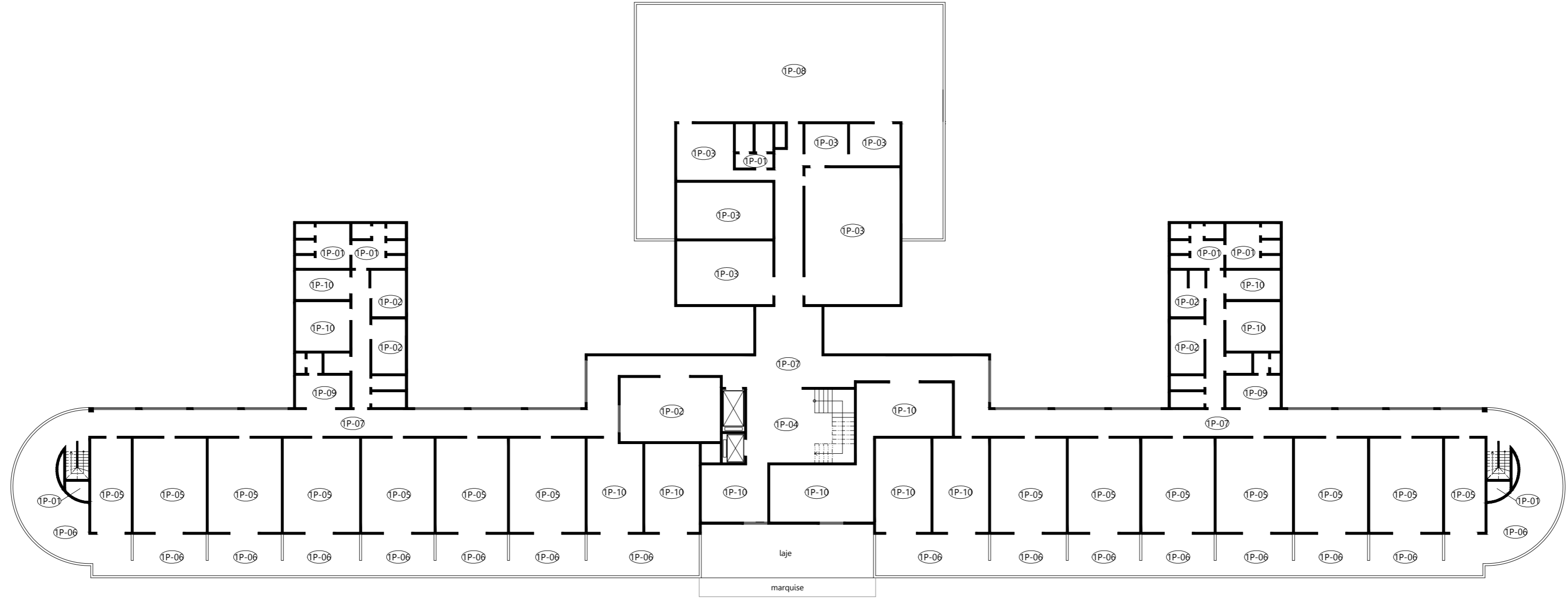
AUTORIA DE PROJETO: DESCONHECIDA  
 ANO DE PROJETO: 1940  
 ARQUIVO: DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KEZIA)  
 DESENHO: A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE: 2020  
 REDESENHO: LAÍS DE MATOS SOUZA / YAGO BRUNO S. DE SOUZA  
 ESCALA: 1 / 250  
 ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIUDO

PLANTA BAIXA - TÉRREO - NÍVEL 0.00

01



**PLANTA BAIXA**  
1º PAVIMENTO  
+3.31



| CÓDIGO | AMBIENTE   |
|--------|--|
| 1P-01  | SANITÁRIO  |
| 1P-02  | ÁREA DE APOIO TÉCNICO / LOGÍSTICO / ADM<br>ENSINO E PESQUISA / AMBULATÓRIO |
| 1P-03  | APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA   |
| 1P-04  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES  |
| 1P-05  | ENFERMARIA   |
| 1P-06  | VARANDA / SOLÁRIO  |
| 1P-07  | CIRCULAÇÃO   |
| 1P-08  | TERRAÇO  |
| 1P-09  | POSTO DE ENFERMAGEM  |
| 1P-10  | SALA DE APOIO / ATENDIMENTO DA<br>INTERNAÇÃO                               |

**HOSPITAL SANTA TEREZINHA**

|   |  |   |                       |
|---|--|---|-----------------------|
| AUTORIA DE PROJETO:<br>DESCONHECIDA       | ANO DE PROJETO:  | 1940  | PRANCHA:<br><b>02</b> |
|   | ARQUIVO:<br>DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KEZIA) | ANO DE REDESENHO:   |                       |
| PLANTA BAIXA - 1º PAVIMENTO - NÍVEL +3.31 |  | ESCALA:   | 1 / 250               |
| REPRESENTAÇÃO DE: LAÍS DE MATOS SOUZA     |  | ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO |                       |



0 1 5

PLANTA BAIXA  
2º PAVIMENTO  
+6.63



| CÓDIGO | AMBIENTE  |
|--------|---|
| 2P-01  | SANITÁRIO   |
| 2P-02  | ÁREA DE APOIO TÉCNICO / LOGÍSTICO / ADM ENSINO E PESQUISA / AMBULATÓRIO |
| 2P-03  | APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA  |
| 2P-04  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES   |
| 2P-05  | ENFERMARIA  |
| 2P-06  | VARANDA / SOLÁRIO   |
| 2P-07  | CIRCULAÇÃO  |
| 2P-08  | POSTO DE ENFERMAGEM   |
| 2P-09  | SALA DE APOIO / ATENDIMENTO DA INTERNAÇÃO                               |

# HOSPITAL SANTA TEREZINHA

AUTORIA DE PROJETO: DESCONHECIDA

ARQUIVO: DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KEZIA)

ANO DE PROJETO: 1940

ANO DE REDESENHO: 2020

PLANTA BAIXA - 2º PAVIMENTO - NÍVEL +6.63

DISSERTAÇÃO DE: LAÍS DE MATOS SOUZA

ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIUDO

ESCALA: 1 / 250

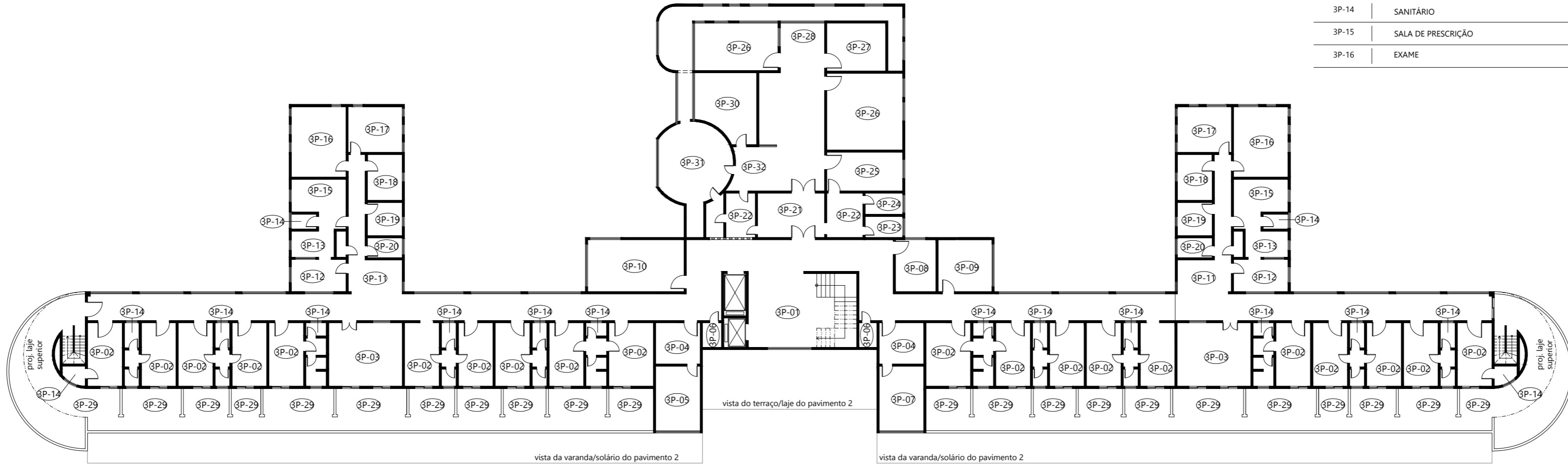
PRANCHAS:

03





**PLANTA BAIXA**  
3º PAVIMENTO  
+9.92



| CÓDIGO | AMBIENTE                    | CÓDIGO | AMBIENTE                              |
|--------|-----------------------------|--------|---------------------------------------|
| 3P-01  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES | 3P-17  | ROUPARIA                              |
| 3P-02  | ENFERMARIA                  | 3P-18  | MATERIAL DE LIMPEZA                   |
| 3P-03  | RECUPERAÇÃO                 | 3P-19  | ROUPA SUJA                            |
| 3P-04  | ESPERA                      | 3P-20  | DESPEJO                               |
| 3P-05  | CURATIVOS                   | 3P-21  | HALL DO CENTRO CIRÚRGICO / ENDOSCOPIA |
| 3P-06  | ADM                         | 3P-22  | VESTIÁRIO                             |
| 3P-07  | ENFERMAGEM                  | 3P-23  | SANITÁRIO FEMININO                    |
| 3P-08  | UTILIDADES                  | 3P-24  | SANITÁRIO MASCULINO                   |
| 3P-09  | MATERIAL                    | 3P-25  | CONFORTO MÉDICO                       |
| 3P-10  | COPA / DISTRIBUIÇÃO         | 3P-26  | SALA DE CIRURGIA                      |
| 3P-11  | HALL                        | 3P-27  | ENDOSCOPIA                            |
| 3P-12  | POSTO DE ENFERMAGEM         | 3P-28  | LAVABO                                |
| 3P-13  | PREPARO                     | 3P-29  | VARANDA / SOLÁRIO                     |
| 3P-14  | SANITÁRIO                   | 3P-30  | ESTERILIZAÇÃO ARSENAL                 |
| 3P-15  | SALA DE PRESCRIÇÃO          | 3P-31  | SALA DE EXPURGO                       |
| 3P-16  | EXAME                       | 3P-32  | POSTO                                 |

**HOSPITAL SANTA TEREZINHA**

AUTORIA DE PROJETO: DESCONHECIDA  
 ARQUIVO: DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KEZIA)  
 PRANCHAS: 1940  
 ANO DE PROJETO: 2020  
**PLANTA BAIXA - 3º PAVIMENTO - NÍVEL +9.92**  
 ANO DE REDESENHO: 2020  
 DISSERTAÇÃO DE: LAÍS DE MATOS SOUZA  
 ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIUDO  
 ESCALA: 1/250




**FACHADA NORDESTE**  
 1/250



# HOSPITAL SANTA TEREZINHA

AUTORIA DE PROJETO: DESCONHECIDA

ARQUIVO: DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KÉZIA)

ANO DE PROJETO: 1940

ANO DE REDESENHO: 2020

ESCALA: 1 / 250

DISSERTAÇÃO DE LAÍS DE MATOS SOUZA

REDESENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE: LAÍS DE MATOS SOUZA / YAGO BRUNO S. DE SOUZA

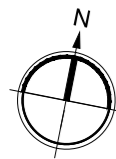
**FACHADA NORDESTE**

ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO

PRANCHAS:

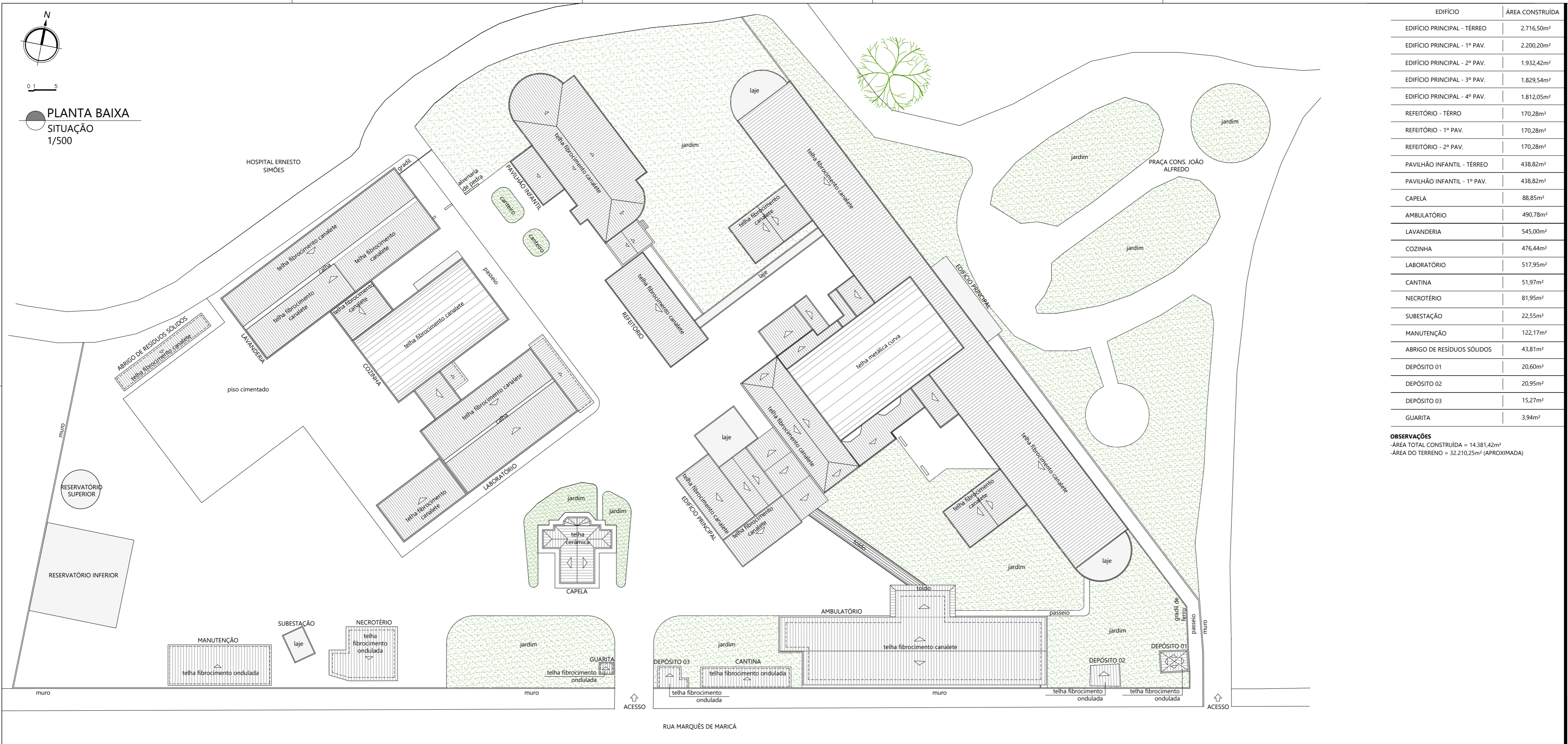
**05**





0 1 5

PLANTA BAIXA  
SITUAÇÃO  
1/500



| EDIFÍCIO                     | ÁREA CONSTRUÍDA        |
|------------------------------|------------------------|
| EDIFÍCIO PRINCIPAL - TÉRREO  | 2.716,50m <sup>2</sup> |
| EDIFÍCIO PRINCIPAL - 1º PAV. | 2.200,20m <sup>2</sup> |
| EDIFÍCIO PRINCIPAL - 2º PAV. | 1.932,42m <sup>2</sup> |
| EDIFÍCIO PRINCIPAL - 3º PAV. | 1.829,54m <sup>2</sup> |
| EDIFÍCIO PRINCIPAL - 4º PAV. | 1.812,05m <sup>2</sup> |
| REFEITÓRIO - TÉRREO          | 170,28m <sup>2</sup>   |
| REFEITÓRIO - 1º PAV.         | 170,28m <sup>2</sup>   |
| REFEITÓRIO - 2º PAV.         | 170,28m <sup>2</sup>   |
| PAVILHÃO INFANTIL - TÉRREO   | 438,82m <sup>2</sup>   |
| PAVILHÃO INFANTIL - 1º PAV.  | 438,82m <sup>2</sup>   |
| CAPELA                       | 88,85m <sup>2</sup>    |
| AMBULATÓRIO                  | 490,78m <sup>2</sup>   |
| LAVANDERIA                   | 545,00m <sup>2</sup>   |
| COZINHA                      | 476,44m <sup>2</sup>   |
| LABORATÓRIO                  | 517,95m <sup>2</sup>   |
| CANTINA                      | 51,97m <sup>2</sup>    |
| NECROTÉRIO                   | 81,95m <sup>2</sup>    |
| SUBESTAÇÃO                   | 22,55m <sup>2</sup>    |
| MANUTENÇÃO                   | 122,17m <sup>2</sup>   |
| ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS   | 43,81m <sup>2</sup>    |
| DEPÓSITO 01                  | 20,60m <sup>2</sup>    |
| DEPÓSITO 02                  | 20,95m <sup>2</sup>    |
| DEPÓSITO 03                  | 15,27m <sup>2</sup>    |
| GUARITA                      | 3,94m <sup>2</sup>     |

**OBSERVAÇÕES**  
 -ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA = 14.381,42m<sup>2</sup>  
 -ÁREA DO TERRENO = 32.210,25m<sup>2</sup> (APROXIMADA)

# HOSPITAL OTÁVIO MANGABEIRA

AUTORIA DE PROJETO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | ANO DE PROJETO: 2005 | PRANCHA: **06**  
 ARQUIVO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | ANO DE REDESENHO: 2020  
 DISSERTAÇÃO DE: LAÍS DE MATOS SOUZA | REFESENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE: LAÍS DE MATOS SOUZA | ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIUDO | ESCALA: **1/500**



 **FACHADA NORDESTE**  
1/250



 **FACHADA NOROESTE**  
1/250

**HOSPITAL OTÁVIO MANGABEIRA**

AUTORIA DE PROJETO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | ARQUIVO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB)

**FACHADAS NORDESTE E NOROESTE**

DISSERTAÇÃO DE: LAÍS DE MATOS SOUZA | REPRESENTAÇÃO: LAÍS DE MATOS SOUZA | ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO

ANO DE PROJETO: 2005

ANO DE REDESENHO: 2020

ESCALA: 1/250

FRANCHA:

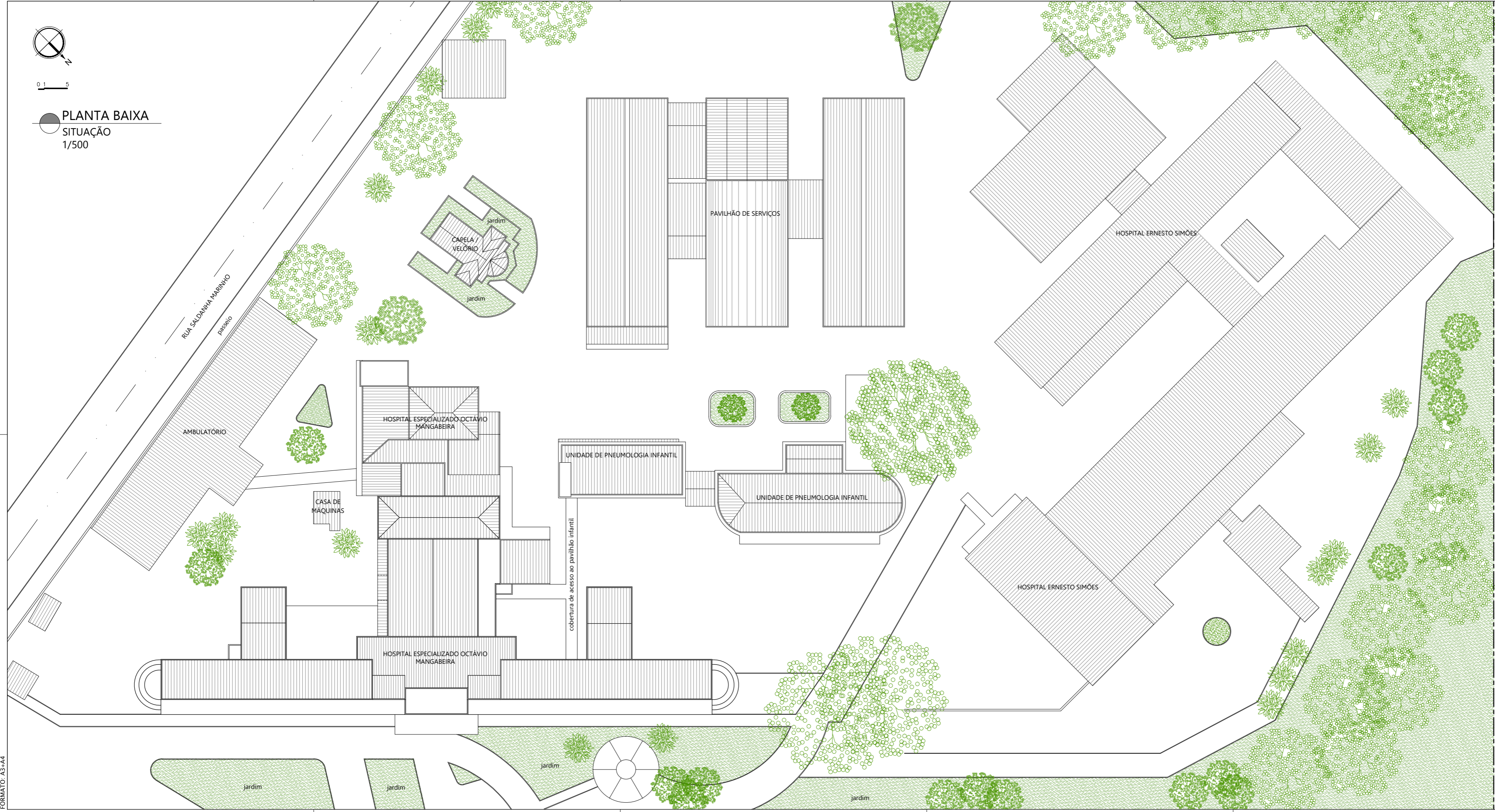
**07**





0 1 5

PLANTA BAIXA  
SITUAÇÃO  
1/500



# HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA

AUTORIA DE PROJETO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB)

ARQUIVO: DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KEZIA)

ANO DE PROJETO: 2011

ANO DE REDESENHO: 2020

08

## PLANTA BAIXA - SITUAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE: LAÍS DE MATOS SOUZA

REDESENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE, COM MODIFICAÇÕES: LAÍS DE MATOS SOUZA / YAGO BRUNO S. DE SOUZA

ESCALA: 1/500

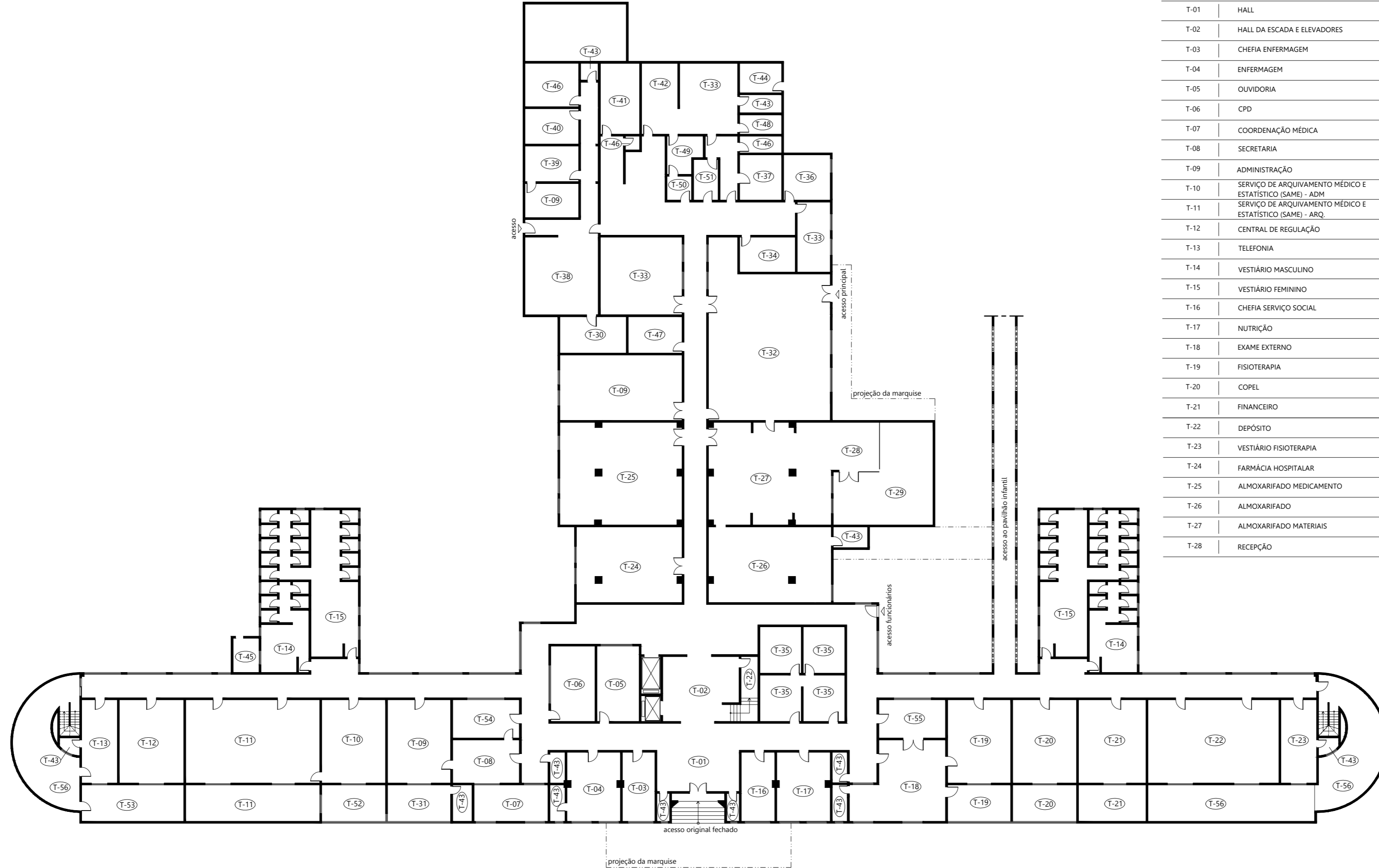
ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO





0 1 5

PLANTA BAIXA  
TÉRREO  
1/250

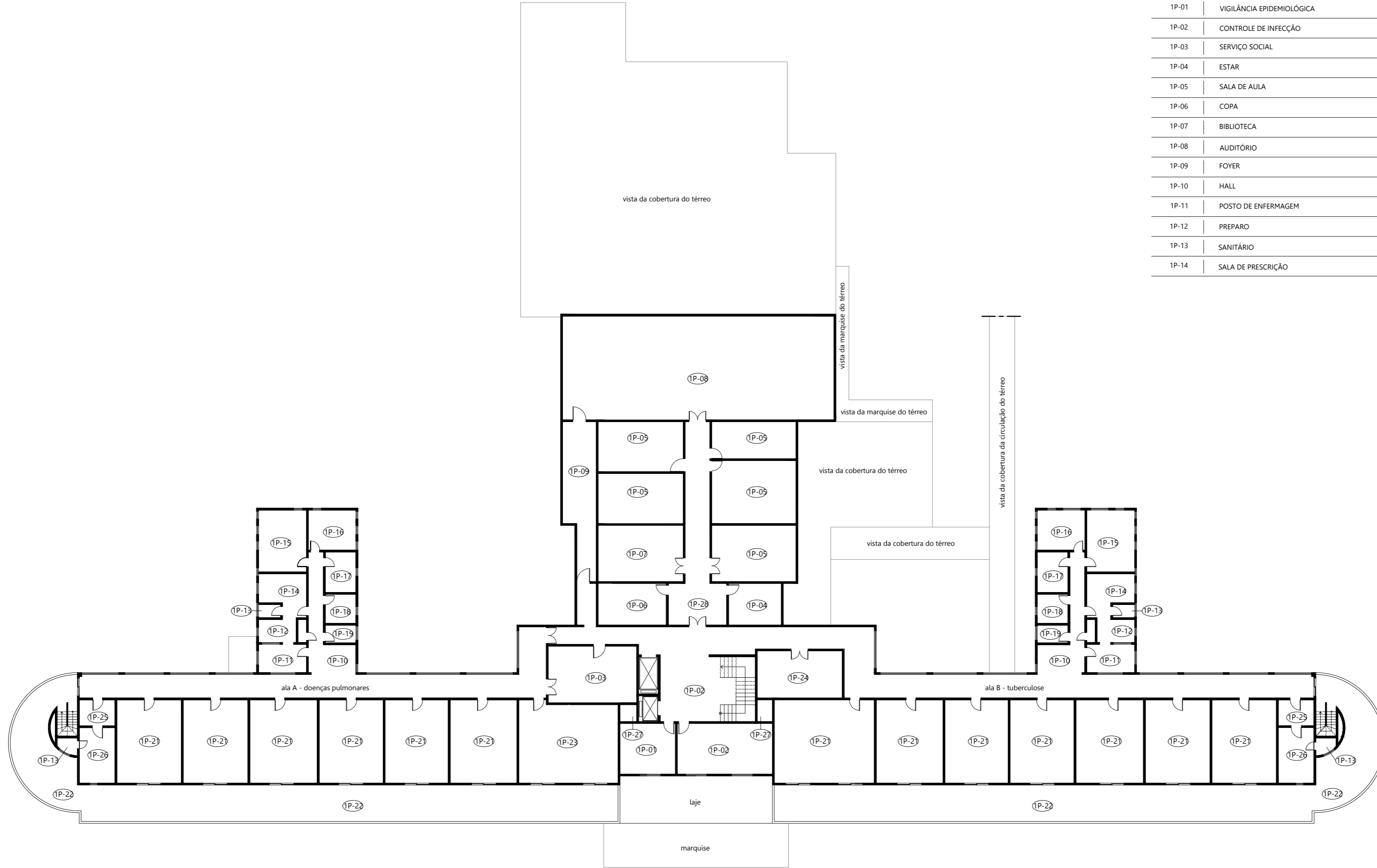


| CÓDIGO | AMBIENTE   | CÓDIGO | AMBIENTE                       |
|--------|--|--------|--------------------------------|
| T-01   | HALL   | T-29   | ALMOXARIFADO GÉN. ALIMENTÍCIOS |
| T-02   | HALL DA ESCADA E ELEVADORES                                | T-30   | CASA DE FORÇA                  |
| T-03   | CHEFIA ENFERMAGEM  | T-31   | DIRETORIA                      |
| T-04   | ENFERMAGEM   | T-32   | RECEPÇÃO DE ESPERA             |
| T-05   | OUVIDORIA  | T-33   | RAIO X                         |
| T-06   | CPD  | T-34   | HEMATOLOGIA                    |
| T-07   | COORDENAÇÃO MÉDICA   | T-35   | RECURSOS HUMANOS               |
| T-08   | SECRETARIA   | T-36   | TOMOGRAFIA                     |
| T-09   | ADMINISTRAÇÃO  | T-37   | LAUDOS                         |
| T-10   | SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME) - ADM  | T-38   | ADMISSÃO / RECEPÇÃO            |
| T-11   | SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME) - ARQ. | T-39   | SERVIÇO MÉDICO                 |
| T-12   | CENTRAL DE REGULAÇÃO                                       | T-40   | SERVIÇO SOCIAL                 |
| T-13   | TELEFONIA  | T-41   | ABREUGRAFIA                    |
| T-14   | VESTIÁRIO MASCULINO  | T-42   | TOMOGRAFIA                     |
| T-15   | VESTIÁRIO FEMININO   | T-43   | SANITÁRIO                      |
| T-16   | CHEFIA SERVIÇO SOCIAL                                      | T-44   | CASA DE BOMBAS                 |
| T-17   | NUTRIÇÃO   | T-45   | COMPRESSOR                     |
| T-18   | EXAME EXTERNO  | T-46   | VESTIÁRIO                      |
| T-19   | FISIOTERAPIA   | T-47   | SERVIÇO DE LIMPEZA             |
| T-20   | COPEL  | T-48   | SALA DE DESCANSO               |
| T-21   | FINANCEIRO   | T-49   | PREPARO                        |
| T-22   | DEPÓSITO   | T-50   | CONTRASTE                      |
| T-23   | VESTIÁRIO FISIOTERAPIA                                     | T-51   | CÂMARA ESCURA                  |
| T-24   | FARMÁCIA HOSPITALAR  | T-52   | SALA DE REUNIÃO                |
| T-25   | ALMOXARIFADO MEDICAMENTO                                   | T-53   | MANUTENÇÃO                     |
| T-26   | ALMOXARIFADO   | T-54   | PENDÊNCIA                      |
| T-27   | ALMOXARIFADO MATERIAIS                                     | T-55   | PONTO FUNCIONÁRIOS             |
| T-28   | RECEPÇÃO   | T-56   | VARANDA / SOLÁRIO              |





