

N.º10

2020

ART IS ON

ARQUITETURA
ASSISTENCIAL

ASSISTANCE ARCHITECTURE

4 **EDITORIAL**

- 6 **THE HOSPITAL OF SAN MATTEO IN PAVIA IN THE LOMBARD HEALTH CARE NETWORK. A UNIQUE CASE IN RENAISSANCE ITALY IN ARCHITECTURE AND DECORATIVE CYCLES**
Paolo Sanvito

- 16 **ESCRITURAS MONUMENTALES Y ARQUITECTURAS HOSPITALARIAS EN LA PENÍNSULA IBÉRICA (SIGLOS XV-XVI)**
Raúl Villagrasa-Elías

- 34 **O HOSPITAL TERMAL DAS CALDAS DA RAINHA: MODERNIDADE (1485) E PATRIMÓNIO (2019) – PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO PELA UNESCO, PORQUE NÃO?**
Jorge Mangorrinha

- 46 **REPRESENTATION OF CHARITY, MODEL CATHOLICS, OR MODEL NOBLEMEN? THE “SCHNEIDHAUS”, A SURGICAL**
Annemarie Kinzelbach

- 59 **A ÁGUA E A ARQUITETURA NO HOSPITAL REAL DE TODOS-OS-SANTOS, LISBOA (SÉCULOS XVI-XVIII): AS ESTRUTURAS CLAUSTRAS NO REGISTO ARQUEOLÓGICO**
André Bargão, Rodrigo Banha da Silva, Sara Ferreira, André Teixeira

- 75 **TESTEMUNHOS FÍSICOS DE ESTRUTURAS ASSISTENCIAIS PRESENTES NAS MEMÓRIAS PAROQUIAIS DE 1758**
Lina Maria Marrafa de Oliveira

- 85 **UMA CASA NO LARGO DA SÉ: DISSENSÕES ACERCA DO VALOR ARQUITETÔNICO DO HOSPITAL DA CARIDADE EM BELÉM, PARÁ, BRASIL**
Cybelle Salvador Miranda, Ronaldo Marques de Carvalho, Beatriz Trindade de Oliveira Lobato

- 97 **SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE: APAGAMENTO DE UM TESTEMUNHO MATERIAL DA ARQUITETURA ASSISTENCIAL EM BELÉM, PARÁ, BRASIL**
Livia Gaby Costa, Cybelle Salvador Miranda

- 109 **ENTRE EUCALIPTOS E CONCRETO ARMADO: A MODERNIDADE ESTÉTICO-FUNCIONAL DO SANATÓRIO BARROS BARRETO, BELÉM-PARÁ-BRASIL**
Larissa Silva Leal, Cybelle Salvador Miranda, Thayse Layane Oliveira de Queiróz

- 120 **A MODERNIDADE DA ARQUITETURA DO LEPROSÁRIO SÃO ROQUE (PIRAQUARA, PARANÁ, BRASIL)**
Elizabeth Amorim de Castro

- 140 **NOSSA SENHORA DO DESTERRO DE LISBOA: DEPOIS DE CONVENTO E HOSPITAL, QUE FUTURO?**
Clara Moura Soares, Maria João Neto, Ana Mehnert Pascoal, João Alves da Cunha

- 161 **NOTAS SOBRE O HOSPITAL COMO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO EM FOUCAULT**
Mariana de Soveral Gomes da Costa

VARIA

NOTAS DE INVESTIGAÇÃO

- 170 **O PAINEL DE AZULEJO CRIADO POR CÂNDIDO PORTINARI PARA A CAPELA DA PAMPULHA: ESPECIFICIDADES DA ARQUITETURA MODERNA BRASILEIRA**
Aziz José de Oliveira Pedrosa

- 177 **THE METAMORPHOSIS OF SELF(IE)-PORTRAIT: BETWEEN THE SUBLIME AND THE BANAL**
Vasco Medeiros

- 193 **UM NOVO RETRATO DO PADRE ANTÓNIO VIEIRA**
Patrícia Alexandra Rodrigues Monteiro, João Pedro Cambado

RECENSÕES

- 203 **RECENSÃO AO LIVRO-ENSAIO DOMENICO SCARLATTI DE MARTIN MIRABEL, 2019**
Sónia Duarte

- 207 **RECENSÃO CRÍTICA AO CAPÍTULO ‘FROM AN INVENTORY TO A HERITAGE INFORMATION SYSTEM’ DE VASCO MARTINS COSTA, 2020**
Maria João Neto, Clara Moura Soares

Editorial

Joana Balsa de Pinho

A história da assistência, em geral, e dos hospitais, em particular, é um tema de investigação multidisciplinar que tem convocado diferentes investigadores e perspetivas de investigação, abordando questões de história social, religiosa e da ciência. Também a história da arquitetura tem nestas temáticas um importante campo de estudo que se tem vindo a consolidar nos últimos anos. A proposta de projetos de investigação, a apresentação pública de trabalhos académicos, a regularidade na organização de eventos científicos e a constituição de redes informais de cooperação e intercâmbio de investigadores permitiram esta consolidação.

Os hospitais e outras instituições assistenciais relacionadas com a saúde, devido ao papel social que desempenharam ao longo da história, constituem-se como relevantes objetos de pesquisa dos pontos de vista artístico, arquitetónico e patrimonial. Neste contexto, e no âmbito do projeto de investigação «Hospitalis – Arquitetura hospitalar em Portugal nos alvares da Modernidade: identificação, caracterização e contextualização» (PTDC/ART-HIS/30808/2017), promoveu-se a edição deste número da revista ARTis ON dedicado ao tema da Arquitetura Assistencial: hospitais e outros edifícios da saúde (séculos XVI-XX).

As contribuições que compõe este volume resultam das investigações apresentadas na segunda edição do Colóquio Internacional dedicado à Arquitetura Assistencial realizado em 2019, organizado pelo Artis – Instituto de História da Arte da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, em parceria com o LAMEMO – Laboratório de Memória e Património Cultural da Universidade Federal do Pará. A primeira edição deste evento, que ocorreu em 2015, foi dedicada ao tema da arquitetura assistencial no contexto do espaço luso-brasileiro, provendo uma abordagem global e pluridisciplinar e a caracterização das várias tipologias arquitetónicas associadas. O II Colóquio consagrou a ampliação de uma rede composta por investigadores europeus e da América do Sul dedicados ao estudo dos edifícios assistenciais e da saúde. O escopo do evento e a presente publicação visam uma compreensão comparada dos diferentes exemplares, num período que abarca os primórdios da Modernidade (século XV) até o que se convencionou identificar como Arquitetura moderna (século XX), a fim de permitir o entendimento das características e evolução dos espaços de acolhimento, tratamento e cura na longa duração.

Assim, reúne-se um conjunto de textos sobre Arquitetura Assistencial em Portugal, Espanha, Alemanha, Itália e Brasil, submetidos a um exigente processo editorial, que abordam a temática do ponto de vista histórico, histórico-artístico e patrimonial; destacam a importância da investigação e a necessidade de conhecer, preservar e divulgar os edifícios históricos, os seus espólios materiais e as práticas imateriais a eles associados.

Este número da revista é complementado por notas de investigação e recensões críticas que relevam novas obras e perspetivas inéditas sobre os temas em causa. A sua diversidade temática e cronológica manifesta a vitalidade do debate historiográfico e contribui para o enriquecimento dos conteúdos que se apresentam ao conhecimento e debate públicos.

Editorial

Joana Balsa de Pinho


The history of assistance, in general, and of hospitals, in particular, correspond to a multidisciplinary research topic that has brought together different researchers and research perspectives, addressing issues of social, religious and scientific history. The history of architecture also has an important field of study in these themes, that has been consolidated in recent years. The proposal of research projects, the public presentation of academic works, the regularity in the organization of scientific events and the establishment of informal networks of cooperation and exchange of researchers allowed this consolidation to take place.

Hospitals and other assistance institutions related to healthcare, due to the social role they have played throughout history, are relevant research subjects from an artistic, architectural and cultural heritage perspective. In this context, and within the scope of the research project «Hospitalis – Hospital architecture in Portugal at the dawn of Modernity: identification, characterization and contextualization» (PTDC/ART-HIS/30808/2017), this current issue of ARTis ON is dedicated to the theme of Assistance Architecture: hospitals and other healthcare buildings (16th-20th centuries).

The contributions included in this issue are the research results presented in the second edition of the International Colloquium dedicated to Assistance Architecture held in 2019, organized by Artis – Art History Institute of the Faculty of Letters of the University of Lisbon, in partnership with LAMEMO – Laboratory of Memory and Cultural Heritage of the Federal University of Pará. The first edition of this event, held in 2015, was dedicated to the theme of assistance architecture in the Luso-Brazilian context, providing a global and multidisciplinary approach and the characterization of its various architectural typologies. The II Colloquium realized the expansion of a network composed of European and South American researchers dedicated to the study of assistance and healthcare buildings. The scope of the event and this publication aim at a comparative understanding of the different buildings, in a period that includes the dawn of Modernity (15th century) until what could be characterized as Modern Architecture (20th century), in order to allow the understanding, in long-term, of the characteristics and evolution of the spaces dedicated to sheltering, treatment and healing.

Thus, we have gathered a set of articles on Assistance Architecture in Portugal, Spain, Germany, Italy and Brazil, which were submitted to a demanding editorial process. These articles deal with Assistance Architecture in historical, historical-artistic and cultural heritage perspectives, highlighting the importance of research and the need to know and preserve historic buildings and making them known, both their material assets and their associated immaterial practices.

This issue is complemented with research notes and critical reviews that reveal new works of art and original perspectives on these themes. Its thematic and chronological diversity expresses the vitality of the historiographic debate and contributes to the enrichment of the contents that are presented to public knowledge and debate.



THE HOSPITAL OF SAN MATTEO IN PAVIA IN THE LOMBARD HEALTH CARE NETWORK. A UNIQUE CASE IN RENAISSANCE ITALY IN ARCHITECTURE AND DECORATIVE CYCLES

Paolo Sanvito

Technische Universität Berlin and Austrian Academy of Sciences

sanvito@campus.tu-berlin.de

ABSTRACT

The example of the Hospital of San Matteo in Lombard Pavia, founded right at the turn from the Visconti to the Sforza Dukes dominion in 1448, in one of the most learned cities of Lombardy, presents a very experimental assistential building for the historical period in which it was conceived. Its foundation has also been related to the Dominicans of the region, since it was the local monk Domenico de Catalogna, who took initiative to plan it and obtain the necessary permissions. On one hand, San Matteo was influenced by the exemplary hospital of Santa Maria Nova in Florence, whose foundation went back as early as 1288 and which had obviously enjoyed a strong impact already in the Late Middle Ages from the Islamic skills in building this kind of structures. In fact, Tuscany continuously developed intense trades via Pisa with the Mediterranean neighbors, the Iberian states, Syria and Egypt in the first place. But there were more influences in Pavia: the transfer from Padua of the entire scientific library to Pavia in 1388 had surely enriched the latter's university with a wealth of information from the Orient.

For these numerous reasons San Matteo can obviously not be considered separately from a high number of parallel experiences, not only in Upper Italy, but also in the rest of the Mediterranean area and especially it can not be seen as independent from the innovations of the Arab scholars. It becomes therefore inevitable to consider the addressed topics in a global and highly learned perspective.

KEYWORDS

Hospital of San Matteo | Pavia | Renaissance | Architecture



Fig. 01. Pavia, Hospital of San Matteo, present view of the main façade.

The example of the Hospital of San Matteo in Pavia in Lombardy (fig. 01) founded right at the turn from the Visconti to the Sforza Dukes dominion in 1448 and accomplished seven years later, in one of the most learned cities of the country, presents a very experimental assistential building for the historical period in which it was conceived. Its foundation has been related to the Dominicans of Lombardy, since it was

the local Dominican Domenico de Catalogna, apparently a Catalan, who took initiative to plan it and get the necessary permissions. The name "San Matteo" does not refer to an existing church, it goes back to the former convent church of San Matteo, which eventually would be suppressed by the Pope, Nicolò V, in September 1449 to make space for the hospital to be built (Crotti, 2002: 154).

THE ORIGINS OF THE BUILDING

No doubt, San Matteo was influenced by the exemplary hospital of Santa Maria Nova in Florence, whose foundation went back as early as 1288 and which had obviously enjoyed a strong impact already in the Late Middle Ages from the Islamic skills in building this kind of architecture. In fact, Tuscany continuously developed intense trades via Pisa with the Mediterranean neighbors, all Iberian states, Syria and Egypt in the first place. But there were more influences in Pavia: the transfer from Padua of the entire scientific library to Pavia in 1388 had surely enriched the latter's university with a wealth of information from the Orient.

For these numerous reasons of course San Matteo can not be considered separately from an interesting number of parallel experiences not only in Upper Italy, but also in the rest of the Mediterranean area and especially it can not be seen independently from the science of the Arab scholars. And few years before

Pavia, again, the one of San Leonardo in another Lombard capital, Mantua, had been set up, though begun somewhat later, in 1450 (it will be completed only in 1471, shortly earlier than Pavia).

Comparisons with similar buildings around Italy (or even the world) induce us to point out to the perfection of the square module of San Matteo's structure. Originally, the building consisted in a large block hosting in itself four arms or wings dividing it on its turn into four perfectly square sections, each one containing a square courtyard. And they are all still preserved. Obviously, each one of the four dividing arms must have been intended to host a specific category of illnesses, just like it would become later the case in the Milanese example of Ca' Granda, shortly after, as the Milanese documents assure us. Since 1932, refunctioning the entire building at Pavia for the purposes of academic teaching and – alternatively – for the

university libraries has made lose track of the specific functions of the original single parts of San Matteo. The building has accordingly definitively lost its use as hospital. The large dome at the crossing dates from the 18th century and is possibly related to renovation works performed by Giuseppe Piermarini in the entire university campus. In 1825 the hospital had been amplified by adding a further large new wing on its eastern side, which necessarily makes a perception of the original form of the Quattrocento building impossible.

The geometries of the examples from Pavia, of the Milanese one and of the Florentine one are extremely similar in the scheme of their ground plan, though the latter, from Florence, is in form of a T plan, not of a cross; the Milan and the Pavia hospitals also share similar proportions with each other, only the first is double sized, the second is a simple square. In ge-

neral, the reasons for the foundation of such great assistential structures in an early modern state which had a good financial network, but not the political relevance of a Kingdom such as Castile or France should be questioned.

Assistential architecture in the 15th century, in fact, was apparently becoming one of the essential issues and tools of domestic policy and of political representation. Duke Francesco Sforza's influential cultural attaché, the architect Antonio Filarete, from Florence, indeed conceived his perhaps most representative work in life by shaping the Ospedale Maggiore in the Lombard capital in 1456, just eight years after the foundation of the meritable contribution of San Matteo in the university city. In Milan there was in fact no university, because the Duchy's only university was Pavia.

RELEVANCE OF THE BUILDING

The specific cultural climate that was established in Pavia confirms with high precision the hypothesis or even the evidence of the definitive transformation of the hospitals in the Italian Quattrocento toward their laicization or secularization, characteristic for the pivotal moment of their upswing in the Italian context at the threshold to the modern era. There seems to have been an explicit will of increasingly "medicalizing" their function, instead of keeping them just hosting or caring of the poor as this had been the main task in earlier times. The second historical turn consists of the slow acceptance, and final imposition, of a structural innovation, the cross construction, on suggestion maybe of the Florentine, and-or at the same time of eastern Mediterranean examples, a form which was going to enjoy a wide success among Lombard hospitals later, as Peroni already demonstrated long ago¹.

Furthermore, a later *Letter* from the Sforza Duke to the administrators in Pavia in 1455 reminded them that: "ella [the deputies of Pavia, therefore *ella* – the city] mandò ad Firenze alcuni per vedere como era facto et fabricato lo hospitale ch'è in quella città, haveremo

caro et così volimo perché nui abbiamo deliberato de farne fabricare" (Maiocchi, 1937: 80 and nr. 372; Spencer, 1971: 114-116) in Milan, i.e.: the Sforza Duke's interest in the Florentine examples (in the context of his own projects) is witnessed as well.

After the crucial decision made in Milan, maybe around 1456, maybe even earlier as we have seen, Gian Galeazzo Sforza would in fact later send both his advisors to Tuscany to examine there the local hospital architecture: Antonio Filarete and Giovanni del Borgo or *de Burgo* da Sant'Ambrogio (Quadflieg, 1981: 10). According to Lucio Franchini (Franchini, 1996: 93), meanwhile and since the very beginning of the plans another *de Burgo*, Antonio, was acting as the coordinator of the Pavia architectural enterprise, when in "1449 ... [he received an] anticipo delle spese *per ipsum* [an above mentioned Bartolino de Giorgi] *et Magistrum Antonio de Burgo ingenierium cum uno famulo qui iverunt Florentiam et Brissiam pro forma accipienda novi magni hospitalis construendi in civitate Papiæ*". The entire travel lasted twenty-three days. As Albertini Ottolenghi was first able to inform²,

1 There is wide literature on the history of Lombard hospitals. I especially refer to this scholar's works: Peroni, 1978: 9-103, 92; 95-101 and 1989: 53-65, 54; Antonio Varasi da Borgo in the Hospital workshop "dirigerà il cantiere sino... 1476", the travel expenses were paid in 1455 to this *ingenierius*, "qui iverunt [with a servant] Florentiam et Brissiam". Other scholars have later provided relevant integrations to his work, Franchini and Albin: Franchini, 1995: 11-72 and 1995: 73-92; Albin, 1993: 114-118. In general, by the same author: Albin, 1991: 269-323. On Mantua in general and on the Ospedale (of San Leonardo or Grande), see also Carpeggiani, 1973: 53-69. About the possible attribution of the Hospital in Mantua to Antonio Manetti, see Carpeggiani, 1980: 817-837, especially 821 ("Antonio Manetti, *architetto*").

2 Albertini Ottolenghi, Maria Grazia – "Pavia alla metà del Quattrocento: nuovi documenti sull'architettura e sulla pittura". *Studi di storia delle arti*, 4.1981/1982 (1982), 25-38, 26.

the same counselor would later be sent from Pavia to Milan by Francesco Sforza in 1455 for advising his plans of the Ca' Granda Hospital³.

Nevertheless it seems that Pavia has influenced Florence and not the other way around: according to reliable documents collected by John Henderson (Henderson, 2006: 153), the cruciform plans of Lombardy have proved more influential for the development of S. Maria Nova hospital in Florence, which partly for financial reasons has not been realised for another hundred years after the Pavia example (i. e. in the late sixteenth century). In this way, it seems even necessary to define Pavia as the prototype of all Italian Renaissance hospitals, on the ground of its early conception. A whole bunch of them, primarily Mantua, but also Cremona, Brescia and Bergamo followed shortly afterwards; and only Mantua, independent capital of another duchy, had a cruciform plan. And when planning an ideal hospital for an ideal city one century later, Giorgio Vasari the Younger in his *Città ideale* manuscript (1598, f. 16r) offered again the cruciform ground plan (fig. 06).

Every single corridor of the Milanese hospital disposed of running water and of two chimneys and this was a very high comfort standard, which is not known in Europe by this time so far (Quadflieg, 1981: 24). We don't know anything precisely about the interior design and furniture of the building in Pavia and it has been largely refurbished in the 18th century anyway, but it might have been planned on the base of similar principles, as there are many other similarities between Milan and Pavia as well – in the geometric composition of the site plan of both.

How decisive was therefore in Pavia the contribution of medical scholarship, maybe even of the academic staff, for the new concept? Apparently, this example was strongly determined by the presence of a strong local citizenship and by a mighty community of scholars, deeply involved in the birth of a virtuous assistential institution in their city (for this aspect, see Crotti 2001). On the contrary, the Ducal power could be only smoothly perceived in Pavia and cannot be considered very much involved with the San Matteo project. As Crotti was able to demonstrate, a dominant part is played by the local powers and maybe even single learned and humanitarian citizens. Significantly, the historian of economy Renata Crotti (who

never addresses art historical issues though) never connects the San Matteo hospital with Filarete in her investigations about Pavia and its complex political context. Peroni could even point out to an identical width of 16 *braccia* in both the Pavia and the Milan hospitals (Peroni, 1989: fig. 07).

It is therefore inevitable considering the addressed topics from an interdisciplinary and global perspective. How was, for example, (A) the entire assistential system of the Visconti, later Sforza Lombard state structured? Which were (B) its relationship and links to the Islamic and farther Eastern tradition. (C) Which buildings from that tradition could be chosen as references? (D) Which was the role played by Filarete in this context, as his interest in the cultures of the Orient was very high anyway? Some questions in this field still wait for clarification from an art-historical, an artistic, an architectural and a cultural historical point of view.

It seems evident that the Sforza dukes, who had then just come to power, but not without some major political troubles and fights, in 1449-50, used the assistential system as a pivot on which they founded their future acceptance among the citizenship in the entire duchy, not only in Milan. There are so many hospitals which were built in Lombardy in the following years immediately after their takeover, that we cannot count them as a casual phenomenon. On the other hand, the foundation of an exemplary hospital shortly before, the Mantuan one, lets us suspect the Sforza began emulating their ambitious neighbours Marquis, the Gonzaga: according to Carpeggiani in this city a humanistic determination of Duke Ludovico, with a coordination of several modernising interventions or reforms at different levels, must be taken for granted; Antonio di Tuccio Manetti, strongly related to the great Florentine theoretician Alberti, seems to have been involved in the Mantuan project. Shortly later, the Milanese Duchy obtained the building authorization by Pope Nicolò V on March 8th 1449 and therefore it would "surely" derive from San Matteo – according to Carpeggiani's acceptance of Saletti's assessment. The Duke was at this time not even in power, rather he was about to victoriously enter Milan – in 1450. He cooperated with the *Confraternitas* of the hospital, which had been founded by the Dominican monk Domenico with a support of twelve member citizens of the city, the year before, on December the 29th. The Pope had among others to allow the transfer

3 Related sources published by Maiocchi 1937: 80.

of the former Benedictine convent of San Matteo into the hands of the Hospital brotherhood.

The impressive number of privileges which the Duke Francesco conceded or fairly donated to the hospital is documented in local sources such as the *Liber Niger*, contained in the documents of the so called *Archivio [dell'] Ospedale San Matteo*, whereas also Pope Nicolò V exempted from "obligationum iniunctarum cum reductionibus commutationibus ac absolutionibus pontificia auctoritate". Very little information, on the contrary, is available with regard to the founder friar Domenico of Catalunya, for example in the years before arrival to Italy. He had already been a *lector theologiae* in 1431 and 1432 at San Domenico in Bologna, at the most important Dominican foundation, whose Prior he would become in 1473. The *Statuta* of the hospital have been redacted by him before 1451 and were approved by the confraternity on Nov. 1st of that same year: the *Statuta Hospitalis Sancti Mathei Papiensis*, from which I take my image fig. 02, with a portrait of Domenico of Catalunya⁴. Besides, he is portrayed by Vincenzo Foppa in the famous Pala Bottigella altar, today preserved in the Pinacoteca Malaspina (Pavia), and Foppa was the most successful Milanese painter of this generation, demonstrating that Domenico was a renowned personality.

Meanwhile Filarete, who should be invited to the Lombard state and more precisely to the Milanese court only in 1451, in his writings (*Trattato* manuscript) demonstrates that from his point of view there has been a personal interest in the Ducal family in the issue of building assistential institutions by mentioning the Duke several times in this respect. Moreover, there must have existed an ambition of donating to the State not just some structures, but the most experimental and updated assistential structures of the then known world. The enormous canalization system in the Milan hospital for example is very innovative: it crosses from the major waterway of Navigli through the cellars of the hospital to the neighbouring Laghetto, meaning "little lake", which was the river harbor of Milan. There were therefore hardly hospital examples in Europe comparable to the ones in Pavia or in Milan. Inspiration for the construction of a completely unheard-of assistential and medical complex had to be taken from all possible and available sources, and especially from the neighboring Mediterranean government powers.



Fig. 02. *Statuta Hospitalis Sancti Mathei Papiensis*, Archivio Storico di Pavia, Archivio Ospedale San Matteo, *Statuto/D*, c. 10r, XV sec.



Fig. 03. Rhodes, New Knights Hospital, today Archaeological Museum. Great Hall. Built 1440-1489.

As far as the possible genealogy of Islamic or Eastern Mediterranean influences is concerned, it is fairly explained the strong relationship of the Italian lands and rulers to the Johannite knights, for example in Rhodes (fig. 03), where the order's hospital had been erected in these same years, from 1440 on (Quadflieg, 1981: 60); though there must have been a major reconstruction in 1480, after a catastrophic earthquake. However in Rhodes the corridor hall is comparable to the main Lombard ones, but Rhodes disposes of only one of them, for the entire building.

⁴ Archivio Storico di Pavia, *Archivio Ospedale San Matteo, Statuto/D*, c. 10r, "XV sec."

Secondly, in Italy knowledge must be assumed of the earlier and more famous Johannite Hospital in Jerusalem, which had been “reacquired” by the sultan Salâh-ad Dîn since 1187 and was thereafter under Islamic dominion, but which must have been familiar to the numerous pilgrims and merchants going back and forth from the Holy Land and Egypt. Unfortunately this is all known only from (at least) partial excavations, because the original building has been destroyed.

The quadruplicity of the surface available for the bed spaces, or more specifically the stations of the ill in the Milanese hospital, but presumably also in the original plan in Pavia, had relevant medical justifications: according to the typology of illness, they could be separated in four different areas, though we cannot tell anymore which sorts of illness was concentrated where. However this just corresponds to a rather traditional logical mindset: the availability of separated spaces was obviously a hygienic improvement, in the Islamic exactly like in the Christian tradition.

Otherwise, one of the most famous hospitals known in Western Europe was in Cairo’s old town, the *Maristan Qalawun*, built in 1284-1285 (fig. 04): its ground plan from the Londoner V&A Museum (Nr. SD.272:5), is a watercolor dated 1818-1822, by Pascal-Xavier Coste, showing that and the hospital also includes a school (*Madrasah*), the *Bimaristan* (i.e. hospital section) and a mausoleum. A comparison of such Maristans has often been made, and still awaits confirmation, with the tradition of the pilgrims’ hospital in the Byzantine world. In *Kalat Siman* in Syria, the Church of Saint Simeon Stylites thirty Km north of Aleppo, from the 5th century, containing a martyrion and hostels for the pilgrims as one recognises in the general plan, the site shows a hospital-like disposition, aiming at hosting the large numbers of travelers or visitors most of whom needed recovery. *Kalat Siman* was not a hospital, but it prefigured for its receptivity the later hospital sites from the 13th century onwards (Krautheimer, 1965).



Fig. 04. Cairo, *Maristan Qalawun*, built in 1284-1285.

In Antioch, the St Babilas martyrion (fig. 05), also from the end of the 4th cent. (381 a. D. according to Cyril Mango) (Mango, 1986: 50; Schäfer, 1978: 16), has been built in a similar way, with the imperial contribution of wealthy donations and with the purpose of the accomodation of larger numbers of pilgrims, assimilating its function to the one of an early hospital. One of the greatest Milanese bishops, Marolus, came himself to Italy from Syria where he was living around 380 b.C. and brought from Antioch the relics of Saint Babilas to Milan, in order to honour his compatriot with a church in the Lombard city (Fiorio, 1985: catalogue entry 182-184).



Fig. 05. Antioch, St Babilas martyrion, end of the 4th cent. (381 a.D.)

According to Quadflieg, as well Filarete's as other Lombard assistential concepts must have been influenced by knowledge of the *Qalawun* disposition (Quadflieg, 1981: passim), especially because of Filarete's use of water bassins in his project, though there is absolutely no compelling evidence of such a derivation. Besides, central water basins were known in the Arab world also elsewhere, in another important capital, in Damascus in the Bimaristan Nur al-Din (refurbished in 1242, still extant). And the Florentine architect never mentions Cairo, indeed; of course he was never there. Furthermore, all these examples have central plans, but not Greek cross plans, like the Lombard hospitals and the Byzantine martyria belonging to the same tradition.

We do not know the ways through which and how much knowledge of the Islamic hospitals might have reached Milan, its court and its architects. During Filarete's stay there, the architect wrote about a planned visit to Constantinople. The similarity of forms between Lombardy and the Orient is impressive, but there is no final evidence that he made the travel to the Orient, and indeed no investigation has ever solved this problem: in a letter by his acquaintance in Milan, the humanist Francesco Filelfo, to the physician Georgios Amirutses (ca. 1400-75) in Istanbul, they discuss about a planned visit by Filarete (Quadflieg, 1981: 200; Marconi, 1972: 49-88, 66). Filelfo had spent no less than three years in Constantinople before, until 1423, and had been nominated "segretario e consigliere" by the emperor John VIII Paleologus (Viti, 1997). On the other hand, we may not need a real travel or such a strong connection to explain Filarete's interest in the Oriental building systems for public, governmental, administrative or hygienic architecture: there might have been a circulation of the *Vastu Shastra* texts, for example in a familiar city where he even worked such as Venice (at least in 1458): these were the ancient Sanskrit treatises on architecture. Without having been possessed by Filarete personally, even if they only temporarily landed into his hands, the conjecture of some inspiration deriving, for example, from mandala urban structures used in India or Persia would be, I believe, not phantasy at all⁵.

Furthermore, his treatise on the ideal city Sforzinda describes a city located on the shores of a river called *Indo* (which was in India, not in Lombardy, and in fact was known to cartographers from Moghul India, nowadays Pakistan) and at the bottom of a Mount *Indo* as well: here the references are clear. According to sources from 15th century Milan, Venice and, further West, more particularly Pavia had to be considered as the westernmost endpoint of the silk road; and in fact a major silk production took off in Lombardy in this period, not earlier.

The Pavia example is precious from a purely art historical point of view as well: here I point out to the ceilings on the main floor, now the library of the Istituto di Storia dell'arte, with their beautiful square painted panels, representing all kinds of angels (figs. 06, 07, 08, 09, 10). They can be dated, because of data related to most of the involved local artists, to

⁵ According to Marconi (1972: 66), with regard to Istanbul, "Milano si collocava sulla via delle spezie e della seta che collegava almeno dai tempi dell'Islam estremo Oriente ed Occidente via Costantinopoli e Venezia, l'idea di un passaggio" of such Oriental texts should be, therefore, assumed.



Figs. 06, 07, 08, 09 and 10. Anonymous painter, Fresco on wood. Angels. Pavia, former San Matteo Hospital, main floor, now library of the Istituto di Storia dell'arte.



the years around 1460. I am not going to deal with the immense, lavish decorative features of San Matteo. There is architectural sculpture everywhere in the building, mostly Gothic. In fact, the middle of the century coincides, in Lombardy, with the turn from Late Gothic toward classicizing forms of Tuscan origin. The structure of the hospital is classicizing, reminding of Florentine models: a hypothesis which however in my opinion can only be vaguely proposed, as it turns out that Florence accomplished its Santa Maria Nova hospital way *later* than Pavia (fig. 11 shows Santa Maria Nova's final features, as it actually looked like after completion). Extended construction works were in any case going on around 1460 and Filarete, himself a Florentine, was established as major architect of the Milanese State. There is no chance, beside the rather seldom mentioned name of a mason, maybe stonemason like Antonio Varasi, of identifying the planner with an architect active in Pavia, someone who might have been responsible for the local project and further expansion (the church of San Matteo and its conversion into a differently functional building) of the monument. And indeed, it does not matter whether we have a signed project, and a reliable, unchallengeable attribution, or not.

Some decades later, in a region under strong Lombard influence, in Toledo the Hospital de Santa Cruz, would be founded by Pedro González de Mendoza, bishop since 1482, and will be completed ante 1495 on the score of Italian examples.

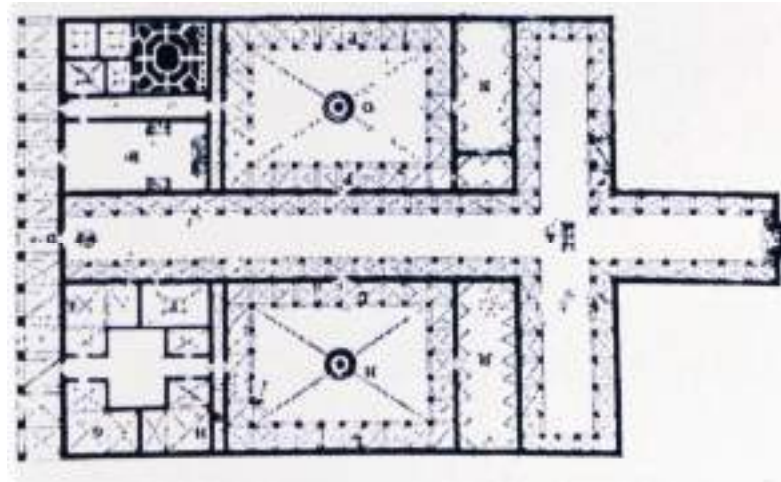


Fig. 11. Giorgio Vasari the Younger, *Città ideale*, manuscript written 1598, f. 16r, ideal hospital (of Florence).

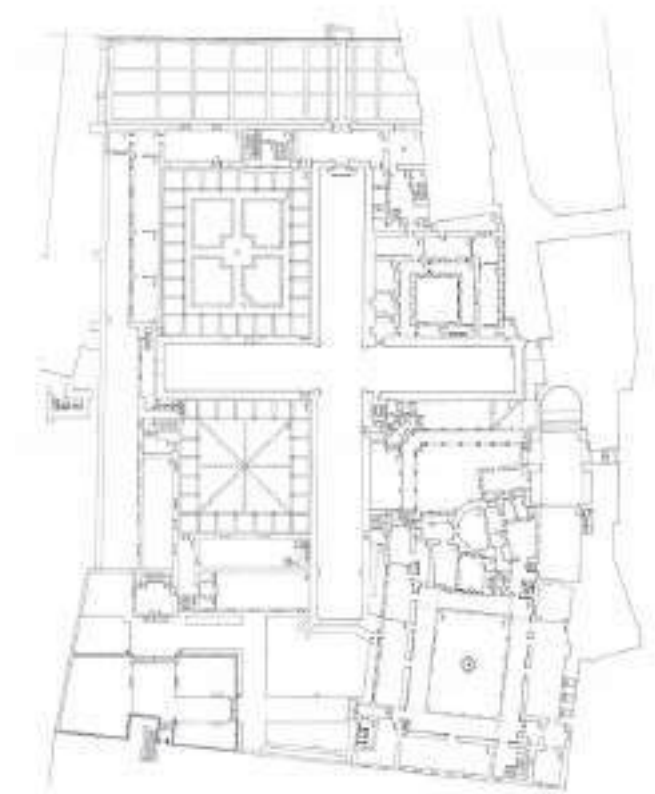


Fig. 12. Toledo, Hospital de Santa Cruz, modern ground plan.

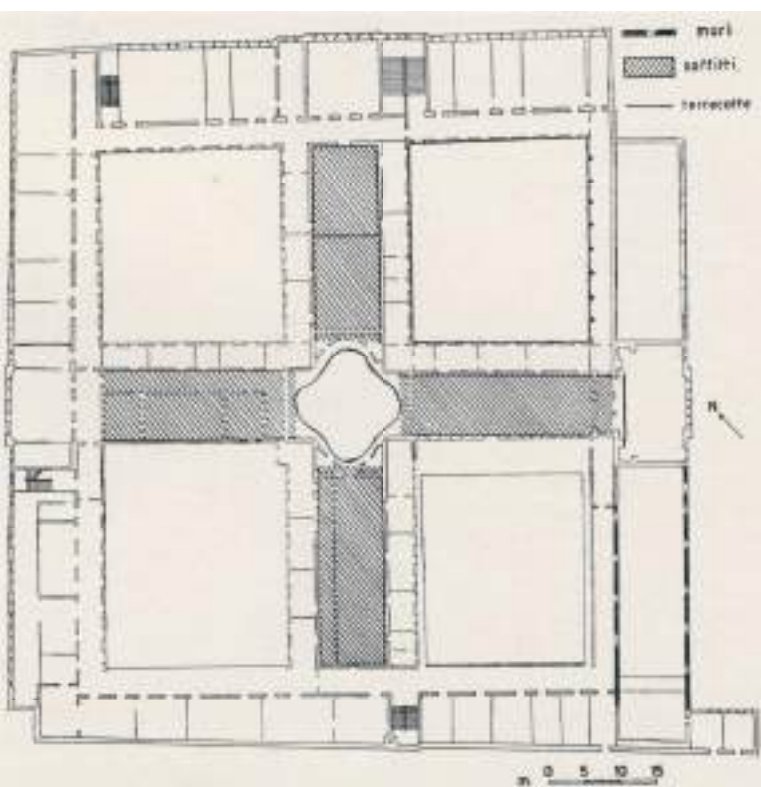


Fig. 13. Pavia. Hospital of San Matteo, ground plan, the black "muri" are still original from the early building.

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to thank Dr. Chiara Parrini (Milan) for sending me some beautiful images of the hospital.

MANUSCRIPTS

Archivio Storico di Pavia, Archivio Ospedale San Matteo, Statuto/D, c. 10r, "XV sec."

REFERENCES

- ALBINI, Giuliana – "Sugli ospedali in area padana nel '400: la riforma". *Città e ospedali nella lombardia medievale*, Bologna: CLUEB, 1993, pp. 114-118.
- ALBINI, Giuliana – "Fondazioni di ospedali in area padana (secoli XI - XIII)". *La conversione alla povertà nell'Italia dei secoli XII - XIV*, Spoleto: Fondazione CISAM, 1991, 269-323.
- ALBERTINI Ottolenghi, Maria Grazia – "Pavia alla metà del Quattrocento: nuovi documenti sull'architettura e sulla pittura". *Studi di storia delle arti*, 4.1981/1982 (1982), 25-38.
- CARPEGGIANI, Paolo – "Congruenze e parallelismi nell'architettura lombarda della seconda metà del '400: il Filarete e Luca Fancelli". *Arte Lombarda*, Vol. 18, No. 38/39, IL FILARETE (1973), 53-69
- CARPEGGIANI, Paolo – "La fortuna di un mito, artisti e modelli fiorentini nell'architettura mantovana dell'Umanesimo". *Filippo Brunelleschi*, 2, Firenze 1980, pp. 817-837.
- CROTTI, Renata – *Il sistema caritativo-assistenziale nella Lombardia medievale: il caso pavese*, Pavia: Cardano, 2002.
- FIORIO, M. Teresa (ed.) – *Le chiese di Milano*, Milano: Electa, 1985, catalogue entry 182-184.
- FRANCHINI, Lucio – Introduzione, in *Ospedali lombardi del Quattrocento: fondazione, trasformazioni, restauri*, ed. by Franchini, Lucio, Della Torre, Stefano, Como, 1995, 11-72.
- FRANCHINI, Lucio – "L' Ospedale Grande della Pietà di Pavia sotto il titolo di San Matteo".
- Ospedali lombardi del Quattrocento*. Ospedali lombardi del Quattrocento: fondazione, trasformazioni, restauri, ed. by Franchini, Lucio, Della Torre, Stefano, Como, 1995, 93-118.
- FRANCHINI, Lucio – "L' Ospedale Grande di San Leonardo in Mantova sotto il titolo di Santa Maria della Coroneta". Ospedali lombardi del Quattrocento: fondazione, trasformazioni, restauri, ed. by Franchini, Lucio, Della Torre, Stefano, Como, 1995, 73-92.
- HENDERSON, John – *The Renaissance Hospital: Healing the Body and Healing the Soul*, New Haven, CT, Yale University Press, 2006.
- KRAUTHEIMER, Richard – *Early Christian and Byzantine architecture*, Harmondsworth: Penguin, 1965.
- MAIOCCHI, Rodolfo – *Codice diplomatico artistico di Pavia dall'anno 1330 all'anno 1550*, Pavia, 1937.
- MANGO, Cyril – *Byzantinische Architektur*, Stuttgart, Belser, 1986.
- MARCONI, Paolo – "Il problema della forma della città nei Teorici di Architettura del Rinascimento". *Palladio*, N.S. 22. (1972), 49-88.
- MULAS, Pier Luigi – "Statuta Hospitalis Sancti Mathei Papiensis". *Almum Studium Papiense*. *Storia dell'Università di Pavia* 1 (2012), 741-742.
- PERONI, Adriano – "Residenze signorili e costruzioni pubbliche". *Pavia. Architetture dell'età sforzesca*, Torino: San Paolo, 1978.
- PERONI, Adriano – "Il modello dell'ospedale cruciforme: il problema del rapporto tra l'ospedale di S. Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi". *Florence and Milan*, 2, Florence: La Nuova Italia Editrice 1989, 53-65.
- QUADFLIEG, Ralph – *Filaretos Ospedale Maggiore in Mailand: zur Rezeption islamischen Hospitalwesens in der italienischen Frührenaissance*, Köln: Vertrieb, 1981.
- SCHÄFER, Hartmut – *Byzantinische Architektur*, München, Heyne 1978.
- SPENCER, John R. – "Two new documents on the Ospedale Maggiore, Milan and on Filarete". *Arte lombarda*, 16. (1971), 114-116, 114.
- WAGENAAR, Cor (ed.) – *The Architecture of Hospitals*, Rotterdam: NAI Uitgevers, 2006.

ESCRITURAS MONUMENTALES Y ARQUITECTURAS HOSPITALARIAS EN LA PENÍNSULA IBÉRICA (SIGLOS XV-XVI)

MONUMENTAL WRITINGS AND HOSPITAL ARCHITECTURES IN THE IBERIAN PENINSULA (15th-16th CENTURIES)*

Raúl Villagrasa-Elías

Instituto de Historia (IH-CCHS); Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

raul.villagrasa@cchs.csic.es – ORCID | 0000-0002-9564-9392

RESUMEN

Este artículo analiza la evolución y relación de diferentes elementos comunicativos en fachadas hospitalarias de la península ibérica durante los siglos XV y XVI. La iconografía estuvo presente para la identificación de estas instituciones dentro del entramado urbano, mientras que la heráldica se utilizó como una extensión representativa de los patrocinadores. A ello se añadió la utilización de escrituras monumentales con grafías góticas y humanísticas y funciones identificativas y conmemorativas. Este proceso de integración y diálogo de la escritura junto a la heráldica y la iconografía derivó en la incorporación de emblemas por parte de los hospitales, un símbolo propio que aglutinó múltiples significados.

PALABRAS CLAVE

Hospitales | Renacimiento | España | Inscripciones | Cultura escrita

ABSTRACT

This article analyzes the evolution and relationship of different communicative elements in hospital facades of the Iberian Peninsula during the fifteenth and sixteenth centuries. Iconography was present for the identification of these institutions within the urban framework, while heraldry was used as a representative extension of the sponsors. To this was added the use of monumental writings which employed gothic and humanistic letters as well as identifying and commemorative functions. This process of integration and dialogue of writing together with heraldry and iconography resulted in the incorporation of emblems by hospitals, a symbol that brought together multiple meanings.

KEYWORDS

Hospitals | Renaissance | Spain | Inscriptions | Written Culture

* Este artículo forma parte del proyecto de investigación *Scripta manent II. Conservar para dominar: el archivo nobiliario de los Velasco* (HAR2016-77423-R) del programa estatal de I+D+i, Convocatoria Orientada a los Retos de la Sociedad, del actual Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España, con plataforma digital en www.scriptament.info. Se beneficia también de un contrato predoctoral de Formación de Personal Investigador (FPI) (BES-2017-081778) del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Gobierno de España. Agradezco a Cristina Jular Pérez-Alfaro, Concepción Villanueva Morte y Antonio Ledesma por su atenta lectura y aportaciones.

La mayor ciudad d'España [y el más caro lugar del mundo]
Lisboa y más populosa.

La mejor plaza la mayor de Valladolid y el Ruxio de Lisboa
y la de Medina del Campo y la del Duque de Vergança
Villaviciossa [y la de antepalacio de Lisboa de la casa real].

La mejor calle el coso de Çaragoça y el carrer ample de
Varzelona y la rruanova de Lisboa y la corredera de Valladolid.

El más hermoso fuerte y de más admirable y hermosa fá-
brica el de junto a palacio en Lisboa.

El mayor hospital la Misericordia de Lisboa.

El más hermoso fuerte el de Lisboa.

El más ameno sitio de templo el monesterio de Velen enter-
ramiento de los Reyes de Portugal.

(*Miscelánea*, Luis Zapata¹)

INTRODUCCIÓN

A modo de guía de viajes para caballeros Luis Zapata repasaba lo que a su parecer fueron auténticos símbolos urbanísticos de la península ibérica en la segunda mitad del siglo XVI: ciudades, plazas, calles, palacios, fuertes, monasterios y hospitales; elementos de múltiples ciudades como Valladolid, Zaragoza, Barcelona y, en este caso, la omnipresente capital portuguesa, Lisboa². En su descripción mencionó el hospital de la Misericordia de Lisboa, es decir, el *hospital Real de Todos os Santos*, fundado en 1492 durante el reinado de Juan II (1455-1495) y situado bajo la administración de la *Irmandade da Misericórdia* a partir de 1564. Dicho pasaje no hace más que reflejar la principal característica de la arquitectura hospitalaria de los siglos XV y XVI en el contexto europeo: su monumentalización y, por tanto, su aumento de protagonismo urbanístico.

Resulta complicado encontrar edificios hospitalarios en pie anteriores a 1400 en los reinos hispánicos, fundamentalmente en ambientes urbanos³. La reforma de la caridad, con los hospitales como buques insignia, y la búsqueda de una racionalización administrativa,

acompañada de un aparato documental implícito, se reflejó en el plano constructivo a través de la monumentalización arquitectónica hospitalaria (erección, renovación, engrandecimiento y especialización interna), sea en las ciudades más populosas como en villas de menor tamaño, sea usando diferentes tipologías o estilos arquitectónicos. Viajeros extranjeros que atravesaron los reinos peninsulares incorporaron en sus cuadernos descripciones de este tipo de edificios conscientes de la función social e importancia arquitectónica hospitalaria.

Jeronimo Münzer destacaba en 1495 “el sólido y magno edificio, de planta cuadrada” que había en Guadalupe⁴. Henry Cock, en sus múltiples viajes por España en las últimas décadas del siglo XVI, superó a Münzer en detalles y alabanzas. Sobre el hospital general de Zaragoza destacó el cuidado de todo tipo de enfermos y pobres del Reino, con especial atención de “los mentecautos”, contándose “entre los mejores hospitales de toda España”. En Barcelona recaló la importancia del hospital general, “el más rico de todos”, “muy grande de edificios y con un lindo

1 Fragmento de la *Miscelánea* de Luis Zapata (1526-1595) (Biblioteca Nacional de España, Ms. 2790, f. 49v. y ss.) extraído de Fernando Bouza (1998: 101-102).

2 El contexto es, tal como explica Bouza en la referencia anteriormente citada, la situación de Lisboa dependiente de los Austrias sin la capitalidad que le había caracterizado desde antaño.

3 Se conservan algunos restos, enteros o parciales, de los tempranos hospitales vinculados a ambientes monásticos, fundamentalmente en la zona pirenaica, como son el hospital de Roncesvalles en Navarra y el de Santa Cristina de Somport en Aragón, entre otros.

4 Jerónimo Münzer, *Viaje por España y Portugal en los años 1494 y 1495 (conclusión)*, versión del latín por Julio Puyol, edición digital a partir de *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 84 (1924), p. 197, disponible en Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes: <<http://www.cervantesvirtual.com/obra/jeronimo-munzer-viaje-por-espana-y-portugal-en-los-anos-1494-y-1495-conclusion/>> [consultado online: 07/08/2019].

templo"⁵. En su *Jornada de Tarazona* también dedicó numerosas líneas a estas instituciones: "es famoso el que se llama de Esgueva, fundado por la dicha condesa de Castilla, y el de la Resurreccion", declaró en Valladolid; de "lindo" calificó al de San Juan de Burgos y de "riquísimo" al de Pamplona⁶. En este sentido, la opinión de viajeros, de mayor o menor renombre, ayudó a la dispersión de los diferentes modelos hospitalarios (Henderson, 1997: 15-19;

Piccinni, 2016: 18-26) y reflejó, tal como he dicho, la monumentalidad adquirida por los hospitales.

Me sirvo de esta reflexión inicial para acercarme al verdadero asunto que me ha traído aquí, que no es otro que el análisis de escrituras de aparato en fachadas de hospitales hispánicos en los siglos XV y XVI, así como la relación que éstas tuvieron con otro tipo de imágenes.

UNA PERSPECTIVA PETRUCIANA

En 1986 Armando Petrucci publicaba *La scrittura. Ideologia e rappresentazione* con el objetivo de analizar las tipologías gráficas de la escritura de aparato y el uso ideológico, estético y político en la historia de Italia. Prácticamente una década después, en 1995, salía a la luz *Le scritture ultime*, su historia de las desigualdades sociales a través de las escrituras y políticas de la muerte. Si Petrucci valoraba la escritura, en este caso expuesta y funeraria, como símbolo de las desigualdades sociales, el hospital puede ser entendido de esta manera en sentido doble: como puertas de la muerte en la economía de la salvación y como espacios de multi-escritura. Puertas de la muerte, no por su alto nivel de mortalidad y escaso desarrollo tecnológico o higiénico, como afirmaba la literatura científica de los siglos XVIII y XIX (Lindemann, 2001: 132-135), sino como billete en el tránsito entre la vida y la muerte⁷. Por tanto, la escritura monumental ha de ser analizada dentro del discurso comunicativo y memorístico del propio hospital, pero también en conjunto con otras esferas de lo escrito⁸. Por ejemplo, no todas las escrituras expuestas fueron escrituras monumentales y no todas ellas usaron la misma grafía o soportes, pese a su contemporaneidad.

Tomando como conjunto heurístico diversas fachadas de hospitales de la península ibérica expondré el uso de escrituras de aparato con formas gráficas entre

lo gótico y lo humanista. La escritura monumental, diseñada para recordar y cristalizar un hecho solemne, fue utilizada en combinación con otro tipo de sistemas comunicativos y propagandísticos, formando parte del trío escritura-iconografía-heráldica. Esta perspectiva de interpretación pone el acento en la generalización del fenómeno y su evolución a través de unas coordenadas históricas amplias. En contraposición, no profundiza en otras escrituras monumentales de su entorno inmediato, lo que permitiría apreciar programas gráficos de un personaje, institución, linaje, señorío o ciudad. Y de la misma manera, otro tipo de discursos memorísticos y legitimadores de un individuo o grupo pueden quedar relegados al abordar una perspectiva comparada⁹.

No es mi objetivo en este momento valorar cuestiones propiamente relacionadas con la tipología arquitectónica de los hospitales hispánicos de los siglos XV y XVI. Remito al lector a las obras citadas al final de este ensayo. Sin embargo, hay un aspecto que me gustaría destacar, que es la coexistencia de diferentes estilos arquitectónicos y diseños hospitalarios (plantas basilicales, claustrales, cruciformes y hospital-panteón) (Díez & Checa, 1986) si consideramos el estudio de los nosocomios de forma amplia, más allá de las principales ciudades peninsulares. En otras palabras, el uso de trazas cruciformes a inicios del siglo XVI

5 Enrique Cock, *Relación del viaje hecho por Felipe II en 1585, a Zaragoza, Barcelona y Valencia*, Imprenta Estereotipia y Galv. de Aribau y C.º, Madrid, 1876, pp. 88 y 125. Disponible en Biblioteca Digital de Castilla y León [B.D.C.L.]: <<https://bibliotecadigital.jcyl.es/es/consulta/registro.cmd?id=12990>> [consultado online: 07/08/2019].

6 Enrique Cock, *Jornada de Tarazona hecha por Felipe II en 1592 pasando por Segovia, Valladolid, Palencia, Burgos, Logroño, Pamplona y Tudela*, Imprenta y Fundición de M. Tello, Madrid, 1879, pp. 24, 44 y 67, respectivamente. Disponible en B.D.C.L.: <<https://bibliotecadigital.jcyl.es/es/consulta/registro.cmd?id=11690>> [consultado online: 07/08/2019].

7 Además de un billete para el más allá también fueron un escaparate de prestigio para sus fundadores, quienes hicieron uso de cualquier elemento artístico-arquitectónico para su beneficio (Conejo, 2018).

8 Otras esferas de lo escrito: la conformación teórica hospitalaria (Marcé, 2018); el hospital sustentado en la práctica notarial (Marino, 2019); la relación hospital-alfabetización social (García Femenia, 2018); y el ejercicio de lectura devocional (Rice, en prensa). Agradezco a esta última autora que compartiera conmigo su investigación.

9 La genealogía representa otra ambición de perdurabilidad complementaria y paralela en el que determinados actos, lugares y personajes son seleccionados siguiendo un sistema codificado para componer un discurso propagandístico (Jular, 2014: 206-207).

en ciudades como Valencia, Lisboa, Santiago de Compostela, Toledo, Granada y Sevilla no supuso la eliminación de diseños palaciegos, como por ejemplo el aplicado en el hospital de Briviesca tras la fundación de Mencía de Velasco¹⁰. Todo ello sin olvidar que múltiples hospitales de la época fueron establecidos sobre estructuras domiciliarias previas¹¹. De la misma manera, el uso de un lenguaje arquitectónico renacen-

tista en el *Ospedale degli Innocenti* de Florencia por parte de Filippo Brunelleschi en la primera mitad del siglo XV se desarrolló de forma paralela al estilo gótico del hospital de la *Santa Creu* de Barcelona¹². Incluso a finales de la centuria y principios del siglo XVI, con las iniciativas de los Reyes Católicos, el modelo cruciforme y renacentista se aplicó en la península ibérica con formas góticas (Nieto, 1989: 24-28).

ESCRITURAS E IMÁGENES MONUMENTALES

En la introducción de *La scrittura. Ideologia e rappresentazione*, Armando Petrucci definía una serie de conceptos. Me gustaría destacar tres de ellos para este texto. *Escritura expuesta* es aquella concebida para espacios abiertos o cerrados que permite una lectura de grupo, de masas, a una distancia relativa y, por tanto, de suficiente tamaño para ser entendida. En íntima relación está la *escritura de aparato* o *monumental*, generalmente también de módulo grande y epigráfica, con particular carácter solemne, elegancia y artificiosidad. Para el desarrollo de ambas hemos de valorar el *dominio del espacio gráfico*, pues determina las superficies donde se inscriben o pintan los mensajes, así como las características formales. Todo ello tratando de reflexionar desde la *función social de la escritura* que propone el mismo autor (Petrucci, 1986: XX-XXI). En páginas siguientes utilizaré su concepto de *escritura de aparato* o *monumental*.

Para comprender el fenómeno podemos retrotraernos a la Italia de los siglos XI-XIII con la revolución urbanística y el redescubrimiento de la función civil y política del espacio urbano abierto. La extensión de la alfabetización de grupos dirigentes propició que representantes del Humanismo, con Petrarca a la cabeza, recuperaran el valor de la epigrafía clásica. Progresivamente, la redondez aplicada a la gótica epigráfica, minúscula y de origen librario, evolucionó hacia la geométrica capital humanística. Una consolidación que llegó en la segunda mitad del siglo XV y se extendió a lo largo del siglo XVI en la península ibérica, mientras se asentaban el Humanismo

y Roma como la gran capital del Renacimiento. En cierta medida, gracias a la acción de los pontífices pervivió la función monumental de la escritura como instrumento de transmisión de valores ideológicos (Petrucci, 1986: 3-36)¹³. Para el caso hispánico, los principales ejemplos que han jalonado la evolución de la escritura de aparato entre los siglos XV y XVI, con patrocinio monárquico, han sido: pese a no situarse en la península ibérica, el arco triunfal de *Castelnuovo* en Nápoles que conmemora la victoria de Alfonso V el Magnánimo (Ramírez-Sánchez, 2017: 87-94); los diferentes encargos de los Reyes Católicos en San Juan de los Reyes (Toledo), el Palacio de la Aljafería (Zaragoza), el Hospital de los Reyes (Santiago de Compostela) y la Capilla Real (Granada) (Castillo, 2009: 589); y las proyecciones de los Austrias, principalmente, los cenotafios de Carlos V y Felipe II en el monasterio de El Escorial (Ramírez-Sánchez, 2017: 95-111). Además de la promoción por parte de la monarquía, otro tipo de gobernantes hicieron uso de la escritura monumental con fines similares. Viene a colación el programa gráfico-expositivo que planificó el Cardenal Cisneros a inicios del Quinientos tanto en Alcalá de Henares como en Torrelaguna con motivo de la instalación de dos pósitos de cereal (Castillo, 2000: 151-168).

Para valorar el papel de la escritura monumental y su combinación con otros elementos comunicativos he seleccionado y comparado un conjunto de inscripciones y fachadas hospitalarias de diferentes regiones de la península ibérica (Cataluña, Valencia, Extremadura, Galicia, León y Castilla). Ejemplos urbanos y rurales que me han permitido, desde el punto de vista gráfico, apreciar

10 Plano de la fábrica del hospital de Nuestra Señora del Rosario de la villa de Briviesca en Archivo Histórico de la Nobleza, Frías, C. 373.

11 Lorenzo Suárez de Figueroa, conde de Feria, levantó en la segunda mitad del siglo XV el alcázar de Zafra y, al trasladar allí su domicilio, estableció el hospital de la Salutación en la antigua residencia señorial (Sánchez, 1987: 21). Igualmente, el hospital de Nuestra Señora de la Misericordia de Alcalá de Henares se fundó en 1483 sobre el palacio de Luis de Antezana e Isabel de Guzmán.

12 Para las construcciones góticas catalanas de finales de la Edad Media véase Conejo (2002). Una síntesis del mismo autor sobre aspectos constructivos a nivel europeo Conejo (2013).

13 Como fecha de referencia, en la década de 1460 Felice Feliciano terminó *Alphabetum Romanum* donde expuso los cimientos para la reproducción de las capitales epigráficas romanas.

la transición entre letras góticas y capitales humanísticas. Para orientar su análisis propongo la sucesión de una serie de ejes de observación, cuya evolución he establecido en función de la complejidad comunicativa, y

no tanto en un desarrollo cronológico: 1) la identificación de la iconografía; 2) la representación heráldica; 3) la conmemoración escrita (gótica y humanística); y 4) la cristalización del emblema.

LA IDENTIFICACIÓN DE LA ICONOGRAFÍA

Debido a la similitud entre la arquitectura doméstica y la hospitalaria este último tipo de edificios debían contar, lógicamente, con algún elemento identificativo. Su condición de albergue de viandantes, pobres y enfermos, en la mayor de las ocasiones foráneos, requería que su localización fuera certera. La técnica y las figuras empleadas pudieron ser múltiples: pintura, muchas veces alumbradas y protegida por tejadillos, y piedra tallada, representando cruces o imágenes alusivas a la advocación del centro. En este caso, los elementos eran predominantemente religiosos. En la pequeña localidad extremeña de Puebla del Prior, los visitantes de la Orden de Santiago expusieron en 1549 la necesidad de establecer algún tipo de distintivo: “el dicho ospital es una casa que no está diferenciada de sus vecinas y no tiene ynsinua alguna

por donde parezca ser ospital, mandósele al dicho mayordomo que si en los dineros del dicho alcance oviere aparejo se haga un colgadizo e portal y debaxo del se pinte la ymagen de señor Santiago de san Marcos”. Décadas antes, en 1515, y en el mismo tipo de documento se aludía a la pintura como forma de identificación del hospital de Nuestra Señora de la Guía en Fuentes de León. Los visitantes encargaron al mayordomo que “faga pintar la ymajen de la Quinta Angustia de Nuestra Señora que está a la puerta del ospital”. La función pictórica y escultórica en ocasiones quedaba suplida por la exposición de placas de cerámica en la fachada, como en el caso de Jerez de los Caballeros (Rodríguez Mateos, 2003: 73-74, 267 y 300).

LA REPRESENTACIÓN HERÁLDICA

Además de la reproducción de elementos religiosos relacionados con la actividad asistencial, podemos considerar la heráldica como el segundo nivel representativo; una herramienta útil en la comunicación con el resto de la sociedad. Monarquía, nobleza, jerarquía eclesiástica y autoridades municipales sabían de la eficacia de la utilización de las armas como representación del poder personal y familiar¹⁴.

A modo de ejemplo, se han conservado, ya no sólo los escudos petrificados en fachadas y puertas del hospital de Santa María de Plasencia, sino el proceso judicial acaecido a partir de 1570 con motivo de ciertas reformas con su correspondiente plasmación heráldica. El hospital fue fundado por Nuño Pérez de Monroy en su testamento de 1326, aunque la polémica sobrevino siglos después. A principios del Quinientos, el obispo de Plasencia, Gutierre Álvarez de Toledo, ordenó la fábrica de la capilla del hospital. Posteriormente, en la década de 1560, el nuevo pre-

lado, Pedro Ponce de León, encargó la construcción de una nueva enfermería. Esta última sala se erigió en el zaguán, por lo que la puerta de entrada del hospital debió ser modificada. Sobre la nueva entrada se colocaron una imagen de la Virgen, situando a la derecha el escudo del fundador, Nuño Pérez de Monroy, y a la izquierda el del mitrado Ponce de León. Tales acciones derivaron en un pleito interpuesto contra el obispo por parte del corregidor Zárate. En la portada debían exhibirse únicamente las armas del fundador. Se interrogaron a varios testigos sobre la construcción y ubicación de otros escudos, cuyas preguntas dejan entrever la importancia de este tipo de imágenes expuestas, la necesidad de los patrocinadores de reflejar su esfuerzo (en estos casos económico) y la cantidad de representaciones: en la portada, otras ventanas de la fachada, el zaguán, la clave de bóveda, etcétera¹⁵.

Ahora bien, para apreciar este tipo de representaciones propagandísticas y conmemorativas no hace

¹⁴ La representatividad del poder también era conocida por los protagonistas de las revueltas antiseñoriales que no dudaban en destruir blasones expuestos. El caso del conde de Belchite: Navarro, 2006, 130-131.

¹⁵ Una de las preguntas durante los interrogatorios era “Si saben que en dicha portada, y en medio de ella, se puso una imagen de Nuestra Señora, y a la mano derecha de esta imagen el escudo de armas del fundador del Hospital, y a la izquierda el escudo del señor Obispo, estando encima de todo esto una cruz de piedra grande que antes había estado en la puerta vieja” (Rodríguez Mateos, 2003: 342-345).

falta esperar al siglo XVI. El uso de escudos por parte de particulares, reyes, nobles y clases acomodadas se extendió a nivel europeo a lo largo de los siglos XII y XIII (Pastoureau, 2006a: 235-270). No obstante, la combinación para el contexto hos-

pitalario de iconografía religiosa, con función más identificativa que piadosa, con muestras heráldicas y escrituras expuestas cristalizó en los siglos XV y XVI. Todo ello es muestra del creciente rol del hospital dentro del tejido urbano.

LA CONMEMORACIÓN ESCRITA

Como hicieran en la antigua Roma el patrocinio de elementos públicos debía apoyarse en elementos conmemorativos, en la mayor parte de los casos haciendo uso de la epigrafía. Con el desarrollo del humanismo y la recuperación de lo clásico se revitalizó esta tradición (De Santiago, 2015). La petrificación de la escritura se generalizó de tal modo que, en ocasiones, se utilizó pese al analfabetismo del *dominus*¹⁶. En su testamento Beatriz de Trejo, en 1550, dijo “no sé escribir ni firmar”, lo que no fue óbice para la inclusión de una inscripción en el hospital que había fundado en Plasencia¹⁷.

A continuación comienza un nuevo eje comunicativo fundamentado en la escritura y cuya evolución se basa en múltiples factores: a) la tipología gráfica varió desde la gótica minúscula pasando por la gótica mayúscula hasta la humanística capital; b) el formato de las inscripciones cambió de lápidas de diversos tamaños, en ocasiones colocadas en espacios secundarios, a su inclusión en portadas, adquiriendo un protagonismo mayor; c) la integración de la escritura dentro de programas iconográficos y heráldicos complejos;

d) al igual que en el caso tipográfico, la transición entre lo gótico y lo clásico en cuanto características ornamentales; y e) el paso de mensajes meramente conmemorativos hacia otros de mayor evocación religiosa. Si bien es cierto, la totalidad de estos factores difícilmente pudo darse plenamente. La sucesión de todos estos aspectos culminó cuando los propios hospitales se adueñaron de este tipo de lenguaje en su propio beneficio interiorizando emblemas particulares.

Cabe decir que el uso de escrituras de aparato no inundó todas las fachadas hospitalarias de los siglos XV y XVI. Sin duda, la enumeración de ejemplos sin escritura sobrepasaría a aquellos que sí la incorporaron. Pese a ello, es posible apreciar su generalización progresiva tanto en proyectos ambiciosos como modestos. La riqueza del hospital no determinaba su utilización, sino la riqueza del fundador o promotor. Cabe también reseñar, que su inclusión no siempre se realizó en el momento fundacional o durante las primeras fases constructivas. Como hemos visto, numerosos elementos expositivos fueron añadidos con motivo de reformas o donaciones.

Formas gráficas góticas

No importa que la construcción, reforma o unificación de un hospital fueran realizadas por una u otra autoridad. Para presenciar los primeros casos de escrituras monumentales hospitalarias no es necesario esperar a la recuperación de tipografías clásicas. La utilización de lápidas con escrituras góticas, en ocasiones en espacios secundarios, se aprecia en ejemplos de la Corona de Aragón. La fundación y fusión de establecimientos asistenciales, con un sistema mixto entre gobernantes municipales y representantes de los cabildos catedralicios, fue un hecho a recordar.

