

ARQUITETURA HOSPITALAR E PROCESSO COLETIVO NA OBRA DE IRINEU BREITMAN

HOSPITAL ARCHITECTURE AND THE COLLECTIVE PROCESS IN THE WORK OF IRINEU BREITMAN

Chayane Galvão¹

Jonathas Magalhães Pereira da Silva²

Resumo

O debate sobre autoria na arquitetura tem sido tradicionalmente marcado pela valorização do arquiteto como autor singular, responsável por dar forma a obras inscritas em um modelo consagrado. Entretanto, tipologias complexas, como os edifícios hospitalares, evidenciam que o projeto é resultado de uma rede ativa de saberes, na qual múltiplos agentes participam da definição espacial. Este artigo investiga a prática projetual de Irineu Breitman sob essa perspectiva, mobilizando um método de caráter comparativo e documental, fundamentado no cruzamento entre fontes gráficas, textuais e iconográficas em diálogo com sua trajetória profissional. O objetivo é compreender de que maneira sua produção pode ser lida como expressão de um processo coletivo e interdisciplinar de concepção arquitetônica, revelando regularidades que contribuem para o entendimento da arquitetura hospitalar brasileira. Os resultados apontam a identificação de três pilares recorrentes – pesquisa contextual extensiva, estruturação modular funcional e sensível, e cooperação interdisciplinar – que evidenciam o caráter coletivo e metodológico do processo projetual Breitiano.

Palavras-chave: Processos Projetuais Coletivos, Arquitetura Hospitalar, Colaboração Interdisciplinar

Abstract

The debate on authorship in architecture has traditionally been marked by the valorization of the architect as a singular author, responsible for shaping works inscribed within an established canon. However, complex typologies, such as hospital buildings, reveal that architectural design results from an active network of knowledge, in which multiple agents take part in the spatial definition process. This article investigates the design practice of Irineu Breitman from this perspective, employing a comparative and documentary method grounded in the cross-analysis of graphic, textual, and iconographic sources in dialogue with his professional trajectory. The aim is to understand how his body of work can be interpreted as an expression of a collective and interdisciplinary process of architectural conception, revealing patterns that contribute to the understanding of Brazilian hospital architecture. The findings point to the identification of three recurring pillars—extensive contextual research, functional and sensitive modular structuring, and interdisciplinary collaboration—which highlight the collective and methodological character of Breitman's design process.

Keywords: Collective Design Processes, Hospital Architecture, Interdisciplinary Collaboration

INTRODUÇÃO

O debate sobre autoria na arquitetura tem sido tradicionalmente marcado pela valorização do arquiteto como autor singular, responsável por imprimir coerência formal e conceitual a suas obras. Essa perspectiva, consolidada em parte significativa da historiografia do século XX, foi reforçada por autores como Norberg-Schulz (1), Rossi (2) e Frampton (3), que, embora com abordagens distintas, compartilham a ênfase na centralidade do arquiteto como intérprete privilegiado da cultura e mediador entre forma e significado. Essa narrativa, ao projetar a figura do arquiteto como gênio criador, relegou a segundo plano os processos coletivos, interdisciplinares e institucionais que de fato atravessam a prática arquitetônica.

Entretanto, críticas contemporâneas a essa concepção, como as de Richard Sennett (4) e Jeremy Till (5), têm deslocado o foco da autoria isolada para os contextos coletivos de produção do espaço, nos quais múltiplos atores participam das decisões de projeto. Essa virada conceitual ganha especial pertinência em tipologias complexas, como a hospitalar, em que arquitetos, médicos, engenheiros, administradores e órgãos reguladores se entrelaçam em negociações constantes. A arquitetura hospitalar, nesse sentido, oferece um campo exemplar para problematizar a noção de autoria e compreender o projeto como resultado de redes de saberes, práticas institucionais e condicionantes técnicos e sociais.

Este artigo busca contribuir nesse sentido ao investigar a prática projetual de Irineu Breitman como expressão de um processo coletivo e interdisciplinar de concepção arquitetônica. Ao revisitar a produção arquitetônica de Breitman, parte da pesquisa aqui exposta buscou compreender as estratégias projetuais presentes em cinco projetos. A análise da produção arquitetônica de Irineu Breitman foi conduzida a partir do cruzamento entre documentação gráfica, textual e iconográfica, em diálogo com sua trajetória profissional por meio do método Produto-Contexto-Processo de Foqué (6). Esse recorte específico aqui apresentado, trata de uma leitura de caráter comparativo e documental, que busca iluminar abordagens estritamente autorais e/ou se emergentes de um processo coletivo, refletindo a evolução do espaço de saúde dentro de um contexto mais amplo.

A relevância deste estudo reside na possibilidade de compreender a arquitetura hospitalar como campo compartilhado, em que o projeto não resulta apenas da subjetividade individual, mas da mediação entre condicionantes técnicos, sociais e culturais. Nesse sentido, o artigo pretende ampliar o entendimento da prática hospitalar e propor novas abordagens metodológicas para a arquitetura, mais sensíveis à complexidade e à interdisciplinaridade que caracterizam os espaços de saúde.