**PLANTA BAIXA**  
1º PAVIMENTO  
1/250

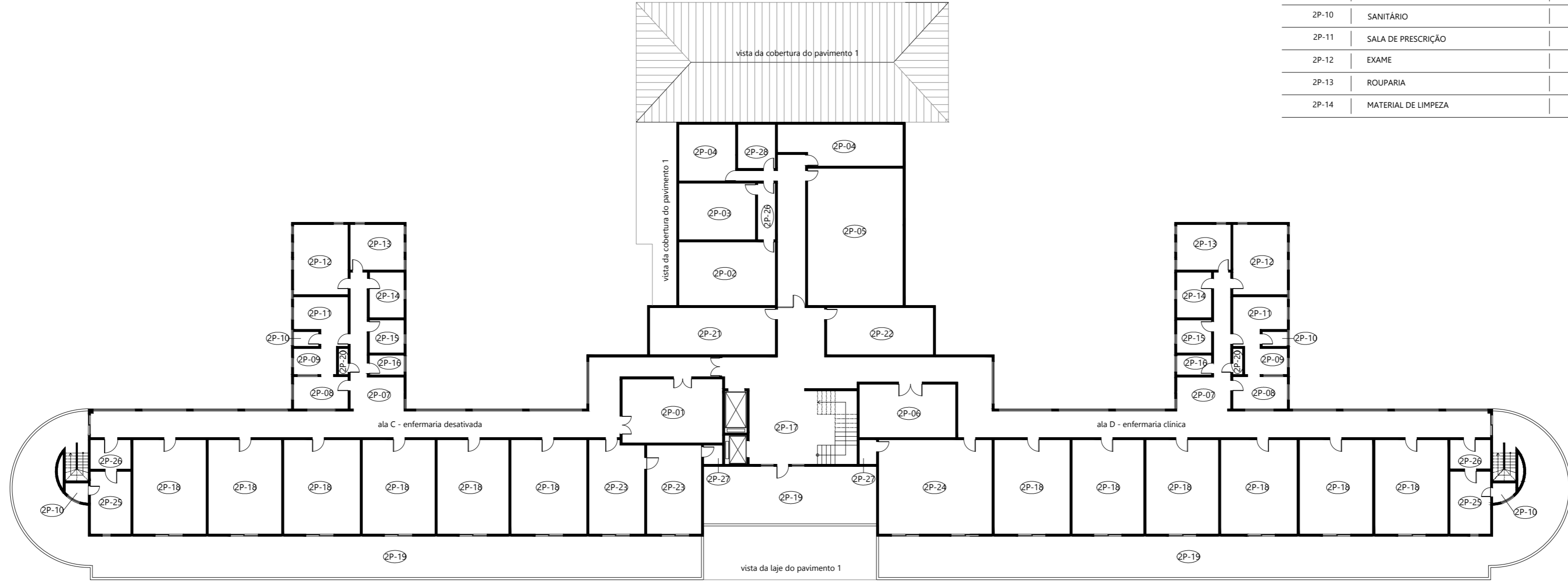


| CÓDIGO | AMBIENTE                  | CÓDIGO | AMBIENTE                    |
|--------|---------------------------|--------|-----------------------------|
| 1P-01  | VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | 1P-15  | EXAME                       |
| 1P-02  | CONTROLE DE INFECÇÃO      | 1P-16  | ROUPARIA                    |
| 1P-03  | SERVIÇO SOCIAL            | 1P-17  | MATERIAL DE LIMPEZA         |
| 1P-04  | ESTAR                     | 1P-18  | ROUPA SUJA                  |
| 1P-05  | SALA DE AULA              | 1P-19  | DESPEJO                     |
| 1P-06  | COPA                      | 1P-20  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES |
| 1P-07  | BIBLIOTECA                | 1P-21  | ENFERMARIA                  |
| 1P-08  | AUDITÓRIO                 | 1P-22  | VARANDA / SOLÁRIO           |
| 1P-09  | FOYER                     | 1P-23  | TERAPIA OCUPACIONAL         |
| 1P-10  | HALL                      | 1P-24  | PRESCRIÇÃO MÉDICA           |
| 1P-11  | POSTO DE ENFERMAGEM       | 1P-25  | ANTE-SALA                   |
| 1P-12  | PREPARO                   | 1P-26  | ISOLAMENTO                  |
| 1P-13  | SANITÁRIO                 | 1P-27  | ARMÁRIO                     |
| 1P-14  | SALA DE PRESCRIÇÃO        | 1P-28  | HALL DO CENTRO DE ESTUDOS   |



0 1 5

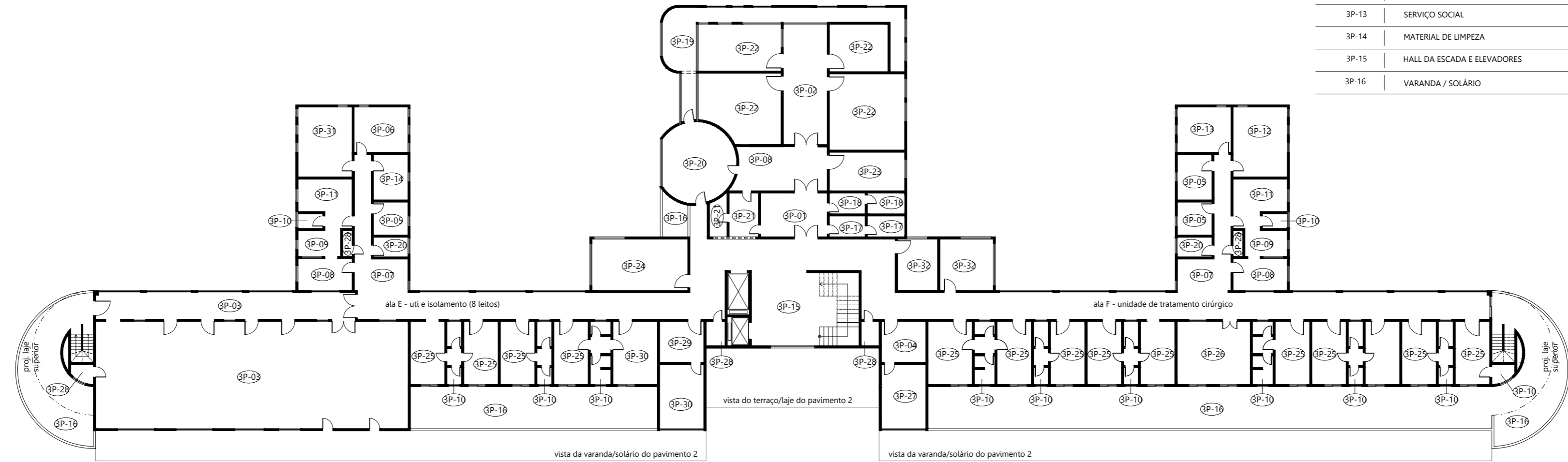
PLANTA BAIXA  
2º PAVIMENTO  
1/250



| CÓDIGO | AMBIENTE                  | CÓDIGO | AMBIENTE                    |
|--------|---------------------------|--------|-----------------------------|
| 2P-01  | RECEBIMENTO DE MATERIAL   | 2P-15  | ROUPA SUJA                  |
| 2P-02  | ESTERILIZAÇÃO FÍSICA      | 2P-16  | DESPEJO                     |
| 2P-03  | ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA     | 2P-17  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES |
| 2P-04  | VESTIÁRIO / COPA          | 2P-18  | ENFERMARIA                  |
| 2P-05  | RECEBIMENTO DE MATERIAL   | 2P-19  | VARANDA / SOLÁRIO           |
| 2P-06  | SALA DE RESIDÊNCIA MÉDICA | 2P-20  | DML                         |
| 2P-07  | HALL                      | 2P-21  | CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO    |
| 2P-08  | POSTO DE ENFERMAGEM       | 2P-22  | SERVIÇO SOCIAL              |
| 2P-09  | PREPARO                   | 2P-23  | SALA MÉDICA                 |
| 2P-10  | SANITÁRIO                 | 2P-24  | SALA DE AULA                |
| 2P-11  | SALA DE PRESCRIÇÃO        | 2P-25  | ISOLAMENTO                  |
| 2P-12  | EXAME                     | 2P-26  | ANTE-SALA                   |
| 2P-13  | ROUPARIA                  | 2P-27  | ARMÁRIO                     |
| 2P-14  | MATERIAL DE LIMPEZA       | 2P-28  | COPA                        |



**PLANTA BAIXA**  
3º PAVIMENTO  
1/250

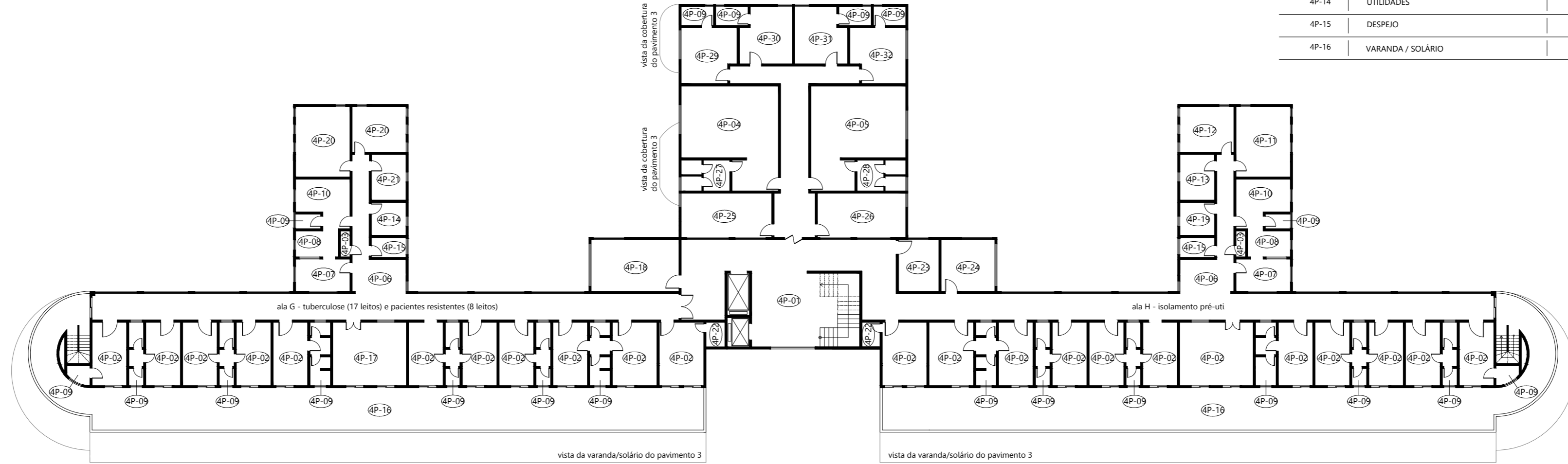


| CÓDIGO | AMBIENTE                              | CÓDIGO | AMBIENTE                                  |
|--------|---------------------------------------|--------|---|
| 3P-01  | ESPERA                                | 3P-17  | VESTIÁRIO ENF. FEMININO                   |
| 3P-02  | CENTRO CIRÚRGICO (4 SALAS CIRÚRGICAS) | 3P-18  | VESTIÁRIO ENF. MASCULINO                  |
| 3P-03  | UTI                                   | 3P-19  | CIRCULAÇÃO DE SERVIÇO DO CENTRO CIRÚRGICO |
| 3P-04  | MEDICINA PRÉ-OCUPACIONAL              | 3P-20  | EXPURGO                                   |
| 3P-05  | UTILIDADES                            | 3P-21  | VESTIÁRIO                                 |
| 3P-06  | SALA EQUIPAMENTOS                     | 3P-22  | SALA CIRÚRGICA                            |
| 3P-07  | HALL                                  | 3P-23  | CONFORTO MÉDICO                           |
| 3P-08  | POSTO DE ENFERMAGEM                   | 3P-24  | COPA DISTRIBUIDORA                        |
| 3P-09  | PREPARO                               | 3P-25  | ENFERMARIA                                |
| 3P-10  | SANITÁRIO                             | 3P-26  | RECUPERAÇÃO                               |
| 3P-11  | SALA DE PRESCRIÇÃO                    | 3P-27  | ENFERMAGEM                                |
| 3P-12  | EXAME                                 | 3P-28  | DEPÓSITO                                  |
| 3P-13  | SERVIÇO SOCIAL                        | 3P-29  | RECEPÇÃO                                  |
| 3P-14  | MATERIAL DE LIMPEZA                   | 3P-30  | BRONCOSCÓPIA                              |
| 3P-15  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES           | 3P-31  | COORDENAÇÃO UTI                           |
| 3P-16  | VARANDA / SOLÁRIO                     | 3P-32  | SALA                                      |



0 1 5

PLANTA BAIXA  
4º PAVIMENTO  
1/250

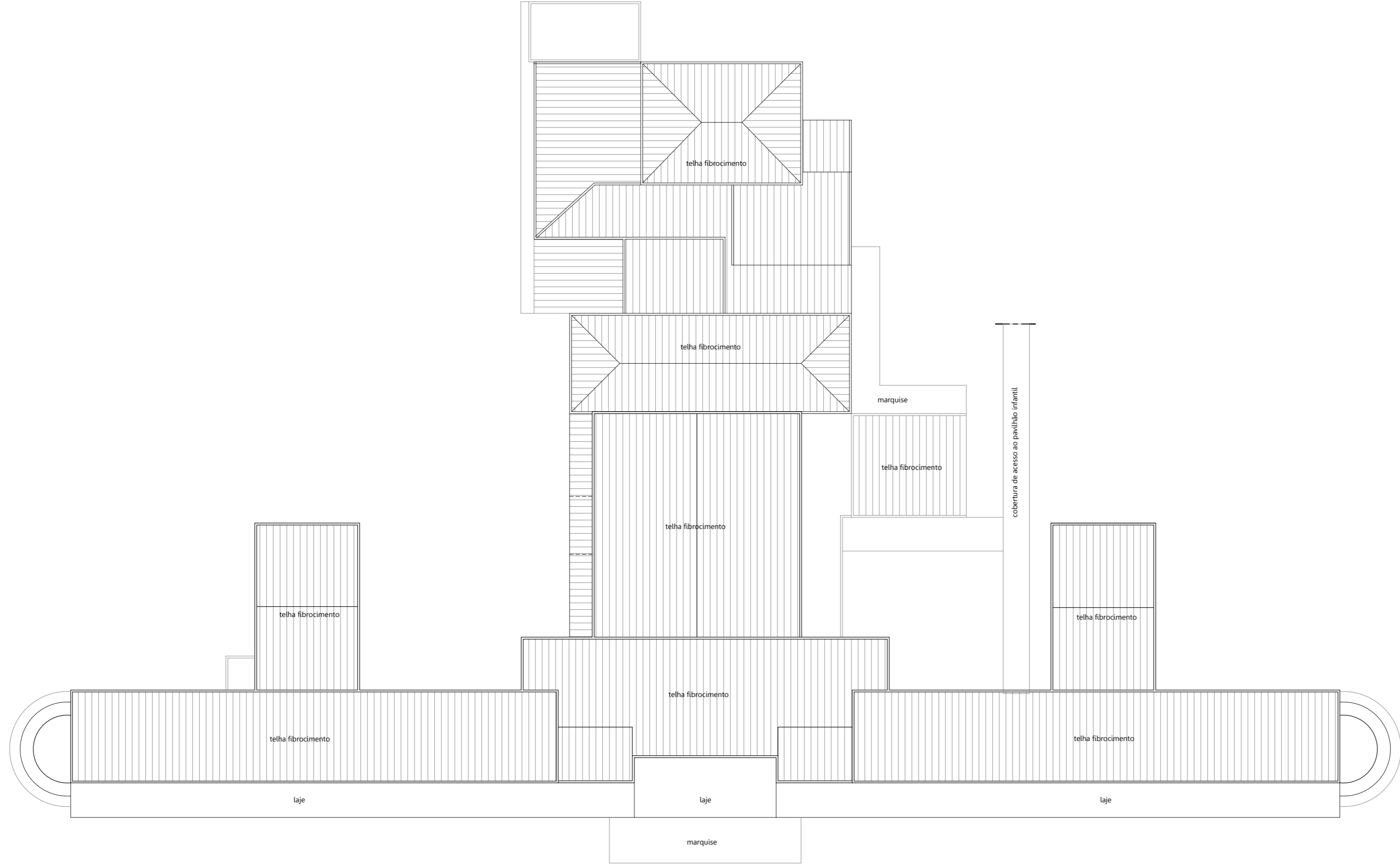


| CÓDIGO | AMBIENTE                    | CÓDIGO | AMBIENTE                    |
|--------|-----------------------------|--------|-----------------------------|
| 4P-01  | HALL DA ESCADA E ELEVADORES | 4P-17  | SALA DE APOIO               |
| 4P-02  | ENFERMARIA                  | 4P-18  | COPA DISTRIBUIÇÃO           |
| 4P-03  | DEPÓSITO                    | 4P-19  | REFEITÓRIO                  |
| 4P-04  | VESTIÁRIO                   | 4P-20  | SALA MÉDICA                 |
| 4P-05  | RESIDÊNCIA MÉDICOS          | 4P-21  | DESCANSO                    |
| 4P-06  | HALL                        | 4P-22  | ARMÁRIO                     |
| 4P-07  | POSTO DE ENFERMAGEM         | 4P-23  | PENDÊNCIA MANUTENÇÃO        |
| 4P-08  | PREPARO                     | 4P-24  | ARSENAL                     |
| 4P-09  | SANITÁRIO                   | 4P-25  | LEITURA                     |
| 4P-10  | SALA DE PRESCRIÇÃO          | 4P-26  | SALA DE AULA                |
| 4P-11  | EXAME                       | 4P-27  | VESTIÁRIO FEMININO          |
| 4P-12  | SERVIÇO SOCIAL              | 4P-28  | VESTIÁRIO MASCULINO         |
| 4P-13  | ROUPARIA                    | 4P-29  | CAPELÃO                     |
| 4P-14  | UTILIDADES                  | 4P-30  | RESIDÊNCIA MÉDICA FEMININA  |
| 4P-15  | DESPEJO                     | 4P-31  | RESIDÊNCIA MÉDICA MASCULINA |
| 4P-16  | VARANDA / SOLÁRIO           | 4P-32  | PENDÊNCIA                   |



0 1 5

PLANTA BAIXA  
COBERTURA  
1/250





● FACHADA NORDESTE  
1/200



**HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA**

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| AUTORIA DE PROJETO:<br>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | ARQUIVO:<br>DETELBA (HANS S. FILHO) + CONVÊNIO IPAC/UFBA-CEAB (DESENHO: KEZIA)                              | PRANCHAS:<br>2011         |
| DISSERTAÇÃO DE<br>LAÍS DE MATOS SOUZA                                 | REDESENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE, COM MODIFICAÇÕES:<br>LAÍS DE MATOS SOUZA / YAGO BRUNO S. DE SOUZA | ANO DE REDESENHO:<br>2020 |
|   | ENDEREÇO:<br>PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO  | ESCALA:<br>1 / 250        |
|   |   | <b>15</b>                 |



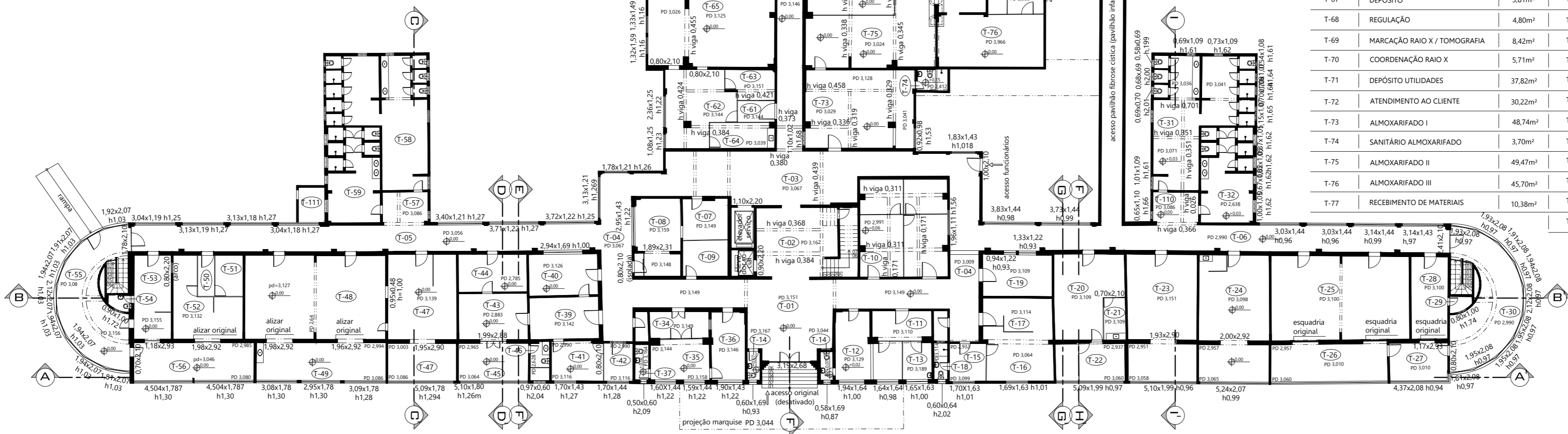


0 1 2 3 4 5

# PLANTA BAIXA TÉRREO 1/250

| CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA     | CÓDIGO | AMBIENTE                | ÁREA    |
|--------|-------------------------------|----------|--------|-------------------------|---------|
| T-01   | RECEPÇÃO (DESATIVADA)         | 37,82m²  | T-23   | COPEL                   | 49,29m² |
| T-02   | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL | 30,22m²  | T-24   | FINANCEIRO              | 49,86m² |
| T-03   | HALL ELEVADOR SERVIÇO         | 55,62m²  | T-25   | PSICOLOGIA              | 67,38m² |
| T-04   | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL        | 115,55m² | T-26   | PSICOLOGIA              | 24,83m² |
| T-05   | CIRCULAÇÃO ALA SUL            | 67,96m²  | T-27   | (SEM USO)               | 12,44m² |
| T-06   | CIRCULAÇÃO ALA NORTE          | 70,72m²  | T-28   | (SEM USO)               | 17,20m² |
| T-07   | RECEPÇÃO INFORMÁTICA          | 10,70m²  | T-29   | SANITÁRIO               | 1,75m²  |
| T-08   | INFORMÁTICA                   | 19,90m²  | T-30   | (SEM USO)               | 39,28m² |
| T-09   | OUVIDORIA                     | 9,31m²   | T-31   | VESTIÁRIO FEMININO      | 57,38m² |
| T-10   | RECURSOS HUMANOS              | 48,56m²  | T-32   | VESTIÁRIO FEMININO      | 70,72m² |
| T-11   | RECEPÇÃO SERVIÇO SOCIAL       | 9,83m²   | T-33   | SANITÁRIO               | 2,83m²  |
| T-12   | SERVIÇO SOCIAL                | 20,48m²  | T-34   | RECEPÇÃO ENFERMAGEM     | 9,02m²  |
| T-13   | ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL    | 6,23m²   | T-35   | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM  | 13,22m² |
| T-14   | SANITÁRIO SERVIÇO SOCIAL      | 2,09m²   | T-36   | ATENDIMENTO ENFERMAGEM  | 12,81m² |
| T-15   | RECEPÇÃO NUTRIÇÃO             | 7,74m²   | T-37   | SANITÁRIO ENFERMAGEM    | 2,74m²  |
| T-16   | NUTRIÇÃO                      | 18,80m²  | T-38   | SANITÁRIO               | 2,24m²  |
| T-17   | COPA NUTRIÇÃO                 | 13,19m²  | T-39   | RECEPÇÃO COORDENAÇÃO    | 16,31m² |
| T-18   | SANITÁRIO NUTRIÇÃO            | 2,80m²   | T-40   | RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS | 16,25m² |
| T-19   | TERAPIA OCUPACIONAL           | 16,54m²  | T-41   | COORDENAÇÃO MÉDICA      | 11,64m² |
| T-20   | FISIOTERAPIA                  | 29,02m²  | T-42   | COORDENAÇÃO MÉDICA      | 6,30m²  |
| T-21   | COPA FISIOTERAPIA             | 5,21m²   | T-43   | RECEPÇÃO DIRETORIA      | 18,19m² |
| T-22   | ATENDIMENTO FISIOTERAPIA      | 14,65m²  | T-44   | CONTABILIDADE DIRETORIA | 14,88m² |

| CÓDIGO | AMBIENTE                                   | ÁREA    | CÓDIGO | AMBIENTE                             | ÁREA    |
|--------|--|---------|--------|--------------------------------------|---------|
| T-45   | DIRETORIA                                  | 15,01m² | T-78   | COPA ALMOXARIFADO                    | 5,53m²  |
| T-46   | SANITÁRIO DIRETORIA                        | 4,14m²  | T-79   | FARMÁCIA DE ALTO CUSTO               | 23,19m² |
| T-47   | SAME                                       | 48,76m² | T-80   | ALMOX. FARMÁCIA ALTO CUSTO           | 25,70m² |
| T-48   | SAME (ARQUIVO)                             | 67,25m² | T-81   | SECRETARIA FARMÁCIA ALTO CUSTO       | 8,73m²  |
| T-49   | SAME (ARQUIVO)                             | 27,68m² | T-82   | CIRCULAÇÃO                           | 14,41m² |
| T-50   | CIRCULAÇÃO HOTELARIA                       | 3,86m²  | T-83   | RECEPÇÃO                             | 73,57m² |
| T-51   | HOTELARIA                                  | 6,86m²  | T-84   | SANITÁRIO MASCULINO                  | 2,18m²  |
| T-52   | PATRIMÔNIO E MANUTENÇÃO EQUIPAMENTO MÉDICO | 22,57m² | T-85   | SANITÁRIO FEMININO                   | 2,31m²  |
| T-53   | EXAMES EXTERNOS                            | 17,65m² | T-86   | DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA      | 3,60m²  |
| T-54   | SANITÁRIO EXAMES EXTERNOS                  | 1,54m²  | T-87   | CIRCULAÇÃO                           | 18,31m² |
| T-55   | (SEM USO)                                  | 39,43m² | T-88   | VESTIÁRIO PACIENTES                  | 1,59m²  |
| T-56   | CONTAS MÉDICAS / FATURAMENTO               | 25,79m² | T-89   | PREPARO / RECUPERAÇÃO                | 21,26m² |
| T-57   | HALL VESTIÁRIOS MASCULINOS                 | 8,51m²  | T-90   | DEPÓSITO                             | 7,99m²  |
| T-58   | VESTIÁRIO MASCULINO                        | 57,01m² | T-91   | RAIO X - SALA 1                      | 16,62m² |
| T-59   | VESTIÁRIO MASCULINO                        | 28,04m² | T-92   | RECEPÇÃO                             | 26,21m² |
| T-60   | CIRCULAÇÃO                                 | 44,89m² | T-93   | SANITÁRIO PNE                        | 4,36m²  |
| T-61   | RECEPÇÃO FARMÁCIA CENTRAL                  | 4,63m²  | T-94   | ESTAR FUNCIONÁRIOS                   | 20,12m² |
| T-62   | FARMÁCIA CENTRAL                           | 26,55m² | T-95   | RAIO X - SALA 2                      | 23,16m² |
| T-63   | ESCRITÓRIO FARMÁCIA CENTRAL                | 7,85m²  | T-96   | ACESSO RESTRITO / COMANDO TOMOGRAFIA | 16,92m² |
| T-64   | COPA FARMÁCIA CENTRAL                      | 9,32m²  | T-97   | TOMOGRAFIA                           | 18,30m² |
| T-65   | ALMOXARIFADO MEDICAMENTOS                  | 76,10m² | T-98   | ESPERA AMBULATÓRIO                   | 60,93m² |
| T-66   | RECEPÇÃO DE INSUMOS                        | 49,72m² | T-99   | VESTIÁRIO PACIENTES                  | 1,49m²  |
| T-67   | DEPÓSITO                                   | 5,81m²  | T-100  | DIGITALIZAÇÃO IMAGEM / T.I.          | 6,37m²  |
| T-68   | REGULAÇÃO                                  | 4,80m²  | T-101  | CIRCULAÇÃO AMBULATÓRIO               | 12,03m² |
| T-69   | MARCAÇÃO RAIO X / TOMOGRAFIA               | 8,42m²  | T-102  | ATENDIMENTO AMBULATÓRIO              | 11,00m² |
| T-70   | COORDENAÇÃO RAIO X                         | 5,71m²  | T-103  | ATENDIMENTO AMBULATÓRIO              | 11,00m² |
| T-71   | DEPÓSITO UTILIDADES                        | 37,82m² | T-104  | ATENDIMENTO AMBULATÓRIO              | 11,00m² |
| T-72   | ATENDIMENTO AO CLIENTE                     | 30,22m² | T-105  | SANITÁRIO AMBULATÓRIO                | 2,26m²  |
| T-73   | ALMOXARIFADO I                             | 48,74m² | T-106  | (NÃO IDENTIFICADO)                   | 25,98m² |
| T-74   | SANITÁRIO ALMOXARIFADO                     | 3,70m²  | T-107  | CASA DE GÁS                          | 1,94m²  |
| T-75   | ALMOXARIFADO II                            | 49,47m² | T-108  | (NÃO IDENTIFICADO)                   | 3,17m²  |
| T-76   | ALMOXARIFADO III                           | 45,70m² | T-109  | SUBESTAÇÃO                           | 7,17m²  |
| T-77   | RECEBIMENTO DE MATERIAIS                   | 10,38m² | T-110  | HALL VESTIÁRIOS                      | 8,45m²  |
|        |  |         | T-111  | COMPRESSOR                           | 5,21m²  |



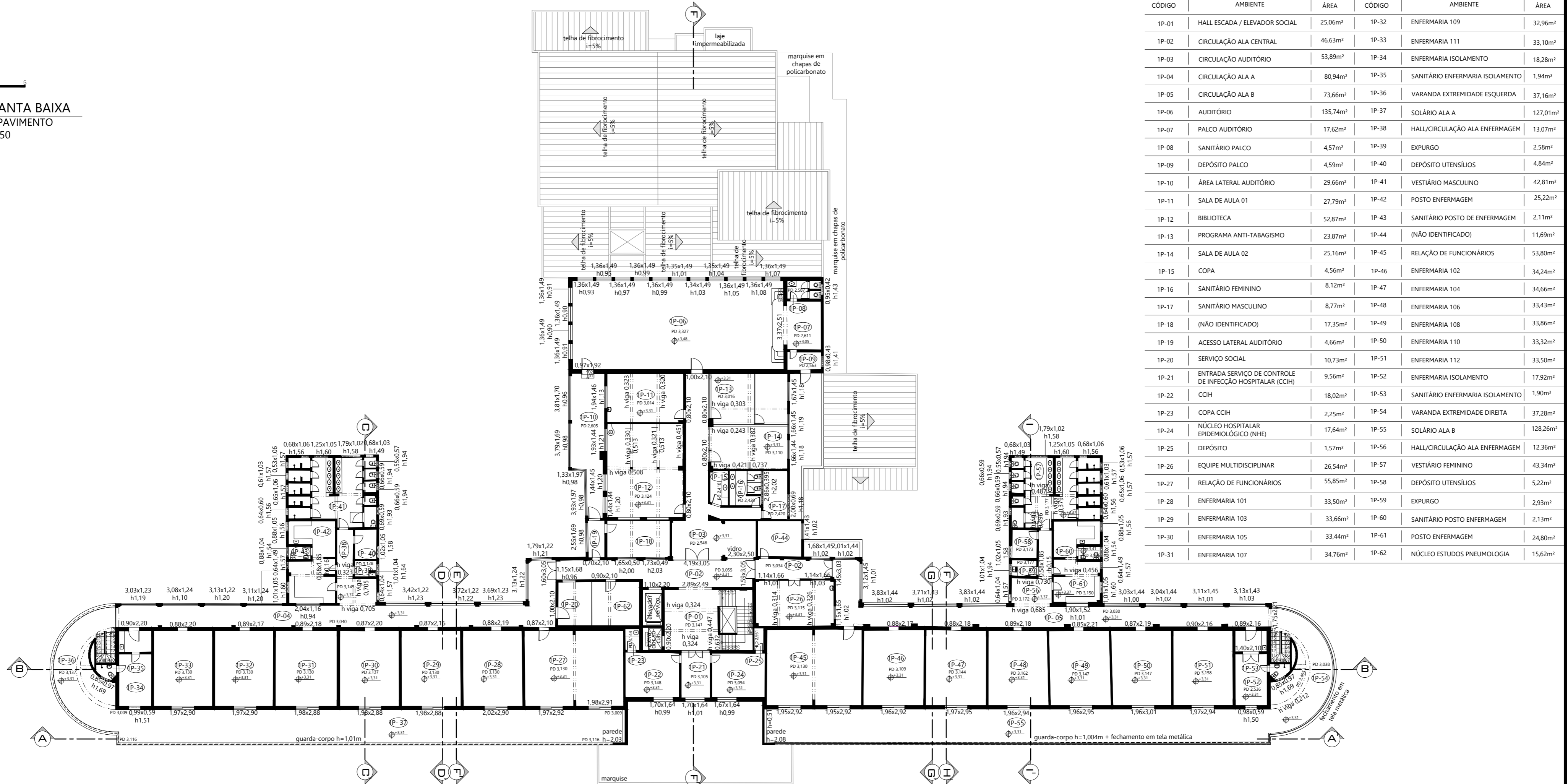
# HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA

AUTORIA DE PROJETO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | AUTORIA DE CADASTRO E DESENHO: ARQUIVO: MP-CECRE / UFBA | ANO DE PROJETO: 2018 | PRANCHA: 16  
 CADASTRO: LAIS DE MATOS SOUZA E GABRIELA OTREIMBA | DESENHOS: GABRIELA OTREIMBA | ANO DE REDESENHO: 2020 | ESCALA: 1/250  
 REDESENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE, COM MODIFICAÇÕES: LAIS DE MATOS SOUZA / YAGO BRUNO S. DE SOUZA | ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO



0 1 5

**PLANTA BAIXA**  
1º PAVIMENTO  
1/250



| CÓDIGO | AMBIENTE  | ÁREA     | CÓDIGO | AMBIENTE                        | ÁREA     |
|--------|---|----------|--------|---------------------------------|----------|
| 1P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL                             | 25,06m²  | 1P-32  | ENFERMARIA 109                  | 32,96m²  |
| 1P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL                                    | 46,63m²  | 1P-33  | ENFERMARIA 111                  | 33,10m²  |
| 1P-03  | CIRCULAÇÃO AUDITÓRIO                                      | 53,89m²  | 1P-34  | ENFERMARIA ISOLAMENTO           | 18,28m²  |
| 1P-04  | CIRCULAÇÃO ALA A  | 80,94m²  | 1P-35  | SANITÁRIO ENFERMARIA ISOLAMENTO | 1,94m²   |
| 1P-05  | CIRCULAÇÃO ALA B  | 73,66m²  | 1P-36  | VARANDA EXTREMIDADE ESQUERDA    | 37,16m²  |
| 1P-06  | AUDITÓRIO   | 135,74m² | 1P-37  | SOLÁRIO ALA A                   | 127,01m² |
| 1P-07  | PALCO AUDITÓRIO   | 17,62m²  | 1P-38  | HALL/CIRCULAÇÃO ALA ENFERMAGEM  | 13,07m²  |
| 1P-08  | SANITÁRIO PALCO   | 4,57m²   | 1P-39  | EXPURGO                         | 2,58m²   |
| 1P-09  | DEPÓSITO PALCO  | 4,59m²   | 1P-40  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS             | 4,84m²   |
| 1P-10  | ÁREA LATERAL AUDITÓRIO                                    | 29,66m²  | 1P-41  | VESTIÁRIO MASCULINO             | 42,81m²  |
| 1P-11  | SALA DE AULA 01   | 27,79m²  | 1P-42  | POSTO ENFERMAGEM                | 25,22m²  |
| 1P-12  | BIBLIOTECA  | 52,87m²  | 1P-43  | SANITÁRIO POSTO DE ENFERMAGEM   | 2,11m²   |
| 1P-13  | PROGRAMA ANTI-TABAGISMO                                   | 23,87m²  | 1P-44  | (NÃO IDENTIFICADO)              | 11,69m²  |
| 1P-14  | SALA DE AULA 02   | 25,16m²  | 1P-45  | RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS         | 53,80m²  |
| 1P-15  | COPA  | 4,56m²   | 1P-46  | ENFERMARIA 102                  | 34,24m²  |
| 1P-16  | SANITÁRIO FEMININO  | 8,12m²   | 1P-47  | ENFERMARIA 104                  | 34,66m²  |
| 1P-17  | SANITÁRIO MASCULINO                                       | 8,77m²   | 1P-48  | ENFERMARIA 106                  | 33,43m²  |
| 1P-18  | (NÃO IDENTIFICADO)  | 17,35m²  | 1P-49  | ENFERMARIA 108                  | 33,86m²  |
| 1P-19  | ACESSO LATERAL AUDITÓRIO                                  | 4,66m²   | 1P-50  | ENFERMARIA 110                  | 33,32m²  |
| 1P-20  | SERVIÇO SOCIAL  | 10,73m²  | 1P-51  | ENFERMARIA 112                  | 33,50m²  |
| 1P-21  | ENTRADA SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCHI) | 9,56m²   | 1P-52  | ENFERMARIA ISOLAMENTO           | 17,92m²  |
| 1P-22  | CCHI  | 18,02m²  | 1P-53  | SANITÁRIO ENFERMARIA ISOLAMENTO | 1,90m²   |
| 1P-23  | COPA CCHI   | 2,25m²   | 1P-54  | VARANDA EXTREMIDADE DIREITA     | 37,28m²  |
| 1P-24  | NÚCLEO HOSPITALAR EPIDEMIOLÓGICO (NHE)                    | 17,64m²  | 1P-55  | SOLÁRIO ALA B                   | 128,26m² |
| 1P-25  | DEPÓSITO  | 1,57m²   | 1P-56  | HALL/CIRCULAÇÃO ALA ENFERMAGEM  | 12,36m²  |
| 1P-26  | EQUIPE MULTIDISCIPLINAR                                   | 26,54m²  | 1P-57  | VESTIÁRIO FEMININO              | 43,34m²  |
| 1P-27  | RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS                                   | 55,85m²  | 1P-58  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS             | 5,22m²   |
| 1P-28  | ENFERMARIA 101  | 33,50m²  | 1P-59  | EXPURGO                         | 2,93m²   |
| 1P-29  | ENFERMARIA 103  | 33,66m²  | 1P-60  | SANITÁRIO POSTO ENFERMAGEM      | 2,13m²   |
| 1P-30  | ENFERMARIA 105  | 33,44m²  | 1P-61  | POSTO ENFERMAGEM                | 24,80m²  |
| 1P-31  | ENFERMARIA 107  | 34,76m²  | 1P-62  | NÚCLEO ESTUDOS PNEUMOLOGIA      | 15,62m²  |