Desde un primer momento la magnificación de los hospitales generales utilizó la escritura petrificada. El hospital de la *Santa Creu* de Barcelona, fundado en 1401, así lo evidencia. En la puerta septentrional se colocó una lápida, hoy bastante deteriorada, con caracteres góticos minúsculos. Este mismo proceso y con idénticas formas gráficas se dio en Lérida durante la unificación de varios hospitales a mediados del siglo XV. El acontecimiento se reseñó en la pared con motivo de la colocación de la primera piedra del edificio y se acompañó de la correspondiente celebración cívica: misa y

¹⁶ “Dominio dello spazio grafico: poiché ogni possibile spazio grafico ha un *dominus* che ne determina l’uso, ne deriva che, direttamente o indirettamente, tale *dominus* è anche in grado di determinare le caratteristiche dei prodotti grafici esposti e perciò i loro modi di uso [...]” (Petrucci, 1986: XXI).

¹⁷ Parece que la inscripción fue reutilizada en otra construcción de la ciudad. La inscripción se encontraba en la base de la cruz en la puerta del hospital: “ESTE OSPITAL DE LA CRVZ FVNDARON / FRANCISCO DE VALENCIA Y BATRIZ DE / TREIO SV MVGER LOS CVALES LE DOTA-/RON COMO AHYIO (sic) 1550” (Sayáns, 1961, 22; Rodríguez Mateos, 2003, 366).

procesión solemne¹⁸. Misma imagen, diferentes actores, diferente contexto, misma solución. Tras diversos intentos fallidos la empresa del hospital general de Valencia llegó a buen puerto con la fusión de varios establecimientos en 1512. En una “bella pedra de marbre o de alabast” debía reflejarse la concordia entre las diferentes partes de la sociedad valenciana¹⁹.

A los ejemplos barcelonés, ilerdense y valenciano hemos de añadir una serie de casos homólogos que evidencian nuevamente la utilización de la escritura gótica monumental antes de la generalización de la letra humanística, así como su uso en el mundo rural. En el Reino de Galicia, modestas localidades (Puertomarín, Neda, Guendo y Mellid) también hicieron uso de este tipo de inscripciones a partir de la segunda mitad del siglo XV. Para el hospital de la villa de Puertomarín se desarrolló un programa gráfico que combinaba la heráldica, dos epígrafes y una cruz en relieve. La transcripción la proporcionó Antonio de la Iglesia en su clásico trabajo sobre la lengua gallega²⁰. Con tipografía gótica capital y datación de la era hispánica, el texto informa de la iniciativa del comendador de la Orden de San Juan en la construcción del edificio en 1484. Actualmente, el conjunto se custodia en el Museo Provincial de Lugo²¹, pero en sus inicios ocupaban las fachadas oriental y septentrional. También de tierras gallegas y de una antigüedad similar pudo ser la inscripción que identificó fray Martín Sarmiento en la localidad de Guendo²².

El caso gallego aporta un último e interesante ejemplo del que han quedado restos arquitectónicos y epigráficos *in situ*, así como representaciones pictóricas. En Melide se fundó, o reformó, el hospital de *Sancti Spiritus*, edificio que hoy en día alberga el *Museo da Terra de Melide*. En la fachada se conserva, pese a las reformas sucesivas, el símbolo de la cruz, los escudos de los Ulloa y los Castro, así como una inscripción partida a ambos lados de la puerta, debajo de cada uno de los blasones. Nuevamente, en tipografía gótica, minúscula, se informa que “este hospital mando començar / el Conde de Monterrey don Sancho / de Ulloa en el año de mil e qui- / nientos e dos años rueguen a Dios por su alma” (fig. 01).

En Puertomarín el texto se grabó en una lápida, encima del arco, a la izquierda del eje central. En Melide, en cambio, el rótulo se partió en dos, situando cada mitad a ambos lados de la entrada y no sobre ésta. Dicha disposición, pese a encontrarse a una altura cómoda de lectura, genera cierta dificultad para su interpretación. La lectura completa de la primera lápida no lleva a la segunda. Ambas piezas contaban con cuatro líneas y la finalización del primer renglón de la lápida izquierda proseguía con la primera línea de la lápida derecha, para proseguir con el segundo renglón de la lápida izquierda. Entre una y otra lápida se encuentra el vano de la puerta, lo que obliga al lector a desviar la mirada hasta en cuatro ocasiones para terminar la lectura.

18 La inscripción de Barcelona fue proporcionada por Andrés Avelino Pi i Arimon en 1854: “IHS † spital de Santa Creu qui fou cumensat a XIII febrero del any de nostre Senyor M CCCC I” (Conejo, 2002, v. I: 342). Puede verse una imagen en el apéndice gráfico (lám. 120). El contenido de la inscripción ilerdense: “any M CCCC L IIII a XIII de abril se comensa la obra de aquest / spital, en lo qual posaren la primera pedra los honorables en / Luys de Monsuar e Bnt. Gralla, ciutatans pahers, e micer / Manuel de Monsuar Degà, e micer Garcia de Valterra, / canonges per lo honorables capitol de la Seu de Leyda” (pp. 512-513). Sobre el origen de la transcripción véase Conejo, 2002, v. I, n. 297, para la reproducción de la lápida, apéndice gráf. lám. 183, y para la situación de ésta en relación con el edificio y otros elementos propagandísticos, apéndice gráf. lám. 188. El contexto y proceso de la fusión está perfectamente detallado en Roca (2018: 31-54).

19 Gómez-Ferrer (1995: 86-87 y 694, doc. 4.1): “Los damunt dits reverents e magnífics Micer Gaspar de Pertusa doctor en drets e canonge de la Seu de Valencia, mossen Melchior de Claramunt cavaller, en Pere Catala ciutadà, jurats en cap de la dita ciutat de Valencia e en Luis Honorat Estelles ciutadà administrador del dit Espital General proveheixen que sia feta una bella pedra de marbre o de alabast ai la qual sia escrita la unió e concordia ques estada feta del dit Espital Gaieral a 17 de abril 1512 entre los reverait capitol y canonge de la dita Seu, los magnífics jurats, racional e sindich de la dita ciutat e los deu deputats deis Innocents en la qual sien scrits los noms deis primers quatre administradors qui foren elets los quals son”.

20 De la Iglesia (1886, v. II: 13): “ERA DE MYL E D XX II ANOS [1484] EL BAYLYO FREY JUAN PIÑEYRO COMENDADOR DE TREBEYO E PORTOMARYN MANDOU FAZER ESTE ESPYTAL”. Cercana en el tiempo fue también la inscripción adosada al hospital de la parroquia de San Nicolás de Neda, también de tipografía gótica, y en la que se informaba de la fundación de Pedro García y Margarita Fernández (v. II: 2).

21 Agradezco a Enrique J. Alcorta Irastorza, responsable del Departamento de Arqueología e Historia del Museo Provincial de Lugo, por sus indicaciones y anotaciones.

22 “Hay aquí un arroyo y hubo aquí hospital de Guendo, pero se arruinó, y sólo quedó un sepulcro que está en el mismo camino, y una pared con un crucifijo y al lado de esta inscripción que leí: Este espital mandou facer o Mèz...e. Año de M.CCCCXLV.” (Pensado (ed.), 1975: 65).

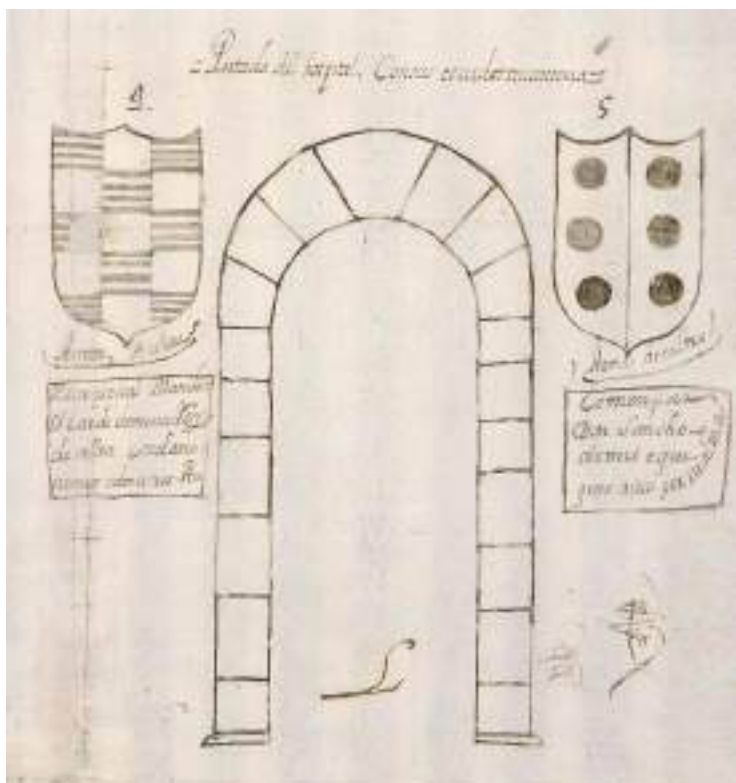


Fig. 01. Detalle del dibujo de la fachada del hospital de *Sancti Spiritus* de Melide con motivo del proceso judicial en la Chancillería de Valladolid (1705). Foto: © PARES, Ministerio de Cultura y Deportes, Gobierno de España²³.

Formas gráficas en transición

Las primeras trazas arquitectónicas renacentistas en la península ibérica durante los últimos coletazos del siglo XV no supusieron una incorporación del lenguaje artístico al completo. Tanto lo “antiguo” como lo “moderno”, es decir, lo renacentista y lo gótico, se convirtieron en sinónimos de modernidad, dos ideas en convivencia que recuperaban la Antigüedad y renovaban la tradición. Esta combinación de lenguajes artísticos se plasmó conjuntamente en determinados proyectos constructivos, como el Colegio de Santa Cruz de Valladolid del Cardenal Mendoza, iniciado en 1486. El edificio fue diseñado con un planteamiento totalmente gótico, que derivó en un programa renacentista reflejado en elementos ornamentales como la fachada (Niето, 1989: 13-35). Este período de coexistencia, o de transición entre lo gótico y lo romano²⁴, se aprecia en la arquitectura hospitalaria. Las portadas de hospitales combinaron ambos lenguajes.

El V conde-duque de Benavente, Alfonso Pimentel, y su esposa, Ana de Herrera y Velasco, reformaron la caridad en 1517 sustituyendo el anterior hospital de la Cruz por el nuevo de la Piedad. Se trata, en este repaso, de la última inscripción gótica que se utilizó. Sin embargo, la ordenación de las diferentes imágenes y la monumentalidad adquirida distan mucho de los ejemplos rurales gallegos. La escritura monumental, en letra gótica minúscula, está perfectamente insertada en la portada, encima del arco de medio punto que envuelve la gran puerta de acceso. El conjunto es plenamente simétrico y armonioso. De arriba abajo se compone de los siguientes elementos: zócalo de piedra con grandes dovelas para el arco de medio punto; la mencionada inscripción gótica entablada en dos líneas, flanqueada por dos retratos en perfil de salvajes con rasgos negroides; un amplio nivel con dos escudos heráldicos, correspondientes al matrimonio fundador, que flanquean el

²³ Todo este conjunto fue dibujado con motivo de un proceso judicial desarrollado por la Real Chancillería de Valladolid en 1705: Archivo de la Real Chancillería de Valladolid, Planos y dibujos, desglosados, 769: Alzado de la casa del mayorazgo de Corbelle y alzados de la fachada del hospital y del campanario del convento de *Sancti Spiritus* de Mellid (La Coruña) (1705). Disponible en PARES: <<http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/description/1592739>> [consultado online: 06/09/2019].

²⁴ Para el multigrafismo y la transición entre la escritura gótica y clásica en la misma cronología véase Gimeno (2008).

bajorrelieve de una piedad entre pilastras; un triángulo que incluye una vieira; y, finalmente, una cruz que remata todo el frontis. Toda la agrupación, así como algunas decoraciones interiores, está demarcada por una cenefa vegetal, diferenciando dicho espacio del resto de la fachada (fig. 02)²⁵.



Fig. 02. Detalle de la puerta principal del Hospital de Nuestra Señora de la Piedad de Benavente. Foto: © PARES, Ministerio de Cultura y Deportes, Gobierno de España²⁶.

25 Dice la inscripción: "Este hospital hizieron e dotaron los ilustres señores don Alonso Pimentel, quinto conde, e doña Ana de Velasco e Herrera, su mujer, y titularonlo de Nuestra / Señora de la Piedad. Porque nuestro Señor la aya de sus animas. Començose e dotose en el año de IUDVII acabose en el año de XVIII". La antigua pieza fue sustituida por la de mármol que se puede ver en la actualidad: Gómez (1980: 271-272); Simal (2002: 159-166); Hidalgo (2010: 197-208); Rebordinos & De la Mata (2018: 159-167).

26 Archivo General de la Administración, 33, F, 00320, 04, 009.

Los mismos factores pero con diferentes estilos los encontramos en Madrid. Entre las pocas joyas góticas de la Villa se conserva la portada del hospital de la Concepción, fundado en 1499 por Beatriz Galindo, alias La Latina, y su marido. Fue trasladada de su posición original en el barrio de La Latina a la Escuela de Arquitectura de Madrid. Se compone de dos grupos escultóricos: en la parte superior, coronadas con doseletes góticos, se representó el abrazo de San Joaquín y Santa Ana, padres de la Virgen, ante la puerta dorada del templo de Jerusalén y las figuras de San Francisco y San Onofre; y, nuevamente, los escudos de los fundadores. La construcción corrió a cargo del mozárabe Maese Hazán a partir de 1507 en estilo tardogótico. La fachada se enmarca en un alfiz árabe con festones a los lados de cordones franciscanos. En contraposición a determinados elementos góticos la inscripción recupera los elementos de la tradición latina. En dos líneas, con escasas abreviaturas y tipografía humanística capital se añadió el rótulo (fig. 03)²⁷.

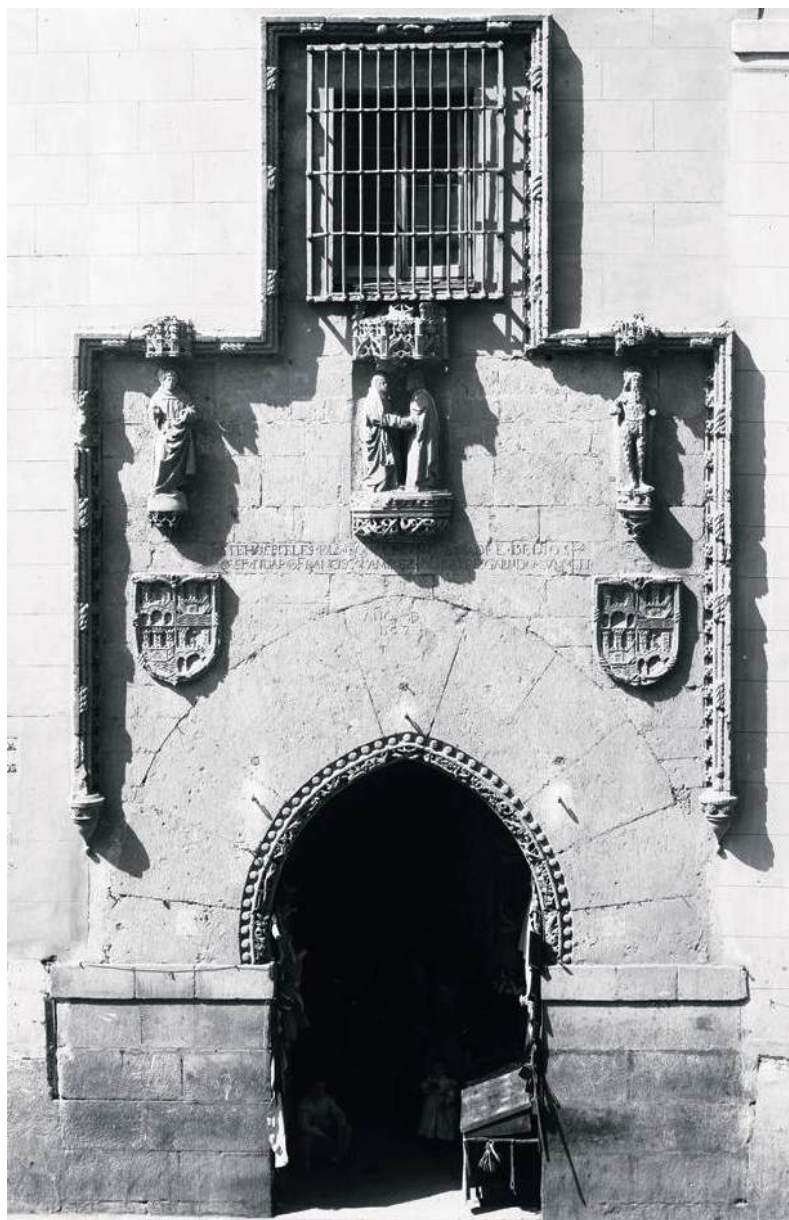


Fig. 03. Portada del hospital de la Latina de Madrid, actualmente situada en la Escuela de Arquitectura de Madrid. Foto: © Casa Moreno. Archivo de Arte Español (1893-1953)²⁸.

Por cronología, ambas inscripciones no distan en exceso del proyecto acometido por los Reyes Católicos en Santiago de Compostela para crear uno de los primeros hospitales cruciformes de la península ibérica. La inscripción se encuentra en una portada del gótico tardío, tremendamente recargada de elementos iconográficos y heráldicos. Villaamil y Castro ya explicó todas las imágenes incorporadas: “La iconografía se compone de las estatuas de Adán y Eva en el primer

cuerpo de las agujas, de las de Santa Catalina y Sta. Lucía en el segundo; de las de San Juan Bautista y Sta. Isabel su madre (o Sta. María Magdalena o Sta. María Salomé) en el tercero; de los doce apóstoles en la zona del segundo cuerpo, que ocupa todo el ancho de la portada, y de los de la Virgen, con el Niño, el Salvador, S. Juan Evangelista, Santiago, S. Pedro y S. Pablo, en el superior, con más otras cuatro estatuitas a cada lado de la puerta; los bustos

²⁷ “ESTE HOSPITAL ES DE LA CONCEPCION DE LA MADRE DE DIOS / QUE FVNDARON FRANCISCO RAMIREZ Y BEATRIZ GALINDO SV MVGER”. Algo más abajo, en la dovela del arco, se añadió “AÑO DE 1507”. Las “U” se representan con su forma en “V”, lo que evidencia la emulación clásica. Sobre la institución: Agullo (1976: 26-34); y De la Morena (1998: 249-251).

²⁸ Imagen obtenida a través de *Europeana collections*: <https://www.europeana.eu/portal/es/record/2022709/oai_fototeca_mcu_es_fototeca_MORENO_00556_C.html> [consultado online: 03/12/2019].

de los Reyes fundadores en dos medallones puestos en las enjutas del primer cuerpo, o sea de la puerta, y otros dos bustos, de los mismos monarcas, en las jambas" (Villaamil, 1993: 228).

A los laterales del conjunto se añaden dos grandes escudos que flanquean la portada, con las armas de Castilla, y a sus flancos, la cruz inscrita en un círculo, emblema del hospital. En medio de todo este programa iconográfico corre el epígrafe. Hay indicios de que también existió una inscripción, borrada por

el tiempo, en los frisos de las pilastras superiores. La fecha que indica la primera de ellas se cree que es la terminación de las obras a los diez años, es decir, inicios del edificio en 1501 y finalización, al menos hasta la portada monumental, en 1511. La inscripción identifica a los monarcas como peregrinos en su visita al divino Santiago, en dos renglones, con separación entre ambos para dar mayor relieve, tipografía capital, trazos rectos, uso de la "V" con función de "U", escasas abreviaturas. El hecho de ser hasta ahora la única inscripción en lengua latina evidencia la recuperación de lo clásico en múltiples aspectos²⁹.



Fig. 04. Detalle de la portada del hospital Real de Santiago de Compostela con inscripción y apostolado. Foto © Wikimedia Commons³⁰.

29 "MAGNVS FERNANDVS : ET GRANDIS HELISABETH : PEREGRINIS : DIVI : IACOBI CONS- / TRVI : IVSSERE : ANNO SALVTIS : M : D : I : OPVS INCHOATVM : DECENNIO : ABSOLVTVM". (Villaamil, 1993: 127-131 y 228). Para el conjunto de la fachada ver también Rosende (1999: 118-147).

30 Fuente: <https://commons.wikimedia.org/wiki/Hostal_dos_Reis_Cat%C3%B3licos,_Santiago#/media/File:SantCompostela98.jpg> [consultado online: 02/12/2019].

Formas gráficas humanísticas

Hasta aquí he expuesto la progresiva incorporación de escrituras monumentales en hospitales durante los siglos XV y XVI, así como el diálogo que éstas mantuvieron con la iconografía y la heráldica. Esta inclusión del escrito conmemorativo se caracterizó por tres procesos. En primer lugar, las lenguas romances compartieron el protagonismo con la lengua latina. En segundo lugar y desde un punto de vista gráfico, las escrituras góticas, fueran minúsculas o mayúsculas, desembocaron en formas humanísticas capitales. Y en tercer lugar y analizando la materialidad de los soportes, las originales lápidas cuadrangulares y rectangulares, en ocasiones colocadas en lugares secundarios, dieron paso a epígrafes longitudinales con mayor presencia en los frontispicios, generalmente en dos líneas, arropadas por la heráldica y la iconografía religiosa.

El caso del hospital de Coria, pese a su sencillez, es un excelente ejemplo de la culminación de esta evolución. Sobre el arco de medio punto que proporciona acceso al zaguán se situaron dos escudos idénticos con las armas del obispo Íñigo López de Mendoza, con sus borlas y capelo cardenalicios. Entre los blasones una ménsula, hoy día incompleta por las reformas sucesivas, en la que falta la fecha de fundación/construcción (seguramente en torno al testamento del mitrado en Burgos en 1535), el nombre de la madre y el título del padre, conde de Miranda. La portada no adquiere la monumentalidad de otros establecimientos, ni la factura técnica, pero la tipografía, pese a su también tosquedad, es plenamente humanística capital. Incluso la fabricación de la lápida es rudimentaria, ya que todavía no es una pieza longitudinal, con uno o dos renglones, sino de formato cuadrangular. Pese a todo, repite el común mensaje del patrocinador al estilo clasicista³¹.

Similar factura, con un diseño escriturario de mayor calidad, se empleó en el hospital de Sotelo de Zamora: epígrafe en dos líneas sobre arco de medio punto rebajado, letras capitales, a la antigua, sobre las que se erigían tres estatuas. El edificio no se conserva, tan sólo los escudos y algunos elementos decorativos guardados en el Museo Provincial de Zamora³².

Posiblemente el ejemplo más destacado, desde el punto de vista escriturario, sea la inscripción del hospital de la Concepción de Los Santos de Maimona. Fundado a finales del siglo XVI por el licenciado Álvaro de Carvajal, oidor real en las Indias y natural de la localidad, la fachada cuenta con una entrada monumental, que recuerda en todos sus aspectos elementos clásicos: un arco de medio punto enmarcado por dos columnas que cambian de orden griego entre los pisos primero y segundo. En este último se sitúa una ventana rematada por un frontón triangular, con dos escudos ovalados a los lados, partidos y medio cortados con las armas de los Carvajal y los Cárdenas. Debajo de la abertura ocupa un espacio importante una cartela de principios del siglo XVII que repasa la fundación y dotación del centro desde 1567. La letra cumple todos los requisitos para considerarse plenamente humanística. El texto se reparte en torno a siete líneas completas bajo las cuales se añadió el año de 1603 (Rodríguez Mateos, 2003: 391-392).

Sin embargo, una vez asentado la tipología escrituraria hasta aquí mencionada, siempre acompañada de otros elementos simbólicos, algunas inscripciones adquirieron composiciones alusivas y de mayor dinamismo en cuanto a forma, lenguaje y contenido.

La doble advocación latina

La mayor parte de las inscripciones utilizaron hasta este momento las lenguas romances como vehículo

comunicativo. Sin duda, el mensaje sería recibido fácilmente por transeúntes, vecinos y pobres en general,

31 "ESTE OSPITAL MANDO/ EDIFICAR Y DOTAR EL Y/LLVSTRISIMO S CARDE/NAL DON YNIGO LOPEZ/HIGO DE LOS MUI YLE^S SES D/ ON PEDRO DE ÇUNIGA Y DE A/VELLANEDA CONDE DE MIR." (Rodríguez Mateos, 2003: 238).

32 "ESTE HOSPITAL MANDÓ HACER Y FUNDÓ D. ALONSO SOTELO COMENDADOR / Y CABALLERO DE LA ORDEN DE SANTIAGO. AÑO 1526." Pese a la pérdida del edificio contamos con registro fotográfico que nos permite visualizar el inmueble y su escritura expuesta en García Villarino (2000: 173). Agradezco a Alberto del Olmo Iturriarte, Conservador del Museo de Zamora, que me pusiera en conocimiento de esta información. Enrique Fernández (1993: 492) dedica pocas páginas al inmueble, centrándose principalmente en la dotación del centro.

con capacidad lectora o sin ella³³. No obstante, a lo largo del siglo XVI fue común el uso del latín en escrituras monumentales hospitalarias para reafirmar el sentido piadoso y caritativo de estas instituciones, así como, su identificación. En ocasiones, la información proporcionada se expresó de manera insinuante. Las portadas e inscripciones de tres establecimientos castellanos son ilustrativas de esta “doble advocación latina”, es decir, del uso del latín como lengua y de formas gráficas humanísticas.

El primer ejemplo nos remite a Burgos, al hospital del Rey. La puerta de los romeros se compone de dos cuerpos tal como describe Amancio Rodríguez. En la parte superior, en el espacio central, se ubica Santiago, vestido de peregrino y con una concha sobre su cabeza. Sobre el conjunto escultórico se colocó un tímpano triangular con nueve conchas y el busto de Alfonso VIII, a su vez rematado por San Miguel. A ambos lados del Apóstol se labraron los blasones de Castilla y Castilla y León, cada uno coronado por San Pedro y San Pablo respectivamente. En la parte inferior los modillones alternan escudos de Castilla con palmeras. En la clave una cartela indica la fecha de construcción de la puerta y el carácter caritativo del centro: “A.D.M.D.XXVI. BEATVS QVI INTELLIGIT SVPER EGENVM ET PAVPEREM: IN DIE MALA LIVE-RAVIT. EVM”, es decir, “Dichoso el que cuida del pobre y desvalido: en el día aciago lo pondrá a salvo Cristo”³⁴, Justamente esta misma expresión la utilizaron Antonio Sánchez de Taibo y Estefanía de Valencia cuando promovieron el hospital de San Antonio de Padua de Betanzos en torno a 1674. En un espacio privado, sobre las hojas de la puerta del arca de las tres llaves, que servía de caja de caudales y archivo, se retrató a los fundadores, se colocaron las armas del marido y se insertó la misma locución la-

rina, que remitía al inicio del Salmo 41, titulado “Oración de un enfermo” (Erias, 2013: 381-382). Dicho pasaje completo reitera el papel del pobre en la economía de la salvación y, por extensión, la del hospital como sustento de la desigualdad social³⁵.

El segundo caso nos lleva a Ávila, a la portada del hospital de San Martín, conocido como la Casa del Caballo, precisamente por la historia del santo y el pobre. Se establecieron tres pisos escriturarios a partir de la construcción en 1545 (fig. 05). Una de las escrituras es puramente descriptiva o identificativa: “DOMVS MISERICORDIE”. Se trata de la inscripción principal en cuanto a tamaño y centralidad. Debajo de ésta y encima del dintel, en el nivel inferior, se grabó el texto de mayor longitud, sin abreviaturas, en cuatro líneas, con mensaje conmemorativo o memorístico: “ESTA CASA FVNDO I DOTO EL SEÑOR RO-/DRIGO MANSO RACIONERO QVE FVE/ EN LA IGLESIA DE AVILA PARA LOS/ POBRES DESTA CIBDAD A SERVI[CIO] DE DIOS”³⁶. Finalmente, en la parte superior, una escultura de San Martín, que ha perdido su policromía, se ve envuelta por el arco de la hornacina donde puede leerse en latín: “O FELIX LARGITAS ET CLAMIDIS GLORIOSA DIVISIO QUE MILITEM TEXIT ET REGEM”. Se trata de una inscripción evocativa del elemento religioso, un pasaje latino que junto a la representación escultórica rememora al santo sin su mención directa³⁷. La traducción remite al momento en que el militar romano cortó su capa para ofrecérsela al necesitado³⁸.

33 Incluso los calificados como analfabetos, semianalfabetizados gráficos o semianalfabetizados funcionales pudieron hacer uso de la lectura y escritura delegando en terceros (Petrucci, 2018: 18-32).

34 La parte posterior de esta entrada, al no estar adosada a ninguno edificio, fue también labrada con similar disposición, con el busto de Leonor de Inglaterra en el tímpano, la imagen de la Virgen y el texto “AVE GRACIA PLENA DNS.” (Rodríguez López, 1907: 282).

35 El uso de pasajes bíblicos en inscripciones hospitalarias fue común debido a la vertiente religiosa. Véase el caso de la leprosería de Setúbal en Portugal, en cuyo dintel puede todavía leerse “VANITAS VANITATUM ET OMNIA VANITAS” (Eclesiastés, 1, 2). Inscripción y portada posiblemente de finales del siglo XV (*Portal da Gafaria – Património Cultural*. Disponible en <<http://www.patrimoniocultural.gov.pt/pt/patrimonio/patrimonio-imovel/pesquisa-do-patrimonio/classificado-ou-em-vias-de-classificacao/geral/view/70213>> [consultado online: 21/01/2020].

36 Viene a colación por su semejanza la inscripción identificativa y conmemorativa de la pequeña localidad aragonesa de Cañada de Benatanduz. En una placa de piedra se grabó un castillo y la siguiente inscripción con letra humanística capital: “HEC EST DOM-/VS PAVPERVM / QVAM FECIT / FRANCISCVS MAS / DIE 4 MENSIS AV-/GVSTI ANNO DOMINI / 1566”: *Casa de los Pobres – Sistema de Información del Patrimonio Cultural Aragonés*. Disponible en <<http://www.sipca.es/censo/1-INM-TER-030-060-015/Casa/de/los/Pobres.html#.XicmQv5Khph>> [consultado online: 21/01/2020].

37 La descripción de la fachada en López Fernández (2011: 479 y 577-579). Más información sobre el resto de edificios hospitalarios de esta ciudad en páginas anteriores. De obligada lectura el ensayo de Jesús Sánchez (2002).

38 La traducción del pasaje al italiano y su inclusión litúrgica en Mariangela Toniolo (2011: 153): “O elargizione felice, con la quale si copre la divinità! O gloriosa divisione del mantello, che vesti insieme il soldato e il Re!”.



Fig. 05. Portada del hospital de San Martín de Ávila, conocida como la Casa del Caballo (1943). Foto: © Otto Wunderlich³⁹.

Por último, el epígrafe instalado en el hospital de San Juan Bautista del monasterio de Guadalupe contiene también un sentido enigmático. Constituido a mediados del siglo XIV por el prior Toribio Fernández de Mena y levantado en 1402, la portada se organiza en torno a un vano con arco adintelado sobre el que se erige un jarrón de azucenas, símbolo de la Virgen María, orlado de cueros recortados y con

la siguiente inscripción: “LANGVIDO/COLLO/NITET”. Nuevamente, la alusión se refiere, sin mencionarlo explícitamente, al martirio por degollación del santo protector. El escudo presenta una decoración manierista, datable en la segunda mitad del siglo XVI. Pudo ser incorporado cuando se hicieron las obras de reforma del claustro, en cuyo caso debe ser anterior a 1597⁴⁰.

³⁹ Imagen obtenida a través de *Europeana collections*: <https://www.europeana.eu/portal/es/record/2022709/oai_fototeca_mcu_es_fototeca_WUNDERLICH_WUN_18617.html?q=casa+caballo+avila#dclid=1575453645569&p=1> [consultado online: 02/12/2019]. [consultado online: 03/12/2019].

⁴⁰ “Con [o por] su débil cuello respaldece”, dice la traducción de la inscripción (Rodríguez Mateos, 2003: 284).

Como he argumentado, esta evolución de las escrituras expuestas se basó en elementos propios en transformación: de la letra gótica a la humanística en cuanto a aspectos gráficos, de la lengua romance

al latín y de la materialidad de los soportes. Sin embargo, este proceso no puede entenderse sin la relación y complementariedad con otras imágenes.

LA CRISTALIZACIÓN DEL EMBLEMA

El último eje que recorremos supone la cristalización de todos los elementos anteriores en uno: el emblema. La conjunción de significados en un símbolo, una figura que va más allá de la simple identificación. Es un valor que implícitamente representa a la institución, que evoca su origen nominal y la piedad intrínseca. Una imagen que se reproduce en el plano arquitectónico y en la cotidianeidad urbana.

Un buen ejemplo es el proporcionado por el hospital Real de Santiago de Compostela (fig. 04). Su fachada se compone de un completo programa iconográfico, escriturario y político, con la representación de los monarcas y sus atributos, y que se ha analizado anteriormente. Pero además, entre el complejo conjunto de pilastras y bajorrelieves se sitúa el escudo del hospital. Se trata de un elemento poco valorado por la historiografía en comparación con su abundante iconografía y precisa escritura. Encima de la ventana, en el eje central del frontis, en la parte superior, se encuentra un pequeño escudo, coronado, que alberga una cruz griega. Este elemento resume el concepto arquitectónico intrínseco de la institución y su época: su modelo constructivo cruciforme. Evidencia la influencia de la tradición cuatrocentista italiana en el proyecto de los Reyes Católicos, desde las obras de Alberti y Filareti, hasta el conjunto de hospitales italianos que utilizaron el sistema cruciforme (o el uso múltiple de crujías). Cuatro crujías que creaban cuatro patios en torno a los cuales se disponían las dependencias y se clasificaban a los necesitados. El escudo es, por lo tanto, un elemento comunicativo de múltiples significados: la piedad, y a la vez, la innovación constructiva. En el caso de Santiago de Compostela no se utilizó exclusivamente en la entrada principal. Otros vanos de la institución, como ventanas y puertas secundarias,

también incorporaron el símbolo de la cruz griega⁴¹. En otras palabras, determinados hospitales de notable importancia ya no sólo incorporaron los signos distintivos de quienes los patrocinaron (escudos de armas, bustos o inscripciones), sino que crearon los suyos gracias a su creciente importancia urbanística y social.

Dos ejemplos italianos evidencian la utilización de este tipo de mensajes en múltiples soportes, especialmente las paredes. El hospital de *Santa Maria della Scala* incorporó como elemento comunicativo e identificativo, no podía ser de otra manera, la escalera. A los colores del *comune* de Siena se añadió el elemento advocativo de la institución con el remate de la cruz⁴². En la misma línea, el hospital florentino *degli Innocenti*, cuyo encargo acometió Filippo Brunelleschi en 1419, utilizó como símbolo alegórico el principal objeto de su asistencia: la infancia. Cada uno de los tondos cerámicos de fondo azul recogían en blanco una criatura envuelta en telas. La imagen se repite en los medallones entre los arcos de medio punto de su fachada, así como en obras pictóricas y otros espacios arquitectónicos de la propia institución. Dichas piezas fueron añadidas por Andrea della Robbia en la segunda mitad del siglo XV⁴³.

Esos emblemas, e incluso esos colores, con que las autoridades dotaron a sus instituciones se compartieron con otros soportes más allá de la pared. Rituales, celebraciones, procesiones, todo elemento de la religión cívica, fueron momentos clave para la integración de la institución en el tejido urbano y, por tanto, apropiadas oportunidades para la utilización de dichos signos. Desde el siglo XV en adelante los asilados en el hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, principalmente los dementes y los huérfanos,

41 Rosende (1999: 142) añade: "En los extremos de la portada, en un segundo plano, unas pilastras más estrechas y cortas rematan en sendas águilas que se encargan de proteger un escudo cuyo único motivo es el de la cruz potenziada. Son las armas de la institución hospitalaria que por entonces se podían ver ya fuese esculpida o pintada, en portadas, altares o vidrieras." Véase también las imágenes en pp. 126-127. El mismo emblema de la cruz griega puede apreciarse en la fachada y patios del hospital de la Santa Cruz de Toledo, alternado con el de la Casa de Mendoza.

42 Según la leyenda, la escalera apareció en la visión del Beato Sorore para acoger en el paraíso a los niños abandonados. En la decoración del *pellegrinaio* también se observa la representación. El mismo icono sigue siendo utilizado por la actual fundación.

43 Voz "Andrea Della Robbia" en *The New Encyclopaedia Britannica, Micropaedia*, v. III (1983: 449-450): "His best known works are 10 roundels of foundlings in swaddling clothes on the façade of the *Ospedale degli Innocenti* in Florence (about 1463)."

acudían a las procesiones generales de la ciudad, a los aniversarios de las catedrales y algunos entierros. Portaban instrumentos musicales y pendones con el escudo y los colores del hospital. La utilización del inocente y estos elementos representativos sirvieron para engrosar la financiación del nosocomio gracias a la limosna de los fieles, pero también para fusionar el destino de la institución con la comunidad (Fernández Doctor, 2000: 284-285; Villagrasa-Elías, 2016: 65-69)⁴⁴.

La utilización de determinados colores y símbolos representativos puede rastrearse en las órdenes religiosas, militares y mendicantes (Pastoureau, 2006b), y entre las últimas también las hospitalarias. El negro y la cruz de Lorena, aquella con dos travesaños hori-

zontales, se estampó en las túnicas de los hermanos del *Sancti Spiritus*, en los edificios de la orden y hasta en márgenes documentales. La obra de la *Fondation de l'hôpital du Saint-Esprit de Dijon*, de mitad del siglo XV, refleja esta representación en diversidad de materiales, tanto en el tejido como en la piedra⁴⁵.

Sin duda, la utilización de este tipo de elementos identificadores ayudó a la creación de sentimientos comunitarios. Quizás por esa razón, cuando Pedro Fernández de Velasco decidió fundar un hospital en Medina de Pomar, influenciado por la doctrina franciscana, con comunidad de pobres residentes les dotó de un hábito y un símbolo, en este caso, la cruz de San Andrés (fondo rojo con aspa blanca)⁴⁶.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Una perspectiva como la que he elegido pone de relieve tendencias y contrastes en la larga duración y entre diferentes regiones. Queda patente la presencia de escrituras de aparato en fachadas hospitalarias de la península ibérica a partir de los siglos XV y XVI, teniendo en cuenta la monumentalidad adquirida por estos establecimientos. En cambio, el hecho de haber realizado un estudio temático con coordenadas históricas amplias ha perjudicado el análisis de programas gráficos acometidos por una persona o una institución.

El uso de texto en soporte pétreo no puede entenderse sin el diálogo con otro tipo de imágenes. Entre las primeras se hallan aquellas con función identificativa y/o devocional, me refiero al conjunto de iconografía religiosa relacionada con la advocación de la institución, y las representaciones heráldicas que encargaron fundadores, patrocinados y reformadores. Estas últimas evidencian que la promoción nunca fue anónima. Este proceso derivó en la incorporación por parte de

los nosocomios de imágenes propias, emblemas que sintetizaban múltiples significados: la leyenda fundacional del centro, la relación análoga con el nombre, los avances arquitectónicos, la evocación religiosa, el sujeto de su caridad, etcétera. Un distintivo particular que se fijó tanto en la pared como en soportes no tan duraderos (textil, documentación y libros).

Desde el punto de vista escriturario se han podido observar variaciones. Las primeras inscripciones usaron la lengua romance y la grafía gótica como vehículo comunicativo, con lápidas de múltiples formas y tamaños adosadas a espacios secundarios. Un punto de inflexión puede apreciarse en el hospital Real de Santiago de Compostela que a principios del siglo XVI incorporó un epígrafe en latín con una plena humanística capital. Sin embargo, todavía se encontraba en un proceso de transición al incluirse en una abarrotada portada del gótico tardío. Para entonces la escritura había adquirido todo el protagonismo en cada frontispicio: posición centrada, encima de los vanos de acceso, módulo de

44 Véase la descripción de las celebraciones valencianas por el casamiento de Felipe III que escribió Felipe de Gauna (1599): "Como fue que de los primeros y delanteros de todos yvan más de quinze pares de locos mansos del Hospital General, de dos en dos, hazidos de las manos, haziendose visaxes con sus rostros, mirando a todos riéndose, y puestos en horden de prosección por el hombre y padre dellos que los rexía, los quales locos yvan vestidos con sus ropas largas de dos colores quarteados, de paño amarillo y assul, con las caperussas o monteras de lo mismo, los quales seguían en prosección a un crucifixo que traya delante dellos un otro loco más manso con otros dos de la misma suerte vestidos, que le yvan al lado del que llevaba la crus, con sus candeleros grandes con sirios escondidos en ellos alumbrando el sobredicho crucifixo, y estos locos son los que no tienen el seso del todo perdido sino que se andan con su simplisidad y locura sirviendo al Hospital en lo que pueden" (Tropé, 1994: 324).

45 Puede verse la edición de la obra a mitad del siglo XV en el repositorio de imágenes *Enluminures*: <<http://www.enluminures.culture.fr>> [consultado online: 02/12/2019].

46 El Buen Conde de Haro utilizó la insignia como emblema propio y lo extendió a la comunidad de pobres del hospital. Podía apreciarse en el hábito de los pobres, en las cortinas y en elementos constructivos (Paulino, 2015: 82-92 y 212-226). El mismo símbolo se encuentra también entre los libros de la biblioteca que el Conde de Haro donó para dicho establecimiento, incluidas las constituciones (Virseda, 2019).

mayor tamaño, letras mayúsculas y uno o dos renglones. Se ha podido apreciar en los últimos casos cómo algunas fachadas complicaron los sistemas compositivos, bien añadiendo una inscripción que evocaba a un santo sin mención directa, adquiriendo formas curvilíneas y alternando mensajes en latín y romance.

No hubo oposición entre imágenes, lo oral y lo escrito. Tan sólo el interés por plasmar una inversión y perpetuar la memoria.

BIBLIOGRAFÍA

- AGULLO Y COBO, Mercedes – “El hospital y convento de la Concepción de Nuestra Señora (La Latina)”. *Villa de Madrid*, 50-51 (1976), 26-34.
- BOUZA, Fernando – “*Sola Lisboa casi viuda*. La ciudad y la mudanza de la corte en el Portugal de los Felipes”. BOUZA, Fernando – *Imagen y propaganda. Capítulos de historia cultural del reinado de Felipe II*. Madrid: Akal, 1998, pp. 95-120.
- Casa de los Pobres – Sistema de Información del Patrimonio Cultural Aragonés*. Disponible en <<http://www.sipca.es/censo/1-INM-TER-030-060-015/Casa/de/los/Pobres.html#.XicmQv5Khph>> [consultado online: 21/01/2020].
- CASTILLO GÓMEZ, Antonio – “Artificios epigráficos. Lecturas emblemáticas del escribir monumental en la ciudad del Siglo de Oro”. MÍNGUEZ, Víctor (ed.) – *Del libro de emblemas a la ciudad simbólica. Actas del III Simposio Internacional de Emblemática Hispana*, v. I. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I, 2000, pp. 151-168.
- CASTILLO GÓMEZ, Antonio – “La letra en la pared. Usos y funciones de la escritura expuesta en el Siglo de Oro”. FERNÁNDEZ, Manuel. GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, Carlos A. MAILLARD, Natalia (coords.) – *Testigo del tiempo, memoria del universo: cultura escrita y sociedad en el mundo ibérico (siglos XV-XVIII)*. Barcelona: Rubeo, 2009, pp. 581-602.
- CASTILLO GÓMEZ, Antonio – “A la vista de todos. Usos gráficos de la escritura expuesta en la España altomoderna”. *Scripta*, 2 (2009), 73-90.
- CASTILLO GÓMEZ, Antonio – “Desde el muro. Formas y mensajes de la escritura expuesta en la ciudad altomoderna”. PUIGVERT, Gemma. DE LA MORA, Carme (eds.) – *La investigación en Humanidades*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2010, pp. 91-110.
- COCK, Enrique – *Relación del viaje hecho por Felipe II en 1585, a Zaragoza, Barcelona y Valencia*. Madrid: Imprenta Estereotipia y Galv. de Aribau y C.ª, 1876.
- COCK, Enrique – *Jornada de Tarazona hecha por Felipe II en 1592 pasando por Segovia, Valladolid, Palencia, Burgos, Logroño, Pamplona y Tudela*. Madrid: Imprenta y Fundición de M. Tello, 1879.
- CONEJO DA PENA, Antoni – *Assistència i hospitalitat a l'edat mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: del gòtic al primer renaixement*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2002 (tesis doctoral).
- CONEJO DA PENA, Antoni – “*Domus seu hospitale*”: *espais d'assistència i de salut a l'edat mitjana*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2013.
- CONEJO DA PENA, Antoni – “‘El orgullo y la vanidad han construido más hospitales que todas las virtudes juntas’. Patronazgo artístico y patrimonio hospitalario en la Corona de Aragón (siglos XIV-XV)”. *Revista de la CECEL*, 18 (2018), 69-112.
- DE LA IGLESIA, Antonio – *El idioma gallego: su antigüedad y vida*, v. II. A Coruña: Latorre y Martínez, 1886.
- DE LA MORENA BARTOLOMÉ, Aurea (coord.) – *La España Gótica 2. Castilla-La Mancha, Toledo, Guadalajara y Madrid*. Madrid: Encuentro, 1998.
- DE SANTIAGO FERNÁNDEZ, Javier – “El hábito epigráfico en la ciudad hispana: de Roma al Renacimiento”. PUEYO COLOMINAS, Pilar (ed.) – *Lugares de escritura: la ciudad*. Zaragoza: IFC, 2016, pp. 133-168.
- DÍEZ DEL CORRAL, Rosario. CHECA, Fernando – “Typologie hospitalière et bienfaisance dans l'Espagne de la Renaissance: croix grecque, panthéon, chambre des merveilles”. *Gazette des Beaux-Arts*, 107 (1986), 118-126.
- ERIAS MARTÍNEZ, Alfredo – “Puerta del ‘Arca de las tres llaves’ del Hospital de San Antonio de Padua, de Betanzos, con la representación de sus fundadores”. *Anuario Brigantino*, 36 (2013), 381-384.
- FERNÁNDEZ DOCTOR, Asunción – *El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*. Zaragoza: IFC, 2000.
- FERNÁNDEZ PRIETO, Enrique – “El hospital de Sotelo y el régimen establecido por el mismo en el testamento del fundador en 1530”. *Anuario del Instituto de Estudios Zamoranos Florián de Ocampo*, 10 (1993), 487-508.
- GARCÍA FEMENIA, Alfredo – “Als hospitals de València: analfabetisme i alfabetització (1450-1518)”. VILLANUEVA MORTE, Concepción. CONEJO DA PENA, Antoni. VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl (eds.) – *Redes hospitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad*. Zaragoza: IFC, 2018, pp. 127-138.
- GARCÍA VILLARINO, Beatriz – *Memoria gráfica de Zamora*. Zamora: La Opinión-El Correo de Zamora, 2000.
- GIMENO BLAY, Francisco M. – “Capitales renacentistas, libros humanísticos. Representaciones de la cultura escrita en la pintura valenciana (ss. XV-XVI)”. GIMENO BLAY, Francisco M. – *Scripta Manent: de las ciencias auxiliares a la historia de la cultura escrita*. Granada: Universidad de Granada, 2008, pp. 171-191.
- GÓMEZ MORENO, Manuel – *Catalogo monumental de España: provincia de Zamora*, León: Ed. Nebrija, 1980.
- GÓMEZ-FERRER LOZANO, Mercedes – *Arquitectura y arquitectos en la Valencia del s. XVI. El hospital general y sus artífices*. Valencia: Universitat de València, 1995 (tesis doctoral).
- HENDERSON, John – “‘Splendide case di cura’. Spedali, medicina ed assistenza a Firenze nel Trecento”. GRIECO, Allen J. SANDRI, Lucia (ed.) – *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo. Atti del Convegno internazionale di studio tenuto dall'Istituto degli Innocenti e Villa i Tatti, Firenze, 27-28 aprile 1995*. Florencia: Le Lettere, 1997, pp. 15-50.
- HIDALGO MUÑOZ, Elena – “La tercera fachada del Hospital de La Piedad de Benavente”. *Brigecio*, 20 (2010), 197-208.

- JULAR PÉREZ-ALFARO, Cristina – “La importancia de ser antiguo. Los Velasco y su construcción genealógica”. DACOSTA, Arsenio. PRIETO LASA, José R. DÍAZ DE DURANA, José R. (eds.) – *La conciencia de los antepasados. La construcción de la nobleza en la Baja Edad Media*. Madrid: Marcial Pons, 2014, pp. 201-236.
- LINDEMANN, Mary – *Medicina y sociedad en la Europa Moderna: 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI, 2001.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, M.º Isabel – *La arquitectura del siglo XVI en Ávila: la casa de Bracamonte y el patrimonio abulense*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2011 (tesis doctoral).
- MARCÉ SÁNCHEZ, Jaume – “Un model ideal d’administració hospitalària. La gestió documental segons el llibre d’ordinacions de l’hospital de la Santa Creu de Barcelona”, VILLANUEVA MORTE, Concepción. CONEJO DA PENA, Antoni. VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl (eds.) – *Redes hospitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad*. Zaragoza: IFC, 2018, pp. 139-148.
- MARINO, Salvatore – *El Memorial dels infants. Edició crítica d’una font per a l’estudi de la infància a la Barcelona del segle XV*. Barcelona: Fundació Noguera, 2019.
- MÜNZER, Jerónimo – *Viaje por España y Portugal en los años 1494 y 1495 (conclusión)*. Puyol, Julio (ed.) – *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 84 (1924).
- NAVARRO BONILLA, Diego – “‘Por y contra la escritura’: las causas judiciales de la cultura escrita”. CASADO ARBONIÉS, Manuel et al. (eds.) – *Escrituras silenciadas en la época de Cervantes*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, 2006, pp. 113-131.
- NIETO, Víctor – “Renovación e indefinición estilística, 1488-1526”. NIETO, Víctor. MORALES, Alfredo. CHECA, Fernando. *Arquitectura del Renacimiento en España: 1488-1599*. Madrid: Cátedra, 1989, pp. 11-96.
- PASTOUREAU, Michel – “El nacimiento de los escudos de armas. De la identidad individual a la identidad familiar”. PASTOUREAU, Michel – *Una historia simbólica de la Edad Media occidental*, Buenos Aires: Katz, 2006, pp. 235-270.
- PASTOUREAU, Michel – “Nacimiento de un mundo en blanco y negro. La Iglesia y el color: de los orígenes a la Reforma”. PASTOUREAU, Michel – *Una historia simbólica de la Edad Media occidental*, Buenos Aires, Katz, 2006, pp. 147-187.
- PAULINO MONTERO, Elena – *El patrocinio arquitectónico de los Velasco (1313-1512). Construcción y contexto de un linaje en la Corona de Castilla*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2015 (tesis doctoral).
- PENSADO, José L. (ed.) – *Viaje a Galicia (1745): fray Martín Sarmiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1975.
- PETRUCCI, Armando – *La scrittura. Ideologia e rappresentazione*. Turín: Einaudi, 1986.
- PETRUCCI, Armando – *Le scritture ultime. Ideologia della morte e strategie dello scrivere nella tradizione occidentale*. Turín: Einaudi, 1995.
- PETRUCCI, Armando – *Prima lezione di paleografia*. Roma-Bari: Laterza, 2018 (1º ed. 2002).
- PICCINNI, Gabriella – “I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall’Italia all’Europa alla fine del Medioevo”. CAVERO DOMÍNGUEZ, Gregoria (coord.) – *Civitas Bendita: encrucijada de las relaciones sociales y poder en la ciudad medieval*. León: Universidad de León, 2016, pp. 8-26.
- Portal da Gafaria – Património Cultural*. Disponible en <<http://www.patrimoniocultural.gov.pt/pt/patrimonio/patrimonio-imovel/pesquisa-do-patrimonio/classificado-ou-em-vias-de-classificacao/geral/view/70213>> [consultado online: 21/01/2020]
- RAMÍREZ-SÁNCHEZ, Manuel – “La tradición de la epigrafía antigua en las inscripciones hispanas de los siglos XV y XVI”. *Veleia*, 29 (2012), 255-277.
- RAMÍREZ-SÁNCHEZ, Manuel – “La expresión epigráfica de la memoria en el Renacimiento: la recuperación de los modelos romanos”. IGLESIAS GIL, J. Manuel. RUIZ-GUTIÉRREZ, Alicia (eds.) – *Monumenta et memoria. Estudios de epigrafía romana*. Roma: Quasar di S. Tognon, 2017, pp. 87-116.
- REBORDINOS HERNANDO, Francisco. DE LA MATA GUERRA, Juan C. – “Establecimientos hospitalarios de Benavente (siglos XIII al XIX)”. *Revista de la CECEL*, 18 (2018), 145-205.
- RICE, Nicole R. – “Design, Display and Devotional Performance at St. Bartholomew’s Hospital London”. BOFFEY, Julia (ed.) – *Performance, Ceremony and Display in Medieval Britain: Proceedings of the 2018 Harlaxton Symposium*. Donington: Shaun Tyas (en prensa).
- ROCA CABAU, Guillem – “La unión de los hospitales ildenses: el expediente de 1447”. *Revista de la CECEL*, 18 (2018), 31-54.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, Amancio – *El Real Monasterio de las Huelgas de Burgos y el Hospital del Rey*, v. I. Burgos: Imprenta y Librería del Centro Católico, 1907.
- RODRÍGUEZ MATEOS, M.º Victoria – *Los hospitales de Extremadura: 1492-1700*. Cáceres: Junta de Extremadura, 2003.
- ROSENDE VALDÉS, Andrés A. – *El Grande y Real Hospital de Santiago de Compostela*. Santiago de Compostela: Electa, 1999.
- SÁNCHEZ GÓMEZ-CORONADO, Manuel – *El hospital de Santiago de Zafra en la transición del antiguo al nuevo régimen*. Mérida: UNED, 1987.
- SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Jesús – *Cinco hospitales del antiguo régimen en la ciudad de Ávila*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2002 (tesis doctoral).
- SAYÁNS CASTAÑO, Marceliano – *La obra de Luis de Toro. Físico y médico de Plasencia del siglo XVI*. Plasencia: Librería Cervantes, 1961.
- SIMAL LÓPEZ, Mercedes – *Los condes-duques de Benavente en el siglo XVII. Patronos y coleccionistas en su villa solariega*. Benavente: Centro de Estudios Benaventanos Ledo del Pozo, 2002.
- The New Encyclopaedia Britannica, Micropaedia*, v. III. Chicago: University of Chicago, 1983.
- TONIOLO, Mariangela – *San Martino di Tours*. Roma: Centro di Cultura Mariana, 2011.
- TROPÉ, Hélène – *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII*, Valencia: Diputació de València, 1994.
- VILLAAMIL Y CASTRO, José – *Reseña histórica de los Establecimientos de beneficencia que hubo en Galicia durante la Edad Media, y de la erección del Gran Hospital Real de Santiago...* Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1993.
- VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl – *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*. Zaragoza: IFC, 2016.
- VÍRSEDA BRAVO, Marta – *La Biblioteca de los Velasco en el Hospital de la Vera Cruz: Arte y cultura escrita*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2019 (tesis doctoral).

O HOSPITAL TERMAL DAS CALDAS DA RAINHA: MODERNIDADE (1485) E PATRIMÓNIO (2019) – PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO PELA UNESCO, PORQUE NÃO?

THE THERMAL HOSPITAL OF CALDAS DA RAINHA: MODERNITY (1485) AND CULTURAL HERITAGE (2019) – A PROPOSAL FOR UNESCO CLASSIFICATION, WHY NOT?

Jorge Mangorrinha

CLEPUL – Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
jmangorrinha@gmail.com – ORCID | 0000-0002-4859-7892

RESUMO

A fundação de um hospital, em 1485, pela rainha D. Leonor, mulher do rei D. João II, foi uma complexa operação política de fazer surgir uma povoação e um empreendimento pioneiro em todo o mundo, em que os melhores recursos artísticos e técnicos serviram o objetivo estratégico do Reino e permitiram a origem de uma das mais antigas manifestações de Humanismo da Europa. O Hospital Termal constituiu, a partir desse momento, um elemento de interesse científico e histórico, enquanto obra de arquitetura termal e engenharia hidráulica, e elemento estruturante do urbanismo. Simultaneamente, sublinhamos a sua ligação ao culto da água e ao apoio assistencial aos mais desfavorecidos, que lhe dá um valor imaterial com grande significado através dos tempos. Este texto apresenta a singularidade, autenticidade e excecionalidade histórica do Hospital Termal das Caldas da Rainha, bem como a intenção de definir uma rede de hospitais como suporte para uma candidatura conjunta à UNESCO.

PALAVRAS-CHAVE

Hospital | Termas | Caldas da Rainha | Património | UNESCO

ABSTRACT

The founding of a hospital, in 1485, by Queen D. Leonor, the wife of King D. João II, was a complex political operation, aimed at creating out a settlement and a pioneering, world-first enterprise, where the finest artistic and technical resources were employed at the service of the Realm's strategic objective, bringing about one of the earliest manifestations of European Humanism. From that moment on, and throughout its many modifications, the Thermal Hospital has remained an element of scientific and historical interest, both as a piece of thermal architecture and hydraulic engineering and as a structuring element in urban development. At the same time, we underline its connection to the cult of water and the assistance support to the most disadvantaged, which gives it an immaterial value with great significance through the ages. This text presents the uniqueness, authenticity and historical exceptionality of the Thermal Hospital of Caldas da Rainha, as well as the intention to define a network of hospitals to support a joint application to UNESCO.

KEYWORDS

Hospital | Thermal Baths | Caldas da Rainha | Heritage | UNESCO

INTRODUÇÃO

Este artigo coincide com a exposição oral realizada num encontro científico (II Colóquio Internacional de Arquitetura Assistencial, 2019), na qual se pretendeu, genericamente, apresentar os fundamentos de singularidade, autenticidade e excecionalidade histórica do complexo hospitalar e termal das Caldas da Rainha e, especificamente, lançar o repto para a sua integração numa rede de hospitais, tendo em vista a identificação de outros casos, em Portugal e no mundo, com processos programáticos e tipológicos notáveis. O objeto deste artigo é o caso português

das Caldas da Rainha, aludindo-se à transformação funcional e tecnológica verificada no edifício hospitalar, decorrente dos avanços da medicina e de novos procedimentos técnicos, sempre em busca da interdisciplinaridade e da modernidade, que possibilitaram a definição da arquitetura hospitalar numa vertente de “cura pela água”. O objetivo passa pela integração deste património numa rede internacional, problemática que tentaremos colocar para debate e para a definição dos passos seguintes de estudo e preparação de uma candidatura conjunta à UNESCO.

ANTECEDENTES DO HOSPITAL TERMAL

O termalismo está associado a uma cultura milenar. A prática dos banhos – recreativa, preventiva, higiénica e medicinal – era um cenário natural e habitual para gregos, árabes e romanos e o espaço ideal para tertúlias e reflexões.

Ao longo da Idade Média, em diferentes locais dotados de recursos de água termal, como albergues, gafarias e hospícios, assistiam-se indigentes e peregrinos, através de práticas empíricas ou ligadas a ideias milagrosas, à margem da generalizada reprovação cristã do culto do banho para efeitos de higiene, de acordo com os perigos invocados: a peste e as questões de ordem moral. O medo associado aos contactos e à fraqueza do invólucro corporal, por ocasião da peste generalizada na Europa, fez encerrar, nesta época, um número considerável de banhos. A Reforma protestante do século XVI desaprovou ainda mais o costume da higiene pessoal, o mesmo se pode dizer da Contra-Reforma católica, esta com repercussões no mundo ocidental cristão e nas colónias americanas (Mangorrinha, 2002).

Mas o “sagrado fez-se científico” (Ferreira, 2004: 39). E deu-se a redescoberta. As “terras-de-águas” foram iniciando, ou consolidando, a sua própria imagem, em função das características dos seus edifícios e espaços públicos destinados aos que procuravam remédio para as suas doenças. A renovação de algumas estruturas acabou por se realizar, com a recuperação de tradições antigas e a mudança do entendimento sobre o valor da água face às práticas dos tempos da peste, tal como o valor de dinamizar as funções orgânicas. Algumas termas foram recons-

truídas por bispos, abades, priores e monges, eles próprios utentes das águas, e, simultaneamente, por sacerdotes e médicos. Com esta prática, bem como com a que os árabes tinham trazido para a Europa e com a que os cristãos tinham ido buscar ao Oriente, principiou a ressurgir a clínica hidromineral, ao mesmo tempo que se mantinham as peregrinações às “águas santas”. Era particularmente interessante o que acontecia com as fontes de Royat, escassamente frequentadas todo o ano e visitadas por milhares deromeiros no dia de Santa Marta.

A fundação de estruturas de hospedagem “junto a nascentes de águas termais – designadamente os hospitais militares franceses de Gréoux-les-Bains, em 1200, e de Aix-les-Thermes, em 1240, e os hospitais civis de Caldes de Montbui (Espanha), em 1330, Plombières (França), em 1380, e Baden-Baden (Alemanha), em 1480 – passou por um número reduzido de camas, sem médico, nem enfermeiros. Em toda a Europa, existiam termas onde eram tratados doentes pobres, mas a maioria delas apenas era frequentada por doentes sarnosos e leprosos, o que, por si só, era motivo para afastar outros enfermos, com receio do contágio” (Pinto e Mangorrinha, 2005 :136).

Em muitas comunidades dotadas de recursos de água mineral, os eclesiásticos foram os próprios a gerirem os banhos em nome dos princípios da Igreja, e nalguns casos foram os proprietários, como nos hospitais de Caldes de Montbui, Segura de Aragón ou La Garriga, no território espanhol. Estas comunidades religiosas construíram estruturas hospitalares e albergues, desti-

nados a pobres, jovens e militares, dominando o carácter público dos estabelecimentos.

O despertar do Renascimento acentuou nos Homens o gosto pelas artes e pelas ciências, inspirando-se na cultura clássica, o que valorizou as práticas das águas minerais, associadas aos avanços do conhe-

cimento tratadístico, com intuítos terapêuticos, tanto da tratadística específica sobre medicina e os usos profilático e terapêutico da água, como da tratadística do arquiteto Vitrúvio, com as indicações sobre a salubridade das cidades e dos edifícios e sobre o abastecimento de água.

A FUNDAÇÃO DO HOSPITAL TERMAL

A corrente reformista, mais preocupada com o campo assistencial e já virada para novos domínios e formas de conhecimento que as navegações e os Descobrimientos estavam a abrir, ajuda a que o regime português de D. João II traçasse uma centralização administrativa e uma reforma da assistência hospitalar e social que, conjugada com a reforma da assistência social da rainha D. Leonor – decisora consciente destas reformas –, possibilitaria a fundação de um hospital termal como primeiro dos atos misericordiosos, antes da institucionalização das misericórdias. Contudo, tem havido da parte da historiografia (Sá, 1998, por exemplo), uma concentração da atenção na análise desses “extraordinários e *sui generis* institutos que foram as Misericórdias portuguesas” (Paiva, 2004), numa assistência moderna. Isabel dos Guimarães Sá refere a originalidade do sistema e a sua centralidade. Ora, creio que a centralidade está no papel da rainha D. Leonor e, sendo assim, o seu ato fundacional, a partir de 1484, no propósito de erigir um hospital moderno e profundamente assistencialista, não pode deixar de ser pioneiro como etapa primeira, em Portugal, em relação ao movimento das Misericórdias europeias, que foi feito pela assistência simultaneamente modelada pelo poder régio e controlada pelos poderes locais e que, mais tarde, criaria uma situação de monopólio da assistência. Do ponto de vista meramente hospitalar, portanto, o Hospital de Santa Maria do Pópulo (primeira designação) é anterior ao Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, sendo por isso o das Caldas da Rainha o primeiro grande hospital moderno português.

No longo “adormecimento” (Ferreira, 2004: 43) por que passou a maior parte das termas europeias, sobressaiu, assim, em Portugal, a fundação de um hospital, que permitiu o tratamento habilitado dos enfermos e peregrinos através das águas, trazendo para a História um marco único na evolução da assistência, mas também no desenvolvimento de um



Fig. 01. “Compromisso” do Hospital das Caldas da Rainha. Rainha D. Leonor (assin.)/ Jerónimo Leão (man.), 18 de Março de 1512, Museu do Hospital e das Caldas. In Jorge Mangorrinha – Caldas da Rainha: O Mais Antigo Hospital Termal do Mundo, 2017.

território. A presença, neste sítio, de estruturas religiosas de acolhimento anteriores à fundação deste hospital confirma o facto de que a Igreja e as ordens monásticas e hospitalares terem sido as mais cultas e altruísticas no apoio aos doentes e peregrinos. Em meados do século XV, já D. Afonso V oferecera um conjunto de privilégios a quem aí se quisesse fixar, proporcionando dormida, comida e conforto aos visitantes.