Do autor ao coletivo

A tradição historiográfica da arquitetura que teve a contribuição de autores como Norberg-Schulz (1), Frampton (3) e Rossi (2), associa a arquitetura a uma lógica de autoria individualizada, marcada pela valorização do partido arquitetônico e pela coerência estilística de um criador. A narrativa moderna reforçou esse imaginário, atribuindo centralidade ao arquiteto-autor e relegando a dimensões secundárias os processos coletivos de elaboração dos projetos.

Norberg-Schulz (1), ao enfatizar a fenomenologia do lugar e a busca pela essência da experiência arquitetônica, reforça a ideia de que o arquiteto seria capaz de condensar, em sua obra, um sentido universal do habitar. Rossi (2) também contribui para essa visão ao afirmar a autonomia disciplinar da arquitetura, concebendo-a como campo capaz de traduzir a memória coletiva em formas estáveis, o que reafirma o papel do arquiteto como intérprete privilegiado da cultura. Kenneth Frampton (3), mesmo ao propor o *regionalismo crítico*, ainda preserva o arquiteto como mediador privilegiado entre cultura e modernidade, atribuindo centralidade à sua capacidade autoral. Dessa forma, essa tradição disciplinar instituiu um paradigma em que o arquiteto-autor é a figura responsável por articular significados e traduzir a cultura em forma espacial.

Entretanto, as críticas contemporâneas a esse modelo de autoria têm deslocado o foco do gênio criador para as redes de prática e conhecimento que compõem o ato projetual. Autores como Richard Sennett (4), Jeremy Till (5) e Bruno Latour (7) problematizam a noção de autoria isolada, enfatizando que a arquitetura se constitui como resultado de interações múltiplas, negociações institucionais e atravessamentos técnicos e sociais. Nesse sentido, o projeto deixa de ser compreendido como a expressão unitária de uma subjetividade individual para ser lido como prática compartilhada, aberta a ajustes e retroalimentações ao longo do processo.

Richard Sennett (4), em *Together*, argumenta que o trabalho criativo é sempre produto de cooperação e que a excelência emerge da prática coletiva mais do que do gesto individual. Jeremy Till (5), em *Architecture Depends*, vai além ao afirmar que a arquitetura é inevitavelmente condicionada por fatores externos – sociais, políticos, econômicos – e que reconhecer essa dependência é o primeiro passo para superar a ilusão da autoria isolada. De modo semelhante, Latour (7) afirma que o arquiteto pode ser entendido como tradutor em uma rede heterogênea de atores, onde o projeto emerge como efeito dessas interações.

Essa virada conceitual tem especial pertinência quando se trata de tipologias complexas, como os edifícios hospitalares, em que a diversidade de atores envolvidos – médicos, engenheiros, administradores, gestores públicos, consultores técnicos – coloca em xeque a ideia de autoria isolada. O projeto hospitalar, como se verá adiante, evidencia de forma exemplar a arquitetura como campo coletivo de saberes, onde normas, regulamentações, práticas clínicas e exigências operacionais convergem para configurar um espaço que extrapola a concepção individual. Nessa perspectiva, o arquiteto atua menos como criador solitário e mais como mediador e articulador de conhecimentos interdisciplinares.

A prática hospitalar como campo coletivo de saber

O hospital, como tipologia arquitetônica, não é um elemento estático, mas sim um reflexo das mudanças sociais, tecnológicas e sanitárias de cada época. Entender como esses edifícios hospitalares dialogam com as transformações históricas e científicas da área da saúde permite contextualizar a evolução dos espaços assistenciais de saúde e compreender de que maneira as estratégias projetuais adotadas por diferentes arquitetos se inserem nesse campo coletivo de saber.

O campo de estudos da arquitetura hospitalar brasileira frequentemente apresenta lacunas e questionamentos sobre sua evolução ainda não explorados. Contudo, já é possível delinear decisões projetuais e evolutivas da arquitetura de saúde do país e desta formulação conceitual no processo de projeto. Entende-se assim que os projetos frequentemente se desenvolvem com base em conhecimentos prévios, experimentação, tentativa e erro, e descobertas inesperadas (8).

A coletividade projetual frente aos Espaços Assistenciais de Saúde (EAS) pode ser justificada por diferentes pontos de vista e, possivelmente, por meio de diferentes atores. Até o início do século XX, acreditava-se que os espaços físicos, sobretudo por meio da ventilação natural e do isolamento entre pacientes, desempenhavam papel central no controle da disseminação de doenças – uma concepção fortemente aplicada no combate à tuberculose na Europa (9).

O progresso da medicina e a compreensão dos objetivos hospitalares reduziram o temor tradicional associado às instituições de tratamento, paralelamente ao processo de entendimento sobre o espaço de saúde e à evolução da arquitetura hospitalar. Embora essa evolução médico-técnica tenha justificado os meios de transmissão e as causas das doenças, a arquitetura moderna já adotava um design higienista, sendo aplicado no uso de grandes vãos e da predominância da cor branca vinda das estéticas hospitalares (10).