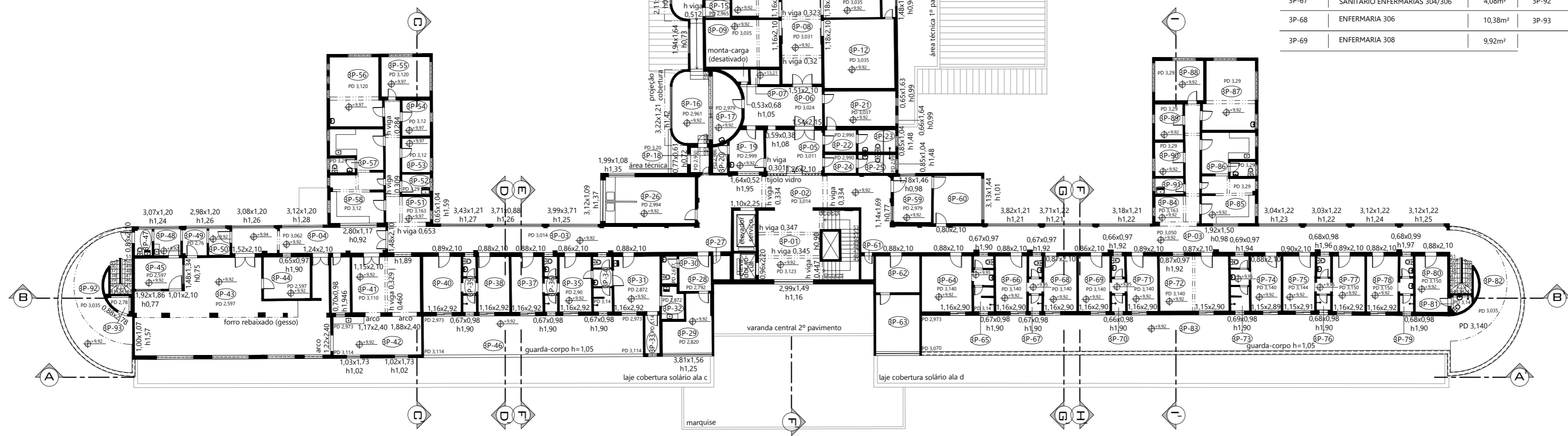




0 1 5

PLANTA BAIXA  
3º PAVIMENTO  
1/250

| CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA    | CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA    |
|--------|-------------------------------|---------|--------|-------------------------------|---------|
| 3P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL | 25,34m² | 3P-23  | SANITÁRIO MASCULINO           | 4,72m²  |
| 3P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL        | 52,03m² | 3P-24  | VESTIÁRIO FEMININO            | 3,41m²  |
| 3P-03  | CIRCULAÇÃO ALA E              | 43,70m² | 3P-25  | SANITÁRIO FEMININO            | 4,03m²  |
| 3P-04  | CIRCULAÇÃO ALA E (UTI)        | 15,74m² | 3P-26  | COPA                          | 23,93m² |
| 3P-05  | HALL CENTRO CIRÚRGICO         | 13,78m² | 3P-27  | DEPÓSITO MATERIAL LIMPEZA     | 2,32m²  |
| 3P-06  | CENTRO CIRÚRGICO              | 18,33m² | 3P-28  | RECEPÇÃO BRONCOSCOPIA         | 6,50m²  |
| 3P-07  | DEPÓSITO MATERIAIS            | 2,45m²  | 3P-29  | ATENDIMENTO BRONCOSCOPIA      | 13,37m² |
| 3P-08  | HALL SALAS DE CIRURGIA        | 24,49m² | 3P-30  | SANITÁRIO BRONCOSCOPIA        | 2,36m²  |
| 3P-09  | SALA DE CIRURGIA 01           | 19,85m² | 3P-31  | BRONCOSCOPIA                  | 14,56m² |
| 3P-10  | SALA DE CIRURGIA 02           | 10,95m² | 3P-32  | EXPURGO                       | 3,88m²  |
| 3P-11  | SALA DE CIRURGIA 03           | 13,49m² | 3P-33  | DESINFECÇÃO QUÍMICA           | 3,20m²  |
| 3P-12  | SALA DE CIRURGIA 04           | 27,97m² | 3P-34  | SANITÁRIO BRONCOSCOPIA        | 5,90m²  |
| 3P-13  | CIRCULAÇÃO ALA CIRÚRGICA      | 31,24m² | 3P-35  | RECUPERAÇÃO PÓS BRONCOSCOPIA  | 10,12m² |
| 3P-14  | EXPURGO                       | 3,01m²  | 3P-36  | SANITÁRIO ENFERMARIA 301      | 4,08m²  |
| 3P-15  | DEPÓSITO                      | 2,53m²  | 3P-37  | ENFERMARIA 301                | 9,88m²  |
| 3P-16  | SAÍDA LIXO CIRÚRGICO          | 14,52m² | 3P-38  | ENFERMARIA 303                | 9,98m²  |
| 3P-17  | COPA CENTRO CIRÚRGICO         | 9,85m²  | 3P-39  | SANITÁRIO ENFERMARIAS 303/305 | 4,14m²  |
| 3P-18  | LIXO CIRÚRGICO                | 2,65m²  | 3P-40  | ENFERMARIA 305                | 12,16m² |
| 3P-19  | ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO   | 7,95m²  | 3P-41  | UTI - LEITO 01                | 21,88m² |
| 3P-20  | DEPÓSITO                      | 2,33m²  | 3P-42  | UTI - LEITO 02                | 19,56m² |
| 3P-21  | DESCANSO MÉDICO               | 14,36m² | 3P-43  | UTI - LEITO 03                | 88,10m² |
| 3P-22  | VESTIÁRIO MASCULINO           | 3,85m²  | 3P-44  | DEPÓSITO                      | 11,20m² |



| CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA    | CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA     |
|--------|-------------------------------|---------|--------|-------------------------------|----------|
| 3P-45  | UTI - ISOLAMENTO              | 8,54m²  | 3P-70  | SANITÁRIO ENFERMARIAS 308/310 | 4,24m²   |
| 3P-46  | SOLÁRIO ALA E                 | 49,61m² | 3P-71  | ENFERMARIA 310                | 2,07m²   |
| 3P-47  | EXPURGO                       | 2,61m²  | 3P-72  | ENFERMARIA 312                | 26,13m²  |
| 3P-48  | EXPURGO                       | 4,07m²  | 3P-73  | SANITÁRIO ENFERMARIA 314      | 10,25m²  |
| 3P-49  | EXPURGO                       | 3,58m²  | 3P-74  | ENFERMARIA 314                | 13,21m²  |
| 3P-50  | EXPURGO                       | 3,22m²  | 3P-75  | ENFERMARIA 316                | 1,73m²   |
| 3P-51  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM      | 15,16m² | 3P-76  | SANITÁRIO ENFERMARIAS 316/318 | 9,33m²   |
| 3P-52  | EXPURGO                       | 3,24m²  | 3P-77  | ENFERMARIA 318                | 14,33m²  |
| 3P-53  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS           | 5,79m²  | 3P-78  | ENFERMARIA 320                | 16,05m²  |
| 3P-54  | DEPÓSITO                      | 5,82m²  | 3P-79  | SANITÁRIO ENFERMARIA 320      | 6,41m²   |
| 3P-55  | SERVIÇO SOCIAL                | 11,21m² | 3P-80  | ENFERMARIA 322                | 9,93m²   |
| 3P-56  | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM        | 20,19m² | 3P-81  | SANITÁRIO ENFERMARIA 322      | 4,08m²   |
| 3P-57  | SANITÁRIO POSTO DE ENFERMAGEM | 2,07m²  | 3P-82  | VARANDA ALA F                 | 15,15m²  |
| 3P-58  | POSTO DE ENFERMAGEM           | 26,13m² | 3P-83  | SOLÁRIO ALA F                 | 107,05m² |
| 3P-59  | (SEM USO)                     | 10,25m² | 3P-84  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM      | 15,37m²  |
| 3P-60  | (SEM USO)                     | 13,21m² | 3P-85  | POSTO DE ENFERMAGEM           | 25,12m²  |
| 3P-61  | DEPÓSITO MATERIAL DE LIMPEZA  | 1,73m²  | 3P-86  | SANITÁRIO POSTO DE ENFERMAGEM | 2,06m²   |
| 3P-62  | RECEPÇÃO PRESCRIÇÃO MÉDICA    | 9,33m²  | 3P-87  | SERVIÇO SOCIAL                | 20,13m²  |
| 3P-63  | PRESCRIÇÃO MÉDICA             | 14,33m² | 3P-88  | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM        | 11,22m²  |
| 3P-64  | ENFERMARIA 302                | 16,05m² | 3P-89  | DEPÓSITO                      | 5,94m²   |
| 3P-65  | SANITÁRIO ENFERMARIA 302      | 6,41m²  | 3P-90  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS           | 5,54m²   |
| 3P-66  | ENFERMARIA 304                | 9,93m²  | 3P-91  | EXPURGO                       | 2,59m²   |
| 3P-67  | SANITÁRIO ENFERMARIAS 304/306 | 4,08m²  | 3P-92  | VARANDA ALA E                 | 15,15m²  |
| 3P-68  | ENFERMARIA 306                | 10,38m² | 3P-93  | (SEM USO)                     | 1,82m²   |
| 3P-69  | ENFERMARIA 308                | 9,92m²  |        |                               |          |

FORMATO: A3-A4

# HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA

AUTORIA DE PROJETO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | AUTORIA DE CADASTRO E DESENHO: ARQUIVO: MP-CECRE / UFBA | ANO DE PROJETO: 2018 | PRANCHA: 19  
 CADASTRO: LAIS DE MATOS SOUZA E GABRIELA OTREMBIA / DESENHOS: GABRIELA OTREMBIA | ANO DE REDESENHO: 2020 | ESCALA: 1/250  
 REDSENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE, COM MODIFICAÇÕES: LAIS DE MATOS SOUZA / YAGO BRUNO S. DE SOUZA | ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO



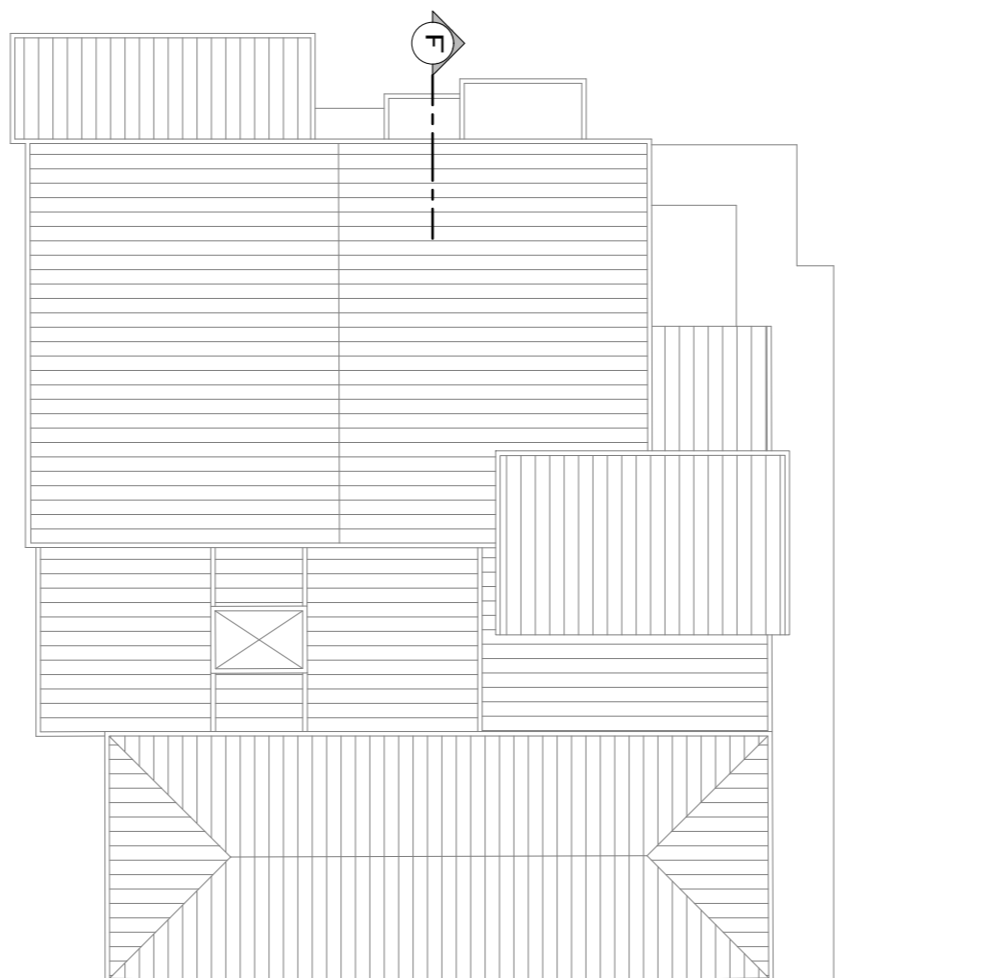
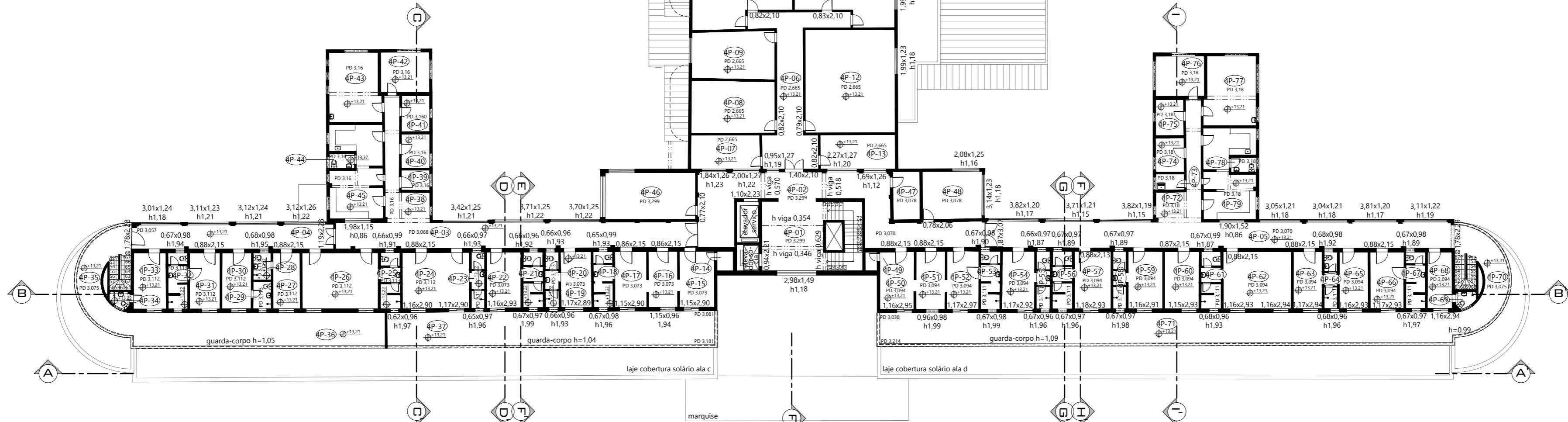


0 1 5

PLANTA BAIXA  
4º PAVIMENTO  
1/250

| CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA    | CÓDIGO | AMBIENTE                 | ÁREA    |
|--------|-------------------------------|---------|--------|--------------------------|---------|
| 4P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL | 25,34m² | 4P-21  | SANITÁRIO ENFERMARIA 409 | 6,26m²  |
| 4P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL        | 57,72m² | 4P-22  | ENFERMARIA 409           | 11,22m² |
| 4P-03  | CIRCULAÇÃO ALA G              | 56,71m² | 4P-23  | SANITÁRIO ENFERMARIA 411 | 4,20m²  |
| 4P-04  | CIRCULAÇÃO ALA G (ISOLADA)    | 26,38m² | 4P-24  | ENFERMARIA 411           | 21,56m² |
| 4P-05  | CIRCULAÇÃO ALA H              | 69,76m² | 4P-25  | SANITÁRIO ENFERMARIA 413 | 6,19m²  |
| 4P-06  | CIRCULAÇÃO                    | 36,45m² | 4P-26  | ENFERMARIA 413           | 24,42m² |
| 4P-07  | RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS       | 13,47m² | 4P-27  | ENFERMARIA 415           | 8,74m²  |
| 4P-08  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      | 24,94m² | 4P-28  | SANITÁRIO ENFERMARIA 415 | 2,73m²  |
| 4P-09  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      | 22,65m² | 4P-29  | SANITÁRIO ENFERMARIA 417 | 2,77m²  |
| 4P-10  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      | 36,66m² | 4P-30  | ENFERMARIA 417           | 9,30m²  |
| 4P-11  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      | 34,41m² | 4P-31  | ENFERMARIA 419           | 9,67m²  |
| 4P-12  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      | 52,34m² | 4P-32  | SANITÁRIO ENFERMARIA 419 | 6,28m²  |
| 4P-13  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      | 14,66m² | 4P-33  | ENFERMARIA 421           | 10,43m² |
| 4P-14  | ARMÁRIO                       | 1,84m²  | 4P-34  | SANITÁRIO ENFERMARIA 421 | 1,76m²  |
| 4P-15  | ENFERMARIA 401                | 11,12m² | 4P-35  | VARANDA ALA G            | 19,79m² |
| 4P-16  | ENFERMARIA 403                | 9,64m²  | 4P-36  | SOLÁRIO ALA G (ISOLADA)  | 50,17m² |
| 4P-17  | ENFERMARIA 405                | 10,22m² | 4P-37  | SOLÁRIO ALA G            | 60,24m² |
| 4P-18  | SANITÁRIO ENFERMARIA 405      | 6,08m²  | 4P-38  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM | 15,95m² |
| 4P-19  | ENFERMARIA 407                | 9,77m²  | 4P-39  | EXPURGO                  | 3,27m²  |
| 4P-20  | SANITÁRIO ENFERMARIA 407      | 4,20m²  | 4P-40  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS      | 5,50m²  |

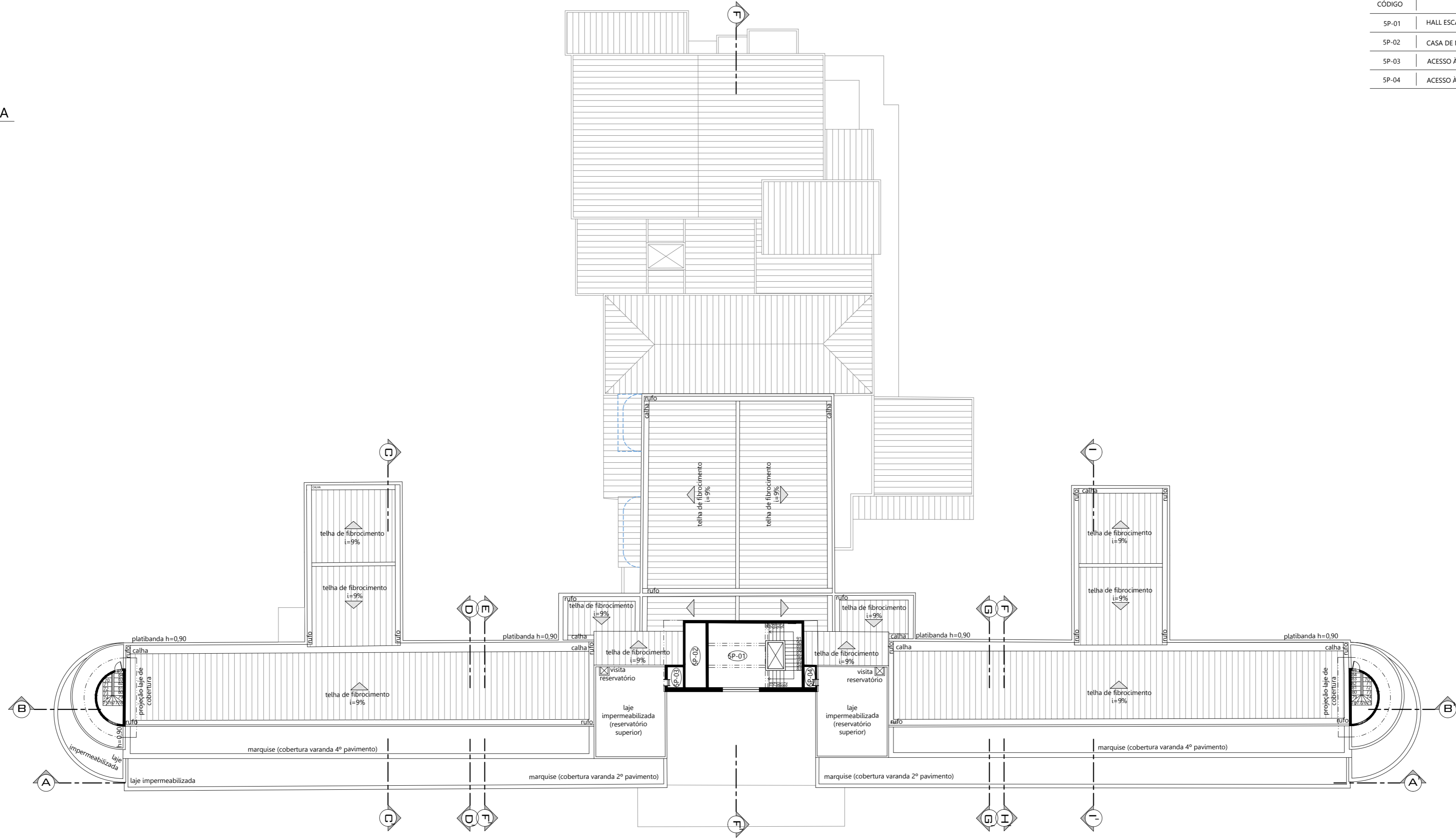
| CÓDIGO | AMBIENTE                      | ÁREA    | CÓDIGO | AMBIENTE                        | ÁREA     |
|--------|-------------------------------|---------|--------|---------------------------------|----------|
| 4P-41  | DEPÓSITO                      | 5,79m²  | 4P-61  | SANITÁRIO ENFERMARIA 416        | 6,36m²   |
| 4P-42  | SERVIÇO SOCIAL                | 11,16m² | 4P-62  | ENFERMARIA 416                  | 22,34m²  |
| 4P-43  | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM        | 20,19m² | 4P-63  | ENFERMARIA 418                  | 9,32m²   |
| 4P-44  | SANITÁRIO POSTO DE ENFERMAGEM | 2,12m²  | 4P-64  | SANITÁRIO ENFERMARIAS 418 E 420 | 4,27m²   |
| 4P-45  | POSTO DE ENFERMAGEM           | 25,74m² | 4P-65  | ENFERMARIA 420                  | 9,33m²   |
| 4P-46  | COPA                          | 26,79m² | 4P-66  | ENFERMARIA 422                  | 10,96m²  |
| 4P-47  | (SEM USO)                     | 7,49m²  | 4P-67  | SANITÁRIO ENFERMARIA 422        | 6,36m²   |
| 4P-48  | (SEM USO)                     | 16,59m² | 4P-68  | ENFERMARIA 424                  | 7,90m²   |
| 4P-49  | ARMÁRIO                       | 1,26m²  | 4P-69  | SANITÁRIO ENFERMARIA 424        | 1,71m²   |
| 4P-50  | ENFERMARIA 402                | 11,28m² | 4P-70  | VARANDA ALA H                   | 18,71m²  |
| 4P-51  | ENFERMARIA 404                | 9,64m²  | 4P-71  | SOLÁRIO ALA H                   | 101,05m² |
| 4P-52  | ENFERMARIA 406                | 10,53m² | 4P-72  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM        | 15,72m²  |
| 4P-53  | SANITÁRIO ENFERMARIA 406      | 6,43m²  | 4P-73  | EXPURGO                         | 2,49m²   |
| 4P-54  | ENFERMARIA 408                | 10,75m² | 4P-74  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS             | 5,57m²   |
| 4P-55  | SANITÁRIO ENFERMARIA 408      | 4,50m²  | 4P-75  | DEPÓSITO                        | 5,74m²   |
| 4P-56  | SANITÁRIO ENFERMARIA 410      | 6,51m²  | 4P-76  | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM          | 11,22m²  |
| 4P-57  | ENFERMARIA 410                | 12,02m² | 4P-77  | SERVIÇO SOCIAL                  | 20,12m²  |
| 4P-58  | SANITÁRIO ENFERMARIA 412      | 4,33m²  | 4P-78  | SANITÁRIO POSTO DE ENFERMAGEM   | 2,10m²   |
| 4P-59  | ENFERMARIA 412                | 11,34m² | 4P-79  | POSTO DE ENFERMAGEM             | 24,68m²  |
| 4P-60  | ENFERMARIA 414                | 11,25m² |        |                                 |          |







PLANTA BAIXA  
COBERTURA  
1/250

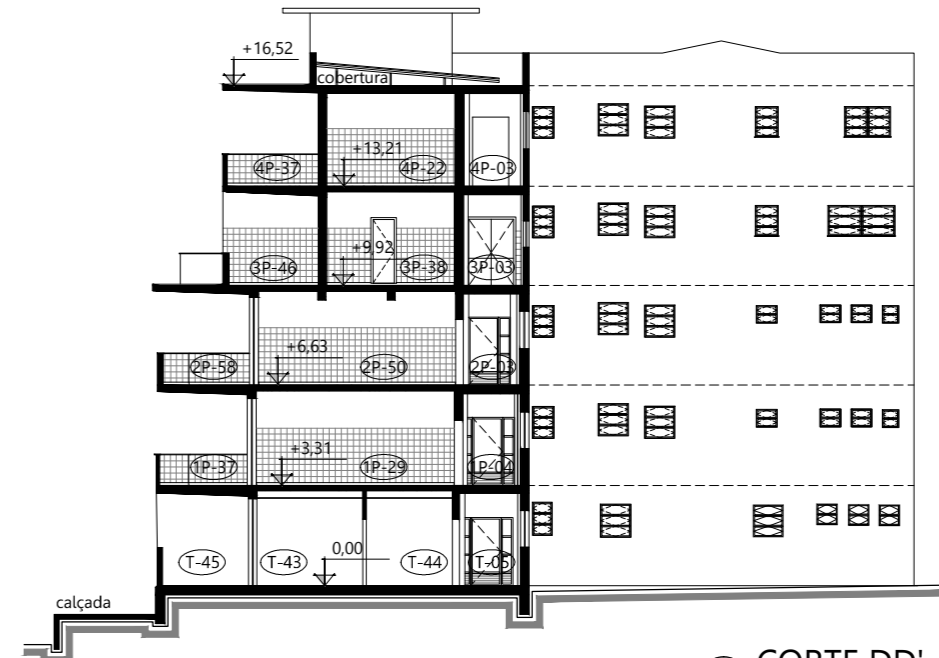


| CÓDIGO | AMBIENTE                        | ÁREA                |
|--------|---------------------------------|---------------------|
| SP-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL   | 25,32m <sup>2</sup> |
| SP-02  | CASA DE MÁQUINAS DOS ELEVADORES | 8,86m <sup>2</sup>  |
| SP-03  | ACESSO À COBERTURA              | 2,17m <sup>2</sup>  |
| SP-04  | ACESSO À COBERTURA              | 1,53m <sup>2</sup>  |





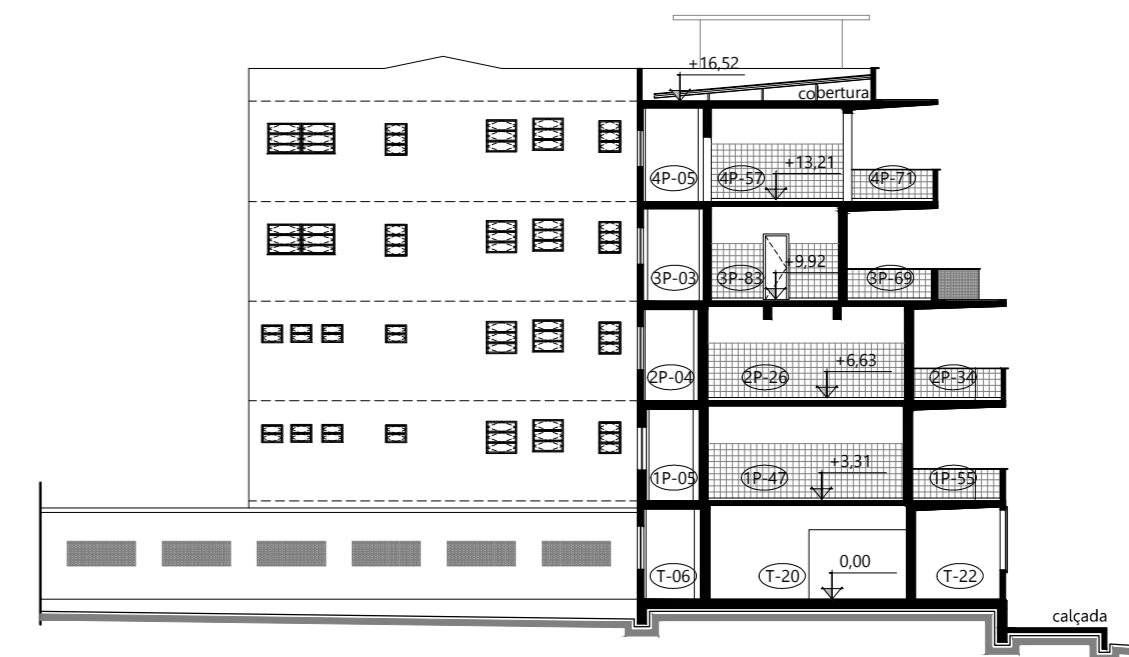
**CORTE CC'**  
1/250



**CORTE DD'**  
1/250



**CORTE EE'**  
1/250



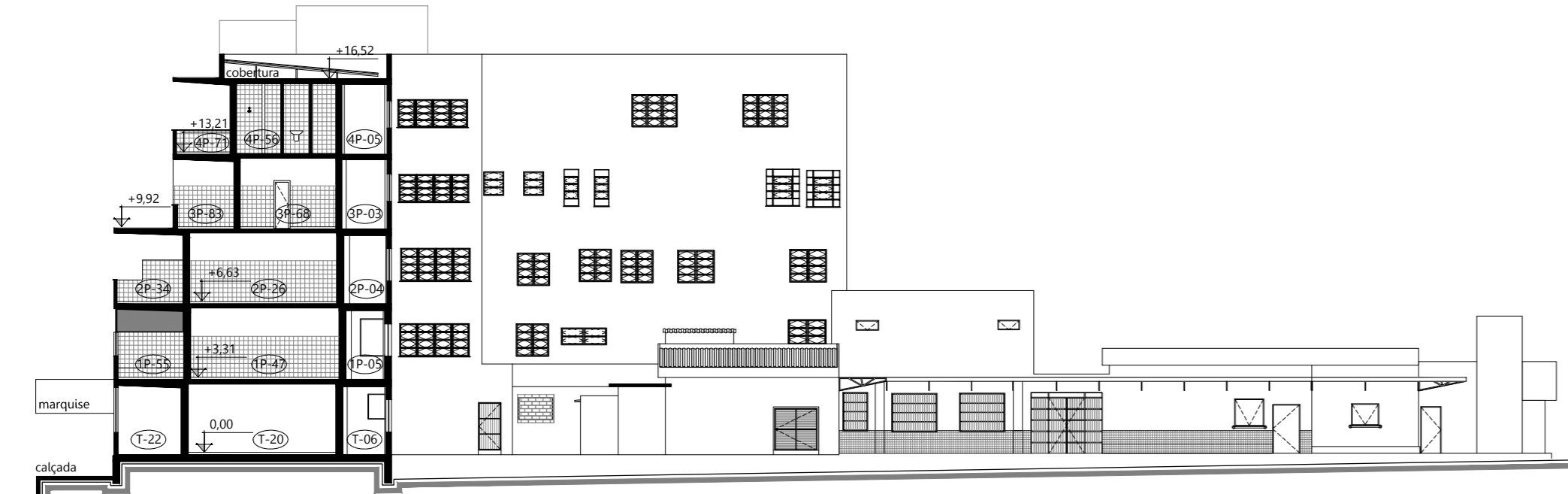
**CORTE HH'**  
1/250

FORMATO: A3-A4

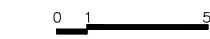
| CÓDIGO | AMBIENTE                 | CÓDIGO | AMBIENTE                   | CÓDIGO | AMBIENTE                         | CÓDIGO | AMBIENTE            | CÓDIGO | AMBIENTE                 | CÓDIGO | AMBIENTE            | CÓDIGO | AMBIENTE                 | CÓDIGO | AMBIENTE         | CÓDIGO | AMBIENTE                 |
|--------|--------------------------|--------|----------------------------|--------|----------------------------------|--------|---------------------|--------|--------------------------|--------|---------------------|--------|--------------------------|--------|------------------|--------|--------------------------|
| T-05   | CIRCULAÇÃO ALA SUL       | T-45   | DIRETORIA                  | 1P-29  | ENFERMARIA 103                   | 1P-41  | VESTIÁRIO MASCULINO | 2P-34  | SOLÁRIO ALA D            | 2P-62  | DEPÓSITO            | 3P-41  | UTI - LEITO 01           | 3P-54  | DEPÓSITO         | 4P-22  | ENFERMARIA 409           |
| T-06   | CIRCULAÇÃO ALA NORTE     | T-47   | SAME                       | 1P-30  | ENFERMARIA 105                   | 1P-47  | ENFERMARIA 104      | 2P-50  | ENFERMARIA 203           | 2P-63  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS | 3P-42  | UTI - LEITO 02           | 3P-55  | SERVIÇO SOCIAL   | 4P-24  | ENFERMARIA 411           |
| T-20   | FISIOTERAPIA             | T-57   | HALL VESTIÁRIOS MASCULINOS | 1P-37  | SOLÁRIO ALA A                    | 1P-55  | SOLÁRIO ALA B       | 2P-51  | ENFERMARIA 205           | 2P-64  | SERVIÇO SOCIAL      | 3P-46  | SOLÁRIO ALA E            | 3P-69  | ENFERMARIA 308   | 4P-37  | SOLÁRIO ALA G            |
| T-22   | ATENDIMENTO FISIOTERAPIA | T-58   | VESTIÁRIO MASCULINO        | 1P-38  | HALL / CIRCULAÇÃO ALA ENFERMAGEM | 2P-03  | CIRCULAÇÃO ALA C    | 2P-58  | SOLÁRIO ALA C            | 3P-03  | CIRCULAÇÃO ALA E    | 3P-51  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM | 3P-83  | SOLÁRIO ALA F    | 4P-38  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM |
| T-43   | RECEPÇÃO DIRETORIA       | 1P-04  | CIRCULAÇÃO ALA A           | 1P-39  | EXPURGO                          | 2P-04  | CIRCULAÇÃO ALA D    | 2P-59  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM | 3P-37  | ENFERMARIA 301      | 3P-52  | EXPURGO                  | 4P-03  | CIRCULAÇÃO ALA G | 4P-39  | EXPURGO                  |
| T-44   | CONTABILIDADE DIRETORIA  | 1P-05  | CIRCULAÇÃO ALA B           | 1P-40  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS              | 2P-26  | ENFERMARIA 204      | 2P-61  | EXPURGO                  | 3P-38  | ENFERMARIA 303      | 3P-53  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS      | 4P-05  | CIRCULAÇÃO ALA H | 4P-40  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS      |

**HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA**

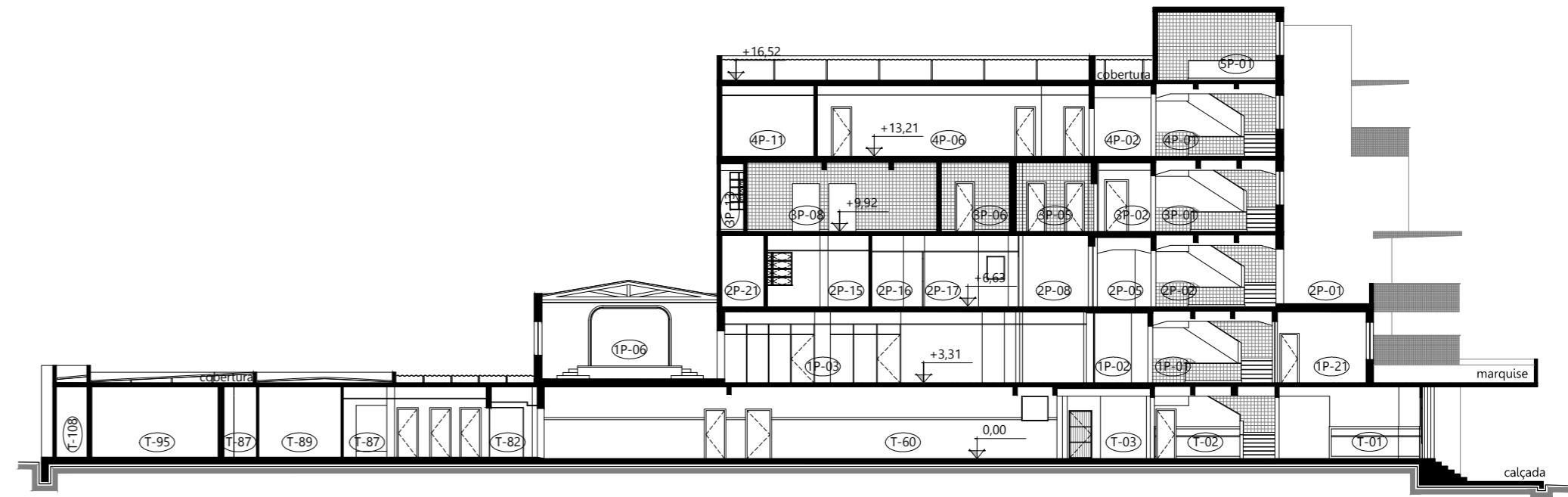
AUTORIA DE PROJETO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) | ANO DE PROJETO: 2018 | ARQUIVO: MP-CECRE / UFBA | PRANCHAS: 23  
 CADASTRO: LAÍS DE MATOS SOUZA E GABRIELA OTREMBA / DESENHOS: GABRIELA OTREMBA | ANO DE REDESENHO: 2020 | ESCALA: 1/250  
 REDESENHO, A PARTIR DO ARQUIVO EXISTENTE, COM MODIFICAÇÕES: ENDEREÇO: PRAÇA CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, S/N - PAU MIÚDO  
 LAÍS DE MATOS SOUZA



**CORTE GG'**  
1/250



**CORTE II'**  
1/250



**CORTE FF'**  
1/250

| CÓDIGO | AMBIENTE                      | CÓDIGO | AMBIENTE  | CÓDIGO | AMBIENTE                      | CÓDIGO | AMBIENTE                      |
|--------|-------------------------------|--------|---|--------|-------------------------------|--------|-------------------------------|
| T-01   | RECEPÇÃO (DESATIVADA)         | 1P-05  | CIRCULAÇÃO ALA B  | 2P-26  | ENFERMARIA 204                | 3P-84  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM      |
| T-02   | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL | 1P-06  | AUDITÓRIO   | 2P-27  | ENFERMARIA 206                | 3P-88  | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM        |
| T-03   | HALL ELEVADOR SERVIÇO         | 1P-21  | DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCHI) ENTRADA SERVIÇO DE CONTROLE | 2P-34  | SOLÁRIO ALA D                 | 3P-89  | DEPÓSITO                      |
| T-06   | CIRCULAÇÃO ALA NORTE          | 1P-47  | ENFERMARIA 104  | 2P-35  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM      | 3P-90  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS           |
| T-20   | FISIOTERAPIA                  | 1P-48  | ENFERMARIA 106  | 2P-39  | SERVIÇO SOCIAL                | 3P-91  | EXPURGO                       |
| T-22   | ATENDIMENTO FISIOTERAPIA      | 1P-55  | SOLÁRIO ALA B   | 2P-40  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS           | 4P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL |
| T-23   | COPEL                         | 1P-56  | HALL / CIRCULAÇÃO ALA ENFERMAGEM                          | 2P-41  | DEPÓSITO                      | 4P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL        |
| T-31   | VESTIÁRIO FEMININO            | 1P-58  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS                                       | 2P-42  | EXPURGO                       | 4P-05  | CIRCULAÇÃO ALA H              |
| T-60   | CIRCULAÇÃO                    | 1P-59  | EXPURGO   | 3P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL | 4P-06  | CIRCULAÇÃO                    |
| T-82   | CIRCULAÇÃO                    | 2P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL                             | 3P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL        | 4P-11  | DESCANSO DE FUNCIONÁRIOS      |
| T-87   | CIRCULAÇÃO                    | 2P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL                                    | 3P-03  | CIRCULAÇÃO ALA E              | 4P-56  | SANITÁRIO ENFERMARIA 410      |
| T-89   | PREPARO / RECUPERAÇÃO         | 2P-04  | CIRCULAÇÃO ALA D  | 3P-05  | HALL CENTRO CIRÚRGICO         | 4P-60  | ENFERMARIA 414                |
| T-95   | RAIO X - SALA 2               | 2P-05  | HALL CME  | 3P-06  | CENTRO CIRÚRGICO              | 4P-71  | SOLÁRIO ALA H                 |
| T-108  | (NÃO IDENTIFICADO)            | 2P-08  | DEVOLUÇÃO MATERIAIS LIMPOS                                | 3P-08  | HALL SALAS DE CIRURGIA        | 4P-72  | HALL POSTO DE ENFERMAGEM      |
| T-110  | HALL VESTIÁRIOS               | 2P-15  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS CME                                   | 3P-13  | CIRCULAÇÃO ALA CIRÚRGICA      | 4P-73  | EXPURGO                       |
| 1P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL | 2P-16  | DEPÓSITO CME  | 3P-68  | ENFERMARIA 306                | 4P-74  | DEPÓSITO UTENSÍLIOS           |
| 1P-02  | CIRCULAÇÃO ALA CENTRAL        | 2P-17  | DEPÓSITO DE PANOS   | 3P-72  | ENFERMARIA 312                | 4P-75  | DEPÓSITO                      |
| 1P-03  | CIRCULAÇÃO AUDITÓRIO          | 2P-21  | NUTRIÇÃO E FISIOTERAPIA                                   | 3P-83  | SOLÁRIO ALA F                 | 4P-76  | COORDENAÇÃO ENFERMAGEM        |
|        |                               |        |   |        |                               | 5P-01  | HALL ESCADA / ELEVADOR SOCIAL |



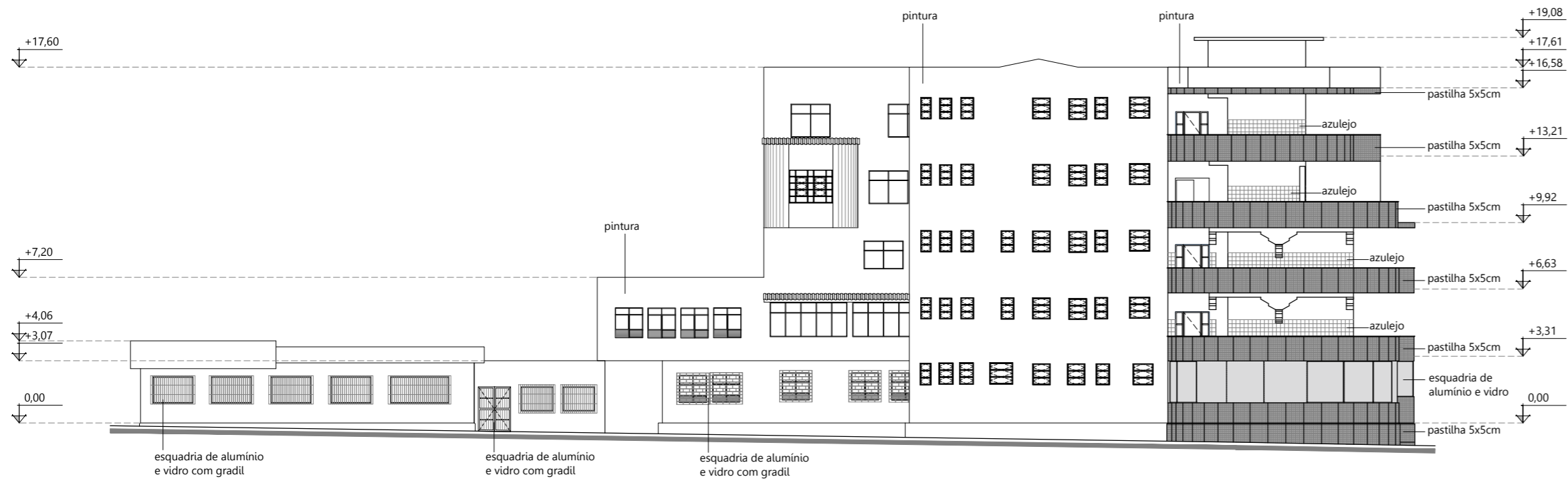


FACHADA NORDESTE  
1/250

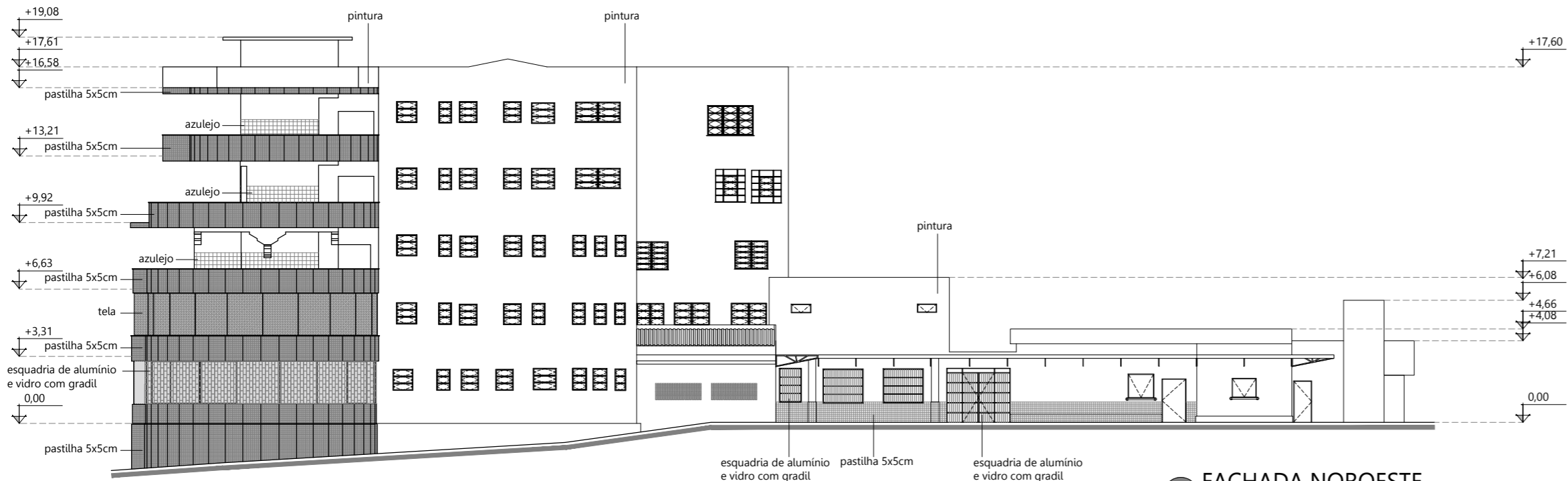


FACHADA SUDOESTE  
1/250

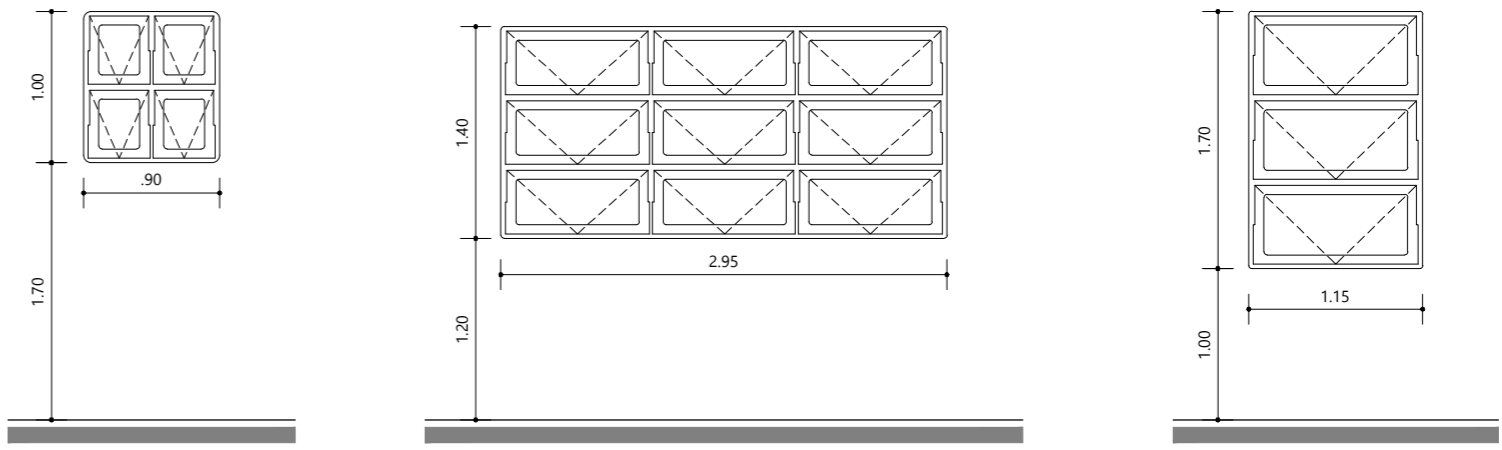
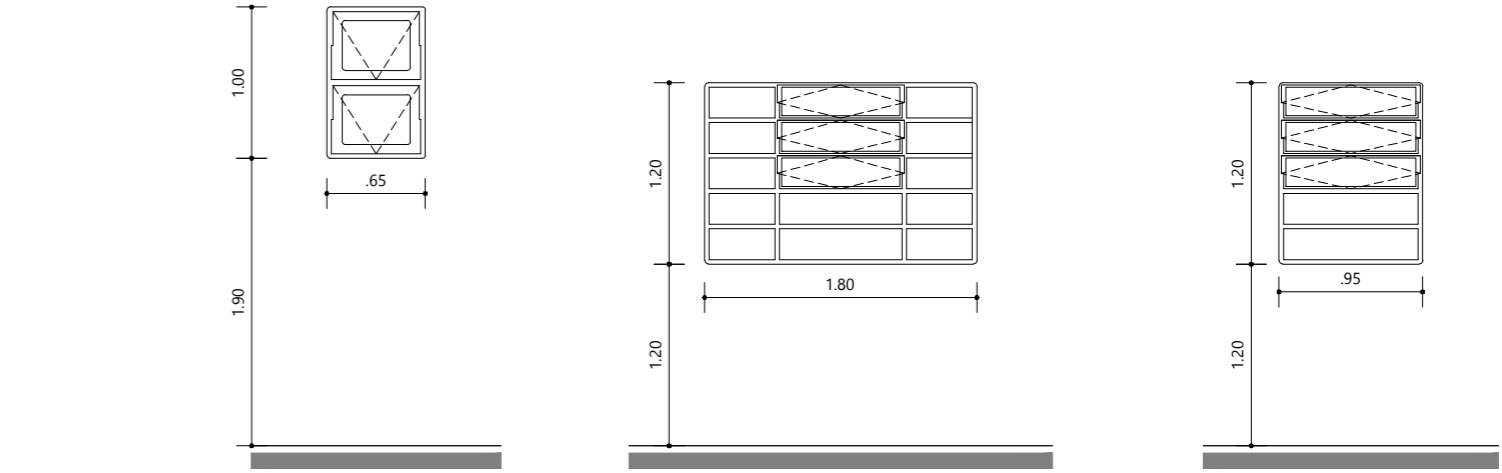




FACHADA SUDESTE  
1/250

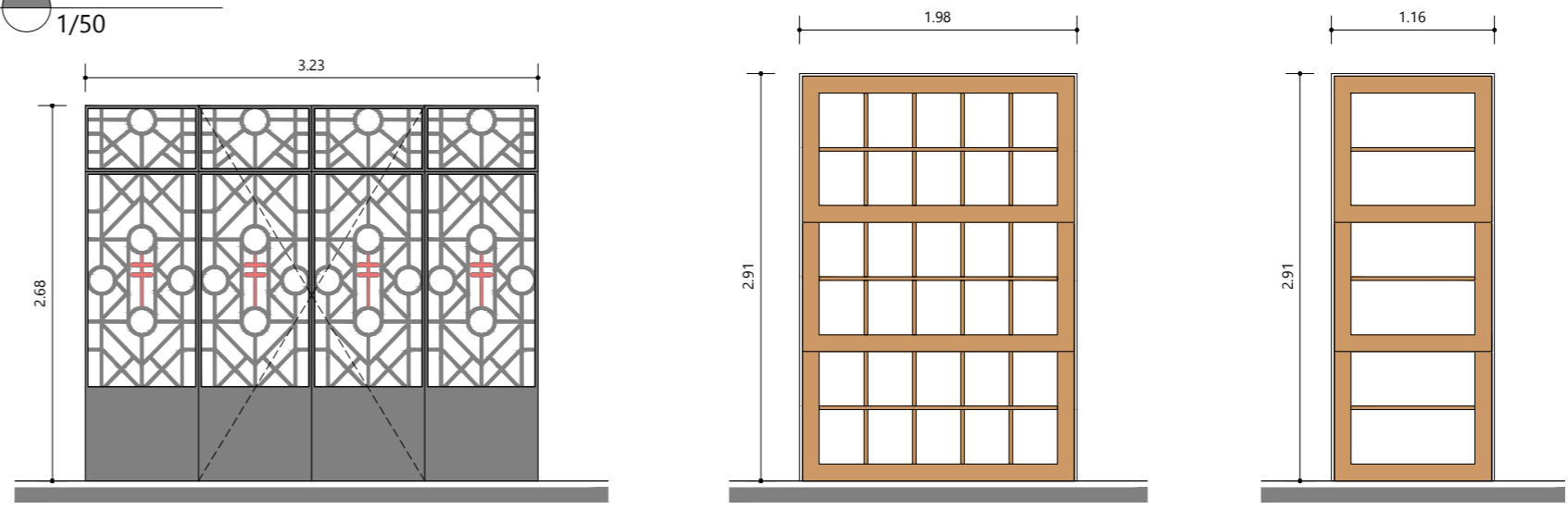


FACHADA NOROESTE  
1/250



JANELAS  
1/50

PORTAS  
1/50



FORMATO: A3-A4



**ANEXOS**

**ANEXO A – Moção de apoio (com abaixo-assinado) ao tombamento do Hospital Santa Terezinha, repudiando a proposta de projeto de reforma divulgada pela SESAB, elaborada durante o 7º Seminário Docomomo Norte/Nordeste, em Manaus, no dia 14 de agosto de 2018.**

**MOÇÃO DE APOIO AO TOMBAMENTO DO HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA EM SALVADOR E DE REPÚDIO AO PROJETO DE REFORMA E MODERNIZAÇÃO ELABORADO PELO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Os especialistas em história e preservação da arquitetura moderna reunidos em Manaus por ocasião do 7º Seminário Docomomo Norte/Nordeste subscrevem o pedido de tombamento do Hospital Especializado Octavio Mangabeira (HEOM) por parte do Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia (IPAC-BA), solicitado pela Profa. Dra. Ana Carolina de Souza Bierrenbach, da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA) em janeiro de 2011 e que, passados mais de sete anos, não foi encaminhado pelo órgão estadual de preservação do patrimônio. Subscrevem, igualmente, o pedido de tombamento municipal do mesmo imóvel, encaminhado pelo Instituto de Arqueólogos do Brasil - Departamento da Bahia (IAB-BA) à Fundação Gregório de Mattos.

O Hospital Santa Terezinha, atualmente HEOM, foi construído pela Construtora Odebrecht entre 1937 e 1942 e se constitui indiscutivelmente em um dos mais relevantes exemplares da arquitetura moderna na Bahia. Quando, entre 1942 e 1943, o Museum of Modern Art (MoMA) de Nova York realizou a exposição *Brazil Built: architecture new and old, 1652-1942*, que representou a afirmação, em escala mundial, da arquitetura moderna brasileira, apenas dois edifícios baianos foram incluídos, sendo um deles o Hospital Santa Terezinha, o que demonstra o reconhecimento internacional de sua arquitetura.

Os arquitetos e pesquisadores participantes do 7º Seminário Docomomo Norte/Nordeste aproveitaram ainda para registrar seu repúdio ao projeto de reforma e modernização do Hospital Especializado Octavio Mangabeira (HEOM), em Salvador, recentemente divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Apesar das diversas intervenções pelas quais o HEOM passou ao longo de mais de 70 anos de funcionamento, seus valores históricos e arquitetônicos mantiveram-se até agora, em grande medida, preservados. O fechamento das varandas/solários do HEOM com vidros, as alterações nos revestimentos das demais superfícies das fachadas, atualmente pastilhadas, e a radical alteração no espaço interno do edifício, com a demolição de diversas paredes, dentre outros aspectos do projeto de reforma e modernização ora proposto pelo Governo do Estado da Bahia, representam, se realizados, a completa descaracterização de uma das mais importantes arquiteturas erguidas na Bahia no século XX.

| NOME  | INSTITUIÇÃO                  | ASSINATURA                           |
|---|------------------------------|--------------------------------------|
| RENATO DE CAMARGO COSTA                           | PROCURADOR GERAL / FORTALEZA | <i>Renato de Camargo Costa</i>       |
| JOSÉ CARLOS HUMAYNA ESTRELA                       | DOCOMOMO - BA - SB           | <i>José Carlos Humayna Estrela</i>   |
| MARFOS PAULO CERETO                               | MANA / UFAM                  | <i>Marfos Paulo Cereto</i>           |
| FELIPE MACIELA FERREIRA DA SILVA                  | UALLA / UFCG                 | <i>Felipe Maciel</i>                 |
| LUÍSA SEGAWA                                      | MANA/FAUUSP                  | <i>Luísa Segawa</i>                  |
| GEORGE A.F. DE MORAIS                             | DMAR / UFRRJ                 | <i>George A.F. de Moraes</i>         |
| ALICIA ALONSO DE ALBUQUERQUE E MELO CALINQUE/UFCE | UFCE                         | <i>Alicia Alonso</i>                 |
| Emillyn Biagetti de Lucio                         | UFMT                         | <i>Emillyn Biagetti</i>              |
| VICTÓRIA FERREIRA SOARES LATAJÓS                  | UFMT                         | <i>Victoria Ferreira Soares</i>      |
| LAÍS IRENE VIGORANO SOARES                        | UFPA                         | <i>Laís Irene Vigorano Soares</i>    |
| RODRIGO AUGUSTO DE LIMA ROCHA                     | UFPA                         | <i>Rodrigo Augusto de Lima Rocha</i> |
| YCARO CABRILHO DA COSTA                           | UFAM                         | <i>Ycaro Cabralho da Costa</i>       |
| Milena Acker-Pinto Heckmann                       | UFAM                         | <i>Milena Acker-Pinto Heckmann</i>   |
| SHALIMAR LUIZA MARTINS LIMA                       | UFAM                         | <i>Shalimar Luiza Martins Lima</i>   |
| PAULINA PAIS DE SOUZA SAHDO                       | UFAM                         | <i>Paulina Pais de Souza Sardo</i>   |
| FABRÍCIO BATISTA RESENDE                          | UFAM                         | <i>Fabrizio Batista Resende</i>      |
| ifabio Montiano de Oliveira                       | UFAL                         | <i>Ifabio Montiano de Oliveira</i>   |
| Mariana Cavalcante Fernandes Cavalcante           | UFAL                         | <i>Mariana Cavalcante</i>            |
| Bruna Araújo de Siqueira                          | UFAM                         | <i>Bruna Araújo de Siqueira</i>      |
| Júlia Jouveira Queiroz                            | UFAM                         | <i>Júlia Jouveira Queiroz</i>        |
| Ingrid Mendes Ferreira                            | UFMA                         | <i>Ingrid Mendes Ferreira</i>        |
| VIGOR MENDES INAO                                 | UFMA                         | <i>Vigor Mendes Inao</i>             |
| GEORGE SOARES FLEUWER                             | UFMA                         | <i>George Soares Fleuwer</i>         |
| ALINE ARIELLE DA SILVA BELEZA                     | UFAM                         | <i>Aline Arielle da Silva Beleza</i> |
| REPÚBLICA MOTA LOPES                              | UNIVAP                       | <i>República Mota Lopes</i>          |
| Carolina R. de Holanda                            | UNIR                         | <i>Carolina R. de Holanda</i>        |
| FERNANDO DINIZ WOLFF                              | UFPE                         | <i>Fernando Diniz Wolff</i>          |
| Patrícia Azeite Sobrinho                          | UNIFAP                       | <i>Patrícia Azeite Sobrinho</i>      |
| JOSÉ AFONSO BOTICA PORTOCARRIJO                   | UFMT                         | <i>José Afonso Botica</i>            |
| PICARDO ALEXANDRE DA SILVA                        | UFCE                         | <i>Picardo Alexandre da Silva</i>    |
| BRUNO MELO BRAGA                                  | UFCE                         | <i>Bruno Melo Braga</i>              |
| MARCELA GONCALVES CAVALCANTE                      | UFCE                         | <i>Marcela Gonçalves Cavalcante</i>  |
| PAULO ARTHUR SILVA ALEIXO                         | UFCE                         | <i>Paulo Arthur Silva Aleixo</i>     |

Manaus, 14 de agosto de 2018



## ANEXO B – Moção de apoio ao tombamento do HEOM emitida pelo MP-CECRE da UFBA em 3 de setembro de 2018.



MESTRADO PROFISSIONAL EM CONSERVAÇÃO E  
RESTAURAÇÃO DE MONUMENTOS E NÚCLEOS  
HISTÓRICOS ————— MP-CECRE  
FACULDADE DE ARQUITETURA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA ————— UFBA  
APOIO: IPHAN / UNESCO

### MOÇÃO DE APOIO AO TOMBAMENTO DO HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA E DE REPÚDIO AO PROJETO DE REFORMA ELABORADO PELO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

O Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos (MP-CECRE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) vem através dessa moção reforçar a urgência e importância do pedido de tombamento estadual do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), antigo Hospital Santa Terezinha, elaborado pela professora doutora Ana Carolina Bierrenbach, da Faculdade de Arquitetura da UFBA, e encaminhado ao Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico da Bahia (IPAC) em janeiro de 2011. Reitera também o pedido de tombamento municipal do mesmo edifício encaminhado pelo Instituto dos Arquitetos do Brasil – Departamento da Bahia (IAB-BA) à Fundação Gregório de Mattos (FGM).

O Hospital Santa Terezinha, atual HEOM, começou a ser construído em 1937 e foi inaugurado em 1942 com o intuito de abrigar um sanatório para tuberculosos em Salvador. Com uma volumetria original bastante clara, desenvolvida a partir de um bloco horizontalizado com extremidades curvas ao qual se conectam três blocos prismáticos, circundado por contínuos e lineares solários que reforçam sua horizontalidade, foi construído de forma a favorecer ao máximo a ventilação e insolejamento naturais, à época entendidos como importantes elementos no tratamento da tuberculose, tendo sido importante equipamento na luta contra essa doença na Bahia e emblemático no estabelecimento da arquitetura moderna na cidade.

Tal foi sua relevância como representante do estabelecimento da arquitetura moderna em Salvador, que, logo após sua inauguração, o Hospital Santa Terezinha foi um dos dois edifícios selecionados para representar a Bahia na exposição e respectivo catálogo *Brazil Builds: Architecture new and old*, realizados pelo *Museum of Modern Art (MoMA)* de Nova York entre 1942 e 1943.

Reconhecendo seu valor como arquitetura moderna pioneira concebida a partir dos conceitos mais avançados vigentes à época de sua construção, entende-se que a manutenção dos seus traços modernos é fundamental para garantir a preservação de parte significativa da nossa história. Atualmente, apesar de diversas alterações feitas ao longo dos seus quase 80 anos para adaptação a novas demandas, grande parte dos elementos que o distinguem está preservada. O projeto elaborado pelo Governo do Estado da Bahia e apresentado no âmbito da iminente possibilidade de privatização do hospital se mostra completamente insensível aos seus valores históricos e arquitetônicos: a proposta de fechar todas as varandas com vidro e alterar o revestimento dos balcões elimina toda a integração entre interior e exterior, a abundância de luz e ventilação naturais, e a leitura dos solários como notáveis elementos desta arquitetura. Além disso, a radical alteração no interior do edifício, com eliminação das



MESTRADO PROFISSIONAL EM CONSERVAÇÃO E  
RESTAURAÇÃO DE MONUMENTOS E NÚCLEOS  
HISTÓRICOS ————— MP-CECRE  
FACULDADE DE ARQUITETURA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA ————— UFBA  
APOIO: IPHAN / UNESCO

paredes entre as enfermarias, em grande parte, correspondentes à distribuição original, descaracteriza irreversivelmente sua espacialidade interna.

Diante do risco que o projeto de reforma do hospital apresenta, o MP-CECRE reforça seu apoio ao urgente tombamento do edifício, de modo a impedir que tão importante representante da arquitetura moderna na Bahia seja significativa e irremediavelmente descaracterizado.

Salvador, 03 de setembro de 2018.

Professora Doutora JULIANA CARDOSO NERY  
Coordenadora do Mestrado Profissional em Conservação e  
Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos (MP-CECRE / UFBA)

Coordenador do Mestrado  
Profissional em Conservação e  
Restauração de Monumentos e  
Núcleos Históricos - FAUFBA

FACULDADE DE ARQUITETURA  
Prof<sup>ª</sup>. Juliana Cardoso Nery  
SIAPE 3496506



## ANEXO C – Ata da 16ª reunião da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC, realizada em 27 de setembro de 2019.

### ATA DA 16ª REUNIÃO DA CÂMARA DE PATRIMÔNIO CULTURAL DO IPAC 27/09/2019

Na décima sexta Reunião da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC, realizada no dia vinte e sete de setembro de 2019, às 9h30min da manhã, na sala de reunião da Diretoria Geral do IPAC, sob a presidência do Diretor Geral, João Carlos Cruz de Oliveira, reuniram-se os seguintes membros nomeados: Roberto Pellegrino (DIPAT), José Carlos da Matta (GEMAT), o (DIPRO), Felipe Musse (DIPRO), Nívea Alves (GEIMA), Gilda Conceição Silva (GEIMA), Yan Graco Cafezeiro (DIPRO). A reunião foi secretariada por Lucila da Paixão Campos, contando também com a presença de Ackerman Yedo Gomes Leal (Chefe de Gabinete), Patricia Pimentel (Consultora Jurídica – DIGER/GABIN), Kelly Lima Oliveira (GEIMA), Adriana Cerqueira Silva (GEIMA), Lígia Larcher (GEMAT), Ramosildes Anunciação dos Santos (DIPAT), Larissa Souza (DIPRO) e Leonice Dias Cardoso (Secretária/DIPAT).

O Presidente da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC deu início à reunião, saudando os membros presentes. No ato de convocação da reunião, foram expostos os pontos preponderantes: tombamento da Igreja dos Mares e delimitação do seu entorno (0607180000293), tombamento da Casa do Beato Pedro Batista – Santa Brígida (0607180004906), relatório da Visita Técnica à Capela da Santíssima Trindade de Massacará – Euclides da Cunha (0607150016861/0607170015802), tombamento do Hospital Santa Terezinha (0607180010655), tombamento do Buraco do Boi Valente – Valente (0607180016718), Registro Especial da Filarmônica e Recreativa Terpsicore Popular – Maragogipe (0607170025549), Registro Especial das bandas Filarmônicas do estado da Bahia (0607180017447).