O seu modelo pioneiro de hospital moderno associado à utilização das águas, numa forma precoce de medicina social, confere uma evolução urbana com base nas necessidades funcionais associadas à vertente terapêutica, reforçadas desde logo pela sua relativa proximidade a Lisboa e “no vínculo à geografia marítima circundante” (Ferreira, 2004: 44). Desde as suas origens como vila, Caldas da Rainha reuniu a função até aí comum às cidades medievais, ou seja,

o papel económico ligado ao comércio dos camponeses das imediações que iam vender as colheitas e o gado à praça da vila. Mas com uma novidade: o seu hospital termal¹.

A questão administrativa é importante para o entendimento da singularidade institucional e territorial das Caldas da Rainha, no contexto das termas europeias. Pela sua especificidade ligada ao mecenato do poder central, esta entidade hospitalar assume uma ação autónoma, suportada por uma economia interna de rendas e propriedades, mas validada superiormente, e em torno da qual irradiam atividades que fariam crescer uma vila dependente do seu hospital, nos primeiros séculos². Trata-se de uma das primeiras formas, se não a primeira, de “residencialização” de colónia balnear, com espaços próximos a um estabelecimento termal.



Fig. 02. Tríptico da Paixão de Nossa Senhora do Pópulo na Igreja de Nossa Senhora do Pópulo. Atribuído a diferentes autores: – “Mestre da Lourinhã”; – Oficina do Mestre do Retábulo da Igreja de Jesus de Setúbal [Jorge Afonso]; – Cristóvão de Figueiredo, o mais credível, (1500-1515). S/n. [Segunda metade do século XIX]. Centro Português de Fotografia, Coleção Alcídia e Luís Viegas Belchior.

1 Apenas se conhece a existência posterior de pequenos hospitais/hospícios, em Portugal, junto às águas de Monchique, Gerês e Furnas.

2 Essa dependência, a que se associa o modelo de “cidade-hospital”, decorre até ao século XVIII, quando se efetiva uma profunda renovação do Hospital e da vila. Esta tinha-se desenvolvido em torno da instituição hospitalar e, em Setecentos, o Hospital continuava a ser a sua principal instituição e o seu centro urbano, político-institucional e económico.

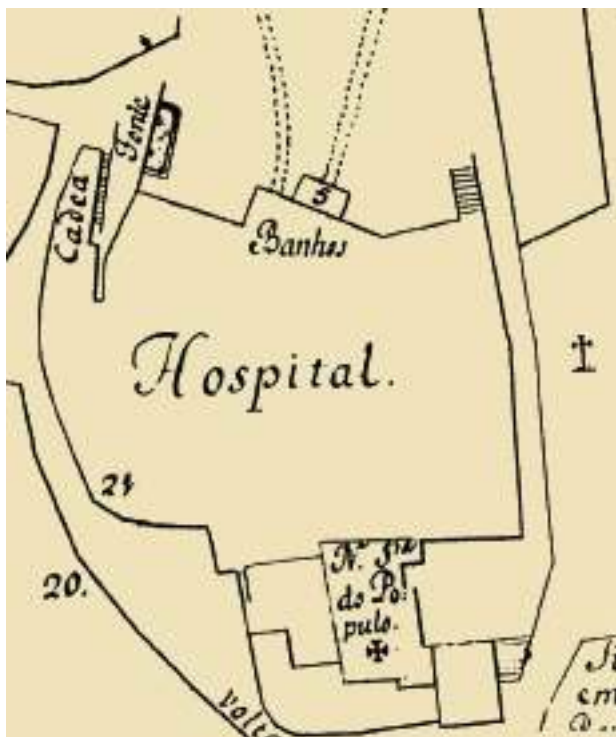


Fig. 03. Pormenor do “Plano da Vila das Caldas”. Atribuído a João Pedro Ludovice, ou mesmo a Custódio Vieira (arquitetos reais), 1742. In Luís Aires-Barros (coord.) – *Caldas da Rainha: património das águas*, 2005.

O Hospital de Santa Maria do Pópulo era no primeiro quartel de Quinhentos um “magnífico conjunto de espaços e equipamentos sem paralelo na estrutura hospitalar epocal, reunindo (...) cem camas, sessenta destinadas a homens e mulheres, vinte para pessoas de extracção social nobiliária e outras vinte para peregrinos, religiosos, servidores e escravos do Hospital. Uma das alas perpendiculares ao corpo central incluía ainda a albergaria para peregrinos e a casa destinada exclusivamente à cura dos penitentes, para além dos aposentos dos provedores e serviços de provedoria. Em termos gerais, descobre-se um grande edifício de três andares, certamente uma das maiores casas de assistência do seu tempo, adaptado perfeitamente ao aproveitamento das águas termais, bastando para tal referir que se entrava nas instalações no tempo de D. Leonor pelo primeiro andar, sendo

depois necessário descer sessenta degraus para chegar às protegidas piscinas termais. Apesar da sua grandiosidade e da sua importância nodal na modernização da assistência em Portugal, o Hospital manteve durante a maior parte da vida da Rainha uma criteriosa actividade sazonal que, levando ao seu encerramento durante o Inverno, comparece como um dos primeiros casos de sociabilidade cortesã estival, prefigurando através deste tipo específico de ida aos ‘banhos’, uma demorada especialização que se viria a tornar normativa na ordem da vida social da alta aristocracia nobiliárquica” (Sousa, 2005: 85).

Segundo Serra (2005: 108), “as obras, realizadas a bom ritmo, mobilizaram certamente a economia da região: mão-de-obra, equipamentos, abastecimentos. Em 1488, D. João II firma uma carta de privilégios a 10 moradores e estabelece um couto de 20 homiziados. As *caldas de Óbidos* passam a ter “Câmara e Vereação de Juizes e Officiais de cada um ano”, independentes do concelho-mãe, delibera o monarca. Em 1501, o novo rei, D. Manuel, irmão de D. Leonor, determina a extensão dos privilégios a mais 30 moradores e eleva o couto para 30 homiziados. Em 1503, a povoação já possui Juiz das Sisas, Tabelião das Notas e Tabelião Judicial. De 1511 é a Carta Régia que demarca o termo da vila das Caldas. No primeiro Numeramento do Reino, realizado em 1527, sob D. João III, a vila das Caldas regista 70 vizinhos na povoação e 14 nos arrabaldes. Dez anos mais tarde, esses números já se elevavam, respetivamente, a 96 e 20”.

A publicação do *Compromisso do Hospital* (1512) daria ao mundo um documento inovador e exemplar, que regulou toda a gestão hospitalar até à reforma do estatuto do Hospital levada a cabo pelo Marquês de Pombal (1775). Dada a sua notável organização – na gestão e na estrutura técnica e profissional –, o Hospital foi pioneiro numa moderna prestação de cuidados terapêuticos (o banho, a medicação, a alimentação e o repouso). Só a partir do século XVI, encontramos referências sobre a criação, em Inglaterra, dos hospitais termais de Buxton, Bath e Harrogate; em França, os de Forge-les-Eaux, no século XVII, e em Vichy, no século XVIII, mantendo-se por pouco tempo; na Boémia, o complexo barroco das termas de Kuks, com hospital, igreja e cripta, fundados pelo conde F. A. Špork no final do século XVII. No século XVIII, “quatro estâncias francesas beneficiam de hospitais militares com águas minerais, como em Saint-Amand-les-Eaux,

Digne, Bourbonne e Barèges, e já no século XIX foram edificados novos hospitais termais em Plombières, Amélie-les-Bains e Vichy. Em Itália, o conde Nicolò Demidoff manda construir, em 1827, um hospital

termal nos Banhos de Lucca, para doentes reumáticos e indigentes” (Pinto; Mangorrinha, 2005: 137). Nenhum deles, no entanto, teve a importância das Caldas ou perdurou no tempo.

A MATERIALIDADE DA IMATERIALIDADE

A fundação do Hospital Termal pré-anuncia o carácter assistencialista, humanitarista e pioneiro da obra das Misericórdias, fundada pela mesma rainha. Estas nascentes tornaram-se num local de afluência de muitos enfermos que aqui encontraram cuidados terapêuticos, alojamento e víveres.

Portugal passou assim a ter o seu primeiro grande hospital e o primeiro no mundo com as características fundamentais dos hospitais modernos, recorrendo ao emprego das águas termais como medicina predominante. A Igreja de Nossa Senhora do Pópulo é um dos testemunhos mais importantes do

papel mecenático e do movimento benemérito e assistencial, como algo importante no património intangível do nosso país, que influenciou o mundo. E a universalidade ganha especial significado ao verificar-se a sua persistência no tempo e ao tornar-se exemplar, embora a historiografia europeia não lhe tenha dado o seu devido lugar.

Não se pode esquecer que, no século XX com os bóeres e depois com os judeus da II Guerra Mundial, quando o nosso país se tornou porto de abrigo para inúmeros refugiados, Caldas da Rainha e as suas infraestruturas ligadas ao termalismo desempenharam



Fig. 04. Fachada Setecentista do Hospital Termal. João Rodrigues da Silva (fot.), [1883-1884], Biblioteca Municipal das Caldas da Rainha.

um papel relevante na política assistencial e de apoio psicológico a inúmeros desalojados da guerra.

Apesar de reconstruído no século XVIII e ampliado entre o século XIX e o seguinte, por imperativos de modernização, o Hospital Termal Rainha D. Leonor (atual designação) manteve intacta a relação do indivíduo com a água, na dimensão religiosa e na dimensão social mais profunda. Este é um caso exemplar e único na história do termalismo universal, de como a evolução de uma estrutura face ao avanço do conhecimento das terapias não deixa de lado o traço fundador desta instituição. Razão pela qual o património, hoje, não pode ser visto apenas como autêntico na sua estrutura física, mas sobretudo na re-

lação estabelecida desde sempre com o elemento essencial – a água (património primeiro) –, na relação com a sua integridade social e no sentido que foi e é para a Humanidade³.

Fig. 05. Enfermaria das Mulheres no Hospital Termal. S.n., [final da década de 1950], Museu do Hospital e das Caldas.



³ Estas razões e estas palavras fizeram parte do dossiê que o autor deste artigo coordenou, em 2002, para que o País e a Humanidade reconhecessem, formalmente, este património como “seu”, reiterando-se e propondo-se agora o mesmo, mas enquadrado numa rede internacional, pelos valores histórico-assistenciais (Cf. Câmara Municipal das Caldas da Rainha, [2004]).



Fig. 06. Enfermaria dos Homens no Hospital Termal. S.n., [final da década de 1950], Museu do Hospital e das Caldas.

Neste sentido e com a consolidação da noção de património intangível na segunda metade do século XX, o património, a sua identificação, preservação, promoção e valor social passam a ter duas dimensões: o património cultural como imaterial, mas com reconhecimento do aspeto material muito para além de mero suporte do sentido, ou seja, o património intangível possui uma materialidade e toda a matéria física está imbuída de imaterialidade.

Antes, um bem com valor histórico-artístico excepcional reduzia-se a castelos, igrejas, esculturas, ruínas, por exemplo. A sua identificação era realizada por especialistas que, a partir de critérios ditos técnicos e objetivos, indicavam o que merecia proteção do Estado. Os valores do património eram apresentados como intrínsecos, bastando o exame ou o olhar do especialista para o seu reconhecimento. Viveu-se a explosão das memórias artificiais que buscavam recriar uma



Fig. 07. Liteira ou cadeirinha de mãos para transporte de aqvistas. Emílio Pimentel (des.). In Ramalho Ortigão, *Banhos de Caldas e Águas Mineraes*, 1875.

tradição e ressuscitar/forjar um sentimento de continuidade entre passado, presente e futuro, mas os novos olhares sobre o conceito de património prometem a inclusão de simples e populares manifestações, obras e lugares (Souza e Crippa, 2015).

Um compromisso com o património intangível foi alcançado, em 2003, quando foi aprovada a Convenção para a Salvaguarda do Património Cultural Imaterial. A partir de então, a UNESCO recomendou uma política sectorial, emanou uma série de recomendações específicas e revisitou o conceito de património imaterial. Os países signatários deveriam esforçar-se para cumprir o texto aprovado e destinar regularmente recursos para um Fundo para a Salvaguarda do Património Cultural Imaterial.

Segundo a Convenção, entende-se por “património cultural imaterial as práticas, representações, expressões, conhecimentos e técnicas junto com os instrumentos, objetos, artefactos e lugares que lhes são associados que as comunidades, os grupos e, em alguns casos os indivíduos reconhecem como parte integrante do seu património. Este património cultural imaterial, que se transmite de geração em geração, é constantemente recriado pelas comunidades e grupos em função de seu ambiente, da sua interação com a natureza e de sua história, gerando um sentimento de identidade e continuidade, contribuindo assim para promover o respeito, a diversidade cultural e a criatividade humana” (UNESCO, 2003: 2,3).



Fig. 08. “Porta do Hospital Termal: enfermeira”. Jorge de Almeida Lima (fot.), [1911], Arquivo Nacional Torre do Tombo. In Jorge Mangorrinha – *Caldas da Rainha: O Mais Antigo Hospital Termal do Mundo*, 2017.



Fig. 09. Anúncio do Hospital Termal na *Gazeta das Caldas*, 1928. In Luís Aires-Barros (coord.) – *Caldas da Rainha: património das águas*, 2005 e Jorge Mangorrinha – *Caldas da Rainha: O Mais Antigo Hospital Termal do Mundo*, 2017.

Durante mais de cinco séculos, o Hospital Termal Rainha D. Leonor serviu o país, através de todos aqueles – pobres e mais abastados e até refugiados – que necessitaram de cura e abrigo ou aqui passaram tempos de vilegiatura e lazer. Em todo este período histórico, esta instituição ampliou o seu património, muito em função das necessidades funcionais e da cultura ligada ao termalismo. Presentemente, a exploração racional dos recursos naturais e culturais associados ao termalismo deve ser a base da estratégia de desenvolvimento das Caldas da Rainha, para a qual a valorização e divulgação externa do seu Hospital Termal se torna fundamental, nos seguintes pontos:

- Favorecer o desenvolvimento integrado das termas e a conservação do seu património arquitetónico e cultural, desenvolvendo competências

a partir de trocas de experiências de âmbito internacional.

- Promover e interpretar, dentro de toda a sua universalidade, a cultura da água, fonte potencial de dinâmica social e turística termal.
- Favorecer a aplicação das novas tecnologias na construção de novos equipamentos e na proteção e conservação do património termal.

Estas são linhas de atuação indispensáveis para a relação entre o estudo científico e a prática no terreno, tendo em vista uma gestão correta do património, independentemente de vir a ser inscrita, ou não, na lista da UNESCO.

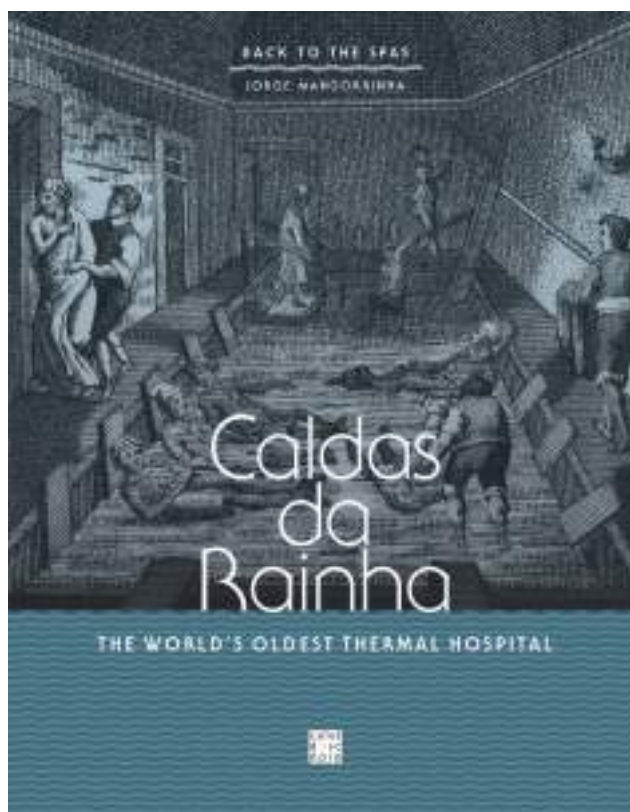


Fig. 10. Capa de: Jorge Mangorrinha – *Caldas da Rainha: The World's Oldest Thermal Hospital*, 2017.

NOTA CONCLUSIVA

O Hospital Termal Rainha D. Leonor é um caso notável. A imensa espiritualidade de uma alma não cabe em qualquer corpo, porque, no caso presente desta água “milagrosa”, o ritual é extenso e o património foi-se alargando de acordo com: as práticas terapêuticas, a vertente assistencial aos mais desprotegidos e, depois, os primeiros sinais do termalismo moderno na Europa associado ao “higienismo” e as práticas assentes na ratificação científica.

A terapia está abrangida desde a intimidade do banho à convivialidade em diversas manifestações.

O microcosmo termal das Caldas da Rainha afirmou-se com valores próprios, de forma inovadora, tornando-se cenário de difusão cultural, onde convergiram aquistas de diferentes proveniências geográficas. Historicamente, os fluxos sazonais para as Caldas tiveram um papel relevante no impulso da economia local, já que a deslocação de populações proporcionou investimento por parte de diferentes entidades e o consumo por parte daqueles. O carácter

inovador das Caldas da Rainha é baseado nas características dos seus patrimónios (material e imaterial). Os espaços consolidam-se como pluridisciplinares, pela abrangência de atividades que contêm e por aquilo que potenciam. Este conjunto termal surgiu como um todo, um território completo e criado estruturalmente para constituir um cenário idílico, que é habitado durante o período em que decorre a terapia por via da utilização das águas e as terapias auxiliares a coadjuvantes da crenoterapia e da hidrologia médica. Mas este papel inovador só se manterá, contudo, se forem adotadas estratégias inovadoras e exemplares de mudança e progresso, designadamente na articulação entre o ordenamento do território e o turismo, como sinónimo de bem-estar social, cultural e material.

O caso das Caldas da Rainha é único, singular e notável, porque ao longo da sua história e sob a tutela do Estado foi pioneiro no mundo, em áreas do conhecimento científico e médico, nas práticas e na vanguarda da prestação dos cuidados aos utentes,

na vanguarda da engenharia, arquitetura, na preservação e no restauro. No entanto, no presente, mantém-se a necessidade de se apostar na cultura valorativa do património, na inovação e na integração deste território nas redes internacionais, tendo em

vista a cooperação estratégica e o intercâmbio no conhecimento, valorizando o conjunto termal das Caldas da Rainha como um espaço único, de inegável potencial turístico, a reconhecer obrigatoriamente pela UNESCO.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Medical Hidrology*. Sidney Licht (ed.), Physical Medicine Library (7). New Haven (Conn.): Elizabeth Licht, 1963.

ACCIAIUOLI, Luiz – Águas de Portugal Minerais e de Mesa. História e Bibliografia, Vol. II. Lisboa: Direcção-Geral de Minas e Serviços Geológicos, 1944.

AIRES-BARROS, Luís (coord.) – *Caldas da Rainha: património das águas*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2005.

AZEVEDO, Clara; MANGORRINHA, Jorge – *Cidade da Água. Hospital Termal das Caldas da Rainha, 1989*. (Regresso às Termas, 1). Lisboa: Caleidoscópico. 2017.

CÂMARA Municipal das Caldas da Rainha – *Caldas da Rainha: Património das Águas. Projecto de Candidatura a Património da Humanidade*. Caldas da Rainha: Câmara Municipal das Caldas da Rainha, [2004].

FERREIRA, Claudino – “Práticas e Representações Sociais dos Termalistas”. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 43, outubro de 1995, pp. 93-122.

FERREIRA, Vítor Matias – *Fascínios da Cidade. Memórias e Projecto de Urbanidade*. Lisboa: Centro de Estudos Territoriais do Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2004.

MANGORRINHA, Jorge – *À Volta das Termas*. Caldas da Rainha: Livraria Nova Galáxia, 2002.

MANGORRINHA, Jorge – *Caldas da Rainha: O Mais Antigo Hospital Termal do Mundo*. (Regresso às Termas, 2). Lisboa: Caleidoscópico, 2017.

MANGORRINHA, Jorge – *O Lugar das Termas*. Lisboa: Livros Horizonte, 2000.

MARTINS, Jorge Manuel Mangorrinha – *A Cidade Termal: Ordenamento do Território e Turismo*. Dissertação de Doutoramento em Urbanismo apresentada à Faculdade de Arquitectura da Universidade Técnica de Lisboa, vol. I, 2009.

PAIVA, José Pedro – “O episcopado e a ‘assistência’ em Portugal na Época Moderna (séculos XVI-XVII)”. In ABREU, Laurinda (ed.) – *Igreja, Caridade e Assistência na Península Ibérica (Sécs. XVI-XVIII)*. Évora: CIDEHUS - Centro Interdisciplinar de História, Culturas e Sociedades da Universidade de Évora (Biblioteca - Estudos & Colóquios), 2004, pp. 167-196.

PINTO, Helena Gonçalves – *A Cura e a Arquitectura. História da Arquitectura Hospitalar Portuguesa na Época Contemporânea. Da Programação à Tipologia Arquitectónica*. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Especialização em Teoria e História da Arquitectura, apresentada à Faculdade de Arquitectura da Universidade Técnica de Lisboa, 2014.

PINTO, Helena Gonçalves Pinto; Mangorrinha, Jorge – “Álbum das Termas”. In PINTO, Helena Gonçalves; MANGORRINHA, Jorge; SÉREN, Maria do Carmo; VINAGRE, Valter – *Álbum das Termas na Coleção do Centro Português de Fotografia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003, pp. 167-194.

PINTO, Helena Gonçalves Pinto; MANGORRINHA, Jorge – “O Programa e a Arquitectura Termal”. In AIRES-BARROS, Luís (coord.) – *Caldas da Rainha: Património das Águas*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2005, pp. 135-197.

RODRIGUES, Luís Nuno; SERRA, João B.; TAVARES, Mário (coord.) – *Terra de Águas. Caldas da Rainha - História e Cultura*. Caldas da Rainha: Câmara Municipal das Caldas da Rainha, 1993.


SÁ, Isabel dos Guimarães, “A reorganização da caridade em Portugal em contexto Europeu”. In *Cadernos do Noroeste*, vol. 11 (2). Braga; Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 1998, pp. 31-63.

SERRA, João B. – “Percurso de Cidade com Termas, Evolução Urbana das Caldas da Rainha. Da Fundação aos Finais do Século XIX”. In AIRES-BARROS, Luís (coord.) – *Caldas da Rainha: Património das Águas*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2005, pp.107-121.

SOUSA, Ivo Carneiro de – “Um Hospital do Populus. Da Misericórdia e da Rainha para uma Vila do Renascimento”. In AIRES-BARROS, Luís (coord.) – *Caldas da Rainha: Património das Águas*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2005, pp. 81-97.

SOUZA, Willian Eduardo Righini de; CRIPPA, Giulia – *A materialidade do património intangível*. XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (XVI ENANCIB), Museu, Património e Informação Comunicação Oral. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). *Recomendação de Paris – Convenção para a Salvaguarda do Património Cultural Imaterial*, 17 de outubro. Paris, 2003.

The background of the entire page is a historical map of Augsburg, Germany, from the 16th or 17th century. The map shows a dense grid of streets and buildings, with a prominent church spire in the center. At the top center of the map is a large, ornate coat of arms featuring a red shield with a black eagle and a gold crown above it. The text of the title is overlaid on the map in white, bold, sans-serif font.

REPRESENTATION OF CHARITY, EXEMPLARY CATHOLICS, OR MODEL NOBLEMEN? THE "SCHNEIDHAUS", A SURGICAL FUGGER HOSPITAL IN AUGSBURG

Annemarie Kinzelbach

*Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt; Technical University Munich
annemarie.kinzelbach@ingolstadt.de*

ABSTRACT

The *Schneidhaus* was a hospital foundation of the counts Fugger specialized in surgery of hernia and bladder-stones and characterized by a number of apparently unique features, which allow to trace aspects of how the counts Fugger represented themselves during the sixteenth and early seventeenth centuries. An allusion to charity covers just one functional aspect. During major confessional crises the hospital, including its localization(s) in Augsburg, also served to represent the Fugger as exemplary Catholic citizens. Moreover, evasive traces of several buildings designated as *Schneidhaus* and singular hints at their architecture point to additional functions: the hospital also was a means to support the efforts of the Counts Fugger to establish themselves among the German (and European) noblemen by displaying model behavior as rulers and humanists. A recently acquired illustrated manuscript in the German Museum of the History of Medicine in Ingolstadt was a further tool to assist these functions. The manuscript transferred practices inside the *Schneidhaus* into transportable evidence, thus allowing the counts Fugger to display, wherever necessary, their practice as models for Catholic charitable citizens and rulers of territories in combination with hints at their noble engagement for revealing wonders and marvels while also encouraging accountability of medical personnel and advancement of medical knowledge.

KEYWORDS

Augsburg | Fugger | Surgery | Late-Renaissance | Hospital-Foundation | Hospital-Space

The *Schneidhaus* (cutting house) in Augsburg was a remarkable premodern hospital characterized by a number of apparently unique features¹. The focus on very specific forms of surgery marks this foundation of the Fugger family even in the differentiated and specialized landscape of early modern hospitals in Augsburg. A rough outline of the hospital's characteristics provides a basis to the main argument of this paper: to summarize the foundation and running of the *Schneidhaus* as a usual representation of charity covers just one functional aspect. During main confessional crises the hospital, including its localization, also served to represent the Fugger as exemplary Catholic citizens. However, evasive traces of several build-

ings designated as *Schneidhaus* and singular hints at their architecture point to additional functions: the hospital also became a means to support the efforts of the Counts Fugger to establish themselves among the German (and European) noblemen by displaying model behavior as rulers and humanists. Several aspects of running the hospital support this argument, substantially assisted by an anonymous illustrated manuscript². The counts Fugger as those responsible for the preservation of the hospital and the foundation seem to occur as ideal rulers of their territories in the Holy Roman Empire and as partners of a vivid exchange of knowledge and treasurable things.

CHARACTERISTICS OF THE SCHNEIDHAUS, A ROUGH OUTLINE

From the sixteenth century onwards, the provision of medical services in the *Schneidhaus* was controlled, administered and financed by generations of the family Fugger to the beginning of the nineteenth century (Kinzelbach, 2021: in print). This hospital belonged to the context of charity and differentiated healthcare in the Imperial city Augsburg provided by the general hospital, the *Heilig-Geist-Spital*, and specialized houses such as the *Blatterhäuser*, plague-hospitals, the leper-houses, the *Pilgerhaus* and (by further foundations of the Fugger) two *Holzhäuser*, and a tiny hospital for servants (Stein, 2003: 95-139, Kinzelbach, 2001; Trometer, 1998: 35-400, Weidenbacher, 1926: 58-59, 118). A singular feature of the *Schneidhaus* is a specialization on specific forms of surgical treatment: Thousands of hospital patients had either bladder stones removed or received treatment for their hernia, mostly by 'cutting', and left the hospital after several weeks of care as 'cured'³. A rather intriguing problem in an issue about "Assistance Architecture" is

created by the fact that information on place, space, and actual buildings of this hospital remain somewhat obfuscated: though we are able to locate two buildings labelled as *Schneidhaus* (cutting house) or *Großes Schneidhaus* (big cutting house) and *Kleines* or *Neben-Schneidhaus* (small or neighboring cutting house) for the period between 1583 and 1737, two further houses seem to occur in different places. Two market-places, *Roßmarkt* and *Krautmarkt*, and a hill in a garden-area, *Gooshill*, will have to be considered as successive or alternate locations. Details are not discussed here because the context of localization provides crucial information for the general argument. Moreover, there is evidence that patients have been treated before 1583 and specialized surgeons were employed after 1737, the last surgeon leaving the *Kleine Schneidhaus* in 1806, when it was sold in the context of mediatization. This smaller house had been used frequently as living-quarter of the surgeons and as space for their private patients⁴.

1 The deadline for this paper was 31.12.2019 and it reflects the research-results at that time, accordingly. We would like to express our special gratitude to the archivists Franz Karg and Stefan Birkle in the Fugger archive in Dillingen for their continuous support. We also thank the team at the Stadtarchiv in Augsburg for their efficient services. Since September 2019 our research-project is funded by the Deutsche Forschungsgemeinschaft (German Research Foundation). See <<http://www.dmm-ingolstadt.de/forschung/schneidhaus-dfg.html>>. Due to the complicated history of the designated buildings I will limit this article to the period before the occupation of the hospital's rooms by Swedish soldiers in the 1630s.

2 Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt (DMM hereafter) Ms 112.

3 Fugger Archive (FA hereafter) 88.2 to 88.6; DMM Ms 112.

4 FA 88.1, 1806, 20.7. „Abschrift [...] Genehmigung.“; FA 88.2-88.6, esp. FA 88.2, 1590, „Aufgeben“ und „Einnemen“ (unpaginiert); FA 88.4 1622, fol. 20-22; FA 88.6, 1617 (12-16), 1624 (3), 1625 (7-8); FA 5.3.3. (1), (46-7, 60-8); FA 5.3.2.b (62-5); FA 532c, 1626.

THE FUGGER FAMILY: CHARITY IN AUGSBURG, AND EXEMPLARY CATHOLIC CITIZENS

The Fugger family is well known for their banking and trade empire. At the beginning of the sixteenth century, especially their loans to European rulers and other banking activities, supplemented by metal-trading had made them tremendously rich and their influence spread all over Europe and beyond (Häberlein, 2006: 36-118). The elevation to nobility is important for our analysis: In 1507 Jacob Fugger "the Rich" (1459-1525) acquired the territory of Kirchberg-Weißenhorn. He thus laid the basis for the aristocratic status of the Fugger family which was off-

cially achieved by his nephews in 1526 with the title of counts of Kirchberg-Weißenhorn (Hadry, 2008)⁵. At the same time Jacob established for this part of the Fugger family a tradition to act as charitable citizens of Augsburg in conjunction with acts of allegiance to the Emperor and to the traditional faith. At the onset of Reformation Jacob presented himself as an exemplary Catholic citizen by investing not only in Church-related funds but also financing the first big social housing complex in Europe still in use, the *Fuggerei* (Scheller, 2004: 16-17, 127-237).

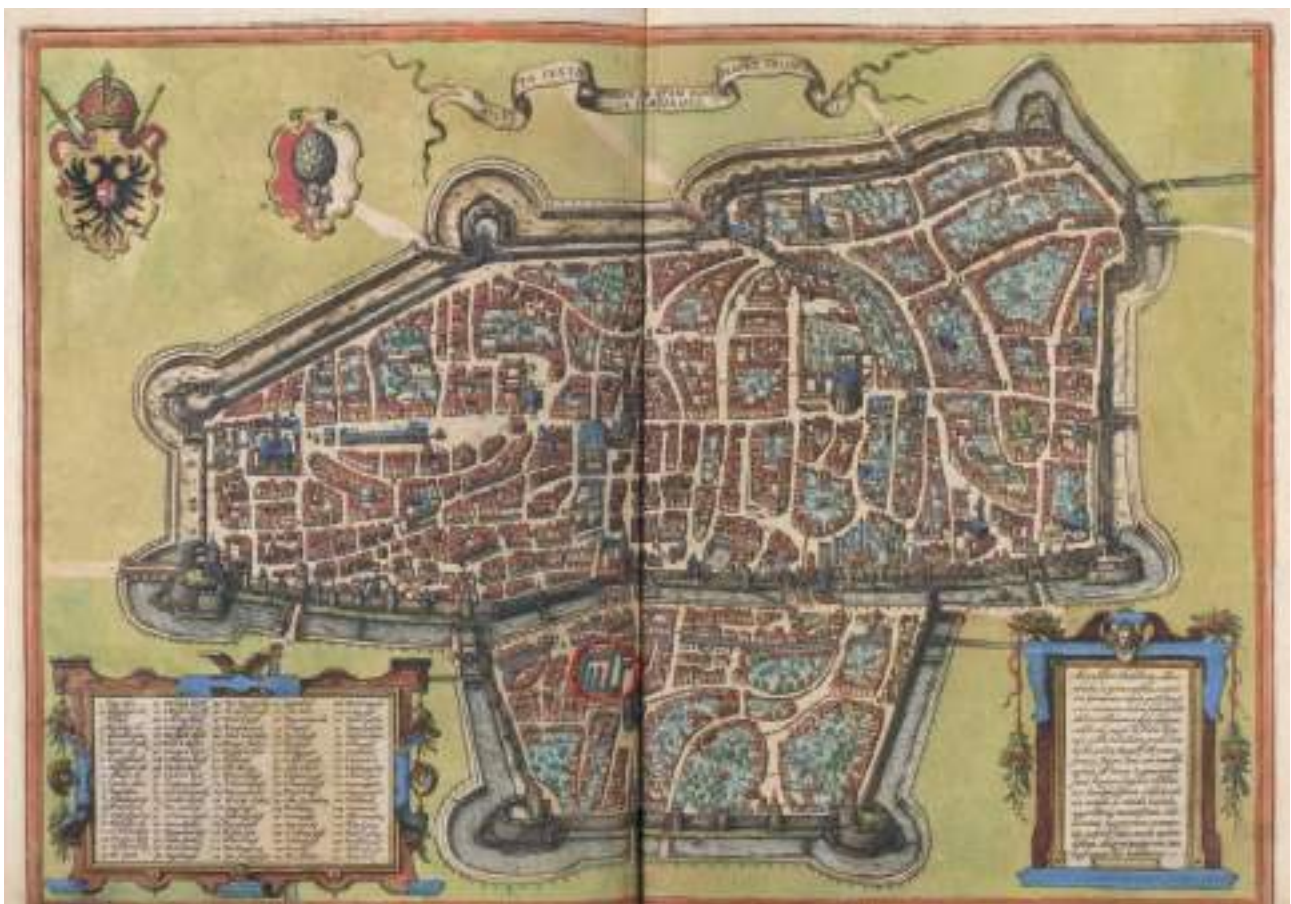


Fig. 01. Braun, Georg; Hogenberg, Franz; Novellanus, Simon: Beschreibung vnd Contrafactur der vornembster Stät der Welt. © <http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/braun1582bd1/0089>, 11.10.2016; red marking of the *Fuggerei* by A. Kinzelbach.

⁵ See <[http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Kirchberg-Weißenhorn, Herrschaft](http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Kirchberg-Weißenhorn,_Herrschaft)>.

In image one the big complex of the *Fuggerei* (marked in red) is one example of how members of the Fugger family inscribed themselves into the diversified charitable landscape of Augsburg (Werner, 1899: 16-17). Into this monastery like complex of 52 houses the Fugger also integrated their first hospitals (Weidenbacher, 1926: 22). By the 1540s a first *Schneidhaus* is mentioned close to this complex and the church St. Jacob⁶. It must have been built as part of the financial and juridical restructuring of Jacob's pious and charitable foundations that was performed by Jacob's nephew Anton Fugger (1493-1560). Anton became count of Kirchberg-Weißenhorn as well as the main manager of the Fugger businesses (Karg, 1994; Häberlein, 2006: 36-95) and continued his uncle's confessional activities during a period of severe tensions between the Catholic Habsburg Emperor and a majority of citizens in Augsburg who supported the Reformation (Warmbrunn, 1983: S. 1-88, 248-315). Close to the end of his life, in 1560, Anton Fugger followed the example of his uncle by underlining his model behavior as a charitable Catholic citizen: in a codicil to his will he stated to have spent annually about 1,200 Florins for curing poor persons suffering especially from *calculus* (bladder stone), *bruch* (hernia) and *carniffel* (scrotal tumor) as a charity. This charitable practice he wanted to be continued in perpetuity. Therefore, Anton provided the financial foundation for the *Schneidhaus* and, in parallel, fixed the supervision for all future. He stipulated that 28,000 Florins with fixed annual interest of 1,400 Florins be given for the benefit of those poor patients. Their medical treatment, food and care were to be covered. Surgery was to be performed by two named surgeons employed by him before (Simnacher and Preysing, 2, 1992: 158-160). His eldest son, Marx (also Marcus) Fugger (1529-1597), was to become supervising administrator, followed by male heirs and successors living in Augsburg⁷. Sources in the Fugger archive show that the sons Marcus and Hans Fugger (1531-1598) and grandsons, for example, Marx (1564-1614) and other heirs such as Georg Fugger (1577-1643) fulfilled what their ancestors expected: During periods of confessional tensions they vindicated the image of exemplary Catholic citizens by initiating further chari-

table spending in the context of the *Schneidhaus* (Kinzelbach, 2021, in print).

During the sixteenth and first half of the seventeenth centuries the Fugger families played a major role as supporters of the Catholic Emperors (Häberlein, 2006: 36-119). This political stance pushed their elevation to nobility and made them Janus-faced for citizens in Augsburg. Major tensions occurred during the period before and after the council had introduced the Reformation in 1533 (Kießling, 2011). The Lutheran majority of inhabitants were suspicious, some even spreading rumors that the Fuggers were plotting against the Lutheran government (Wüst, 2015: 71-73). Mistrust between the city administration and especially Anton Fugger amounted to a degree which prohibited the founding of a hospital in Augsburg in 1541. Not much later, however, members of the Fugger family were able to ease communication with the powerful Catholic neighbor in Bavaria and other Catholic sovereigns during the Schmalkaldic War (1546-1547). Anton Fugger, whose wife was the daughter of a patrician councilor, even negotiated the reconciliation between the government of Augsburg and Charles V (1500-1558), the emperor who had defeated the Protestant league (Pölnitz and Kellenbenz, 1967: 160-553; Scheller, 2004: 241-246). This resulted in a reestablishment of the old elite and a participation of Catholic citizens in the government of the city, among these the Fugger family. Anton's heirs remained in powerful political offices until Swedish troupes occupied the city in 1632 to 1635⁸.

The pious and charitable foundations of the successors of Jacob and, then, of Anton Fugger have to be seen against this background. One aspect, certainly, was a representation of Catholic charity as a fundamental contribution to the benefit of the poor. The Lutheran government had reorganized many charitable institutions which resulted, for example, in 1543 in an exclusion of Catholic inhabitants from "St. Jakob-Pfründ", a hospital run by Lutheran administrators (Herberger, 1848: 16-19). Such punishment of confessional opposition was also performed by Anton Fugger. In 1548, during his reorganization of Jacob's foundations, he was assigning a separate juridical status to the

⁶ Fuggerarchiv (hereafter: FA) 5.3.2d; Stetten, 1743: 311.

⁷ FA 5.3.2.d, (3) No. 1; FA 88.1, 28.5.1586; FA 88.2, 1586, fol. 5-7.

⁸ Bayerische Akademie der Wissenschaften: Die Chroniken der schwäbischen Städte. Augsburg 7. Stuttgart, Gotha: Perthes 1917: 57-64, 76, 109, 141; Stetten, Paul von. *Geschichte Der Heil. Röm. Reichs Freyen Stadt Augspurg: Aus Bewährten Jahr-Büchern Und Tüchtigen Urkunden Gezogen*. 2 vols. 1. Frankfurt: Merz und Mayer, 1743. [1. Teil bis 1627]: 326, 360, 385, 399, 402-407, 434-435, 757-758, 806, 811, 819.

Holzhaus and had banned all citizens of Augsburg from access to this hospital (Stein, 2003: 132-133). In the second half of the sixteenth century, a bi-confessional regiment was established in Augsburg accompanied by an institutionalized framework for quarrelling between Lutheran and Catholic inhabitants (Warmbrunner, 1983). This can be seen as one reason for less confrontational behavior of Anton's successors as administrators of the *Schneidhaus* foundation. From the 1570s, as soon as sources allow to trace the origin of patients in the *Schneidhaus*, we can see that Anton's son Marcus Fugger admitted inhabitants of Augsburg as did his brother Hans Fugger (1531-1598) as well as their successor as administrators the nephew and namesake Marx Fugger (1564-1614)⁹. This conciliatory attitude might be attributed to their Humanist education and a vivid Humanist culture in Augsburg (Ferber, 2010: 411-419; Müller, 2010: 4-10). However, such apparent or imaginable tolerance did not exclude that Anton's heirs continued to represent themselves as exemplary Catholics in similar context. The *Kalenderstreit*, the calendar reform introduced by Pope Gregory XIII in 1582 which led to social unrest in Augsburg, can be given as one

of several examples (Roeck, 1989: 125-133). In his correspondence Hans Fugger stressed in this crisis rather strongly that persons agitating against this reform destabilized the society (Dauser, 2008: 12-23, 251-281). Furthermore, in 1586, while serious conflicts prevailed in Augsburg, Marcus added another 4,000 Florins to the capital of the *Schneidhaus*.¹⁰ This underlines that for the Fugger their hospitals remained a means to demonstrate their continued contribution to the benefit of the poor, especially during periods of confessional conflict. Most obvious became the zealous Catholicism in the Imperial general Ottheinrich Fugger (1592-1644): during the Thirty Years' War, after the defeat of Augsburg, he became Imperial governor of the city and tried to re-establish Catholicism as the only valid confession. He even was responsible for initiatives to expell Lutheran inmates from hospitals (Haberer, 2004: 308-334; Herberger, 1848: 32-33). More differentiated insights into how far a representation of exemplary Catholic counts shaped attitudes and influenced the running of the *Schneidhaus* will be provided by further analysis of the account-books, which are beyond the goal of this article (Kinzelbach, 2021: in press).

ELUSIVE HOSPITAL SPACES AND ARCHITECTURE AS REPRESENTATION OF NOBILITY

Over decades and centuries, the history of the *Schneidhaus* became blurred for various reasons: The buildings were occupied and partly damaged during the Thirty Years' War and the various hostile occupations of Augsburg. Moreover, other hospitals cared temporarily for those patients that were financed by the *Schneidhaus* foundation and were cured by surgeons appointed by the Fugger. Last but not least during the eighteenth century some family-members of the Fugger voted for selling a couple of hospital-spaces; and at the present stage of our research it is only clear that the *Nebenschneidhaus* was sold in 1806 (Kinzelbach, 2021, in press).

Image two shows three different locations for a hospital specializing in surgery – as the literal denomination as 'cutting-house' suggests. In research literature

the existence of a *Schneidhaus* is mentioned but it is placed at two different locations: the *Roßmarkt* (Horse Market), (Stein, 2003: 136; Simnacher, 1960: 98) and *Gänßbühel* (Goose Hill), (Pölnitz, 1971: 16; Kellenbenz, 2001: 437-438). The location at the market also adjoined the busy *Reichsstraße* close to the main part of the city, whereas the location on the hill transferred the hospital into a garden area at the outer north-eastern end of the suburb St. Jakob.

A third location appears in archival sources that reveals much of the functions imbedded into the mere localization of these hospitals. The very first version of the *Schneidhaus* was placed at the *Kohlmarkt* (Cabbage Market). As indicated in image three, this is a place close to the Fuggerei.¹¹ According to the text in image three, it was funded by several counts Fugger.

⁹ FA 5.3.2d; FA 66.1, fol. 161 (li); FA 88.2; DMM Ms 112.

¹⁰ FA 88.1, 28.05.1586.

¹¹ FA 5.3.2d.



Fig. 02. Braun, Georg; Hogenberg, Franz; Novellanus, Simon: Beschreibung vnd Contrafactur der vornembster Stät der Welt. © <http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/braun1582bd1/0089>, 11.10.2016; red marking of Roßmarkt (towards the left), Kohlmarkt (almost in the middle) and Gänßbühel (towards the right) by A. Kinzelbach



Fig. 03. Leaflet announcing the "Fuggerische Schneidhaus" in 1540, © Fugger Archive 5.3.2d

Anton Fugger as administrator acted in the name of his late brother Raymund Fugger (1489-1535)¹².

The leaflet shown in image three announces¹³:

Herewith it is announced to all subjects of the Fugger that in 1540 the lords Fugger have founded a certain house in the Imperial city Augsburg. [This house] is denominated as Schneidhaus of the Fugger. It is to be found in the Jacob suburb on the Krautmarckt. There, may register all subjects of the Fugger suffering from various blindness, [bladder-] stone, hernia, cancer, scrotal hernia [and other forms of scrotal tumors], scurvy, the French disease and similar diseases. Such persons can be cured there free of charge; everybody will receive a positive reply. Note that the young suffering from hernia can be cured without surgery.

The *Krautmarkt* had been established as a separate market in 1529 close to the church St. Jacob¹⁴. The various hospital spaces in the *Fuggerei* were placed also next to St. Jacob (Weidenbacher, 1926: 60-61). Since no further evidence of this specific surgical hospital could be found, the aforementioned leaflet referred probably to a hospital which was not managed as usual by the administrator in the *Fuggerei*, in that case the records have not been kept. An alternate explanation is that, in 1540, Anton made use of already existing hospital-space inside the *Fuggerei* which was provided with this new purpose: Among these was the small "Krankenhaus für Fugger'sche Diener (hospital for servants of the Fugger)" and a hospital that later sources and historians named the *Holzhaus* (woodhouse), where people primarily suffering from the French disease received medical treatment (Weidenbacher, 1926: 112-122; Stein, 2003: 128-135). This implies that the purpose of the *Schneidhaus*, including its designation, would have been changed as early as 1544, such fast alterations seem unlikely¹⁵.

The location (at a market place) together with the chosen form of publication (an announcement via leaflet) indicate that the family Fugger made use of their charitable institutions in more than one way. The traditional pious and memorial functions still applied – as in other

pious and hospital foundations (Scheller, 2012: 31-171). However, the *Schneidhaus* also served as a means to represent an ideal citizen and sovereign. By placing it at locations frequented by citizens as well as trading peasants from surrounding and own territories and, additionally, by announcing the hospital via leaflet the Fugger transferred their engagement for the poor and suffering publicly to model behavior. First of all, such publication of a hospital founding could occur as a general contrast to politics of the Lutheran government: In the aftermath of the Reformation the governors transferred a hospital that served wealthier and well established inmates – it accepted exclusively retired members of the council and citizens – into space that had been owned by a monastery where a "wonderful building" was constructed (Herberger, 1848: 14-16). In providing a different image which might serve as model behavior towards the poor, the Fugger also aimed at inhabitants of the city. Inside the walls, it might have been considered as a response to a repeated critique of an ostentatious lifestyle, especially of Anton Fugger's family. Anton and his sons, for example, had reconstructed houses into palaces in which emperors stayed as guests and they had performed expensive festivities when children married (Lieb, 1958, S. 90: 158-203; Pölnitz, Kellenbenz 1986: 348-356; Mauer, 2001: 101-106).

Second, the announcement of a hospital for subjects of the Fugger was another step to represent model noblemen and a definitive step towards integrating inhabitants of the acquired territorial and feudal property. Only few explanations for this function can be developed in this paper, more of the complex set are developed in a separate paper (Kinzelbach, 2021b: in press). The arguments will be based on an explanation of the rather intriguing role of a surgeon-family and they need the context of the complicated story of the *Schneidhaus* property.

Intriguingly, since 1543 several specialized surgeons are first in leaving traces indicating that the hospital intended by Anton Fugger was actually working, among these was Mauritz Stromair who also embodied the public office as *pruch vnnd Stainschneider* (lit. cutter of hernia and bladder-stones) of the Imperial city¹⁶.

12 This is recorded for the *Holzhaus* in 1548, FA 66.1-1, fol. 45.

13 FA 5.3.2d (My translation remains close to the early modern text, where possible. The punctuation is changed in order to provide a clearer structure. Where necessary for comprehensibility, I am rendering free).

14 Stetten, 1743: 311 Kohl-Märckte.

15 FA 66.2-1, s.f. (1544); FA 66.1-1, fol. 44-52.

16 FA 1.2.1, fol. 2v, 4-5, 7-8, 14, 18, 20 and s.f. (1543); FA 5.3.2b; FA 88.2, 1571; 1574. The members of the family Stromair will be

In Anton Fugger's will from 1560, his son Joseph Stromair is mentioned as one of the surgeons who should receive compensation from the hospital foundation for performing surgery of hernia and bladder-stones, as before (Simnacher and Preysing, 1992: 160). Joseph seems to have continued his commissioned surgery: the onset of the series of account books for the foundation of Anton in 1571 proves that he received compensation for performing surgery of hernia and bladder-stones on 89 persons¹⁷.

Moreover, another member of the family Stromair assisted in establishing a permanent localization for a big and a small *Schneidhaus*. As mentioned above, in 1540 the city-council had rejected the foundation of another Fugger hospital, so this acquisition resembles a cherished schedule. In August 1583, Moritz Stromair acquired two houses, courtyards and a garden by the *Roßmarckt* in the vicinity of Friar's Gate¹⁸. These buildings were to become the big *Schneidhaus* and the smaller *Nebenschneidhaus* of the Fugger: Stromair sold his property to Marcus, Hans, and Jacob Fugger after less than four months after purchasing them¹⁹. It seems that this transaction was based on either a clientele or a patronage relationship between the Fugger and the Stromair families. Moritz Stromair was a *Schnittarzt*, a specialized surgeon, and citizen of Augsburg coming from a family that had been established in pertinent public offices since 1543. In 1579 he had received a contract for the public office of specialized surgeon (*statt Schnittarzet vnnd diener*) similar to his ancestors²⁰. It is not yet clear where Joseph and other members of the Stromair family cured their patients before 1583.

From December 1583 the big *Schneidhaus* and the smaller *Nebenschneidhaus* were run in a building combination near the *Roßmarckt* (horse market). Unfortunately, today only size and structure of the smaller building can be seen.



Fig. 04. A 2019 photograph of the present-day *Nebenschneidhaus* located near the horse market, photo by A. Kinzelbach

The big hospital was destroyed during World War II. The smaller house (see image four) with the exception of the roof is built similar to the rough plan of a hospital-construction in 1571 (depicted in image six). However, since it currently is not designated as a protected monument, the building may have been reconstructed later. This implies also that the recently altered curb roof which could have been typical for Renaissance-buildings in Augsburg as well as for those built during the eighteenth century became no decisive factor²¹.

The structure of the hospital buildings followed property rights as well as technical necessities and medical needs and they seemed to perform representational functions. The basis for the latter, however, is a discussion of functions and the complicated history of acquisitions and sellings. The two buildings were ar-

described in more detail in a forthcoming paper. First results have been published in a conference: Kinzelbach, Annemarie. Transforming Skills: Two Early Modern Manuscripts and Surgery of Hernia in Early Modern Imperial cities, paper presented on 2.9.2020 during the ESHS-conference, Bologna, online, room 10, S4 Learning by Doing and Doing to Learn: Skills, Texts and the Materiality of Surgical Knowledge in Early Modern Europe – 2, Abstracts, S. 190-191. An article under this title is forthcoming

17 FA 5.3.2b; FA 88.2, 1571.

18 Stadtarchiv Augsburg (from here StadtAA) Litera-Register mit Grundbuchkopien G 325, and G 326, 323, 322; StadtAA Repertorium Grundbuchauszüge Bd. XV G 1-340.

19 FA 103.4, 2.12.1583.

20 StadtAA 00129 Urkundenselekte-Bestellungsurkunden, 1579 Dezember 16, Moritz Stromair, Bürger.

21 Stadt Augsburg – Untere Denkmalschutzbehörde, Häuser-Plan der Kriegszerstörungen 1944. Special thanks to Gerhard Huber, Stadt Augsburg – Untere Denkmalschutzbehörde, who shared his specific knowledge in a most helpful and efficient way and assisted thus in identifying these buildings.

ranged in an L-formation. In image four is visible how the small *Nebenschneidhaus* – situated exactly in the same neighborhood of other buildings as its earlier version – adjoined at the one side open space and at the backside was separated by a clearance from a neighboring building. How tiny distances were separating neighbors in early modern Augsburg can be seen in image five, in which the Fuggers' property between the street and the river Lech is marked red – two houses joined at street-level, a garden, shared courts



Fig. 05. Location of the large and small *Schneidhaus* with a garden in Augsburg, Wengplan 1874, © Stadt Augsburg - Untere Denkmalbehörde; annotations made by A. Kinzelbach.

and spaces for air or ditches for roof water²².

Image 5 shows how one neighbor (no. 324) was surrounded at two sides by the backside of the small *Schneidhaus* (no. 326) and side-parts of the big *Schneidhaus* (no. 326) with adjoining garden and how these houses shared an inner courtyard (bigger red oval mark) giving access to the river Lech (here *Ochsenlech*). The courtyard could be entered from the garden at the backside of the big hospital²³. The smaller building served primarily as home and private hospital for the surgeons (*Schneidarzet*) who often did not have to pay rent²⁴.

The bigger house, often named *Großes Schneidhaus*, sheltered the patients coming for surgical treatment

and was equipped for medical purposes and care in a functional manner, including aesthetic aspects²⁵. The rooms for *Schneidhausvater* (lit. hospital father) and *Schneidhausmutter* (lit. hospital mother), both responsible for the care of patients, and the kitchen were on the ground floor. On the second floor, medicine and caregiving prevailed: surgery was performed in a room facing the street. Windows of rooms for patients were oriented towards the garden and provided with glass-windows to provide light and ventilation. Glass allowed light to enter the rooms while also keeping warmth produced by several tile stoves inside, since winter, but also spring, and autumn could bring cold temperatures to Augsburg. Windows and their orientation provided promises of good recovery since also the noises of a busy street were kept out, and gardens were appreciated in medical and city-related literature as healthy and recreational spaces (Rawcliffe, 2008). The glass-windows needed almost annual repair, so the Fugger family – most probably encouraged by the surgeons who needed light for the performance of surgery – must have appreciated the functional and perhaps also the representative aspect of window glass as signal of wealth (van Dülmen, 1999: 63-65)²⁶.

The required rooms must have been spacious enough to even permit cures that lasted for thirteen weeks, because patients remained in the hospital to the point they felt cured. For instance, between November 1596 and November 1597 the appointed surgeon performed 71 operations. His patients, admitted on average every fifth day, stayed most often between six and seven weeks to cure their wounds²⁷. So at the very least ten beds were necessary and this fits nicely into an inventory written in 1626. Six beds for adults and four beds for young persons are listed and nine bed curtains, and additionally, three cots and a bed with green curtains for the ward guardian, the same color as the curtains for the windows²⁸. The numbers of straw- or bran-mattresses (32) and of bed-covers (23) suggest that not only mothers of small children under age one stayed with the baby-patients, but other kin probably joined the patients, also. The joined access

22 Augsburg – Untere Denkmalbehörde, extract Augsburg Wengplan 1874; StadtAA Litera-Register mit Grundbuchkopien G 325, and G 326, 323, 322; StadtAA Repertorium Grundbuchauszüge Bd. XV G 1-340; FA 103.4, 2.12.1583; FA 5.3.3 (2) 1750-1760.

23 Augsburg – Untere Denkmalbehörde, section of Augsburg Wengplan 1874; the relation between the properties is visible best in Augsburg Urkataster ca. 1810, Freistaat Bayern.

24 FA 5.3.3 (1) 14.3.1609; 1.10.1626; 3.7.1647; 5.7.1660.

25 Details are recorded as well in the account-books FA 88.2-88.5 as in several voluminous files FA 5.3.2b-d, FA 5.3.3.

26 FA 88.2-88.5; FA 5.3.3; 5.3.2c.

27 FA 88.3.

28 FA 5.3.2c.

for mother and child is recorded in account books, whereas other kin is not mentioned, perhaps because they financed their residence themselves.

Further aspects of health for body and soul seemed to matter (Henderson, 2006): The hospital was equipped with a bath, with privies and a separate washhouse. A sewer channeled wastewater into a ditch which flowed into the river. Since the performed surgery was accompanied by blood-loss and the usually disposal of blood in ditches was forbidden in Augsburg, the access to the river (as shown in image 5) was important. Concern for the soul – and for enhancing Catholicism – becomes obvious in the detailed account of *Handtbüchlen* (hand books) which listed five Catechisms, and ten books with pious content and only three books focusing other issues as for example the solstice²⁹.

The localisation of the *Schneidhaus*-buildings suggests not only practical considerations but also representational functions. The combination of two houses facing the *Reichsstraße*, a very busy street coming from Bavaria and leading into Swabia and Franconia, could have served to send messages into these territories underlining the noble engagement of the Fugger for the poor. Moreover, acquiring and running a hospital at a market place, the *Roßmarkt*, marked in image 2, points to a similar intention, especially because this was the market which provided the city with meat. Additionally, the Fugger were making a confessional statement by positioning their hospital as near as possible opposite the façade of “St. Jakob-Pfründ” and a newly enlarged and transferred Lutheran hospital. The “St. Jakob-Pfründ” hospital had been established during the 1540s in the former monastery of the friars by the Lutheran government, as mentioned above (Herberger, 1848: 14-19). The new hospital emerged shortly before the sons of Anton Fugger bought the houses belonging to the *Schneidhaus* in the same main road: The *Pilgerhaus*, a densely populated hospital controlled by Lutherans, was enabled to move into the *Reichsstraße*, away from too small housing, by a foundation of Martin Zobel in 1578. Zobel’s enterprises were similar to those of the Fugger, yet he

was member of the leading Lutheran elite in Augsburg (Trometer, 1998: 35-47).

There is, however, more to be said concerning the architecture of the *Schneidhaus*: It is well known that Fugger palaces and chapels served as representations of extraordinary citizens, pious Catholics and humanist noblemen (Lieb, 1958: 158-195, 266-290; Häberlein, 2010: 25-27, Karg, Fugger, 2008: 3-31). This paper suggests that the heirs of Anton Fugger also represented themselves as humanists in hospital-buildings and in acquiring knowledge in the context of this specific hospital. In order to analyze this aspect the third location suggested by the literature will be considered: the *Gensbühl* (goose hill) is named as place for the *Holzhaus* and for the *Schneidhaus* (Pölnitz, 1971: 16; Kellenbenz, 2001: 437-438). For some decades the financial basis for these two hospitals was destabilized and so, following financial need and the aftermath of the Thirty Years’ War, the *Schneidhaus* might have been transferred temporarily to goose hill: the financial basis for the hospitals, especially the silver-mining, became unreliable³⁰. Financial shortages also may have led temporary to an alternating opening of both hospitals as suggested by Claudia Stein (Stein, 2003: 137). Though Stein’s conclusion is based on one unreliable source, the account books show that from 1610 the summer-brake in the *Schneidhaus* extended from about three weeks during the sixteenth century to 25 weeks in 1622 and more than 34 weeks in following years³¹. The situation worsened because soldiers occupied the rooms for patients in the *Schneidhaus*. Moreover, in the period of dearth in Augsburg house father and house mother had stripped the hospital of most what the soldiers had left of the equipment.³² So, in 1638 patients of the surgeon appointed by the counts Fugger recovered in the aforementioned Lutheran *Pilgerhaus*. The government of Augsburg wished to alter this situation not least because the war had shown damaging effects on financial resources of city and citizens (Roeck, 1989: 870-876, 882-885)³³. Moreover, in 1642 the surgeon appointed for the Fugger foundation appealed to re-open the *Schneidhaus*, at least partly. An on-site inspection in 1647, however, revealed serious damage and implied even

29 FA 5.3.2b; 5.3.2c 1626, 1633.

30 FA 5.3.3 (2-35, 39-40).

31 FA 88.3, 88.4, 88.5, 88.6.

32 FA 5.3.3, 7.11.1638, 7.12.1638.

33 FA 5.3.3 (31-33).

that the *Nebenschneidhaus* could collapse³⁴. From the second half of the seventeenth century the *Schneidhaus* became the home of the surgeons and traces of cures for patients in this house are still missing³⁵. Attempts to sell the hospitals in 1648 and 1737 resulted in serious conflicts within the Fugger families, and it is not clear whether vain attempts to regain a *Schneidhaus* referred to one of the two houses on the *Roßmarkt* or to the hospital on goose hill³⁶. Though singular scribes occur not familiar with the actual places, it is in the eighteenth century, when the location of the hospitals suddenly were mixed up: In 1738, the small *Schneidhaus* is located at goose hill³⁷.

Bearing in mind that probably goose hill was the third location of the *Schneidhaus*, it seems justified to include the architecture of the hospital on goose hill in this article and continue the quest into the meaning of hospital architecture for representative purposes of the Fugger family.

This sketch of a new hospital situated on a slope was provided by the master mason of the Fugger foundations, Benterieder, in 1571³⁸. Benterieder alluded in his outline of the façade freely to Late Renaissance-Elements, for example Tuscan order and rustication of the first floor and a rather playful adaptation of elements at the windows, as suggested, for instance, by Sebastiano Serlio³⁹. The big library of the counts Fugger most probably contained Serlio's illustrated work, because that would be expected from rich merchants eager to become leading humanists (Häberlein, 2006: 142-163)⁴⁰. Moreover, the sketchy outline of the windows on the second floor suggests familiarity with the newly built façade of Villa Giulia in Rome; since the counts Fugger also provided loans to Roman Popes, the counts were familiar with ongoing constructions in the pontifical state (Stetten, 1762). The plans suggest a building covering about 110 square meters of ground, organized over a vaulted cellar in three storeys. As mentioned above, size and structure resemble the small *Schneidhaus*, the present situation is depicted in image 4. Even the chimney is to be found at the same place in the only roughly sketched roof with two dormers (image 6). The whole building alludes to the fact that the heirs of Anton Fugger modelled even a rather small hospital into a representation of what the family members wished to communicate to the citizens of Augsburg and to visiting inhabitants of surrounding territories, including the newly acquired Fugger territories: A fusion of exemplary charitable citizen, humanist European nobleman and responsible ruler of territory.

A manuscript belonging to the context of the *Schneidhaus*, underlines this conclusion and opens new perspectives, at the same time⁴¹.



Fig. 06. Rough sketch of the façade of a new hospital on goose hill by the master mason Benterieder, ca. 1571; ©FA 5.3.2b

34 FA 5.3.3 (37-45).

35 FA 5.3.3 (53-102).

36 FA 5.3.3 (102-275); FA 5.3.3 (2) 7.12.1757.

37 FA 88.4, 1623, p. 22; FA 5.3.3 (252).

38 FA 5.3.2b.

39 Serlio, Sebastiano. *Extraordinario libro di architettura*, Venetia 1560: Marchio Sessa fratelli, illustrations (for example VI, XII);

40 In 1656 a Fugger library was sold containing 15.000 volumes, Stetten, 1762: 205. Diverse Fugger libraries are now incorporated in scientific public libraries in Munich <<https://www.bsb-muenchen.de/sammlungen/bestandseueberblick/bestandsgeschichte/>> and Augsburg <<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/uber-uns/ausstellungen/markus-fugger-bibliothek/>>.

41 Deutsches Medizinhistorisches Museum, MS 112.



Fig. 07. Illustrated Manuscript representing records of surgery and bladder stones, MS 112, © Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt.

The anonymous manuscript in the museum in Ingolstadt displays 20 similar double-pages with adorned records of cures of hernia on the left and disembodied bladder stones on the right side. All-in-all it represents an elaborate, though odd account of surgery on 704 different patients because many details but no dates are given, one singular exception is dated December 1617. Comparison with account-books from the Fugger archive revealed that all cures were performed in the *Schneidhaus* of the Fugger during the first decades of the seventeenth century⁴². Though neither author nor initiator of the manuscript are known, this manuscript could fit perfectly into the developed arguments: The opposite folios could be seen rather simplistically as a form of representation for success in the running of an innovative hospital. The purpose of treatment was to release cured patients and only few red crosses signaled total medical defeat because of the death of patients. Documenting a specifically successful hospital for the public might have enhanced the prestige of Marx Fugger (1564-1614) in a time of increasing confessional and social tensions shortly before and during the first decade of the Thirty Years' War⁴³.

However, the manuscript's artful illustrations point at a broader goal. The pictures of bladder stones, especially the variety of the stones presented to the reader, also provide an argument in a scholarly or learned

debate (Kusukawa, 2012: 250). This also would not only fit perfectly into the image shaping of a family with an increasingly learned tradition and humanist engagement. The contribution to a scholarly debate was, additionally, enhanced by a collection of natural objects gathered from the invisible parts inside the human body. The manuscript's illustrations represented these objects and made them to marvels of God's creation. As Mark Meadow underlined, the Fugger participated in a system of collectors and purveyors of marvels which allowed them to place "themselves within an intellectual and social milieu that furthered much more than their business goals. As a result, at least in part, the Fuggers gained the rank of minor nobility, status as legitimate scholars and humanists, a role as patrons of the arts, scholarship, and technology" (Meadow, 2002: 184). Moreover, the manuscript was a means to proceed beyond architecture which was tied to one place – Augsburg. The manuscript transferred practices inside the *Schneidhaus* into transportable evidence, thus allowing the counts Fugger to display, wherever necessary, their practice as models for Catholic charitable citizens and rulers of territories in combination with hints at their noble engagement for revealing wonders and marvels while also encouraging accountability of medical personnel and advancement of medical knowledge.