Segundo Hoenack (11), após a Segunda Guerra Mundial, a humanidade enfrentou momentos na área da saúde que reuniram fatores fortemente influentes, dentre estes: necessidades de reconstrução de espaços de saúde atingidos, necessidade de atualização ou melhoria de hospitais antes instalados em construções provisórias ou adaptadas, grande avanço tecnológico, novos procedimentos de tratamento e ainda o início das normativas construtivas aplicadas a espaços assistenciais de saúde. Hoenack (11) afirmava, em 1966, que praticamente todos os hospitais modernos concebidos naquele momento eram experimentais, visto que as evoluções médico-técnicas em vigor também representavam novidades ainda não comprovadas a longo prazo, implicando em alterações constantes na arquitetura hospitalar.

Irineu Breitman, por sua vez, é um personagem que esteve à frente de soluções inovadoras de sua época, o que se impõe como resultado proveniente de vivências em momentos cruciais do desenvolvimento da saúde no país, bem como auxiliado por nomes importantes da arquitetura hospitalar, como Jarbas Karman. Ainda, sua graduação adquirida no início da segunda metade do século XX resulta em uma produção arquitetônica criada em paralelo com as principais normativas ditadoras da arquitetura hospitalar daquela época (12). Personagens como Breitman fortalecem o entendimento das estratégias de projeto formuladas por um saber simultaneamente individual e coletivo.

Esse campo de saber coletivo, entretanto, não se limita aos aspectos históricos e técnicos, mas também é moldado por um ecossistema técnico-regulatório robusto. No Brasil, regulamentações como a RDC nº 50/2002 da ANVISA (13) – que estabelece diretrizes para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde – exemplificam como normas sanitárias, condicionantes de

higienização, requisitos de segurança, fluxos operacionais e padrões de desempenho tornam-se parte do repertório comum de arquitetos, engenheiros, gestores e equipes clínicas. A concepção arquitetônica hospitalar, portanto, depende de uma intensa interação entre saberes normativos e práticos, o que reforça sua natureza interdisciplinar.

Nesse sentido, a literatura sobre processos de projeto reforça que a arquitetura hospitalar não se desenvolve de forma isolada, mas sim em constante diálogo com diferentes campos profissionais. Autores como Lawrence e Lorsch (14) destacam a importância da integração interdepartamental em contextos complexos, enquanto Schön (15) observa que o projetista atua em um processo contínuo de *reflexão-na-ação*, ajustando decisões a partir da interação com outros atores. Em um hospital, essa interdependência é evidente: médicos, enfermeiros, engenheiros, gestores e equipes de manutenção participam ativamente das definições espaciais, influenciando diretamente as soluções adotadas. Como observa González Rey (16),

Toda la concepción metodológica que hemos desarrollado en el presente ensayo es resultado de una comprensión distinta de la subjetividad, entendida como complejo sistema de formaciones y subsistemas psicológicos, estrechamente relacionados entre sí, donde los contenidos y su expresión funcional se manifiestan simultáneamente en múltiples y disímiles formas, teniendo sentidos psicológicos diferentes, de acuerdo con el subsistema o la formación psicológica a que se integran (16).

Partindo dessa concepção, compreende-se que toda criação arquitetônica envolve uma dimensão subjetiva, aqui entendida como resultado das variáveis projetuais e das múltiplas influências que incidem sobre o arquiteto.

Assim, o pensar projetual pode ser visto como um sistema complexo de informações e subsistemas, intimamente interligados, em que conteúdos e formas de expressão funcional se manifestam simultaneamente em diferentes níveis e com distintos significados, de acordo com o subsistema ou formação em que se integram. Essa perspectiva ajuda a entender que o processo de concepção arquitetônica, especialmente no contexto hospitalar, apresenta características internas de difícil apreensão, exigindo tanto rigor técnico quanto sensibilidade para articular o saber coletivo e a subjetividade individual.

O caso Irineu Breitman: coletividade, coerência e método

O período de atuação de Breitman aconteceu frente a grandes mudanças e desafios, tanto que Hoenack (11), Weeks (17) e Bross (18) dividiam a comum opinião entre pesquisadores e arquitetos que, os hospitais e espaços assistenciais de saúde, da segunda metade do século XX, reuniam mais variáveis projetuais concomitantes a avanços tecnológicos, que qualquer outra tipologia arquitetônica. “Poucas instituições terão maior diversidade e variedade de homens (SIC), atividades e espaços que um hospital.” (18).

Weeks (17) afirmava fortemente a tendência problemática da obsolescência dos projetos hospitalares que estavam sendo concebidos até a segunda metade do século XX. Por sua visão, a problemática dos planejamentos arquitetônicos hospitalares estava em considerar o espaço de saúde como algo completo e finito quando este atingia as demandas levantadas em seu programa de necessidades. A solução seria então encarar esses projetos e

espaços como algo contínuo e inacabado, visto que, segundo o autor, esta seria a resposta para todos os problemas encontrados nos espaços assistenciais de saúde obsoletos projetados até 1960.