Após, a Sra. Lucila da Paixão Campos registrou a adesão de todos os presentes e prosseguiu com a apresentação da pauta de Pareceres Técnicos a serem relatados.

Lígia Larcher apresentou a poligonal de entorno da Igreja dos Mares e reforçou a indicação para abertura do processo de tombamento. Por unanimidade, os membros da Câmara de Patrimônio Cultural decidiram pela APROVAÇÃO VINCULADA. A parecerista deverá utilizar como parâmetro de normatização do entorno, a altura da platibanda como referência técnica para o limite de pavimentos e os eixos das ruas como parâmetros para definir os limites da sua extensão, incluindo os balcões brancos. Além disso, deverá setorizar a poligonal e criar padrões mais rígidos àqueles que estão mais próximos da Igreja e mais flexíveis conforme o afastamento do bem tutelado. O entorno definitivo e os padrões de intervenção deverão ser apresentados à Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC. A notificação do representante legal do bem já poderá ser realizada. Em seguida, Ramosildes Anunciação dos Santos relatou o Parecer Técnico referente à Casa do Beato Pedro Batista – Santa Brígida, indicando a REPROVAÇÃO da abertura do processo de tombamento. Por unanimidade, os membros da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC acompanharam a decisão. Prosseguiu com o relato do Parecer Técnico referente ao tombamento do Buraco do Boi Valente – Valente, indicando a REPROVAÇÃO da abertura do processo de



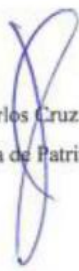
tombamento. Por unanimidade, os membros da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC acompanharam a decisão.

Posteriormente, Mariana Leite Nascimento dos Reis apresentou o relatório referente à visita técnica à Capela da Santíssima Trindade do Massacará – Euclides da Cunha e, por unanimidade, os membros da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC decidiram pela REPROVAÇÃO da abertura do processo de tombamento.

Por fim, Lígia Larcher apresentou o Parecer Técnico referente ao Hospital Santa Terezinha, indicando a APROVAÇÃO da Abertura do Processo de Tombamento. Por unanimidade, os membros da Câmara do Patrimônio Cultural acompanharam a decisão, condicionando a Notificação de Abertura do Processo de Tombamento ao resultado do Grupo de Trabalho a ser formado para analisar os efeitos do tombamento na funcionalidade principal do bem, tendo em vista o histórico de adequações já levantado no parecer apresentado.

Após, Adriana Cerqueira relatou o Parecer Técnico referente ao Registro Especial da Filarmônica e Recreativa Terpsicore – Maragogipe. Kelly relatou o Parecer Técnico referente ao Registro Especial das Bandas Filarmônicas da Bahia. Os membros da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC decidiram pela não patrimonialização individual da Filarmônica e Recreativa Terpsicore Popular e patrimonialização das Bandas Filarmônicas da Bahia, incluindo a Sociedade Filarmônica e Recreativa Terpsicore.

Nada mais havendo a tratar, o Sr. João Carlos encerrou os trabalhos agradecendo a presença de todos. Eu, Alcione Carvalho, lavrei a presente ata que foi enviada aos membros da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC, para ser aprovada e assinada por mim e por todos os presentes.

  
João Carlos Cruz de Oliveira  
Presidente da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC

  
Roberto Pellegrino

  
Felipe Musse

  
Kelly Lima Oliveira

  
José Carlos da Matta

Yan Cafezeiro

  
Nivea Alves

  
Ligia Larcher

  
Mariana Cerqueira

  
Leonice Dias Cardoso

  
Larissa Santos Souza

  
Ackerman Leal


  
Patricia Pimentel

  
Luana Paixão

  
Gilda Conceição Silva



## ANEXO D – Parecer técnico nº11/2018, do IPAC, referente ao pedido de tombamento do Hospital Santa Terezinha.



**IPAC**  
INSTITUTO DO PATRIMÔNIO  
ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA

DIRETORIA DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL – DIPAT  
GERÊNCIA DE PATRIMÔNIO MATERIAL – GEMAT


**PARECER TÉCNICO Nº 011/2018**

**ASSUNTO: Pedido de Tombamento do Hospital Santa Terezinha**  
Endereço: Rua Marquês de Maricá, 43, Pau Miúdo – Salvador / BA  
Processo: 0607180007590  
Data: 12/12/2018

**1. APRESENTAÇÃO**

O presente parecer técnico tem por objetivo atender à solicitação de tombamento estadual do Hospital Santa Terezinha, apresentada pela Presidente do IAB-BA, Sra. Solange Souza Araújo e ratificada pelo Coordenador do Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos – CECRE, Prof. Dr. Rodrigo Espinha Baeta, assim como pela Coordenadora do DOCOMOMO-BAHIA, Profa. Dra. Ana Carolina de Souza Bierrenbach.


Foto1: Foto antiga do Hospital Santa Terezinha.



Fonte: Hospital Santa Terezinha. (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, ESTADO DA BAHIA, 1940, s/p).

**2. LOCALIZAÇÃO, SITUAÇÃO E ENTORNO.**

O Hospital Santa Terezinha faz parte de um complexo hospitalar e está localizado no município de Salvador, mais precisamente no Bairro do Pau Miúdo.

1 

Digitalizado com CamScanner

IDMP 3524855 - Pág. 1

Documento anexado por REJANE SILVA SOUZA - 23/07/2021 10:29:49  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://idea.sistemas.mpba.mp.br/idea/verificartdoc.aspx?id=4391EE9D268F45A43B4A>






Figura 01 - Localização do bairro Pau Miúdo



Fonte: Google Maps, 2018

Figura 02 – Situação do Hospital Santa



Fonte: Google Maps.

Situa-se na Rua Marquês de Maricá, que se encontra perpendicular à Praça Conselheiro João Alfredo. O uso nas suas imediações é misto, abrangendo edificações residenciais, comerciais e institucionais. A praça é utilizada principalmente por transeuntes, sendo também ocupada irregularmente por alguns comerciantes ambulantes.

O bairro do Pau Miúdo situa-se na confluência dos bairros Caixa D'água, Iapi, Cidade Nova e da Av Barros Reis. Dessa forma, as vias que passam por ele apresentam um fluxo regular de veículos.

### 2.1 Definição da Poligonal de Preservação e Entorno

Figura 03 – Poligonal de Preservação e Entorno



2

Digitalizado com CamScanner



### 3. INDICAÇÕES HISTÓRICAS

A construção de novos hospitais a partir do final da década de 1930 e durante os anos 1940 insere-se num programa nacional de renovação hospitalar, incentivado pelo *Ministério da Educação e Saúde*, em que os edifícios deveriam atender a exigências modernas. Assim, a preocupação com a funcionalidade e o desejo de modernidade marcam a construção, em várias cidades brasileiras, de uma série de hospitais que incorporam as novas linguagens arquitetônicas para expressar uma nova concepção de medicina (Castríota, 1998: 158). Os hospitais construídos em Salvador, nesse período, oferecem-nos exemplares significativos do Art Déco, numa diversidade de linguagens: Hospital Aristides Maltez, o Instituto Brasileiro de Investigação para a Tuberculose - I.B.I.T., o Hospital das Clínicas, além do Hospital Santa Terezinha.

Além disso, a preocupação com a proliferação da tuberculose faz com que o governo brasileiro realize um esforço para que sejam implementados dispensários e ao menos um sanatório em cada estado do país, através da criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), que conta com o apoio de entidades públicas e privadas<sup>1</sup>. No ano de 1935, a cidade de Salvador sofreu um aumento significativo na taxa de mortalidade em decorrência da tuberculose. Aproximadamente 1600 pessoas morriam por ano, o que fez a cidade ser considerada como a que apresentava maior risco de contaminação. Através do empenho de diversos profissionais e de instâncias governamentais, para que houvesse a criação de instituições capazes de auxiliar na pesquisa e no tratamento da tuberculose, a construção do Hospital Santa Terezinha foi iniciada em 1937 pela *Construtora Emílio Odebrecht e Cia*.

Devido à crise que se abateu sobre as empresas de construção civil, em decorrência da Segunda Guerra Mundial que ocasionou uma grande escassez de materiais, o hospital teve suas obras interrompidas em 1939, quando o construtor decidiu deixar a Bahia. Norberto Odebrecht, filho do empresário, ainda no terceiro ano da escola Politécnica da Universidade Federal da Bahia,

<sup>1</sup> Proposta de Tombamento Estadual do Hospital Santa Terezinha. Salvador, UFBA: 2011.





DIRETORIA DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL – DIPAT  
GERÊNCIA DE PATRIMÔNIO MATERIAL – GEMAT

assumiu a responsabilidade de dar continuidade às obras em andamento, com a concordância do banco financiador da empresa. Numa entrevista concedida em 1996<sup>36</sup>, Norberto Odebrecht defende o partido adotado, enfatizando a economia na construção e a funcionalidade relacionada ao uso. Sobre a autoria do projeto, Norberto Odebrecht declara, que:

*"naquela época a concorrência era aberta e a construtora fazia o projeto, era o pacote projeto e construção. O projeto deve ter sido feito pela *Emilio Odebrecht Cia*, que deve ter contratado os arquitetos dela. Aquele projeto foi feito por algum escritório de arquitetura".*

Concluído e inaugurado em 1942, com capacidade para 350 leitos, o Hospital Santa Terezinha foi implantado numa área que, à época, ainda era rural, devido à necessidade de isolar os pacientes, considerados 'perigosos', do contato com as aglomerações urbanas. Inicialmente, o hospital foi preparado para receber pacientes tuberculosos de diferentes classes sociais e isso se refletiu na sua conformação: os dois primeiros pavimentos, onde se encontravam as enfermarias maiores, foram destinados a pacientes de classes sociais mais baixas; o quarto pavimento destinava-se a pacientes de classes sociais mais elevadas e possuía enfermarias menores.

O complexo hospitalar apresenta diversos edifícios construídos entre os anos 1940 e 1950. Além do edifício principal, outros foram construídos para complementação da sua capacidade de atendimento: o Pavilhão Infantil, com 110 leitos, inaugurado em 1948; o Pavilhão de Triagem, com 430 leitos, inaugurado em 1951; o Pavilhão Anexo, com 342 leitos, inaugurado em 1951; o Pavilhão de Serviços Gerais, inaugurado em 1951.

Em meados do ano de 1940, o local onde o hospital havia sido implantado foi alvo de uma das primeiras e mais importantes ocupações de terras na periferia urbana (a invasão do Corta Braço), que deu origem ao bairro do Pau Miúdo. Posteriormente, nos anos de 1950 e início dos anos 1960, a uma distância de aproximadamente 200 metros, foi construído um complexo educacional, concebido por Anísio Teixeira, formado pelas Escolas Classe e

<sup>36</sup> Entrevista concedida à arquiteta Anna Beatriz Ayrosa Galvão e arquivada no acervo do Docomomo/Bahia



pela Escola Parque - Centro Educacional Carneiro Ribeiro, que atualmente é tombada como patrimônio histórico e cultural do Estado da Bahia.

Foto 04 e 05 - Hospital Santa Terezinha à época da sua inauguração.



Fonte: Hospital Santa Terezinha. (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, ESTADO DA BAHIA, 1940)

#### LINGUAGEM ARQUITETÔNICA

A difusão da Arquitetura Moderna na Bahia está relacionada às mudanças políticas e administrativas levadas a cabo no âmbito do Governo Federal, nas décadas de 1930 e 1940. Uma série de ações modernizadoras, por parte da administração pública, leva à criação de novos órgãos e serviços, o que dá ensejo à construção de diversos edifícios públicos, não só na capital como também no interior. São sedes administrativas, escolas, hospitais, correios, serviços de transportes urbanos e aeroportuários e instituições de incentivo às atividades econômicas do Estado.

Trata-se de um período em que tendências diversas convivem na paisagem arquitetônica: edifícios ecléticos e neocoloniais veem surgir quer edificações em 'estilo moderno', conforme a denominação utilizada na época para referir o que contemporaneamente se convencionou chamar de 'art déco', quer as primeiras manifestações 'modernistas'. Quando aqui dizemos 'modernista', queremos nos referir a uma arquitetura mais propensa à valorização de soluções funcionais e a um despojamento ornamental, com o que se expressava um acatamento de certas premissas do *Movimento Moderno* e uma diferenciação relativamente ao *estilo moderno*.

5

Digitalizado com CamScanner



É nesse contexto que se insere o advento do edifício em análise, cujo projeto possui influências art déco e modernistas.

Por um lado, apresenta uma composição a partir de volumes claramente definidos, dispostos em forma escalonar (fachada posterior). É formado por duas asas simétricas, caracterizadas por solários contínuos e lineares que circundam todo o edifício e cujas extremidades são curvas. As linhas definidas pelas varandas contínuas e pelas marquises que as protegem, que podemos associar à vertente *streamline* do Art Déco, acentuam a horizontalidade da edificação, conferindo-lhe, também, uma grande leveza.

Por outro lado, o projeto estabelece uma relação entre forma e função, com ênfase na implantação da edificação e na disposição do programa. Enquanto a fachada anterior é rasgada por aberturas contínuas, a posterior possui grandes janelas do tipo basculante, ambas são desprovidas de ornamentos e tendem a uma linguagem racionalista. Porém, vale notar uma dimensão híbrida na composição que, embora atenda a necessidades funcionais, não se furta a incorporar elementos de desvio: note-se a abrupta assimetria que resulta dos dois últimos pavimentos, a quebra das varandas em balanço ou, ainda, o desdobramento ornamental da viga da escada em concreto armado, presente nas varandas.

O acesso principal é caracteristicamente Art Déco, com as paredes laterais escalonadas, rodapé em efeito zig-zag acompanhando a escada e um portão de ferro com motivos geométricos. O saguão, seguindo uma tendência recorrente em muitas edificações do período, apresenta piso e barrado de mármore com frisos contrastantes, destacando-se a escada com degraus, rodapé e corrimão em mármore nos dois primeiros lances e em granilite nos demais. Ainda restam alguns vestígios de esquadrias basculantes originais, em madeira e vidro ou ferro e vidro, bem como uma porta de madeira e alguns portões de ferro nas escadas. Porém, a maioria das esquadrias já foi substituída por similar em alumínio e vidro, o que contribuiu para a descaracterização do edifício.

O hospital mantém um acervo de mobiliário Art Déco composto por diversos itens, a saber: 02 mesas retangulares de madeira com extremidades dos pés em metal; conjunto composto por 01 mesinha redonda, 02 poltronas e

6

Digitalizado com CamScanner

01 banco de dois lugares, de braços, em madeira; 01 armário em madeira; 01 escrivaninha antiga com gavetas, em madeira; diversas cadeiras simples, em madeira; conjunto composto de mesinha e cadeira metálica.

Na vizinhança imediata do edifício principal encontram-se outros dois edifícios com a mesma orientação estilística Art Déco. O primeiro, Pavilhão Hélio Fraga (Bloco 10), foi inaugurado em 1948 e atualmente é destinado à Ala Infantil. O segundo é o Bloco 11, que foi construído na década de 1940 e atualmente possui um refeitório no 1º pavimento e vestiários nos demais. Através do seu corredor se estabelece uma conexão entre o Bloco 4 e o Bloco 10. Os três edifícios compartilham a mesma temporalidade arquitetônica.

A pequena capela neogótica, de construção rudimentar com estilemas Art Déco, já aparece em fotos dos anos 1950. Embora não tenha sido identificada a época da sua construção, os elementos estilísticos e construtivos que a compõem correspondem ao período inicial da construção do complexo. Os demais blocos foram edificados em época posterior e não possuem singularidade do ponto de vista histórico e/ou arquitetônico.

#### 4. DESCRIÇÃO DA EDIFICAÇÃO

O complexo hospitalar do Hospital Santa Terezinha é composto por um bloco principal (1, 2, 4) e três blocos secundários (3, 5, 6) acoplados (vide figura). O edifício principal, com 110 metros de comprimento e 10 metros de largura, possui térreo mais quatro pavimentos e cobertura em telhas, substituindo a laje plana anteriormente existente. Essa é a composição original. Os demais blocos foram anexados posteriormente, em diversas etapas.



Figura 6: Blocos de 1 a 8.

Fonte: Proposta de Tombamento Estadual do Hospital Santa Terezinha. Dossiê Soledade. Convênio Ipac/Ufba, 2011.

7



Digitalizado com CamScanner





Figura 7: Blocos de 10 a 14.

Fonte: Proposta de Tombamento Estadual do Hospital Santa Terezinha. Dossiê Soledade. Convenio Ipac/Ufba, 2011.



Figura 8: Blocos de 15 a 17.

Fonte: Proposta de Tombamento Estadual do Hospital Santa Terezinha. Dossiê Soledade. Convenio Ipac/Ufba, 2011.

Atualmente, o programa de necessidades do complexo hospitalar se distribui da seguinte maneira:

• **Bloco 1**

Térreo: Setor Administrativo

1º Andar: Ala Hospitalar

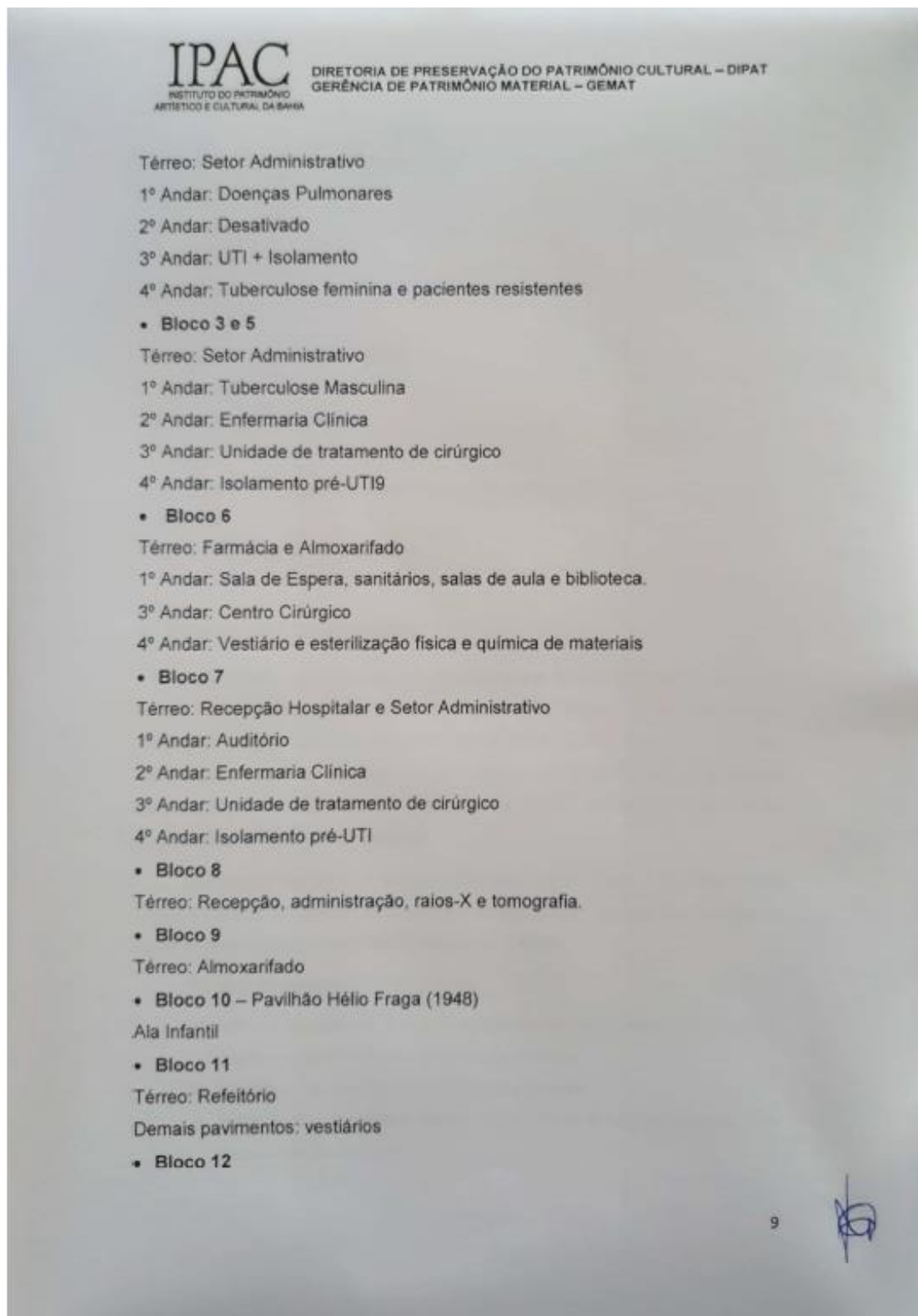
2º Andar: Ala Hospitalar

3º Andar: Ala Hospitalar

4º Andar: Ala Hospitalar

• **Bloco 2 e 4**





Digitalizado com CamScanner

Laboratório, cozinha e lavanderia.

- **Bloco 13**

Térreo: Almoarifado

- **Bloco 14**

Ambulatório

- **Bloco 15**

Pavilhão de Triagem (anos 1950)

- **Bloco 16**

Pavilhão anexo (anos 1950)

- **Bloco 17**

Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto

- **Capela**

Capela destinada ao culto católico.

## 5. ESTADO DE CONSERVAÇÃO

Os edifícios em análise têm mantido a sua função original ao longo do tempo, encontrando-se em pleno funcionamento. Porém, a sua destinação hospitalar exigiu não só algumas ampliações, como também reformas destinadas à contínua manutenção das edificações, as quais foram realizadas sem a adoção de critérios restaurativos que levassem em conta a importância arquitetônica e histórica do conjunto.

Consequentemente, o edifício principal, assim como o Pavilhão Hélio Fraga e o Bloco 11, apesar de manterem as estruturas originais, tiveram alguns de seus elementos secundários modificados, a saber:

No edifício principal:

- a) retirada dos painéis divisórios anteriormente existentes nas varandas, o que interfere na leitura da fachada principal;
- b) colocação de cerâmica nas paredes externas;
- c) vedação das varandas laterais, situadas no térreo e 1º andar, com esquadrias de alumínio.

10

Digitalizado com CamScanner

Nos três edifícios:

- d) substituição de pisos; substituição das antigas portas e janelas em madeira ou ferro, por esquadrias de alumínio; não restam vestígios das antigas ferragens.

Do ponto de vista da conservação predial, internamente o edifício encontra-se em boas condições de conservação, porém, externamente, apresenta conservação precária: lacunas no revestimento das varandas em pastilhas cerâmicas; lacunas na pintura de grades; grades colocadas aleatoriamente do ponto de vista estético; sinais de umidade nas lajes e paredes; lacunas na pintura das fachadas; portões de ferro enferrujados (escadas); instalações elétricas e hidráulicas indevidas; instalação de tanques e condensadores em locais impróprios.

Após uma breve análise do estado de conservação, ficou evidente que o edifício necessita de uma reforma que contemple a recuperação predial nos seus aspectos funcionais, associada a uma intervenção restaurativa integrada, que considere o conjunto edificado nas suas peculiaridades e resgate algumas de suas características originais, por se tratar de um edifício singular. Em caso de elaboração do dossiê de tombamento, poderão ser realizados levantamentos que permitam um diagnóstico mais preciso e aprofundado acerca das patologias existentes.

## 6. PARECER CONCLUSIVO

A edificação em análise constitui um exemplar emblemático do período em que se dá a implantação da arquitetura moderna no estado da Bahia. Vale lembrar que nesse período foram implementadas ações modernizadoras, em âmbito federal e estadual, que possibilitaram a construção de diversos edifícios públicos, na capital e no interior, ao longo das décadas de 1930 e 1940. Neste edifício, construído para abrigar um hospital antituberculose, recursos formais agenciam signos da modernidade e do progresso pretendido pela administração pública.

11

Digitalizado com CamScanner

ID MP 3524855 - Pág. 11



Foi constatado, em vistoria realizada recentemente, que a edificação acima descrita e analisada sofreu algumas descaracterizações, porém, mantém ainda integras as suas estruturas originais e alguns elementos secundários, o que permite uma leitura da sua conformação original. Note-se que alguns dos elementos que foram substituídos de maneira imprópria poderão ser reformulados, possibilitando a recuperação da unidade estilística da edificação.

Apesar da importância arquitetônica e histórica deste edifício, que faz parte do acervo constitutivo de uma estrutura hospitalar nacional, com destaque na arquitetura Art Déco da Bahia e o reconhecimento de grupos que estudam a Arquitetura Moderna no Brasil, por se tratar de um projeto inovador e com grande qualidade arquitetônica para a época em que foi construído, o mesmo não possui nenhuma tutela patrimonial, não tendo assim garantida a preservação dos seus elementos tectônicos originais e correndo o risco de contínuas descaracterizações.

Diante do exposto, por se tratar de uma edificação singular, com relevância para o Estado da Bahia, recomendamos o tombamento estadual do Hospital Santa Terezinha, nos termos do Decreto nº 10.039/2006 que regulamenta a Lei nº 8.895/2003, assinalando que tal salvaguarda permitirá:

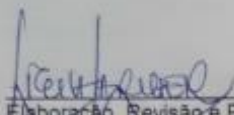
- a) o reconhecimento público do seu valor histórico e arquitetônico;
- b) um maior controle de qualidade em futuras intervenções, evitando a perda da unidade potencial da edificação;
- c) a recuperação de elementos construtivos em estado de conservação precário;
- d) a substituição de elementos construtivos e equipamentos impróprios, do ponto de vista formal, por outros mais adequados, segundo um projeto de restauração fundamentado;
- e) um melhor aproveitamento do mobiliário remanescente tendo em vista a sua valorização; a possível constituição de um memorial dedicado ao estabelecimento da estrutura hospitalar baiana nas décadas de 1930 e 1940.



**IPAC**  
INSTITUTO DO PATRIMÔNIO  
ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA

DIRETORIA DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL – DIPAT  
GERÊNCIA DE PATRIMÔNIO MATERIAL – GEMAT

Para efeito de tombamento serão considerados o edifício principal (Blocos de 1 a 6), o Pavilhão Hélio Fraga (Bloco 10), o Bloco 11 e a Capela. Os demais edifícios irão compor o entorno imediato dos bens tombados.



Elaboração, Revisão e Parecer Conclusivo  
Lígia Larcher  
Arquiteta GEMAT

Localização, Situação e Entorno  
Jaqueline Marques  
Estagiária GEMAT

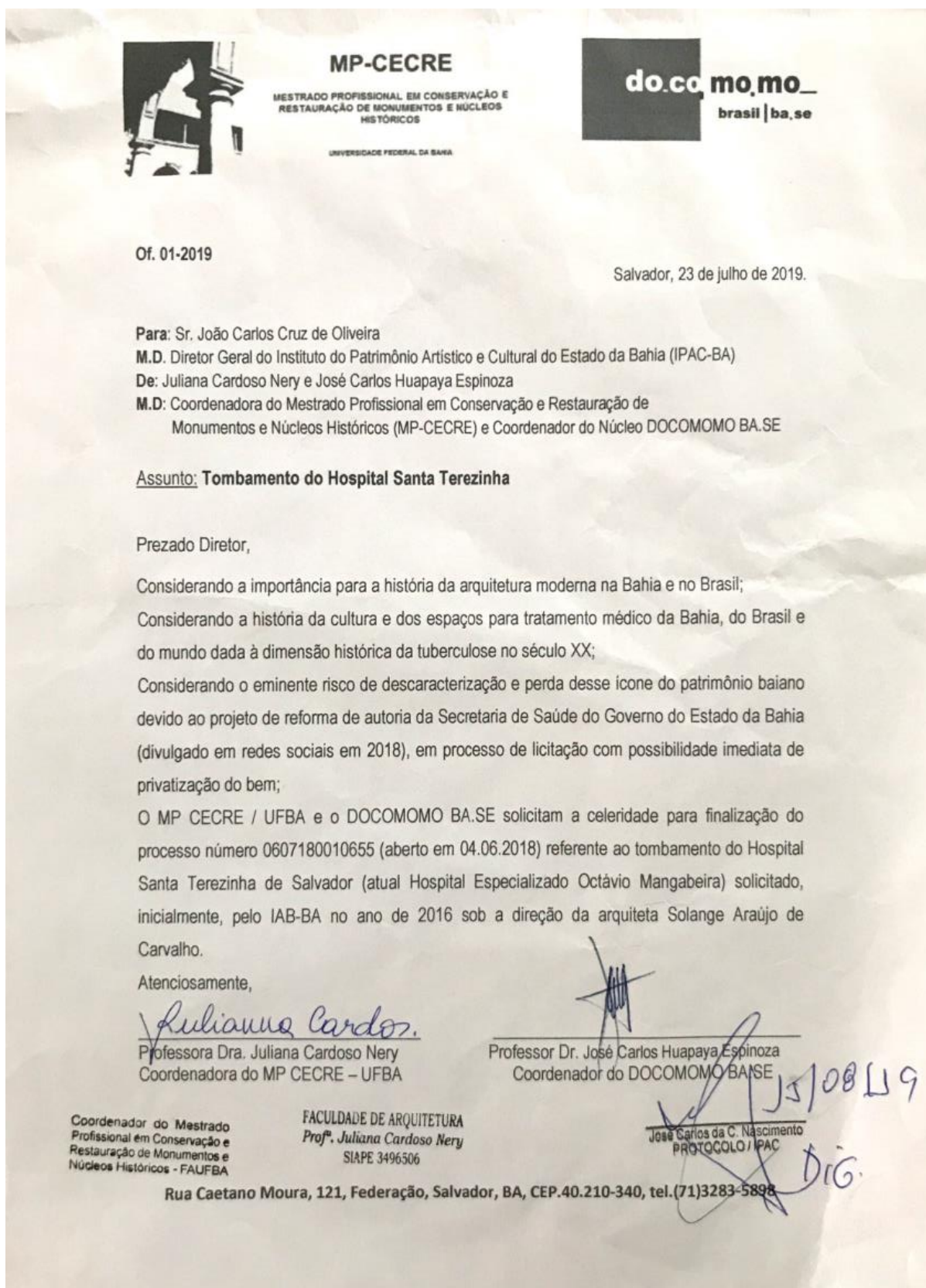
Roberta Ventura  
Gerente GEMAT

13

Digitalizado com CamScanner

ID MP 3524855 - Pág. 13

**ANEXO E** – Pedido de celeridade endereçado ao diretor do IPAC em 23 de julho de 2019, no qual o MP-CECRE/UFBA e o Núcleo Bahia-Sergipe do Docomomo Brasil solicitam a finalização do processo anteriormente protocolado no órgão, referente ao tombamento do antigo Hospital Santa Terezinha.



**ANEXO F – Pedido de embargo do projeto de reforma realizado frente à promotoria de justiça (NUDEPHAC do MP-BA) em 1º de outubro de 2019 pelo IAB-BA, Docomomo Bahia-Sergipe, MP-CECRE/UFBA e PPGAU-UFBA.**



Of. 1-2019

Salvador, 01 de outubro de 2019.

Exmº Senhor

**DR. EDVALDO GOMES VIVAS**

Promotor de Justiça

Coordenador do Núcleo de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico e Cultural do Ministério Público do Estado da Bahia - NUDEPHAC

Rua das Laranjeiras, nº12, Pelourinho, Salvador – Bahia

Telefone: (71) 3321-2775


O Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento Bahia (IAB BA), a Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA), o Núcleo Documentation and conservation of buildings, sites and neighborhoods of the modern movement Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE), o Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE UFBA) e o Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia (PPGAU – UFBA) solicitam apreciação de material documental referente à solicitação de **EMBARGO IMEDIATO DE QUALQUER INTERVENÇÃO FÍSICA NO ANTIGO HOSPITAL SANATÓRIO SANTA TEREZINHA (ATUAL HOSPITAL OTÁVIO MANGABEIRA).**


Agradecemos a celeridade e urgência na análise desta situação.

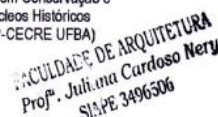
  
**Professora Dra. Sojange Souza Araújo**  
Presidente do Instituto de Arquitetos do Brasil –  
Departamento Bahia (IAB BA)


  
**Professora MSc. Elisabete de Araújo Ulisses dos Santos**  
Diretora em Exercício da Faculdade de Arquitetura da  
Universidade Federal da Bahia (FAUFBA)



  
**Professora Dra. Ana Carolina de Souza Bierrenbach**  
Membro do Núcleo Documentation and Conservation  
of buildings, sites and neighborhoods of the modern movement  
Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE)

  
**Professora Dra. Juliana Cardoso Nery**  
Coordenadora do Mestrado Profissional em Conservação e  
Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos  
da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE UFBA)

  
**Profª. Juliana Cardoso Nery**  
SIAPE 3496306

  
**Professor Dr. Rodrigo Espinha Baeta**  
Coordenador Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo  
da Universidade Federal da Bahia (PPGAU – UFBA)

Rua Caetano Moura, 121, Federação, Salvador, BA, CEP.40.210-340, tel.(71)3283-5898





Salvador, 01 de outubro de 2019.

**Para:** Dr. Edvaldo Gomes Vivas

**M.D.** Promotor de Justiça Coordenador do NUDEPHAC – Núcleo de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico e Cultural do Ministério Público do Estado da Bahia

**De:** Solange Souza Araújo, Elisabete de Araújo Ulisses dos Santos, Ana Carolina de Souza Bierenbach, Juliana Cardoso Nery, Rodrigo Espinha Baeta

**M.D.:** Presidente do Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento Bahia (IAB BA), Diretora em Exercício da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA), Membro do Núcleo Documentation and conservation of buildings, sites and neighborhoods of the modern movement Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE), Coordenadora do Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE UFBA) e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia (PPGAU – UFBA)

**Assunto:** EMBARGO IMEDIATO DE QUALQUER INTERVENÇÃO FÍSICA NO ANTIGO HOSPITAL SANATÓRIO SANTA TEREZINHA (ATUAL HOSPITAL OTÁVIO MANGABEIRA)

No intuito de buscar o reconhecimento e a salvaguarda dessa importante edificação, como BEM DE INTERESSE PÚBLICO, nos dirigimos ao MPF-BA solicitando verificar a possibilidade do instrumento de EMBARGO IMEDIATO DE QUALQUER INTERVENÇÃO FÍSICA NA EDIFICAÇÃO, enquanto não houver avaliação dos pedidos de tombamento, formulados desde 2011. Para tal decisão entendemos que deve prevalecer a Supremacia do Interesse Público e, nesse sentido, desenvolvemos algumas reflexões a respeito da questão.

O patrimônio cultural da saúde apresenta uma complexidade quanto às intervenções nas suas estruturas físicas, porque revela divergências entre a preservação das suas soluções arquitetônicas articuladas com a história da profilaxia médica e as demandas contemporâneas para adaptar necessidades vigentes da saúde para o cenário do século XXI. A evolução da medicina cria necessidades constantes para a arquitetura hospitalar que vão sendo incorporadas e aperfeiçoadas nos edifícios de saúde. Entretanto, muitas vezes, a resposta projetual a tais necessidades não atende a um critério técnico adequado que procure articular as características arquitetônicas e históricas do edifício com tais demandas contemporâneas, principalmente quando não existe o tombamento da referida obra.