42 FA 88.3-88.5.

43 FA 5.3.3. (1) 14.3.1609.

REFERENCES

- DAUSER, Regina – *Informationskultur und Beziehungswissen: Das Korrespondenznetz Hans Fuggers (1531 - 1598)*. Tübingen: Niemeyer, 2008.
- HABERER, Stephanie – *Ott Heinrich Fugger (1592 - 1644): Biographische Analyse typologischer Handlungsfelder in der Epoche des Dreißigjährigen Krieges*. Augsburg: Wißner, 2004.
- HÄBERLEIN, Mark – *Die Fugger: Geschichte einer Augsburger Familie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.
- HADRY, Sarah – “Kirchberg-Weißenhorn, Herrschaft.” Dokumente: Die Schlösser in Kirchberg und Weißenhorn. Accessed December 2, 2019. [http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Kirchberg-Weißenhorn, Herrschaft](http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Kirchberg-Weißenhorn,_Herrschaft).
- HENDERSON, John – *The Renaissance Hospital: Healing the Body and Healing the Soul*. New Haven: Yale Univ. Press, 2006.
- HÄBERLEIN, Mark – “Eine kurze Geschichte der Fugger.” In (Hg.), *Die Fugger im Bild. Selbstdarstellung einer Familiendynastie der Renaissance*. Edited by Bayerische Staatsbibliothek. Luzern: Quaternio, 2010, pp. 15-28.
- FERBER, Magnus Ulrich – “»Cives vestros sine controversia habeo pro Germaniae cultissimis«: Zum Verhältnis von Späthumanismus und Konfessionalisierung am Beispiel der bikonfessionellen Reichsstadt Augsburg.” In *Humanismus und Renaissance in Augsburg: Kulturgeschichte einer Stadt zwischen Spätmittelalter und Dreißigjährigem Krieg*. Edited by Gernot M. Müller. Berlin, New York: de Gruyter, 2010, pp. 409-420.
- KARG, Franz – “Anton Fugger - Kaufmann und Bauherr - Mäzen und Stifter.” In *Anton Fugger (1493 - 1560): Vorträge und Dokumentation zum Fünfhundertjährigen Jubiläum*. Edited by Johannes Burkhardt. Weißenhorn: Konrad, 1994, pp. 117-35.
- KELLENBENZ, Hermann – *Anton Fugger - Persönlichkeit und Werk*. Studienausg. Augsburg: Wißner, 2001.
- KIESSLING, Rolf – “Eckpunkte Der Augsburger Reformationsgeschichte.” In *Im Ringen Um Die Reformation: Kirchen und Prädikanten, Rat und Gemeinden in Augsburg*. Edited by Rolf Kießling and Lee P. Wandel. Epfendorf, Neckar: Bibliotheca-Academica-Verl, 2011, pp. 29-41.
- KINZELBACH, Annemarie – “Von Wohltätern und Heilkundigen. Die Akteure im Schneidhaus der Fugger.” In *Augsburg – Europäische Stadt der Medizin. Urbanisierung und Medikalisation vom Mittelalter bis zur Gegenwart*, Augsburg 2021, in print.
- _____ – “Reichsstädtische Hospitäler und Region in der Vormoderne.” In *Geschichte der Medizin in der Region*. Edited by Dietmar Schiersner, Augsburg 2021, in print.
- _____ – “Hospitals, Medicine, and Society: Southern German Imperial Towns in the Sixteenth Century”. *Renaissance Studies* 15 (2001): 217-28.
- KUSUKAWA, Sachiko – *Picturing the Book of Nature: Image, Text, and Argument in Sixteenth-Century Human Anatomy and Medical Botany*. Chicago: University of Chicago Press, 2012.
- LIEB, Norbert – *Die Fugger und Die Kunst: 2. Im Zeitalter der Hohen Renaissance*. München: Schnell & Steiner, 1958.
- MAUER, Benedikt – “„Gemain Geschrey“ und „teglich Reden“: Georg Kölderer - ein Augsburger Chronist des Konfessionellen Zeitalters.” Augsburg: Wißner, 2001.
- MEADOW, Mark A – “Merchants and Marvels: Hans Jacob Fugger and the Origins of the Wunderkammer.” In *Merchants & Marvels: Commerce, Science, and Art in Early Modern Europe*. Edited by Pamela H. Smith and Paula Findlen, 182-200. New York: Routledge, 2002.
- MÜLLER, Gernot Michael – “Einleitung”, In *Humanismus und Renaissance in Augsburg. Kulturgeschichte einer Stadt zwischen Spätmittelalter und Dreißigjährigem Krieg*. Edited by idem. Berlin: de Gruyter, 2010, pp. 1-28.
- PÖLNITZ, Götz von – “Die Fuggerischen Stiftungen: Vortrag Vom 7. Juni 1958.” In *Stiftungen aus Vergangenheit und Gegenwart: 2*. Edited by Heinrich Berndt et al. Tübingen: Mohr, 1971.
- PÖLNITZ, Götz von, and Hermann Kellenbenz – *Anton Fugger*. 5 vols., vol. 2.1. and 2.2. Tübingen: Mohr, 1967 and 1986.
- RAWCLIFFE, Carole – “‘delectable Sights and Fragrant Smelles’: Gardens and Health in Late Medieval and Early Modern England”. *Garden History* 36 (2008): 3-21.
- ROECK, Bernd – *Eine Stadt in Krieg und Frieden: Studien zur Geschichte der Reichsstadt Augsburg zwischen Kalenderstreit und Parität*. 2 vols. 1. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1989.
- SHELLER, Benjamin – *Memoria an der Zeitenwende: Die Stiftungen Jakob Fuggers des Reichen vor und während der Reformation*. Berlin: Akad.-Verl, 2004.
- SIMNACHER, Georg – *Die Fuggertestamente des 16. Jahrhunderts*. Tübingen: J.C.B. Mohr, 1960.
- SIMNACHER, Georg, and Maria Gräfin von Preysing – *Die Fuggertestamente des 16. Jahrhunderts: 2. Edition der Testamente*. Tübingen: Mohr, 1992.
- STEIN, Claudia – *Die Behandlung Der Franzosenkrankheit in der Frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs*. Stuttgart: Steiner, 2003.
- TROMETER, Johann – *Das Augsburger Pilgerhaus: Studien zur Volkskunde und Kulturgeschichte einer caritativen Einrichtung vom 16. Jahrhundert bis 1806*. Univ. Augsburg, Diss. phil., 1998.
- VAN DÜLMEN, Richard – *Kultur und Alltag in der Frühen Neuzeit: 1. Das Haus und seine Menschen, 16. bis 18. Jahrhundert*. München: C.H. Beck, 1990.
- WARMBRUNN, Paul – *Zwei Konfessionen in einer Stadt: Das Zusammenleben von Katholiken und Protestanten in den Paritätischen Reichsstädten Augsburg, Biberach, Ravensburg und Dinkelsbühl von 1548 Bis 1648*. Wiesbaden: Steiner, 1983.
- WEIDENBACHER, Josef – *Die Fuggerei in Augsburg: Die Erste Deutsche Kleinhaus-Stiftung: Ein Beitrag Zur Geschichte Des Deutschen Kleinhauses*. Augsburg: Selbstverl, 1926.
- WERNER, Anton – *Die Örtlichen Stiftungen Für Die Zwecke Des Unterrichts Und Der Wohltätigkeit in Der Stadt Augsburg: Historisch Und Systematisch Dargestellt*. Augsburg: Rieger, 1899.
- WÜST, Wolfgang – “Das Bild Der Fugger in Der Reichsstadt Augsburg Und in Der Reiseliteratur.” In *Augsburger Handelshäuser Im Wandel Des Historischen Urteils*. Edited by Johannes Burkhardt, Thomas Nieding and Christine Werkstetter. Berlin: De Gruyter, 2015, pp. 69-86.

A ÁGUA E A ARQUITETURA NO HOSPITAL REAL DE TODOS-OS-SANTOS, LISBOA (SÉCULOS XVI-XVIII): AS ESTRUTURAS CLAUSTRAS NO REGISTO ARQUEOLÓGICO

THE WATER AND THE ARCHITECTURE IN THE ROYAL HOSPITAL OF ALL SAINTS, LISBON (16TH-18TH CENTURIES): THE CLOISTER STRUCTURES IN THE ARCHAEOLOGICAL RECORD

André Bargão¹, Rodrigo Banha da Silva², Sara Ferreira³, André Teixeira⁴

1-3 CHAM-FCSH/NOVA; 2 Centro de Arqueologia de Lisboa/CML/DMC/DPC – FCSH/NOVA – CHAM-FCSH/NOVA;

4 FCSH/NOVA – CHAM-FCSH/NOVA

andre bargao@gmail.com – ORCID | 0000-0003-3909-9290; rodrigobanhadasilva@gmail.com – ORCID | 0000-0001-9132-2336;

sara.isabel91@hotmail.com – ORCID | 0000-0002-5859-0205; andreteixeira@fcs.unl.pt – ORCID | 0000-0001-5115-7145

RESUMO

Fundado em 1492, o Hospital Real de Todos-os-Santos revelou-se paradigmático em Portugal no que à assistência diz respeito. Inovador nos mais diversos campos merece especial atenção a inspiração arquitetónica renascentista, que se traduziu em novos hábitos no quotidiano hospitalar. De planta cruciforme e integrando quatro pátios, a água esteve presente através de, pelo menos, quatro estruturas hidráulicas/poços, cada uma afecta a um claustro e, conseqüentemente, às suas dependências térreas, no decorrer dos quase três séculos de funcionamento deste grande complexo público.

Este texto analisa as estruturas hidráulicas do Hospital Real de Todos-os-Santos descobertas aquando das intervenções arqueológicas na Praça da Figueira na década de 60 e em 1999-2001, integradas nos vários momentos de reformulação arquitetónica do edifício, estudados no âmbito do projeto «Hospital Real de Todos-os-Santos: a Cidade e a Saúde». Além de elemento vital para o seu funcionamento, estas estruturas são um espelho de hábitos e atribuições funcionais dos espaços envolventes.

PALAVRAS-CHAVE

Arqueologia Urbana | Hidráulica | Cerâmica | Poços | Saneamento

ABSTRACT

Built from 1492 onwards, the Royal Hospital of All Saints became a model in public health and assistance. Its innovative concept is displayed through the adoption of European Renaissance architectonic proposals, and several other of its characteristics, all together bringing new habits to day-to-day life. The plan of the complex had the shape of a cross, with four yards on the corners, in which four wells provided water supply during the three century history of the building complex.

This paper analysis the hydraulic structures of the Hospital revealed by the excavations in Praça da Figueira in 1960 and in 1999-2001, and cope the archaeological data with the different architectonic phases recognized through the project «Hospital Real de Todos-os-Santos: a Cidade e a Saúde» research, considering their potential to explore functions and behaviours of the surrounding areas.

KEYWORDS

Urban Archaeology | Early Modern Hydraulics | Early Modern Pottery | Early Modern Water Supply

UM HOSPITAL REAL PARA A CIDADE

O Hospital Real de Todos-os-Santos foi fundado no reinado de D. João II (1481-1495), que concebeu a centralização numa única instituição de cerca de cinquenta e dois organismos assistenciais que funcionavam de forma autónoma, como prestadores de cuidados de saúde e de solidariedade, na ajuda à pobreza e no abrigo a quem necessitasse. Esta opção seguiu princípios idênticos adotados na Europa, alicerçando-se nos mais recentes modelos de concentração de práticas curativas (Salgado, 2015: 17).

A escolha do local para a edificação do complexo incidiu na cerca conventual do principal convento dominicano de Lisboa, relativamente periférico no urbanismo lisboeta, adjacente a um dos três principais acessos à cidade; este terreno havia sido doado aos pregadores por D. Afonso III (1248-1279) (Moita, 1992: 21).

Em 1479, o Papa Sisto IV autorizou D. João II a utilizar os legados pios dos hospitais e albergarias de Lisboa na edificação do novo Hospital e, em 1486, Inocêncio VIII confirmou a decisão do antecessor, expandindo a autorização à utilização dos legados dos hospitais fora da cidade, sendo a primeira pedra lançada em 1492. As obras continuaram com o seu sucessor, D. Manuel I (1495-1521), estando adiantadas já em 1495 (Carmona, 1954: 51-52). Todavia, apesar de receber doentes em 1501 e ter sido dotado com um Regimento logo em 1504, o testemunho presencial do peregrino flamengo Jan Tacoen Van Zillebeke, em julho de 1514, indica que as obras ainda decorriam (Stols *et al.*, 2014).

Foi com o *Venturoso* que se aproveitaria a obra do hospital para conceber uma nova estética arquitetónica na fachada do vizinho convento de São Domingos, integrando-o no mesmo projeto e dotando a cidade de uma nova centralidade ao gosto renascentista, uma praça no antigo Rossio medieval (Carita, 1999: 78; Rijo, 2012: 69). Deve referir-se que a água, nas suas facetas de abastecimento e saneamento, foi um elemento marcante desta modernidade, não apenas por propósitos funcionais e sanitários, mas também como elemento de monumentalização da urbe (Teixeira e Silva, 2020).

Os modelos hospitalares italianos de Santa Maria Nova de Florença (1334), da Scala em Siena (1440), de Pavia (c.1450) e Maior de Milão (1456) inspiraram os desenhos ibéricos (Moreira, 1993: 23), como os de Toledo e Granada (Pacheco, 2008: 47), bem como o Hospital Real de Todos-os-Santos de Lisboa. Esta estética, que privilegiava a organização pragmática espacial do edificado e que atribuía redobrada importância à prestação de cuidados médicos, pressupunha uma planta cruciforme, com a monumental igreja voltada à praça no braço principal e as enfermarias distribuídas nos três restantes. Esta planta proporcionava a abertura de quatro amplos pátios, similares a claustros, que acantonavam os braços da cruz, envolvidos exteriormente pelos corpos que delimitavam o complexo, bem como terrenos de cultivo no tardo do edifício. A Igreja e as enfermarias localizavam-se no piso intermédio e superior, reservando-se o térreo para serviços diversos e acomodações de enfermeiros e ajudantes do Hospital (Pacheco, 2008: 126) (fig. 01).

O Hospital Real mereceu atenção de distintos monarcas, imprimindo ao edifício sucessivos melhoramentos. Todavia, parte destas campanhas de obras resultaram de vários desastres naturais, particularizando-se dois grandes incêndios, em 1601 e 1750, e o grande terramoto de 1755 (Leite, 1993). Seja por ter sido alvo da constante atenção régia, seja em consequência dos cataclismos, ou ainda das necessidades de adaptação do espaço à criação de novas enfermarias dedicadas a especialidades médico-cirúrgicas (registavam-se cinco em 1504, catorze em 1755 e vinte e duas em 1775) (Pacheco, 2008: 220), o hospital foi um edifício em permanente estaleiro.

Considerado nos primeiros planos de reconstrução da cidade gizados em 1759 após a massiva destruição em 1755, um novo desenho de 1770 traduziria a decisão de desistir de reerguer o Hospital e, em seu lugar, criar uma praça, a Praça da Figueira. A projeção e materialização deste novo plano urbano levou à sua transferência para o devoluto Colégio de Santo Antão dos jesuítas, entretanto expulsos do Reino, depois conhecido por Hospital de São José (Pacheco, 2008: 102).



Fig. 01. Vista em perspetiva de Lisboa, Georger Braunio, *Civitates orbis terrarum*, 1597. Lisboa, Museu da Cidade (Moita, 1993: 56) (Adaptado).

INTERVENÇÕES ARQUEOLÓGICAS

Em 1953, no âmbito de um projeto de remodelação do Restaurante “Irmãos Unidos”, localizado no quarteirão que separa as atuais praças do Rossio e da Figueira, foram identificados remanescentes do Hospital Real de Todos-os-Santos, nomeadamente uma porção da escadaria frontal da igreja, composta por nove degraus, perfazendo 16,5 m de extensão.

Em 1960, a necessidade de implementar um grande coletor público neste espaço conduziu à descoberta de uma estrutura negativa/poço com 5,30 m de profundidade, de secção oval e forrado a silharia. Porém, a única referência a esta descoberta é lacónica, chegando-nos somente a descrição de que se localizaria a “vinte metros do cunhal direito da esquina da Rua dos Douradores” (Moita, 1964: 77). Esta descrição menciona ainda a recolha, pelo encarregado de obra, de objetos variados, como um elemento de nora, alcatruzes e faianças portuguesas.

Ainda no mesmo ano, no âmbito da implementação da rede de metropolitano de Lisboa, os trabalhos de construção da estação do Rossio levaram à abertura de “trincheiras” ao longo das alas norte e oeste da Praça. Não obstante a presença de vestígios estruturais, a empreitada permaneceu sem qualquer peritagem, dando-se início aos trabalhos arqueológicos somente a 22 de agosto de 1960, coordenados por Irilvalva Moita. A prioridade da olisipógrafa foi salvaguardar os vestígios da frontaria do Hospital Real identificados na “trincheira” oeste. A importância dos

achados impulsionou a escavação de uma área de 250 m², na qual foi reconhecida a Ermida de Nossa Senhora do Amparo e compartimentos anexos, a frontaria oeste-norte do edifício hospitalar, o claustro NO, os baixos da enfermaria de Santa Clara, porção do Cano Real e construções diversas no vértice NE (Moita, 1964).

Não obstante a magnitude desta descoberta à época, amplamente divulgada na comunicação social, a colocação da estátua equestre de D. João I na Praça, em 1971, foi marcada pela ausência de acompanhamento arqueológico, não se sabendo a proveniência dos achados epigráficos e arquitetónicos então efetuados.

Na viragem do milénio, um projeto camarário de renovação do espaço público implicou a instalação de um estacionamento automóvel subterrâneo. O novo enquadramento legal da prática arqueológica nacional, a sensibilidade arqueológica da Praça da Figueira, bem como o conhecimento coletado pelo Museu da Cidade, foram aspetos determinantes na responsabilização do Serviço de Arqueologia daquela instituição pelas escavações arqueológicas, sob a direção de Rodrigo Banha da Silva. Neste sentido, entre setembro de 1999 e outubro de 2001, foram escavados cerca de 4200 m², registando-se o remanescente de boa parte do piso térreo do Hospital nunca intervencionado anteriormente (Silva e Leite, 2015: 50) (figs. 2 e 3).

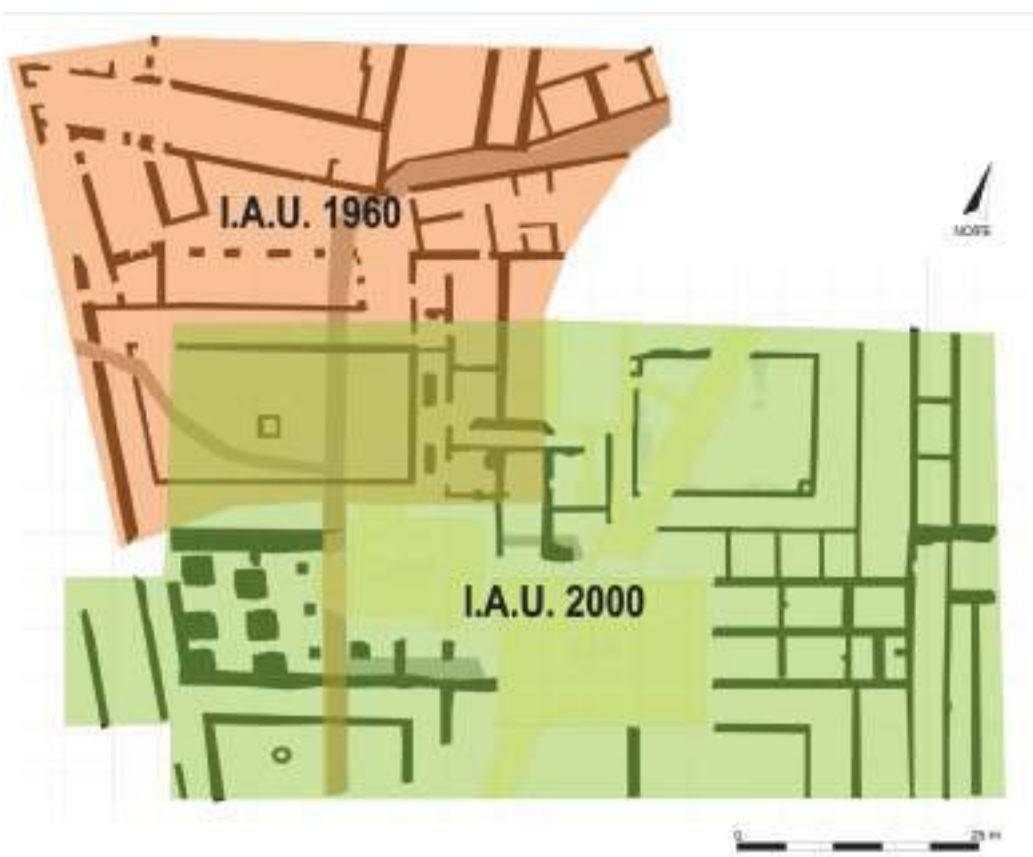


Fig. 02. Planta geral das intervenções arqueológicas de 1960 e 1999-2001 (Rodrigo Banha da Silva).



Fig. 03. Perspetiva geral da intervenção arqueológica de 1999-2001 (Rodrigo Banha da Silva).

SISTEMA DE DRENAGEM DE ÁGUA: O CANO REAL DE SÃO DOMINGOS

Os trabalhos arqueológicos permitiram registar um extenso troço do Cano Real de São Domingos, construído a partir do terceiro quartel do século XV, datação corroborada pela estratigrafia, revelando anterioridade em relação aos alicerces da Igreja do Hospital e aos dois claustros ocidentais a ela adjacentes. O Cano Real constitui a principal conduta do primeiro sistema de saneamento de água de Lisboa, concebido precisamente nos finais de Quatrocentos com uma organização de tendência ortogonal, respeitando genericamente a orientação da malha urbana norte-sul / este-oeste, uma rede de carácter claramente hierarquizado, com uma conceção racional e moderna (Bugalhão e Teixeira, 2015).

O Cano Real atravessava o subsolo de todo o complexo hospitalar, percorrendo-o em subterrâneo, cruzando os claustros SO e NO. Nestes pátios seria perceptível o topo abobadado da estrutura de saneamento, dotado de caixas de despejo para o seu interior com tampa de pedra. Com vista os escoamentos de águas pluviais dos pisos superiores em varandim persistiram no registo pequenos canais erguidos em tijolo, que corriam em diagonal os pátios a partir dos vértices NO, conduzindo para o cano principal. Todavia, estas estruturas revelaram-se insuficientes no que à drenagem e ao saneamento diz respeito, levando ao acrescento de dois adutores pétreos abobadados ao coletor principal, num momento impreciso de finais do século XVI ou início da centúria seguinte (fig. 04).



Fig. 04. Infra-estruturas de saneamento subterrâneas sob o Hospital Real de Todos-os-Santos (Rodrigo Banha da Silva).

O ABASTECIMENTO DE ÁGUAS E A ARQUITETURA: OS POÇOS

Nos testemunhos dos cronistas Rui de Pina (1497) e Garcia de Resende (1545), bem como nos de Cristóvão Rodrigues de Oliveira (1551), João Brandão (1552) e Damião de Góis (1554), é referida a arquitetura do Hospital Real de Todos-os-Santos, mencionando a presença de poços centrais nos quatro claustros, todos eles ajardinados.

Porém, as intervenções arqueológicas possibilitaram reconhecer estruturas daquele tipo em somente três

claustros, aspeto que se pode justificar pela escavação parcial do claustro SE, não se podendo confirmar categoricamente a inexistência de um poço neste pátio. Recordando o momento da construção do coletor público da Rua dos Douradores em 1960 sem acompanhamento arqueológico, lembre-se a descoberta de um poço no espaço SE da Praça da Figueira, que poderia corresponder ao ponto de abastecimento do claustro existente neste quadrante. Pela descrição fornecida à época (Moita, 1964: 77), esta estrutura

estaria dotada de nora, facto corroborado pela secção oval do topo e pela presença de alcatruzes; os objetos em faiança portuguesa com o leteriforme “ENFERMa” (Enfermaria) a vinhoso de manganês apontam para o século XVIII como o seu momento de desativação. As circunstâncias do achado e a ausência de dados estratigráficos levam-nos a não incluir este poço neste estudo.

Em 1960, foi colocado a descoberto um poço situado na zona mesial do pátio do claustro NO, espaço re-intervencionado em 1999-2001. Esta dinâmica de (re)escavação não permite atualmente associar materiais exumados na primeira intervenção a este poço, pelo que se justifica a não inclusão no estudo. Ainda assim, persistiu no registo o remanescente arquitectónico, sendo possível descrever a secção quadrangular do topo da estrutura, erguida em cantaria calcária e calcarenítica, irregular, com um coroaamento em aparelho de tijoleira e argamassa rica em cal, perfazendo 4,50 m de profundidade e 2,50 m de largura (Moita, 1964: 92).

Contrastando com a configuração nos restantes claustros, no NE foram detetadas duas estruturas hidráulicas, sendo o único pátio dotado de dois poços, nos ângulos NO e SE. Se este último (Q4/5) é alvo de estudo no presente artigo, o primeiro, foi desafortunadamente destruído na primeira metade do século XX, por dinâmicas construtivas associadas ao Mercado da Praça da Figueira. Aquando da intervenção de 1999-2001 subsistiam somente três dos seus lados, dois dos quais bastante incompletos, encontrando-se preenchido com materiais contemporâneos. Por estas razões, também não se apresentam os dados desta estrutura.

Os poços aqui em estudo revelam-se importantes para a leitura da distribuição dos espaços no hospital. Relembrando o intenso processo de dismantelamento do edificado após a sua desativação em 1773-1775, justifica-se a ausência de superestruturas e a prevalência apenas de embasamentos, pavimentos e estruturas negativas. São estas últimas que, por constituírem contextos selados bem datados, oferecem uma melhor leitura dos quotidianos do edifício (fig. 05).



Fig. 05. Planta do Hospital Real de Todos-os-Santos com a localização dos poços em estudo.

○ POÇO DO TARDOZ (T1)

A intervenção de 1999-2001 revelou nesta área um poço de construção baixo-medieval e em uso no espaço da cerca do convento dominicano. Este recinto hortícola estaria dotado de vários poços, mas somente um se viu integrado na arquitetura do hospital, na área tardoz, permanecendo em funcionamento nas suas primeiras décadas de laboração (Barradas e Silva, 2017: 1674).

Trata-se de uma construção de secção oval, concebida com blocos calcários retangulares dispostos com padrão regular e unidos por argamassa esbranquiçada rica em cal, muito compacta e heterogénea.

O acervo coletado no interior da estrutura revela grande heterogeneidade formal e funcional: primeiramente, a maior expressão quantitativa é respeitante a alcatruzes, retendo significado quando em associação com a forma oval do topo do poço, atestando captação de água em sistema de nora (Barradas, 2017: 86); segundo, particulariza-se a elevada pre-

sença de cerâmica vermelha regional destinada à confeção alimentar, expressa nas formas de tacho e panela com abundantes marcas de combustão, corroborando a sua utilização ao fogo; terceiro, o consumo individual de alimentos e líquidos é espelhado pelas formas de tigela, jarro e púcaro, elementos estes de tradição quinhentista, com exceção de um pequeno copo de pé alto de reminiscência medieval (Barradas, 2017: 114). Por fim, assinala-se o registo de vasos cerâmicos provenientes de outras geografias, nomeadamente as produções esmaltadas a branco de Sevilha (Espanha) e Montelupo (Itália), como a porcelana azul e branca das olarias de Jingdezhen (China) (Barradas, 2017: 61).

Em função das contingências da obra, a estrutura foi fortemente perturbada, não sendo possível a escavação integral do interior, nem aferir a sua profundidade. Ainda assim, avançamos com os valores de 2,10 m para o diâmetro maior do topo e 1,26 m para o menor (Barradas, 2017: 21-22) (fig. 06).

○ POÇO SE DO CLAUSTRO NE (Q4/5)

Os dados estratigráficos recuperados no claustro NE revelam profundas mutações ocorridas em época contemporânea, nomeadamente a implementação de cabos elétricos e infraestruturas de saneamento, que obliteraram a sua sequência deposicional (Bargão, 2015: 14).

Ainda assim, foi possível concluir que a zona de pátio teria aproximadamente 18 m de largura por 14 m de comprimento, totalizando 252 m², sendo circundado por um deambulatório. Deste somente se preservaram os lados oeste e este, bem como uma porção a sul. O corredor este apresentava-se com 3 m de largura e 9 m de comprimento subsistentes, sendo o piso composto por elementos pétreos calcários não facetados, a par de basaltos e cerâmica de construção; a mesma composição foi observada a sul, registando-se 3,20 m de largura e 9,5 m de comprimento conservado. Assim, no seu total, o claustro teria 24 m de largura e 20 m de comprimento, totalizando 480 m² (Bargão, 2015: 15-16).

Os espaços de deambulatório estariam originalmente demarcados da área aberta por um embasamento, capeado a lajes espessas de cantaria calcária bem afeixoadas, separando os distintos espaços por um murte sobre o qual assentavam os saiméis ou bases que apoiavam as colunas oitavadas da arcaria claustral. Na delimitação a sul foram identificadas *in situ* onze lajes e, na ausência de elementos idênticos, foi possível verificar o negativo em argamassa da sua implantação. A inexistência de mais elementos preservados impede definir o intercolúnio (Bargão, 2015: 16). O lado externo dos corredores de circulação estava delimitado por um robusto embasamento, desprovido de laje de capeamento. Este dado em falta permite sugerir que a estrutura fosse composta por alvenaria de argamassa, pouco conservada.

Naquelas áreas de vão foi possível recuperar as cantarias de soleira de porta: duas localizadas na zona de confluência do deambulatório meridional com o oriental, mais completas, somando-se parcialmente

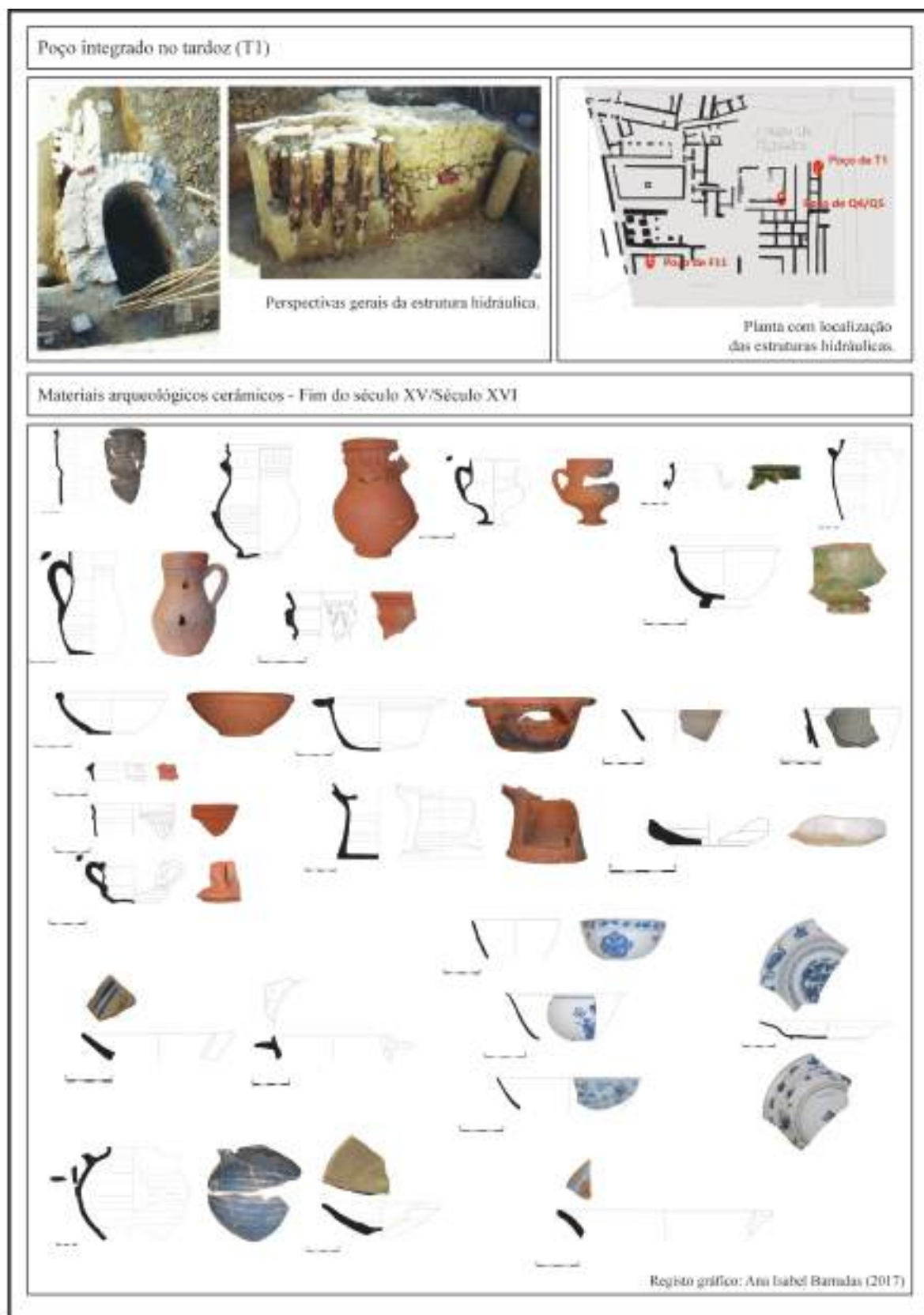


Fig. 06. Poço integrado no tardo do Hospital Real de Todos-os-Santos (T1) e respetivos materiais arqueológicos.

uma a ocidente destas e outra já no limite oriental (Bargão, 2015: 17). A análise desta cantaria permite constatar um modelo homogéneo, possivelmente replicado em todas as dependências deste claustro. A soleira que se apresenta mais completa é composta por três lajes, totalizando 1,45 m de extensão (uma vara e um pé, na métrica da época) e 0,55 m de largura (meia vara), com espaço para as portas de 1 m, alicerçadas nas duas cavidades para gonzo opostas, o que denuncia aqui ter operado dupla portada abrindo para o interior do compartimento; a oeste desta verificou-se outro elemento com grandezas similares, porém só com um gonzo à direita. Estes dados, em conjunto com o remanescente dos outros elementos de soleira, permite avançar com a existência de uma modelação arquitetónica na implementação de portas no piso térreo do claustro, com dupla portada nos compartimentos de canto e portada simples nas restantes dependências (Bargão, 2015: 18).

No deambulatório este, o único vestígio deste teor apresenta-se insuficientemente preservado para aferir métricas. Todavia, o degrau da soleira, não obstante uma marca de canteiro em cruz de ângulos retos, encontra-se a uma cota similar à do deambulatório, o que sugere a necessidade de descer ao nível do patim para aceder ao piso do respetivo compartimento, o que não se verificava com os acessos a sul: aqui, para transitar do espaço de circulação para o interior do compartimento teria que se subir um degrau e, daqui, descer para se encontrar à cota de piso de cada divisão (Bargão, 2015: 18).

A existência de áreas compartimentadas em torno do claustro é atestada pelos vestígios murários em conexão com as referidas soleiras. Esta leitura é corroborada pela evidência de dois alicerces de estruturas verticais entre soleiras, preservando-se neste caso três divisões (fig. 07). Um dos compartimentos, a oeste, apresentava parcos vestígios do pavimento, sendo perceptível dois níveis de argamassa esbranquiçada e, sobre este, um nível alaranjado, de preparação para o piso. A divisão central teria 3,60 m de comprimento por 4,10 m de largura pelo menos, sendo composta por piso em tijoleira com padrão em "espinha". Por fim, no compartimento este não se preservou qualquer vestígio de chão. Saliente-se que estes espaços de deambulatórios e de dependências foram fortemente anulados pela construção de duas potentes estruturas murárias, possivelmente ali erguidas no fim do pe-

ríodo de utilização do hospital ou já na fase de desativação (Bargão, 2015: 20).

Localizado no vértice SE do pátio, o poço apresentava-se com secção quadrilátera e 0,90 m por 1,11 m (um côvado e um palmo por uma vara), com profundidade máxima de 3,73 m, o que espelha a altura considerável atingida pelo nível freático em época moderna. O pano interior da estrutura era paramentado a laje quadrilátera calcária, com face bojardada e arestas em ângulo. Estas lajes exibiam 14 cm de espessura máxima, com largura entre os 0,46 m e 0,66 m, dispostas em nove fiadas regulares subsistentes de 0,50 m de altura e assentes sobre argamassa esbranquiçada rica em cal (Bargão, 2015: 23). Estas medidas foram tomadas no alinhamento dos silhares do poço, que se encontravam à mesma cota do espaço de circulação do claustro. Preservaram-se dois elementos pétreos de uma fiada superior, pelo que se sugere que o poço teria um parapeito composto por mais duas fiadas acima do nível de circulação. Paralelamente, a parte estrutural em alvenaria de argamassa que circundava o poço pode refletir a existência de uma plataforma sobreelevada neste canto do claustro, sendo o seu acesso executado por uma sucessão de degraus a partir do pátio (Bargão, 2015: 25) (fig. 08).

Este poço do ângulo SE do claustro NE não estaria seguramente dotado de sistema de nora. Sugerimos como hipótese mais provável a recolha de água através de um contentor suspenso numa corda, ou manualmente ou através de uma estrutura metálica com roldana colocada no topo quadrangular, sugestão enquadrada pela construção argamassada que envolvia o poço. Esta ideia é corroborada por mais elementos, nomeadamente aqueles resultantes do estudo e da observação do acervo recolhido na base da estrutura, datado de finais do século XVI ou inícios da centúria seguinte. O evidente destaque quantitativo de pequenos púcaros inteiros (que possivelmente terão sido ali depositados no decorrer de quedas acidentais) é sintomático da crescente preocupação renascentista pelo consumo individual em detrimento do colectivo, aspeto importante quando inserido num ambiente hospitalar. Ainda assim, foram exumados contentores de transporte/armazenamento de água, não apartando a considerável presença de objectos para confeção alimentar, certamente oriundas das áreas logísticas em torno. A par destes objectos foram registadas produções em cerâmica vermelha

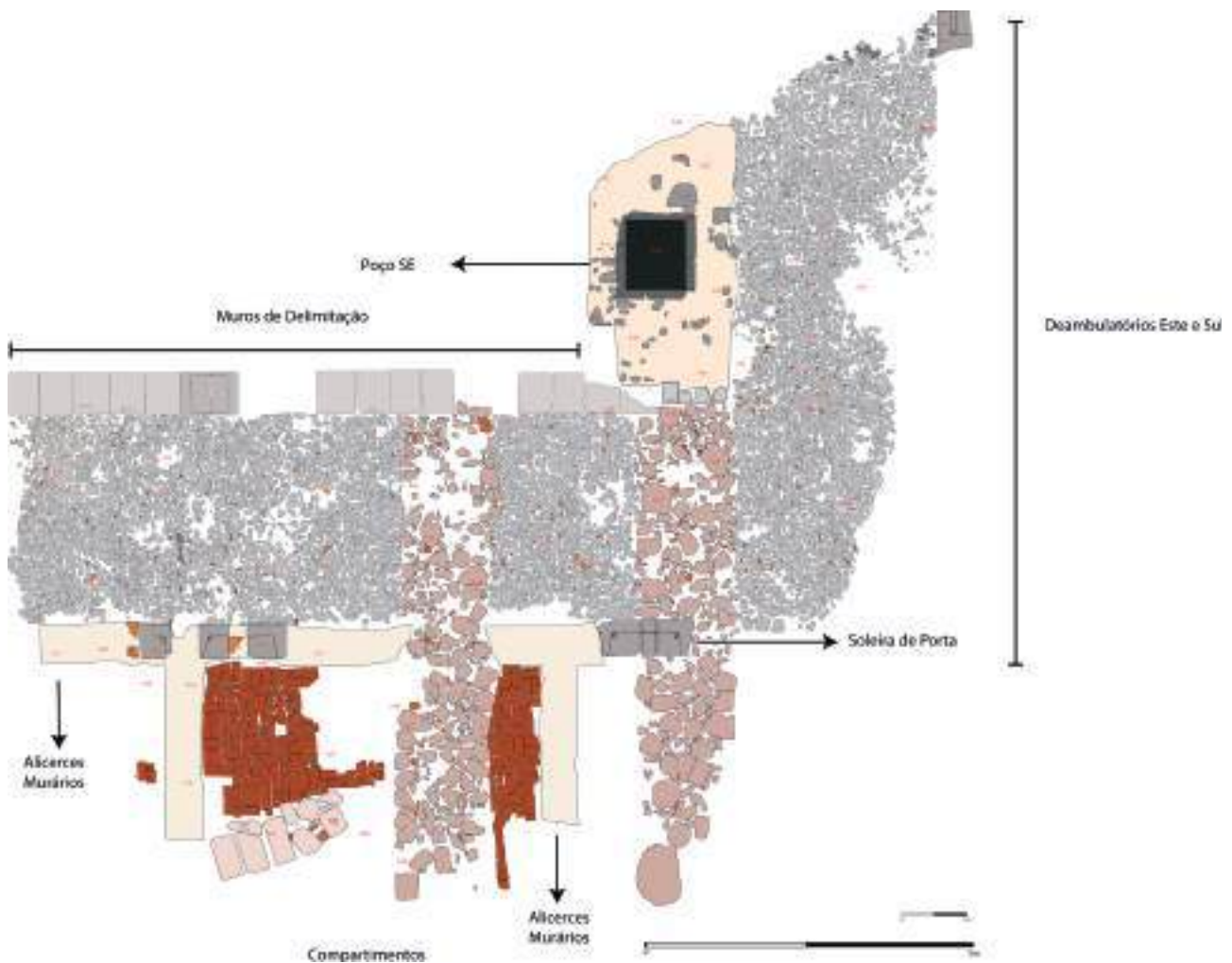


Fig. 07. Planta do vértice SE do claustro NE (André Bargão).

produzida nas olarias de Lisboa e Vale do Tejo, com decoração concebida pela incrustação de pequenos elementos calcários, frequentemente resultando em gramáticas de inspiração aquática; segundo fontes coevas, estas peças serviam para refrescar e aromatizar o conteúdo e os espaços, atribuindo cheiros a terra molhada ou a fragrâncias, a par de queimadores de reduzida dimensão que serviriam para o mesmo fim e que ganham maior significado quando integrados num edifício em que a qualidade do ar era uma preocupação. Detetaram-se também cerâmicas provenientes de oficinas do Alto Alentejo, como pequenos potes, e da região do Prado, Guimarães, que se destacam pela profusa decoração micácea sobre fundo negro e igualmente associada ao transporte de água. Além das produções exógenas provenientes de Espanha, Itália e China, acrescem fragmentos associados às oficinas renanas. Refiram-se ainda peças em vidro, nomeadamente um fragmento de bordo de urinol integrado nas rotinas hospitalares seiscentistas (Bargão, 2015: 99).

Este poço esteve em utilização até ao fim do período de funcionamento do hospital, com diversas ações de limpeza, que aliás limitam cronologicamente o acervo acima citado às suas primeiras décadas de funcionamento. Após a desativação da estrutura no terceiro quartel do século XVIII, esta foi preenchida e colmatada por vasta panóplia objetual e de leitura distinta do contexto anterior: a par da cerâmica fosca representada pelas formas de confeção alimentar e de transporte/armazenamento de líquidos, foram registadas formas associadas à higiene, como os bispotes vidrados e peças eventualmente integradas em esferas mais privadas do hospital, justificando-se assim a elevada quantidade de pratos em faiança portuguesa e pequenos potes. Esta cerâmica de melhor qualidade, bem como alguns elementos vítreos, como lamparinas de suspensão, não detetados noutros espaços do edifício, reforça esta ideia. Ademais, mencionamos um exemplar de prato em faiança decorado no interior com o símbolo da Cruz de Malta, pertencente à Ordem com o mesmo nome (Bargão, 2015: 120), ou uma bacia com o le-

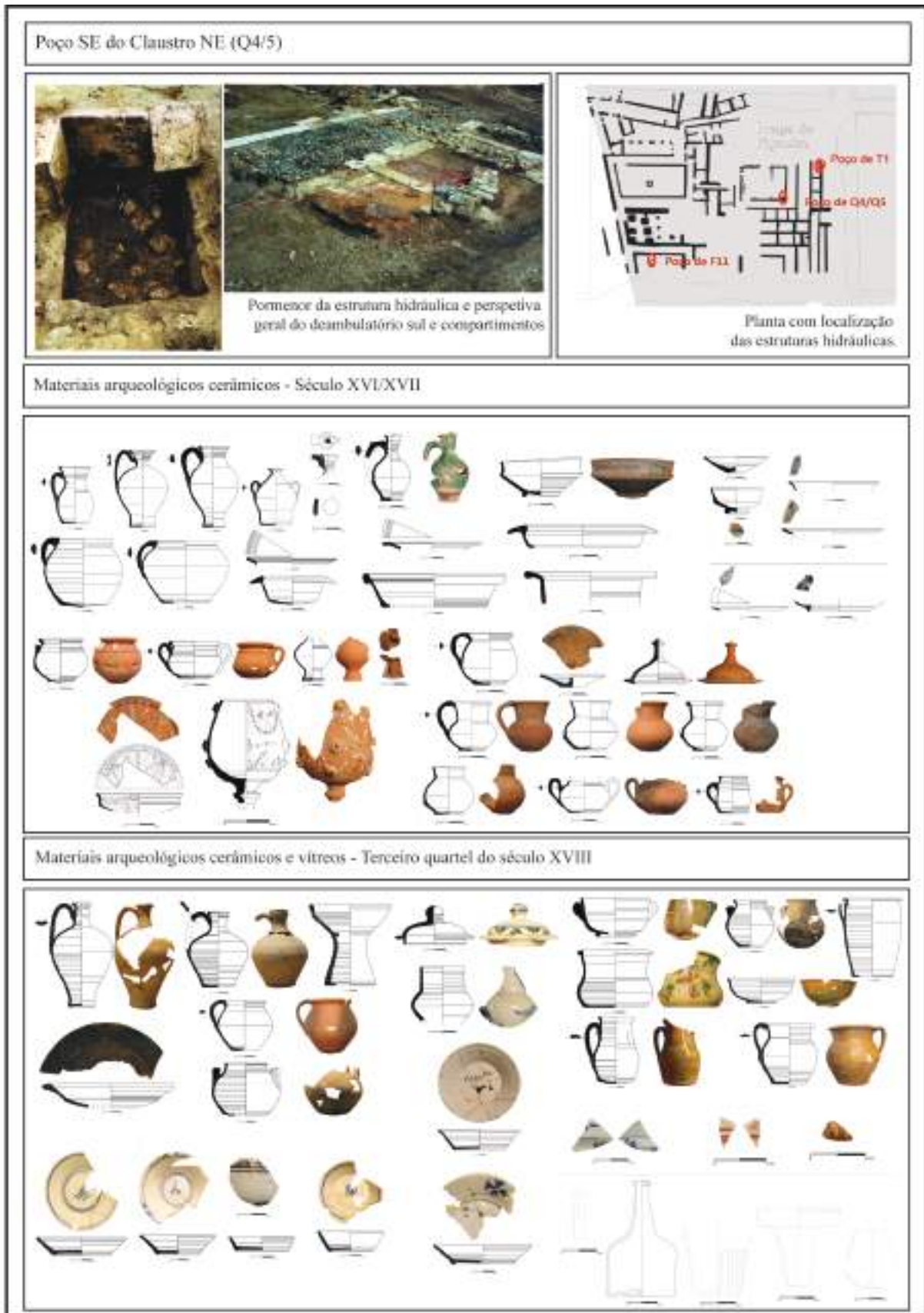


Fig. 08. Poço SE do claustro NE do Hospital Real de Todos-os-Santos (Q4/5) e respetivos materiais arqueológicos.

teriforme “CARIde” (Caridade). Este último exemplar tem paralelo no Real Hospital Militar de São João de Deus, no castelo de São Jorge, cuja administração foi entregue aos Irmãos Hospitaleiros de São João de Deus em 1641 (Borges, 2009: 55). A cronologia de abandono é afinada pela presença de um fragmento de produção cerâmica inglesa de Staffordshire, com produção compreendida entre 1760 e 1770 (Dabal, 2013: 331), ou fragmentos vários de faiança da Real Fabrica do Juncal, Porto de Mós, fundada em 1770 (Bargão, 2015: 55).

Ainda no que toca a este poço SE do claustro NE, deve mencionar-se que Frei Nicolau de Oliveira refere, em 1620, a existência de somente um claustro dotado de dois poços, um destes implantado num canto e servindo de apoio aos espaços térreos de cozinhas, dispensas e refeitórios. Este dado, quando comparado com os registos arqueológicos, permite localizar a NE o claustro referido por Oliveira em função do registo de duas estruturas hidráulicas, situando-se entre as primitivas enfermarias de São Vicente e Santa Clara (Bargão, 2015: 108).

○ POÇO DO CLAUSTRO SO (F11)

Aquando a decisão de transferência do Hospital Real para o Colégio de Santo Antão foram levadas a cabo intensas ações de reaproveitamento de pedra do edifício, sendo este progressivamente desmantelado. A área do claustro SO foi profundamente afetada por estas ações. Dos três deambulatórios que ladeavam a área de pátio, encontravam-se ausentes partes dos pavimentos em empedrado, bem como algumas lajes calcárias dos muros que suportariam as arcarias do recinto. Ademais, as estruturas de canalização e saneamento, como os adutores ao Cano Real de São Domingos, encontravam-se sem as lajes de cobertura, persistindo na zona mesial do claustro o remanescente de um poço e respetivo patim de acesso (Silva e Silva, 2017: 1796).

Este poço tinha secção circular, medindo no topo 1 m de diâmetro. A estrutura foi concebida com aduelas regulares de calcário branco, unidas com juntas de 0,5 cm preenchidas com argamassa esbranquiçada compacta, abundante em cal e com inclusões pétreas de reduzido e médio calibre e, ainda que em menor frequência, fragmentos de cerâmica de construção. O registo permitiu identificar doze fiadas horizontais de aduelas, compondo 2,80 m de profundidade (Silva e Silva, 2017: 1796-1797).

A sul da estrutura hidráulica ficou visível o remanescente do patim de acesso, composto por um alinhamento de sete lajes calcárias retangulares e vestígios da sua continuidade para oeste, unidas por ligante alaranjado, pouco compacto e com nódulos de cal.

Os dados altimétricos das evidências acima descritas sugerem um nível de circulação mais baixo em relação aos espaços de corredor do restante edifício, apontando a existência de um ou mais degraus de acesso à estrutura hidráulica. A inexistência de elementos correlacionáveis com os contextos de instalação do poço impossibilita a atribuição de cronologia para a sua construção. Porém, a aferição do seu abandono com base na análise do acervo objetual, em associação estratigráfica a madeiras queimadas e material de construção, remete-nos para a primeira metade do século XVIII, possivelmente o grande incêndio de 1750 (Silva e Silva, 2017: 1797).

O espólio detetado no seu interior revela um perfil distinto daquele verificado nas estruturas já referidas. A elevada quantidade de cerâmicas destinadas à confeção alimentar, nomeadamente as painéis de reduzida dimensão, pode indicar a sua utilização pelo corpo de trabalho do Hospital Real ou familiares (fig. 09).

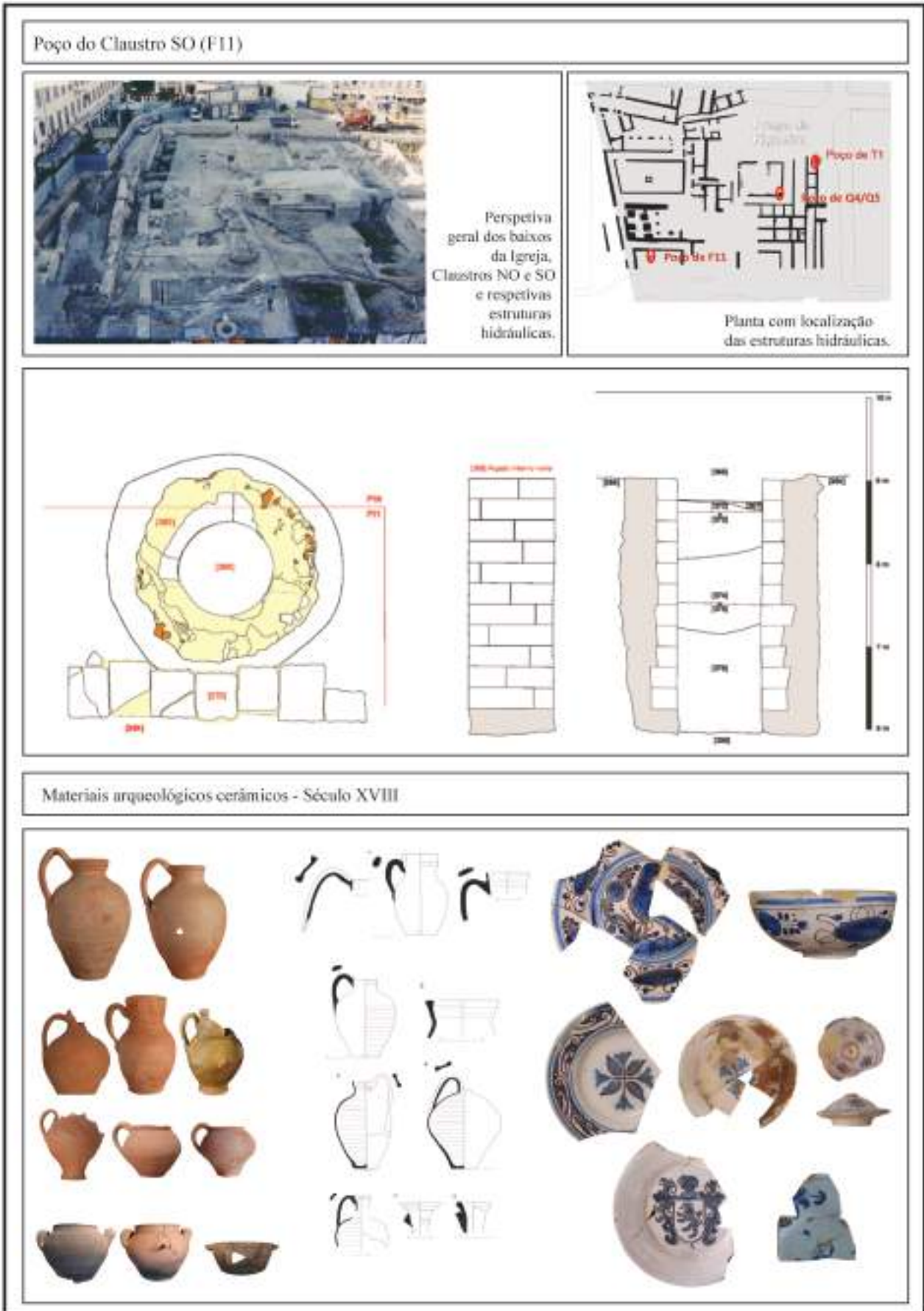


Fig. 09. Poço do claustro NO do Hospital Real de Todos-os-Santos (F11) e respetivos materiais arqueológicos.

EM SÍNTESE: UM CONTRIBUTO PARA A EVOLUÇÃO DO EDIFICADO

Nos quase três séculos de funcionamento do Hospital Real de Todos-os-Santos, o edifício foi palco de consecutivos momentos de obras de reformulações e ampliações, que além das mais diferentes estéticas da época moderna, espelhou igualmente as necessidades de uma cidade portuária em expansão. Todavia, as intervenções arqueológicas permitiram somente rastrear esta evolução no que ao piso térreo diz respeito, deixando em aberto a dinâmica construtiva dos pisos superiores. A arqueologia também forneceu elementos para a redefinição do papel da água no edifício, registando-se assim o Cano Real de São Domingos, em associação com adutores para o escoamento de água, bem como os poços, para a captação através de diferentes mecanismos.

Os poços foram incluídos no projeto inicial do edifício, localizando-se nos claustros. Sabendo que as enfermarias se localizariam nos pisos superiores, é de sugerir que as estruturas hidráulicas apoiariam as dependências essenciais para o bom funcionamento do complexo, tais como zonas de armazenamento, cozinhas, refeitórios, entre outras. Neste âmbito, os perfis funcionais dos objetos recolhidos são distintos para cada poço, retendo significado na medida em que cada estrutura hidráulica poderia assegurar o aprovisionamento de água a espaços distintos.

Os claustros primitivos, como se verificou pelas diversas escavações arqueológicas e se descreveu relativamente ao recinto NE, partilhavam inicialmente a mesma estética em arcada ogival e pilares de secção oitavada e capitel e base despojada, modelo corrente no decorrer de todo o gótico português quatrocentista (Pereira, 1993). Aquando da fundação os quatro pátios eram ajardinados, como testemunham os diversos cronistas coevos. Porém, Frei Nicolau de Oliveira, em 1620 (1991: 602), descreveu-os já pavimentados a laje, facto apenas documentado arqueologicamente para o claustro NE. Este é um importante testemunho da profunda reforma que terá incidido sobre todo o quadrante oriental do complexo entre meados e finais do século XVI, afetando o claustro SE e as traseiras. Terá sido nesta campanha de obras que se pavimentaram os deambulatórios e o pátio a seixo, fenómeno extensível aos corredores dos restantes claustros. Acrescente-se que terá sido nesta fase que se inutilizou o poço baixo-medieval

da cerca conventual dominicana, reintegrado no Hospital (T1) neste quadrante.

Esta profunda reforma quinhentista encontra-se patente também no registo arqueológico da parte ocidental: foram reconhecidos novos pilares contrafortados pelo exterior no claustro SO, mostrando as monumentais bases sobreviventes, em que o gótico foi substituído pela estética ao gosto maneirista, atribuindo uma nova linguagem decorativa a este espaço claustral. As profundas remodelações arquitetónicas refletiram-se, assim, nos baixos das enfermarias, espaços destinados a acolher a logística do edifício, distribuindo-se em corredores centrais ladeados por compartimentos acessíveis a partir dos deambulatórios.

O claustro NO possibilitou uma leitura divergente: vestígios de construções em alvenaria e em tabique demonstram que, na primeira metade do século XVIII, a necessidade de espaço obrigou ao entaipamento da arcaria norte. O que até então foi uma área de circulação passou a funcionar como compartimento pavimentado a tijoleira. Simultaneamente a esta reformulação espacial, construiu-se o largo adutor de esgotos que atravessava em diagonal o pátio, de NO para SE, onde entroncava o Cano Real.

Um dos aspetos desconhecidos do grande complexo hospitalar era a formulação do seu tardoz. As plantas de Lisboa de 1650, por João Nunes Tinoco, e a do Hospital Real de Todos-os-Santos, levantada em 1750 na sequência do grande incêndio desse ano (Leite, 1993), mostram-nos, respetivamente, somente o desenho de todo o quarteirão ou a configuração geral das áreas cobertas, mas em etapas mais avançadas da sua história. Ora, os trabalhos de 1999-2001 vieram lançar luz sobre este particular, mostrando que a parte traseira do edifício equivalia a uma das zonas que mais intervenções construtivas sofreu desde a sua etapa inicial. Durante a fase tardo-gótica toda esta área era composta por um longo pórtico de colunas oitavadas. Logo no século XVI este elemento foi anulado, substituído por uma nova ala fechada que na sua metade meridional seria somente de circulação ao nível do piso térreo, com probabilidade sobreposta por um ou mais pisos que ampliariam assim as áreas construídas. No reinado do rei João V (1706-1750) edificou-se um monumental arco barroco,

de que se identificaram as bases, lançadas a partir da zona mesial do corpo traseiro do hospital e conectando-o com a nova Casa de São Camilo de Lélis edificada no espaço das hortas do hospital. O antigo espaço de circulação manteve então as suas funções, a que acrescenta nesta primeira metade do século XVIII a de zona funerária, tendo-se identificado durante as escavações um ossário e seis covas de inumação, na sua maioria contendo sepulcros múltiplos (Cardoso *et al.*, 2013: 1105).

Enfim, deixámos aqui elementos para o conhecimento sobre o abastecimento de água e a arquitetura do Hospital Real de Todos-os-Santos, testemunhos dos trabalhos arqueológicos realizados na Praça da Figueira. Naturalmente que o seu estudo carece de aprofundamento detalhado, que esperamos possa ser concretizado em trabalho académico em curso, bem como noutras iniciativas de divulgação deste importante acervo.

BIBLIOGRAFIA

FONTES IMPRESSAS

BRANDÃO, João (de Buarcos) – *Grandeza e Abastança de Lisboa em 1552*. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.

GÓIS, Damião de – *Descrição da Cidade de Lisboa*. Lisboa: Livros Horizonte, 2001.

OLIVEIRA, Cristóvão Rodrigues – *Sumário em que brevemente se contêm algumas coisas assim eclesiásticas como seculares que há na cidade de Lisboa (1551)*. Lisboa: Livros Horizontes, 1987.

OLIVEIRA, Frei Nicolau de – *Livro das Grandezas*. Lisboa: Veja, 1991.

PINA, Rui de – *Crónica de El-Rei D. João II*. Coimbra: Atlântida, 1950.

RESENDE, Garcia de – *Livro das Obras*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

STOLS, E.; FONSECA, J.; MANHAEGHE, S. – *Lisboa em 1514, o relato de Jan Taccoen van Zillebeke*. Lisboa: Editora Húmus e Centro de História da Cultura, 2014.

ESTUDOS

BARGÃO, André – *Vivências do Quotidiano do Hospital Real de Todos-os-Santos (Lisboa): Os contextos do poço SE do Claustro NE*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2015 (Tese de mestrado).

BARRADAS, Ana – *Entre a Idade Média e a Época Moderna no Hospital Real de Todos-os-Santos: Os contextos do poço de T1 da Praça da Figueira (Lisboa)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2017. 2 Vols (Tese de mestrado).

BARRADAS, Ana; SILVA, Rodrigo Banha da – “Cerâmicas quinhentistas vidradas de um poço Medieval da Praça da Figueira (Lisboa)”. *Arqueologia em Portugal, 2017 – Estado da Questão. Actas do II Congresso da Associação dos Arqueólogos Portugueses*. Lisboa: Associação dos Arqueólogos Portugueses, 2017, pp. 1691-1702.

BORGES, Augusto Moutinho – *Reais Hospitais Militares em Portugal 1640-1834*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009.

BUGALHÃO, Jacinta; TEIXEIRA, André - “Os canos da Baixa de Lisboa no século XVI: leitura arqueológica”. *Cadernos do Arquivo Municipal*, série II, n.º 4 (2015), pp. 89-122.

CARITA, Hélder – *Lisboa Manuelina e a formação de modelos urbanísticos da época moderna (1495-1521)*. Lisboa: Livros Horizonte, 1999.

CARDOSO, Francisca Alves; CASIMIRO, Sílvia; ASSIS, Sandra – *Panorama geral do espólio osteológico exumado na necrópole do extinto Hospital Real de Todos-os-Santos (Lisboa, século XV a XVIII)*. *Arqueologia em Portugal – 150 anos. Actas do I Congresso da Associação dos Arqueólogos Portugueses*. Lisboa: Associação dos Arqueólogos Portugueses, 2013, pp. 1103-1109.

CARMONA, Mário – *O Hospital Real de Todos-os-Santos da Cidade de Lisboa*. Lisboa, 1954.

DABAL, Joanna. – “British ceramics in Gdansk local market in 18th and 19th century”. *Archaeologia Historica Polona*, 21 (2013), pp. 321-350.

LEITE, Ana Cristina – “O Hospital Real de Todos-os-Santos”. PEREIRA, Paulo (ed.) – *Hospital Real de Todos-os-Santos, 500 anos – Catálogo*. Lisboa: Museu Rafael Bordalo Pinheiro, 1993, pp.5-9.

MOITA, Irisalva – “Hospital Real de Todos-os-Santos (Relatório das escavações a que mandou proceder a C.M.L. de 22 de Agosto a 24 de Setembro de 1960)”. *Revista Municipal*, 101/102 (2.º e 3.º trimestres de 1964), pp. 76-100; 104/105 (1.º e 2.º trimestres de 1965), pp. 26-103; 106/107 (3.º e 4.º trimestres de 1965), pp. 7-57; 108/109 (1.º e 2.º trimestres de 1966), pp. 7-56; 110/111 (3.º e 4.º trimestres de 1966), pp. 42-59.

MOITA, Irisalva – *V Centenário do Hospital Real de Todos-os-Santos*. Lisboa: Correios de Portugal, 1992.

MOREIRA, Rafael – “O Hospital Real de Todos-os-Santos e o italianismo de D. João II”. PEREIRA, Paulo (ed.) – *Hospital Real de Todos-os-Santos, 500 anos – Catálogo*. Lisboa: Museu Rafael Bordalo Pinheiro, 1993, pp. 23-30.

PACHECO, António – *De Todos-os-Santos a São José: Textos e contextos do «espiritual grande de Lisboa»*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008 (Tese de mestrado).

PEREIRA, Paulo – “A Fachada da Igreja do Hospital Real”. PEREIRA, Paulo (ed.) – *Hospital Real de Todos-os-Santos, 500 anos – Catálogo*. Lisboa: Museu Rafael Bordalo Pinheiro, 1993, pp. 31-39.

RIJO, Delminda – “História, sociedade e família em Santa Justa antes do Grande Terramoto de 1755: o Palácio Cadaval e o Hospital Real de Todos-os-Santos”. *Rossio, Estudos de Lisboa*, 0 (2012), pp. 62-84.

SALGADO, Anastásia Mestrinho – *O Hospital de Todos-os-Santos, Assistência à pobreza em Portugal no século XVI para o Brasil, Índia e Japão*. Lisboa: By The Book, 2015.

SILVA, Rita; SILVA, Rodrigo Banha da – “O contexto do poço do claustro SO do Hospital Real de Todos-os-Santos: os contentores para líquidos”. *Arqueologia em Portugal, 2017 – Estado da Questão. Actas do II Congresso da Associação dos Arqueólogos Portugueses*. Lisboa: Associação dos Arqueólogos Portugueses, 2017, pp. 1795-1808.