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

Esta sincronicidade entre Informação e Execução resultava em projetos delineados sob uma perspectiva comum entre diversos arquitetos. Weeks (17), assim como Irineu Breitman, defendia a continuidade das circulações internas, de forma a evitar a segregação vertical, permitindo a adição de blocos horizontais para ampliar a capacidade operativa. Seu argumento considerava o tempo de deslocamento em uma concepção térrea, embora não levasse em conta as limitações do terreno de implantação.

Hoenack (11) ainda destacava que a flexibilidade e a capacidade de adaptação às mudanças tecnológicas não eram fatores novos para os arquitetos, mas se tornaram mais urgentes e frequentes nos espaços de saúde, exigindo soluções arquitetônicas inovadoras e totalmente flexíveis. Nesse contexto, a atuação do arquiteto Irineu Breitman evidenciava sua capacidade de acompanhar os avanços da área da saúde, traduzindo-os em soluções arquitetônicas de relevância.

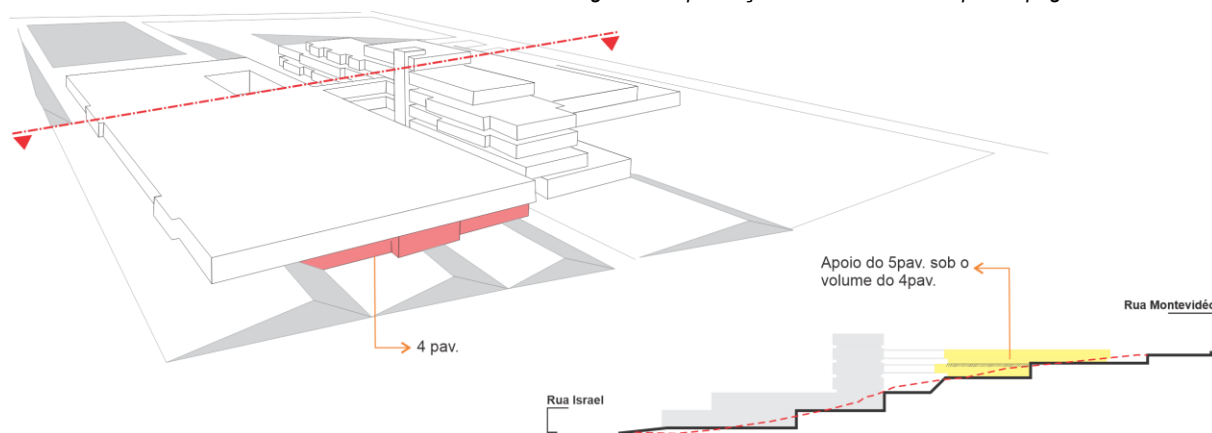
Com isso e dentro da pesquisa originada na tese, foram identificadas 9 obras projetadas por Irineu Breitman, dentre as quais 7 foram executadas. Dentre as obras executadas, a pesquisa analisou 5 projetos, incluindo hospitais regionais, clínicas psiquiátricas e serviços complementares de saúde. A seleção desse conjunto, foi definida por apresentarem documentação gráfica consistente, representatividade na trajetória profissional do arquiteto e diversidade contextual que permite a comparação entre decisões projetuais. O cruzamento sistemático dessas análises possibilitou reconhecer padrões decisórios recorrentes, organizados aqui em três pilares que estruturam sua prática projetual: pesquisa contextual extensiva, estruturação modular funcional e cooperação interdisciplinar.

O primeiro pilar, **a pesquisa contextual extensiva**, manifesta-se na preocupação em levantar um conjunto robusto de informações antes da formulação do partido arquitetônico. A escolha do terreno, a definição de fluxos e acessos, o dimensionamento programático e até a setorização funcional nascem da interpretação crítica de dados sociais, demográficos, econômicos e ambientais. Essa etapa não se limita a um diagnóstico técnico, mas propõe uma leitura ampla das condições urbanas, das atividades econômicas locais e das demandas do sistema de saúde vigente. Tais decisões demonstram que a arquitetura hospitalar proposta por Breitman se fundamenta em um olhar atento ao território, à cidade e às dinâmicas coletivas que a atravessam.

Um caso emblemático dessa postura investigativa pode ser observado no projeto do Hospital Regional de Chapecó (HRC), onde o processo de

implantação parte de uma leitura minuciosa da topografia acentuada do terreno, dos fluxos viários existentes, da expansão urbana projetada para a região e das condições climáticas locais (Figura 1). A definição de acessos, taludes, áreas de estacionamento e a disposição dos blocos hospitalares deriva diretamente dessa interpretação prévia do território, evidenciando que o partido arquitetônico não nasce de uma forma pré-concebida, mas da resposta ao contexto real e às demandas assistenciais identificadas durante a pesquisa.

Figura 1: Implantação do HRC orientada pela topografia e acessos.