Os edifícios projetados para o combate à tuberculose no século XX apresentavam uma arquitetura peculiar que refletia o conhecimento de caráter científico da profilaxia médica da doença e a complexidade da dimensão e organização dos seus espaços.

No caso do Hospital Sanatório Santa Terezinha (ver Figura 01) essas características se expressam pela clareza volumétrica resultante do escalonamento das varandas e das extremidades arredondadas, e pela forte presença de linhas horizontais e a quase completa ausência de ornamentação, percebida em sutis desenhos na estrutura aparente nas varandas, nos detalhes das esquadrias e nos revestimentos internos. O Hospital Santa Terezinha pode ser entendido como um edifício híbrido concebido a partir da ambiguidade assumida à época. Sua construção está alinhada com a concepção da maior parte dos sanatórios construídos no Brasil entre os anos 1930 e 1940, a partir de vertentes *art déco* ou modernas, ou ambas (BIERRENBACH, 2011).

Além disso, logo à época de sua inauguração, o edifício foi um dos poucos selecionados para representar a arquitetura moderna baiana na exposição e respectivo catálogo *Brazil Builds*,

Rua Caetano Moura, 121, Federação, Salvador, BA, CEP.40.210-340, tel.(71)3283-5898



realizada no Museu de Arte Moderna em Nova York (MoMA), em 1942 (ANDRADE JUNIOR, 2012).

Trata-se, assim, de um edifício com características arquitetônicas e históricas de ampla importância para a cidade do Salvador, para o Estado da Bahia e para o Brasil, articulando-se com os processos de modernização existentes no momento da sua concepção. Entende-se que sua preservação é de fundamental importância.



Figura 01 | Fachada principal do Hospital Santa Terezinha (sem data). Fonte: ODEBRECHT INFORMA, 1996.

Estes edifícios, entretanto, devido às concepções patrimoniais restritas e fruto de contexto histórico específico, por muito tempo, sequer constavam entre os bens dignos de preservação.

A necessidade constante de ampliação e reforma desses edifícios, portanto, requer do profissional responsável pelo projeto um entendimento adequado do valor patrimonial da obra a fim de alcançar o equilíbrio apropriado na elaboração do projeto arquitetônico de intervenção, sem perder a essência da arquitetura original.

Durante a Idade Média, a imagem do hospital estava fortemente correlacionada com a morte. O objetivo principal do edifício era responder ao confinamento das pessoas doentes, visando mais a proteção dos que estavam fora dos hospitais do que o atendimento aos pacientes. Havia pouca esperança de recuperação (MIQUELIN, 1992). Nesse período histórico não existia preocupação com o conforto e o bem estar dos pacientes e os hospitais assemelhavam-se com espaços carcerários. A arquitetura hospitalar se desenvolveu e, no século XVIII, a doença foi reconhecida como fato patológico e o hospital passou a ser considerado um instrumento destinado a curar (FOUCAULT, 1989). No século XIX, portanto, a grande preocupação da arquitetura hospitalar estava relacionada à salubridade das edificações. Florence Nightingale (enfermeira pioneira da enfermagem moderna que compreendeu o ambiente como fator fundamental no processo da doença) entendia que os principais problemas do edifício hospitalar eram a falta de ventilação e iluminação adequadas e a superlotação. Dessa forma, Nightingale transformou os espaços da enfermaria a partir do novo conceito de enfermagem e trouxe grande contribuição para a humanização hospitalar e diminuição da infecção hospitalar. Em seu intenso cuidado, Nightingale priorizava o isolamento, uma dieta adequada, a individualização do cuidado, a redução do número de leitos por enfermaria, evitando com isso contaminações cruzadas e a diminuição da circulação de pessoas fora do serviço em âmbito hospitalar, propiciando, dessa forma, condições mais favoráveis aos pacientes (NIGHTINGALE, 1989).

No contexto atual, por conta da grande complexidade normativa, tecnológica e de infraestrutura relacionada aos projetos de arquitetura de saúde, as possibilidades de condicionamento ambiental natural são, frequentemente, desconsideradas nos ambientes hospitalares, resultando na construção de espaços hermeticamente fechados, frios e que demandam um aumento no consumo de energia elétrica, para condicionamento artificial.

Além das questões relacionadas à preservação e conservação do patrimônio, em se tratando de um empreendimento do Governo do Estado da Bahia, entende-se que, para o projeto de intervenção do Hospital Sanatório Santa Terezinha, deva existir como princípio a conservação das principais características do edifício, além de uma maior atenção à eficiência ambiental e, portanto, maior aproveitamento de iluminação, ventilação natural e uso eficaz da água. Entende-se

Rua Caetano Moura, 121, Federação, Salvador, BA, CEP.40.210-340, tel.(71)3283-5898



que pode não existir incompatibilidade entre a realização de um projeto que procure preservar os principais valores arquitetônicos e históricos do edifício e sua adequação às demandas atuais relacionadas com a saúde. Trata-se de realizar uma solução projetual adequada, realizada por técnicos capacitados para articular tais instâncias. Em se chegando à conclusão das limitações do edifício existente, pode-se também optar pela realização de anexos que contemplem outras demandas.

O presente documento pretende relatar os acontecimentos relacionados ao tombamento do Hospital Santa Terezinha de Salvador (atual Hospital Especializado Octávio Mangabeira) e alertar sobre a necessidade urgente de embargo do projeto de reforma em andamento pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Em Janeiro de 2011, a Professora Dra. Ana Carolina Bierrenbach (atualmente Professora Associada I da Faculdade de Arquitetura e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Arquitetura da UFBA, anterior coordenadora do DOCOMOMO BA-SE) entregou ao IPAC uma Proposta de Tombamento do Hospital Santa Terezinha (ver Anexo 01), no contexto da solicitação de ampliação da poligonal de tombamento da Soledade. Cabe destacar que tal proposta foi decorrente de uma solicitação formulada pelo próprio Estado da Bahia, que, naquele momento, considerou pertinente a realização do parecer demandando o tombamento do edifício, mas que, infelizmente, não o levou adiante.

No ano de 2016, o tombamento do Hospital Santa Terezinha de Salvador foi solicitado, por meio de um processo no IPAC pelo IAB-BA sob a direção da arquiteta Solange Souza Araújo, sob o número de registro 0607180010655 (aberto em 04.06.2018).

No dia 14 de agosto de 2018, foi elaborada, por especialistas em História e Preservação da Arquitetura Moderna, reunidos em Manaus por ocasião do 7º Seminário Docomomo Norte/Nordeste, uma Moção de Apoio ao Tombamento do Hospital Especializado Octávio Mangabeira<sup>1</sup> em Salvador e de Repúdio ao Projeto de Reforma e Modernização Elaborado pelo Governo do Estado da Bahia (ver Anexo 02).

No dia 03 de setembro de 2018, foi elaborada, pelo Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos (MP-CECRE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), uma Moção de Apoio ao Tombamento do Hospital Especializado Octávio Mangabeira<sup>2</sup> e de Repúdio ao Projeto de Reforma Elaborado pelo Governo do Estado da Bahia (ver Anexo 03).

Em 2018, o próprio Secretário de Saúde do Estado da Bahia divulgou em redes sociais imagens virtuais da simulação do resultado de um projeto que seria executado (ver Anexo 04). A proposta de projeto em andamento não contempla possibilidades arquitetônicas que preservem elementos de valor histórico-cultural do edifício em conformidade com as premissas contemporâneas de uma boa arquitetura de saúde.

No dia 23.07.2019, foi dada entrada com um ofício (ver Anexo 05) pedindo celeridade para a finalização do processo número 0607180010655 (aberto em 04.06.2018) referente ao tombamento do Hospital Santa Terezinha de Salvador no protocolo do IPAC, entretanto, também não houve retorno.

No dia 20 de agosto de 2019, a partir de contato com a empresa JCA Engenharia e Arquitetura (responsável pelo atual projeto de reforma do HEOM), a Faculdade de Arquitetura da UFBA recebeu a informação de que a Secretaria de Saúde do Governo do Estado da Bahia está desenvolvendo um projeto de reforma para rápido processo de execução, com possibilidade imediata de privatização do bem (ver Anexo 06). Além disso, a Universidade se propôs a colaborar com a empresa JCA Engenharia e Arquitetura, por meio de consultorias, com o projeto de reforma do HEOM, a fim de consolidar uma proposta arquitetônica adequada para o edifício, considerando seu valor de patrimônio cultural. A Faculdade de Arquitetura da UFBA foi informada que o Secretário de Saúde do Estado se colocou irredutível em reavaliar as decisões do projeto existente que determinam a descaracterização do edifício, o que compromete irremediavelmente o seu valor de patrimônio cultural.

<sup>1</sup> Antigo Hospital Santa Terezinha

<sup>2</sup> Antigo Hospital Santa Terezinha



A partir deste contexto, entende-se que seria uma incongruência transformar o edifício em uma arquitetura hermética, fechando com vidro espelhado os solários do edifício original. A arquitetura original do edifício é favorável ao pensamento contemporâneo da arquitetura hospitalar e está sendo descaracterizada como patrimônio sanatorial. No projeto em desenvolvimento, algumas características mais marcantes desta arquitetura, que são seus solários terapêuticos e seus balcões ao longo de parte da fachada, estão sendo plenamente desconsiderados. Assim, para intervenções de maior porte, que envolvam recursos tecnológicos e de infraestrutura robusta e que possam interferir de forma inevitável na estrutura característica do edifício, entende-se ser mais adequada a criação de anexos contemporâneos, com tipologias novas.

Na arquitetura hospitalar, é possível adaptar funções mais compatíveis com a tipologia do edifício. O Sanatório Paimio (construído em 1930-1933) é um exemplo da preservação e conservação do patrimônio com adaptação de uso. Este edifício é um antigo sanatório de tuberculose, projetado pelo arquiteto finlandês Alvar Aalto, considerado uma obra de referência em conservação e preservação do patrimônio cultural da saúde no mundo e está, atualmente, em funcionamento a partir da adaptação da sua funcionalidade. É propriedade do Hospital da Universidade de Turku desde 2014 e opera como um centro de reabilitação privado para crianças. O edifício foi nomeado para se tornar patrimônio cultural da UNESCO e está situado na cidade de Paimio, no sudoeste da Finlândia. É possível perceber a referência arquitetônica marcante do Sanatório Paimio no Hospital Sanatório Santa Terezinha, a partir de elementos como a estrutura delgada do edifício, com os solários e balcões em parte do perímetro, com arredondamento nas extremidades.

Assim sendo, os principais pontos a serem levantados em relação ao HEOM são:

- A Reabilitação e Restauração do Hospital Santa Terezinha, se insere no âmbito da discussão a respeito da preservação do patrimônio moderno, entendendo o Santa Terezinha como importante representante do processo de modernização da cidade de Salvador.
- É importante compreender as transformações pelas quais o edifício passou ao longo da sua existência, bem como as mudanças no contexto urbano em que está inserido para intervir no edifício atual.
- É importante compreender o contexto em que o Hospital Sanatório Santa Terezinha foi construído e sua relação com outros sanatórios para tuberculosos em âmbito nacional e mundial, considerando que o edifício sanatorial foi um marco na Arquitetura Moderna e na Arquitetura Hospitalar.
- É importante evitar a transformação da espacialidade e materialidade do Hospital Sanatório Santa Terezinha ou fazê-la de forma criteriosa (com consultoria de especialistas em intervenção de patrimônio).
- Entender que o Hospital Sanatório Santa Terezinha é o único edifício sanatorial existente em Salvador – Bahia para entender a importância e responsabilidade profissional de uma possível intervenção neste patrimônio para a história da cidade, do Brasil e do mundo.
- O Hospital Sanatório Santa Terezinha já possui uma arquitetura favorável, do ponto de vista da eficiência ambiental, permitindo transformações menos agressivas na estrutura preexistente.

Considerando a importância deste edifício para a história da arquitetura moderna brasileira, para a história da cidade de Salvador e das iniciativas e políticas públicas de saúde na Bahia e o iminente risco de descaracterização completa e perda total dos valores culturais desse patrimônio baiano, torna-se urgente o embargo de qualquer continuação nos processos de reforma do Hospital Sanatório Santa Terezinha (atual Hospital Otávio Mangabeira). Toma-se ainda mais problemático o fato de ser o próprio Estado da Bahia aquele a não reconhecer e valorizar a importância deste patrimônio arquitetônico, quando deveria ser o maior responsável por zelar pela sua preservação.

O Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento Bahia (IAB BA), a Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA), o Núcleo Documentation and conservation of buildings,

**Rua Caetano Moura, 121, Federação, Salvador, BA, CEP.40.210-340, tel.(71)3283-5898**

sites and neighborhoods of the modern movement Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE), o Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE UFBA) e o Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia (PPGAU – UFBA) como Instituições que trabalham a favor das causas relacionadas ao patrimônio cultural, corroboram, com veemência, a solicitação de EMBARGO IMEDIATO DE QUALQUER INTERVENÇÃO FÍSICA NO ANTIGO HOSPITAL SANATÓRIO SANTA TEREZINHA, enquanto não houver avaliação dos pedidos de tombamento.


#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE JUNIOR. **Arquitetura Moderna na Bahia, 1947-1951: uma História a Contrapelo – volume 1.** Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.
- BIERRENBACH, Ana Carolina de Souza. **Estudo para Ampliação da Poligonal de Tombamento da Região da Soledade – Proposta de Tombamento Estadual, Hospital Santa Terezinha.** Universidade Federal da Bahia. Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural, Salvador, janeiro de 2011.
- FOUCAULT, M. - **Microfísica do Poder**, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1989.
- MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos edifícios hospitalares**, Editora CEDAS, São Paulo, 1992, 241p.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.


Representantes das Instituições Autoras desta solicitação:

  
**Professora Dra. Solange Souza Araújo**  
Presidente do Instituto de Arquitetos do Brasil –  
Departamento Bahia (IAB BA)

  
**Professora MSc. Elisabete Araújo Ulisses**  
Diretora em Exercício da Faculdade de Arquitetura da  
Universidade Federal da Bahia (FAUFBA)  
  


  
**Professora Dra. Ana Carolina de Souza Bierrenbach**  
Membro do Núcleo Documentation and Conservation  
of buildings, sites and neighborhoods of the modern movement  
Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE)

  
**Professora Dra. Juliana Cardoso Nery**  
Coordenadora do Mestrado Profissional em Conservação e  
Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos  
da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE UFBA)


  
**Professor Dr. Rodrigo Espinha Baeta**  
Coordenador Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo  
da Universidade Federal da Bahia (PPGAU – UFBA)

  
Prof.ª Juliana Cardoso Nery  
SIAPÉ 3496306

Rua Caetano Moura, 121, Federação, Salvador, BA, CEP.40.210-340, tel.(71)3283-5898



**ANEXO G** – Ofício do IPAC de 17 de dezembro de 2019, afirmando que o processo de salvaguarda do HEOM encontrava-se, à época, em etapa preparatória para se proceder com a notificação do proprietário/representante legal do monumento.

|  |   |
|--|---|
|  <b>IPAC</b><br>INSTITUTO DO PATRIMÔNIO<br>ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA  | Ministério Público do Estado da Bahia<br>IDEA: <b>003.9.246770/2019</b> Original<br>Data: 27/12/2019 Hora: 10:34<br>Nº Doc: <b>OF.DG N 703/2019</b><br>Qt. Vol.: 0 Recebido Por: patricia.souza |
| <b>OF. DG N° 703/2019</b>  | <b>Salvador, 17 de dezembro de 2019.</b>  |
| Exma. Senhora<br><b>Ana Luzia dos Santos Santana</b><br>Promotora de Justiça<br>6ª Promotoria de Justiça Ambiental de Salvador<br>Ministério Público do Estado da Bahia<br>Avenida Joana Angélica, nº 1.312, Prédio Principal, 2º Andar, Sala 207, Bairro Nazaré<br>NESTA  |   |
| <b>REF.: Processo SEI nº 062.1982.2019.0004063-49/IPAC</b>   |   |
| Senhora Promotora,   |   |
| Cumprimentando-a cordialmente, e em atenção ao vosso OF. N° 138/2019 – 6ª PJMA, referente a solicitação de informações quanto ao andamento do processo nº 0607180010655 – Hospital Otávio Mangabeira, temos a informar que foi apresentado à Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC e aprovado, o Parecer Técnico de nº 011/2018, com a indicação de Tombamento Estadual.   |   |
| Isto posto, o processo encontra-se na fase de preparação para efetuar a notificação do proprietário/representante legal do bem. A partir da Notificação de Abertura do Processo de Tombamento, o bem estará tutelado pelo IPAC provisoriamente, conforme Art. 6º da Lei 8.895/2003: "A abertura dos processos de Tombamento e Inventário para Preservação, por ato do Diretor Geral do IPAC, após instrução sumária, deferindo proposta apresentada por qualquer pessoa, ou de ofício, assegura ao bem, até o ato de inscrição, o mesmo regime dos bens protegidos". |   |
| Posteriormente, seguindo a ordem cronológica das demandas, será elaborado o dossiê que será encaminhado ao Conselho Estadual de Cultura-CEC para análise e decisão referente ao mérito para tombamento estadual. Tratando-se de decisão favorável, o CEC encaminhará à Secretária de Cultura, que a remeterá ao Governador para homologação, no caso de consentimento.   |   |
| Por fim, haverá a publicação do Decreto de Tombamento no Diário Oficial e inscrição do bem no livro de tomo competente.  |   |
| Na oportunidade, renovamos os votos de consideração e respeito.  | <b>6ª Promotora de Justiça do<br/>Meio Ambiente<br/>RECEBIDO</b><br>Em <u>07.10.1.2020</u><br><i>Viviane T. de Castro Neves</i><br>Assist. Téc. Administrativo<br>Mat. 354.067                  |
| Atenciosamente,  |   |
| <b>João Carlos Cruz de Oliveira</b><br>Diretor Geral   |   |

## ANEXO H – Relatório que a JCA Engenharia e Arquitetura emitiu ao MP-BA em resposta ao Ofício nº 046/2021 – 6ª PJMA – Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019.

Rua Alceu Amoroso Lima, 276-A, sala 910 – Edf. Mondial Salvador  
Caminho das Árvores - Salvador / BA – CEP: 41.820-770  
Tel. (71) 3503-0000 / Fax: (71) 3503-0001  
www.jcaengenharia.com.br



Ofício No. 016-HEOM-FOR-2021 – Página 1 de 3

AO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

Ilustríssima Senhora  
CRISTINA SEIXAS GRAÇA  
Promotora de Justiça

Referente: Resposta ao Ofício No. 046/2021 – 6ª PJMA – Inquérito Civil no. 003.9.208763/2019.  
Assunto: IC no. 003.9.208763/2019

Ilustríssima Senhora,

Inicialmente à cumprimentamos, A JCA Engenharia e Arquitetura Ltda., inscrita no CNPJ no 07.470.178/0001-45, telefone/fax (71) 3503-0000, com sede na Rua Alceu Amoroso Lima, 276A, Sala 910, Edf. Mondial Salvador Office, Bairro Caminho das Árvores, CEP 41820-770, por intermédio de seu representante legal, o Engenheiro Eletricista Mayrthon Paulo Costa Junior, portador da Carteira de Identidade RG 94002351992 SSP/CE e CPF/MF nº 736.525.633-87, tempestivamente, à presença de V. Sra., apresentar nossas considerações e justificativas em atendimento ao vosso Ofício No. 046/2021 – 6ª PJMA, datado do dia 10/02/2021 – Inquérito Civil no. 003.9.208763/2019, conforme segue abaixo:

### I. DA TEMPESTIVIDADE

1. Inicialmente, antes de adentrar ao mérito propriamente dito de nossas considerações, cumpre salientar a sua tempestividade, vez que consoante dito no Ofício No. 046/2021 nos é concedido o prazo de 15 (quinze) dias úteis para atendimento ao que nos foi solicitado no referido Ofício.
2. Tendo recebido o Ofício No. 046/2021 em 10/02/2021 (quarta-feira), ressuma evidente que o prazo fatal para interposição de nossas considerações seria em 08/03/2021 (segunda-feira), data limite de protocolo da presente resposta, considerando os 15 (quinze) dias úteis e excluindo os dias do período carnavalesco e a Quarta-Feira de Cinzas (não útil por ser feriado).

### II. DAS DEFINIÇÕES

3. A JCA ENGENHARIA E ARQUITETURA LTDA diante do Contrato No. 014/2019 de 05 de julho de 2019, Contratante: ESTADO DA BAHIA – Secretaria de Saúde do estado da Bahia, cujo Objeto é a prestação de Serviços de Elaboração de Projetos Básicos e Executivos de Arquitetura e seus Complementares para a reforma e adequação do Hospital Especializado Octávio Mangabeira – Salvador/BA, de acordo com as especificações do Termo de Referência do Instrumento Convocatório.
4. Conforme consta no Termo de Referência (TR) do aludido Contrato, no item 2.2 – Considerações Gerais, temos:
  - 2.2.2 O Perfil Assistencial e o pré-dimensionamento, quando necessário, serão elaborados pela DAE/SAIS/SESAB e fornecidos quando da solicitação de cada serviço.
  - 2.2.3 A Contratada deverá elaborar os projetos executivos, tomando como referência o Perfil Assistencial e o pré-dimensionamento fornecidos pela CEAS/CEIRF/SESAB;
  - 2.2.4 Na elaboração de todos os projetos, serão consideradas as informações fornecidas pela SESAB e serão obedecidas, rigorosamente, as normas da ABNT referentes a cada projeto específico, a RDC – 50/2002 alterada pela RDC – 307/2002, as Portarias pertinentes do Ministério da Saúde, toda a Normatização de Projetos, além da Legislação Municipal e Estadual e Meio Ambiente.

FORTALEZA  
Av. Santos Dumont, 3060 – Salas 502/504  
Edf. Emilio Ary – Aldeota – Fortaleza / CE  
CEP: 60.150-161 - Tel. / Fax (85) 3077-9999  
fortaleza@jcaengenharia.com.br



Rua Alceu Amoroso Lima, 276-A, sala 910 – Edf. Mondial Salvador  
Caminho das Árvores - Salvador / BA – CEP: 41.820-770  
Tel. (71) 3503-0000 / Fax: (71) 3503-0001  
www.jcaengenharia.com.br



Ofício No. 016-HEOM-FOR-2021 – Página 2 de 3

2.2.5 Os serviços serão desenvolvidos pela Contratada, a qual atuará sob a Coordenação da Fiscalização, composta por técnicos da Coordenação de Arquitetura da CEIRF/SESAB, a serem designados no momento oportuno para conhecimento da Contratada.

(...)

2.2.9 Será exigido rigorosamente na elaboração dos serviços o atendimento às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, aprovadas ou recomendadas, assim como as normas da DIVISA e do Corpo de Bombeiros, as exigências do Código de Obras do Município de endereço do objeto, das Companhias Concessionárias de Serviços Públicos, das Normas e Legislações Ambientais, e de modo geral, das Leis Municipais, Estaduais e Federais pertinentes ao tema.

5. Também consta no Documento do Termo de Referência (TR) do aludido Contrato:

### 1.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE O EMPREENDIMENTO

A elaboração dos Projetos Executivos de Arquitetura e Complementares para Reforma e Adequação do Hospital Especializado Octávio Mangabeira para o Perfil Oncológico de Atenção ao Câncer e no Diagnóstico e Tratamento de Pneumopatias, obedece ao Perfil Assistencial fornecido pela DAE/SESAB, sem qualquer comprometimento dos fluxos, da setorização e das áreas construídas totais. Considerando que não haverá alteração do terreno, deverão ser mantidas as cotas de nível, afastamentos, recuos e acessos externos e internos já estabelecidos. Deverão ser obedecidas às normas regulamentadoras para projeto e execução de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Os Projetos Básicos foram desenvolvidos em Atendimento ao novo perfil assistencial atualizado pela equipe do Hospital Octávio Mangabeira em conjunto com os técnicos da Secretaria de Saúde do estado da Bahia, em função à evolução e complexidade das demandas atuais desta Unidade Hospitalar, se tratando de um Hospital de referência em suas atividades;

Resumindo, essa CONTRATADA, é responsável pela elaboração dos projetos básicos e executivos de Arquitetura e seus demais complementares, tomando como base o perfil assistencial e o pré-dimensionamento (estudo preliminar e anteprojetos) já elaborado pela SESAB, com o intuito de atualização tecnológica da edificação;

Esta Atualização Tecnológica do edifício tem o intuito de atualizar e compatibilizar os campos disciplinares da arquitetura e da engenharia em função da atualização da própria medicina, objetivando o bom desempenho do edifício e seus atributos quanto às suas funções e especialidades;

### III. DA ATUALIZAÇÃO DO CONTRATO

Os referidos projetos foram devidamente aprovados pela Vigilância Sanitária no último dia 06/10/2020. Na conclusão da Etapa de projetos executivos, incluindo sua planilha orçamentária e especificações técnicas da obra, será iniciado a abertura do processo licitatório para execução das referidas obras de restauro, reforma e modernização da infraestrutura física da unidade, considerando todos os diferentes e variados aspectos potenciais e restritivos de intervenção, quais sejam: - aspectos históricos patrimoniais, de assistência à saúde, de aprovação nos órgãos controle, de atualização tecnológica do edifício;

A Aprovação dos Projetos Legais junto a Vigilância Sanitária se fez necessário para conclusão da Etapa de projetos Básicos (incluindo os Projetos Legais), haja vista, esta aprovação comprovar o atendimento

FORTALEZA  
Av. Santos Dumont, 3060 – Sala 502/504  
Edf. Emilio Ary – Adeaota – Fortaleza / CE  
CEP: 60.150-161 - Tel. / Fax (85) 3077-9999  
fortaleza@jcaengenharia.com.br

ID MP 2433520 - Pág. 2

Rua Alceu Amoroso Lima, 276-A, sala 910 – Edf. Mondial Salvador  
Caminho das Árvores - Salvador / BA – CEP: 41.820-770  
Tel. (71) 3503-0000 / Fax: (71) 3503-0001  
www.jcaengenharia.com.br



Ofício No. 016-HEOM-FOR-2021 – Página 3 de 3

às legislações vigentes, normas técnicas, resoluções, dentre outras regulamentações que orientam e estabelecem os parâmetros para habitação do edifício para o seu pleno exercício de suas funções;

IV. DO ATENDIMENTO AO OFÍCIO DESTE MINISTÉRIO PÚBLICO

12. Ressaltamos que os projetos aqui entregues tratam de sua última versão, estes aprovados devidamente pela Vigilância Sanitária;
13. Qualquer outra informação anterior, sejam projetos ou imagens meramente ilustrativas, não correspondem necessariamente à realidade do projeto atualizado, por se tratar de etapas de estudos preliminares. Estes sofrem alterações derivadas do próprio amadurecimento do projeto.
14. Assim sendo, conforme nos foi solicitado, segue em anexo a última versão dos projetos básicos de arquitetura que foram devidamente aprovados junto a Vigilância Sanitária e pelo GASEC – Gabinete do Secretário;

Salvador, 08 de março de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
JCA ENGENHARIA E ARQUITETURA LTDA  
Mayrthon Paulo Costa Júnior  
CREA RNP 060191712-0  
CPF 736.525.633-87  
Sócio / Diretor Técnico

FORTALEZA  
Av. Santos Dumont, 3060 – Salas 502/504  
Edf. Emilio Ary – Aldeota – Fortaleza / CE  
CEP: 60.150-161 - Tel. / Fax (85) 3077-9999  
fortaleza@jcaengenharia.com.br

ID MP 2433520 - Pág. 3



**ANEXO I** – Ofício nº 133/2021, enviado pelo Sindsaúde em 6 de julho de 2021 para o promotor do GESAU/MP-BA.



**SINDSAÚDE**  
Bahia  
SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Salvador, 06 de julho de 2021

Of. 133/2021

Exmo. Senhor.

Dr. Rogério Queiroz

Promotor de Justiça - GESAU

Prezado Promotor

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, SESAB, desde o ano de 2018, tornou pública a sua intenção de modificar o perfil do Hospital Especializado Otávio Mangabeira, unidade que funciona desde 1942, atendendo a pacientes com tuberculose e outras doenças pulmonares, para hospital de cirurgia torácica e afecções de cabeça e pescoço. A Secretaria anunciou também a mudança na gestão dessa unidade de saúde, terceirizando-a para ente de direito privado.

Tal plano não chegou a ser realizado no ano citado, devido a forte resistência da comunidade hospitalar, do Conselho Estadual de saúde e Conselho Municipal de Saúde de Salvador bem como do Fórum Estadual de combate a Tuberculose, entre outras instituições.

Nesse período, a Escola de Arquitetura da UFBA, através da sua Pós Graduação, realizou estudo sobre o Hospital, identificando-o como uma obra de configuração arquitetônica de destaque internacional à época de sua construção, que reflete a história da medicina, da pneumologia e da tuberculose, sugerindo à Promotoria de Meio Ambiente, providencias para tombamento do prédio, pelo valor cultural da sua arquitetura. Tal movimento resultou no Inquérito Civil de no. 003.9.208763/2019, a cargo da Promotora Dra. Cristina Seixas.

A comunidade do Hospital continuou mobilizada e ao tomar conhecimento do Projeto de reestruturação do Hospital passou a fazer questionamentos à Secretaria da Saúde sobre para onde iriam os pacientes? Se a gestão do hospital continuaria sob administração direta, se os servidores retornariam para a unidade após a reforma? Durante esses três anos, essas questões não foram respondidas. Aliás, a SESAB afirmava que não havia previsão de inicio da obra de reforma.


De repente, sem nenhum dialogo prévio que respondesse as questões acima, intempestivamente, a SESAB anuncia, no dia 30/ 06/21, o início de uma grande obra de reforma para o dia 12/7, pegando a todos e todas de surpresa, em plena Pandemia de COVID 19, doença respiratória, inclusive atendida pelo HEOM.

---

[WWW.SINDSAUDEBA.ORG.BR](http://WWW.SINDSAUDEBA.ORG.BR)

Av. Joana Angélica, 902 Ed. Fórum Empresarial Sala 304 à 306 . Nazaré Salvador-BA CEP 40.050-000  
Contatos: 71 3266.8940 | 8941 | 8942 | 8943 E-mail: [sindesaudeba@yahoo.com.br](mailto:sindesaudeba@yahoo.com.br)  
Desde 1989 . CNPJ: 34.283.200/0001-10

**Vamos juntos  
CONSTRUIR  
nossa HISTÓRIA**







Transferência e altas de pacientes sendo agilizadas, inclusive à noite (05/07) sem justificativa para a urgência. Os profissionais, sendo pressionados a assinarem um documento sugerindo unidade para relocação, sem nenhuma garantia de manutenção da remuneração que recebem, uma vez que mudando de unidade terão o adicional de insalubridade e a Gratificação de Desempenho reduzida, parcelas de valores muito expressivos para essa unidade de saúde.

Em anexo colocamos o registro escrito pro uma médica da unidade que expressa a situação de incerteza quanto a continuidade da assistência aos pacientes. Também anexamos fotos de uma reunião realizada ontem no Hospital, com a presença de diversas entidades e instituições representativas de servidores e usuários do SUS.

Diante desses fatos, apelamos para essa Promotoria de Saúde, no sentido de adotar providencias necessárias para adiamento de tal reforma, até que sejam discutidos a situação dos pacientes e servidores, garantindo-lhes, assistência segura e preservação dos seus direitos trabalhistas, respectivamente, bem como Projeto arquitetônico, objeto do Inquérito Civil, supra citado.

Certos de contarmos com a atenção dessa Promotoria, agradecemos ao tempo que renovamos protestos de consideração e nos colocamos à disposição para os devidos esclarecimentos.

Atenciosamente

Ivanilda Souza de Brito

Presidente

SINDSAÚDE Bahia  
SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

WWW.SINDSAUDEBA.ORG.BR




Av. Joana Angélica, 902 Ed. Fórum Empresarial Sala 304 à 306 . Nazaré Salvador-BA CEP 40.050-000  
Contatos: 71 3266.8940 | 8941 | 8942 | 8943 E-mail: sindesaudeba@yahoo.com.br  
Desde 1989 . CNPJ: 34.283.200/0001-10

Vamos juntos  
CONSTRUIR  
nossa HISTÓRIA



**ANEXO J** – Ofício nº 263/2021, enviado pelo MP-BA em 6 de julho de 2021 para o diretor do IPAC.



**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA**

**Promotoria de Justiça de Meio Ambiente e Habitação e Urbanismo**

**5º Promotor de Justiça**

OFÍCIO Nº 263/2021 – 5ª PJMAHU

Salvador, 06 de julho de 2021.

**Ilustríssimo Senhor**

JOÃO CARLOS CRUZ DE OLIVEIRA

Diretor do Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia – IPAC

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia – IPAC

diger.ipac@ipac.ba.gov.br

**Assunto: IC nº 003.9.208763/2019.**

**Prezado Senhor,**

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA**, por meio da Promotoria de Justiça de Meio Ambiente e Habitação e Urbanismo – 5ª Promotora de Justiça em Substituição, visando a instrução do **Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019**, cujo objeto é o de verificar suposta ameaça de dano ao patrimônio cultural e material, em virtude de obra de reforma e adequação do

IDMP 3356362 - Pág. 1

Documento assinado eletronicamente por ANA LUZIA DOS SANTOS SANTANA - 06/07/2021 14:35:37  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://ideia.sistemas.mpba.br/ideia/verificardoc.aspx?id=A36C2A84D4291247B8D>





Hospital Otávio Mangabeira (HOM), localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo, Salvador/BA, vem solicitar que, no prazo de 10 (dez) dias, encaminhe o Parecer Técnico nº 011/2018 favorável ao Tombamento Estadual do HEOM e a Notificação de Abertura do Processo de Tombamento, documentos estes citados no OF. DG nº 703/2019-IPAC, enviado em 17 de dezembro de 2019.

Ademais, **CONVIDA** o Ilmo. Sr. **João Carlos Cruz de Oliveira**, Diretor do Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia – IPAC, para participar de Audiência a ser realizada, por meio da plataforma Microsoft Teams, **no dia 13 de julho de 2021, às 15h**.

Para iniciar a participação na reunião, basta abrir o e-mail que será enviado na data anterior ao agendamento e clicar no link "Clique aqui para ingressar na reunião", localizado no rodapé da mensagem.


Atenciosamente,

ANA LUZIA SANTANA

Promotora de Justiça

Documento assinado eletronicamente por ANA LUZIA DOS SANTOS SANTANA - 06/07/2021 14:35:37  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://ideia.sistemas.mpba.mp.br/ideia/verificarcloc.aspx?ig=A36C2A840A4291247B8D>

## ANEXO K – Despacho enviado pelo MP-BA em 7 de julho de 2021 para as instituições noticiantes do inquérito civil.

**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA**

**Promotoria de Justiça de Meio Ambiente e Habitação e Urbanismo**

**5º Promotor de Justiça**

**IC n.º 003.9.208763/2019**

**DESPACHO**

Trata-se de **Inquérito Civil** instaurado com o objetivo de apurar suposta ameaça de dano ao patrimônio cultural e material, em virtude de obra de reforma e adequação do Hospital Otávio Mangabeira (HOM), localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo, Salvador/BA.