SILVA, Rodrigo Banha da; LEITE, Ana Cristina – “O Hospital Real de Todos-os-Santos”. TEIXEIRA, André *et al.* (eds.) – *Lisboa 1415 Ceuta : Historia de dos ciudades-História de duas cidades*. Ceuta e Lisboa Ciudad Autónoma de Ceuta, Câmara Municipal de Lisboa, 2015, pp. 49-52.

TEIXEIRA, André; SILVA, Rodrigo Banha da – “Water supply and sewage networks in sixteenth-century Lisbon: drawing the Renaissance city”. RODRIGUES, Ana Duarte; TORIBIO, Carmen (eds.) – *History of Water Management in the Iberian Peninsula between the Sixteenth and the Nineteenth Centuries: A Comparative Approach*. Londres: Springer, 2020, pp. 3-24.

TESTEMUNHOS FÍSICOS DE ESTRUTURAS ASSISTENCIAIS PRESENTES NAS MEMÓRIAS PAROQUIAIS DE 1758

MATERIAL TESTIMONIES OF ASSISTANCE STRUCTURES PRESENT IN MEMÓRIAS PAROQUIAIS, 1758

Lina Maria Marrafa de Oliveira

CLEPUL – Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
oanil@sapo.pt

RESUMO

Este estudo assenta de modo exclusivo na importante fonte documental que são as Memórias Paroquiais que resultaram do inquérito ordenado em 1758 pelo Marquês de Pombal. Procedeu-se ao levantamento e transcrição paleográfica de todos os registos referentes a hospitais, Misericórdias e outros estabelecimentos assistenciais, contidos nos depoimentos respeitantes às 4073 Freguesias do país, sendo encontrados os pretendidos registos em 398 Freguesias, com indicação de localização de hospitais e/ou Misericórdias e/ou Albergarias ou outros estabelecimentos de assistência. Na maior parte dos casos os mesmos possuem informações adicionais, que se revelaram do maior interesse para este estudo, não só em termos panorâmicos, mas proporcionando estudos parcelares em âmbitos diversos da mesma temática.

PALAVRAS-CHAVE

Hospital | Albergaria | Misericórdia | Assistência | Utilizador

ABSTRACT

This study is based exclusively on the very important documentary source of the Parish Memories, resulting from the inquiry ordered in 1758 by Marquês de Pombal. A systematic paleographic survey and transcription of all records referring to hospitals and Mercies was carried out, and the testimonies of the 4073 Parishes of the country were reviewed one by one. The intended testimonies were found in 398 parishes, indicating that there were hospitals and/or mercies and/or hostels or other assistance establishments, that offers many and very interesting kinds of information for this study in general, as well as it may provide partial studies in multiple fields of the same theme.

KEYWORDS

Hospital | Care Home | Mercy | Assistance | User

Este artigo tem como objetivo fundamental desvendar parte do nosso trabalho realizado como bolseira de investigação no Projeto *Hospitalis*¹, que foi alicerçado na importantíssima fonte documental que constituem as *Memórias Paroquiais*², resultantes do inquérito pombalino determinado em 1758 e destinado a ser respondido pelos Párocos de todas as Freguesias do reino. Este é um testemunho ímpar e fonte inesgotável para o conhecimento da realidade territorial, social, económica, agrícola, cultural e religiosa, setecentista do pós-terramoto.

A investigação teve como desafio e principal finalidade de um primeiro corpus de instituições assistenciais à escala do país, numa cronologia determinada, que permita a criação de bases sólidas que para sustentar e avançar para uma pesquisa mais alargada sobre a existência material de estabelecimentos hospitalares na época moderna. Os elementos recolhidos na *Memórias Paroquiais* serão alvo de uma análise própria, seguindo-se o cruzamento com informações colhidas noutras fontes primárias e de âmbito cronológico mais alargado, que já se encontra em curso, e que implicará um levantamento documental sistemático em diversos fundos do Arquivo Nacional da Torre do Tombo.

Nesta fase, a investigação contabiliza perto de um milhar de documentos pesquisados, lidos, resumidos e elencados a partir do Corpo Cronológico, Chancelarias Régias, Núcleo Antigo, Conselho da Fazenda, Gavetas, Feitos da Coroa, Armário e Cartório Jesuítas, diversos arquivos particulares, arquivos de ordens religiosas, Fragmentos, Mesa da Consciência e Ordens, etc. O objectivo é proporcionar um maior e mais profundo entendimento da realidade e evolução das instituições assistenciais portuguesas e temáticas correlacionadas com estas, entre os séculos XV e XVIII.

Toda a pesquisa arquivística tem como objetivo primeiro encontrar documentos capazes de comprovar e/ou elucidar diversos aspetos acerca de personalidades, instituições, acontecimentos e obras materiais conferindo cientificidade aos estudos históricos. Buscar, ler e transcrever com rigor e regras adequadas, entender, ordenar e comparar as informações veiculadas pelos documentos é parte integrante e obriga-

tória do trabalho do investigador, a que se segue a análise com sentido crítico, colocando questões e obtendo as respetivas respostas dos documentos.

Deste modo, e no que às *Memórias Paroquiais* concerne, o ponto de partida foi proceder ao levantamento e transcrição paleográfica sistemática de todos os registos referentes a hospitais, Misericórdias e outras estruturas assistenciais, percorrendo um a um os depoimentos referentes às 4073 Freguesias que integram os 43 volumes manuscritos da obra³, na busca das informações que foram solicitadas pelo Marquês de Pombal e produzidas pelos Párocos das ditas Freguesias acerca desta temática, e que são as que estão contidas nas respostas às perguntas 11 e 12 do questionário pombalino, a saber:

“Se tem Hospital, quem o administra, e que renda tem?”

“Se tem casa de Misericórdia, e qual foi a sua origem, e que renda tem; e o que houver notável em qualquer destas coisas?”

Assim, foi necessário realizar uma pesquisa e leitura metódica das referidas respostas na totalidade da obra, volume a volume, Freguesia a Freguesia, o que nem sempre foi linear, pois, por vezes, aquelas não estão bem identificadas ou surgem miscigenadas com outras respostas e até deslocalizadas da ordem que fora determinada.

No final, foram encontrados os pretendidos registos em 398 Freguesias, com indicação de que aí se localizavam hospitais e/ou Misericórdias e/ou Albergarias ou outros estabelecimentos de assistência, na maior parte dos casos com alguma informação complementar que se revelou do maior interesse para este estudo.

À medida que iam sendo identificados, os registos foram devidamente referenciados e transcritos, ficando a constituir um *corpus* documental que virá a permitir não só um conhecimento panorâmico das estruturas e sistemas assistenciais portuguesas no século XVIII, como proporcionar estudos parcelares em diversos domínios da mesma temática.

1 Projecto “*Hospitalis* – Arquitectura Hospitalar em Portugal nos Alvores da Modernidade: identificação, caracterização e contextualização” (PTDC/ART-HIS/30808/2017), ARTIS, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

2 Torre do Tombo (ANTT) *Memórias Paroquiais do Padre Luís Cardoso ou Dicionário Geográfico*, 44 vols., 1758.

3 O 44.º volume contém o Índice da obra.

Ergamos, então, uma ponta do véu sobre a realidade e utilidade dos conteúdos em estudo, transcritos das *Memórias Paroquiais*.

Logo à partida, esta pesquisa conduziu à identificação e conhecimento da localização precisa dos referidos estabelecimentos, que agrupámos de forma genérica em Hospitais, Misericórdias e Albergarias, o que fez com que fosse possível referenciá-los num Mapa com as suas localizações tornando-os, assim, realidades visíveis no espaço do território português continental (fig. 01).

Fig. 01. Mapa de Localização dos Estabelecimentos Assistenciais registados na Memórias Paroquiais



Através desta marcação no terreno, podemos constatar que a maior concentração das instituições hospitalares se verifica, como é natural, nas principais cidades e vilas do reino e respetivos termos, mas também nas faixas litorais, área raiana e ainda alinhadas ao longo daquilo que constituiria a rede viária da época, tanto no sentido Sul-Norte, como ligando o litoral ao interior. Os estabelecimentos estavam implantados nos trajetos mais utilizadas em termos comerciais e religiosos, tendo, neste âmbito, as peregrinações um peso notável, não só realizadas dentro do país como, fundamentalmente, as que se dirigiam a Santiago de Compostela.

Estas instituições proporcionavam assistência e abrigo a quem se deslocava entre centros devocionais, vilas e cidades, mas também a quem ia em busca de um auxílio mais eficaz na doença, pois as *Memórias* dão conta da existência de algumas estruturas em pequenas localidades e pontos intermédios das referidas redes viárias, que podemos classificar em termos funcionais como de transição ou transbordo entre os estabelecimentos assistenciais mais importantes.

Por exemplo, no Bombarral e Cercal (Cadaval) existiam instituições onde se acolhiam temporariamente os doentes que iam e vinham do Hospital das Caldas; em Muge assistiam-se os enfermos que se deslocavam a caminho do Hospital de Santarém; em Loures e no Lumiar existiam estruturas para recolhimento de quem se dirigia para o Hospital Real de Todos-os-Santos, de Lisboa; assim como na Enxara do Bispo, de onde se remetiam doentes para o lugar da Sapataria, que os recolhia e mandava para outro hospital e assim sucessivamente, até chegarem à capital. Algumas Casas de Misericórdia também proporcionavam acompanhamento a quem necessitava de se deslocar em busca de assistência e tinha dificuldades de locomoção, disponibilizando mesmo uma cavalgadura ou besta para o transporte até ao hospital mais próximo.

Para além da distribuição geográfica, os conteúdos textuais dos registos abordam e destacam determinadas realidades, que levaram à criação de uma base de dados, provisória, mas que será desenvolvida no decurso do Projeto, onde as informações transcritas foram vertidas, organizadas de acordo com os seguintes campos, que foram elencados de

forma idêntica para as tipologias Hospital, Misericórdia e Outros (Albergarias, Recolhimentos, etc):

Localização (Freguesia / Comarca)

Origem

Dependências

Equipamentos

Utilizadores

Tipo de assistência

Administração

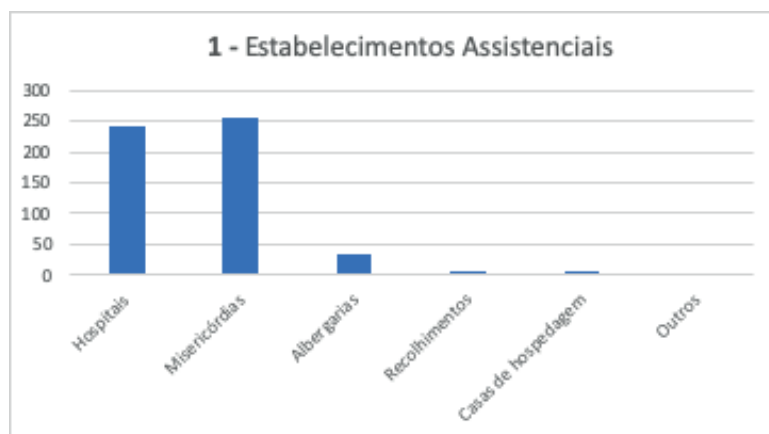
Rendas

Cabe aqui notar que, em termos das informações escritas pela mão dos Párocos, estas possuem, em termos gerais, pesos e características bastante irregulares, pois, apesar dos autores estarem perante testemunhos físicos e materiais, em contextos por si vivenciados e, à partida, bem conhecidos, são notórias diferenciações de âmbito expositivo, intelectual e cultural, e até de graus de interesse e níveis de sensibilidade, que transparecem dos seus textos. Uns são muito objetivos e assertivos, revelando mesmo alguma preocupação de investigação, como, por exemplo, em relação à origem do estabelecimento, outros mais descritivos e laudatórios (por exemplo, quando falam das igrejas e capelas que estão anexos ao estabelecimento hospitalar, aquelas merecem mais atenção que este), por oposição a alguns demasiado lacónicos e mesmo falhos de informação, e outros, ainda, imprimindo a tónica em determinados aspetos, como uma fundação régia e uma renda elevada, em detrimento de outros, como os aspetos arquitetónicos e assistenciais, que chegam a ser completamente ignorados, revelando parcialidade nos seus juízos.

Mesmo assim, partindo dos conteúdos transpostos para a base de dados, foi então possível realizar a análise, contabilização e caracterização das tipologias dos estabelecimentos assistenciais, conhecer, pelo menos em parte, a sua arquitetura, as dependências que os compunham e os equipamentos de que dispunham, os assistidos que recebiam, o tipo

de assistência disponibilizado e efetivamente ministrado, e ainda alguns aspetos de cariz administrativo e financeiro.

De acordo com os testemunhos escritos nas *Memórias Paroquiais* existiam, em 1758, em Portugal continental 243 hospitais, 255 Casas de Misericórdia (40 das quais com hospital integrado), 35 albergarias, 6 recolhimentos e 7 casas de hospedagem. (v. Gráfico 1 – Estabelecimentos Assistenciais)



Em relação às estruturas arquitetónicas e dependências que constituíam estes hospitais, a maior parte compunham-se apenas de uma ou duas casas, raramente mais, sem qualquer outra descrição ou comentário feito por parte da generalidade dos autores, sendo muito poucas as vezes em que emitem juízos de valor em termos arquitetónicos e artísticos acerca das mesmas.

Algumas destas casas são classificadas apenas como pequenas, pobres, térreas, de pobre arquitetura, arruinadas, alagadas, danificadas e impróprias, testemunhando ainda a existência de hospitais instalados em palheiros, sótãos, alpendres e "lógias". Mais sorte tinha o Hospital de Santa Cruz do Cartaxo, pois estava instalado num "(...) *Cazarão extraordinario, e antiquissimo firmado em muros de tijollo, por modo de naves (...)*"⁴.

Embora pouco numerosos, alguns Párocos concederam mais atenção aos hospitais da sua Freguesia, por serem edifícios grandiosos e notoriamente mais destacados, não só em termos artísticos como operativos, no compute do panorama nacional da época. Este aspeto deu origem à produção de descrições bastante pormenorizadas, que nos permitem visualizar os

estabelecimentos e aferir a sua dimensão e qualidade material, espacial e funcional, destacando sobretudo o facto de serem bem iluminados e arejados e com vistas aprazíveis.

O Hospital de Lamego é dos que merece maiores enclausuramentos, epitetado de *"Sumptuozo, E magnifico Hospital, Com huma notavel galaria de dous andares de janellas: as de bayxo de perpeanho Com assentos, E as de sima de sacada Com suas grádes de ferro pintadas, E bollas douradas; obra maravilhosa (...)"*, a quem o autor desta Memória dedica cinco páginas, aqui reduzidas às passagens que contêm os elementos mais relevantes, como as dimensões, as enfermarias que o compunham, elementos arquitetónicos mais relevantes, aspetos funcionais, equipamentos, prática assistencial e tipos de males que aí se curavam, tal como se segue⁵: é *"(...) de grande Comprimento, E Largura e logo à Entrada da parte principal (que fica para o Sul) tem huma fermoza Sálla, Com duas grandes janellas de perpeanho, E assentos da parte dos Lados da ditta porta. Em a qual há Revista pelos Medicos, E Syrgioens dos doentes, que se hão de Curar nas Enfermarias do mesmo Hospital"*.

Descreve em seguida a capela do hospital, à direita da qual fica uma grande enfermaria onde se curam mulheres do "mal venéreo", seguindo-se uma sala *"(...) de igual grandeza (que serve de botica) primorozamente petrexada de todos os Remedios necessarios: tambem Com duas grandes janellas para o mesmo Rio Coura: nas Costas desta Salla fica outra Enfermaria, tam grande, como a das mulheres (...)"* para homens enfermos do mesmo mal, tendo ao meio *"(...) huma porta, que sae para huma Larga, E grande Varanda, que fica sobre o quintal do hospital, E Rio Coura: no principio da qual tem hum quarto, E no fim outro que servem de acomodação ao boticario; Subterraneo a Estas Sallas Estão varias Logeas Com fréstras para o ditto Rio, que Servem humas de Recolher immencidades de galinhas, E outros varios trastes, necessarios ao hospital, E botica: tem outra caza para o mesmo effeyto.*

Nas Costas da Salla do meyo debayxo de hum grande arco de pedra lavrada, sobem duas Escadas da mesma pedra, Cada huma por sua parte, que tem seo Rematte Em hum patim Com outra Escada de parapeytos (tudo de pedra Lavrada) que pelo meyo Sobe

para as Salas, E enfermarias de sima; E sobre o tal patim Cáe huma varanda, que tem serventia para a grande Cozinha, E duas Enfermarias; E assim aquella Como as trez Escadas sam alumeadas por duas Claras-boyas de Vidraças, que ficão sobre o tecto.

Entrando a porta da Galaria de Sima se Encontrão trez Sallas, que ficam sobre as de bayxo, E tem o mesmo ambito; Cada huma com duas janellas de Sacada, que Cáem Sobre a Ponte, E Rios pela da mam dereyta Se Entra para a Enfermaria das mulheres; a qual tem de Cada banda oytto belixes de Estuque, com suas portadas de talha; E por Sima Com perfeytos Remattes E pyramides da mesma talha; Cada belixe tem Seos quáteres E camas (Excepto dous do meyo) que hum Serve de dar Luz à enfermaria por huma grande janella, que tem toda de grades de ferro (que fica Sobre hum páteo, E Rua da Encosta) E a outra defronte Serve de Expedição para a Cozinha, E varanda".

Do lado esquerdo, a Enfermaria dos homens tem *"(...) outros oytto belixes de Estuque, de Cada banda preparados Como os das mulheres (Exceptos outros dous e meyo, que hum tem Sahida para huma varanda Igual à de bayxo Com os mesmos dous quartos no principio, E fim para acomodação dos Serventes; E o outro defronte tambem Serve de Expedição para a mesma Cozinha, E varanda que Cáe sobre as Escadas; E assim Estes, Como os belixes da Enfermaria das mulheres tem suas portas Em dereytura, pela parte de trás para Serventia, E melhor Expediente dos Enfermos; E assim huma Como outra Enfermaria tem no fim huma grande janella, que fica olhando para o Norte Com Seos ocullos de Vidraças, por Sima"*⁶.

Embora mais modesto, o Hospital de Sines suscitou especial atenção do Pároco local, que destacou a sua recente reedificação com o patrocínio real, substituindo as anteriores *"(...) quatro Cazas terreyas mal preparadas, e com muitas Ruinas, e pouco commodo para os infermos, por novas Cazas desde os seus cimentos, e se Levantarão nellas sobrados, de Sorte, que para os infermeyros ficarão duas Cazas altas, e quatro baxas, e para os infermos duas enfermarias huma alta, e outra baixa, na baixa tem tres Leytos, e na alta quatro separados huns dos outros, apainelados, como tambem os corredores das enfermarias, em cujos Leytos ha a Roupa necessaria para as camas*

5 ANTT, *Memórias Paroquiais, Sé, Lamego*, v. 19, n. 42, pp. 250–255.

6 ANTT, *Memórias Paroquiais, Sé, Lamego*, v. 19, n. 42, pp. 250–255.

dos enfermos, do que até'gora havia grande falta. Tem huma varanda para a parte do Sol para Recreyo dos Convalescentes; huma Sala Logo na entrada aonde se aseytão os enfermos, e huma Caza terreira de fora com ximiné, e tarimbas para Commodo dos pobres passageyros e viandantes (...). A Igreja do Espírito Santo está junta ao Hospital com o qual comunica *"(...) por dentro com as enfermarias, da qual se pode dar o viatico aos enfermos: Tem porta para o choro na enfermaria alta para os convalescentes ou virem Missa (...)"*⁷.

Igualmente reconstruído foi o Hospital da Casa da Misericórdia de Elvas, por ser o *"(...) antiguo quasi subterraneo, e por isso pouco sadio (...)"*⁸, pelo que foi demolido e erguido um novo com toda a perfeição, entre 1742 e 1752, por ordem de D. João V e à custa da Real Fazenda. Enquanto a obra decorria os doentes estiveram instalados num armazém que ficava defronte do estabelecimento.

O autor da Memória não poupa elogios à arquitetura do novo hospital, dotado de três enfermarias *"(...) excelentes Com formosas janellas de finos marmores, todas em correspondencia com suas grades de ferro. A primeira enfermaria para clérigos e pessoas nobres dedicada aos Apostolos São Pedro e São Paulo; A segunda para os pobres dedicada à Vizitação de Nossa Senhora a Sancta Elisabeth; a terceira para molheres dedicada a Nossa Senhora do Emparo (...)* Sobre o portico, que hé excelente de fino e bem Lavrado marmore, stão as armas Reaes, e sobre ellas huma perfeita imagem de Nossa Senhora do Emparo da mesma pedra primorosamente Lavrada".

Daqui se subia *"(...) por huma bem formada escada de Cantaria de hum só Lance athe ao meio (...)* Neste meio se divide a escada em 2 Lances para os Lados, por hum dos quais se entra para huma enfermaria; e pelo outro para o Consistorio (...) Debaxo das enfermarias e Consistorio ficão muitas Cazas que servem para depejos, Celeiros, e botica d'esta Sancta Casa"⁹.

De uma forma geral, contudo, no que respeita às dependências e aos equipamentos existentes dentro dos hospitais, estes são aspetos raramente mencionados, o que é revelador da existência de muitas e graves carências. Só os hospitais de maior dimensão, onde

se incluem os acima referidos, possuíam enfermarias, e apenas algumas com repartimentos e salas separadas para homens e mulheres. Encontram-se ainda esparsas referências à existência de dormitórios, quartos ou cubículos, casas com camarotes, salas de convalescença, oficinas, boticas e celeiros. Quanto aos equipamentos e mantimentos poucos são os contemplados com camas ou leitos, enxergões, colmos, tarimbas, catres, roupas, mantas, fogo, azeite para lâmpadas, água, sal e cera.

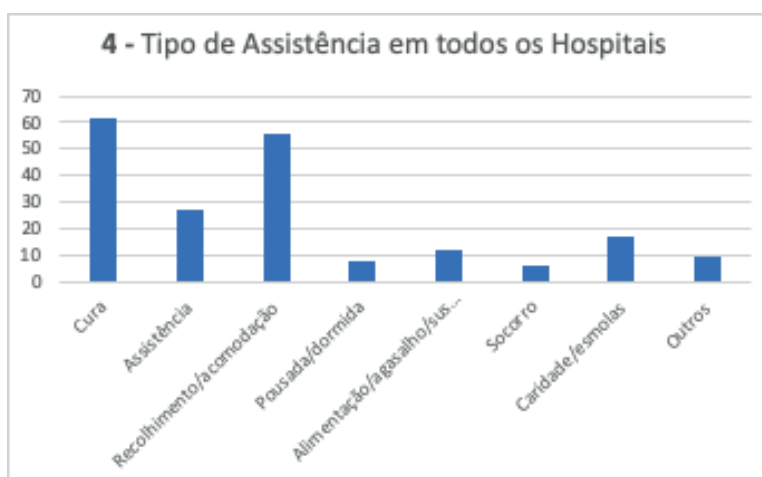
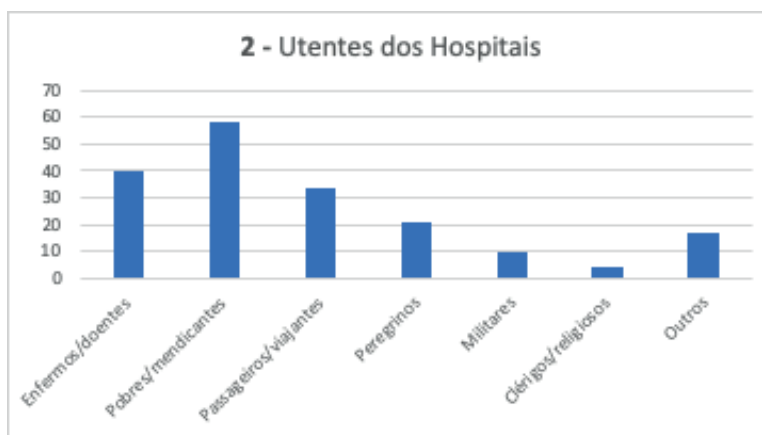
É por demais notório que a maior quantidade dos assistidos recebidos nos hospitais (sempre designados de forma simplista, sem qualquer alusão a um tipo específico de hospital) e nas Misericórdias com hospital integrado são os pobres (58 em hospitais e 10 em hospitais das Misericórdias) que, na realidade, em termos práticos, estamos em crer, ultrapassam em muito esta contabilização, porque a maioria dos "enfermos" ou "doentes" (40 em hospitais e 12 em hospitais de Misericórdias) que são referenciados pelos Párocos como destinatários de determinados hospitais, tem à frente o adjetivo "pobre" (v. Gráfico 2 - Utentes dos Hospitais; v. Gráfico 3 - Utentes dos Hospitais das Misericórdias). O mesmo acontece com os denominados "passageiros", "viajantes" ou "viandantes", acolhidos em 42 hospitais (sendo 8 de Misericórdias), a muitos dos quais se adiciona igualmente o epíteto de "pobre", tal como os "peregrinos" aos quais 27 hospitais, dos quais 6 pertencentes a Misericórdias abrem as portas. Uma exceção a esta realidade é o Hospital da Misericórdia de Elvas que recebe doentes pobres, mas os que podem pagar fazem-no, entregando 150 réis por dia à instituição.

Em menor número eram os estabelecimentos que se destinavam em exclusivo a militares, a saber, 10 hospitais localizados nas Freguesias que possuíam praças fortes, como em Almeida, Caminha, Cascais, Chaves, Lagos, Monção, Moura, Penamacor, Salvaterra do Extremo e Viana do Castelo. Existiam ainda 8 para clérigos e religiosos e 26 estabelecimentos que acolhiam outros tipos de utentes, como estudantes (Évora), vagabundos, mendigos, velhas e velhos, incuráveis, entrevados, mulheres e viúvas, irmãos da Misericórdia.

7 ANTT, *Memórias Paroquiais*, Sines, Ourique, v. 35, n. 177, pp. 1314–1326.

8 ANTT, *Memórias Paroquiais*, Sé, Elvas, v. 13, n. 51 / (14E), p. 77.

9 ANTT, *Memórias Paroquiais*, Sé, Elvas, v. 13, n. 51 / (14 E), pp. 76–78.



No computo geral do tipo da assistência prestada pelos hospitais em meados da centúria de setecentos, é interessante verificar que a “cura”, disponibilizada em 62 estabelecimentos, não era, digamos, o “tratamento” mais aplicado, embora devamos ter em atenção que quando os Párocos referem que em determinados hospitais se ministra “assistência”, sem qualquer especificação (que se prestava em 27 casas), possa estar evidentemente implícita também a cura (v. Gráfico 4 - Tipo de Assistência em todos os Hospitais).

É curiosa e importante também a constatação que, nesta época, os hospitais se destinavam ainda e sobretudo a “recolhimento” ou “acomodação” (fornecida em 56 hospitais); “pousada” ou “dormida” (em 8); “alimentação”, “agasalho” ou “sustento” (em 12); socorro (em 6); “caridade” ou “esmolas” (em 17); e outros, como descanso, transporte, criação, banhos, etc. (em 9). Esta realidade constitui um indício de que a maioria dos hospitais setecentistas continuava a percorrer um longo e moroso caminho assistencial que, na Idade Média, foi iniciado pelas albergarias, hos-

pedarias e estabelecimentos similares, e que os autores das *Memórias Paroquiais* testemunham estarem na origem de muitos destes hospitais, para além dos numerosos de que se ignora o seu princípio ou se refere apenas serem antiquíssimos, e de outros provenientes de legados, fundações régias e particulares.

Quando às albergarias, propriamente ditas, registadas nas *Memórias*, as mesmas continuavam a destinar-se a pobres, peregrinos, passageiros, religiosos e seculares mendicantes (no sentido que esmolavam para seu sustento) e raramente e enfermos (nestes casos apenas os que estavam em trânsito para determinados hospitais, sobretudo Caldas e Lisboa). Aqui encontravam agasalho, pousada, recolhimento, ceia, dormida e por vezes esmola. Algumas albergarias dispunham de camas e roupas e outras proporcionavam algum tipo de assistência, por vezes com auxílio de um albergueiro, de uma mulher ou de um caseiro.

Nos hospitais a “cura” e outros tipos de assistência eram ministradas, apenas nalguns casos, por físicos, médicos, cirurgiões, sangradores, enfermeiros, enfermeiras e boticários que integravam os estabelecimentos, presentes sobretudo nos maiores, ou eram contratados, para além de também se registar a colaboração de hospitaleiros e hospitaleiras, de religiosos de S. João de Deus, de mordomos, serventes e criados.

Outros serviços prestados, por um menor número de estabelecimentos, eram ainda o “descanso”, a “criação” de enjeitados, o “transporte” já referido entre hospitais e para quem estava munido de Carta de Guia das Misericórdias, um documento que era passado no caso de ser necessário deslocar o doente, e ainda os banhos, de que o Pároco da Freguesia do Banho (S. Pedro do Sul) faz uma curiosa descrição que merece lugar destacado, pela sua especificidade, já que trata de um tratamento do tipo termal: “(...) *Tem hum tanque grande para homens, em que caberão quarenta e mais pessoas. outro Retirado para mulheres em que caberão oyto ou des. vem a agoa para estes Tanques por cano de pedra de distancia de tiro de mosquete, adonde nasce com calor tão activo, que por nenhum tempo se tolera a maom dentro e em tanta copia, que com a que se junta de varioz nascentes no mesmo sitio, pode moer hum moinho. Entre estes nascentes brota huma fonte de que os Mo-*

radores uzão para os ministerios domesticos por sahir a agoa com calor idoneo pra todo o vzo”¹⁰. A assistência peculiar que aqui se proporcionava aos utentes era dada não só por um médico, mas também por um banheiro, com ordenado.

Encontramos ainda menção a tratamentos para doenças singulares a que se dedicavam alguns hospitais, que parece terem-se especializado nas mesmas, ao contrário de outros que diziam receber qualquer doente, exceto incuráveis.

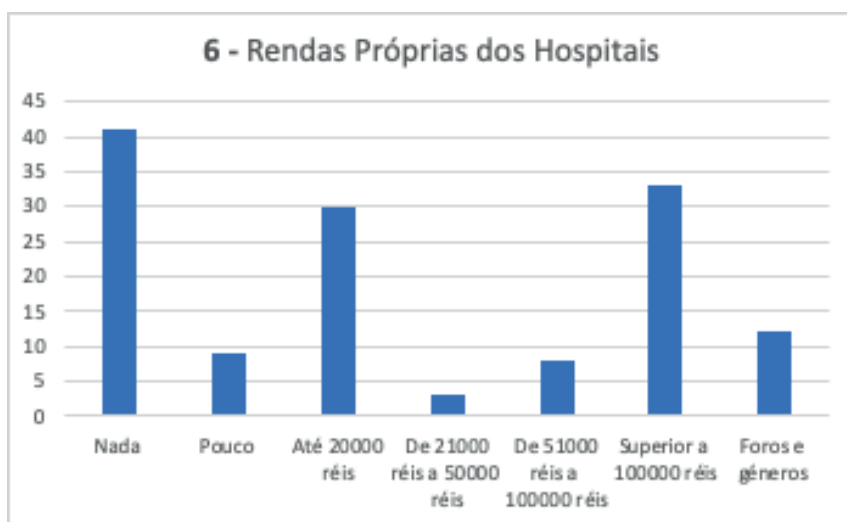
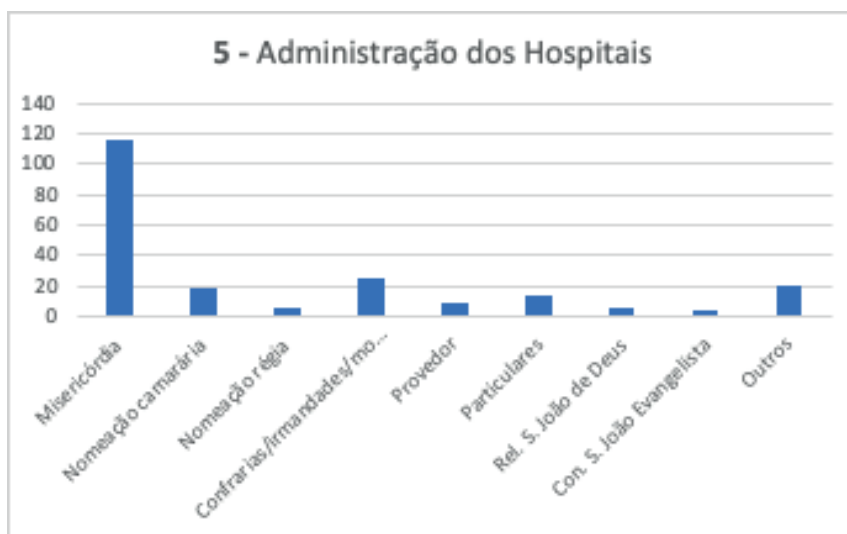
No hospital de Vila do Conde tratava-se “febre e dores de cabeça”, e o da Misericórdia da Freguesia de S. Bartolomeu de Vila Viçosa, era o único no país que curava o “mal de ventres” que se fazia sentir na Primavera e no Outono, erigido e dotado pelos duques de Bragança, pago pelo Almojarifado da vila, mas cujos títulos desapareceram no incêndio que se seguiu ao terremoto, cessando as curas do dito mal, “(...) *com grande perjuizo dos pobres, que morrem faltos de Remedio, não havendo em toda esta Provincia outro algum hospital, em que se fação similhantes Curas* (...)”¹¹.

Relativamente à administração destes estabelecimentos, os Hospitais arrolados nas *Memórias Paroquiais* encontravam-se, à época, na maioria sob o governo e gestão financeira das Casas de Misericórdia locais, na figura do seu Provedor e Mesa, o que acontecia em 116 dos estabelecimentos hospitalares, instituições para as quais esta pasta foi sendo progressivamente passada ao longo do séc. XVI, por ordem régia de anexação (v. Gráfico 5 – Administração).

As razões apontadas pelos Párcos para esta mudança são sobretudo as rendas muito baixas de alguns hospitais, o que é atestado pelos dados que revelam nas *Memórias*. Muitos estabelecimentos não dispunham de renda própria, o que sucedia em 41 hospitais, ou então era a mesma muito pouca “diminuta” ou “ténue”, em 9, dispondo a grande maioria de rendas inferiores a 100.000 réis, valor que apenas 33 casas conseguiam ultrapassar. Alguns, ainda, não possuíam qualquer renda fixa e apenas o proveniente de foros e determinados géneros e frutos da terra (v. Gráfico 6 – Rendas Próprias dos Hospitais).

10 ANTT, *Memórias Paroquiais*, Banho, Viseu, v. 42, n. 28, pp. 13, 14.

11 ANTT, *Memórias Paroquiais*, S. Bartolomeu, Vila Viçosa, v. 40, n. 271a, pp. 1666–1667.



Para além disto, não se coibiram alguns dos autores das *Memórias* de denunciar a má administração e gestão danosa de quem foi tendo a responsabilidade de administrar os estabelecimentos hospitalares, que teve como resultado a total ausência ou grave diminuição das rendas, apresentando-se a Misericórdia como uma instituição forte e fidedigna, com créditos firmados e uma vasta experiência que fizeram desta instituição um verdadeiro pilar de sustentação e regularização da assistência em Portugal durante vários séculos.

Fora do governo da Misericórdia, resistiam apenas 19 hospitais com administradores nomeados pela Câmara, 5 pelo rei, 25 sob a tutela de Confrarias, Irmandades e Mordomos, 9 com provedor próprio, 14 com administração particular, 5 pertencentes aos Religiosos de S. João de Deus e 3 aos Cónegos de

S. João Evangelista, e outros 20 de administração diversa (v. Gráfico 5 – Administração).

Para concluir, tendo como base a investigação arquivística, leitura e análise das fontes documentais, que recentemente se iniciou, pretendemos vir a alcançar um mais completo e profundo conhecimento das estruturas assistenciais em geral e hospitalares em particular, entre os séculos XV e XVIII.

Este levantamento temático das *Memórias Paroquiais* permitiu, desde já, ficar a conhecer alguns aspetos relacionados com estes estabelecimentos, e sistematizar informações importantes e elucidativas, acima expostas, sobre a sua origem, instituição ou fundação, a sua fisionomia e estruturas arquitetónicas que os compõem, funcionalidades, equipamentos, utilizadores a que se destinavam, o tipo e diversidade de tratamentos e outros cuidados e quem os

prestava, os ofícios ligados à assistência e saúde, o financiamento e a aplicação das rendas e a sua administração.

As pistas estão lançadas e outras surgirão. Resta segui-las e ir prosseguindo nesta viagem de descoberta,

coligindo todos os materiais que, com a argamassa do conhecimento, irão erguendo as paredes do edifício histórico desde os alicerces até à cobertura. Tarefa árdua, mas o engenho e a força de vontade serão as ferramentas mais adequadas para superar as dificuldades do caminho.

FONTES

Arquivo Nacional da Torre do Tombo (ANTT), *Memórias Paroquiais do Padre Luís Cardoso ou Dicionário Geográfico*, 44 vols., 1758.

PT/TT/MPRQ.

<https://digitarq.arquivos.pt/details?id=4238720>

UMA CASA NO LARGO DA SÉ: DISSENSÕES ACERCA DO VALOR ARQUITETÔNICO DO HOSPITAL DA CARIDADE EM BELÉM, PARÁ, BRASIL

A HOUSE IN SÉ SQUARE: DISSENSIONS ABOUT THE ARCHITECTURAL VALUE OF THE CHARITY HOSPITAL IN BELÉM, PARÁ, BRAZIL

Cybelle Salvador Miranda, Ronaldo Marques de Carvalho, Beatriz Trindade de Oliveira Lobato

Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural; Universidade Federal do Pará

cybelle1974@hotmail.com – ORCID | 0000-0001-5913-989X; romarca@ufpa.br – ORCID | 0000-0002-0076-9966;

beatriztlobato@gmail.com – ORCID | 0000-0002-1674-3023

RESUMO

O Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos foi erigido pelo Frei Caetano Brandão, tendo em vista a necessidade de acolhimento da população desvalida. O Hospital de Caridade possuía estrutura simples em contraste aos modelos coetâneos, mas realizava o cumprimento eficaz de sua função. Apesar de ter sido construído para ser um hospital, o Bom Jesus não possuía tipologia típica destes estabelecimentos, podendo ser equiparado às Misericórdias portuguesas, as quais raramente erigiram construções de raiz, pois instalavam-se em prédios preexistentes. Durante o período em que esteve sob diversas posses, o edifício passou por significativas modificações, o que, em conjunto com a escassez de documentação, contribuiu para o seu desaparecimento. Com o intuito de contribuir para a ativação da memória social a respeito dos edifícios assistenciais, propõe-se uma reconstituição gráfica da fachada do hospital, bem como de seus vizinhos, estimulando o entendimento destes enquanto patrimônio da saúde e da cidade de Belém.

PALAVRAS-CHAVE

Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos | Arquitetura da Saúde | Tipologia | Belém | Pará

ABSTRACT

The Good Jesus of the Poor Infirm Hospital was built by Friar Caetano Brandão, in view of the need to receive the underprivileged population. The Charity Hospital had a simple architecture in contrast to the contemporary models, but performed its function effectively, it is noteworthy that although it was built to be a hospital, the Good Jesus Hospital did not have a typical typology of these establishments, and can be compared to Portuguese Mercy Houses, which rarely erected buildings from scratch, as they settled in pre-existing buildings. During the period it was under various possessions, the building underwent several modifications, which, together with the scarcity of documentation, contributed to its disappearance. In order to contribute to the activation of the social memory about the care buildings, it is proposed a graphic reconstruction of the hospital façade, as well as its neighbors, stimulating their understanding as a health and city heritage.

KEYWORDS

Good Jesus of the Poor Infirm Hospital | Health Architecture | Typology | Belém | Pará

INTRODUÇÃO

Dom Frei Caetano Brandão nasceu na Comarca de Estarreja, em Portugal, em 1740. Religioso da Ordem Terceira da Penitência, relacionado aos padres franciscanos, foi indicado bispo do Grão-Pará por D. Maria I, chegando ao Brasil em 1782. Tomou posse no ano seguinte, e frente à situação que encontrou, em que a pobreza e o abandono predominavam, decidiu partir em busca de contribuições financeiras para lhe auxiliar. Realizou visitas pastorais e percorreu a cidade solicitando esmolas para os moradores, pedindo, inclusive, materiais construtivos e força de trabalho a quem pudesse assisti-lo. Como dito no ofício encaminhado ao Ministro Martinho de Melo e Castro, em 1783 (Arquivo IHGB *apud* Costa, 2006: 60): "(...) depois de assinar em hu papel o meo nome com a quantia de cem mil reis, rezolvi eu mesmo pedir esmolla pelos moradores da Cidade. Com effeito Deus mostra que abençoa as minhas intenções (...) e já comprado por setecentos e cincoenta mil reis hu sitio o mais próprio p^o hospital por ficar sobre o rio, e com algum principio do Edificio. Espero receber outras porçoens avultadas não so de dinheiro, mas também de pedra, cal, madeira, trabalhadores &^a, com o que julgo porei o estabelecimento em figura de abranger ate cem enfermos".

O edificio foi erguido com auxílio de um engenheiro, colocado à disposição de Frei Caetano pelo Governador, além de mão de obra ofertada pelas famílias abastadas da cidade. Após dois anos de trabalho, o hospital foi inaugurado em 25 de julho de 1787, Dom Frei Caetano conduziu a diocese até 1790.

Em 1807, o edificio foi incorporado à Santa Casa de Misericórdia, da qual foi sede até 1900, local de onde foram administrados o Hospício dos Lázaros do Tucunduba, o Hospício dos Alienados (depois chamado Hospital Juliano Moreira), o Hospital de Isolamento (depois chamado Hospital Domingos Freire), bem como os cemitérios de Nossa Senhora da Soledade e Santa Isabel (Miranda *et al.*, 2015).

Foi durante esse período que o hospital serviu de auxílio para o tratamento de epidemias, e acolhimento de doentes. Em 1850, através de embarcações, chega à cidade a febre amarela, sobrecarregando o hospital que realizava assistência pública, logo cinco anos depois, há o período de epidemia

da *cholera-morbus*. Na década de 70 do século XIX também foi fundamental para a internação dos contaminados com varíola, dentre os quais destacam-se os migrantes nordestinos que, ao buscarem os seringais da Amazônia, contraíam a doença, obtendo assistência do governo e cuidados no Hospital Bom Jesus dos Pobres, como relatado no Relatório Provincial (18 mar. 1889: 52-57). Além de ser o primeiro hospital a abrigar doentes mentais no Pará.

Em razão das poucas fontes de documentação oficiais acerca deste hospital, pouco se pode afirmar sobre seu percurso e suas modificações, o escasso material encontrado é composto de notícias de jornais. Esses periódicos concentram-se em relatos sobre pessoas encaminhadas às suas enfermarias, porém também referem orçamentos, prestações de contas e chamadas para obras no hospital.

No início da década de 70 do século XIX há um repasse de verbas para obras na sua enfermaria especializada para enfermos com febre amarela, além disso, a varíola continua a preocupar os habitantes de Belém. Portanto, segundo o Jornal do Pará (21 set. 1873: 1), diante dessa situação, a Santa Casa consegue permissão para vender alguns de seus bens com o intuito de arrecadar fundos para um novo cemitério e compra do edificio próximo ao hospital para sua expansão. Informação confirmada pelo jornal Província do Pará (15 fev. 1874, p. 80 *apud* Alves e Araújo, 2011: 3), o qual afirma que o tratamento dos doentes era deficiente, devido à falta de espaço para as enfermarias especiais, sendo vital a aquisição do prédio de propriedade particular contíguo ao hospital, que na presente data já havia sido autorizada.

Encontram-se relatos de intenções para reformas menores também, como o chamamento para execução de arremate de janela com gradil de ferro e trapeira no pavimento superior do hospital, em 1873, o qual não há comprovação de que tenha sido executado. Na segunda metade desta década, os jornais descrevem instalação de novas enfermarias, além das dificuldades financeiras atravessadas pelo hospital. No jornal A Constituição (1876: 2) é afirmado que a existência deste hospital se justificava apenas pelo seu trabalho de caridade, em razão da sua condição, como também expõe que o hospital funcionava em di-

versos prédios particulares, em salas alugadas, pela necessidade de receber um grande número de doentes, inclusive, dois anos depois, é relatada conclusão de obras do alojamento situado no Forte do Castelo, destinado a retirantes nordestinos, transformando-a em enfermaria para o seu acolhimento. Neste mesmo período tentava-se, com bastante dificuldade, concluir as obras de um novo hospital, porém havia custos e atrasos para sua realização.

Mediante este cenário, e com a criação de várias enfermarias especiais, seja por doenças epidêmicas, como também em casos de indigentes e presos com condições financeiras parcas, eram constantes as recomendações do Presidente da Província de modo a diminuir a quantidade de doentes nas enfermarias. Logo, ao estabelecer medidas higiênicas, essas abrangiam a necessidade da vacinação, cuidados quanto ao enteramento de contaminados com as principais doenças que assolavam a cidade, especialmente a varíola, afirmava a necessidade de enfermarias específicas em cada distrito, além da higienização das cidades, limpando-se sujeiras deixadas nas ruas e no cais.

Até esse momento, quem trabalhava no hospital eram escravos, porém, em 1883, possibilitou-se a vinda das Irmãs de Sant'ana, da Itália, as quais poderiam também prestar auxílio religioso aos enfermos.

Após a inauguração do conjunto arquitetônico da Santa Casa, no bairro do Umarizal, em 1900, o hospital antigo foi inutilizado, permanecendo fechado, até posteriores aquisições de seu edifício, deixando de lado sua função hospitalar. Em 1935 o edifício foi adquirido pela Companhia Nipônica de Plantações do Brasil, Cooperativa Agrícola que foi criada alguns anos antes em Tomé-Açú, e nesse momento vinha para Belém. Eugênio Leitão de Brito (1997: 56), em suas memórias da Cidade Velha, relata: "Ainda na Praça da Sé, logo adiante do Hospital Militar, era sede e porto de desembarque da Companhia Nipônica de Plantações do Brasil que tinha a parte agrícola em Tomé-Açú, de onde vinha semanalmente para Belém

uma lancha carregada de repolhos e outros hortícolas que eram descarregados e vendidos nesse porto da empresa. Foi essa companhia que teve como fundador o Dr. Fukuara (não sei a grafia exata) que promoveu a vinda para o Pará dos primeiros emigrantes japoneses (...). Foi liquidada por ocasião da guerra 1939-1945 (...). A Companhia esteve em posse deste edifício, ainda que não o efetivamente utilizasse, até 1957, quando o imóvel foi desapropriado pelo Ministério de Guerra. Pelo Decreto nº 39.131, de 4 de maio de 1956, o Ministério afirma tal imóvel ser-lhe necessário, e o destina ao Estabelecimento de Subsistência da 8ª Região Militar".

Brito descreve a cidade em seus diversos percursos históricos, ao retratar a importância do Largo da Sé, então Praça D. Frei Caetano Brandão, como local histórico da cidade e fundamental para sua expansão, cita que "do outro lado fica uma construção secular que já teve diversas finalidades e presentemente é ocupada por uma unidade militar" (1997: 59).

Alguns anos depois, em 1963, o historiador Leandro Tocantins pede o tombamento do antigo Hospital de Caridade, com o intuito de preservá-lo de maiores descaracterizações de sua arquitetura primária, tendo em vista que até então o edifício já havia sofrido diversas modificações. O processo de tombamento segue, sendo necessário uma averiguação do estado do interior do edifício, tendo em vista a falta de documentação relativa ao hospital, relata-se que se o interior não for de interesse a preservação, o tombamento paisagístico da Praça já lhe conferiria proteção suficiente, não sendo necessária uma inscrição individual. Apesar do tombamento do conjunto da Praça D. Frei Caetano Brandão no ano seguinte, em razão da dificuldade para encontrar documentação do edifício, o processo foi esquecido, sendo lembrado apenas em 1997, quando, porém, a edificação já havia sido demolida. No local foram construídos armazéns de abastecimento militar, com estilo inadequado ao sítio, e atualmente neste espaço há um chafariz, o qual faz parte do conjunto paisagístico da Casa das Onze Janelas.



Fig. 01. Localização atual do sítio onde se estabeleceu o Hospital de Caridade e edifícios adjacentes (fotografia autores, 2019).

O HOSPITAL DA CARIDADE E A ICONOGRAFIA

O Hospital Bom Jesus dos Pobres, também conhecido como Hospital da Caridade, situava-se na Rua Siqueira Mendes, em frente ao Largo da Sé, atual Praça Frei Caetano Brandão, e de costas à Baía do Guajará. Estava enquadrado no que hoje se denomina Complexo Feliz Lusitânia, no qual se encontra a Catedral de Belém, a Igreja de Santo Alexandre

e Museu de Arte Sacra, a Casa das Onze Janelas e o Forte do Presépio. No local onde se encontrava o hospital e outros edifícios vizinhos, os quais também foram demolidos, há uma pequena praça que permite a visualização do rio. No mapa abaixo, o espaço ocupado pelo hospital está marcado em vermelho.



Fig. 02. Indicação no mapa da localização do Hospital de Caridade (Google Maps, adaptada pelos autores).

O Hospital de Caridade enquadrava-se no estilo colonial, era um edifício que se localizava contíguo a outras edificações, não possuindo afastamentos laterais ou frontal. O nosocômio apresentava três pavimentos, sendo o primeiro composto por uma porta e quatro portas-janela com duas folhas e um gradil. O segundo pavimento possuía cinco janelas de púlpito com guarda-corpo gradeado, esquadria em madeira com duas folhas, trabalhadas com almofadas e vidro, encimadas por bandeira também de madeira e vidro, em arco abatido, com moldura contornando o vão. O terceiro pavimento era composto por cinco janelas de duas folhas de abrir, esquadria de madeira com vidro em cada folha, com bandeira de mesmos materiais e dividida em três partes, também em arco abatido, com verga e moldura. Apresentava uma cimalha ornada contínua pela fachada, que separava o corpo da edificação da platibanda, a qual possuía três losangos em relevo, sendo o central maior; continha também uma elevação da platibanda em forma trian-

gular, com um triângulo em relevo em seu interior. A platibanda estava ornada por acrotérios: dois pináculos piramidais e estátuas.

Com relação ao espaço interno, a porção central da edificação compreendia um corpo retangular, com pequeno pátio, em nível mais baixo que as fachadas frontal e posterior, e por fim, sua parte edificada voltada ao rio, adquire elevação semelhante a fachada principal, cuja data 1864 encontra-se gravada sob a cornija. Acredita-se que se sucedeu em razão das epidemias e necessidade de mais enfermarias nos hospitais da cidade, sendo construído, inclusive, um trapiche para recebimento de mercadorias pelo rio. A sua arquitetura diferenciava-se por maior simplicidade, com vãos todos semelhantes, cujo emprego de arco pleno pode indicar a assimilação de traços do classicismo imperial brasileiro, vigente na segunda metade do século XIX.



Fig. 03. À esquerda, o prédio do Hospital Bom Jesus dos Pobres, em frente à Praça Frei Caetano Brandão (PARÁ, SECULT, 2006, p. 167, adaptada pelos autores).



Fig. 04. Fachada posterior do Hospital Bom Jesus dos Pobres, voltada para o rio (Acervo Iconográfico IPHAN).

A iconografia referente ao Hospital é restrita, o que dificulta a compreensão e redesenho de suas plantas. Ainda que sejam demasiadamente escassas as imagens do interior do edifício, Antônio Baena, em seu livro *Ensaio Corográfico sobre a Província do Pará*, descreve o Hospital, a seguir um trecho (2004: 196): "(...) No primeiro pavimento do quadrado da frente sobre o qual levantaram os dois sobrados está a casa, que se destinou para a bofeca, e o corredor da entrada: no segundo pavimento a sala do consistório dos Irmãos da Caridade, e a casa do cofre: e o terceiro é todo uma sala. No primeiro pavimento do quadrado da espalda do edifício duas casas desiguais para enfermarias quando

seja preciso, uma galeria, com pilares e balaústres de madeira, e latrina de fácil escoamento e com vestíbulo entre as portas: debaixo deste pavimento há outro todo lajeado, onde se acha a cozinha e aposentos dos escravos com janelas e portas para um cais de cantaria com escada: no segundo pavimento há uma sala e outra menos larga, ambas para enfermarias sendo preciso, galeria igual à debaixo, e latrina. O primeiro pavimento do paralelogramo, que une os dois referidos quadrados, é uma enfermaria assoalhada de taboas até a coxia, da qual o soalho é de ladrilho: o segundo é uma grande casa e galeria, para a qual guiam duas escadas largas reunidas em um tabuleiro de sacada, uma que

principia na contigüidade da cancela da garrida fronteira à porta da entrada do hospital e a outra da parte oposta. A dita grande casa é uma enfermaria, que tem vinte e um cubículos sem porta, mas que se fecham com cortinas de lençaria da Ásia, e suficientes cada um para conter o leito: e tem no fim da coxia um altar com retábulo de talha dourada e contornado de uma balaustrada: esta enfermaria tem saída para o consistório, para as casas da parte que olha para o mar, e para a galeria do patim por duas portas, uma correspondente ao centro da enfermaria, e a outra defronte do lado direito do altar. A enfermaria das Mulheres é no terceiro pavimento do quadrado da frontaria: a ela se vai por uma escada que da galeria do patim se dirige por cima da casa do cofre. Nesta mesma enfermaria há uma janela coberta com gelosia, da qual assistem as enfermas à missa, que se diz no sobredito altar”.

Quanto ao exterior, novamente a maior modificação percebida foi durante seu uso pelo Ministério de Guerra, detectáveis em sua fachada: em um período a cor de fundo aparenta ser mais escura, enquanto que as molduras das portas e janelas se destacam em cor mais clara, além do nome presente no edifício, “Estabelecimento de Subsistência”. Em outro registro, nota-se uma adição de cor em parte do primeiro pavimento, enquanto o restante apresenta-se mais claro, assim como o novo uso foi escrito na fachada, desta vez tem-se “Estabelecimento Regional de Subsistência 8º RM”, os elementos restantes, como as esquadrias, vãos, gradil e platibanda, não foram modificados.

Considerando as imagens disponíveis e as descrições, depreende-se que, aquando da posse do edifício pela repartição militar, pouco restava do antigo hospital, que não fosse a sua fachada.



Fig. 05. Estabelecimento de Subsistência [Disponível em https://fragmentosdebelem.tumblr.com/post/89595588095#disqus_thread. Acesso em 02/09/2019].



Fig. 06. Estabelecimento de Subsistência da 8.ª Região Militar (Acervo Iconográfico IPHAN).

CASA DE CARIDADE ENQUANTO ARQUITETURA ASSISTENCIAL

Pode-se afirmar, a partir de descrições, que o Hospital do Bom Jesus dos Pobres, diferente de outras edificações hospitalares de sua época, não possui um desenho típico para sua função, uma vez que o partido geral e a disposição do edifício no terreno não se enquadravam nos modelos claustral nem tampouco no pavilhonar. Arthur Vianna (1992: 79) o descreve como “uma grande casa, vasta, bem iluminada e ventilada”, no acervo iconográfico do IPHAN encontra-se nomeado como imóvel à Praça Frei Caetano Brandão, mas é Leandro Tocantins que desenvolve o título de Casa de Caridade. A partir disso pode-se equiparar tal edificação com as Casas de Misericórdia portuguesas, apesar de o mesmo não ter sido originalmente construído por esta irmandade.

As Confrarias da Misericórdia, em sua origem, necessitavam de um espaço para exercerem suas

obras de caridade, de modo que a construção de raiz era adiada frente a urgência da realização de suas atividades, logo, raramente a instituição de uma Misericórdia coincidiu com a construção de uma edificação. Pinho (2012: 198) conceitua Casa de Misericórdia como “um conjunto arquitetônico composto por vários espaços essenciais ao desenvolvimento da atividade assistencial promovida pelas Confrarias da Misericórdia e à própria gestão das confrarias”, assim sendo, independentemente do local escolhido, era fundamental que o edifício associasse diversos espaços, para assistir aos doentes, realização de cerimônias litúrgicas, reunião de seus membros, entre outros que surgiam conforme a complexidade da Casa, podendo ocorrer a posterior adequação do edifício, não necessariamente a construção de um novo próprio a sua função. Segundo Pinho (2012: 169), a primeira alteração realizada era a edificação de

altares, apesar da laicidade da instituição. As Casas da Misericórdia instalaram-se, no período de sua fundação, em catedrais, conventos, igrejas, capelas, casas, hospitais, sejam de grandes ou pequenas dimensões, como também em edificações civis, como casas particulares, Casas da Câmara, entre outros.

Este ideal correlaciona-se ao de Frei Caetano Brandão, cujo objetivo era prestar assistência aos doentes e desvalidos presentes em Belém, o Hospital de Caridade foi concebido de modo que o edifício pudesse comportar os espaços necessários ao cumprimento de sua função. Segundo descrição de Antônio Baena (2004: 196) o hospital possuía botica, sala de consistório, casa do cofre, galerias, cozinha, aposento para os escravos que auxiliavam no cuidado aos doentes, enfermarias e um altar, no qual se realizam missas e celebrações, porém afirma que o edifício era de trivial arquitetura, reiterando o enfoque de Frei Caetano a realização desse hospital.

Um aspecto importante a referir é que, no Brasil, há uma forte presença da religião em suas instituições de caridade, sendo que, após o período de uso da mão-de-obra escrava nesses espaços, houve a migração de religiosas ao território brasileiro, principalmente da Itália ou da França, para prestar auxílio aos doentes e desvalidos. Para Belém vieram as Irmãs de Sant'ana, como já mencionado, sendo responsáveis, segundo Miranda e Pinho (2018: 680), "por preencher as lacunas nos serviços hospitalares das Misericórdias como limpeza das enfermarias e ajuda na superlotação, bem como na cura das almas".

Em um segundo período, do século XIX até o início do XX, com a extinção das Ordens Religiosas, as reformas do Liberalismo e implantação da República, há uma renovação do processo de ocupação de edificações preexistentes pelas Misericórdias. Em especial dos edifícios das Ordens, devido as suas dimensões, foram altamente requisitados para a instalação de seus serviços. Pinho (2012: 173) afirma que "num movimento que não conhece geografia específica, várias Misericórdias vão ocupar, por compra, troca ou doação, igrejas e casas conventuais que no contexto da extinção das Ordens Religiosas, vão sendo abandonadas, ficando devolutas e perdendo a sua funcionalidade inicial".

Com isso, pode-se inferir que, para as Confrarias, a existência de um espaço era mais importante que

suas características e função anterior, ou seja, não demandavam características específicas para que um local fosse ocupado.

Desse modo, para as Casas de Misericórdia, assim como para o Hospital Bom Jesus dos Pobres, a arquitetura, enquanto fator de proeminência e identidade, é pouco relevante, enquanto as ações caritativas e as condições adequadas ao seu desenvolvimento são fatores determinantes, o que é evidenciado pelas sucessivas mudanças de ocupação e remodelação realizadas pelas Misericórdias, e pelas descrições que narram, por vezes de forma negativa, a simplicidade do Hospital de Caridade em relação a outras edificações da sua época, demonstrando despreço à sua arquitetura.

A partir disso, pode-se fazer um paralelo entre as características estético-artísticas das Confrarias com o Hospital de Caridade. As Casas de Misericórdia apresentam particularidades inerentes a sua instituição, com enfoque na configuração de sua fachada principal. Segundo descreve Pinho (2012: 302) as fachadas dos edifícios das Misericórdias refletem a realidade de conjunto arquitetônico, de tal modo evidencia uma tendência a uma fachada composta por vários corpos, ou seja, cada corpo corresponde a uma parte da edificação. Essa diferenciação se apresenta por elementos como pilastras, cornijas, volumes, obras de épocas diferentes, ou até estar fisicamente separados. Podendo haver também elementos que reforcem a ideia de conjunto, atribuindo certa homogeneidade à fachada. Essa especificidade das Casas da Misericórdia pode ser correlacionada à fachada do Hospital Bom Jesus dos Pobres, no qual há uma diferenciação entre os vãos presentes no edifício, principalmente relacionados ao tipo e tamanho das janelas, o que evidenciava cada um dos pavimentos, assim como as esquadrias que se assemelham, mas não são exatamente iguais. Todavia, os outros elementos dialogam entre si, e mantém a unidade da edificação. Apesar de tal característica ser presente em várias Casas da Misericórdia, deve-se compreender esse edifício como um espaço em que todas as atividades pudessem ser realizadas, ou seja, uma arquitetura com uma função e muitas dimensões. Pinho (2012: 188) afirma que é incorreto individualizar os espaços do edifício da Misericórdia, deve-se entendê-lo como um todo, um conjunto que apresenta relações de dependência tanto funcional como social, por isso denominá-lo Casa de Misericórdia.

Assim sendo, o que diferencia a Casa de Misericórdia de outros edifícios é o fato de aliar múltiplos usos em seu interior, sejam assistenciais, simbólicos ou administrativos. São as ligações funcionais entre os seus diversos espaços que reforçam a ideia de conjunto, o que remete a ausência de elementos que caracterizem a Casa da Misericórdia em uma tipologia edilícia conhecida. Pinho (2012: 195) diz que “nomeadamente como edifício religioso, e uma lógica de arquitectura civil na organização das volumetrias e fachadas exteriores que inclusivamente contraria esta classificação”. De tal modo que a qualifica como arquitetura assistencial, como sendo a classificação mais adequada ao edifício da Misericórdia. Pode-se, portanto, enquadrar o Hospital de Caridade na mesma tipologia de arquitetura assistencial, em razão de suas similitudes com a Casa de Misericórdia e da dificuldade de lhe atribuir qualquer outra denominação. Frei Caetano desenvolveu o Hospital para atender a uma demanda específica que observou ao chegar a Belém, e seu edifício foi construído de forma a cumprir tal função, a caritativa, em suas diversas esferas, tanto para o corpo como para a alma.

Por fim, assim como o Hospital Bom Jesus dos Pobres, as Casas de Misericórdia sofreram com a perda de seu patrimônio. Com a República portuguesa, e pelo fato das Misericórdias serem associações laicas, o Estado passou a interferir na sua administração e em sua legislação interna. Este processo teve por

consequência a não conservação de edifícios do século XVI, ocorreram mudanças de uso, abandonos, demolições, além da perda de documentações, o que contribuiu para o desaparecimento de diversas Misericórdias.

Em decorrência de mudanças nas práticas médicas, nos séculos XVIII e XIX ocorre uma adaptação de edifícios aos postulados higiênicos e sanitários, e, como consequência da evolução do cientificismo, o hospital tornou-se espaço essencialmente de cura. Neste contexto houve o desenvolvimento de novas tipologias hospitalares que seguissem os novos princípios, surgiram instituições como os asilos de mendicidade, albergues, sanatórios, dispensários, entre outros.

No Brasil, no período correspondente ao início da República, houve o investimento em novos edifícios para as Santas Casas, obedecendo as diretrizes higienistas, como ocorreu em Belém, em que a Santa Casa de Misericórdia mudou-se para um conjunto de tipologia pavilhonar. Assim sendo, a atuação das Misericórdias volta-se para o tratamento à saúde, havendo um crescimento da edificação de hospitais, tanto no Pará como em Portugal. Pinho e Grilo (2018: 175) afirmam que “a plurifuncionalidade que caracteriza a Casa de Misericórdia perde a sua relevância”, logo a arquitetura assistencial deixa de ser a predominância.

RECONSTITUIÇÃO GRÁFICA COMO FORMA DE PRESERVAR

Com base nos dados pesquisados sobre o Hospital Bom Jesus dos Pobres, e em imagens localizadas que permitem depreender sua configuração original, pode-se elaborar uma reconstituição digital da sua fachada principal e das edificações particulares contíguas, as quais compreendem seu entorno e compõe o conjunto arquitetônico da Rua Siqueira Mendes, fronteira à Praça Frei Caetano Brandão, naquela época. As deduções foram empreendidas com o intuito de recriar uma imagem que, apoiada nas fotografias de início do século XX, as quais responderam às descrições de Baena e às linhas arquitetônicas típicas do período colonial brasileiro, servisse de ancoragem a reconstituição de um passado e informasse sobre as construções que existiram onde hoje se estende uma esplanada.

Tomou-se como fundamento alguns preceitos e suposições acerca do hospital, em razão da limitação de dados e fotografias, principalmente em relação às cores, devido as imagens encontradas serem em preto e branco, não pode-se confirmar as variações cromáticas que poderiam estar presentes no hospital de caridade e nas casas adjacentes. Logo, definiu-se o branco como apropriado para representação, em razão da caiação ser uma técnica usual neste período de transição entre o Brasil colônia e o Império, assim como fez-se com as esquadrias das portas, levando-se em consideração prospecções pictóricas realizadas em edifícios coetâneos existentes no Largo da Sé, tais como o antigo Arcebispado (atual Museu de Arte Sacra), que revelaram o emprego do verde escuro nas esquadrias, portanto, aplicou-se no modelo este princípio.



Fig. 07. Reconstituição 3D do conjunto edificado (elaborada pelos autores, 2018).