O segundo pilar, referente à **estruturação modular**, funcional e sensível, evidencia a racionalidade construtiva dos projetos sem negligenciar suas qualidades espaciais. A organização programática dos edifícios responde simultaneamente às exigências normativas e à vocação do sítio, respeitando condicionantes topográficas, climáticas e de acesso. A utilização sistemática de modulação, especialmente nas unidades de internação, reflete a busca por uma lógica repetível e eficiente, mas sensível ao contexto e à experiência dos usuários. Essa dimensão técnica é inseparável da atuação de consultores e especialistas que participaram da elaboração dos projetos, contribuindo para a compatibilização entre soluções arquitetônicas, estruturais e ambientais desde as fases iniciais.

Essa interligação de vertentes pode ser observada em diferentes projetos analisados, como por exemplo na Clínica Pinel, um edifício direcionado ao trato da saúde mental e concebido para a cidade de Porto Alegre (RS) em 1960. O sítio de inserção compõe um terreno de meio de quadra, retangular e com um desnível de aproximadamente 2m em relação ao nível da rua. O projeto, por sua vez é composto por dois blocos perpendiculares com 3 e 4 pavimentos (Figura 2).

O volume de acesso compõe uma fachada que abrange lado a lado do terreno, não permitindo acessos secundários (Figura 2). Acredita-se que esta definição projetual pode retratar a intenção de uma arquitetura atrelada ao controle de entrada e saída, principalmente por se tratar de um espaço psiquiátrico, e ainda apresentar-se esteticamente agradável, uma vez que elimina o uso de grades e muros grandes em sua fachada de acesso (Figura 3). Outro uso resultante da volumetria é a permissividade visual de todos os pontos do edifício que, neste caso, auxiliam no controle e segurança (Figura 3).

Figura 2: Implantação da Clínica Pinel

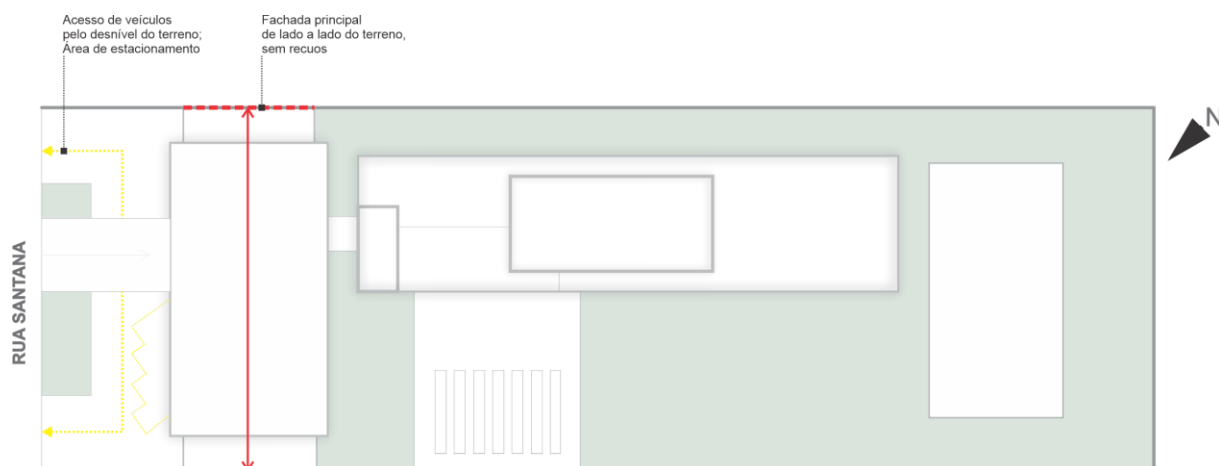
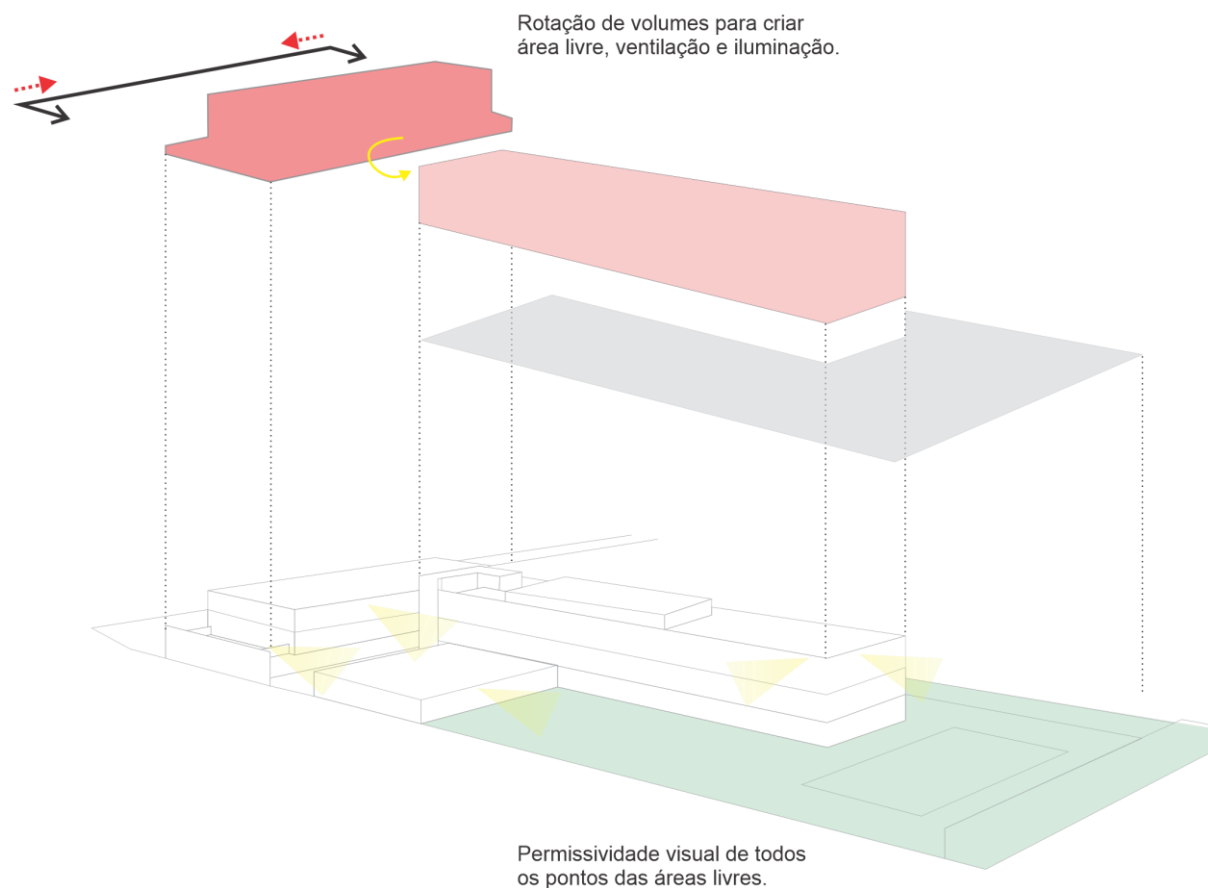