Com efeito, tendo em vista a solicitação feita pelo Sr. Diogo Vasconcellos, Analista Técnico do NUDEPHAC, no sentido de que o convite da audiência designada no despacho anterior fosse estendido às instituições Noticiantes, bem como que cópias dos documentos técnicos que constam dos autos sejam remetidos aos referidos órgãos, a fim de se contribuir para o melhor deslinde do feito, **determino**:

- **Expeçam-se** convites para o Presidente do Instituto de Arquitetos do Brasil - Departamento da Bahia (IAB BA); para o Coordenador da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA); para o Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia (PPGAU - UFBA); para o Coordenador do Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos da Universidade Federal da Bahia (MP-CECRE UFBA); e para o Coordenador do Núcleo Documentation and Conservation of buildings, sites and neighbourhoods of the Modern Movement Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE), a fim de que, se possível, participem da audiência designada para o dia **13 de julho de 2021, às**

IDMP 3367745 - Pág. 1

Documento assinado eletronicamente por ANA LUIZIA DOS SANTOS SANTANA - 07/07/2021 13:35:45  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://deba.sistemas.mpba.br/ideba/verificardoc.aspx?Id=D9C556B463F2C5E99074>



**15h.**

- **Encaminhe-se** junto com os referidos convites o projeto proposto pela SESA e JCA Arquitetura e Engenharia, para apreciação e análise daquelas instituições, bem como a Nota Técnica 02/2021 do NUDEPHAC.

Salvador, Bahia, 07 de julho de 2021.

**ANA LUZIA SANTANA**

*Promotora de Justiça em Substituição*

**ANEXO L – Primeira sequência de cards de manifesto sobre o projeto do HEOM, divulgada em 20 de julho de 2021 nas redes sociais por entidades e instituições unidas em defesa deste bem cultural.**





Pesquisadoras da UFBA com experiência em projetos de AMBIENTES DE SAÚDE constataram INCOERÊNCIAS no projeto apresentado pela SESAB. Há soluções mais ONEROSAS, PERDAS DE ÁREA e DESTRUIÇÃO IRREVERSÍVEL do patrimônio.



É notória a necessidade da reforma. Mas há OUTRAS MANEIRAS DE SE INTERVIR. É possível CONCILIAR REFORMA e RESPEITO ao PATRIMÔNIO, como mostra o PROJETO da arq. Gabriela Otremba, aprovado em 2020 com distinção pelo MESTRADO EM CONSERVAÇÃO-RESTAURO/UFBA.



A proposta da SESAB MUDA O PERFIL ASSISTENCIAL do HEOM. A REFERÊNCIA no tratamento especializado em TUBERCULOSE se perde com a diminuição desses leitos e a pulverização dos pacientes e profissionais em outras unidades não especializadas. As varandas ainda FUNCIONAM como espaços TERAPÊUTICOS e de DESCOMPRESSÃO.

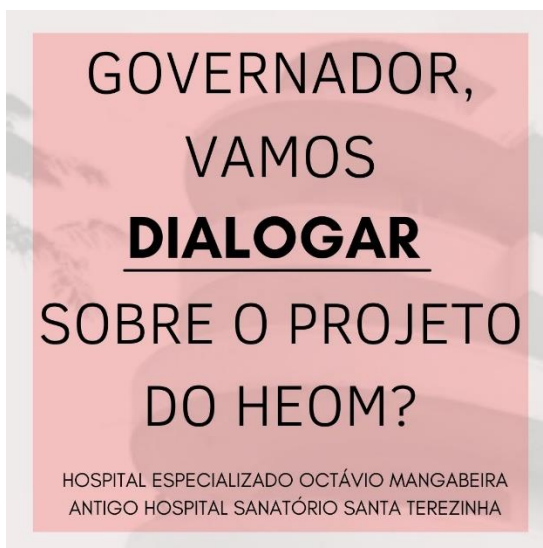


CLAMAMOS AO GOVERNO DA BAHIA A REVER O PROJETO DE REFORMA DO HEOM! AS INSTITUIÇÕES E ENTIDADES ABAIXO SÃO CONTRA A PROPOSTA DA SESAB:

ABA - Associação Brasileira de Antropologia | ANPARQ - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo | ANPEGE - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia | ANPUH - Associação Nacional de História | ANPUR - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional | CAU-BA - Conselho de Arquitetura e Urbanismo - Bahia | CBHA - Comitê Brasileiro de História da Arte | DOCOMOMO BRASIL | DOCOMOMO BA-SE | FAUFBA - Faculdade de Arquitetura da UFBA | FNA - Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas | FNArq - Fórum Nacional das Associações de Arquivologia do Brasil | IAB - Instituto de Arquitetos do Brasil | IAB-BA - Instituto de Arquitetos do Brasil - Dep. Bahia | ICOM Brasil - Comitê Brasileiro do Conselho Internacional de Museus | ICOMOS Brasil - Comitê Brasileiro do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios | MP-CECRE/UFBA - Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos-UFBA | PPGAU/UFBA - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo-UFBA | SAB - Sociedade de Arqueologia Brasileira | Sinarq-BA - Sindicato dos Arquitetos e Urbanistas do Estado da Bahia



**ANEXO M** – Segunda sequência de cards de manifesto sobre o projeto do HEOM, divulgada em 22 de julho de 2021 nas redes sociais por entidades e instituições unidas em defesa deste bem cultural.



Após o nosso **MANIFESTO**, a SESAB divulgou novas **IMAGENS** e **VÍDEO** da fachada principal do HEOM, alegando ter atendido às nossas solicitações. As alterações **ACOLHEM APENAS PONTUALMENTE** o nosso apelo, mas o projeto **CONTINUA COMPROMETENDO** os valores arquitetônicos e históricos do edifício.



O **FECHAMENTO DAS VARANDAS** das enfermarias é mantido, interferindo na percepção dos **TRAÇOS MODERNOS** do edifício. Modifica a leitura da sua **HORIZONTALIDADE** e dos **BALANÇOS** desses solários, que representam o **AVANÇO TECNOLÓGICO** da época de construção do HEOM, possibilitado pelo uso do **CONCRETO ARMADO**. O projeto segue **DESCARACTERIZANDO** o hospital.



Apesar de resgatar a abertura das varandas das extremidades curvas do hospital, o edifício segue **ENVELOPADO** por **PANOS DE VIDRO**. Esta ação projetual é **CONTRÁRIA** às tendências e cenários dos espaços de saúde do futuro, que defendem a **ILUMINAÇÃO/ VENTILAÇÃO NATURAIS** e a **COMUNICAÇÃO COM AMBIENTES EXTERNOS** nos hospitais.



As doenças respiratórias infectocontagiosas demandam controle rigoroso da **QUALIDADE DO AR** nos hospitais. As longas internações podem ser reduzidas com os banhos de sol, terapias integrativas, fisioterapia e áreas de contemplação que permitam a autonomia do paciente. Assim, as **VARANDAS** do HEOM se alinham a esses **USOS** contemporâneos.



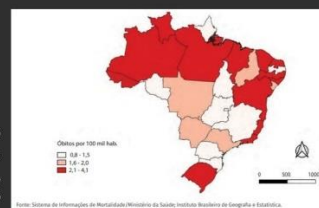
A preservação total do hall de entrada **NÃO ESTÁ ASSEGURADA**. O portão em serralheria artística com motivos geométricos é **SUBSTITUÍDO** por duas portas de vidro. A escada é **PARCIALMENTE DESTRUÍDA** para instalação de plataforma elevatória (solução mais onerosa do que uma rampa).



A elaboração de um projeto desta magnitude precisa ser **DISCUTIDA** e **NOSSOS APELOS** devem ser ouvidos. É fundamental que a SESAB escute os especialistas em Patrimônio e Arquitetura Hospitalar, pesquisadores, servidores e profissionais de saúde, pacientes e familiares. Estamos dispostos a **COLABORAR**.



Apesar das mudanças formais pontuais do projeto, o **PERFIL ASSISTENCIAL** ainda é **MODIFICADO**. Não se mencionam os leitos de Tuberculose e outras Pneumopatias. Mas a **TUBERCULOSE** é um **GRAVE RISCO** à **SAÚDE PÚBLICA** e essa **UNIDADE DE REFERÊNCIA** não pode parar, desassistindo a população.



Em 2019, segundo o Ministério da Saúde, a Bahia foi o 4º estado brasileiro com maior nº de óbitos por TB.

**NÃO SE PARALISA** um hospital público, durante uma pandemia, e **NÃO SE TRANSFEREM** quase 200 pacientes de um hospital inteiro com a justificativa de se realizar uma reforma. **OBRAS HOSPITALARES** ocorrem em **ETAPAS PLANEJADAS**, a fim de não suspender os serviços essenciais de saúde.



SEGUIMOS SOLICITANDO QUE A REFORMA A SER REALIZADA PELA SESAB **NÃO DESCARACTERIZE** O HEOM.

ABA - Associação Brasileira de Antropologia | ABAP - Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas | ANPARQ - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo | ANPEGE - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia | ANPUH - Associação Nacional de História | ANPUR - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional | CAU-BA - Conselho de Arquitetura e Urbanismo - Bahia | CBHA - Comitê Brasileiro de História da Arte | DOCOMOMO BRASIL | DOCOMOMO BASE | FAUFBA - Faculdade de Arquitetura da UFBA | FNA - Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas | FNArq - Fórum Nacional das Associações de Arquivologia do Brasil | Fórum de Entidades em Defesa do Patrimônio Cultural da Bahia | IAB - Instituto de Arquitetos do Brasil | IAB-BA - Instituto de Arquitetos do Brasil - Dep. Bahia | ICOM Brasil - Comitê Brasileiro do Conselho Internacional de Museus | ICOMOS Brasil - Comitê Brasileiro do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios | MP-CECRE/UFBA - Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Núcleos Históricos-UFBA | PPGAU/UFBA - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo-UFBA | SAB - Sociedade de Arqueologia Brasileira | Sinarq-BA - Sindicato dos Arquitetos e Urbanistas do Estado da Bahia



**ANEXO N** – Informação técnica nº 039/21 enviada ao MP-BA no dia 22 de julho de 2021 pela Diretoria de Projetos, Obras e Restauro (DIPRO) do IPAC.



DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO

**INFORMAÇÃO TÉCNICA Nº 039/21 - DIPRO**  
Em 22/07/2021.

**ASSUNTO:** Análise de Intervenção - Hospital Santa Terezinha (HEOM).

**LOCAL:** Rua Marquês de Maricá Nº 43, Pau Miúdo, Salvador-BA.

Em resposta ao Processo: 019.5120.2020.0117102-28, e em atendimento ao Despacho IPAC/DG (00030667997), após a análise criteriosa dos autos, temos a informar do quanto solicitado:

**1. PROTEÇÃO LEGAL:**

O pedido de tombamento estadual do Hospital Santa Terezinha, atual Hospital Otávio Mangabeira, encontra-se em estudo neste Instituto por meio do **Processo nº 0607180010655**. No bojo do referido processo foi apresentado à Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC e aprovado, o Parecer Técnico preliminar de nº 011/2018, com a indicação de tombamento estadual, condicionando a Notificação de Abertura do Processo de Tombamento ao resultado do Grupo de Trabalho a ser formado para analisar os efeitos do tombamento na funcionalidade principal do bem, tendo em vista o histórico de adequações já levantado no parecer apresentado.

**2. LOCALIZAÇÃO, SITUAÇÃO E ENTORNO:**

A edificação do antigo Hospital Santa Terezinha faz parte de um complexo hospitalar localizado no Bairro do Pau Miúdo no município de Salvador. Situado na Rua Marquês de Maricá, encontra-se de forma perpendicular à Praça Conselheiro João Alfredo.



Voo de drone realizado em 21/07/2021.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro  
Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 311.7.494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br



DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO

O seu entorno apresenta edificações de usos mistos, residenciais, comerciais e institucionais. A praça apresenta ocupação irregular de comerciantes ambulantes e um movimento contínuo de pessoas.



JORNAL A TARDE <http://www.cultural.odiaria.salvador.ba.gov.br/doc/colo/A%20TARDE%20%2019%201%201988.pdf> – JORNAL A TARDE 1988

O bairro do Pau Miúdo apresenta vias com um fluxo constante de veículos que trafegam pelos bairros adjacentes da Caixa D'água, Cidade Nova, IAPI e pela Avenida Barros Reis. A cidade de Salvador se caracteriza pela formação de centros comerciais nos bairros, transformação urbana do rural para uma nova complexidade.



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem A edificação e seu entorno urbano.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 311.7.494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br

Documento anexado por: REJANE SILVA SOUZA - 23/07/2021 10:25:49  
 Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://ideia.verificardoc.mpb.a.br/ideia/verificardoc.aspx?ID=451EACD331B5DB51E84E>





DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO

### 3. DESCRIÇÃO SUCINTA DA EDIFICAÇÃO:

A construção do Hospital Santa Terezinha fez parte de um programa nacional do Ministério da Educação e Saúde que incentivava a renovação do atendimento hospitalar com edificações que atendessem as exigências modernas da época, apresentando uma nova concepção hospitalar com uma preocupação com a sua forma e funcionalidade.

#### Full Documentation Fiche 2011

composed by national/regional working party of: Brazil

0. Picture of building/ group of buildings/ urban scheme/ landscape/ garden depicted item:



Sanatório Santa Terezinha – view from the east.  
source: Centro de Documentação e Referência da Odebrecht  
date: 1942

A edificação em sua implementação original.

Nesse contexto, com a preocupação e no enfrentamento com a proliferação da tuberculose, em 1937 foi dado o início as obras de construção do Hospital Santa Terezinha em localidade considerada ainda rural para atender a necessidade de se isolar os pacientes considerados perigosos para o convívio urbano.



Vista da Estrada da Rainha, que segue para a Baixa de Quintas e Pau Miúdo. Postal J. Mello, enviado em 1911.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 311.7.7494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br





DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO



Imagem aérea de 1930, Fazenda Pau Miúdo e região do Parque do Queimado.

Inaugurado em 1942, o hospital tinha capacidade para 350 leitos, e entre os anos de 1940 a 1950 foram construídos no complexo hospitalar diversos edifícios complementares com pavilhões para a ampliação da sua capacidade de atendimento.

No período da construção da edificação convivíamos com diversas tendências arquitetônicas, com edifícios ecléticos e neocoloniais, nesse contexto que se insere a edificação em análise, o qual o seu projeto possui influências da Art Déco e modernistas que valorizavam as soluções funcionais. O hospital surgiu então como uma edificação em "estilo moderno", que na época se convencionou a chamar de "art déco" essas primeiras manifestações "modernistas".



Voo drone realizado em 21/07/2021. A edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 3117.7494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br



DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO

A Arquitetura Moderna na Bahia está relacionada às mudanças políticas e a modernizações na administração pública, com a construção de diversos edifícios públicos para sedes administrativas, escolas e hospitais. O projeto do hospital estabelece uma relação entre a sua forma e a sua função, com ênfase na disposição do programa. A sua fachada apresenta aberturas contínuas, desprovidas de ornamentos, tendendo a uma linguagem mais racionalista. Apesar de priorizar as necessidades funcionais, incorpora elementos marcantes de assimetria, como a quebra das varandas em balanço dos dois últimos pavimentos.



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem da edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.

A composição da edificação apresenta volumes definidos, dispostos em forma escalonadas. A volumetria é composta por duas asas simétricas, com solários contínuos e lineares, que circundam o edifício finalizando nas extremidades em formas curvas. As linhas definidas pelas varandas contínuas e pelas marquises que as protegem, acentuam a leveza e a horizontalidade da edificação.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 3117.7494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br





DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem da edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem da edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 311.7.494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br





DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO

#### 4. CONSIDERAÇÕES:

Considerando que parte do conjunto do antigo Hospital Santa Terezinha encontra-se indicado em processo de estudo de tombamento estadual, fica entendido a importância da edificação em estilo Art Déco como bem material de relevância histórica, pelas suas características singulares, pela priorização do seu programa e a sua funcionalidade, por sua concepção e forma. Nas imagens contemporâneas verifica-se que sua linguagem inicial já encontra-se alterada por um conjunto de intervenções das mais diversas para adequação de seu uso no decorrer do tempo.



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem da edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.

Em paralelo a preservação do patrimônio nos encontramos com a necessidade da reforma e da ampliação do HEOM, para a modernização do complexo hospitalar, para o aumento da capacidade da sua assistência social e do atendimento a sociedade, uma garantia ao direito a universal a saúde e a vida. As tratativas para a patrimonialização do bem tiveram início antes da pandemia do COVID-19, quando ainda não tínhamos o entendimento da real necessidade de termos um equipamento hospitalar ampliado e de última geração que atendessem as normas e as exigências sanitárias. Ambiente social ainda em formação e constante aprendizado, para enfrentar a pandemia.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro  
Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 3117.7494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br





DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem da edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.

Considerando esse contexto atual, de enfrentamento a pandemia e de carência de Centros Hospitalares Especializados e modernizados, com novas tecnologias e maior capacidade de atendimento, faz-se necessário ponderamos a funcionalidade a que o bem se destina desde a sua concepção e os aspectos que o configuram enquanto patrimônio cultural material e a preservação da vida, o direito à saúde, a cidadania e aos serviços assistências.



Voo de drone realizado em 21/07/2021. Imagem da edificação e seu entorno urbano, em detalhes intervenções ocorridas no decorrer do tempo.

Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia - IPAC - Rua Gregório de Matos, nº 29 - Centro Salvador-Bahia, CEP: 40020-220 Tel.: (71) 3117.7494 e-mail: dipro.ipac@ipac.ba.gov.br







DIRETORIA DE PROJETOS, OBRAS E RESTAURO - DIPRO

##### 5. CONCLUSÃO:


Considerando a importância do **HEOM** na assistência ao Sistema Único de Saúde (SUS) tanto em regime ambulatorial e em internação hospitalar por doenças infecto contagiosas e oncológicas, diante a sua necessidade de remodelagem dos espaços, de reestruturação do Centro Cirúrgico para atender as normas vigentes de saúde hospitalar (Resolução ANVISA Nº50/2002), ainda obedecendo aos critérios e parâmetros de planejamento dos serviços de saúde (Portaria GM/NS nº1631/2014), e a adequação do bem de forma a respeitar os aspectos arquitetônicos, históricos e culturais do imóvel, sobretudo, quando se consideram as intervenções realizadas no conjunto hospitalar como um todo, conforme a solicitação do IPAC por meio do doc. SEI nº 00033126771, no bojo do Processo Sei 019.5120.2020.0117102-28, à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia pedindo mais esclarecimentos e justificativa formal das mudanças do programa e das intervenções funcionais significativas no que diz respeito a área da saúde na execução da Reforma e Adequação do *HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA*.

Destarte, tendo em vista as tratativas empreendidas no âmbito do Grupo de Trabalho criado para análise da demanda de forma conjunta entre este Instituto e SESAB durante os 21 dias que antecederam esta análise, e as considerações técnicas apresentadas pela Diretoria de Atenção Especializada da referida Secretaria, através do doc. SEI nº 00033302246, entendemos que o ante projeto garante a preservação de certas características arquitetônicas contidas no projeto original, resguarda a plasticidade do conjunto e a memória do patrimônio, sem que isso represente grandes prejuízos às inovações necessárias próprias de ambiente hospitalares, portanto, o mesmo **é PASSÍVEL DE APROVAÇÃO, condicionando a apresentação do projeto executivo para sua análise final.**

À disposição para mais esclarecimentos,

Fernando Caldeira  
Diretor  
Diretoria de Projetos, Obras e Restauro - DIPRO

## ANEXO O – Ata da audiência pública do MP-BA referente ao Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019, ocorrida às 10h do dia 23 de julho de 2021.



MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

### TERMO DE AUDIÊNCIA

Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019

**Dados da Reunião:**

- **Data:** 23/07/2021;
- **Horário:** 10h;
- **Local:** Promotoria do Meio Ambiente e Habitação e Urbanismo da Comarca de Salvador/BA | 5ª Promotora de Justiça (audiência realizada por intermédio de ambiente virtual de teleconferência desse Ministério Público da Bahia);

**Participantes:**

- **Dra. Cristina Seixas Graça** – 5ª Promotora de Justiça (PJMAHU/MPBA);
- **Dra. Eduvirges Ribeiro Tavares** – Promotora de Justiça (PJ/MPBA), Coordenadora do NUDEPHAC - MPBA;
- **Dra. Rosa Patrícia Salgado Atanázio** - Promotora de Justiça Substituta da 3ª Promotora de Justiça de Defesa da Saúde;
- **Dra. Patrícia Kathy Azevedo Medrado Alves Mendes** – Promotora de Justiça, representante do CESAU - MPBA;
- **Sr. Diogo Alves de Vasconcellos** – Analista Técnico do MPBA - NUDEPHAC;
- **Dr. Miguel Pereira de Carvalho Junior** – Procurador do Estado;
- **Dr. João Carlos Cruz de Oliveira** – Diretor-Geral do Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia – IPAC;
- **Dra. Alcina Romero**– Diretora de Atenção Especializada da SESAB;
- **Dra. Claudia Maria de Souza Moura** – Representante da SESAB;
- **Dr. Lucas Mucarzeu** – Representante da SESAB;
- **Sr. Luiz Antonio de Souza** – Presidente do IAB-BA;
- **Sr. João Maurício Santana Ramos** – Diretor em Exercício da Faculdade de Arquitetura da UFBA;
- **Dra. Izabella Athayde** (CRM BA 10407 – OAB/B 58.947) – Diretora de Assuntos Jurídicos do SINDIMED;
- **Sr. Nivaldo Vieira de Andrade Junior** – Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da UFBA;

ID MP 3547648 - Pág. 1

MP Documento anexado por: ANDRÉ LEONARDO DOS SANTOS - 26/07/2021 15:43:40  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://ojs.sistemas.mpba.mp.br/idea/verificandoc.aspx?id=B1443DEDD77DCEC22933>



MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

- **Sr. José Carlos Huapaya** – Coordenador do Núcleo Documentation and Conservation of buildings, sites and neighbourhoods of the Modern Movement Bahia Sergipe (DOCOMOMO BA SE);
- **Sra. Aladilce Souza** – Diretora do SINDSAUDE-BA;
- **Sra. Ana Carina Dunham** – Vice-Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia e Conselheira Fiscal do SINDSAUDE Público;
- **Sr. Wellington Roma Lage** - membro da Comissão de Servidores do HOM;
- **Sra. Laís de Matos Souza** - Pesquisadora de Mestrado da UFBA – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo;
- **Dr. André Santos** – Assessor Jurídico da 5ª Promotora de Justiça (PJMAHU/MPBA);
- **Ao todo, mais de 40 pessoas, representando diversas entidades ligadas às áreas da arquitetura, da proteção do patrimônio histórico e cultural, da saúde e da representação sindical também estiveram presentes.**

**Assunto:**

- Audiência designada a fim de se apurar, dentre outras coisas, ameaça de dano ao patrimônio cultural e material, em virtude de obra de reforma e adequação do Hospital Otávio Mangabeira (HOM), localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo, Salvador/BA.

**Ocorrências:**

Aberta a audiência, a Promotora de Justiça fez as devidas apresentações e explicitou o intuito da presente reunião, que seria viabilizar soluções que pudessem proteger o imóvel do Hospital Otávio Mangabeira, que está na iminência de sofrer uma grande obra, a partir da execução do projeto de reforma apresentado pela empresa JCA, contratada pela SESAB. Asseverou que, segundo os técnicos do NUDEPHAC – MPBA a execução do citado projeto pode levar à descaracterização do bem, tendo ressaltado ainda que, inúmeras vezes requisitou ao IPAC a apresentação do processo de tombamento apresentado àquele órgão, não tendo logrado êxito. Outrossim, externou a sua indignação com o fato de que, após ter adiado a audiência designada anteriormente para o dia 13 de julho de 2021, com a condição de que a obra não se iniciasse, após solicitação feita pelo Estado da Bahia, através da Procuradoria-Geral do Estado, no dia de ontem, 22 de julho de





MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

2021, foi surpreendida com a informação de que de fato as obras já começaram, havendo notícia de que inclusive paredes já foram demolidas.

Dada a palavra ao Sr. Diogo Vasconcellos, do NUDEPHAC, o mesmo fez uma apresentação detalhada, com a demonstração de todos os problemas verificados no projeto de reforma do HOM, levando não só à sua descaracterização, como também ao prejuízo dos pacientes que problemas respiratórios, com a fechada das varandas, como consta do laudo encaminhado à Promotora de Justiça, já encartado nos autos.

Com a palavra, a Promotora de Justiça questionou ao representante do IPAC o estado do tombamento do imóvel do HOM, e sobre o porquê das solicitações feitas pelo Ministério Público não terem sido respondidas.

Concedida a palavra ao Dr. João Carlos, Diretor-Geral do IPAC, o mesmo disse que, ao contrário do que afirmava a Promotora de Justiça, ainda não havia sido feito um parecer daquele órgão atinente ao imóvel em questão. Asseverou que em 2017 foi criada uma Câmara do Patrimônio Cultural no órgão, justamente para que, de forma coletiva se pudesse decidir sobre os requerimentos de tombamento, a partir de uma análise feita de forma minuciosa e objetiva. Esclareceu que as manifestações encaminhadas pelo *Parquet* foram respondidas, sendo que, embora houvesse um parecer favorável ao tombamento do bem, havia a necessidade de criação de um Grupo de Trabalho, ao que a Promotora de Justiça informou que em resposta do IPAC, enviada em dezembro de 2019 (Of. 703/2019), o mesmo confirmava que só estava pendente a notificação do proprietário, no caso, o Estado da Bahia, a fim de que o tombamento fosse homologado, tendo ainda reiterado que os Ofícios 011/2020 e 191/2020 não foram respondidos. Ainda com a palavra, o representante do IPAC alegou que já foi encaminhada documentação ao Ministério Público a respeito do tombamento, e que, em 21 de julho de 2021, foi feita uma nova análise do projeto de reforma, sendo que a SESAB já foi notificada no sentido de que só será dado parecer favorável quando for demonstrado que o bem não será descaracterizado.

Com a palavra, a Promotora de Justiça declarou que, a partir das declarações do IPAC, observa-se que a obra se iniciou de forma irregular, já que o IPAC ainda não deu seu parecer favorável à intervenção, e que encaminhará cópia do procedimento àquele órgão, como solicitado.



MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

Franqueada a palavra a Dra. Claudia Moura, da SESAB, disse que o referido órgão fez três notas técnicas direcionadas para a Procuradoria-Geral do Estado, para melhor esclarecer a questão debatida, informando o estágio da execução do projeto e a demonstração de que não haverá alteração das fachadas externas, varanda e *hall*, e esclarecendo que as obras que já ocorreram não tiveram o condão de descaracterizar o bem, já que só se limitaram à retirada de algumas paredes, portas e de instalações elétricas e hidráulicas, sendo que, ao ser questionada pela Promotora de Justiça se a autorização de execução dos citados serviços preliminares constava da ordem de serviço do Governo do Estado, autorizando o início das obras, a mesma esclareceu que quem deu autorização foi a Coordenação de Obras da SESAB, mesmo órgão que fez as notas técnicas. Concedida a palavra novamente à Dra. Claudia Moura, a mesma disse que as outras duas novas dizem respeito ao projeto e à assistência aos enfermos.

Dada a palavra ao Dr. Lucas, da SESAB, o mesmo esclareceu que não foi encaminhada para o referido órgão nenhuma informação sobre o tombamento do bem e que, apesar disso, procurou-se tomar medidas aptas à preservação do bem, tendo sido mantido um diálogo com representantes de entidades ligadas ao tema, no dia 22 de julho de 2021, a fim de se garantir a preservação integral das varandas e do hall principal. Ao ser questionado pela Promotora de Justiça se, desde a apresentação do último projeto, em novembro/2020, houve alguma alteração, o mesmo disse que sim, e que o projeto que está sendo executado pela Construtora, neste momento, é o mesmo que foi apresentado ao Ministério Público. Por fim, esclareceu que a decisão de se alterar o projeto sofreu, especificamente quanto à vedação da supressão das varandas, decorreu da citada reunião ocorrida em 22 de julho de 2021.

Com a palavra, a Promotora de Justiça disse que causa-lhe estranheza perceber que a execução do projeto, com a realização de obras, começou ainda em fase de discussão, ao que o Sr. Lucas, da SESAB, disse que as demolições que foram feitas dizem respeito somente à parte hidráulica e elétrica, algo que não interferirá na arquitetura do bem, e que as obras já foram interrompidas até que todos os pontos levantados sejam esclarecidos.

Dada a palavra ao Sr. Nivaldo, da FAUFBA, foi dito que o HOM é um dos edifícios mais importantes da arquitetura moderna da Bahia, que possui aspectos





MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

inegociáveis em qualquer projeto de intervenção, tal como a horizontalidade das varandas, com os solários. Asseverou que o novo projeto apresentado pela SESAB não contempla os equívocos constatados anteriormente, já que, entre outras coisas, as características originais das varandas continuarão a ser afetadas. Aduziu que no dia 22 de julho de 2021 a SESAB convidou várias entidades de arquitetura, a fim de se discutir o projeto em comento, sendo que, na assentada, o Secretário afirmou que, embora pudesse fazer algumas concessões, o projeto não terá como ser completamente alterado, e que a obra deveria continuar, já que somente coisas pontuais estariam sendo removidas (paredes internas, portas etc.). Esclareceu que a UFBA está à disposição a dar o assessoramento à SESAB, sem custo, mas desde que haja a mediação do Ministério Público, mas que ainda não foi firmado nenhum termo de cooperação formal. Por fim, disse que, ao contrário do que afirmou o representante do IPAC, nos autos do IC 003.9.208763/2019 de fato constava a manifestação do referido órgão, no sentido que já havia parecer favorável ao tombamento só faltando a notificação do proprietário.

Franqueada a palavra ao Ser. Luiz Antonio, Presidente do IAB-BA, o mesmo fez um breve histórico do contexto de instação do antigo Sanatório Santa Terezinha (Hospital Octávio Mangabeira), tendo esclarecido que, pelo menos desde 2006, vem lutando para que o imóvel seja tombado. Questionou à SESAB qual teria sido o Termo de Referência para elaboração do projeto em análise, já que estaria eivado de vícios, não só do ponto de vista arquitetônico como também funcional, e que ainda que tenha sido noticiado que a SESAB irá fazer algumas alterações, fato é que um projeto arquitetônico deve ter uma unidade, o que não estaria sendo observado no caso concreto, ao que a Promotora de Justiça informou que irá solicitar o Termo de Referência àquela Secretaria.

Dada a palavra ao Dr. Miguel Pereira, Procurador do Estado, o mesmo disse que entende importante que os órgãos estatais procurem encontrar um denominador comum, de forma a se atualizar os usos do bem da melhor forma possível, mas preservando-o, algo que já estaria acontecendo já que a SESAB se comprometeu a não modificar as obras da fachada e do *hall* de entrada. Por fim, declarou que a PGE está pronta para trabalhar no diálogo com as demais instituições.



MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

Com a palavra, a Promotora de Justiça esclareceu que desde o início do procedimento buscou a conciliação, mas que de forma açodada a SESAB rompeu com o compromisso firmado com o Ministério Público, no sentido de que nenhuma intervenção seria feita antes da presente assentada.

Com a palavra, a Dra. Alcina Romero, da SESAB, disse que, desde 2016/2017 a SESAB vem refletindo sobre a necessidade de se fazer obras de intervenção no HOM, já que se tem observado a ampliação de casos de neoplasias e de outras enfermidades relativas ao trato respiratório, havendo a necessidade de um novo Hospital que pudesse abarcar tais enfermidades. Disse ainda que, em relação aos casos de tuberculose, embora relevantes, os mesmos podem ser controlados, sem haver mais necessidade de segregação do enfermo, e igualmente sem necessidade de internação do paciente, sendo necessário o acolhimento e o acompanhamento da enfermidade. Declarou que de fato no projeto há a redução dos leitos, mas porque, conforme se está verificando nos últimos anos, a partir do DATASUS, os casos anuais de internação não justificariam a quantidade de leitos oferecidos pelo HOM. Em função disso, decidiu-se readequar o seu uso, de forma a, entre outras coisas, se ampliar os serviços de tratamento médico-hospitalar, como por exemplo com a criação de uma unidade de transplante pulmonar.

Com a palavra, a Promotora de Justiça Dra. Rosa Patricia asseverou que, do ponto de vista da ampliação da assistência, entende que a reforma do HOM de fato trará uma contribuição importante para o Estado da Bahia, como salientado pela representante da SESAB, mas que entende que a intervenção do bem começou de forma açodada, podendo causar risco não só ao imóvel enquanto patrimônio histórico, como também à saúde pública, já que, com o fechamento do Hospital, os pacientes removidos ficaram sem acesso aos serviços médico-hospitalares até então prestados, sendo necessária a intervenção do Ministério Público até mesmo para reduzir os danos, a fim de que a assistência não seja interrompida, ainda que continue em outras unidades hospitalares.

Dada a palavra à Sra. Aladilce Souza, Diretora do SINDSAÚDE, a mesma louvou a iniciativa do Ministério Público em promover a presente reunião, tendo dito que os problemas verificados poderiam ser evitados caso a SESAB tivesse procurado manter um diálogo com as entidades interessadas, inclusive da área da Saúde, tendo questionado à SESAB se a Bahia possuía uma rede de assistência





capaz de abarcar os serviços que eram prestados pelo HOM. Também questionou àquela Secretaria sobre o porquê da urgência do fechamento do Hospital, sem o devido preparo e salientou que providências já estão sendo requisitadas ao Ministério Público do Trabalho.

Dada a palavra à Sra. Ana Karina Dunham, Vice-Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia; a mesma disse que, tal como asseverado pela Sra. Aladilce, já foi feito um encaminhamento ao MPT, a fim de que sejam tomadas providências quanto aos trabalhadores terceirizados do HOM, que foram afetados pelo seu fechamento, e, dentre outras coisas, externou sua preocupação quanto às observações feitas pela Dra. Alcina, acerca da suposta desnecessidade de se dar ampla cobertura aos casos de internação por tuberculose, o que justificaria a redução dos leitos do HOM, ao que a Dra. Alcina esclareceu que em momento algum minimizou a gravidade dos casos de tuberculose, e que sua manifestação se ateve à justificativa que levou a SESAB a reduzir os leitos.

Com a palavra, a Promotora de Justiça Dra. Patrícia Kathy, do CESAU – MPBA, requisitou que os estudos citados pela Dra. Alcina, referentes à questão assistencial, fossem remetidos para a Promotora de Justiça Dra. Rosa Patricia, a fim de instruir seu Inquérito Civil, ao que a Dra. Rosa asseverou que irá oficiar à SESAB neste sentido.