Quanto à parte central da edificação, ainda não haviam sido encontradas quaisquer iconografias, dificultando sua reconstituição, sendo que o que se sabe parte de descrições e análises, sendo que o pouco que encontrou-se claramente já estava modificado, o que não possibilita o seu entendimento arquitetônico primário. Destinando a continuação desta representação para porvindouros trabalhos e descobertas.

Já foram relatadas as diversas alterações pelas quais passou o hospital, como também o restante do conjunto, principalmente a edificação central, que com as mudanças de proprietários foi demasiadamente modificada, perdendo quase que completamente suas características originais, sendo a ação do Exército intensa em adaptar essas edificações ao seu pretendido uso. Todavia, para esta restituição gráfica buscou-se representar o mais fielmente possível a originalidade do hospital de caridade e das restantes edificações, com o intuito de recuperar o que foi idealizado pelo Frei Caetano Brandão, e de trazer a personalidade do conjunto na época em que o hospital foi edificado.

Esse processo de reconstituição com o objetivo de reavivar uma memória coletiva, permitindo evocar lembranças e narrativas, também foi realizado para o Hospital Juliano Moreira do Pará. Este hospital de isolamento, destinado a doentes mentais, sofreu com o descaso do Poder Público, passando por um incêndio em 1982, e finalizando suas atividades dois anos depois. Miranda e Godinho (2018: 128) afirmam a

dificuldade de coleta de dados, utilizando fontes documentais, iconográficas e orais para sua reconstituição. Segundo as autoras (2018: 134), mesmo configurando uma “imagem superficial” do objeto de estudo, valoriza o Hospital Juliano Moreira como testemunho, além de reconhecer seus valores histórico e artístico.

Logo, o desenvolvimento desta reconstituição digital atua como uma forma de lembrar um contexto e uma época passados. Este tipo de trabalho é uma forma de preservar uma edificação que faz parte da história da cidade, e por diferentes motivos e percursos se perdeu, auxilia a salvaguardar a obra e seu testemunho histórico. O documento que discursa sobre a visualização digital do patrimônio é a Carta de Londres (2009), de modo a assegurar o rigor técnico, intelectual e metodológico das reconstituições, para permitir que a visualização contribua para o estudo, interpretação e gestão dos bens patrimoniais. A Carta afirma que a reconstituição atua como uma possibilidade de estudar as mudanças ocorridas nas edificações, ampliações, modificações, assim como auxilia na manipulação de objetos virtuais, integração em bases de dados e imediata distribuição global. O Hospital de Caridade, como já relatado, participou ativamente de momentos importantes da história da cidade, porém, foi demolido e relegado ao esquecimento, logo, reproduzi-lo, mesmo que graficamente, poderá permitir o seu reconhecimento, frente ao apagamento que sofreu, trazendo à tona essa edificação por muitos, desconhecida.



Fig. 08. Reconstituição 3D do conjunto edificado, em perspectiva (elaborada pelos autores, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A casa idealizada por Frei Caetano Brandão não conseguiu sobreviver, seja pelas mudanças de posse a que esteve submetida, pela necessidade de ampliação de cuidados e adaptações feitas pela Santa Casa, ou posteriormente pelo Exército. Além do que não foi dada a devida importância a esta edificação, permanecendo décadas em abandono, que culminou em sua demolição.

Esse fato traz o questionamento do valor que é atribuído a essas edificações, destinadas a saúde e a assistência. A discussão sobre este patrimônio ainda é recente no Brasil¹, dificultando a compreensão dos mesmos como bens patrimonializáveis, seja por uma visão de patrimônio monumental e elitista, por serem locais ligados ao sofrimento, ou por alguns destes bens ainda atuarem como hospitais, dificultando seu processo de tombamento. Ao analisar os hospitais, podem-se compreender os tratamentos, relações entre saúde e doença, concep-

ções higienistas e sanitárias, além de entender os espaços de vivência nas instituições.

As edificações hospitalares abrigam narrativas históricas, logo, entender esses bens como patrimônio não deve limitá-los, tornando-os inviáveis ao uso atual, mas contribuir para preservar sua memória, reconhecer sua importância, assim como cooperar para a ampliação do campo patrimonial. Portanto, o papel desta fase inicial da reconstituição gráfica do Hospital da Caridade no Largo da Sé é, por meio de sua publicação e divulgação em meio digital², informar à população da existência de uma casa de saúde em local de grande importância para a cidade, cujos vestígios foram completamente suprimidos. Assim, visa preencher com a imagem uma lacuna física que permita evocar o passado em contiguidade com o prédio do antigo Hospital Militar, atual Espaço Cultural Casa das 11 janelas.

1 A principal iniciativa de pesquisa acerca do tema constituiu a Rede Brasil de Patrimônio Cultural da Saúde - bens edificados e acervos, que se insere entre as ações prioritárias definidas no âmbito da Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde, criada em 2005, iniciativa coordenada pelos ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz e BIREME-OPAS. A coordenação geral da Rede Brasil esteve a cargo do Arquiteto Renato da Gama-Rosa Costa e da Historiadora Gisele Sanglard.

2 A investigação acerca do Hospital teve continuidade e resultou no artigo de autoria de Cristhian Cabral e Cybelle Miranda 'Hospital da Caridade na Belém imperial: caracterização e construção de um modelo virtual', a ser apresentado em novembro de 2020 no Seminário de Iniciação científica da Universidade Federal do Pará.

FONTES

A Constituição. Belém, 19 de maio de 1877, p. 2.

Jornal do Pará. Belém, 19 de maio de 1878, p. 1.

Jornal do Pará. Belém, 27 de julho de 1871, p. 2.

Jornal do Pará. Belém, 20 de março de 1875, p. 1.

Jornal do Pará. Belém, 21 de setembro de 1873, p. 1.

Jornal do Pará. Belém, 1 de fevereiro de 1873, p. 1.

Jornal do Pará. Belém, 7 de junho de 1873, p. 6.

O Santo Officio. Belém, 7 de maio de 1876, p. 5.

PARÁ. Relatório Provincial. Saúde Pública. Belém, 18 de março de 1889, pp. 52-57. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/172/items?terms=&page=2>. (17/12/2019).

Relatório – Santa Casa de Misericórdia. *A Constituição*. Belém, 20 de outubro de 1876, p. 2.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Laura Maria Silva Araújo; ARAÚJO, Sônia Maria da Silva – “As casas de asilos da infância desvalida: o caminho das crianças abandonadas na santa casa de misericórdia do Pará (1850-1910)”. *Anais do VI Congresso Brasileiro de História da Educação: inovação, tradição e escritas da história da educação no Brasil*, 2011, Vitória - Espírito Santo. Editora da UFES, 2011, v. 1. pp. 109-125.

BAENA, Antônio Ladislau Monteiro – *Ensaio Corográfico sobre a Província do Pará*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2004 [1833].

BRITO, Eugênio Leitão de – *Minhas Memórias da Cidade Velha*. Belém: Gráfica Santo Antônio, 1997.

COSTA, Magda Nazaré Pereira da – *Caridade e saúde pública em tempos de epidemia: Belém 1850-1890*. Belém: Universidade Federal do Pará, 2006. (Dissertação de Mestrado).

DENARD, Hugh (ed.) – Carta de Londres: Para a visualização computadorizada do patrimônio cultural. Londres: King's College London, 7 de fevereiro de 2009.

HENRIQUE, Márcio Couto; BELTRÃO, Jane Felipe - Hospital do Senhor Bom Jesus dos Pobres: Histórico (2010). Disponível em <http://patrimoniarquitectonico.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/#4> (2019.16.12)

MIRANDA, Cybelle Salvador; BELTRÃO, Jane Felipe; HENRIQUE, Márcio Couto; BESSA, Brena Tavares – “Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), 22 (2015), 525-539.

MIRANDA, Cybelle Salvador; GODINHO, Emanuella da Silva Piani – “Da Instituição Asilar ao Movimento Antimanicomial: a

reconstituição da memória do Hospital Juliano Moreira do Pará”. MIRANDA, Cybelle Salvador; COSTA, Renato da Gama-Rosa (org.) – *Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018, pp. 107-138.

MIRANDA, Cybelle Salvador; PINHO, Joana Maria Balsa Carvalho de – “República, Misericórdias, arquitetura e património em Portugal e no Brasil: assistência na longa duração”. FRANCO, José Eduardo et al. (ed) - *Gêmeas Imperfeitas, As Repúblicas do Brasil e de Portugal: Unidas no Ideal e Diferenciadas nas Práticas*. Florianópolis: Edições do bosque NUPPE/CFH/UFSC, 2018, pp. 675-709.

PARÁ, *Feliz Lusitânia/Forte do Presépio – Casa das Onze janelas, Casario da Rua Padre Champagnat*. Belém, SECULT, 2006.

PINHO, Joana Maria Balsa Carvalho de – *As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitetura quinhentista portuguesa*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2012. (Tese de Doutorado).

PINHO, Joana Maria Balsa Carvalho de; GRILLO, Fernando – “A Casa da Misericórdia no Contexto da Arquitetura Portuguesa da Saúde na Centúria do Oitocentos em Portugal”. MIRANDA, Cybelle Salvador; COSTA, Renato da Gama-Rosa (org.) – *Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018, pp. 161-178.

PINTO, Jefferson de Almeida – “Dom Frei Caetano Brandão (1740-1805): Historiografia, Memória e Ideias Políticas”. *Anais do XVII Encontro de História da Anpuh - Rio* (2016).

SERRES, Juliane Conceição Primon – “Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil: uma questão emergente”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 22 (2015), n. 4, 1411-1426.

SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE: APAGAMENTO DE UM TESTEMUNHO MATERIAL DA ARQUITETURA ASSISTENCIAL EM BELÉM, PARÁ, BRASIL

DOMINGOS FREIRE SANATORIUM: ERASING A MATERIAL TESTIMONY OF ASSISTANCE ARCHITECTURE IN BELÉM, PARÁ, BRAZIL

Livia Gaby Costa¹, Cybelle Salvador Miranda²

1 Universidade Federal do Tocantins

2 Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural, Universidade Federal do Pará

cybelle1974@hotmail.com – ORCID | 0000-0001-5913-989X;

livia.gaby.costa@outlook.com – ORCID | 0000-0002-4124-6010

RESUMO

A arquitetura, na história da humanidade, apresenta-se vinculada à trajetória de vida dos seres humanos. A tipologia arquitetônica das instituições assistenciais, representam, nesse viés, documentos, testemunhos materiais dos convívios sociais de culturas e épocas distintas, cujo apagamento conduz ao silenciamento de importantes testemunhos. No caso dos hospitais de isolamento, sua destruição enterra também as vozes nunca ouvidas, que poderiam narrar as experiências de dor vividas nestes locais. Este é o caso do Sanatório Domingos Freire, primeiro sanatório da cidade de Belém, inaugurado em 1901 e demolido em 1959. Testemunho material silenciado, o espaço de “morte certa” representou, não só um ambiente de separação, como a disposição higienista entre “limpo e sujo”, carregando em seu traçado arquitetônico, importantes fontes de compreensão da arquitetura assistencial. Neste estudo, busca-se trazer à tona os documentos escritos e iconográficos que proporcionem o entendimento de seus funcionamentos e o papel deste para a assistência às epidemias na cidade de Belém.

PALAVRAS-CHAVE

Arquitetura sanatorial | Memória | Saúde | Belém-PA

ABSTRACT

Architecture, in the history of humanity, is linked to the life trajectory of human beings. The architectural typology of care institutions represent, in this way, documents, material testimonies of the social coexistence of cultures in distinct eras, which, when erased, contribute to the silencing of important testimonials. In the case of isolated hospitals, their destruction also buried unheard voices that could have narrated the experiences of pain experienced in these local areas. This is the case with Sanatorium Domingos Freire, the first sanatorium of the city of Belém, inaugurated in 1901 and demolished in 1959. Silenced material testimony, the space of “certain death” represented not only an environment of separation, but also the hygienist disposition between “clean and dirty”, which carried in its architectural outline important sources of understanding about assistance architecture. This study aims to bring to light the written documents and iconography and provide the understanding of their function and role in epidemic care in the city of Belem.

KEYWORDS

Sanatorium Architecture | Memory | Health | Belém-PA

INTRODUÇÃO

O vínculo entre memória e esquecimento, parece ater questionamentos ao imaginário popular. Como a memória está aliada a esquecimento? A lacuna existente nas rememorações, faz parte concisa da construção memorial, que representa o recordar não como um registro, mas como referência, que mantém a coesão de grupos e instituições que compõem uma sociedade (Assmann, 2003).

A seletividade da memória, consolida e formaliza o que deixará de ser lembrança individual e passara a ser coletiva. Esse trabalho de enquadramento preocupa-se não apenas em manter as fronteiras sociais, mas também em modificá-las. Nesses momentos, emergem as memórias subterrâneas, que vão de encontro às lembranças oficiais e trazem à tona a necessidade de novas discussões no âmbito científico (Pollak, 1989).

Recentemente, a tipologia arquitetônica das instituições assistenciais passou a ser foco de estudos. Os espaços de saúde mostraram-se importantes documentos, “receptáculo de memória e da história da cidade, da medicina, da assistência e mesmo da Arquitetura”, objeto de pesquisa, que nos ensina sobre os modos de pensar e viver das gerações passadas (Miranda e Monteiro, 2016: 16).

No entanto, durante um longo período, essas instituições mantiveram-se silenciadas, ou não foram

consideradas dignas de preservação, uma vez que seus edifícios foram condicionados aos avanços tecnológicos, que conduziram a sucessivas demolições e desconfigurações arquitetônicas. Alia-se a esses apagamentos, o vínculo dos ambientes assistenciais com espaços de sofrimento, de morte. Dentre os subterrâneos, os hospitais de isolamento faziam lembrar, ainda, a dor da exclusão, tornando-se documentos silenciados na memória coletiva.

Tal é o caso do Sanatório Domingos Freire, primeira instituição assistencial desse tipo construída na cidade de Belém, e de 1900 a 1959 atendeu portadores de doenças-infectocontagiosas. Como representante das vozes silenciadas, dos inaptos a sociedade que, por tantos anos, fizeram parte de sua espacialidade, foi esquecido, amputado não só de sua materialidade, mas da memória do povo paraense.

Sendo assim, esse artigo pretende expor o importante documento que o Sanatório Domingos Freire representou à cidade de Belém. Fundamental à compreensão da tipologia arquitetônica sanatorial, no final do século XIX, responsável não só por atender às necessidades de uma sociedade moderna higienista, como, precursor da expansão da capital paraense à região do Tucunduba, bairro relevante na atual dinâmica urbana paraense.

SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE (BELÉM-PARÁ): UM BELO EDIFÍCIO VARRIDO DE AR E LUZ OU ANTECÂMARA DA MORTE?

O bairro do Tucunduba na cidade de Belém do Pará, no final do século XIX, apresentava uma fisionomia completamente destoante do atual Guamá. A região de “rocinhas”¹ era circundada de vasta arborização, cuja distância do centro urbano impunha-lhe infraestrutura escassa e, conseqüentemente, ocupação limitada, requisitos ideais à segregação dos inaptos ao projeto modernizador de Belém (Miranda *et al.*, 2015).

A capital paraense, nesse período, no auge da exploração gomífera, apresentou prosperidade econômica sem igual, que a leva da “indolência e desleixo” à símbolo da modernidade amazônica (Bates, 1979 *apud* Miranda *et al.*, 2015: 12). A Belle Époque, idade de ouro da Burguesia, segundo Coelho (2002: 28), “elitista e elitizante, discricionária e excludente, tratando-se da invenção e da viabilização de um espaço urbano reflexivo das práticas culturais e dos costumes de uma ideologia burguesa transnacionali-

¹ Com o aterramento do alagado do Piri, as fronteiras urbanas da capital paraense são ampliadas, interligando as freguesias da Cidade Velha e da Campina, surgindo novos bairros, divididos em grandes terrenos onde se edificaram as “rocinhas”, que funcionavam como casas de veraneio, situadas nos lugares mais afastados, eram alcançadas nos caminhos que adentravam a mata virgem (Miranda, 2018).

zada” importa medidas urbanistas sanitarias europeias. Medidas em “harmonia com as leis fundamentais da República e do Estado”².

Métodos higienistas passam a ser implantados no centro urbano paraense, adequando-se aos modelos republicanos instaurados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Dentre as medidas adotadas, o combate a doença tornou-se fundamental, pois o “boom” da borracha, ocasionou enorme movimentação de pessoas e mercadorias que, somado a infraestrutura deficiente do período, disseminou espaços insalubres, agravando o quadro de epidemiológico da cidade de Belém (Miranda *et al.*, 2015).

As concepções difundidas entre os médicos brasileiros, de acordo com o referencial europeu, se orientavam em duas premissas, uma relacionada a concepção infeccionista que, considerando a teoria dos miasmas, levava a práticas de desinfecção; e outra baseada na concepção contagiosa que, defensora da transmissão por contágio, difundia o isolamento e quarentena de pacientes como premissa adequada ao combate epidemiológico (Oliveira, 2005).

Os métodos higienistas implantados no centro urbano baseavam-se então nesses discursos de medicalização. Medidas de desinfecção dos ambientes, vigilância dos casos suspeitos e isolamento compulsório dos pacientes foram adotadas (Castro, 2004). O sistema passou a vigiar e segregar, agora em um espaço inspecionado e controlado, os que não se enquadravam na nova estrutura política, econômica e urbana, os que se apresentavam como perigo social. Os hospitais de isolamento desenvolvem-se então para atender a essa demanda, tornando-se importante meio de auxílio ao propósito progressista (Goffman, 1974).

Objetivando então, atender às demandas modernas, o Governo de Belém, em 1894, aprova, pela Lei Estadual n.º 203, a construção do primeiro sanatório da capital paraense. O terreno escolhido pela comissão de médicos e engenheiros situava-se na travessa Barão de Mamoré, paralela à travessa José Bo-

nifácio, próximo ao cemitério Santa Izabel, no bairro do Tucunduba (Britto e Cardoso, 1973: 37).

O bairro periférico, ideal ao isolamento, altera-se justamente pela característica que o torna atraente às entidades médicas e governamentais. A demanda por equipamentos e facilidade de transporte a instituição, faz com que se amplie a avenida central que ligava à José Bonifácio ao sanatório, abrindo longas e vastas alamedas que amenizaram “o aspecto desagradável que apresentava o hospital, affogado nas sombras espessas da mal cuidada e compacta floresta” (Carvalho, 1900: 14).

Locado a 150 metros do portão principal, na travessa Barão de Mamoré, o hospital de isolamento foi inaugurado em 29 de abril de 1900, no auto de inauguração declara-se: “O Conselho Administrativo da Santa Casa de Misericórdia resolveu, com aprovação do Excellentissimo Sr. Governador do Estado, dar a este hospital a denominação de “Domingos Freire” como homenagem ao illustre brasileiro e distinto chimico bacteriologista Doutor Domingos José Freire, o primeiro que iniciou os estudos da febre amarela, no terreno da bacteriologia” (F/S. Casa, n.º 409 Museu).

Domingos José Freire começou suas pesquisas sobre a doença no final de 1879 e início de 1880, ano em que travou intenso debate na imprensa carioca, principalmente nos jornais, *A Gazeta de Notícias* e *Jornal do Comércio*. Diversas discussões se deram entre médicos sobre a causalidade e tratamento da febre amarela. Domingos José Freire Junior, em 1880, publicou o livro “Recueils des Travaux Chimiques suivis de Recherches sur la Cause, la Nature et le Traitement de la Fièvre Jeune”, por meio do qual divulgava no Brasil a doutrina microbiana da febre amarela, associando o micróbio da doença a uma espécie de alga e elaborando uma vacina que, em 1883, passou a ser aplicada nos cariocas (Benchimol, 1995).

Os debates, a partir desse momento, se deram continuamente entre os médicos da Corte, travando-se disputas sobre a descoberta do micróbio da febre amarela. “Odair Franco (1969) destaca que Filogônio Lopes Utinguassú foi o primeiro a propor a

2 Esse discurso está presente na primeira reunião ordinária do Intendente Antônio Lemos ao Conselho Municipal, em 1898. O Intendente atua em Belém entre os anos de 1897 e 1911, aplicando distintas mudanças na capital baseadas nas concepções urbano sanitarias. Nesse discurso Antônio Lemos informava aos membros da casa, as primeiras medidas que seriam realizadas nos serviços municipais. Conferir: *Colleção de Relatórios dos Intendentes Municipais de Belém dos anos de 1897-1901*. Casa Pinto Barbosa, 1903, p. 3.

idéia da transmissão da febre amarela pelo mosquito, em um trabalho apresentado à Academia Imperial de Medicina, em 27 de outubro de 1885” (Oliveira, 2005: 26).

A descoberta dos insetos como vetores de transmissão foi a base da importância conceitual e prática de transformação da medicina tropical. Entra em voga o projeto de extinção da febre amarela no Rio de Janeiro e, no final do século XIX e início do século XX, a medida central do mesmo se torna a questão do saneamento. No entanto, por ser uma doença ainda em estudo, da qual sabia-se pouco sobre seu combate, as propostas de saneamento avançam lentamente e a mesma permanece como uma doença epidêmica de alta mortalidade (Oliveira, 2005).

Por conta de sua periculosidade, o surto de febre amarela que acomete a capital paraense em 1899 alerta as autoridades estaduais, e o Hospital de Isolamento Domingos Freire foi finalizado objetivando atender a situação emergencial que se instalava na cidade de Belém (Britto e Cardoso, 1973). O objetivo primário da construção, iniciada em 1895 pelo engenheiro Raymundo Vianna, de conceber, segundo Godinho (dez. 1900: 39), “edifícios especiais para varíola, febre amarela, febre typhoide, a difteria e a tuberculose”, sendo o Domingos Freire destinado aos variolosos, foi alterado devido a urgência de acolhimento aos amarelíticos.

A obra, concluída em 1.º de dezembro de 1899 sob a fiscalização de outro engenheiro, Ignacio Moura, foi inaugurada em abril de 1900, no entanto, não iniciou de imediato o atendimento. A abertura a assistência se deu por motivo emergencial: “como parte das comemorações do 4.º centenário do descobrimento do Brasil, apresentava-se em Belém a “Companhia Lírica Italiana” encenando a ópera Aída. Logo após os primeiros espetáculos, vários de seus membros foram acometidos pela febre amarela, tendo o governador Paes de Carvalho ordenado a internação imediata dos artistas no novo Hospital que tinha o Dr. Pontes de Carvalho como seu primeiro diretor (CARVALHO, 1922). Mas de nada adiantaram as ações e os cuidados governamentais: a Companhia artística foi praticamente dizimada, com muitos de seus artistas, de reconhecimento internacional, perdendo a vida em Belém” (Miranda e Abreu Jr., 2014: 6).

O projeto inicial, mais ambicioso, compondendo vários blocos ao atendimento de doenças-infectocontagiosas distintas, permanece apenas como documento, embora o hospital tenha sido descrito como “bello edificio varrido de ar e de luz, amplo, confortável e elegante, emergindo majestoso por entre o arvoredo que vae dia a dia recuando perante o esforço civilizador que dilata em todos os sentidos o perímetro urbano”³.

O Hospital Domingos Freire como elemento principal desse organismo institucional, apresentava um projeto em consonância com os caracteres progressistas, não só no espaçamento interno. A fachada do sanatório representa a resposta ao esgotamento das antigas edificações, no período do oitocentos. As características de uma arquitetura inovadora, nacional, denominada de “classicismo imperial brasileiro”, que teria expressiva produção no país entre 1830 até o início do século XX, se destaca nos elementos estilísticos marcantes do sanatório paraense (Miranda e Costa, 2018).

O uso de platibandas cheias e de vãos encimados por vergas semicirculares, características que definem o estilo, estão presentes na fachada. O corpo central dividido simetricamente pelo eixo axial, destacava: “frontão central triangular, sustentado por um pórtico composto de quatro pilastras de capitel dórico e entablamento. A entrada principal contava com vão em arco pleno, sustentado por pilastras de capitel dórico, ladeado por duas janelas de peitoril alongadas, de verga reta com bandeira fixa em arco pleno, emolduradas e também sustentadas por pilastras de capitel dórico. Ressalta-se ainda uma escadaria linear para acessar a entrada principal” (Miranda, 2018: 99-100).

A edificação de um pavimento apresenta um porão semienterrado delimitado por uma cornija contínua, dividido em cinco corpos, central, intermediários e lateral. Os intermediários eram recuados, apresentavam janelas de peitoril de vão, com bandeira fixa, ambos de verga reta, e continham molduras encimadas por cornijas de vão lineares. No nível do porão, alinhado as janelas, há três esquadrias, cada um apresentando um óculo. Os corpos laterais, apresentam janelas semelhantes, mudando apenas as cornijas de vão, que na área central, era triangular e nas laterais, cimbradas (Miranda, 2018).

3 Descrição do jornal a província do Pará, sobre a edificação, em sua inauguração (A Província do Pará, 29 de abril de 1900: s.p).



Fig. 01. Hospital de Isolamento Domingos Freire. Imagem do Acervo Fundação Getúlio Vargas coletada do artigo “Hospital de Isolamento Domingos Freire”, de Aristóteles Guilliod Miranda e José Maria de Castro Abreu Júnior (2014).

A aparência racional, austera, ponderando ornamentos que demarcavam a volumetria discreta das edificações, expressavam o caráter simbólico de uma arquitetura voltada ao espaço público (Miranda; Costa, 2018). “O solido estabelecimento bem architectado, elegante e talvez mesmo luxuoso demais para o fim a que é destinado”, como expunha Vianna (1975: 60), compunha todos os recursos elitistas higienistas, e no âmbito de seu principal objetivo, acolhe, no decorrer dos anos de atuação, as mais diversas necessidades do meio social paraense, em defesa do almejado planejamento da “Paris n’América”.

Aos variolosos foi dada a solução de um “hospital barraca” locado a 130 metros do Sanatório Domingos Freire. Os “hospitais-barracas” eram tipologias arquitetônicas consideradas, por alguns defensores desse modelo, como espaços assistenciais que melhor atendiam as condições higiênicas, além de ser uma construção viável economicamente, o que permitia a dispersão dos pacientes, em barracas distintas, pavilhões, que devido a economia em sua construção, podiam multiplicar-se e serem dispostos distantes um do outro, impedindo aglomeração e permitindo a ventilação e insolação adequadas a um espaço assistencial salubre. “Os hospitais barracas realizam o máximo das condições hygienicas, devendo por isso apresentar os mais vantajosos resultados (...) principalmente para as febres e operações” (D’ Almeida Junior, 1877: 70).

Os defensores dessa tipologia hospitalar como espaço ideal de atendimento as epidemias, disseminavam ainda, que o espaço era vantajoso pois, ao encerramento do atendimento a doença que fora destinado, podia facilmente ser demolido. Os hospitais de concreto, por outro lado, funcionavam como depósitos de micróbios e, em muitos casos, utilizavam-se

edifícios existentes, adaptando-os, o que prejudicava as questões de salubridade necessárias no ambiente hospitalar: “(...) hospitais permanentes, em vez de concorrerem mais efficazmente que os hospitais barracas para a cura dos doentes, se tornam dentro em pouco, e apesar das dispendiosas desinfecções, fôcos morbíficos de toda a especie e ver-se-ha quão desarrasoado, fóra de proposito e inútil é esse luxo. Ha ainda, infelizmente, um certo numero de hospitaes instalados em edifícios que não foram creados para tal fim, de modo que a sua construcção não apresenta nenhuma das condições de salubridade que devem presidir ás construcções de hospitaes; isto é traduzido por mortalidades espantosas e que persistem apesar das repetidas reformas” (D’ Almeida Junior, 1877: 77).

“Entretanto o caráter provisório do São Sebastião, nunca foi levado em conta”. O hospital-barraca para variolosos construído em Belém, juntamente ao Sanatório Domingos Freire, foi demolido somente em 1959, quando já estava mais do que obsoleto” (A Província do Pará, 8 de novembro de 1959: 8 *apud* Abreu Junior, 2018: 71).

O Hospital São Sebastião, como fora denominado, apresentava acabamento em madeira, três corpos independentes, interligados por varandas. Na primeira edificação encontravam-se as salas de recepção, aposentos das enfermarias, capela, farmácia e gabinete do médico; na segunda, enfermarias principais e suas respectivas dependências; na terceira, os quartos particulares para os doentes pensionistas, sala de refeições, quartos para criados, cozinha e despensa. Ainda segundo Vianna (1975: 66), a esquerda do hospital existiu “um desinfectório, com dependência hermeneuticamente fechada para fumigações e uma estufa locomóvel, perto da qual está a lavanderia”.



Fig. 02. Hospital São Sebastião. Álbum de Belém (1902). Intendente Municipal (1898-1911: A. J. de Lemos). Álbum de Belém: 15 de novembro de 1902. Paris: P. Renouard, 1902. 104 pp. il.



Fig. 03. Hospital São Roque. Álbum do Pará (1939). Inventor Federal (1938-1942: J.C. Gama Malcher). Álbum do Pará. Belém: H. Rodrigues, 1939. 268 pp. il.

As emergências de atendimento da cidade de Belém faziam o projeto, no decorrer dos anos, ampliar. A gripe espanhola, que adentrará a capital paraense em 1918, a bordo do vapor “Ceará”, atingiu a população de maneira devastadora, chegando ao total de 575 óbitos. Como meio de auxílio, outra instituição, o Hospital São Roque, serviria de assistência a doença que avançava na sociedade (Britto e Cardoso, 1973).

Nas primeiras décadas de assistência o Hospital de Isolamento se amplia, e após 18 anos de funcionamento incorpora em seu terreno duas novas edificações, São Sebastião e São Roque, no entanto: “Os hospitais ditos de isolamento eram mais hospitais no nome, talvez só o Hospital Domingos Freire merecesse essa designação, por ser uma construção de alvenaria que causava boa impressão aos observadores, com capacidade de 50 leitos, podendo atingir 60, se necessário fosse. Os demais hospitais de isolamento, o São Sebastião e o São Roque, eram respectivamente um hospital de madeira, tipo hospital de campanha, com capacidade para 80 leitos; e o último uma casa alugada” (Abreu Junior, 2018: 71).

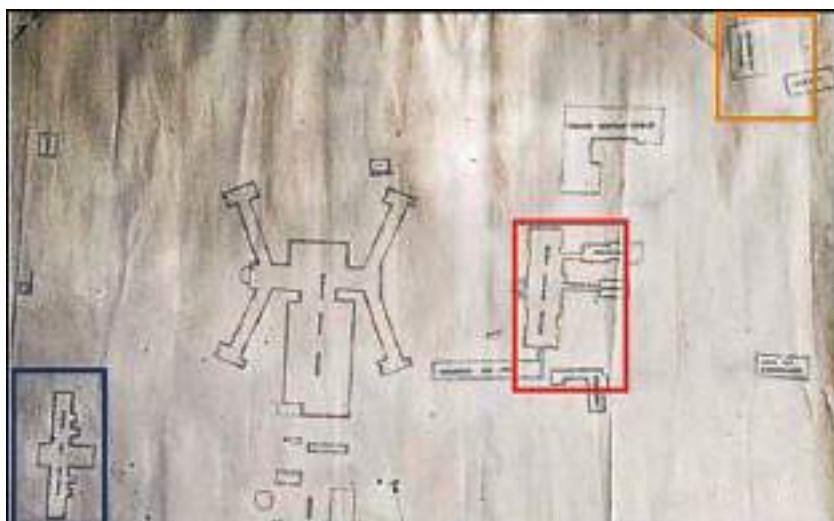


Fig. 04. Vista aérea do Sanatório Domingos Freire em vermelho, Hospital São Roque em azul e enfermaria do São Sebastião em laranja – 1959. (Acervo do Hospital Universitário João de Barros Barreto).

O projeto almejado inicialmente deixa então suas lacunas, pois as acomodações construídas com foco aos variolosos, seguiram ao atendimento da febre amarela (Carvalho, 1900). Godinho (1900: 39), explica ainda que: “nem podia deixar de haver lacunas, pois aquele edifício é como diz o dr. Pontes de Carvalho apenas uma secção e não um hospital na verdadeira acepção do termo e nessas condições era impossível torná-lo <<amoldável a um hospital de isolamento para moléstias infecto-contagiosas>>”.

A secção mencionada, a edificação do Sanatório Domingos Freire, representava, apesar das incoerências gerais da finalização da obra, o típico hospital regido pelo higienismo (Godinho, 1900). O edifício “cópia fiel do Sanatório de Estocolmo” apresentava: “(...) dois pavimentos, um inferior, cimentado, ao rez do chão, e outro superior assoalhado. Este último contem quatro salas ou enfermarias, uma maior para

20 leitos e outra menor, para 10 ditos, dispostas symmetricamente de cada lado do edifício; as de um lado para adultos e crianças do sexo masculino, e as do outro lado para o sexo feminino. Nesse edifício só deviam permanecer os doentes e os enfermeiros, que ali se conservariam incommunicaveis durante o tratamento; só o medico teria nas enfermarias acesso franco, devendo mudar de fato e desinfecar-se após a visita, antes de deixar o estabelecimento. As portas de entrada e de sahida eram diferentes, dando aos doentes entrada por um lado e sahida pelo opposto. A’ roupa, os alimentos, medicamentos e tudo que podessem carecer os doentes deviam ser entregues por um postigo existente no corredor da entrada principal do edifício, segundo o plano primitivo. A directoria e o medico teriam alojamento fora das enfermarias nas immediacções, em edificios expressamente construídos para suas residências” (Godinho, 1900: 39).

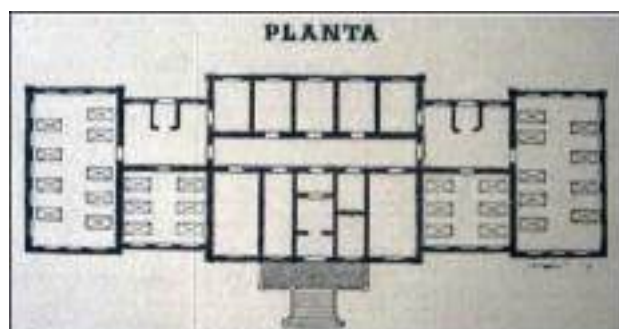


Fig. 05. Planta do Sanatório Domingos Freire. Imagem coletada do artigo “Hospital de Isolamento Domingos Freire”, de Aristóteles Guilliod Miranda e José Maria de Castro Abreu Júnior (2014).

O Hospital Domingos Freire estava em consonância com as medidas progressistas do início do século XX. A escolha do terreno, área baixa de Belém, cota inferior, bairro periférico e de difícil acesso aos poucos que dirigiam-se ao local, englobava o espaço em um âmbito fundamental, a segregação, que o “bem orientado impulso dos (...) poderes públicos”, para resolver a complexidade das doenças devastadoras, via “como medida de imprescindível rigor” aos indivíduos infectados (Carvalho, 1900: 13).

A instituição apresentava também na setorização dos espaços o rigor progressista. A teoria dos miasmas, que vigorou entre a classe médica sanitaria, acreditava na infecção do corpo humano, por meio de emanções nocivas que corrompiam o ar. “A teoria miasmática exigia a adoção de medidas de (...) higiene total, uma limpeza profunda do meio físico e social, pois onde reinasse a sujeira, a concentração, o amontoamento, criava-se um ambiente propício à formação de miasmas e de doenças” (Costa, 2002: 64).

A ambientação interna das instituições passou a perseguir a sujeira, sendo o “limpo e sujo” os meios principais que embasavam as escolhas de projeto. A descrição da planta feita por Godinho (1900) demonstra a separação entre funcionários e pacientes.

A incomunicabilidade reforçada pelos mencionados “postigos” e a necessária desinfecção após o contato dos profissionais com enfermos, demonstra a quarentena como um dos meios de planejamento das ambientações internas. A disposição interna das

enfermarias, as esquadrias nas proximidades dos leitos, renovavam a circulação de ventos e permitiam a iluminação natural do ambiente de aglomeração, insalubre, que precisava ser “corrigido”.

O modelo de enfermaria que prezava pela iluminação e ventilação tornaram-se comuns na tipologia arquitetônica sanatorial. A separação entre funcionários e pacientes também era comum nos hospitais de isolamento, podendo se dar por meio de edificações distintas, ou espaçamentos diferenciados que limitavam o contato.

A multiplicidade de prédios para abrigar atividades destoantes, comum na composição espacial dessas instituições, encontrou-se também no Domingos Freire apesar dos elementos projetuais que não chegaram à conclusão. O sanatório de Belém apresentava também um ambiente setorizado por sexo, no entanto, como expõe Godinho (1900), esses espaços compunham o mesmo pavilhão. A planta axial, permitia, por meio do eixo central, a disposição dos mesmos espaçamentos a esquerda e a direita.

O restante das edificações foi implementado no decorrer da atuação do hospital. O edifício do Sanatório Domingos Freire foi interligado a ambientes como despensa, capela e edificações para abrigo das irmãs que assistiam os pacientes. No terreno, além da Enfermaria São Sebastião (1) e Hospital São Roque (2), existia, como demonstra a figura 5, um grêmio (3), pavilhão Henrique Estevão (4), casa dos empregados (5), laboratório (6) e lavanderia (7).

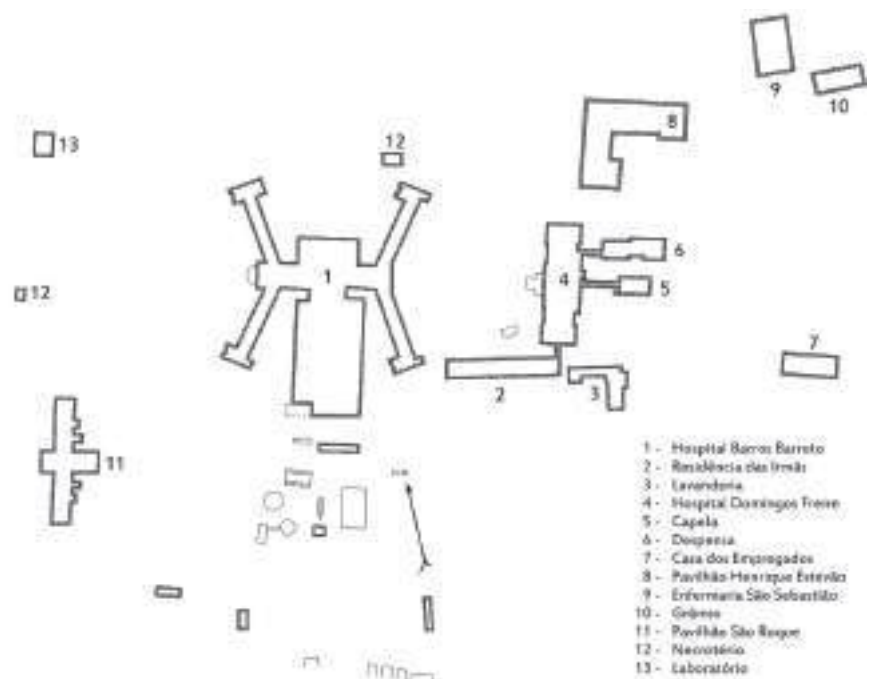


Fig. 06. Disposição das edificações do Hospital de Isolamento de Belém em 1959. Planta disponibilizada pelo Acervo do Hospital Universitário João de Barros Barreto em 2017, redesenhada por Cristhian Cabral, bolsista do LAMEMO, em 2019.

O HOSPITAL COMO LUGAR DE MORTE CERTA

A assistência do sanatório abrange, já no primeiro ano de atuação da instituição, não só os casos de febre amarela. As diferentes epidemias e surtos que na primeira década do século XX acometeram o Estado, tifo, impaludismo, peste bubônica, eram encaminhados ao hospital de isolamento (Miranda e Abreu Junior, 2014). Indistintamente, as necessidades da sociedade paraense quanto à quarentena, isolamento, vigília, eram vinculadas ao novo e “moderno” espaço.

O atendimento sem especificidades, abrangendo o acolhimento das indistintas necessidades estaduais, leva a uma grande quantidade de óbitos e pesadas críticas à atuação da instituição. A matéria veiculada pela Folha do Norte⁴ em 14 de agosto de 1900, intitulada “Verdades amargas” expressa a insatisfação: “(...) do Hospital Domingos Freire, que é o isolamento reservado aos acometidos da fatal enfermidade, fornece-se á imprensa a lista dos poucos que conseguem a cura, mas para não tornar evidente entre a cifra da mortalidade e das curas, a somenos importância desta, calase propositalmente o número de recolhidos para não espantar o pobre estrangeiro recém-chegado”.

Em resposta ao jornal, o diretor do hospital, José Pontes de Carvalho, expressa o que se tornou prática usual entre os médicos paraenses em 1901, e que dificultava o reestabelecimento dos pacientes: “Não poucos colegas meus só se lembram do Hospital Domingos Freire, quando vêm os seus clientes sem mais esperanças de vida”, os óbitos nos casos extremos encaminhados a instituição, eram então praticamente inevitáveis (Carvalho, 1901: 261).

O fato é que no início do século XX, período pré-vacina⁵ da febre amarela, os recursos terapêuticos eram praticamente inexistentes. A assistência de grande parte das doenças-infectocontagiosas atendidas no sanatório também permanecia sem grandes avanços até o período. Diante disso, o resultado do assistencialismo disponibilizado no hospital foi, em 1900, ano de inauguração, de abril a dezembro, acolhimento a 514 enfermos, sendo que, desses, 193 foram a óbito, 37% dos pacientes. Em 1901, dos 187 doentes as-

sistidos, 130 obtiveram alta e 57 faleceram (Britto e Cardoso, 1973).

O fluxo diminuto em 1901, ocorreu devido à baixa de casos de febre amarela no Estado do Pará. A Inspeção do Serviço Sanitário do Estado optou então por disponibilizar o Hospital da Caridade aos pacientes de febre amarela. O Sanatório Domingos Freire destinava-se a uma doença que avançava na capital, e que, devido o perigo de infecção, necessitava de um espaço adequado à quarentena dos pacientes: “Hospital Domingos Freire- Não tendo sido mais utilizado esse hospital para a cura da febre amarela e tendo tomado um certo desenvolvimento a tuberculose nos últimos anos n’este Estado, resolveu o Governo adapta-lo ao tratamento dessa moléstia, visto ser dos hospitais o que melhores condições higienicas apresenta” (Montenegro, 1903: 65, 66).

O governo disponibiliza então o Hospital Domingos Freire aos tuberculosos. A epidemia, devido ao crescimento demográfico e as péssimas condições de moradia em Belém, disseminou vigorosamente, e entre os anos de 1904 e 1905, o número de óbitos cresce chegando a 315 no primeiro ano e 350 posteriormente (Amaral, 2006).

Os insucessos de atendimento, somaram-se aos casos de tísicos que contraírem varíola, devido à proximidade do Hospital São Sebastião e do Domingos Freire. Os meios de comunicação passaram então a veicular matérias expondo o “perigo” que a instituição passará a representar aos próprios pacientes: “Pelo facto de demorarem ambos os hospitais no mesmo terreno, perto um do outro, jamais de um caso de varíola tem se dado nos doentes de bacillose pulmonar, constituindo outro serio perigo a remoção delles para o meio dos variolosos. Ainda se está em tempo de emendar a mão e fazer um melhor beneficio á população de Belém”⁶.

As consequências negativas em relação ao sanatório são imediatas. O espaço passa a ser visto como ambiente de risco aos pacientes, não de cura. O governador, Montenegro (1905: 40) rebate

4 “Verdades amargas”, in Folha do Norte. Belém, 14 ago. 1900.

5 “A vacina 17 D é que vem sendo empregada, desde 1937, na vacinação antiamarílica no Brasil” (Franco, 1969: 131).

6 Matéria intitulada “os hospitais de Belem” veiculada pela Folha do Norte em 14 de janeiro de 1905.

as constantes acusações a atuação do Estado, afirmando que a instituição era um meio de “caridade do governo” aos que se recolhiam ao hospital, pois não eram mais doentes, e sim indivíduos “condenados à morte certa”. O sanatório, caracterizado apenas como “simples allivio para os (...) últimos dias” desses tristes infelizes, se torna então última opção dos doentes, que dirigiam-se ao mesmo já em estado moribundo (Amaral, 2006).

O não encaminhamento dos tísicos ao Hospital Domingos Freire devido a veiculação de notícias na mídia referentes ao grande número de óbitos da instituição e o contágio dos mesmos pela varíola devido à proximidade ao Hospital São Sebastião, torna necessária uma ação do governo de legitimação do isolamento dos tuberculosos, insistindo na “obrigação moral” de denúncias em caso de doenças contagiosas. (Lemos, 1905: 49).

O discurso oficial procura reforçar o perigo da moléstia e da permanência dos tuberculosos nos centros urbanos: “(...) a tuberculose é um dos maiores inimigos que atacam a sociedade moderna. Os males que esta

moléstia produz as vidas que annualmente ceifa, a desordem e o aniquilamento que deixa no seio das famílias assumem uma tal gravidade, que para ella se volve com afinco a atenção acurada dos hygienistas, dos humanitários e dos homens de estado (...) O hospital Domingos Freire, por mim applicado ao isolamento dos tuberculosos indigentes, tem prestado a esta situação afflictiva os serviços para os quaes ele foi destinado. Mas, convem que se saiba, ao estabelecer o Governo do Estado não nutriu a pretensão de resolver um problema tão complexo e tão difficil como o da prophylaxia da tuberculose. O destino altamente social, a lucta contra a tuberculose, reclama além dos esforços do poder público, o concurso sincero e decidido da população, a qual uma propaganda tenaz e profícua deve levar a convicção dos perigos extraordinários que estão ligados a disseminação do micróbio de Koch” (Montenegro 1906: 28, 29).

A tuberculose permaneceu ano após ano acometendo muitos paraenses, entre os anos de 1904 a 1911 o “mal do século” instala-se e dissemina-se, como podemos ver nos dados abaixo:

Tabela 1. Óbitos por tuberculose em Belém entre os anos de 1904 a 1911 (Amaral, 2006:153)

Ano	Óbitos por tuberculose em Belém
1904	318
1905	350
1906	352
1907	431
1908	470
1909	432
1910	466
1911	476

Os estragos da tísica firmam o “sentimento de pavor” (Montenegro, 1905: 40). A procura pelo hospital, representava, nessas circunstâncias, o desejo de ter um leito “para morrer sob cuidados médicos mínimos, como o conforto das irmãs religiosas, o uso de remédios e as visitas diárias de médicos no leito hospitalar” (Harvey, 1981 *apud* Amaral, 2006: 156). Nos últimos anos de atuação, o tamanho reduzido para o grande número de pacientes acometidos pela tísica, e a escassez de recursos, torna o Sanatório Domingos Freire cada vez

mais obsoleto e ultrapassado como projeto arquitetônico hospitalar: “(...) defficiente e inhospito, sendo olhado pelos doentes com prevenção e horror. Pelo espírito arguto e mordaz do povo, chegou a ser cognominado de Ante-camara da morte. E se a tanto não chegára, atingiu, porém o extremo de obrigar as irmãs de caridade que alli consomem vida e saúde em proveito da humanidade, a fazer xaropes de hervas plantadas nas redondezas, os quaes eram administrados aos doentes como única

medida therapeutica” (Garcia Filho, 1932 *apud* Miranda e Abreu Jr., 2014: 7)

Os últimos anos só reforçaram o pavor disseminado, o Sanatório Domingos Freire foi substituído pelo Sanatório Barros Barreto, inaugurado em 1959, com um sistema em monobloco que “parecia ser a resposta a uma modernidade mais própria ao novo século” (Costa, 2011: 60). Modernidade que avançou também ao Tucunduba. Após a década de 30, o bairro continua a se expandir, ocupado pela população de baixa renda, acelerando a produção do espaço urbano, que a alguns anos sofria alterações para acomodação dos pacientes (Silva, 2016).

Da demolição só restou o antigo portão de ferro que representa, ainda hoje, o imaginário fortemente enraizado sobre o Domingos Freire, a antecâmara da morte: “Sempre me interrogo, será que o preconceito fica impregnado nas ruínas, pois hoje só o grande portal do Domingos Freire preserva-se em pé e, os mais jovens não experimentaram o que a geração na faixa do sessenta vivenciou. Parece que os espaços perigosos assombram sempre, talvez por isso o local e a proximidade com o Cemitério, ainda ativo, criado ao final do século XIX, reforce a crença nas visagens assombradas pelo sofrimento do “mal do século”, uma das muitas denominações da tuberculose” (Beltrão *apud* Miranda, 2010: 20).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sanatório Domingos Freire apresenta, da escolha do terreno à disposição dos leitos, o programa arquitetônico assistencial de atendimento as doenças infectocontagiosas da capital paraense em fins do século XIX e início do XX. A tipologia arquitetônica respondia adequadamente aos padrões modernos, priorizando o isolamento em ambientes destinados a esse fim.

O Hospital de Isolamento de Belém apresentou-se então como documento, retrato da tipologia sanatorial, em um período que evitar o contágio da população nos centros urbanos, torna-se resposta a uma sociedade com medidas terapêuticas ineficazes a doenças como a febre amarela e a tísica.

Do centro urbano ao bairro do Tucunduba, o sanatório, mesmo que de forma não intencional, levou, à região periférica e segregada, infraestrutura. A abertura de vias, viabiliza a utilização do bairro pelos doentes e auxilia a expansão urbana da capital paraense à primeira légua patrimonial de Belém.

No entanto, apesar da importante referência que esse espaço representou apresentando-se ainda, como testemunho da medicina ligada à moralidade, que predo-

minou no país durante a segunda metade do século XIX e início do XX, e da utilização do “classicismo imperial brasileiro” em edifícios da saúde na Belém da Belle Époque, nunca foi opção preservá-lo.

Aliar o Domingos Freire a construção do Sanatório Barros Barreto parecia inviável. A “Ante-câmara da morte”, divulgada nos discursos oficiais por décadas, galgou o “sentimento de pavor” não só as moléstias, mas ao ambiente que as acolhia. O preconceito, como exposto, perdura, ainda hoje, no imaginário popular. Entre “histórias” e “estórias” o apagamento tornou-se meio para silenciar os insucessos de tratamento dos indivíduos “condenados à morte certa”.

A discussão sobre a relevância dos sanatórios é recente e ainda permanece entre questionamentos. O artigo procura translucidar que, mesmo sobre a penumbra de um passado difícil de rememorar, esses espaços são importantes referências a discussão científica. Representa-los e valorizá-los como patrimônio histórico e cultural, vetor de conhecimento para a disciplina da arquitetura, principalmente a hospitalar, trará importantes contribuições à pesquisa que amputou os hospitais de isolamento da história oficial.

BIBLIOGRAFIA

ABREU JUNIOR, José Maria – *O vírus e a cidade: Rastros da gripe espanhola no cotidiano da cidade de Belém (1918)*. Belém: Universidade Federal do Pará, 2018. (Tese de doutoramento).

AMARAL, Alexandre Souza – *Vamos à vacina? Doenças, saúde e práticas médico sanitárias em Belém (1904 a 1911)*. Belém: Universidade Federal do Pará, 2006. (Dissertação de Mestrado).

ASSMANN, Aleida – “A gramática da memória coletiva”. *Humboldt - Goethe-Institut Inter Nationes*, 45 (2003), 2-4

BELÉM. Intendente Municipal (1898-1911: A. J. de Lemos). *Álbum de Belém: 15 de novembro de 1902*. Paris: P. Renouard, 1902. 104 pp. il. Disponível em: <<http://www.fcp.pa.gov.br/2016-1216-20-17-48/album-de-belem>>. Acesso em: 13 de nov. 2019.

- BENCHIMOL, Jaime L. Domingos Jose Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *História, ciências, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, pp. 67-98, 1995.
- BITTENCOURT, Tania – *Arquitetura Sanatorial*. São Paulo: São José dos Campos, 1998.
- BOGÉA, Marta. ALMEIDA, Eneida de Almeida – “Esquecer para preservar”. *Arqtexto*, 15 (2009), 181-209.
- BRITTO, Rubens Silveira. CARDOSO, Eleyson – *A febre amarela no Pará*. Belém: Sudam, 1973.
- CARVALHO, José Pontes – “Hospital de Isolamento: Domingos Freire”. *Revista ParáMédico*, 1 (1900).
- CARVALHO, José Pontes – “Hospital de Isolamento: Domingos Freire”. *Revista Pará Médico*, 9 (1901).
- CASTRO, Elizabeth Amorim – *Arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha*. Curitiba: Maxigrafica e editora Ltda, 2004.
- COELHO, Geraldo Mártires – *No coração do povo. O monumento à República em Belém 1891-1897*. Belém: Paka-Tatu, 2002.
- COSTA, Alfredo Pereira – *O Hospital e sua evolução histórica*. Belém: Santa Casa do Pará. 2011.
- COSTA, Maria Clelia Lustosa – “A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano”. *Revista de geografia da UFC*, 2 (2002), 61-69.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira – *Cidadelas da Ordem: A doença mental na República*. São Paulo: Editora brasiliense, 1989.
- D’ALMEIDA JUNIOR, José Dias – *Hospitais Necessidade d’um Hospital Barraca para a pratica d’operações*. Porto: Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1877 (Dissertação de Mestrado).
- GODINHO, José – “Hospital de isolamento”. *Revista Pará-Médico*, 2 (1900).
- GOFFMAN, Erving – *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora perspectiva, 1974.
- LEMONS, Antônio José – “Relatório apresentado ao conselho Municipal de Belém: Archivo da Intendência Municipal” (1905) 49. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/172> (2019.11.28).
- MIRANDA, Aristóteles Guilliod. ABREU JUNIOR, José Maria de Castro – “Hospital de Isolamento Domingos Freire”. *III ENANPARQ Arquitetura, cidade e projeto: uma construção coletiva*. São Paulo, 2014, pp. 1-10.
- MIRANDA, Cybelle Salvador – “Hospitais na Belém Oitocentista: classicismo e diálogo entre matrizes luso-brasileiras”. MIRANDA, Cybelle Salvador. COSTA, Renato Gama-Rosa (ed.) – *Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018, pp. 79-106.
- MIRANDA, Cybelle Salvador – “Memória da assistência à Saúde em Belém-PA: Arquitetura como documento”. *I ENANPARQ Arquitetura e Saúde: história e patrimônio*. Experiências em rede, Rio de Janeiro, 2010, pp. 1-24.
- MIRANDA, Cybelle Salvador. MONTEIRO, Marcia Rocha – “Arquitetura assistencial e saúde: discutindo concepções e protagonistas”. *IV ENANPARQ Arquitetura assistencial e saúde: discutindo concepções e protagonistas*, Porto alegre, 2016, pp. 1-18.
- MIRANDA, Cybelle Salvador. COSTA, Renato Gama-Rosa – “Apresentação”. MIRANDA, Cybelle Salvador. COSTA, Renato Gama-Rosa (ed.) – *Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018, pp.17-34.
- MIRANDA, Cybelle Salvador *et al.* – “Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.22, n. 2 (2015), 525-539.
- MONTENEGRO. Augusto – “Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro” (1903). Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/172> (2019.11.28).
- MONTENEGRO. Augusto – “Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro” (1904). Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/172> (2019.11.28).
- MONTENEGRO. Augusto – “Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro” (1905). Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/172> (2019.11.28).
- MONTENEGRO. Augusto – “Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro” (1906). Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/172> (2019.11.28).
- OLIVEIRA, Paula Maria de – *Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, 2005 (Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde).
- PARÁ, Inventor Federal (1938-1942: J.C. Gama Malcher). Álbum do Pará. Belém: H. Rodrigues, 1939. 268 pp. il. Disponível em: <http://www.fcp.pa.gov.br/2016-12-16-20-17-48/album-do-para1939>. Acesso em: 15 de nov 2019.
- POLLAK, Michael – “Memória, esquecimento, silêncio”. *Estudos Históricos*, v. 2, n. 3 (1989), 3-15.
- SILVA, Ana Luiza de Araújo – *Uso da água na bacia urbana do igarapé do Tucunduba- Belém- PA*. Belém: Universidade Federal do Pará, 2016. (Dissertação de Mestrado).
- VIANNA, Arthur – *As epidemias no Pará*. Belém: Ed. UFPA, 1975.

ENTRE EUCALIPTOS E CONCRETO ARMADO: A MODERNIDADE ESTÉTICO-FUNCIONAL DO SANATÓRIO BARROS BARRETO, BELÉM-PARÁ-BRASIL

BETWEEN EUCALYPTUS AND REINFORCED CONCRETE: THE AESTHETIC AND FUNCTIONAL MODERNITY OF BARROS BARRETO SANATORIUM, BELEM-PARA-BRAZIL

Larissa Silva Leal, Cybelle Salvador Miranda, Thayse Layane Oliveira de Queiróz

Universidade Federal do Pará

larissaleal711@gmail.com – ORCID | 0000-0003-2095-7195; cybelle1974@hotmail.com – ORCID | 0000-0001-5913-989X;

thayseloq@gmail.com – ORCID | 0000-0002-2650-371X

RESUMO

Este trabalho integra-se aos estudos sobre o patrimônio da saúde no Pará e tem o intuito de analisar elementos estético-funcionais do antigo Sanatório Barros Barreto (atual Hospital Universitário João de Barros Barreto). Este hospital foi produzido em um período em que a tuberculose causava altos índices de mortalidade no país, como parte das políticas públicas para controle da doença em que a Arquitetura Moderna era o padrão adequado. Através das pesquisas bibliográfica e documental aborda-se de forma qualitativa elementos arquitetônicos do antigo sanatório, fazendo-se um paralelo com elementos presentes na arquitetura moderna da saúde no Brasil, bem como destaca-se a estratégia de construir o sanatório afastado do centro urbano, devido às políticas de isolamento, em uma área considerada aprazível e arborizada, no bairro do Guamá. Ademais, esta análise de elementos demonstra que seguiam princípios funcionais, além de uma reprodução em massa, afastando-se da preocupação com a estética e atualmente, devido as necessidades contemporâneas presentes no Hospital, é perceptível a dificuldade em conciliar os usos originais dos ambientes da edificação, como demonstra a modificação e extinção das antigas varandas para inserção de banheiros nas enfermarias e o esquecimento do antigo parque dos eucaliptos.

PALAVRAS-CHAVE

Sanatório | Arquitetura Moderna | Estética | Funcionalidade | Belém-Pará

ABSTRACT

This work is part of the study of health heritage in Pará and aims to analyze aesthetic-functional elements of the former Barros Barreto Sanatorium (now João de Barros Barreto University Hospital). This hospital was produced in a period in which tuberculosis caused high mortality rates in the country in which the modern architecture was the right pattern. Through bibliographic and documentary researches, the architectural elements of the old sanatorium are qualitatively approached, making a parallel with elements present in modern health architecture in Brazil, as well as the strategy of building the sanatorium far from the urban center, located in the Guamá neighborhood. Furthermore, this analysis of elements shows that they followed functional principles, moving away from the concern with aesthetics and currently, due to the needs present in the Hospital, it is noticeable in the lack of care in maintaining original uses of the building environments and in forgetting the old park of eucalyptus.

KEYWORDS

Sanatorium | Modern Architecture | Aesthetic | Functionality | Belém-Pará

INTRODUÇÃO

Durante as décadas de 1930 a 1960, período de construção do Sanatório Barros Barreto, o Brasil passou por transformações políticas, sociais, culturais e econômicas, com acontecimentos que levaram Getúlio Vargas à presidência em 1930. Governo esse marcado pela centralização do poder, na qual promoveu políticas públicas para aproxima-lo da massa, como por exemplo a criação do Ministério do Trabalho (1930), desenvolvimento das metalúrgicas e siderúrgicas do país, utilizando-se de métodos que reforçassem a satisfação popular com o seu mandato. Gustavo Capanema, eleito por Vargas como ministro da educação e da saúde (1935-1945), foi responsável pela disseminação da arte moderna, construção de universidades, além da implantação de Programas revolucionários e inovadores nos campos de atendimento sanitário e de ensino (Mauris, 1995).

No Pará, Magalhães Barata assumiu o cargo de Interventor do Estado (1930-1935), encontrando a cidade de Belém em um momento de fragilidade econômica e administrativa, após a saída de Lemos do poder. Durante seu mandato, ele buscou adequar a cidade ao programa de Vargas, para modernizá-la a fim de resgatar a prosperidade e prestígio existentes na denominada *Belle Époque*, consequente da economia da borracha (Chaves e Silva, 2013). A partir de 1940, a modernização da cidade estava vinculada às políticas do governo norte-americano na região Amazônica, durante a Segunda Guerra Mundial. As novas construções localizadas no centro de Belém trouxeram consigo expressões de modernidade com seus

prédios verticalizados, uso de materiais novos como o concreto armado e o vidro, acrescida de novos hábitos de moradia e condutas da sociedade local (Vidal, 2008).

Arquiteticamente, os traços do Sanatório Barros Barreto se vinculam aos padrões dos projetos produzidos pela Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde (Costa, 2017), sendo a planta do Sanatório replicada no Rio de Janeiro, edificando o Sanatório Santa Maria (Abreu Jr. e Miranda, 2016). A planta do Sanatório Santa Maria é formada pela junção de dois "Y", um monobloco que se destaca na paisagem devido aos seus seis pavimentos em concreto armado que seguia os modelos corbusianos, assim como a do Sanatório Barros Barreto (Costa, 2009: 8).

A edificação principal do Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB (em azul na fig. 01) começou a ser edificada em 1938 e foi inaugurada em 1959, ainda como sanatório. A delonga na finalização do prédio, somada às mudanças do perfil de atendimento, tornaram-na uma estrutura em constante mutação, até mesmo em dias atuais. Em função do importante cuidado prestado aos pacientes de doenças infectocontagiosas no Pará, associado à pesquisa científica nele desenvolvida, este se configura como importante documento da história da saúde na Amazônia.

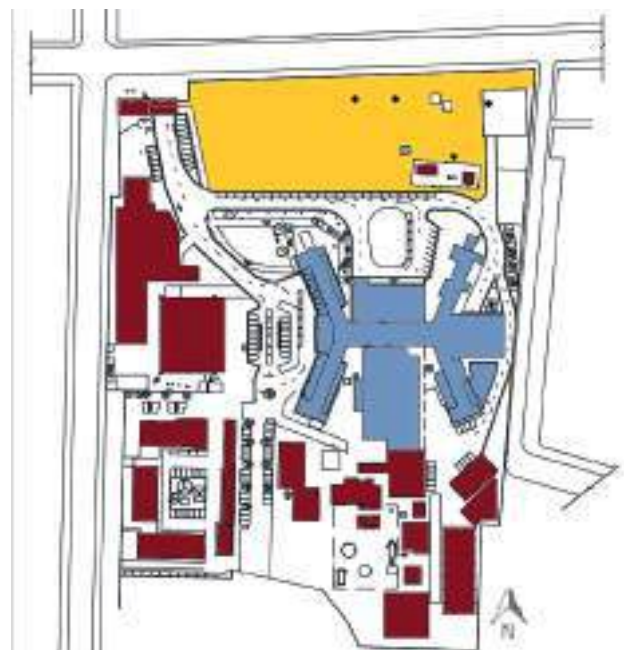


Fig. 01. Mapa ilustrativo da área pertencente ao HUIBB atualmente, com o prédio principal marcado em azul, em amarelo o bosque e em vinho as edificações adjacentes (Setor de Infraestrutura do HUIBB, 2018 adaptado).

A ESTÉTICA-FUNCIONAL NO BARROS BARRETO

A concepção moderna estava baseada em um sistema de regras que incluía plantas retangulares, fachadas com janelas em vidro e coberturas planas, trazendo influências diretas na aparência final da edificação, assim, a estética modernista traz como proposta a mudança de paradigma: o que era baseado em estilos e signos agora é uma nova estética baseada nas demandas populares, escolas, habitação social e hospitais (Malard, 2006: 99). Neste contexto, a forma final viria através da função de uma edificação e, no caso dos hospitais que tratavam a tuberculose, chamados sanatórios, o tratamento aos doentes ditava certas características arquitetônicas, demandando uso de materiais específicos como o concreto armado que proporcionava rapidez de construção e boa durabilidade.

A ausência de ornamentos nas fachadas modernas decorre do conceito do racionalismo vigente no período moderno, que evidencia a busca pela utilidade, iniciando assim uma relação intrínseca entre arquitetura moderna e funcionalismo, sendo a forma resultado da função (Montaner, 1995). Na arquitetura assistencial produzida no século XX, tem-se como marco o Sanatório Zonnestraal (1925-1927), advindo da arquitetura holandesa, cuja racionalidade da fachada envidraçada - pois era necessário a entrada de luz solar para tratamento dos pacientes - se conecta com o bosque do entorno, para manter o contato dos pacientes com a natureza e assim, o projeto decodifica o racionalismo "como processo de pensamento convertido em forma" (Montaner, 1995: 71-72). Desde então, estes preceitos foram seguidos nas construções de diversos sanatórios antituberculosos, a partir da década de 30.

Apesar do racionalismo primar pela simplicidade, o uso do detalhe no modernismo pode ser interpretado como expressão do fazer arquitetônico, que diferencia a concepção do arquiteto como construtor, gerando percepções estéticas e semióticas de uma edificação, ao ser entendidos como unidades de significação (Frasconi, 2008). A concepção tectônica da arquitetura faz frente ao que Lucia Malard critica, baseada em Bernhard Hoetger, a respeito das regras modernistas seguidas principalmente nas escolas de arquitetura, como a Bauhaus, no qual Hoetger compara-as com uma receita de bolo, cujo projeto modernista seria bem-sucedido caso seguisse as regras ditadas (Malard, 2006: 98).