Figura 3: Composição projetual atrelada ao controle de acessos e saídas

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



Observa-se que essas decisões não foram tomadas isoladamente, mas sim como respostas a múltiplos condicionantes, incluindo aspectos econômicos, programáticos e espaciais. A escolha por soluções arquitetônicas alinhadas

ao terreno, por exemplo, reflete não apenas uma abordagem projetual recorrente de Breitman, mas também uma adaptação a fatores financeiros e operacionais, minimizando custos estruturais e otimizando a ocupação do lote.

Por fim, o terceiro pilar - **a cooperação interdisciplinar como método** - é o que confere ao processo projetual Breitiano seu caráter coletivo mais evidente. A colaboração com médicos, engenheiros, sanitaristas e administradores de saúde não se dá como etapa posterior de validação técnica, mas como instância fundadora da própria concepção do projeto. Essa característica se intensifica nas fases maduras de sua atuação, especialmente por meio de seu escritório Hospitasa, que se caracterizava por ser um espaço multidisciplinar composto por profissionais de diversas áreas e operantes como instância de produção coletiva do espaço hospitalar. Nos projetos analisados, essa cooperação se materializa em soluções como aberturas zenitais, estruturas em balanço e setores distribuídos por níveis funcionais, integrando necessidades técnicas e qualidades espaciais em uma lógica unitária.