Concedida a palavra à Sra. Laís Souza, arquiteta e urbanista, a mesma louvou a iniciativa do Ministério Público, tendo dito que está à disposição de dar a consultoria necessária junto à SESAB, e que a reunião realizada no dia 22 de julho de 2021, com a participação de representantes da UFBA, foi gravada, sendo que, caso a Promotora de Justiça entenda relevante, a gravação poderia ser requisitada à SESAB.

Dada a palavra a Dra. Izabella Athayde, representante do SINDMED, a mesma asseverou que, quando da referida reunião do dia 22 de julho de 2021, a SESAB confirmou que, após a reforma, haveria mudança do perfil assistencial do HOM, passando-se a se realizar operações oncológicas, o que, no seu entender, é um risco, já que isso envolve uma grande modificação estrutural no atendimento dos pacientes. Aduziu que, ainda que haja uma ociosidade dos leitos voltados ao tratamento da tuberculose, não se poderia perder de vista que inúmeras outras



doenças do trato respiratório, dentre as quais asma e a própria covid-19, demandam a disponibilização de leitos para atendimento aos pacientes.

Dada a palavra ao Sr. Wellington Roma, servidor e membro da Comissão de Servidores do HOM, o mesmo disse que foram feitas reuniões com a SESAB, ao longo dos últimos meses, sendo que sempre foi dito que não havia previsão do começo das obras do Hospital, e que, de forma inesperada, as tratativas que estavam sendo mantidas com os servidores, no sentido de realocação dos mesmos, foram interrompidas bruscamente, já no final de junho quando do anúncio de fechamento. Declarou que, no último dia 07 de julho, ao questionar ao representante da SESAB, Dr. Cassio Garcia, Assessor, sobre o porquê da urgência da obra, foi informado que se tratava de "decisão de Governo". Também disse que foram feitas representações ao IPHAN, ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público Federal sobre os problemas que estão sendo verificados no caso em tela.

Por fim, a Promotora de Justiça sugeriu à SESAB que fosse formalizado um compromisso por escrito, inclusive com a imposição de penalidades, a fim de que a obra fosse paralisada imediatamente, até que fosse analisada a documentação encaminhada pelo IPAC atinente ao processo de tombamento, ao que o representante da PGE disse que não teria competência para assinar o documento sugerido naquele momento, ao que a Promotor de Justiça esclareceu que, nesse caso, seriam tomadas providências em outras esferas.

Na sequência foram encerrados os debates, com manifestação de todos os presentes, constando o inteiro teor da discussão na respectiva gravação de áudio e vídeo, conforme permissivo no artigo 10, parágrafo único do Ato Normativo Conjunto n.º 003, de 10 de março de 2021 desse MPBA.

#### **Deliberações:**

Após realização de debates sobre os assuntos em pauta, restou deliberado que será oficiado à SESAB e à empres JCA para que seja apresentado, entre outros documentos, o Termo de Referência do projeto.

Também ficou consignado pelo representante do IPAC que será encaminhado ao Ministério Público a Nota Técnica, a ser direcionada nos próximos dias à SESAB, com o intuito de se paralisar a obra, em razão da ausência de





MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

aprovação de parecer favorável à execução dos serviços de reforma do Hospital Octávio Mangabeira.

Outrossim, ficou agendada uma inspeção no Hospital Octávio Mangabeira com participação do Ministério Público e demais entidades interessadas, na próxima segunda-feira (26/07), e que, após análise dos novos documentos, posteriormente será designada uma audiência.

Por fim, a Promotora de Justiça aduziu que, se os diálogos prosseguirem, poderá ser formada uma Comissão, com a participação do IPAC, do órgão ministerial, da UFBA e de outras entidades interessadas, a fim se analisar as alterações necessárias a serem feitas no projeto de reforma do HOM.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a audiência pela Sra. Promotora de Justiça e lavrada a presente ata que foi digitada por mim, André Leonardo dos Santos, assessor jurídico da 5ª Promotora de Justiça - PJMAHU/MPBA, sendo a presente lida e, após, validada por todos os participantes desse ato, para fins do quanto preceitua o art. 15 do Ato Conjunto nº 004/2020 desse MPBA.

**CRISTINA SEIXAS GRAÇA**  
5ª Promotora de Justiça  
Promotoria do Meio Ambiente e Urbanismo da Capital

**ANDRÉ LEONARDO DOS SANTOS**  
Assessor Jurídico da 5ª Promotora de Justiça  
Promotoria do Meio Ambiente e Urbanismo da Capital

Documento anexado por ANDRÉ LEONARDO DOS SANTOS - 26/07/2021 15:43:40  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://nosa.sistemas.mpba.mp.br/ideav/verficar/doc.aspx?id=B14430EED077DICE022933>





**ANEXO P** – Ofício nº 378/2021, enviado pelo IPAC/DG/GAB ao representante da SESAB no dia 26 de julho de 2021.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
INSTITUTO DO PATRIMÔNIO ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA - IPAC  
GABINETE - IPAC/DG/GAB

Ofício nº 378/2021 - IPAC/DG/GAB

Salvador/BA, 26 de julho de 2021.

Exmo. Senhor

**Fábio Vilas-Boas**

Secretário da Saúde do Estado da Bahia

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

**REF.: Processo SEI nº 062.2000.2021.0001458-74.**

Senhor Secretário,

O INSTITUTO DO PATRIMÔNIO ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA- IPAC, Autarquia Estadual vinculada à Secretaria de Cultura do Estado da Bahia – SECULT/BA, CNPJ nº 15.205.677/0001-33, situado no Largo do Cruzeiro de São Francisco, nº 20, Pelourinho – Centro Histórico, Salvador-BA, neste ato representado por seu Diretor Geral, o Sr. JOÃO CARLOS CRUZ DE OLIVEIRA, vem respeitosamente encaminhar-lhe a Notificação da Abertura de Processo para Tombamento do Antigo Hospital Santa Terezinha, localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo, Salvador/BA, nos termos Lei Estadual 8.895, de 16 de dezembro de 2003, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 10.039, de 03 de julho de 2006, considerando que, conforme o quanto disposto na ata da 16ª reunião da Câmara de Patrimônio Cultural do IPAC, realizada em 27 de setembro de 2019, foram adotadas as providências pertinentes ao cumprimento da condicionante da criação e funcionamento do Grupo de Trabalho entre a SESAB e IPAC, tendo início a análise dos efeitos do tombamento na funcionalidade principal do bem em questão, haja vista o histórico de adequações já levantado no Parecer Técnico preliminar de nº 011/2018, ora apresentado na supracitada reunião.

Ademais, salientamos que conforme a Informação Técnica nº 039/2021-DIPRO-IPAC, em anexo, o projeto executivo das obras de reforma e adequação do Hospital Especializado Otávio Mangabeira (HEOM), encontra-se em análise por este órgão estadual de patrimônio, assim, solicitamos que, conforme própria manifestação da Sexta Promotoria de Justiça do Meio Ambiente do Ministério Público do Estado da Bahia, às fls. 63-64 do Inquérito Civil IDEA nº 003.9.208763/2019, que entende “em especial o bloco 01 (pavilhão principal), de maior relevância histórico-cultural e, portanto, foco da análise de supostas descaracterização apontada na representação”, as obras sejam paralisadas no referido trecho, até a análise conclusiva desta Autarquia.

Na oportunidade, renovamos os votos de elevada estima e o mais distinto respeito, ao tempo em que colocamo-nos à disposição para demais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

**João Carlos Cruz de Oliveira**  
**Diretor Geral**




Documento assinado eletronicamente por **João Carlos Cruz de Oliveira, Diretor Geral**, em 26/07/2021, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014.




A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **00033428027** e o código CRC **56F84027**.

Referência: Processo nº 062.2000.2021.0001458-74

SEI nº 00033428027





**IPAC**  
INSTITUTO PATRIMÔNIO ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA


### Notificação de Abertura de Processo para Tombamento

O Diretor Geral do IPAC – Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, Lei 8.895/2003, Cap. I, Art. 1º e Decreto 10.039/2006, NOTIFICA o Senhor Fábio Vilas-Boas, **Representante Legal** do ANTIGO HOSPITAL SANTA TEREZINHA, localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo, Salvador/BA, acerca da abertura do processo nº 0507180010655. O mesmo estará obrigado, a partir da ciência deste ato, a submeter previamente ao IPAC toda e qualquer intervenção pretendida no bem cultural em referência que, a partir da presente data, encontra-se sob **tombamento provisório**.

Resalta-se que, na forma do Art. 10, I, da Lei 8.895/2003, e do Art. 12, I, do Decreto 10.039/2006, poderá o proprietário do bem anular a este, ou promover a impugnação do tombamento, no prazo de **15 (quinze) dias**, a contar da data do recebimento, junto ao Conselho Estadual de Cultura.

Notifique-se. Publique-se. Registre-se.

Salvador, 26 de julho de 2021.



**João Carlos de Oliveira**  
Diretor Geral do IPAC



Declaro: \_\_\_\_\_ R. S. Nº \_\_\_\_\_ Em \_\_\_\_\_  
Declaro: \_\_\_\_\_ R. S. Nº \_\_\_\_\_ Em \_\_\_\_\_

Atestamos que a presente notificação foi entregue, na data preenchida acima, aos responsáveis legais, por nós, abaixo assinados, sendo negada a assinatura no ato do recebimento, valendo o estabelecido na Lei 8.895/2003, Cap. I, Art. 18, I, e Art. 68.

Testemunhas:

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| Nome _____ | Nome _____ | Nome _____ |
| Nome _____ | Nome _____ | Nome _____ |

Notificação de Abertura de Processo para Tombamento do HST (0003344/009) SEI (067.20011.20073001458-74 / pg. 3



Documento anexado por: REJANE SILVA SOUZA - 29/07/2021 22:42:43  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://misa.sistemas.mpba.mp.br/idec/verificardoc.aspx?id=487945FBASAD1FA1C589>

ID MP 3596898 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
SECRETARIA DA SAÚDE - SESAB  
ASSESSORIA TÉCNICA DO GABINETE DO SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO  
DA BAHIA - SESAB/GAB/ASTEC-GAB

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| PROCESSO:          | 062.2000.2021.0001458-74 |
| OBJETO:            | Hospital Santa Terezinha |
| ÓRGÃO INTERESSADO: | À CEIRF                  |

### DESPACHO

Diante da recepção do **Ofício nº 378/2021**, da lavra do Diretor Geral do IPAC, e da **Notificação de Abertura de Processo de Processo para Tombamento do Antigo Hospital Santa Terezinha**, localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo - Salvador/Ba, e que aponta pela obrigatoriedade de, a partir da ciência deste ato, "submeter previamente ao IPAC toda e qualquer intervenção pretendida no bem cultural em referência que, a partir da presente data, encontra-se sob tombamento provisório", **determina-se o encaminhamento dos presente autos à Coordenação Executiva de Infra Estrutura da Rede Física - CEIRF para ciência da supramencionada notificação, bem como para adoção das providências pertinentes à suspensão das obras de reforma e adequação do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (Antigo Hospital Santa Terezinha), enquanto aguarda-se ulterior análise conclusiva da referida autarquia.**

Secretaria da Saúde, 27 de julho de 2021.

**Fábio Vilas Boas Pinto**  
**Secretário Estadual da Saúde**



Documento assinado eletronicamente por **Fábio Vilas Boas Pinto, Secretário de Estado**, em 27/07/2021, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com

Despacho SESAB/GAB/ASTEC-GAB 00033465723

SEI 062 2000.2021.0001458-74 / pg. 4

ID MP 3506898 - Pág. 4



fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **00033465723** e o código CRC **EEF7FD50**.

Referência: Processo nº 062.2000.2021.0001458-74

SEI nº 00033465723

Despacho SESAB/GAB/ASTEC-GAB 00033465723

SEI 062.2000.2021.0001458-74 / pg. 5

ID MP 3596898 - Pág. 5

Documento anexado por: REJANE SILVA SOUZA - 29/07/2021 22:42:43  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conteúdo disponível em: <https://ideia.sistemas.mpba.mp.br/ideia/verificardoc.aspx?Id=487945FBA5AD1FA1C589>







**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-**SESAB**  
Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física

Ofício CEIRF nº. **085** /2021

Salvador, 27 de julho de 2021

Ao Senhor  
Milton Consul  
CDG CONSTRUTORA S/A

Prezado Senhor,

Por força do disposto no Ofício nº 378/2021 – IPAC/DG/GAB, expedido pelo INSTITUTO DO PATRIMÔNIO ARTÍSTICO E CULTURAL DA BAHIA- IPAC, Autarquia Estadual vinculada à Secretaria de Cultura do Estado da Bahia – SECULT/BA, CNPJ nº 15.205.677/0001-33, onde informa que o projeto executivo das obras de reforma e adequação do Hospital Especializado Otávio Mangabeira (HEOM), encontra-se em análise pelo referido órgão estadual de patrimônio, solicito que a EXECUÇÃO DAS OBRAS DE REFORMA DO HOSPITAL ESPECIALIZADO OTÁVIO MANGABEIRA, EM SALVADOR, BAHIA, oriunda do Contrato nº 016/2021, sejam paralisadas, até a análise conclusiva da Autarquia.

Atenciosamente,

  
Eng.º Civil Átila Pinheiro  
Coordenador Executivo  
CEIRF/SESAB

Recb! em 27/07/2021

  
Milton Consul.

4ª Avenida 400, Plataforma Sul, Lado B – Centro Administrativo da Bahia – Salvador/Bahia CEP 41.750-500  
Tel. (71) 3115-4268/3376 – Fax: (71) 3115-3310 Site: www.saude.ba.gov.br

Ofício Nº 085/2021 (00033517257)

SEI 062.2000.2021.0001458-74 / pg. 6



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
SECRETARIA DA SAÚDE - SESAB  
COORDENAÇÃO EXECUTIVA DE INFRAESTRUTURA DA REDE FÍSICA -  
SESAB/GAB/CEIRF

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| PROCESSO:          | 062.2000.2021.0001458-74 |
| OBJETO:            | Hospital Santa Terezinha |
| ÓRGÃO INTERESSADO: | CAS / CEM                |

### DESPACHO

As Coordenações de Arquitetura - CAS e Engenharia - CEM/CEIRF,

Em face do Ofício nº 378/2021, do IPAC, que versa sobre Notificação de Abertura de Processo de Processo para Tombamento do Antigo Hospital Santa Terezinha, localizado na Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo - Salvador/Ba, bem como parecer exarado pelo Senhor Secretário da Saúde, evento 00033465723, no qual informa que a partir da ciência deste ato, "submeter previamente ao IPAC toda e qualquer intervenção pretendida no bem cultural em referência que, a partir da presente data, encontra-se sob tombamento provisório".

Diante do exposto, segue para conhecimento e providências quanto à suspensão das obras de reforma e adequação do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (Antigo Hospital Santa Terezinha), enquanto aguarda análise conclusiva do IPAC.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Átila Pinheiro de Souza, Coordenador Executivo**, em 27/07/2021, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **00033481787** e o código CRC **E48E2CC8**.

Referência: Processo nº 062.2000.2021.0001458-74

SEI nº 00033481787

Despacho SESAB/GAB/CEIRF 00033481787

SEI 062.2000.2021.0001458-74 / pg. 7

ID MP 3596898 - Pág. 7

## ANEXO Q – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Internacional.

**do.co.mo.mo\_** About News Action Join Shop



### Save Hospital Octávio Mangabeira!

Former Santa Terezinha Hospital Sanatorium, Bahia, Brazil, 1937-1942.

Docomomo International became aware by Docomomo Brazil that Hospital Octávio Mangabeira (HEOM) is in high danger of being lost, due to the remodeling project proposed by the *Secretaria de Saúde do Estado da Bahia* [Bahia State Secretary of Health, SESAB]), that leads to irreversibly damage of cultural value elements of this health heritage site developed in Bahia at the beginning of the 1940s: the former Santa Terezinha Hospital Sanatorium, an icon of the Bahian antituberculosis architecture, and one of the major projects responsible for the consolidation of Modern Architecture in the State.

"The former Santa Terezinha Hospital, now HEOM, began construction in 1937 and was inaugurated in 1942, with the intention of housing a sanatorium for tuberculosis patients in Salvador. With a very clear original volumetry, developed from a horizontal block with curved ends to which three prismatic blocks are connected, surrounded by continuous and linear solariums that reinforce its horizontality, it was built in order to favor, as much as possible, natural ventilation and sunlight which at the time was understood to be important elements in the treatment of tuberculosis, having been an important tool in the fight against this disease in Bahia, and emblematic in the establishment of modern architecture in the city. Currently, it continues to care for patients with tuberculosis and other pulmonary diseases, and is a highly regarded hospital in the State of Bahia for respiratory disease treatment, including resistant tuberculosis.

Its relevance as a representative of the establishment of modern architecture in Salvador can be demonstrated by the fact that, soon after its inauguration, Hospital Santa Terezinha was one of the two buildings selected to represent Bahia in the exhibition and respective catalog *Brazil Builds: Architecture new and old*, made by the Museum of Modern Art (MoMA) of New York, published in 1943."

Registered as Cultural Heritage Site since 2019 at the Institute of Artistic and Cultural Heritage of Bahia and after a great effort by the Institute of Architects of Brazil – Department of Bahia to get it protected, "on June 30, 2021, SESAB announced in the press that it would transfer tuberculosis patients to "long-term care units", and TB and HIV/AIDS patients needing hospitalization would be transferred to the Couto Maia Institute. Health professionals, doctors and employees, hospital patients, recognize its cultural value and are looking for several possible ways to prevent this damage to this cultural heritage site and to the dismantling of the highly regarded care network of respiratory diseases that this hospital unit represents in the Unified Health System (SUS).

Furthermore, health entities also filed a petition with the health prosecutor of the Public Ministry and with the Public Defender of the State of Bahia. In addition to the cultural heritage issue, it is possible to clearly see in the news the change in the care profile and the disruption of the antituberculosis network in the state of Bahia, which is concerning, considering that tuberculosis has not been eradicated and Brazil, according to the World Organization (WHO), is among the thirty countries with a high TB burden between 2019 and 2020.

Currently, despite the various modifications undertaken over its nearly 80 years to adapt to new demands, most of the modern elements that distinguish it have been preserved. However, the project prepared by the Government of the State of Bahia, and presented as part of a clear privatization of the hospital, is completely insensitive to its historical, care and architectural values. The proposal to enclose all balconies with glass, while disregarding the staggered volumetry of the building, eliminates any integration between the interior and exterior, the abundance of natural light and ventilation, and the use of solariums as remarkable elements of this architecture, which demonstrate total compatibility with the most recent discussions of the health architecture regarding the character of the "hospital of the future" from the Covid-19 pandemic. In addition, the radical modification inside the building, with the elimination of the walls between the infirmaries, largely corresponding to the original distribution, irreversibly adversely affects its internal spatiality.

The hospital remodeling project is also a threat to the change in the healthcare provided (according to news released by the State Government). This situation presents a grave threat to the disruption of the antituberculosis care network in the State of Bahia."

Together with the members of the College of Architecture, of the Professional Master's in Conservation and Restauration of Monuments and Historical Centers (MP-CECRE) and of Graduate Studies in Architecture and Urbanism at the Federal University of Bahia (PPGAU-UFBA), the Architects of Brazil Institute Bahia Department (IAB-BA), Docomomo Brazil, Docomomo International wishes to raise awareness on this case and attention to the immediately stop of the current works so that this Modern Movement Monument will be preserved.

The full letter can be read in English and Portuguese



**ANEXO R** – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo México.

do . co | mo . mo  
m é x i c o



Mexico City, August 3, 2021

Prof. Ana Tostoes  
Chair of Docomomo International

Dear Professor Tostoes:

The members of Docomomo Mexico wish to express their support for the defense of the Hospital Especializado Octávio Mangabeira, in Bahía, an icon of the Modern Movement in the area. The reform proposed by the Secretaria de Saúde, will change not only the aspect but erase the original destiny of the building as sanatorium.

It remains imperative to preserve the culture and the architectonic richness of the Modern Movement, and to save both the material and the functional memories of our past.

Sincerely,

Dr. Louise Noelle Gras  
Chair of Docomomo Mexico

<http://servidor.esteticas.unam.mx/Docomomo/>



**ANEXO S – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Peru.**

## DOCOMOMO \_ PERÚ

Estimados amigos de DOCOMOMO – BRASIL

Todos los miembros de DOCOMOMO – PERÚ, expresamos nuestra solidaridad por la defensa del edificio del Patrimonio Arquitectónico del Movimiento Moderno de Brasil del **Hospital Sanatorio Octávio Mangaberia** (1937-1942) en la ciudad de Bahía.

Es importante para la memoria de la sociedad, la huella del significado icónico que manifiesta la responsabilidad de los miembros de las generaciones de comienzo del siglo veinte por los servicios y equipamientos de la SALUD. Es vital en los actuales tiempos de la velocidad y que lo individual es prioritario a las expresiones de los otros – el ser colectivo y bien común.

La propuesta de la Reforma del edificio es transformación profunda que elimina el significado icónico y social de "Hospital Sanatorio Octávio Mangabria", con el peligro de desarticular y fragmentar su contexto urbano.

América Latina y Brasil tiene una responsabilidad de conservar el patrimonio edilicio y humano para las futuras generaciones.

PEDRO A. BELAUNDE M.  
DOCOMOMO PERÚ





## ANEXO U – Carta de apoio à salvaguarda do Hospital Santa Terezinha divulgada pelo Docomomo Macau.

### Preservemos o Hospital Octávio Mangabeira

Antigo Sanatório Santa Terezinha, Bahia, Brasil, 1937-1942

A Docomomo Macau tomou conhecimento pela Docomomo Brasil que o Hospital Octávio Mangabeira (HEOM) corre grande risco de se perder devido ao projeto de remodelação proposto pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, SESAB, que levará a danos irreversíveis de elementos de relevante valor cultural deste edifício construído na Bahia no início da década de 1940: o antigo Sanatório Santa Terezinha, ícone da arquitetura antituberculose baiana e um dos grandes projectos responsáveis pela consolidação da Arquitetura Moderna no Estado.

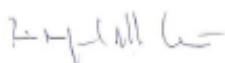
"O antigo Hospital Santa Terezinha, hoje HEOM, começou a ser construído em 1937 e foi inaugurado em 1942, com a intenção de abrigar um sanatório para pacientes com tuberculose em Salvador. Com uma volumetria original muito demarcada, desenvolvida a partir de um bloco horizontal com extremidades curvas aos quais se ligam três blocos prismáticos, rodeados por *louvres* contínuos e lineares que reforçam a sua horizontalidade, foi construído de forma a favorecer, tanto quanto possível, a ventilação natural e luz solar que na época era entendida como um elemento importante no tratamento da tuberculose, tendo sido uma importante ferramenta no combate a esta doença na Bahia e que continua a ser considerado um exemplo emblemático na implantação da arquitetura moderna. Actualmente continua a receber pacientes com tuberculose e outras doenças pulmonares, permanecendo um hospital conceituado no Estado da Bahia para o tratamento de doenças respiratórias como a tuberculose resistente.

Em conjunto com os membros da Faculdade de Arquitetura, do Mestrado Profissional em Conservação e Restauração de Monumentos e Centros Históricos (MP-CECRE) e da Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia (PPGAU-UFBA), os Arquitetos do Instituto Brasil Departamento Bahia (IAB-BA), Docomomo Brasil, a Docomomo Internacional deseja sensibilizar para este caso e apela à paralisação imediata das obras em curso para que este Monumento ao Movimento Moderno seja preservado.

Mais informações em: <https://www.facebook.com/Docomomo-Macau-1564999643766028>

Macau, 14 de Agosto de 2021

Com os nossos melhores cumprimentos,



Rui Leão  
Presidente Docomomo Macau

do\_c\_o\_m\_o\_m\_o\_m\_a\_c\_a\_u

## ANEXO W – Diário oficial do dia 30 de julho de 2021, onde a Fundação Gregório de Mattos divulgou a abertura de um processo de tombamento municipal do HEOM.

### LISTA DE HABILITADOS

| PESSOAS JURÍDICAS                    | CNPJ               |
|--------------------------------------|--------------------|
| ALBERTO SÉRGIO SARAIVA SANTIAGO LTDA | 42.477.969/0001-06 |
| SPARTA MED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA     | 42.306.625/0001-26 |
| LUCAS AGUIAR SERVIÇOS MÉDICOS LTDA   | 42.796.068/0001-79 |
| MARIANA CHEQUER DOS SANTOS-ME        | 27.324.849/0001-77 |
| C/IMAN ATENDIMENTOS MÉDICOS LTDA     | 42.742.873/0001-10 |

### Fundação Gregório de Mattos – FGM

#### NOTIFICAÇÃO N.º 03/2021 ABERTURA DE PROCESSO DE TOMBAMENTO

O Presidente da Fundação Gregório de Mattos, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Regimento Interno da FGM, aprovado pelo Decreto n.º 19.401, de 18 de março de 2009, publicado no DOM de 19/03/2009, e com base no Capítulo I Artigo 8 da Lei Municipal n.º 8.550, de 28 de janeiro de

24  
SALVADOR-BAHIA  
SEXTA-FEIRA  
30 DE JULHO DE 2021  
ANO XXXIV | N.º 8.078



DIÁRIO OFICIAL DO  
**MUNICÍPIO**

2014, que institui normas de proteção e estímulo à preservação do patrimônio cultural do município de Salvador, regulamentada pelo Decreto n.º 27.179, de 29 de abril de 2016, notifica a Ilm.ª Senhor Procurador Geral do Estado, Dr. Paulo Moreno Carvalho, que se encontra aberto processo FGM/DPH n.º 145915/2021, visando o tombamento municipal do Hospital Oclávio Mangabeira (HEOM), bem cultural sito à Rua Marques de Maracá, s/n, Pau Miúdo, Salvador-Bahia, contando o mesmo imóvel desde a presente data, com o regime de tombamento provisório até a conclusão do referido processo.

Salvador, 29 de julho de 2021


**FERNANDO FERREIRA DE CARVALHO**  
Presidente

#### EDITAL DE NOTIFICAÇÃO

A Diretoria de Ações de Proteção e Defesa do Consumidor /CODECON, situada na Rua Chile, n.º 03, Praça da Sé, Centro, Salvador-Ba, resolve, através do presente Edital, notificar a(s) empresa(s) abaixo identificada(s), nos termos dos Art. 239, Inc. III, §1º, da Lei n.º 5.503/99 e Art. 246, Inc. IV, do CPC, e Art. 42, § 2º, do Decreto Federal 2.181/97, uma vez que houve a remessa da intimação por via postal, com aviso de recebimento (AR), restando infrutífera, pois retornou com a informação de destinatário desconhecido no endereço apontado nos autos, Art. 274, parágrafo único, do CPC, conforme anotações feitas no aviso supra por parte dos correios. Dessa forma, fica a empresa autuada notificada para que no prazo de 30(trinta) dias, contados a partir da data de publicação



## ANEXO X – Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre o MP-BA e a SESAB, vinculado ao Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019.



**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA**

**Promotoria de Justiça de Meio Ambiente e Habitação e Urbanismo  
5ª Promotora de Justiça**

**IC IDEA Nº.: 003.9.208763/2019**


**TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**

**O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA, por intermédio da Promotora de Justiça que ao final subscreve, doravante denominado apenas **COMPROMITENTE**, e, de outro lado, o **ESTADO DA BAHIA**, Pessoa Jurídica de Direito Público, por meio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), devidamente inscrita no CNPJ: 13.937.032/0001-60, com sede situada na Av. 03, Plataforma IV, Ala Sul, nº 390, 3º andar, Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA, e, neste ato representado pela Procuradoria Geral do Estado da Bahia, por um dos seus procuradores ao final firmado, doravante denominado apenas **COMPROMISSÁRIO**, com fulcro no artigo 5º, §6º, da Lei nº 7.347/85, entre si celebram o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**, nos autos do Inquérito Civil nº **003.9.208763/2019**, nos seguintes termos:**

**a) CONSIDERANDO** que se trata de função institucional do Ministério Público zelar pela proteção do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, em face do disposto no art. 129, incisos II e III, da Constituição da República; tendo legitimidade, portanto, para adotar medidas administrativas ou judiciais em defesa do meio ambiente natural, cultural e artificial (Lei Federal nº 8.625/93, art. 27, incisos I a V);

**b) CONSIDERANDO** que o artigo 216, inciso IV da Constituição Federal estabelece que constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores

1

  
Documento anexado por: CRISTINA SEIXAS GRAÇA - 16/03/2023 09:21:25  
Ministério Público do Estado da Bahia. Conferência disponível em: <https://idea.sistemas.mpba.mp.br/idea/verificardoc.aspx?id=A218DD0AFC17C1D7B9C4>

ID MP 11710820 - Pág. 1



MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

da sociedade brasileira, nos quais se incluem as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais;

- c) **CONSIDERANDO** que o parágrafo 1º do referido dispositivo constitucional prevê que "o Poder Público, com a colaboração da comunidade, promoverá e protegerá o patrimônio cultural brasileiro, por meio de inventários, registros, vigilância, tombamento e desapr **CONSIDERANDO** que dentre os bens tombados de maior relevância desta Capital se encontra o edifício sede do Hospital Octávio Mangabeira (HEOM), construído entre os anos de 1937 e 1942, inicialmente tendo sediado o Hospital Sanatório Santa Terezinha, e cuja arquitetura moderna foi pensada para o tratamento de doenças respiratórias, possuindo reconhecimento internacional, e que, diante da sua importância do ponto de vista arquitetônico é objeto inclusive de processo de tombamento perante o IPAC - Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia (nº 0607180010655);
- d) **CONSIDERANDO** que em outubro de 2019, a antiga 6ª Promotória de Justiça do Meio Ambiente da Capital instaurou o Inquérito Civil nº 003.9.208763/2019, a partir de Representação feita pelo Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento Bahia, (Ofício nº 01/2019), por meio da qual foi solicitada a intervenção imediata do Parquet, para que fosse embargada qualquer intervenção física no imóvel em questão, que estava na iminência de sofrer uma grande descaracterização face a obra de requalificação;
- e) **CONSIDERANDO** que, ao longo da tramitação do citado procedimento, constatou-se que, de fato, a execução do projeto de reforma do HEOM, tal como fora apresentado ao Ministério Público pela SESAB, poderia levar à descaracterização do bem, conforme constatado não só pela análise dos laudos técnicos dos especialistas deste Ministério Público – a exemplo daqueles produzidos pelo NUDEPHAC (Laudo Técnico 62/2021 – NUDEPHAC, Relatório De Vistoria Técnica nº 01/2021 – NUDEPHAC, Nota Técnica nº. 02 e 05/2021 NUDEPHAC) -, como também através de diversas

2





MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

audiências realizadas na Promotoria de Justiça, como a ocorrida em 23 de julho de 2021, que, diante da grande participação social, tratou-se de verdadeira audiência pública, já que contou com a presença de mais de 40 pessoas, representando diversas entidades ligadas às áreas da arquitetura, da proteção do patrimônio histórico e cultural, da saúde e da representação sindical, contando também com a presença das Exmas. Sras. Promotoras de Justiça Dra. Eduvirges Ribeiro Tavares - Coordenadora do NUDEPHAC – MPBA, Dra. Rosa Patrícia Salgado Atanázio - da 3ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde - e Dra. Patricia Kathy Azevedo Medrado Alves Mendes – representante do CESAU – MPBA;

- f) **CONSIDERANDO** que apesar dos problemas verificados no projeto, a equipe técnica da SESAB sempre esteve disposta a atender as sugestões feitas pelos técnicos do Ministério Público, de modo que, consoante o NUDEPHAC, o projeto mais recente que lhe foi encaminhado, como sucedâneo da audiência realizada no último dia 07 de outubro de 2021, atende às sugestões feitas pelo referido órgão, não configurando mais risco à desconfiguração do imóvel;
- g) **CONSIDERANDO** que, antes do início das obras o COMPROMISSÁRIO encaminhou projeto finalizado para o IPAC – Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural do Estado da Bahia, que emitiu a aprovação final;
- h) **CONSIDERANDO** que o referido ente público também compartilha da preocupação com a conformidade legal e preservação do patrimônio histórico, arquitetônico e cultural dos bens situados em seu território;
- i) **CONSIDERANDO** tudo isso, o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA, por intermédio do Órgão de Execução Ministerial que ao final subscreve, com base no parágrafo 6º, do art. 5º, da Lei Federal nº 7347/85;

**RESOLVE:**

Firmar o presente TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA, nas seguintes condições:

3



**CLÁUSULA PRIMEIRA** – Para o presente Termo de Ajustamento de Conduta, fica estabelecido que o COMPROMISSÁRIO se compromete a executar o projeto de reforma do Hospital Octávio Mangabeira (HEOM), nesta Capital, preservando os elementos arquitetônicos do projeto original do imóvel reconhecidos pela indicação ao tombamento, notadamente o escalonamento das varandas (principalmente em relação ao 3º pavimento, que deverá obedecer um recuo mínimo de um metro), hall de entrada, portão, entre outros, consoante projeto em anexo (Anexo I).

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Qualquer necessidade de alteração no projeto em anexo, em virtude de casos fortuitos ocorridos durante a execução da obra, deverá ser comunicada e encaminhada ao IPAC e ao Ministério Público Estadual de imediato, suspendendo a execução até a obtenção de todas as aprovações.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – O presente ajuste de conduta terá efeito imediato a partir da data da assinatura do termo em questão, a fim de que o COMPROMISSÁRIO cumpra as disposições avençadas;

**CLÁUSULA TERCEIRA** – Ficará estipulada multa diária no importe de R\$ 1.000,00 (mil reais), que será devida a cada 30 (trinta) dias de atraso, no caso de descumprimento das cláusulas avençadas no presente termo, sem prejuízo das medidas penais e cíveis pertinentes, a ser revertida para projeto destinado à proteção do patrimônio histórico, artístico e cultural do Estado da Bahia.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – A aplicação da multa deverá ser precedida de notificação ao COMPROMISSÁRIO para que apresente justificativa em dez dias úteis.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Não constituirá inadimplemento total o parcial, o descumprimento de obrigações previstas no presente instrumento em





MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DA BAHIA

razão da ocorrência de eventos caracterizados como caso fortuito ou força maior, na forma prevista no artigo 393 do Código Civil, justificado motivo técnico ou ato de terceiro, cabendo ao COMPROMISSÁRIO provar esta ocorrência.”

**CLÁUSULA QUARTA** - As questões decorrentes deste compromisso serão dirimidas no foro da Comarca de Salvador – BA, que tem a natureza de título executivo extrajudicial, na forma da lei.

E, para que tal compromisso possa surtir os seus efeitos jurídicos e legais, foi lavrado o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pela Promotora de Justiça, e pelo COMPROMISSÁRIO, com remessa de cópia para o(s) autor(es) da Notícia de Fato que deu início a este procedimento, para fins de ampla publicidade.

Salvador, Bahia, de de 2023.

**CRISTINA SEIXAS GRAÇA**  
**PROMOTORA DE JUSTIÇA**

**ESTADO DA BAHIA**  
**COMPROMISSÁRIO**