Neste sentido, ao observar os projetos sanatoriais produzidos entre as décadas de 30 e 70 no Brasil, apesar das semelhanças arquitetônicas no uso dos materiais, dos programas de necessidades e das formas geométricas, a concepção dos detalhes arquitetônicos, apontados por Frasconi, propõe o entendimento de que cada edifício detém suas particularidades e significados, principalmente no sentido de desvendar o caráter da arquitetura utilizada.

A expressão estético-funcional em forma de detalhes arquitetônicos no Sanatório Barros Barreto transparece no uso das janelas em vidro, nos *brise-soleils* em concreto, cobogós (elementos vazados), varandas abertas e na relação entre o edifício principal e o bosque próximo à edificação. E apesar da replicação do projeto do sanatório paraense, o diálogo entre o passado e o presente desses elementos permite a visualização de que o uso e as modificações ao longo dos anos desencadearam a atribuição de valores e definiram de fato o caráter do atual Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB).



Fig. 02. Fachada oeste do Sanatório Barros Barreto (1938-1959), marcada pelo uso de janelas em vidro e alumínio (Acervo fotográfico da Biblioteca do HUJBB, s/d).



Fig. 03. Atual fachada oeste do HUJBB, na qual percebe-se o aumento das esquadrias no período atual (2018).

A EXPRESSÃO TECTÔNICA DAS FACHADAS DO SANATÓRIO: DIÁLOGOS ENTRE O PASSADO E O PRESENTE

Analisando elementos das fachadas, seguindo os ideais modernistas, o uso das esquadrias detinha uma função específica no tratamento da tuberculose, pois permitiam a entrada de iluminação para o interior do prédio de grande porte, e por esta razão predominava o uso do vidro. É possível visualizar que a influência do uso do vidro se encontra nos preceitos construtivos sanatoriais de países como a Finlândia, no qual o arquiteto Alvar Aalto projetou o Sanatório de Paimio, cujos princípios funcionalistas se concretizavam através do grande número de vãos nas fachadas, pois proporcionavam o maior contato do paciente com a iluminação e a ventilação externas. Além disso, para Carolina Brasileiro (2012), as fachadas modernas detinham fenestração marcada pelas esquadrias, ou seja, as esquadrias detinham também a função de demarcar, ao olhar do observador, a fachada da edificação.

No sanatório Barros Barreto estes elementos são em vidro e alumínio, no qual demarcam as fachadas com mais de um tipo de janela, que se diferem no número de folhas e podem ser basculantes ou de correr. Ao longo dos anos, mais janelas foram adicionadas nas fachadas, como demonstram as figs. 02 e 03: a fachada oeste do sanatório é vista em dois períodos diferentes, sendo que a versão atual permite maior iluminação nos corredores durante o dia. Esse processo de modificação física do HUIBB é atribuída principalmente aos processos de reestruturação para mudanças no atendimento da instituição, impactando na estrutura física as decisões tomadas pela administração em consonância com os responsáveis pelo setores de atendimento. Um dos principais desafios enfrentados pelo Sanatório é conciliar a atribuição de valor aos novos materiais, em detrimento dos padrões arquitetônicos e dos detalhes modernos.

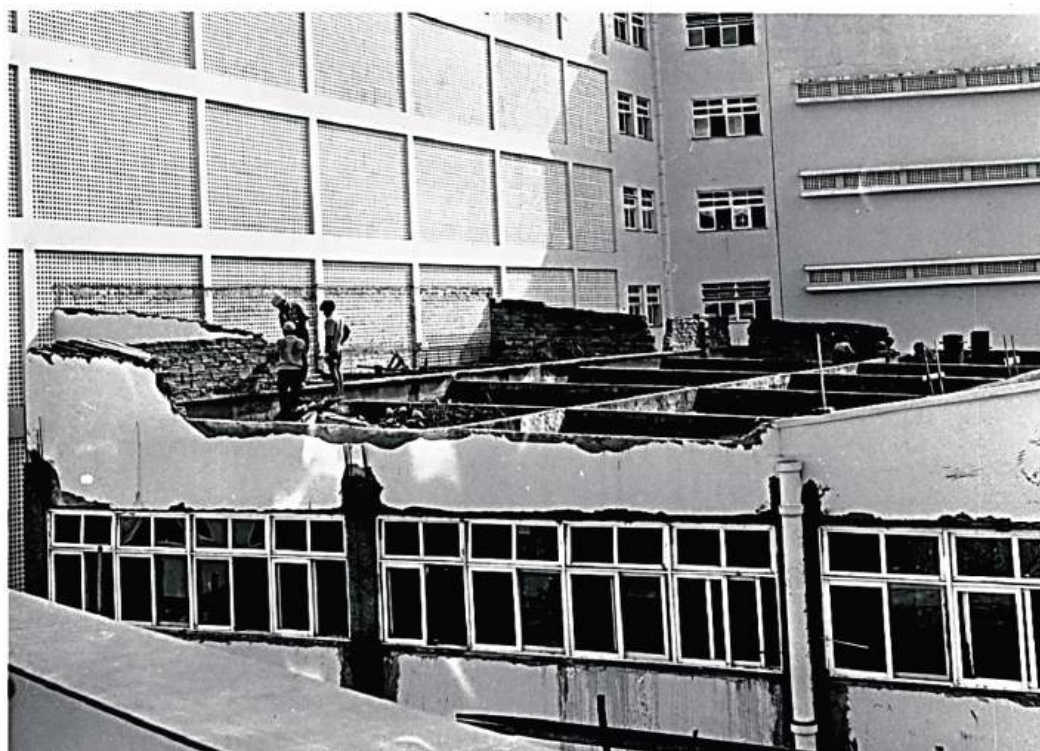


Fig. 04. Fachada Sul, parte central do Sanatório Barros Barreto (1938-1959), marcada pelo uso dos grandes painéis vazados, janelas em vidro e alumínio, cobogós e brise-soleils (da esquerda para à direita na fotografia) (Acervo fotográfico da Biblioteca do HUIBB, s/d, adaptado).

Muito mais que elementos estéticos das fachadas modernistas, os cobogós (elementos vazados) eram utilizados como soluções de conforto térmico e medidas de profilaxia da tuberculose. Entende-se que o Barros Barreto é advindo de uma produção nacional, portanto, os cuidados com o clima do país foram levados em consideração. Do mesmo modo, quando se analisa a produção arquitetônica moderna local, em residências e prédios residenciais e públicos, nota-se que os *brise-soleils* e cobogós são bastante presentes nas fachadas paraenses, conferindo um aspecto de modernidade tecnológica para as edificações da época (Sarquis, 2011: 7). Tais elementos são adotados como estratégias técnicas de conforto ambiental para lidar com o clima característico da região amazônica, podendo adquirir caráter identitário para a caracterização da arquitetura moderna local.

Os cobogós estão presentes em todas as fachadas do Barros Barreto, principalmente nas paredes do corredor central lado sul (à esquerda na fig. 04) e, apenas o lado voltado para oeste das alas contém os cobogós na parte superior das paredes, sendo que externamente estes painéis vazados estão acompanhados de *brise-soleils* também em concreto (à direita na fig. 04). Os *brise-soleils* estão dispostos horizontalmente nas fachadas do prédio, sempre em dupla (à direita na fig. 04), além disso, a entrada oeste porta *brises* verticais em concreto, com extensão do piso ao teto. Assim, ambos os elementos estão dispostos de acordo com suas funções individuais, mas formam um todo arquitetônico que é reconhecido pelos usuários do complexo hospitalar.

As varandas são ambientes característicos dos sanatórios, visando o tratamento dos pacientes através da helioterapia, a qual baseava-se na exposição destes ao sol durante algumas horas (Brasileiro, 2012: 51), além disso, proporcionava-lhes maior interação social, tendo em vista os longos períodos de isolamento. Arquitetonicamente, as varandas eram prolongamentos do ambiente ao longo da fachada, cuja construção fora possível através do uso do concreto armado, além disso, permitiam uma maior permeabilidade entre interior e exterior e aproveitamento do ar fresco advindo do bosque próximo à edificação e da iluminação solar diurna.

No Sanatório Barros Barreto, estes detalhes estão presentes em todos os pavimentos, apenas nas alas voltadas para leste, que recebem maior incidência solar

no período da tarde, bem como foram construídas em lajes com cantos arredondados, medindo cerca de 50 metros quadrados e protegidas por um parapeito em concreto de um metro de altura (fig. 05). Atualmente, devido às mudanças no atendimento, existe um processo de extinção das varandas abertas do hospital, primeiramente pela instalação de grades de proteção e posteriormente, uma-a-uma estão sendo transformadas em banheiros que atendem às enfermarias ou são inclusas aos ambientes internos.



Fig. 05. As varandas abertas da fachada leste, lado norte, do Sanatório Barros Barreto (1938-1959) e seus traços arredondados (Acervo fotográfico da Biblioteca do HUIBB, 1973).

PARQUE DOS EUCALIPTOS: A NATUREZA COMO ASSISTÊNCIA ALTERNATIVA

Anteriormente à implantação do inovador sanatório para tuberculosos, a área localizada no bairro do Guamá em Belém já era coberta por árvores de grande porte, formando de fato um bosque (fig. 06). Enquanto havia uma preocupação em modernizar o centro de Belém, nos bairros periféricos da cidade o crescimento ocorria por um processo de ocupação desordenada, em terrenos muitas das vezes alagadiços de vegetação primária, visivelmente isolado dos bairros mais elitizados (Rodrigues, Luz e Saraiva, 2014). Se para moradores do bairro do Guamá, claramente excluídos da sociedade belenense da época, esse isolamento era indigno, para o governo, o espaço se tornou um “depósito de lixo social”, na qual começou a construir edificações voltadas para asilos de idosos, indigentes, alienados, e para o atendimento de doentes que contraíam doenças infectocontagiosas, como por exemplo a febre amarela, varíola, peste bubônica e a própria tuberculose. Doenças essas responsáveis pelo crescimento da taxa de mortalidade do período. A própria vegetação servia de barreira natural para impedir a propagação das enfermidades.



Fig. 06. Aerofotografia do Sanatório Barros Barreto, mostrando a extensão do bosque -atual Parque dos Eucaliptos - em 1955 (Acervo fotográfico da FAU, Laboratório Virtual – ITEC –UFPA, 2019).

Para o sanatório em questão, a natureza presente em volta do terreno escolhido ia além do isolamento dos pacientes, ela oferecia a possibilidade de uma climatoterapia, tratamento auxiliar bastante discutido na época quanto à comprovação científica do seu êxito. Em revistas de medicina em circulação no período, reportagens discutiam os benefícios da natureza para os tuberculosos. A revista *Pará Médico* publicada em junho de 1939, lançou a matéria O clima de Belém e o Tratamento da Tuberculose Pulmonar, pelo Dr. Luiz Araújo, debatendo o fator climático na terapêutica a tuberculose pulmonar. Ele relatava a divergência de ideias entre os profissionais: de um lado radicais defensores do clima (incluindo profissionais que acreditavam no tratamento contra a doença, exclusivamente pela ação do clima), do outro os negativistas absolutos, descrentes dos efeitos benéficos da natureza.

Além dos dois extremos, havia também profissionais que defendiam ambientes mais específicos de clima estáveis, como os das montanhas, marítimos e planícies. Esse assunto percorria o mundo inteiro, com estudos científicos e debates em congressos, enquanto não tinham a certeza se o clima curava os enfermos, não descartavam o tratamento médico acrescido de um ambiente natural, mais longe possível da poluição presente nos centros urbanos, inclusive vários sanatórios de isolamento faziam propaganda de estarem instalados no local de clima perfeito para o tratamento. O Dr. Luiz Araújo descreveu na mesma matéria as características ideais para os debilitados, destacando a ausência de variações extremas na temperatura, com rara ou nenhuma nebulosidade, atmosfera mais limpa possível, pouca umidade, muita insolação e com condições necessárias que permitam o paciente viver confortavelmente fora de casa na maior parte do tempo, principalmente os que estavam no início da doença.

Para a instalação do sanatório, o bosque natural foi transformado no Parque dos Eucaliptos para os pacientes do Barros Barreto (como é popularmente conhecido), no qual já se podia encontrar uma preocupação paisagística com a área, demonstrada pela plantação de árvores de eucalipto, devido suas propriedades medicinais no combate de doenças respiratórias. As enfer-

mariares avarandadas, voltadas para essa vegetação, demonstravam a importância de oferecer ao paciente um ambiente mais natural possível. Com a chegada do tratamento com antibióticos, o hospital passou a ter uma tipologia desatualizada, fazendo o espaço passar novamente por reformas que atendessem a demanda clínica contemporânea. A mudança no tratamento da tuberculose, o aumento populacional da cidade acarretando o incremento no atendimento hospitalar, incluindo pacientes de outras patologias, reduziu o bosque a 8 mil metros quadrados, possuindo vinte espécies de árvores entre nativas e exóticas, segundo levantamento realizado no ano de 2018. O restante da área mostrada na aerofotografia de 1955, foi ocupada por residências unifamiliares, incluindo o espaço onde antes da criação do Sanatório, se localizava o Hospital Domingos Freire. As demais áreas abertas, de tamanho menor em volta do hospital, foram ocupadas por novos prédios de atendimento assistencial suprindo a demanda de pacientes. Localizado ao lado da guarita que dá acesso ao prédio principal, o bosque tornou-se um ambiente vegetal esquecido pelos frequentadores do hospital, mesmo possuindo grande potencial terapêutico (fig. 07).



Fig. 07. Imagem via satélite do Hospital Universitário João de Barros Barreto, sendo perceptivo a diminuição da área do Parque dos Eucaliptos (Google Earth 2018.11.05, editada, 2018).

A partir da década de 1950, os conceitos de percepção ambiental passaram a gerar reflexões sobre o ambiente hospitalar e sua influência no processo de cura dos pacientes, sendo realizadas as primeiras pesquisas que avaliaram os aspectos arquitetônicos hospitalares e sua influência fisiológica e psicológica sobre os pacientes. Com o crescimento urbano e populacional, e os avanços tecnológicos na área da construção civil, os hospitais passaram a ocupar espaços horizontais cada vez menores, ganhando altura e consequentemente perdendo espaços naturais entre os blocos, antes tão presentes e necessários, ocasionando a diminuição das áreas verdes das grandes cidades. A rigidez do ambiente hospitalar criado pelos monoblocos verticais conduziu à dificuldade de identificação do usuário, cuja impessoalidade não proporcionava sensações de acolhimento e bem-estar.

Portanto, o hospital provoca emoções negativas ao seu usuário, pois, além de não ser uma área de familiaridade (com exceção aos funcionários que o tem como ambiente de trabalho), ele faz alusão ao momento de fragilidade, morte, dor e exposição da vulnerabilidade dos pacientes, provocando desconforto até no indivíduo que escuta a palavra hospital. Buscando amenizar essa carga emocional provocada pelo espaço hospitalar, o corpo profissional da saúde, junto ao profissional da concepção espacial, busca criar um espaço mais humano e agradável para o paciente que nele precisará conviver. Essa humanização da saúde tem por objetivo “melhorar a qualidade geral de vida dos seus usuários, durante o tratamento e a internação”, através da “adoção de uma visão holística, deslocando o foco da doença, para a saúde; do paciente passivo, para o ser humano total e do tratamento como resultado, para o processo de resgate da saúde” (Lopes e Naoumova, 2016). A vegetação é um dos pontos mais importantes em relação ao conforto e a humanização do espaço, quando corretamente aplicada, além de cumprir sua função de distração positiva, ajuda no bem-estar das pessoas ao melhorar as condições climáticas, diminuição dos estresses causados pelas internações e tratamento, visto que o contato com a paisagem natural influencia diretamente no ânimo e espírito humano. Esses espaços naturais podem promover um lugar de sociabilidade dos usuários, servindo como um espaço para a execução de terapias alternativas, associadas à natureza.

A exemplo de hospitais que adotaram essa ideia, os *Maggie’s centers*, centros de atendimento para pessoas com câncer, apresenta nos seus projetos o quanto a

arquitetura e a natureza podem servir como terapia secundária aos pacientes com câncer. Os Maggie's foram idealizados pelo historiador de Arquitetura Charles Jencks, que, na década 90, conviveu com a angústia de sua esposa, escritora e designer Margaret Keswick Jencks, no estado terminal da doença. Keswick, tinha uma noção de como o ambiente não contribuía para seus tratamentos, relatava que a sala de espera “drenava suas energias”, sentia-se “murchar” sob as luzes artificiais da clínica. Um bom projeto não seria capaz de curar a doença, porém, amenizaria o quadro, serviria como uma terapia, como um espaço de apoio para as pessoas que estavam na mesma situação. Suas ideias foram concretizadas, e propagadas por diversos arquitetos famosos, como Frank Gehry e Zaha Hadid, em centros instalados em diversos países como Escócia, Inglaterra e China (Medina, 2014).

Outro exemplo de integração hospital/paisagem é o Pavilhão Arthur Neiva (fig. 08), o qual faz parte de um conjunto de edifícios e jardins modernos localizados no bairro Manguinhos, Rio de Janeiro, que é preservado pela Fundação Oswald Cruz (Fiocruz). Inicialmente destinado para ser o Pavilhão dos cursos, o prédio construído entre 1947 a 1960, pela mesma Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde, do primeiro governo de Getúlio Vargas tem autoria do arquiteto Jorge Ferreira. O projeto articulou a arquitetura com as outras artes, sobretudo com o uso de painéis artísticos em azulejos e um pátio aberto para abrigar uma área de convívio para os alunos e professores, integrando ao edifício o paisagismo dos jardins modernos, projetados pelo paisagista Roberto Burle Max (Costa, 2017).



Fig. 08. Painel artístico em azulejo e Jardim moderno do Pavilhão Arthur Neiva, Rio de Janeiro (Costa, 2017).

Atualmente, o Parque dos Eucaliptos (fig. 09) do HUIBB não recebe o devido tratamento pela administração hospitalar, acumulando detritos, sendo usado como local de descarte de restos de materiais de construção das diversas reformas executadas nos edifícios do complexo. Segundo levantamento acompanhado pelo engenheiro agrônomo Natalino Corrêa, foi constatado

que diversas árvores estão em risco de queda, principalmente durante as fortes chuvas frequentes na cidade, devido a fragilidade em que seus troncos se encontram, pondo em risco a segurança dos indivíduos e edificações presentes em sua volta. Tal cenário demonstra a necessidade de compreensão do complexo hospitalar como um ambiente multifacetado e humanizado.



Fig. 09. O Parque dos Eucaliptos do HUIBB (2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital Universitário João de Barros Barreto, por possuir uma generosa área verde, tem a capacidade de implementação para projetos de conservação paisagista, programação que atraia seus pacientes para o ambiente externo do hospital, motivando a utilização saudável do local e atendendo as necessidades contemporâneas com a mesma eficiência de um projeto novo, resgatando a importância que o espaço natural possuía no período do sanatório.

Cabe refletir em como a transformação da materialidade e do caráter simbólico atribuído pelos usuários dos hospitais é um processo que requer estudo e entendimento no contexto da arquitetura assistencial, sendo o edifício entendido em sua dinâmica cultural.

Dinâmica esta que implica em preservações e apagamentos, sendo importante caracterizar os elementos arquitetônicos que conferem identidade ao edifício enquanto arquitetura moderna, entendida como estágio relevante da história da arquitetura da saúde no Pará.

Toma-se como exemplo vivo deste processo de transformações aceleradas no HUIBB, a dinâmica das varandas abertas. Como mencionado, onde anteriormente figuravam ambientes de interação social, como projetos organizados pelos próprios funcionários com o intuito de integrar os pacientes, hoje prevalecem as novas técnicas construtivas adaptadas às necessidades decorrentes das normas sanitárias. O Sanatório Barros Barreto, como equipamento da saúde de longa

duração, tendo em vista as demolições que ocorreram após sua construção, demonstra a permanência e até resistência de valores e significados dentro do âmbito do patrimônio cultural da saúde na Amazônia. A esté-

tica e a funcionalidade no modernismo, trazidas para a região através da edificação do antigo sanatório são signos de um referencial científico e arquitetônico produzido no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

ABREU JÚNIOR, José Maria de Castro. MIRANDA, Aristóteles Guilliod de – “O Sanatório de Belém: a epopeia – ou via sacra? – de sua construção”. *Revista Pan-Amazônica Saúde*; 7 (2016), 13-25.

ARAÚJO, Luiz – “O clima de Belém e o Tratamento da Tuberculose Pulmonar”. *Pará Médico*, 7 (1939), 12-17.

BRASILEIRO, Carolina da Fonseca Lima – *Arquitetura da tuberculose em Pernambuco: um estudo analítico dos dispensários de tuberculose de Recife (1950-1960) como instrumentos de profilaxia da peste branca*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2012. (Dissertação de Mestrado).

CHAVES, Celma. Silva, Izabella M. Santos – “Percurso da modernização a arquitetura do ‘Novo Centro’ na Av. Presidente Vargas em Belém”. 3.º Seminário Ibero-americano – *Arquitetura e Documentação*, 2013.

COSTA, Renato da Gama-Rosa – “Pavilhão Arthur Neiva Modernidade e Tradição”. AGUIAR, Barbara. CARCERERI, Maria Luiza. MARQUES, Ana Maria (ed.) – *Arquitetura moderna e sua preservação: estudos para o plano de conservação preventiva do Pavilhão Arthur Neiva*. Rio de Janeiro: In-Fólio, 2017, pp. 42-58.

_____ – “Patrimônio moderno da saúde e os desafios para a sua valorização. O exemplo do Rio de Janeiro”. 8.º Seminário Docomomo Brasil – *cidade moderna e contemporânea: síntese e paradoxo das artes*, 2009.

FRASCARI, Marco – “O detalhe narrativo”. NESBITT, Kate (ed.) - *Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965-1995)*. São Paulo: Cosac Naify, 2008, pp. 539-557.

LOPES, Leila. NAOUMOVA, Natália – “O uso da cor como ferramenta de humanização de ambientes de assistência à saúde infantil sob a percepção do usuário: Caso de estudo Pelotas, RS”. *Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo*, 2016.

MALARD, Maria Lucia – *A atual polêmica: modernismo, pós-modernismo*. MALARD, Maria Lucia (ed.) - *As aparências em arquitetura*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006; pp. 94-115.

MAURS, Paul – *Modernismo e Tradição. Preservação no Brasil [1995]* – GUERRA, Abílio org (ed.) – *Textos fundamentais sobre a história da arquitetura moderna brasileira parte 2*. São Paulo: Editora Romano Guerra, 2010, pp. 71-89.

MEDINA, Samuel. “A história dos Centros Maggie: Como 17 arquitetos se uniram para combater o câncer”. *ArchDaily* (2014). Disponível em <https://www.archdaily.com.br/br/601650/a-historia-dos-centros-maggie-como-17-arquitetos-se-uniram-para-combater-o-cancer> (2018.11.05).

MONTANER, Josep Maria – *El racionalismo como método de proyectación: progreso y crisis*.

MONTANER, Josep Maria (ed.) – *La modernidade superada. Arquitectura y pensamiento em el siglo XX*. Barcelona: Gustavo Gili, 1995, pp. 60-87.

RODRIGUES, José. LUZ, Luziane. SARAIVA, Joecylene – “Análise Morfológica dos Bairros de Nazaré e Guamá no processo das áreas verdes urbanas no município de Belém-Pa”. *Congresso Iberoamericano do Estudios Territoriales y Ambientales*, 2014.

SARQUIS, Giovanni Blanco – “Arquitetura moderna e contemporânea em Belém: diálogo entre tempo”. 9.º Seminário Docomomo Brasil – *interdisciplinaridade e experiências em documentação e preservação do patrimônio recente*, 2011.

VIDAL, Celma Chaves Pont – “Modernização, inventividade e mimetismo na arquitetura residencial em Belém entre as décadas de 1930 e 1960”. *Risco*, 8 (2008), 145-191.

A MODERNIDADE DA ARQUITETURA DO LEPROSÁRIO SÃO ROQUE (PIRAQUARA, PARANÁ, BRASIL)

THE MODERNITY OF SÃO ROQUE LEPROSARIUM ARCHITECTURE (PIRAQUARA, PARANÁ, BRAZIL)

Elizabeth Amorim de Castro

Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Paraná, Brasil

elizabeth.amorim@ufpr.br – ORCID | 0000-0002-0410-8305

RESUMO

O texto busca contextualizar as características arquitetônicas que deveriam estar presentes em uma colônia de leprosos no início do século XX e mostrar o pleno atendimento na concepção e construção do Leprosário São Roque, em Piraquara (PR). Para isso, destaca a legislação sanitária nacional sobre o assunto e a resposta arquitetônica frente a estas imposições higienistas. Em seguida, volta-se para o Paraná e a trajetória de enfrentamento da lepra desde meados da década de 1890 até 1926, com a inauguração do São Roque. Por fim, tendo como referências mensagens governamentais, artigos em periódicos, desenhos arquitetônicos e fotografias, analisa as características de seu conjunto arquitetônico e ressalta o pleno atendimento às demandas e às soluções espaciais vigentes para o tratamento dos portadores de lepra.

PALAVRAS-CHAVE

Arquitetura Hospitalar | Hospitais De Isolamento | Colônia de Leprosos | Leprosário

ABSTRACT

The article aims to contextualize the architectural features that should be present in a leper colony in the early twentieth century and show the complete requirement compliance on the conception and construction of Leprosarium São Roque, in Piraquara (PR). To this end, it highlights the national health legislation on the subject and the architectural response to these hygienist impositions. Then, it goes back to Paraná and the trajectory of leprosy coping, from the mid-1890s until 1926, with the inauguration of São Roque. Finally, based on government messages, journal articles, architectural drawings and photographs, it analyses the characteristics of its architectural complex and emphasizes the full compliance with the requirements and the spatial solutions for the treatment of leprosy patients.

KEYWORDS

Hospital Architecture | Isolation Hospitals | Leper Colony | Leprosarium

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo analisar a adequação e a modernidade da solução arquitetônica adotada na construção do Leprosário São Roque, em Piraquara (PR), no ano de 1926. Para isso, analisa a legislação sanitária federal vigente e suas repercussões no espaço projetado e construído especialmente para o tratamento e isolamento dos leprosos desde o

início do século XX. O texto revela também – a partir do estudo de outras fontes primárias como mensagens e relatórios de governo e matérias em periódicos – como tais características arquitetônicas foram destacadas nos textos técnicos, políticos e jornalísticos como efetivo avanço na profilaxia da doença.

A CIÊNCIA, A ARQUITETURA E A “FASE MODERNA DA PROFILAXIA DA LEPROA”

Com a chegada do século XX inicia-se, segundo o médico, farmacêutico e historiador Heráclides César de Souza-Araújo¹, a “fase precursora da moderna profilaxia da lepra”. Em 1902, é classificada como doença de notificação compulsória pelos Decretos n.ºs 4.463 e 4.464. Dois anos depois, o Decreto n.º 5.156/1904 estabelece o novo Regulamento Sanitário Federal e determina quatro ações frente às doenças contagiosas (em cujo rol constava a lepra): a notificação obrigatória, o isolamento compulsório, a desinfecção e a vigilância médica (Souza-Araújo, 1956: 115, 118-119).

Os estudos sobre a doença já indicam, neste período, a sua lenta evolução, fazendo com que seus portadores não tivessem a saúde e, conseqüentemente, a capacidade de trabalho comprometidas imediatamente. Diante destes fatos, são propostas colônias para o isolamento de leprosos, “onde os doentes tivessem vida livre, tratamento médico, distrações, exercício higiênico e ocupação (muito trabalho), com um serviço especial de assistência para os filhos dos leprosos” (Souza-Araújo, 1956: 116).

Em relatório de 1904, o médico Oswaldo Cruz trata do assunto: “O caráter, essencialmente crônico do mal [lepra], impede que se tome, em relação a ela, as medidas de isolamento num hospital geral. O leproso pode, durante muitos anos, dedicar-se ao trabalho; por isso, sua sequestração da sociedade deve

ser feita, não num hospital, mas em estabelecimentos adequados, as “colônias de leprosos”, onde, ao lado do indispensável tratamento, encontrem os lázaros elementos necessários para aplicação de sua atividade, ainda muito aproveitável. Estas colônias, que constituirão verdadeiras aldeias, terão todos os elementos de conforto necessários, de acordo com os hábitos das diferentes classes sociais” (*apud* Souza-Araújo, 1956: 116).

Entre 1904 e 1912, entram em funcionamento nove instituições para abrigo de leprosos, sendo uma no Amazonas e as demais em São Paulo. São hospitais, asilos, colônias e vilas com estrutura de pequeno porte, abrigando em média 50 internos, que recebem alimentação, roupas e remédios. O conjunto arquitetônico é constituído pelas casas dos leprosos e dos empregados, uma capela e, eventualmente, um albergue para receber doentes em trânsito. O atendimento médico é realizado por intermédio de visitas periódicas. A possibilidade de trabalho não é uma constante e apenas em alguns desses asilos é possível cultivar o solo. Ou seja, tais instalações ainda não podem ser classificadas como “colônias”, segundo a definição de Oswaldo Cruz.

Em 1914, o Decreto Federal n.º 10.821 define que a Profilaxia Geral das Doenças Infecciosas (Título II, Artigo 152) ainda está estruturada nas quatro ações estabelecidas em 1904: notificação, isolamento, desinfecção e

1 Heráclides César de Souza Araújo (1886-1962) formou-se em Farmácia na Escola de Farmácia e Odontologia de Ouro Preto (MG), em 1912; Microbiologia e Zoologia Médica pelo Instituto Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro, RJ), em 1913; Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1915; e foi diplomado Higienista pela *Johns Hopkins University*, Baltimore (EUA), em 1925 e Doutor em Saúde Pública pela mesma universidade em 1926. Foi pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), especializado em Hansenologia. Publicou cerca de 210 trabalhos científicos e dirigiu o Laboratório de Leprologia de 1927 a 1956. É autor da História da Lepra no Brasil, publicada em três volumes, que descreve a trajetória da doença e de seu tratamento, desde o final do século XIX até meados do século XX. (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, 2020)

vigilância médica. O isolamento poderá ser nosocomial ou domiciliário (artigo 170), sendo o primeiro realizado em um “hospital de isolamento”, “dependente da Diretoria Geral de Saúde Pública” (artigos 175 e 176). A legislação, embora determine o isolamento dos doentes, não faz referência às colônias.

Somente no final da década de 1910, a Associação Protetora dos Morféticos de São Paulo anuncia a construção da Leprosaria Modelo Santo Ângelo, no município de Mogi das Cruzes, concebida como uma colônia de leprosos. A obra ocorre somente em 1928, no entanto seus princípios norteadores dão embasamento às iniciativas da “Fase Moderna da Profilaxia da Lepra”. “A nova fórmula para a solução do importante problema há de conciliar os interesses da saúde pública com os sentimentos de caridade. As vantagens higiênicas, humanitárias, administrativas e econômicas dos asilos-colônias serão de alta relevância social e comprovarão de perto o grande adiantamento e constante progresso do nosso país” (*apud* Souza-Araújo, 1956: 116).

O leprosário, projetado e construído como colônia, abrigaria não só uma unidade hospitalar, mas também residências, oficinas, áreas destinadas à agricultura e à criação de animais, igreja, cinema, praça e campo de futebol. Teria o aspecto e a organização de uma verdadeira cidade, onde os doentes pudessem refazer as vidas dentro de seus muros. Um lugar onde vivessem sem enfrentar a discriminação da sociedade e com a possibilidade de uma vida semelhante à das pessoas saudáveis. Ou seja, essas instituições teriam dupla função, ao mesmo tempo em que preservariam a população sadia, trariam dignidade e respeito ao doente, obrigado à segregação, proporcionando dentro de seus muros uma vida completa.

A organização das colônias é precisa, determinando que cada atividade seja desenvolvida em um setor especialmente projetado para ela e com instalações físicas exclusivas, os pavilhões.

Este arranjo espacial decorre da complexidade dos programas arquitetônicos que surgem a partir do século XIX, sendo recorrente, na transição para o XX, tanto propostas de colônias, como o uso de pavilhões em projetos arquitetônicos para escolas, asilos, penitenciárias e hospitais. “O modelo pavilhonar caracteriza-se, formalmente, por ser uma série de edificações isoladas. Embora tenham funções específicas, formam

um conjunto estruturado em função de um programa arquitetônico comum, ou seja, as atividades que pretendem abrigar. Esse modelo realça um aspecto essencial: a segregação física. O isolamento dos enfermos, como forma de obter o controle da doença, expressa-se fisicamente nos espaços edificados, ou seja, na estrutura do conjunto ou na organização interna de cada elemento” (Bittencourt, 1998: 43).

Procura-se, desta forma, reunir, confinar e vigiar diversos grupos sociais considerados “perigosos” pela sociedade mais ampla. As colônias estão estreitamente associadas às ideias de controle social e de correção dos “desajustes” pela ciência, pela organização das atividades, dos espaços e do cotidiano dos internos, além de ter como norteadores os princípios higienistas. Muito sol, aeração, áreas livres, exercícios físicos, trabalho e lazer regrados são elementos indispensáveis em uma colônia. Portanto, o local que abriga tais instituições deve incorporar estes princípios e possuir setores com funções específicas e pavilhões cuidadosamente projetados, que garantem as dimensões, as condições higiênicas, o mobiliário e os equipamentos recomendados para cada atividade. O espaço tem papel ativo na formação, no tratamento, na recuperação, na reabilitação e no controle de cada indivíduo.

Na “colônia de leprosos”, a unidade hospitalar destina-se aos pacientes mais comprometidos com a doença. Ali são encontradas as enfermarias, instalações sanitárias e salas de apoio. Os doentes são divididos em grupos: homens, mulheres, crianças, pagantes, cada qual ocupando uma ala ou pavilhão exclusivo. Há também os ambientes de atendimento médico – consultórios e salas de espera – além de laboratórios, salas cirúrgicas etc. Os demais doentes, que mantêm a força para o trabalho, residem em casas com suas famílias ou nas instalações para solteiros. O leprosário possui setor administrativo, locais de trabalho e de lazer, área com residências de funcionários etc.

Outra característica importante: o atendimento médico oferecido dentro do asilo-colônia é convertido em estudo científico que, por sua vez, possibilita melhorar a assistência ao doente. Essa é a base da clínica moderna, na qual o conhecimento é um elemento de acumulação positiva, em eterna transformação através da observação, do exame e de novas formulações discursivas (Foucault, 1994: 59-70).

O leprosário transforma-se em uma instituição modelar de isolamento, baseada em critérios científicos, racionais, higienistas e humanitários, cuja função é proteger a saúde da coletividade, garantir o desenvolvimento do país e proporcionar tratamento e conforto aos internos. Seu conjunto arquitetônico, concebido e construído com tais princípios, torna-se a expressão do conhecimento científico, a viabilização técnica da moderna medicina e, ainda, a face visível/concreta do isolamento de leproso, da política de controle de doenças transmissíveis e do projeto republicano de modernização do país. Este espaço planejado possui elementos presentes na estrutura urbana e arquitetônica, como setorização, conforto ambiental (insolação, ventilação), funcionalidade, racionalidade etc. Justifica-se, desta forma, a ênfase dada e a detalhada descrição desses conjuntos arquitetônicos em mensagens e relatórios técnicos e em obras de referência, como a “História da Leprosia no Brasil”, de Heráclides César de Souza-Araújo.

Embora as descrições de “colônias de leproso” sejam encontradas desde o início do século XX, somente em 1923 são regulamentadas, por intermédio do Decreto Federal n.º 16.300 que define:

“Art. 139. Os estabelecimentos nosocomiais serão os seguintes:

- a) colônias agrícolas;
- b) sanatórios ou hospitais;
- c) asilos.

§ 1.º As colônias agrícolas, sempre preferíveis, deverão ter bastante amplitude para nelas poder estabelecer uma verdadeira vila de leproso, e, além das condições que assegurem do melhor modo os seus fins, deverão ter hospitais para os que necessitem cura de doenças e afecções intercorrentes, creche, orfanato e asilo para os incapazes.

§ 2.º Os sanatórios, hospitais e asilos, só admissíveis quando as condições locais e outras o permitirem, ou o reduzido número de doentes dispensar o estabelecimento de uma colônia, terão por fim principal multiplicar as casas de isolamento na medida do possível, junto dos focos, a fim de facilitar a segregação dos leproso. Deverão ser estabelecidos em lugares onde, a par das melhores condições higiênicas, existam amplos logradouros para os isolados” (Souza-Araújo, 1956: 357-358).

No ano seguinte é inaugurada a Lazarópolis do Prata, em Ygarapé-Assú no Pará, estado detentor do segundo lugar no Brasil em número de casos de hanseníase e com a taxa de prevalência mais alta.² O conjunto arquitetônico é concebido sob a orientação direta do médico Heráclides César Souza-Araújo, que também a dirigiu nos seus primeiros anos de funcionamento. A Colônia do Prata, como também é conhecida, é a primeira “colônia de leproso” projetada e construída segundo as diretrizes estabelecidas pela moderna profilaxia da doença e pelo decreto de 1923. A segunda é o Leprosário São Roque, no Paraná, objeto do presente texto.

CURITIBA, A HANSENÍASE E O LEPROSÁRIO SÃO ROQUE

Curitiba, em meados da década de 1890, inaugura o Lazareto São Roque (fig. 01). A instituição, com instalações modestas, abriga poucos doentes. A estrutura sanitária do Paraná e de sua capital, neste período, é reduzida. Em 1889, o Estado contabiliza 19 médicos e uma população de 249.491 habitantes. No final do século XIX, somente três hospitais encontram-se em funcionamento: as Santas Casas de Curitiba, Paranaguá e Antonina (Siqueira, 1996: 13-14 e 48). A quarta unidade é inaugurada na capital em 24 de março de 1903, o Hospício Nossa Senhora da Luz, para “prestar amparos a alienados e desvalidos” (Paraná, 1904: 6).

A precariedade da estrutura sanitária do Estado e de Curitiba é um tema constantemente debatido nas mensagens do executivo, nas sessões legislativas e nos periódicos locais durante as primeiras décadas do século XX. O Presidente do Paraná, Carlos Cavalcanti de Albuquerque, por exemplo, em 1913, afirma que, “em matéria de higiene pública, [O Paraná tem] apenas um simulacro de organização que tudo deixa a desejar, apesar da competência e dedicação dos dignos funcionários da repartição a que corresponde” (Paraná, 1913: 16).

2 Respectivamente, 1472 doentes registrados e 13,48 doentes a cada 10.000 habitantes.



Fig. 01. Lazareto das Mercês, em Curitiba – sem data. Fonte: FERNANDES, Lindolfo. *O Hospital Oswaldo Cruz e a Epidemiologia no Paraná*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1993, p. 14.

Neste contexto, o médico Heráclides César de Souza-Araújo é convidado, em 1916, pelo governo do Paraná para estruturar a profilaxia da lepra no Estado. Juntamente com Eduardo Rabello, realiza um levantamento parcial da sua presença no estado, cadastrando 380 doentes e estimando um número total variando entre 600 e 800. As maiores ocorrências localizam-se na região norte, 256 casos; em seguida nos Campos Gerais, 88, e em Curitiba, 30 (Souza-Araújo, 1956: 231-232). Diante deste quadro, os médicos propõem:

“1. Considerar a lepra moléstia de notificação compulsória, para efeito do isolamento, como estatui o Decreto Federal n 10.821, de 1914;

2. Essa notificação será obrigatória não só para o médico, como para a família do doente, sob pena de multa;

3. Proibir a entrada de leproso no território paranaense;

4. Fazer o isolamento obrigatório dos leproso indigentes e vagabundos nas leprosas oficiais ou privadas;

5. Obrigar os leproso abastados a se isolarem em domicílio ou onde quiserem, por sua conta, sujeitando-se às prescrições sanitárias;

6. Criar a vigilância médica discreta dos leproso isolados em domicílio e das pessoas que os cuidarem, por médicos especialistas;

7. Estabelecer multas progressivamente crescentes aos leproso que não quiserem se submeter ao isolamento nas colônias ou a domicílio;

8. No caso de isolamento de um leproso casado, ao cônjuge não afetado da doença será facultativo o isolamento com o doente;

9. Aos filhos de leproso, que ainda não apresentarem sinais do mal, ou aos que nascerem após o isolamento, o Estado promoverá a manutenção e educação em estabelecimento especial, afim de evitar o contágio familiar;

10. Criar a fiscalização rigorosa das escolas, fábricas, asilos, lupanares, etc., pelos médicos oficiais, a fim de evitar as fontes de contágio da lepra nessas aglomerações;

11. O diagnóstico de todo caso de lepra denunciado à Diretoria do Serviço Sanitário, será verificado clínica e bacteriologicamente por um médico inspetor, com conhecimentos especiais, antes do respectivo isolamento; e

12. A direção das leprosas do Estado do Paraná será confiada a um médico especialista, que apresentará um relatório anual do serviço a seu cargo, organizará a estatística da lepra do Estado e fará estudos especiais sobre o assunto” (Souza-Araújo, 1956: 345-347).

A proposta é submetida e aprovada tanto pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, como pelo próprio Oswaldo Cruz. Faz parte deste plano de ação a

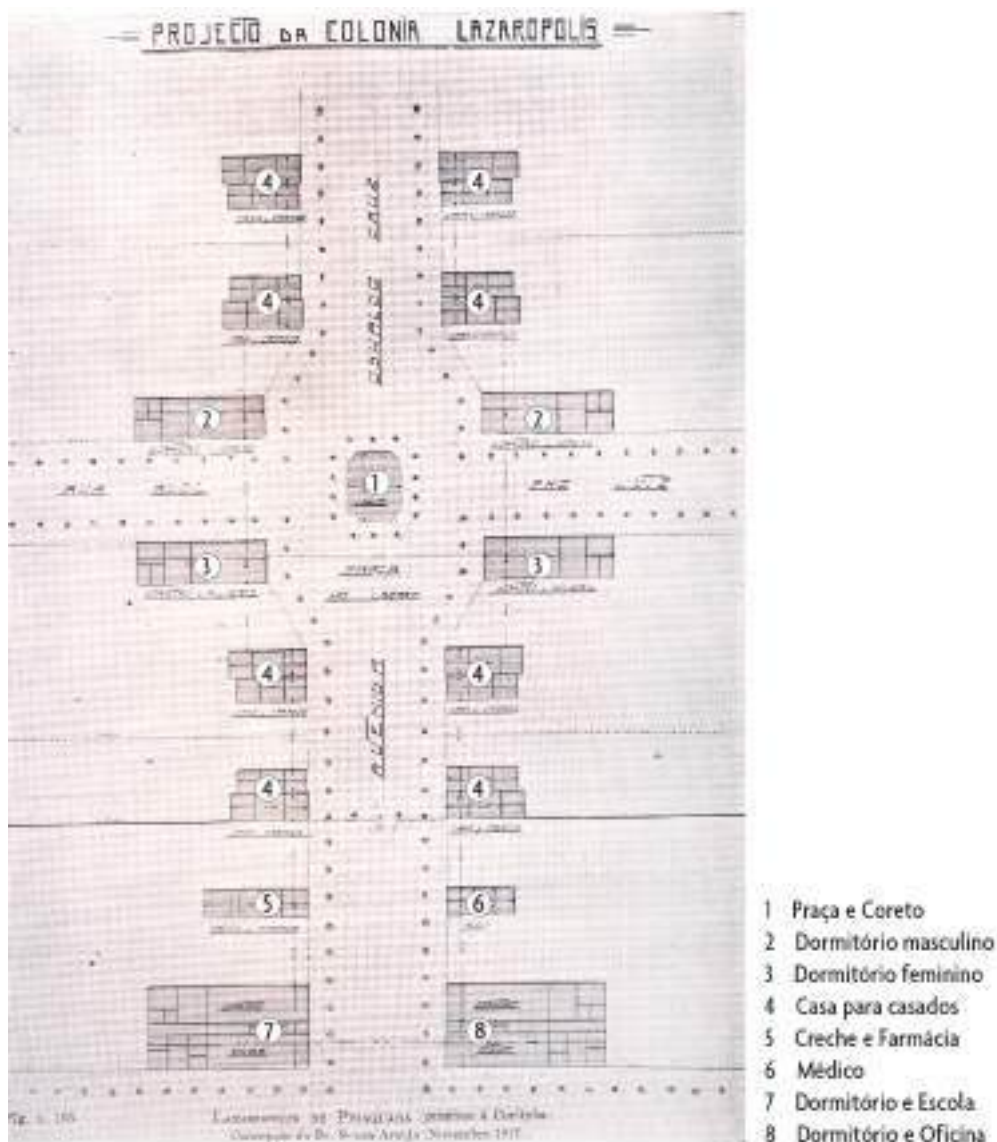
construção de dois leprosários, do tipo colônia-agrícola, um em Curitiba e outro em Guarapuava.

“E para a instalação dessas duas leproserias bastam 100 contos, uma soma insignificante, considerando as vantagens econômicas e sociais que advirão dessas medidas. Com essa soma podem construir-se duas colônias agrícolas cada uma com 50 casas de madeira, com capacidade para 150 leprosos, e um pavilhão para a segregação das crianças, sem falar nos anexos. Isolando-se, no correr de 1917, 300 leprosos, pode-se considerar vitoriosa a santa campanha de defesa contra a lepra!

Estas duas leproserias serão ampliadas e melhoradas com o correr do tempo, de acordo com as necessidades e com os recursos materiais que forem acumulando à custa de donativos particulares. O certo é que dentro de dois anos essas duas colônias agrícolas viverão independentes, sem dar ao Estado outra despesa que não seja a de assistência médica e pequenas subvenções, a título de prêmios, para estimular os que mais produzirem” (Souza-Araújo, 1956: 345-347).

Eduardo Fernando Chaves, com a participação de Souza-Araújo, elabora os desenhos arquitetônicos da “Lazarópolis de Piraquara”, município próximo a Curitiba (figs. 02 e 03) (Souza-Araújo, 1956: 588).

Fig. 02. Implantação da Lazarópolis de Piraquara. Projeto arquitetônico de Eduardo Fernando Chaves com a orientação de Heráclides Souza-Araújo, em 1917. Fonte: Souza-Araújo, H. C. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1948, v. 2, estampa 48.



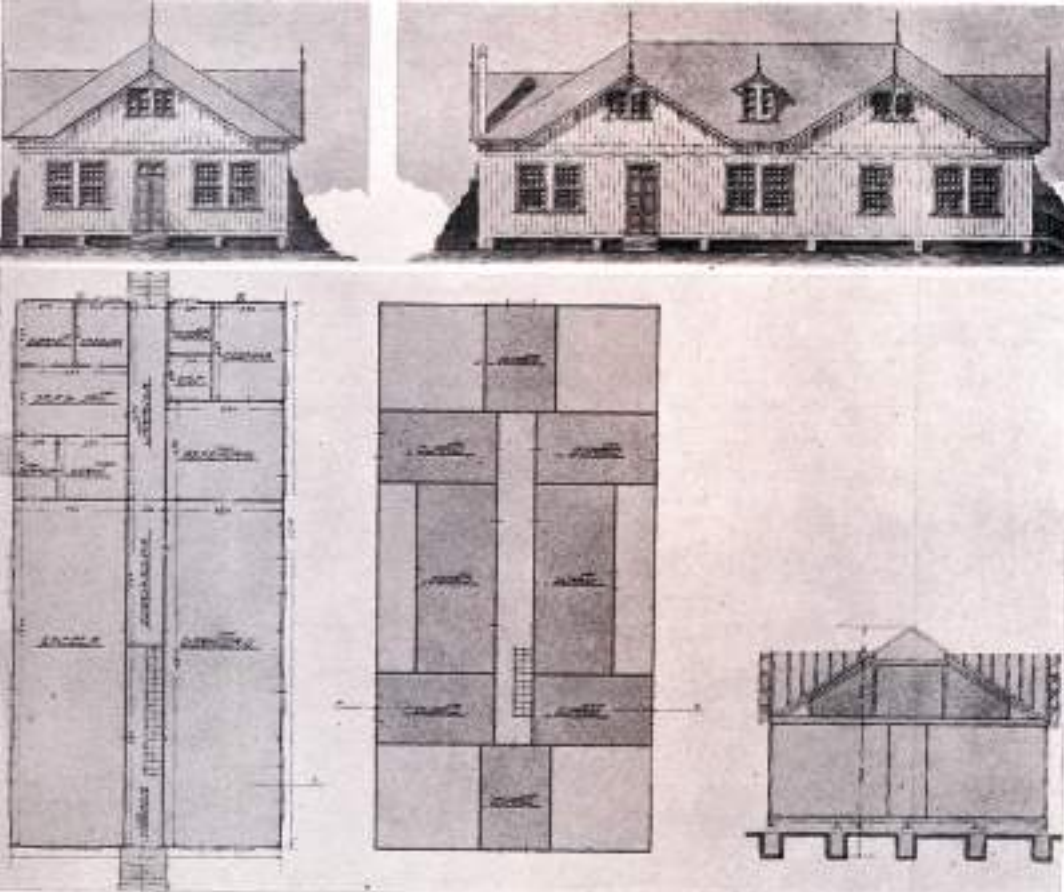


Fig. 03. Desenhos arquitetônicos do Pavilhão 7 – dormitório e escola da Lazarópolis de Piraquara. Projeto arquitetônico de Eduardo Fernando Chaves com a orientação de Heráclides Souza-Araújo, em 1917. Fonte: Souza-Araújo, H. C. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1948, v. 2, estampa 104.

A figura 02 mostra a implantação da área central da “colônia de leprosos”. A composição apresenta duas vias (Avenida Oswaldo Cruz e Rua Adolpho Lutz) transversais, em cujo cruzamento é definida a Praça São Lázaro (1). Em seu centro, um coreto é o ponto focal do conjunto. Ao longo da Avenida Oswaldo Cruz estão distribuídos vários edifícios: quatro pavilhões para os solteiros, dois para homens (2) e dois para mulheres (3); oito com casas geminadas para os casados (4); um com a creche e a farmácia (5); um com as instalações para o médico (6, consultório e residência); e, em uma das extremidades, mais dois pavilhões, um com dormitórios e escola (7) e outro com dormitórios e oficina (8). A figura 03 exibe o projeto arquitetônico do Pavilhão 7, destinado aos dormitórios e à escola. Trata-se de uma construção em madeira com um arranjo espacial simplificado. Uma circulação central posicionada ao longo do edifício faz a distribuição dos diversos ambientes. À esquerda, situa-se a escola, formada por uma sala de aula e a residência do professor e, à direita, um grande dormitório, refeitório, cozinha e despensa. No pavimento superior, encontram-se oito grandes quartos.

Em 31 de março de 1917, é promulgada a Lei Estadual n.º 1718, que autoriza, em seu Artigo 1.º, “o Poder Executivo a dispender a quantia que julgar necessária para a fundação de leprosarias sob a forma de colônias agrícolas no Estado” (Souza-Araújo, 1956: 345-346). Em seguida, o Decreto Estadual

n.º 779, de 8 de outubro, regulamenta a Profilaxia da Lepra no Paraná, incorporando as recomendações de Souza-Araújo. Em relação às colônias, podem ser destacados alguns aspectos:

“Art. 67. Será obrigatório, no Estado do Paraná, o isolamento dos leprosos.

§ 1.º A profilaxia da lepra será organizada de acordo com as medidas que se seguem:

a) o isolamento dos leprosos será feito nos asilos-colônias criados e mantidos pelo Estado;

§ 2.º O isolamento nos asilos-colônias obedecerá às seguintes condições:

(...)

k) todos os pavilhões destinados ao domicílio de leprosos de qualquer categoria serão também protegidos contra os mosquitos e moscas e sofrerão expurgos periódicos destinados a corrigir as falhas possíveis da proteção mecânica;

l) em uma área de raio mínimo de 1.000 metros em torno dos estabelecimentos citados será evitada, pelos meios conhecidos, a procriação de culicídeos e moscas” (Souza-Araújo, 1956: 345-346)

Em 1918 é sancionado o Regulamento do Serviço Sanitário do Paraná, Lei Estadual n.º 1791 (Paraná, 1918). O código apresenta um avanço significativo em relação ao anterior, Decreto Estadual n.º 1, de 1.º de julho de 1892 (*apud* Reis, 1894: 3-30, anexo), no que tange à “Profilaxia geral das moléstias transmissíveis”. Esta, segundo o Artigo 88, baseia-se em quatro procedimentos: notificação obrigatória, isolamento compulsório, desinfecção dos ambientes e vigilância. O Código de 1892 prevê a notificação de sete doenças transmissíveis, enquanto o de 1918 estabelece 17 doenças com tais características. Em caso de aparecimento de moléstia transmissível, a regulamentação de 1892, deixa a cargo do “Inspetor Geral de Higiene” definir “as medidas que forem mais urgentes para obstar a propagação da moléstia”. Já a de 1918, impõe a segregação obrigatória do portador dessas doenças em hospitais de isolamento. Apesar da modernização da legislação sanitária estadual em relação à profilaxia da lepra nada havia mudado, uma vez que não existiam instituições que pudessem receber estas pessoas.

Na década de 1920, é eleito Presidente do Paraná o médico Caetano Munhoz da Rocha com um novo projeto político: a modernização do Estado, cuja implementação impõe a ação do governo em várias frentes. O Paraná e, particularmente, Curitiba apresentam um crescimento considerável de sua população e o conseqüente aumento de suas demandas³. Além disso, havia marcas profundas deixadas pelas epidemias do tifo e da gripe e a necessidade de tirar o Estado de uma crise econômica. São defi-

nidas quatro diretrizes de atuação: a modernização de Curitiba, a estruturação administrativa de atendimento à saúde, a promoção da assistência social e a construção de moradias.

Há avanços nas áreas de saúde pública e de assistência social, as quais naquele momento são consideradas uma única questão, materializados pela construção de três estabelecimentos hospitalares. Em 1926, na cidade de Deodoro (hoje Piraquara), é inaugurado o Leprosário São Roque, para o tratamento de leprosos; em 1927, é a vez do Sanatório São Sebastião, na cidade da Lapa, para tuberculosos; e, em 1928, começa a funcionar em Curitiba, o Hospital de Isolamento, mais tarde denominado Hospital Oswaldo Cruz, para as demais doenças transmissíveis.

Embora o leprosário e o sanatório localizem-se fora de Curitiba, esses hospitais podem ser considerados como parte integrante da estratégia de dotar a capital de um serviço sanitário adequado. Em primeiro lugar, a lepra e a tuberculose, na época, são consideradas de extrema periculosidade, fazendo com que a distância da capital fosse benéfica. Outro fator é a exigência de um clima mais frio para o tratamento da tuberculose, como o encontrado na região lapaana. As duas doenças possuem um tratamento longo e o afastamento desses hospitais de Curitiba seria compensada pela permanência prolongada dos pacientes. Por fim, Lapa e Deodoro estavam ligadas à capital por via férrea, o que garante rapidez de transporte e de comunicação.

O CONJUNTO ARQUITETÔNICO DO LEPROSÁRIO SÃO ROQUE

O Leprosário São Roque foi construído no município de Deodoro, hoje Piraquara, distante 25 km da capital. A escolha do local, feita por Souza-Araújo em 1917, é atribuída a alguns fatores, entre os quais a diminuta população, a parca economia, a ligação com Curitiba pela estrada de ferro e a amenidade do clima. “É um dos menores ou, talvez, o menor dos municípios do Estado, pois a sua superfície não abrange 400 quilômetros quadrados, habitados que são por 3573 almas, segundo o último recenseamento feito pelo Governo Federal [1920]. O clima de Deodoro é de uma amenidade

incomparável, devido à situação invejável do município. Deodoro é, pode-se dizer sem exagero, um sanatório. Comprova essa nossa asserção o fato de todos os anos pela época veranosa, inúmeras famílias do litoral, paranaenses e antoninenses, virem para aqui passar quatro e, às vezes, até cinco meses. Voltam sempre com a saúde restaurada dos males adquiridos à beira-mar” (Martins, 1922: 140)

Outras características da região são: a abundância da água, captada na Serra do Mar, e o clima ameno

³ Em 1900, o Paraná possui 327.136 habitantes, número que passa para 685.711, em 1920, e representa um aumento de mais de 100%. Já em Curitiba ocorre um crescimento demográfico de 63% no mesmo período, de 49.755 para 78.986 habitantes.

da região, tornando-a um “ambiente magnífico, impregnado de puro oxigênio”; além disso, a agricultura e a pecuária são de subsistência e os terrenos, poucos valorizados e de baixa produtividade. Deodoro é considerada “quase um arrabalde da capital do Estado” e sua escolha para sediar o Leprosário São Roque ocorre, portanto, por critérios técnicos, econômicos e sociais. O local de sua implantação e as características das instalações físicas são destacadas em mensagens e relatórios técnicos do Executivo estadual.

“Na propriedade territorial, adrede adquirida por S. Exc. no município de Deodoro, vão ser construídos com brevidade pavilhões indispensáveis para um leprosário, onde a par de enfermarias gerais haverá pequenos pavilhões para famílias de leprosos.

O terreno, de boa qualidade, se prestará a diversas culturas agrícolas para consumo do mesmo estabelecimento.

Construído, como vai ser, com todos os preceitos higiênicos, não haverá perigo de contaminação para a população circunvizinha, e poderá ser praticada a assistência médica permanente e cuidadosa dos enfermos, visando sobretudo a cicatrização das lesões por onde são eliminados os Bacilos de Hansen. (...)

O leprosário em via de construção, além de sua função primordial na profilaxia do hediondo Mal de S. Lazaro, visa o tratamento médico, após o exame clínico, bacteriológico e sorológico, e levantar o moral do leproso, proporcionando-lhe relativo conforto e diversões, em comum com os seus companheiros de infortúnio” (Paraná, 1924: 570).

O Presidente do Paraná, em 1925, Caetano Munhoz da Rocha descreve o Leprosário da seguinte forma: “Acha-se o meu Governo decididamente empenhado na construção do leprosário S. Roque, em terreno do Estado, situado no município de Deodoro, e espero inaugurá-lo, ao menos em parte, dentro de um ano.

Está delineado já o plano geral do hospital, que contará com um pavilhão anterior destinado à administração, gabinete médico e farmácia, quatro laterais reservados às enfermarias, com capacidade para 180 leitos e um outro refeitório, cozinha e mais dependências.

Serão construídos também a capela, um pavilhão de observação e pequenas casas para alojamento das famílias.

O estabelecimento, que obedecerá rigorosamente a todos os preceitos da higiene, terá abundante abastecimento d’água, serviço de esgoto e de iluminação elétrica.

Esta assistência prestada assim, espiritual e moral, aos leprosos, representa uma obra de humanidade e de elevado alcance social” (Paraná, 1925: 91).

Munhoz da Rocha, ao escrever sobre o leprosário, esmiúça o seu projeto arquitetônico, relaciona os ambientes e indica a infraestrutura a ser implantada, afirmando a dupla função da arquitetura, utilitária e simbólica (Stroeter, 1986: 95). A instituição, base da ação de profilaxia da lepra e do controle de sua disseminação, e seu espaço físico, local onde a ação é realizada, são encarados como um conjunto.

As constantes referências aos pavilhões mostram sintonia com a legislação vigente, que preconiza a “colônia de leprosos”, com todas as suas qualificações: o isolamento dos doentes, em local projetado e construído especialmente para esta atividade, com setorização bem marcada e condições convenientes de salubridade e higiene, além de um controle mais efetivo do doente. A extensa relação dos ambientes indica seu grande porte e a observância da recomendação de espaços exclusivos para cada atividade.

Outra referência importante é a presença de uma infraestrutura completa: “abastecimento de água, de iluminação elétrica, de telefone, lavanderia a vapor, forno para incineração do lixo, grande fossa séptica para a depuração biológica do efluente dos esgotos, necrotério, garage”, “tudo enfim que se pode exigir em um estabelecimento dessa natureza” (Paraná, 1927: 117-180). Estas instalações técnicas sofisticadas garantem a autossuficiência do estabelecimento e a adequada higiene no seu funcionamento, assim como proporciona conforto aos pacientes e funcionários.

“A água que abastece o estabelecimento é captada do rio Piraquara, que passa próximo, de cujas margens é naturalmente filtrada para um tanque cimentado, d’onde sobe por uma bomba para uma caixa d’água, colocada em altura suficiente para ser canalizada.

Fora do perímetro das edificações para os doentes está a casa do maquinista e a das máquinas a vapor para a ascensão da água e produção de eletricidade para iluminação do estabelecimento, telefones internos e outros misteres. Possui também o leprosário lavanderia a vapor, forno para incineração de lixo, necrotério, garagem e uma grande fossa séptica para a depuração biológica do aflente dos esgotos do estabelecimento. Para diversão dos doentes tem o estabelecimento uma vitrola, um aparelho cinematográfico e outro radiotelefônico.

O terreno do leprosário abrange uma área de cem hectares que em parte será cultivada pelos doentes, para o que ele possui já um arado" (*Annaes do 3.º Congresso ...*, 1926: 677-687).

A presença de um sistema de captação e abastecimento de água potável e de produção de energia elétrica, além dos inúmeros equipamentos descritos, demonstra o elevado investimento realizado para a construção do Leprosário São Roque.

A obra, iniciada em maio de 1925, é inaugurada 17 meses depois, em 20 de outubro de 1926. Um grande evento marca a importante data: "a cerimônia do ato inaugural revestiu-se de excepcional solenidade, com a presença do Sr. Presidente do Estado, de d. João Braga, Arcebispo de Curitiba, Coronel Alcides Munhoz, Secretário Geral d'Estado, Desembargador Albuquerque Maranhão, Chefe da Polícia, cónsules, demais autoridades civis e militares, representantes da imprensa e convidados.

Conduzindo-os seguiram desta capital dois trens, levando cada um deles doze carros, com os convidados do Sr. Presidente do Estado, em número de 1500 pessoas mais ou menos" (*O problema da lepra ...*, 1926: 1) (fig. 04).

"À hora marcada para a inauguração, o amplo e aprazível parque do Leprosário se achava repleto de cavalheiros, senhoras e senhoritas, apresentado um aspecto imponente e belo.



Fig. 04. Inauguração do Leprosário São Roque - Chegada dos convidados, em 20 de outubro de 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

O sr. dr. Caetano Munhoz da Rocha, pronunciou um dos seus mais brilhantes discursos, dando assim por inaugurado o estabelecimento.

Em seguida falou Don João Braga, Arcebispo de Curitiba, que numa oração vibrante, aludiu à gran-

diosidade da obra de defesa social que vinha de ser realizada pelo governo do Estado com a construção do Leprosário.

Ambos esses discursos foram calorosamente aplaudidos pela enorme assistência.

Depois, as autoridades e todos os convidados percorreram as dependências do Leprosário, recebendo ali a mais agradável impressão.

Após foi servido no parque do estabelecimento um excelente *lunch*" (*Inauguração do Leprosario São Roque...*, 1926: 1) (figs. 05 e 06).

A matéria do Jornal Gazeta do Povo (fig. 07) apresenta várias fotos da inauguração, revelando o grande número de convidados e o clima festivo do evento. Os periódicos também destacam a importância do empreendimento – tanto sob o ponto de vista higienista (protegendo a sociedade da doença), como pela

perspectiva humanitária (considerando o conforto do doente) – e descrevem suas instalações físicas.

"Fazendo recolher os infelizes leprosos no estabelecimento, para esse fim construído, dando-lhes o lenitivo para o seu padecimento; oferecendo um conforto à imensa desgraça dessa pobre gente, o governo do Estado realiza uma obra de piedade e de patriotismo. De piedade, porque procura diminuir o alheio sofrimento, de patriotismo porque acode a uma necessidade de alta magnitude na defesa das energias e do vigor da nossa raça" (*Inauguração do Leprosario São Roque...*, 1926: 1) (fig. 08).



Fig. 05. Inauguração do Leprosário São Roque - Missa, em 20 de outubro de 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

Fig. 06. Inauguração do Leprosário São Roque – visita às instalações, em 20 de outubro de 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

Esta é uma das folhas que se lê em Curitiba, desde a criação de Curitiba por o Brasil, de Curitiba, há mais de 150 anos. Ela é a primeira e a única que nasceu e viveu em Curitiba. Ela representa a vida e o progresso da nossa grande cidade.
 Então, não! Deixe-a viver!

- O problema da Lepra resolvido no Paraná -

A INAUGURAÇÃO DO LEPROSÁRIO SÃO ROQUE. CERCA DE 1.000 PESSOAS ASSISTIRAM O ACQU - OS DISCURSOS ILICRIANTES TOMADOS PELA NOSSA REPORTAGEM



Fig. 07. Matéria sobre a inauguração do Leprosário São Roque, em 21 de outubro de 1926. O PROBLEMA DA LEPROA resolvido no Paraná. Jornal *Gazeta do Povo*. Curitiba, 21 de outubro de 1926. p. 1.

“Edificado na vila de Deodoro, o Leprosário São Roque é um estabelecimento modelar sob todos os pontos, de extraordinárias proporções dispondo de todos os requisitos indispensáveis para bem corresponder aos seus úteis fins. (...).