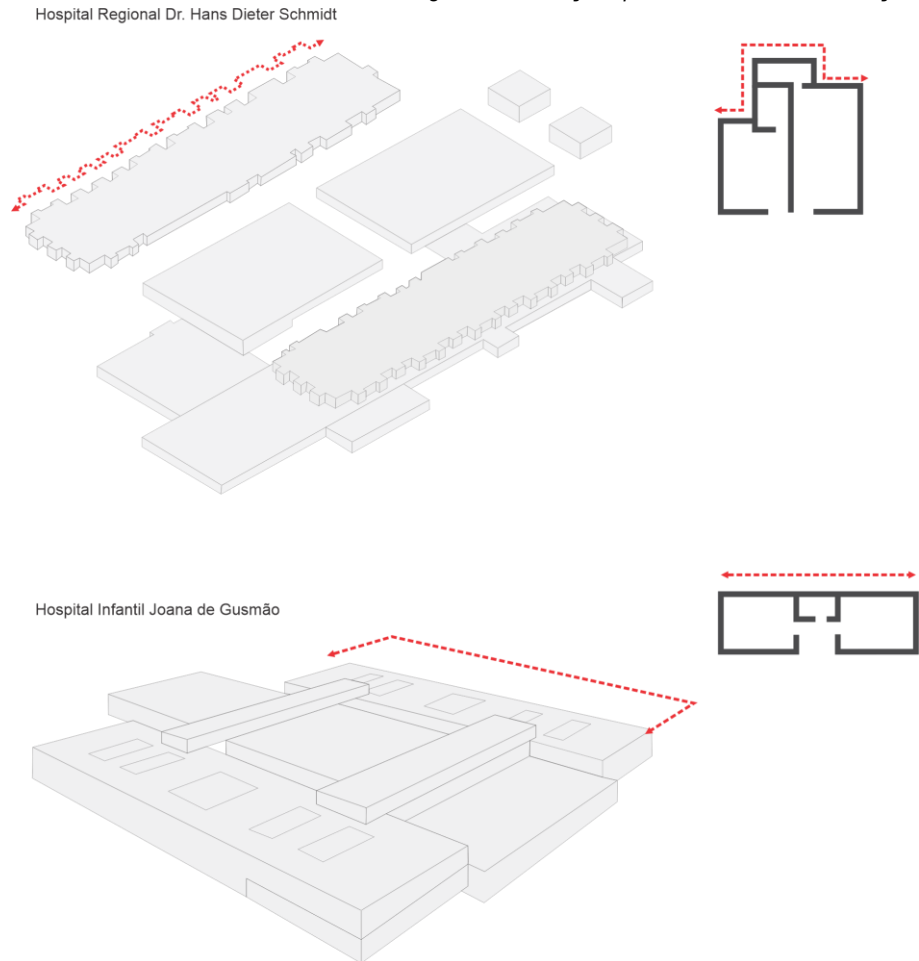
A influência de Rino Levi sobre a prática de Irineu Breitman, por exemplo, foi particularmente decisiva no campo hospitalar. Atuando como consultor e referência teórica, Levi orientou Breitman na adoção de uma modulação que superava a rigidez volumétrica dos prismas retangulares aplicados às unidades de internação (Figura 4). Esse princípio modulador, incorporado de forma sistemática nos projetos, representou uma ruptura com a limitação geométrica tradicional, permitindo maior liberdade compositiva e funcional na organização dos blocos hospitalares (19).

E outra coisa que também foi notado, (...) é que o hospital é muito difícil de resolver bem com prismas retangulares, não é? Então depois nós abandonamos essa rigidez dos volumes e seguimos o conselho do Rino Levi, né, de blocos com afinidade funcional e construtiva, e uma certa liberdade de composição né, para tornar mais exato e melhor a qualidade do projeto e funcionamento do hospital. (19, 25:57).

Ao organizar essas evidências sob o referencial teórico-metodológico Produto-Contexto-Processo (6, 2010), torna-se possível reconhecer na obra de Irineu Breitman um modelo de projeto hospitalar no qual a arquitetura emerge como síntese de múltiplos saberes, negociações e interpretações técnicas. Trata-se de uma prática que evidencia que o arquiteto não atua como autor isolado, mas como agente mediador entre as demandas do programa, as condições do lugar e os saberes coletivos de sua época. Sua produção, nesse sentido, oferece um paradigma valioso para a compreensão da arquitetura hospitalar como campo compartilhado e metodologicamente estruturado.

A identificação dos três pilares do processo projetual Breitiano foi possível a partir de uma análise cruzada entre documentação técnica, iconográfica e textual dos projetos, apoiada na estrutura analítica proposta por Foqué (6, 2010), especialmente no que se refere à inter-relação entre produto, contexto e processo. A aplicação deste referencial metodológico permitiu não apenas sistematizar um modo de projetar, mas também demonstrar como este modo se constitui em resposta a condicionantes externos e coletivos.

Figura 4: Modulação aplicada às áreas de internação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso analítico desenvolvido neste artigo permitiu reafirmar que o projeto hospitalar, em especial nos casos examinados da produção de Irineu Breitman, evidencia-se como resultado de uma rede ativa de saberes. Ao invés de se apresentar como fruto exclusivo de um gesto autoral, a arquitetura hospitalar emerge do entrelaçamento entre condicionantes técnicos, sociais, normativos e culturais, articulados em processos coletivos de concepção.

Essa constatação oferece uma contribuição que se desdobra em diferentes planos. No plano conceitual, a investigação reforça a crítica à noção de autoria isolada, ainda dominante em parte da historiografia disciplinar. No plano metodológico, demonstra que modos de projetar podem ser identificados e sistematizados mesmo quando não explicitados como método pelo próprio arquiteto, revelando-se na prática compartilhada que combina levantamento de informações, interpretação crítica e organização formal. No plano profissional, o estudo confirma a centralidade de processos interdisciplinares para a qualidade e a inovação em espaços de saúde, em que arquitetos, médicos, engenheiros e gestores constroem conjuntamente soluções viáveis e coerentes.

Ainda assim, reconhecer a coletividade como fundamento do projeto não significa ignorar as tensões que dela decorrem. Até que ponto a multiplicidade de vozes pode se diluir a tal ponto que comprometa a coerência projetual? Em quais momentos a presença do autor se torna necessária para garantir unidade, síntese e direção crítica às escolhas realizadas? Essas questões não fragilizam a abordagem coletiva, mas indicam seus limites e apontam para a necessidade de arquitetos capazes de transitar entre diferentes esferas de conhecimento sem perder a consistência do produto arquitetônico.

Ao final, o reconhecimento da coletividade não elimina a autoria, mas redistribui responsabilidades e saberes. A obra de Irineu Breitman demonstra como a inovação pode emergir justamente da apropriação crítica de repertórios compartilhados, articulados em soluções sensíveis ao contexto. Compreendida dessa forma, a arquitetura hospitalar revela-se como campo privilegiado para discutir a complexidade do projeto contemporâneo, reafirmando o arquiteto não como criador solitário, mas como mediador e articulador de uma inteligência coletiva. Ainda, embora centrada no percurso de um arquiteto, essa análise contribui também para compreender a formação da arquitetura hospitalar brasileira na segunda metade do século XX, ao evidenciar como seus processos projetuais se estruturaram em práticas coletivas e interdisciplinares que ultrapassam o gesto individual e delineiam um repertório comum à produção nacional.

REFERÊNCIAS

1. NORBERG-SCHULZ, Christian. *Genius loci: towards a phenomenology of architecture*. New York: Rizzoli, 1980
2. ROSSI, Aldo. *A arquitetura da cidade*. Martins Fontes, São Paulo, 2001
3. FRAMPTON, Kenneth. *Modern architecture: a critical history*. 3. ed. rev. and enlarged. London: Thames and Hudson, 1992
4. SENNETT, Richard. *Together: The Rituals, Pleasures and Politics of Cooperation*. New Haven; London: Yale University Press, 2012.
<https://doi.org/10.3917/mana.153.0344>
5. TILL, Jeremy. *Architecture depends*. Cambridge, MA: MIT Press, 2009
6. FOQUÉ, Richard. *Building Knowledge in Architecture*. Antwerp: UPA - University Press Antwerp, 2010. ISBN 978-90-5487-545-1
7. LATOUR, B. Reagregando o social: uma introdução a teoria do Ator-Rede. Edusc.
<https://doi.org/10.5007/2175-8034.2012v14n1-2p238>. 2012
8. FLORIO, Wilson. Croquis de concepção no processo de projeto em Arquitetura. *Exacta*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 373-383, 2010. Disponível em: <
<https://periodicos.uninove.br/exacta/article/view/2417/1856> > Acesso em 09 dez 2025. <https://doi.org/10.5585/exacta.v8i3.2417>
9. GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 7(2), 305-327, 2000. Disponível em: <
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000300004> > Acesso em 09 dez 2025
10. ARAUJO, Cristina Filgueiras de. *Arquitetura pós-pandemia: Impactos no desenvolvimento de projetos para idosos*. Universidade Católica do Salvador. Anais da 23ª Semana de Mobilização Científica - SEMOC, 2020. Disponível em: <
<https://ri.ucsal.br/server/api/core/bitstreams/1b642380-1703-42ed-8aaa-0abb893b3395/content> > Acesso em 09 dez 2025
11. HOENACK, August. Tendências atuais na Arquitetura Hospitalar. *Revista Hospital de Hoje, IPH*, vol 27, ano XI, 1966. Disponível em: <

- <https://iph.org.br/acervo/periodicos/revista-hospital-de-hoje-vol-27-1433> > Acesso em 09 dez 2025
12. GALVÃO, Chayane. Transformações da arquitetura hospitalar no Brasil no fim do século XX e início do século XXI: dois estudos de caso - Hospital Regional de Chapecó e Hospital de Urgências DE São Bernardo do Campo. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021. Disponível em: < <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/xmlui/handle/123456789/16444> > Acesso em 09 dez 2025
13. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.htm > Acesso em 09 dez 2025
14. LAWRENCE, Paul; LORSCH, Jay. Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, v. 12, n. 1, p. 1-47, jun. 1967. Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/2391211> > Acesso em: 6 set. 2025. <https://doi.org/10.2307/2391211>
15. SCHÖN, Donald A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983. <https://doi.org/10.2307/3324262>
16. GONZÁLEZ REY, F. Problemas epistemológicos de la psicología. Editorial Academia. 1996
17. WEEKS, John. Hospitais para 1970. *Arquitetura, Revista do Instituto de Arquitetos do Brasil*, n 35, maio de 1965. Disponível em: <<https://www.iabsp.org.br/revista-arquitetura/>> Acesso em 27 jan 2024
18. BROSS, João Carlos. Metodologia do planejamento físico dos hospitais. Palestra proferida no III Simpósio Brasileiro de Administração Hospitalar, realizado em 16 e 17 de maio de 1975, em São Paulo. *Revista Gaúcha dos Hospitais*, vol 4, abril de 1976. Disponível em: Acervo Irineu Breitman - IPH. Consulta realizada em outubro de 2022
19. BREITMAN, Irineu. Palestra. A saúde que queremos: Inclusão social e gestão profissional. Expo Center Norte - ADH. Jun 2004 - São Paulo. Disponível em: Acervo Irineu Breitman - IPH. Consulta realizada em outubro de 2022.

Submetido: 09/12/2025
Aceito: 21/07/2026