Dispõe de capacidade para abrigar 300 enfermos, com instalações adequadas para os doentes e bem assim de casas de morada para as famílias dos mesmos. As suas dependências, que são em grande número, acham-se dispostas de acordo com o inteligente plano traçado para a construção do útil estabelecimento que tão dignifica o Paraná, não somente porque o nosso Estado vem de patentear o seu dever de opor barreiras a um dos mais hediondos males que



Fig. 08. Matéria sobre a inauguração do Leprosário São Roque, em 20 de outubro de 1926. INAUGURAÇÃO DO LEPROSARIO SÃO ROQUE. *O Estado do Paraná*. Curitiba, 20 de outubro de 1926, p. 1.

desimam a humanidade, como também o de demonstrar a outros Estados da República, que é o primeiro a lançar as bases de um grande monumento erguido para o bem do povo, para o progresso da civilização e de conformidade com os mais recentes preceitos da ciência moderna” (*O problema da lepra...*, 1926: 1).

O “inteligente plano traçado para a construção do útil estabelecimento” foi realizado pelo engenheiro civil Jorge Lothario Meissner. Concebido como uma colônia, obedece às recomendações vigentes, preconizadas pelo pensamento científico e impostas pela legislação. A figura 09 mostra uma vista panorâmica de todo o conjunto, tomada a partir da parada do



1 - Pavilhão Principal
2 - Acesso Principal / Portaria



Leprosário São Roque,
Piraquara, Paraná
1926



3 - Pavilhões para solteiros
4 - Colônia de doentes



Fig. 09. Vista panorâmica do Leprosário São Roque, com destaque para alguns de seus pavilhões, em 1926. Acervo: Coordenadoria do Patrimônio do Estado.

trem. Esta é a visão que os “os convidados do Sr. Presidente do Estado”, os visitantes e os doentes que serão internados têm do Leprosário São Roque (fig. 09). A grande dimensão do conjunto arquitetônico é a primeira característica percebida. O terreno é praticamente plano e com pouquíssima vegetação, o que possibilita um grande alcance visual e, conseqüentemente, um efetivo controle da movimentação. Os diversos setores encontram-se separados fisicamente. Uma curta caminhada leva ao leprosário. Uma singela guarita e um portão de madeira marcam a entrada da propriedade, toda cercada com arame farpado. Os postes anunciam a presença da energia elétrica (fig. 10). O caminho, de terra batida, conduz o visitante.

“Em uma colina, à direita dos pavilhões, fronteira a um bosque de araucárias, erguem-se vinte pequenas casas geminadas, correspondentes a quarenta habitações independentes para famílias, todas com as necessárias acomodações, cozinha e aparelhos sanitários” (*Annaes do 3.º Congresso...*, 1926: 677-687).

Essas habitações compõem a colônia de doentes, um dos setores do leprosário (figs. 11 a 13). Encontram-se agrupadas em dois conjuntos, um com disposição linear e outro em torno de uma pequena área central (fig. 14). São construídas em madeira, material econômico e de rápida execução. Embora modestas, “as necessárias acomodações” – sala e quarto –, “cozinha e aparelhos

sanitários” atendem a uma importante demanda higienista, a separação física das diferentes atividades desenvolvidas em uma moradia. As instalações sanitárias internas também merecem destaque e indicam, novamente, o elevado investimento realizado, uma vez que oneram o custo de qualquer construção.

O conjunto arquitetônico do Leprosário São Roque conta também com um edifício principal, que abriga a administração e o internamento de pacientes, e o conjunto de moradias para funcionários (fig. 15). Esta edificação é composta por pavilhões interligados e com funções distintas. A composição apresenta um corpo central, o administrativo, duas alas laterais, com diversas enfermarias, e uma posterior, abrigando os serviços (fig. 16). A simetria, a hierarquia e a austeridade marcam este conjunto. A centralidade e os dois pavimentos do pavilhão administrativo (1) indicam sua predominância. Ali são encontrados também o consultório médico e a farmácia. Cada ala lateral é dividida em quatro pavilhões, dois conjuntos de enfermarias ou uma enfermaria e uma seção de contribuintes (2 e 5 / 6 e 7), um bloco intermediário com salas de apoio (4) e outro abrigando as instalações sanitárias (5). O pavilhão posterior abriga o refeitório, a cozinha, a capela e a residência do padre (8 a 10). A justaposição dos pavilhões não é completamente linear, uma vez que os últimos pavilhões de cada ala estão inclinados em relação ao alinhamento dos demais, o que proporciona dinamismo na composição.



Fig. 10. Portaria do Leprosário São Roque, em 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 11. Os dois conjuntos de colônia de doentes do Leprosário São Roque, em 1926. À esquerda, parte das casas dispostas em linha; e, à direita, o grupo de construções em torno de uma área central. No centro, ao fundo, o edifício principal. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

Fig. 12. Vista da colônia de doentes, em 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

Fig. 13. Vista dos dois conjuntos de colônia de doentes do Leprosário São Roque, em 1926. À esquerda, em terreno mais elevado, o grupo de casas locadas em torno de uma área central; e, à direita, as construções dispostas em linha. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 14. Conjunto de casas da colônia de doentes, em 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 15. Casa geminada em madeira, destinada a moradias de funcionários, em 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

Leprosário São Roque Edifício principal, em 1926

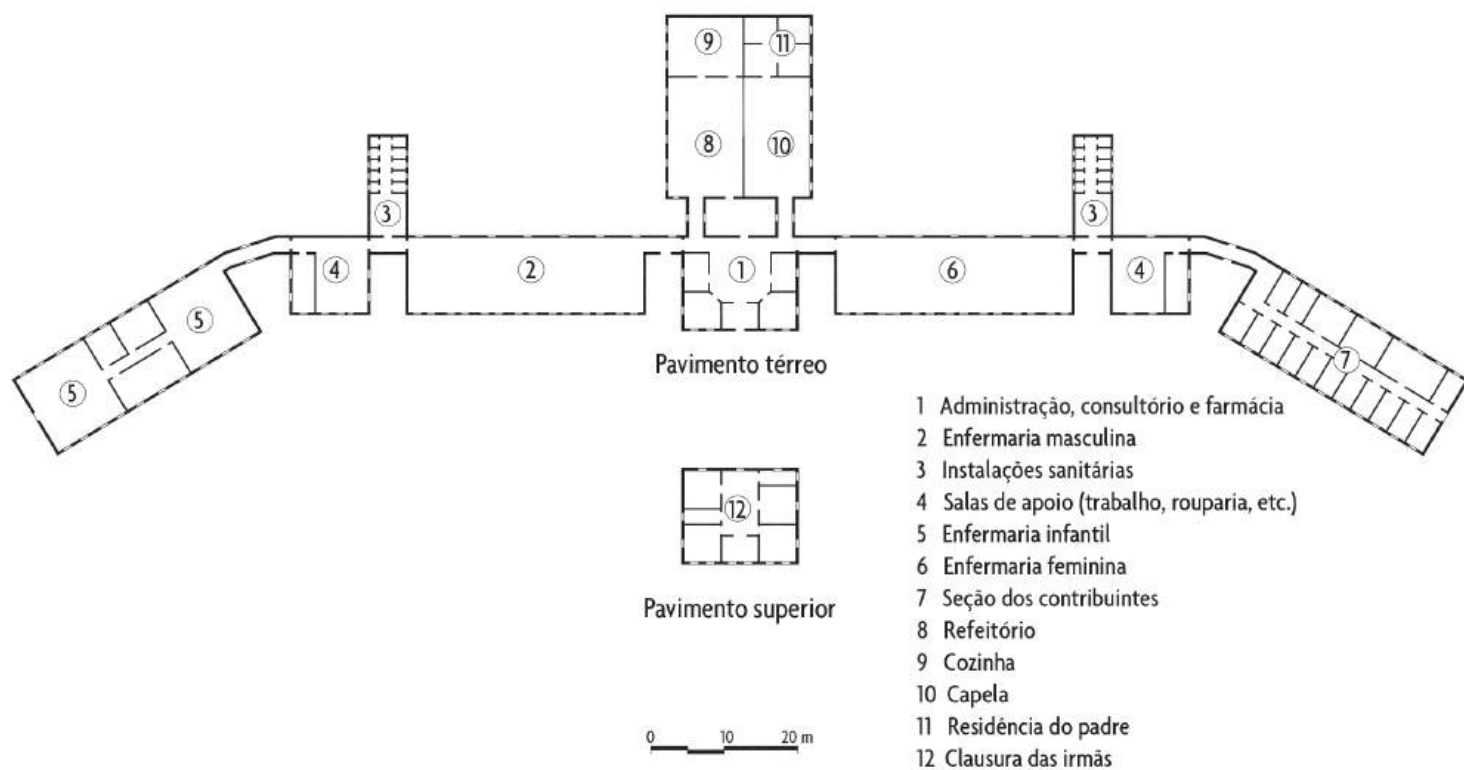


Fig. 16. Planta esquemática do edifício principal do Leprosário São Roque, em 1926. Desenho baseado nas plantas apresentadas em Souza-Araújo, H. C. História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1889-1946). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1948, v. 2, estampa 57.

As figuras 17 e 18 mostram vistas panorâmicas (frontal e posterior) do edifício principal, com seu pavilhão central e as alas laterais. O conjunto é marcado pela sobriedade e racionalidade, com cada pavilhão definido pela sua funcionalidade, separação física dos demais (são interligados por passarelas afastadas do alinhamento frontal) e presença imponente das suas coberturas. As amplas aberturas garantem ao conjunto unidade e leveza, ao mesmo tempo que possibilitam insolação e aeração em abundância, como prescreve a higiene.

A arquitetura incorpora demandas médicas e científicas, assumindo um papel ativo no tratamento dos doentes. O princípio da austeridade define não só as formas do edifício, mas também seus espaços internos, evitando-se excessos, porém sem excluir a presença de modernos equipamentos e infraestrutura sofisticada, como ressaltado anteriormente. Ou seja, trata-se de um espaço marcado pelo pensamento científico e pelos avanços técnicos. As fotografias pertencentes ao Álbum de Inauguração do Leprosário São Roque conduzem a uma visita às suas dependências demonstrando tais características.

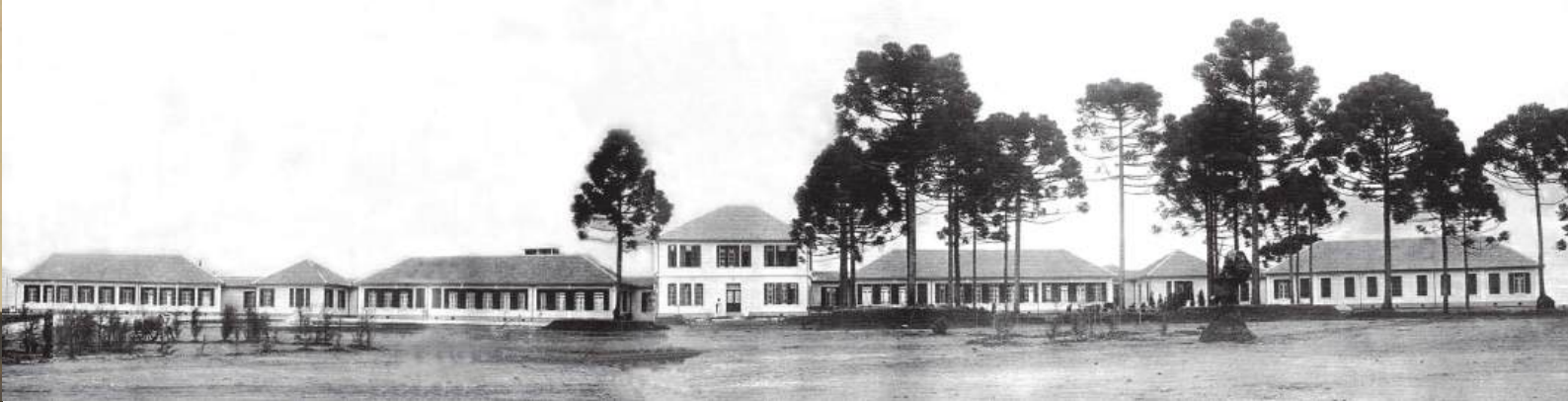


Foto 17. Vista panorâmica frontal do edifício principal, em 1926. Acervo: Coordenadoria do Patrimônio do Estado.



Fig. 18. Vista panorâmica posterior do edifício principal, em 1926. Acervo: Coordenadoria do Patrimônio do Estado.



Fig. 19. Secretaria do Leprosário São Roque, em 1926. Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

Fig. 20. Enfermaria masculina, em 1926. Fonte: Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 21. Enfermaria infantil, em 1926. Fonte: Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

A figura 19 mostra a secretaria da instituição e revela um ambiente com poucos móveis, de fácil limpeza e dotado de equipamentos modernos como um aparelho telefônico e uma máquina de escrever. As enfermarias (figs. 20 e 21) possuem generosas dimensões, tomadas pela luz proveniente das numerosas janelas.

Ali encontram-se vários leitos perfeitamente arrumados e alinhados, formando um cuidadoso e perfeito desenho geométrico. As instalações sanitárias também merecem registro. A figura 22 destaca a bateria de lavatórios, com sua tubulação aparente. Ao fundo, os vasos sanitários e os chuveiros, colocados em boxes



Fig. 22. Instalações sanitárias para pacientes, em 1926. Fonte: Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 23. Lavatório do centro cirúrgico, em 1926. Fonte: Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 24. Refeitório para pacientes, em 1926. Fonte: Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 25. Cozinha do edifício principal, em 1926. Fonte: Álbum fotográfico da inauguração do Leprosário São Roque. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

individuais. As paredes são revestidas por azulejos. Já o lavatório do centro cirúrgico, figura 23, mostra uma sofisticada instalação técnica que conta com água quente e reservatório de produtos esterilizadores. O refeitório (fig. 24) é apresentado com as diversas mesas cuidadosamente arrumadas. Pratos, travessas, tigelas, bules, talheres e canecas estão dispostos de forma a parecer que a refeição será em breve servida, com dignidade e esmero. Móveis e louça branca contribuem para a impressão de limpeza do ambiente. A figura 25 traz uma vista parcial da cozinha, mostrando um ambiente com piso e paredes impermeáveis, a pia, com duas cubas e servidas por água quente e fria, e um grande fogão a lenha, com várias panelas, todas impecavelmente areadas.

O conjunto de fotografias além de registrar os setores, os pavilhões, os ambientes e os aspectos externos e internos do Leprosário São Roque na sua inauguração, tem outra importante função, ressaltar os princípios que o conceberam. Trata-se de uma “colônia

de leprosos”, que oferece ao doente e à sua família, moradia, trabalho, lazer e tratamento médico, em um ambiente marcado pela ciência médica e higienista, por uma rígida setorização de atividades e pelo entendimento de que o isolamento é a medida mais eficiente de controle da lepra. Esta organização espacial será mantida ao longo da trajetória desta instituição e de seu conjunto arquitetônico.

Com capacidade inicial de abrigar 300 doentes, o Leprosário São Roque chega a abrigar, nas décadas de 1950 e 1960, 1.200 internos (Castro, 2005). A ampliação do espaço físico será orientada pela setorização rígida e pela estrutura pavilhonar. O edifício principal, a colônia de doentes, as moradias de funcionários ganham novos pavilhões e unidades, respeitando o princípio norteador da organização espacial imposto inicialmente, a de uma “colônia de leprosos”. Este fato revela a longevidade desta solução e de sua estreita relação com a profilaxia da doença até então recomendada, o isolamento dos doentes.



Implantação do então Hospital Colônia São Roque, antigo Leprosário São Roque, em 1948

- 1 Edifício principal, em 1926
- 2 Novo pavilhão do edifício principal
- 3 Centro cirúrgico
- 4 Refeitório
- 5 Igreja São Roque
- 6 Colônia de doentes, existente desde 1926
- 7 Carvilles, residências para solteiros
- 8 Campo de futebol
- 9 Cinema
- 10 Colônia de doentes
- 11 Residência de funcionários
- 12 Residência do diretor
- 13 Estrada de ferro
- 14 Parada do trem

Fig. 26. Implantação do Hospital Colônia São Roque, em 1948. Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1948, v. 2.



Fig. 27. Vista aérea do conjunto arquitetônico do Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, antigo Leprosário São Roque, na década de 1990. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.



Fig. 28. Vista aérea do conjunto arquitetônico do Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, antigo Leprosário São Roque, na década de 1990. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

A figura 26 apresenta a implantação do conjunto arquitetônico, em 1948, do agora Hospital Colônia São Roque⁴. O desenho mostra a estrutura ampliada desta “colônia de doentes”, que passa a contar com carvilles, residências para doentes solteiros, e um maior número de casas para famílias; oficinas para o desenvolvimento de diversas atividades; uma igreja; espaços de lazer, como o campo de futebol e a nova sede do cinema; e uma estrutura de atendimento médico e laboratorial mais extensa, contando, por exemplo, com centro cirúrgico e mais enfermarias. O antigo Leprosário São Roque atinge um de seus objetivos e transforma-se em uma “verdadeira cidade”. O árido hospital de 1926 passa a ser um local agra-

dável e de vegetação exuberante, como pode ser visto nas figuras 27 a 29. A rígida setorização que determinou a separação física das diversas atividades ali desenvolvidas possibilitou a formação de um espaço aberto, sem concentração de construções, tranquilo, com pouco movimento e repleto de árvores.

O Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná⁵ permanece em funcionamento e possui, atualmente, 54 leitos destinados ao tratamento de doenças dermatológicas. A antiga colônia de doentes foi desativada. Com sua estrutura reduzida, divide as instalações físicas com o Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI).



Fig. 29. Entorno do Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, antigo Leprosário São Roque, em 2016. Acervo: Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

4 A nova denominação é definida pelo Decreto Estadual n.º 6814, de 4 de maio de 1938, e permanece até 1982, quando o nome da instituição passa a ser Hospital de Dermatologia Sanitária São Roque (Deliberação n.º 115/82, da Fundação Caetano Munhoz da Rocha). Oito anos depois, a Deliberação n.º 74/90 da Fundação Caetano Munhoz da Rocha altera a designação para Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, a qual permanece até a atualidade (Castro, 2003: 92-95).

5 Localizado na Avenida Brasília, 1115, Jardim Esmeralda, Piraquara/Paraná.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou destacar a modernidade arquitetônica das instalações físicas do Leprosário São Roque, concebidas e construídas em 1926. Atendendo às demandas da legislação sanitária vigente, a colônia de leprosos de Piraquara incorporou as exigências higienistas impostas em relação ao afastamento dos núcleos urbanos; ao arranjo espacial setorizado e em conformidade com o sistema pavilhonar; à presença de moderna infraestrutura, como

abastecimento de água potável e de energia elétrica; ao atendimento a diferentes atividades de tratamento, moradia, trabalho e lazer dos doentes e de seus familiares; e à produção de conhecimento científico. Neste sentido, o conjunto arquitetônico do Leprosário São Roque se constituiu em uma adequada e moderna solução espacial plenamente vinculada às imposições sanitárias do período, assumindo desta forma um importante papel na profilaxia da lepra no Paraná.

BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Heraclides César de Souza Araújo*. Disponível em: <http://www.anm.org.br/>, acesso em: 15/09/2020.

Annaes do 3.º Congresso de Hygiene. São Paulo: 1926, pp. 677-687.

BITTENCOURT, Tania Mara Mota – *Arquitetura Sanatorial São José dos Campos*. São José dos Campos, SP: T.M.M. Bittencourt, 1998.

CABAS, Antônio Godin – *Paraná, O Século, O Asilo*. Curitiba: Criar Edições, 2004.

CASTRO, Elizabeth Amorim de – *A Arquitetura do Isolamento em Curitiba na República Velha*. Curitiba: Edição da Autora, 2004.

_____ – *O Leprosário São Roque e a Modernidade. Uma abordagem da Hanseníase na perspectiva da relação Espaço-Tempo*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2005. 135 f. (Dissertação de Mestrado)

_____ – *São Roque: um exílio. Uma análise do papel do Hospital São Roque, Piraquara/PR na história da hanseníase no Paraná*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2003. 138 pp. (Monografia de Especialização)

CRUZ, Oswaldo – Relatório apresentado ao Sr. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores por Oswaldo Cruz, Diretor Geral da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909, p. 1000 (*Apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956: p. 116).

Decreto Federal n.º 10.821, de 18 de março de 1914, que “dá novo regulamento à Diretoria de Saúde Pública”. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao> (2017.02.22).

FERNANDES, Lindolfo – *O Hospital Oswaldo Cruz e a Epidemiologia no Paraná*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1993.

FOUCAULT, Michel – *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994, 4.º ed..

“Inauguração do Leprosário São Roque”. *Jornal O Estado do Paraná*. Curitiba: 20 de outubro de 1926, p. 1.

MARTINS, Romário (org.) – *A Republica. Grande edição especial do centenário 1822-1922*. Curitiba Paraná Brasil. Curitiba, 1922.

“O problema da lepra resolvido no Paraná”. *Jornal Gazeta do Povo*. Curitiba: 21 de outubro de 1926. p. 1.

PARANÁ. Mensagem do Presidente do Paraná, Caetano Munhoz da Rocha, ao Congresso Legislativo do Estado. Curitiba: 1.º de fevereiro de 1925.

PARANÁ. Mensagem do Presidente do Paraná, Caetano Munhoz da Rocha, ao Congresso Legislativo do Estado. Curitiba: 1.º de fevereiro de 1927.

PARANÁ. Mensagem do Presidente do Paraná, Carlos Cavalcanti de Albuquerque, ao Congresso Legislativo do Estado. Curitiba: Typ. d’A Republica, 1913.

PARANÁ. Mensagem do Presidente do Paraná, Francisco Xavier da Silva, ao Congresso Legislativo do Estado. Curitiba: Typ. d’A Republica, 1904.

PARANÁ. Regulamento do Serviço Sanitário do Estado do Paraná a que se refere a Lei n.º 1791 de 8 de abril de 1918. Curitiba: Typographia d’A Republica, 1918.

PARANÁ. Relatório do Secretário Geral de Estado, Alcides Munhoz, ao Presidente do Paraná, Caetano Munhoz da Rocha, referente aos serviços do exercício financeiro de 1923-1924. Curitiba: Livraria Mundial França e Cia, 1924.

REIS, Trajano Joaquim dos – *Elementos de Hygiene Social*. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1894, 1.º ed.

SIQUEIRA, Márcia Teresinha Andreatta Dalledone – *LACEN Laboratório Central do Estado do Paraná: Mais de um Século de História*. Curitiba: LACEN, 1996.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. – *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1948, v. 2.

_____ – *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956, v.3.

STROETER, João Rodolfo – *Arquitetura & Teorias*. São Paulo: Nobel, 1986.

VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Syphiligrafia, Rio de Janeiro: outubro de 1918. 2.º Boletim. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

NOSSA SENHORA DO DESTERRO DE LISBOA: DEPOIS DE CONVENTO E HOSPITAL, QUE FUTURO?

NOSSA SENHORA DO DESTERRO, LISBON: AFTER BEING A CONVENT AND A HOSPITAL, WHAT FUTURE?

Clara Moura Soares¹, Maria João Neto¹, Ana Mehnert Pascoal¹, João Alves da Cunha²

¹ ARTIS – Instituto de História da Arte, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Portugal

² Centro de Estudos de História Religiosa, Universidade Católica Portuguesa, Portugal

claramourasoares@letras.ulisboa.pt – ORCID | 0000-0002-7399-4822; mjneto@letras.ulisboa.pt – ORCID | 0000-0002-1777-7698;

anapascoal@campus.ul.pt – ORCID | 0000-0001-6928-4265; joaoalvesdacunha.arq@gmail.com – ORCID | 0000-0002-7399-4822

RESUMO

O Hospital do Desterro, situado na Colina de Santana, em Lisboa, foi desativado em 2007, depois de ter sido um hospital de referência no domínio das doenças venéreas e da dermatologia durante mais de 150 anos.

O edifício, concebido como mosteiro da ordem de Cister, em finais do século XVI, transporta consigo vários séculos de história, mas cuja coerência arquitetónica, as suas múltiplas utilizações tenderam a diluir.

Alvo de um recente projeto de reutilização multifuncional de habitação, turismo, lazer e saúde, depois de largas décadas de discussão sobre a inadequabilidade das instalações para uso hospitalar, o debate voltou-se para a salvaguarda do edifício, com novas funções, e para a defesa dos seus valores históricos e patrimoniais.

O presente estudo procura trazer novos dados históricos e novas leituras sobre o edifício do antigo Real Mosteiro de Nossa Senhora do Desterro, em particular para as duas últimas centúrias, enquanto as obras se mantêm suspensas e o seu futuro em aberto.

PALAVRAS-CHAVE

Antigo Convento | Hospital | Património histórico | Salvaguarda | Reutilização Contemporânea

ABSTRACT

The Hospital of Desterro, located on the Colina de Santana, in Lisbon, was closed in 2007, after having been a hospital of reference for more than 150 years in the area of venereal diseases and dermatology.

The building, constructed at the end of the 16th century, as a monastery of the Cistercian order, carries within its walls various centuries of history, consequence of multiple occupations and reuses that tended to dilute the architectural coherence of the old monastery.

The object of a recent architectural project providing for multifunctional uses, that include housing, tourism, leisure and health, after a decades long debate about the inadequacy of the building for use as a hospital. Today, the focus of the debate is on safeguarding the building, with new functions, and the defence of its historical and heritage values.

This study aims to present new historical data and new readings of the ancient Royal Monastery of Nossa Senhora do Desterro, particularly as regards the last two centuries, while the work on the building remains suspended and its future remains open.

KEYWORDS

Ancient Convent | Hospital | Historical Heritage | Safeguarding | Contemporary Reuse

INTRODUÇÃO

Vários têm sido os estudos dirigidos ao edifício histórico do Desterro. Focando tanto os seus valores arquitetónicos, como as diversas vivências do imóvel, que foi convento e hospital, mas também quartel militar e orfanato, é dada maior ênfase a determinadas cronologias, personalidades ou funções, consoante os objetivos aos quais se propõem.

Constitui o Desterro um emblemático caso de estudo ao sabor das circunstâncias ideológicas, políticas e económicas do país nas duas últimas centúrias. O Estado, ao nacionalizar os bens das ordens religiosas extintas, em 1834, serve-se dos mosteiros e conventos para neles instalar um conjunto de serviços públicos. Contudo, esta atitude viria a revelar-se num triplo problema: a necessidade de obras de adaptação, as quais quase sempre se revelavam insuficientes para responder às novas e exigentes funções, ao mesmo tempo que alteravam e destruíam as pré-existências arquitetónicas e artísticas; por fim, as reutilizações suprimiam a oportunidade da conceção de raiz de modernos edifícios pensados para responder às necessidades específicas da respetiva função.

Deste modo, o Desterro e os demais hospitais da capital, instalados em edifícios conventuais, vão alimentar o debate público em determinados momentos cruciais da reorganização dos serviços de saúde, da reflexão sobre a reutilização de edifícios públicos, mas também das decisões sobre a gestão do orçamento do Estado. Se no século XIX, o foco são as questões políticas e médicas, nos anos mais recentes, a propósito do intenso debate sobre a Colina de Santana¹, em torno de expectativas imobiliárias e de requalificação urbana, é introduzida na discussão a questão da importância patrimonial nas determinações sobre o futuro daqueles edifícios.

Porque a memória não pode ser seletiva, as sucessivas ocupações do edifício histórico devem ser conhecidas e lembradas e os seus sinais respeitados. Fazendo uso de uma investigação arquivística sistemática, traduzida em importantes novidades para o percurso histórico do imóvel e para a sua compreensão, à qual aliamos uma análise atenta das estruturas remanescentes, trazemos à reflexão os modos como o conjunto arquitetónico foi sendo visto e entendido através dos tempos, como se foi modificando, bem como o papel que foi desempenhando nas dinâmicas da cidade.

DE CONVENTO A HOSPITAL

O Real Mosteiro de Nossa Senhora do Desterro, ou Convento do Desterro, como mais frequentemente é designado, constitui um conjunto arquitetónico, outrora pertencente à ordem masculina de Cister, cuja construção se ficou a dever ao rei Filipe I, na sequência da autorização do papa Clemente VIII, obtida em 1586.

Lançada a primeira pedra cinco anos depois, em 1591, terá sido seu arquiteto Baltazar Álvares (Matos, Branco, 2014)², autor de outras grandes obras promovidas durante o governo filipino, filiando o edifício numa estética maneirista, cujo prolongamento da construção da igreja pelos reinados de Afonso VI e de Pedro II (Branco, 2013: 112) lhe acrescentaria novos traços barrocos.

O projeto ficaria, contudo, incompleto, tendo as obras estagnado no início do reinado de D. João V, quando o templo, apesar de adiantado, se encontrava por concluir, assim como algumas dependências conventuais (Projeto LxConventos). O primeiro, que o arquiteto alemão Albrecht Haupt na sua vinda a Portugal, em 1886, ainda vê “em ruínas”, apenas com as paredes da nave central e as tribunas sobre as capelas da nave principal erguidas (Haupt, 1986: 63-64), acabaria demolido no decurso do século XIX. Subsistiria o frontispício, que Haupt “restaura graficamente”, desenhando-o com duas ordens de pilastras e uma entrada de três arcadas ladeada por nichos, despojado das alterações entretanto sofridas, como atesta o desenho da mesma fachada (fig. 01) realizado por Gonzaga Pereira, em 1833 (Pereira, 1840).

1 Uma das colinas de Lisboa, situada no centro histórico, cuja regeneração urbana determinou a decisão de se encerrar um conjunto de hospitais ali existentes, instalados em antigos conventos, em benefício da construção de um novo hospital na zona oriental da cidade.

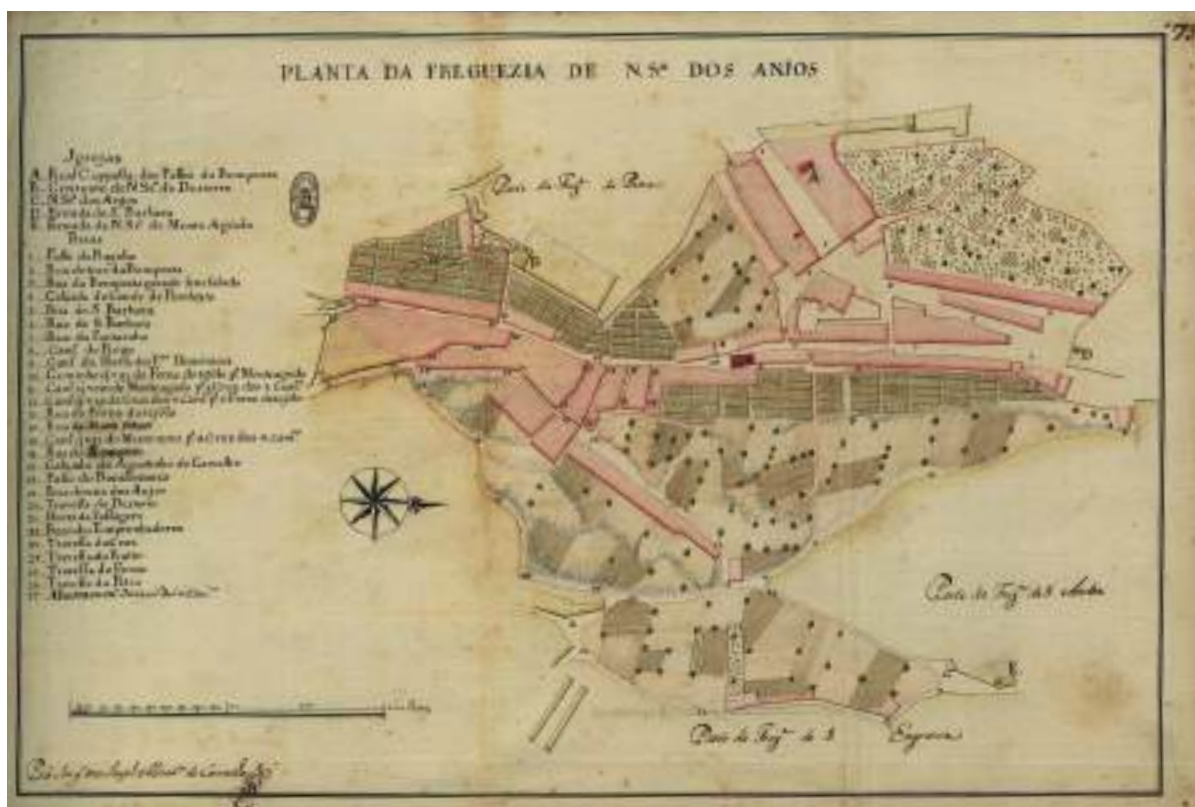
2 O projeto foi durante anos atribuída ao arquiteto Filipe Terzi.



Fig. 01. N. Sra. do Desterro, in Luís Gonzaga Pereira, *Descrição dos monumentos sacros de Lisboa, ...* 1840, n.º 35.

Fruto de um ambicioso programa político, profundamente alterado com a Restauração de 1640, o convento bernardo do Desterro acabaria por padecer de um certo desfavorecimento conjuntural, não chegando sequer a funcionar enquanto casa religiosa, recebendo apenas ocasionalmente alguns monges do mosteiro de Alcobaça nas suas deslocações a Lisboa.

Fig. 02. ANTT, Livro das Plantas das Freguesias de Lisboa, c. 1756-1768, Planta da Freguesia de Nossa Senhora dos Anjos, f. 72. PT-TT-CF-0153_m0160.



Ao longo da sua existência, o imponente edifício situado no denso tecido urbano da cidade, numa das zonas mais antigas e não muito longe do rio Tejo (fig. 02), com uma área construída de cerca de 8.400 metros quadrados, acolheu múltiplas funções, sobretudo após a extinção das ordens religiosas, em 1834 (quadros 01 e 02), que transferiu para a tutela do Estado português um elevado número de conventos.

Quadro 01 – Ocupações do edifício do Desterro até 1834.

1750	Recebeu provisoriamente os doentes do Hospital Real de Todos os Santos, na sequência de um incêndio sofrido por este.
1796-1806	Acolheu parte das instalações do hospital da Marinha Marinha (figs. 03, 04).
Desde 1804	Quartel de diversas companhias militares (Lima, 2014: 249) ³ .
1811-1833	Recebeu órfãos da Casa Pia de Lisboa (1811-1833), transferidos das instalações do Castelo de São Jorge, na sequência das invasões francesas.

3 4.º Batalhão Nacional Fixo do Exército Libertador; Regimento de Infantaria 1; “Depósito de recrutas”.

A partir de 1834, com a extinção das ordens religiosas, a que se soma a saída da Casa Pia e de algumas companhias militares das instalações do Desterro, devido a uma epidemia de oftalmias responsável por diversos casos de cegueira, são repensados os destinos da extinta casa conventual cisterciense, ao mesmo tempo que se diluem os traços da sua memória religiosa e se repartem os seus recheios. Assim, os objetos sagrados e paramentos são entregues ao prior da freguesia dos Anjos e vários móveis são arrematados (1835)⁴, ao passo que algumas peças de escultura depositadas no claustro, “Estatuas de Marmore de dez e doze palmos d’altura, 4 das quaes que estão em melhor estado, representam os Rios Tejo, Nilo, Ganges, e Eufrates”, são transferidas para a Aula de Escultura da Academia de Belas-Artes, em 1837 (Rodrigues, 2017: 471). Quanto à igreja inacabada, cuja tomada de posse pela Fazenda Nacional ocorre em janeiro desse mesmo ano, acabaria demolida, talvez por volta de 1843⁵, em circunstâncias que desconhecemos; o convento seria destinado a novas funções, como veremos; e a cerca, uma das maiores da cidade, urbanizada, alterando significativamente, a partir dos últimos anos do século XIX, as dinâmicas do local (Projeto LxConventos).

No debate em torno da distribuição dos mais diversos serviços públicos pelos antigos cenóbios da capital, o convento do Desterro chega a ser apontado como possibilidade para receber o Depósito da Livraria dos extintos conventos ou o Conservatório de Artes e Ofícios (Rodrigues, 2017: 268, 730), que acabariam instalados nos conventos de São Francisco e dos Remédios, respetivamente.

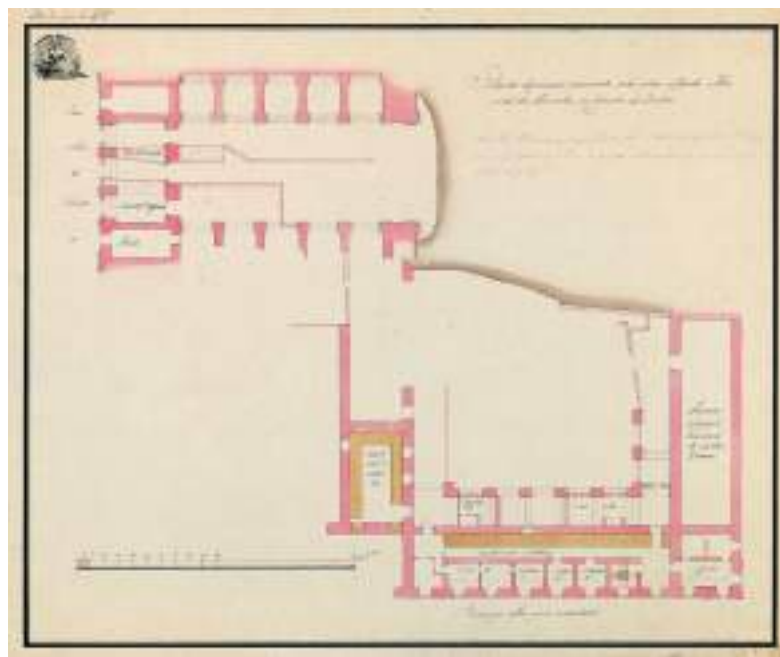


Fig. 03. Planta do primeiro pavimento onde esteve instalado o Hospital da Marinha no Convento do Desterro. Gabinete de Estudos Arqueológicos da Engenharia Militar/ Direção de Infra-Estruturas do Exército, 2538-2-22-31 DSE CRT/2003.

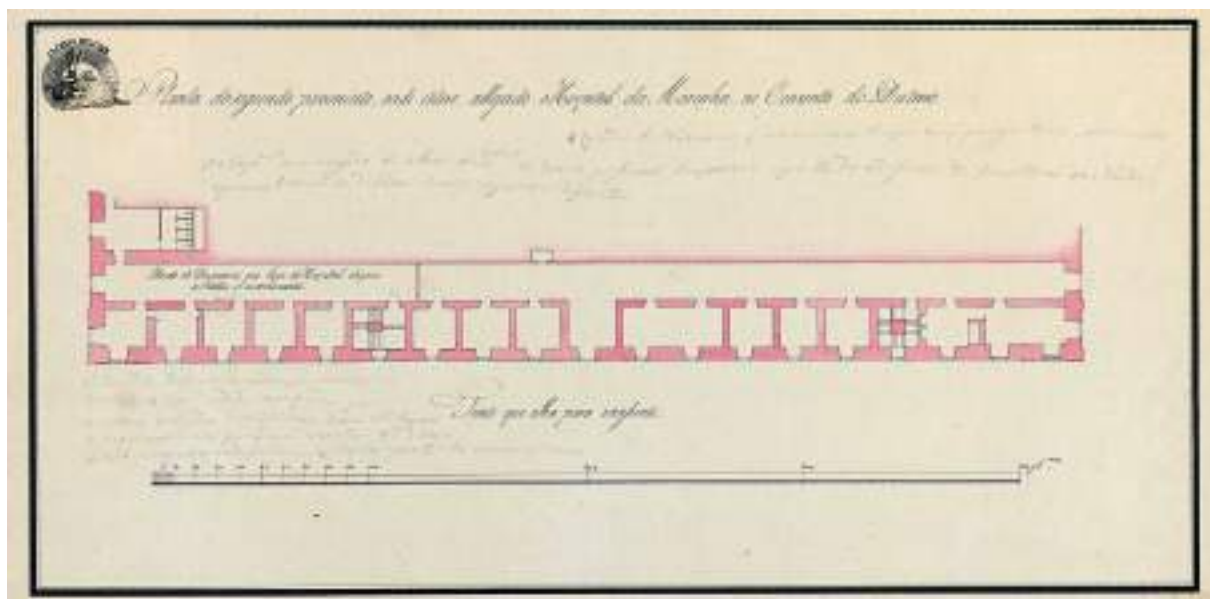


Fig. 04. Planta do segundo pavimento onde esteve instalado o Hospital da Marinha no Convento do Desterro. Gabinete de Estudos Arqueológicos da Engenharia Militar/ Direção de Infra-Estruturas do Exército, 2539-2-22-31 DSE CRT/2003.

4 Arquivo Nacional da Torre do Tombo (ANTT). *Ministério das Finanças, Hospício de Nossa Senhora do Desterro de Lisboa*, Inventário de extinção do Hospício de Nossa Senhora do Desterro de Lisboa, Cx. 2225, fls. 193-198, 201-211.

5 Neste ano é enviada cantaria do convento do Desterro para a construção de um cais no Arsenal da Marinha. Arquivo Histórico do Ministério das Obras Públicas, PT/AHMOP/MR-002/MR 2 D 1R/2/133-223/MR 2D 2R 1 - Lº 1 - n.º 221 (Microfilme).

Devido à sua localização central, o Desterro continuaria, no entanto, a acolher, múltiplos serviços:

Quadro 02 – Ocupações do edifício do Desterro depois de 1834.

1835	Sala de Audiências do Juízo de Direito do 2º Distrito da capital ⁶ .
1839	<i>Escola Normal de Instrução Primaria pelo methodo de Ensino-mutuo, a funcionar numas casas contíguas⁷.</i>
Desde 1848	Anexo do Hospital de São José, especialmente vocacionado para o combate à epidemia de cólera ⁸ .
1849	Alojamento de famílias carenciadas.
1853	Algumas instalações do Colégio Militar ⁹ .
Até 1858¹⁰	Quartéis de diversas companhias militares ¹¹ .
1860	Uma aula Régia.

A cada nova ocupação, diversas adaptações foram sendo impostas ao edifício, transformando-lhe a feição e ocultando, cada vez mais, as suas origens quinhentistas.

OBRAS PALIATIVAS E DE ADAPTAÇÃO (1849-1900)

No seu desempenho como unidade hospitalar, o edifício do Desterro¹² assumiu importantes funções no combate a algumas epidemias, como a cólera morbus (1848) ou a febre amarela que invadiu Lisboa em 1857. O progresso da epidemia registado no ano seguinte, levou a que o Hospital do Desterro se tornasse no necessário “hospital em ponto grande”,

destinado a substituir as várias unidades de saúde provisórias que tinham sido criadas para o efeito. É nessa altura que é “evacuado o quartel do Desterro” e que este se converte “em hospital provisório de febre amarella, composto de cinco divisões, em que se armaram cerca de quatrocentas camas...”¹³.

6 Arquivo Histórico Militar (AHM), PT/AHM/DIV/3/50/24/33.

7 *Diário do Governo*, n.º 238, 08.10.1839: 1471.

8 Portaria do governo de 1848.11.29 autorizando o Hospital de São José a ficar com o edifício do extinto Mosteiro do Desterro. Nessa altura, o Batalhão de Sapadores e o Regimento de Artilharia da Carta mudam-se para o Quartel da Cruz dos Quatro Caminhos. AHM, PT/AHM/DIV/3/20/22/48.

9 Depósito de roupas e de géneros, bem como abrigo às viaturas, cavalos, criados e gado. *Diário do Governo*, n.º 146, 24.06.1853: 878. AHM, PT/AHM/DIV/3/05/10/48/341; PT/AHM/DIV/3/05/10/48/360.

10 Em 1858 o Ministério da Guerra cede o edifício do Desterro ao Ministério do Reino para criação de instalações de combate à febre amarela. *Diário da Câmara dos Pares do Reino*, sessão n.º 1952, 08.02.1858: 229.

11 Batalhões 4, 6 e 12 da Guarda Nacional, Batalhão de Sapadores, Batalhão de Veteranos, Batalhão Académico, Regimento de Artilharia da Carta e Batalhão de Caçadores 1 e 2. AHM, PT/AHM/DIV/3/50/24/35; PT/AHM/DIV/1/22/16/11; PT/AHM/DIV/3/20/21/21; PT/AHM/DIV/3/20/21/23; PT/AHM/DIV/1/28/14/07; *Diário do Governo*, 10.03.1854.

12 Designação oficial adotada a partir de 1857, fazendo parte, no entanto, do “Hospital de São José e Anexos”.

13 *Diário da Câmara dos Pares do Reino*, sessão n.º 1952, 08.02.1858, 229.

Funcionando simultaneamente como hospital de “cachéticos” (1848-1849)¹⁴ e destino para os presos doentes da Cadeia do Limoeiro (1858)¹⁵, o Desterro foi alargando as suas valências à sífilis e outras doenças venéreas (1862), altura em que recebe nas Enfermarias de Santa Maria Madalena e de Sta. Maria Egipcíaca meretrizes provenientes de Rilhafoles. Seguem-se a dermatologia (1897) e a urologia (1918), áreas em que o hospital se torna uma unidade de referência e por onde passaram alguns dos mais notáveis clínicos (Mora, 2011). Tais atribuições, reflexo das alterações legislativas no domínio da gestão da saúde e dos hospitais em Portugal, foram ditando sucessivas adaptações ao edifício do Desterro, como a adição de múltiplas divisórias e tetos falsos a fim de criar novas salas, a realização de obras de adaptação e de segurança para receber presos da Cadeia do Limoeiro¹⁶, a organização de enfermarias para acolher a especialidade de “moléstias syphílicas”, realizando-se as acomodações e arranjos necessários (1862-1863)¹⁷, ou a agregação

de espaços anexos ao edifício, como a construção dos edifícios das enfermarias de São Roque e Santo Alberto na zona nascente da cerca do antigo mosteiro (1871-1878), de modo a assegurar-lhe uma funcionalidade para a qual não tinha sido concebido. Além disso, as janelas do antigo dormitório dos frades foram ampliadas, os arcos do claustro entaipados e acrescentado um segundo nível ao claustro grande, os níveis superiores da fachada de acesso à antiga igreja foram suprimidos e entaipada a sua tripla arcada, assim como os nichos existentes (fig. 05).

Entre 1849 e 1863 encontramos breves referências a diversas obras no Desterro, boa parte do tempo sob responsabilidade do mestre de obras do Hospital de São José, Eugénio Joaquim dos Santos¹⁸, custeadas entre o Hospital de São José e a Repartição das Obras Públicas, que incluíram, além das adaptações mencionadas, a limpeza de cantarias e o reboco de paredes, o arranjo dos telhados e a instalação de um portão de ferro na zona norte¹⁹.



Fig. 05. Francisco Rocchini, [Álbum sobre Lisboa e Sintra], 1868, F. 26 - Panorâmica de Lisboa tirada da Sra do Monte. BNP, E.A. 127 V.

14 Ofício do Ministro do Reino, 28.12.1849, ANTT, *Hospital de São José*, maço 3, doc. 101, cx. 275; AHM, PT/AHM/DIV/3/20/22/48.

15 Edifício do Desterro, 13.07.1863, ANTT, *Hospital de São José*, maço 3, doc. 101, cx. 275.

16 Idem.

17 Ofício do enfermeiro-mor do Hospital de S. José para o Ministro do Reino, 13.07.1863. fl. 1v., ANTT, *Hospital de São José*, maço 3, doc. 101, cx. 275.

18 Cópia do termo de entrega do Hospital do Desterro à Administração do Hospital de São José, 02.10.1857, ANTT, *Hospital de São José*, maço 3, doc. 101, cx. 275.

19 Ofício do enfermeiro-mor do Hospital de S. José para o Ministro do Reino, 13.07.1863. fl. 2v. e *Orçamento para os reparos precisos na frente do lado do leste do Hospital do Desterro*, 13.07.1863. ANTT, *Hospital de São José*, maço 3, doc. 101, cx. 275.

Em 1857, uma inspeção surpresa realizada às instalações do Hospital do Desterro pelo próprio Ministro dos Negócios da Guerra, António Rogério Gromicho Couceiro, a mando do rei D. Pedro V, resulta num relatório muito favorável. Registando melhorias assinaláveis nas condições higiénicas do edifício, de acordo com as deliberações do Conselho de Saúde Pública, salienta a redução em um terço o número de doentes, a conveniente iluminação das enfermarias, e o facto de os doentes se encontrarem bem agasalhados²⁰.

Damos conta de novas obras no Hospital do Desterro no início da década de 1880, embora desconhecamos a sua natureza, cujas elevadas verbas envolvidas terão motivado duras críticas na Câmara dos Deputados, nomeadamente a propósito do debate do orçamento do ministério do Reino, em abril de 1883. Considerava-se que aquele estabelecimento hospitalar não possuía as condições de higiene necessárias, faltando-lhe ar e luz. Na verdade, a questão é mais antiga, já que a contestação

às despesas com obras no Hospital do Desterro vem, pelo menos, dos anos de 1860, como veremos, e mais ampla também, levando o deputado António Maria de Carvalho a afirmar que “Não póde haver duvida em que n’um convento não se podem nunca encontrar as condições necessárias a um hospital” (DCSD 68, 20.04.1883: 1157). Valia esta posição para os vários hospitais do país instalados em antigos estabelecimentos conventuais, pugnando-se pela construção de unidades hospitalares modernas, construídas de raiz.

Enquanto os orçamentos não permitiam melhores soluções, continuavam as obras de adaptação e as soluções paliativas, realizando-se entre 1898 e 1902 “Melhoramentos” no Hospital do Desterro, que incluíram a reparação geral dos telhados, bem como o fornecimento de diversos equipamentos pelo industrial Mathias Monteiro de Matos. Esta será a opção dos sucessivos governos até ao encerramento da unidade hospitalar, já no século XXI.



Fig. 06. Machado & Souza, Largo do Intendente, c. 1898-1908. Arquivo Fotográfico de Lisboa, PT-AMLSB-CMLSBAH-PCSP-003-FAN-003303.

20 Diário do Governo, n.º 267, 12.11.1857. Ofício do Ministro da Guerra enviado ao Ministro do Reino, 07.11.1857.

O FIM ANUNCIADO DO HOSPITAL DO DESTERRO: ENTRE O DEBATE E A POLÉMICA AO LONGO DO SÉCULO XIX



Fig. 07. Eduardo Portugal, Hospital do Desterro, 1944. Arquivo Fotográfico de Lisboa, PT-AMLSB-CMLSB AH-PCSP-004-EDP-000687

Apesar dos esforços e do investimento, as desadequadas condições do edifício mantinham-se, sendo frequentemente tema na imprensa e nos debates no Parlamento (DCSD, 67, 19.04.1883: 1123). Às precárias condições de higiene e de tratamento de doentes, somava-se o insuficiente número de auxiliares de enfermagem e de camas hospitalares. A estrutura conventual havia sido adaptada de forma pouco eficaz aos progressos da prática médica. O edifício encontrava-se degradado, as enfermarias eram exíguas, húmidas e pouco ventiladas, minguava espaço para a número elevado de doentes que se misturavam nas enfermarias de internamento²¹, faltavam

cozinha²², farmácia, medicamentos e instalações balneares para desinfeção aquando da admissão (Cabral, 1915: 43-44). As instalações careciam ainda de condições básicas, como iluminação elétrica e aquecimento (DCSD, 33, 01.03.1907: 5)²³, e os laboratórios eram inexistentes.

Recorde-se que já nos tempos da Casa Pia o seu administrador, António Maria Couceiro, se queixava de *casas pouco ventiladas, efeito de má construção de Cloacas...* (CCL, 96, 14.11.1833: 536) e de *ser pouco saudável*²⁴, razões que motivaram a transferência da instituição, em 1833, para o Mosteiro dos Jerónimos.

21 O hospital integrava enfermarias para os sexos masculino (S. Fernando, Santo Alberto, S. Bernardo e S. Roque) e feminino (Santa Maria Madalena, Santa Maria Egipcíaca, Nossa Senhora da Piedade). Regulamento geral dos serviços clínicos do Hospital Real de S. José e anexos, 10.09.1901, art.º 8.º.

22 Eram utilizados os serviços da cozinha do Hospital de S. José.

23 No inverno chegavam a atingir os 6 graus. O testemunho é do médico do Desterro Thomaz de Mello Breyner.

24 ANTT, *Ministério do Reino, Negócios Diversos*, Cx. 1905, Mç. 3, ofício n.º 1901 de 03.10.1833 de António Maria Couceiro dirigido ao ministro Cândido José Xavier.

Em 1835, na sequência da epidemia de oftalmias que atingiu boa parte dos soldados do Regimento de Infantaria 1, um relatório médico salientava as condições de insalubridade do edifício do Desterro, sobretudo no lado voltado a norte, com dependências “humidas, pouco lavadas pelo ar, e mal esclarecidas”, a que se somava a “pouca elevação dos tectos, pequeno numero e grandeza das janellas, sua má colocação, e a proximidade das latrinas”. Conclui-se então no mencionado relatório que “o edifício do Desterro pela sua posição e defeitos no modo por que se acha construído ade sempre offerecer em uma parte ao menos condições pouco propicias para servir como quartel, Hospital, ou outro estabelecimento que precise reunir grande numero de indivíduos”²⁵.

A verdade é que no decurso do século XIX foram várias as comissões nomeadas para avaliarem as condições dos hospitais civis da capital, nomeadamente do Hospital do Desterro.²⁶ Invariavelmente, este é descrito como um edifício desadequado para os fins a que fora destinado, “onde não há ar, nem há luz, nem entra o sol...” (DCSD, 67, 19.04.1883: 1124).

ENTRE REFORMAS HOSPITALARES, FIGURAS DESTACADAS E MEDIDAS DE INCREMENTO (1900-1940)

A existência do Hospital do Desterro voltaria a ser posta em causa nos inícios do século XX, nos planos de reforma de administração hospitalar engendrados por José Curry Cabral (1844-1920), Enfermeiro-Mor do Hospital Real de São José e Anexos entre 1901 e 1910. Estes intentos de reorganização do conjunto hospitalar, disperso por vários edifícios e numa intrincada situação financeira e funcional, foram regulamentados em 1901²⁷.

Perante imprescindíveis “obras de conservação, reparação e melhoramentos dos edifícios hospitalares de Lisboa”, foi instituída, em 1902, uma comissão para administração desses trabalhos²⁸, sendo colo-

Uma comissão nomeada em 1872 propõe mesmo o encerramento do Hospital do Desterro, considerado arruinado, com falta de condições de higiene e com excessiva acumulação de doentes (DCSD, 68, 20.04.1883: 1158), tendo-se chegado a realizar a planta de um novo estabelecimento hospitalar a construir no Alto de Santo Amaro (Mora, 2011: 42).

Perante as inconsequências da iniciativa, em 1883 volta a insistir-se energicamente no encerramento do Desterro, numa altura em que se fala de amplas obras e de grandes despesas, consideradas um grave erro de administração. Nessa altura, o tema, muito debatido no Parlamento (DCSD, 68, 20.04.1883: 1157), mas também por especialistas das ciências médicas, acabaria por esbarrar nas limitações do tesouro e na ausência de um edifício alternativo para onde os doentes pudessem ser transferidos. Assim, apesar das contestações, o Desterro manteria as suas funções hospitalares, por largas décadas, beneficiando, para o efeito, de sucessivas obras paliativas que só iam adiando um fim há muito anunciado.

cadadas verbas à disposição do Ministério do Reino. A comissão era presidida por Curry Cabral, e congregava o engenheiro civil D. Luiz de Mello Correia Pereira, da secção de engenharia civil do quadro das obras públicas, e José Teixeira Gomes, secretário da Administração dos Hospitais (Cabral, 1915: 228). Curry Cabral propusera o encerramento do Hospital do Desterro, considerado, a par do Hospital Rainha D. Amélia²⁹, como insuscetível de ser remodelado em função das necessidades nosocomiais e higiénicas (Cabral, 1915: 58). Hintze Ribeiro, Ministro do Reino, ficara surpreendido ao visitar o estabelecimento nesse ano, pela falta de condições no edifício “restrito, acanhado, deficiente” (DCSD, 78, 16.05.1903: 7).

25 Cópia do relatório relativo ao exame efectuado no edifício do extinto convento do Desterro onde estivera recentemente instalado o Regimento de Infantaria 1, 06.11.1835, assinado pelo Dr. Jeronymo José de Mello, Dr. Bernardino António Gomes e João José Pereira. PT/AHM/DIV/3/16/01/06/314.

26 Nos debates parlamentares identificamos a constituição de comissões em 1864 (formada por Francisco José da Cunha Viana, António Maria Barbosa e Joaquim Teotónio da Silva, distintos médicos da escola médico-cirúrgica de Lisboa), 1872 e 1883. Diário da Câmara dos Deputados, sessão n.º 68, 20.04.1883, 1158-1159. Nesta sessão são citadas partes dos relatórios das sucessivas comissões.

27 Regulamento geral dos serviços clínicos do Hospital Real de S. José e anexos, 10.09.1901 e 24.12.1901. *Diário do Governo*, n.º 204, 12.09.1901; *Diário do Governo*, n.º 293, 27.12.1901.

28 Decreto de 28.06.1902. *Diário do Governo*, n.º 144, 02.07.1902.

29 Instituição que, com a queda da monarquia, retornou ao nome original – Hospital de Arroios.

Em substituição, promoveu-se a adaptação do Convento de Santa Marta a hospital de doenças venéreas, com capacidade para 500 leitos, cuja obra terminou em 1908. Porém, esta medida não vingou, uma vez que o edifício seria entregue à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa para alojar o hospital escolar – uma decisão contestada pelo Enfermeiro-Mor, e que levou a que o exercício da assistência médica se mantivesse no Hospital do Desterro. Desta forma, houve que encetar “Obras diversas, melhoramentos, conservação e reparação” nas instalações existentes (Cabral, 1915: 281-285), mormente o aumento espacial e o apetrechamento da instalação balnear para desinfeção dos doentes, o alargamento das consultas externas, o incremento do serviço de transportes – com adoção de automóveis na frota hospitalar – e estudo da sua transferência para outras instalações, e a construção de uma capela condigna.

A República manteve a estrutura hospitalar que herdou, renomeando o conjunto como Hospitais Civis de Lisboa (HCL) e dotando-o de autonomia técnica e administrativa³⁰. A organização então decretada incluía, a par do Desterro, os hospitais de S. José, S. Lázaro, Estefânia, Arroios, Rego, Santa Marta e os serviços de hospitalização antirrábica e antidiftérica do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana³¹. Neste quadro, somente os casos do Desterro e de S. Lázaro não teriam diretor próprio, permanecendo sob direção de S. José. À imagem da convulsão que definiu os anos da I República, logo em 1915 foi revogada a autonomia dos Hospitais e restabelecida uma direção administrativa única para o conjunto³². A reorganização de 1918 conservou essa prerrogativa³³, mantendo a autonomia no seio da Assistência Pública, e retirou do grupo os equipamentos adstritos ao ensino médico³⁴. Esta reforma introduziu a classificação dos hospitais, cabendo ao Desterro as especialidades de urologia, dermatologia, sífilografia e venereologia³⁵.



Fig. 08. A Enfermaria Ribeiro Sanches do Hospital do Desterro de que é diretor o Dr. Fernandes da Cruz, 1927. ANTT, PT-TT-EPJS-SF-001-001-0006-1185B.

30 Decreto n.º 1137, 27.11.1914. *Diário do Governo*, n.º 226, I série, 03.12.1914. Em 1913, fora definida a autonomia dos serviços de assistência médica e de administração (incumbida à Provedoria Central de Assistência) dos Hospitais Civis (Decreto n.º 126, 09.09.1913. *Diário do Governo*, n.º 211, I série, 09.09.1913).

31 Já no período da ditadura militar, em 1928, seria acrescentado ao conjunto o antigo Convento dos Capuchos, onde funcionara o Asilo de Mendicidade de Lisboa, então adaptado a hospital.

32 Decreto n.º 1502, 14.04.1915. *Diário do Governo*, n.º 73, I série, 14.04.1915.

33 Decreto n.º 4563, 09.07.1918. *Diário do Governo*, n.º 155, I série, 12.07.1918.

34 Nomeadamente, o Hospital escolar de Santa Marta e os serviços de hospitalização do Instituto Bacteriológico, acrescentando o Dispensário Popular de Alcântara.

35 Decreto n.º 4563, 09.07.1918: art.º 1.º c).

Nesse ano de 1918, foi determinada uma secção técnica especial para realização de obras de construção, reparação, conservação e melhoramento nos Hospitais Cívicos, a ser supervisionada por uma comissão dependente da Direcção Geral de Obras Públicas³⁶. Em termos de instalações, o supracitado decreto de reorganização denunciava as insuficientes condições de funcionamento nos hospitais, e, quanto ao Hospital do Desterro, urgia na montagem da cozinha. Anteriormente, em 1913/1914, fora novamente questionada a preservação do edifício enquanto unidade hospitalar. No âmbito da então instituída Comissão Directora dos Hospitais Cívicos, que apresentou uma proposta de lei de reforma dos hospitais, Francisco Gentil (1878-1964) foi encarregado do estudo da transformação do Hospital de S. José e do destino a conferir aos hospitais de S. Lázaro e do Desterro (Gentil, 1928: 89-96). Considerava que, do conjunto lisboeta, S. José e D. Estefânia mereciam ser mantidos; para o Hospital do Desterro, assim que se transferissem os doentes para outras unidades³⁷, equacionava a sua adaptação para instalar vários serviços – da lavandaria central, oficinas e transportes ao arquivo, tesouraria e economato –, e a secretaria geral da administração dos HCL (Gentil, 1928: 96). A ideia não teve seguimento, e entre 1919 e 1920 ocorreram, no Senado da República e na Câmara dos Deputados, discussões acerca da realização de obras no edifício hospitalar³⁸.

Em 1929, foram reorganizados os serviços clínicos dos Hospitais, com atribuição e denominações que substituíram as anteriores designações das enfermarias³⁹ (figs. 07 e 08). No caso do Hospital do Desterro, integrou o serviço de clínica geral (n.º 1)⁴⁰, o de urologia (n.º 2)⁴¹ e o de dermatologia, sifilografia e venereologia (n.º 3)⁴². A década de 1930 testemunhou a promoção de Luís de Sá Penella (1889-1955) a diretor do serviço de Dermatologia, cargo que ocuparia até 1955 (Matos, 2011: 115-134). Sá Penella sucedeu a Thomaz de Mello Breyner, que veio a ser homenageado através da

designação da sala n.º 2 do serviço n.º 3 com o seu nome⁴³. Quanto ao primeiro, viria a receber um museu com o seu nome, em 1955, o Museu de Dermatologia Portuguesa Sá Penella (Pilão, Tação, 2013: 297)⁴⁴.

A implementação do regime do Estado Novo trouxe, em 1933, o assunto da hospitalização para a discussão pública. Oliveira Salazar emitira uma nota oficiosa na qual demonstrara a falta de dados concretos sobre a realidade do país nessa matéria, pugnando pela realização de um inquérito e evidenciando preocupação face à escassez de camas (*Diário de Notícias*, 27.07.1933: 1-2). Anteriormente, sublinhe-se a entrevista concedida pelo chefe dos serviços de construção dos HCL, José Maria Antunes Rodrigues, ao *Diário de Notícias*: aludindo ao limitado orçamento hospitalar, referia a insuficiência da superfície ocupada por cada cama nos hospitais lisboetas face às modernas diretrizes, apontando 22 m² para o Desterro, em comparação aos 170 m² no Hospital de Charlottenburg, em Berlim, por exemplo (*Diário de Notícias*, n.º 24223, 10.07.1933: 1, 4). Seria necessário, para a capital, um novo hospital construído de raiz. O médico Alberto Madureira (1899-?), por seu turno, acusava a ocupação indevida de camas hospitalares e urgia à remodelação da estrutura existente⁴⁵.

Por essa altura, perante a acumulação de doentes e a incapacidade de resposta da estrutura existente⁴⁶, o coronel João Nepomuceno de Freitas (1877-1953), Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cívicos desde 1927, vinha reiterando a necessidade de construir um hospital “que substituísse, com ligeiro aumento, os do Desterro e Arroios, transferindo-se para o primeiro os serviços anexos ao de S. José”⁴⁷. Anteriormente, defendendo que a remodelação do Desterro implicaria verbas demasiado avultadas para um fraco resultado final, o Enfermeiro-Mor indicava que o edifício deveria ser aproveitado para o depósito de economato, assim descongestionando o Hospital de S. José⁴⁸.

36 Decreto n.º 5065, 01.12.1918. *Diário do Governo*, n.º 277, I série, 20.12.1918.

37 Parecer n.º 239 (proposta de lei n.º 173-K), *Diário da Câmara dos Deputados*, n.º 133, 28.06.1914, 34.

38 *Diário do Senado*, n.º 28, 12.08.1919, 22; *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, n.º 92, 02.06.1920, 12, 16.

39 Decreto n.º 16419, 25.01.1929. *Diário do Governo*, n.º 21, I série, 25.01.1929.

40 Serviço Alves Branco, que possuía duas salas e integrava as enfermarias de Ribeiro Sanches e de Gregório Fernandes.

41 Serviço António Maria Barbosa, com duas salas consignadas à enfermaria de S. Fernando.

42 Serviço Silva Amado, com duas salas inseridas nas enfermarias de S. Bernardo, Santa Maria Madalena e Santa Maria Egípcia.

43 Decreto n.º 23484, *Diário do Governo*, n.º 18, I série, 22.01.1934.

44 Com o encerramento do Hospital do Desterro, o Museu Sá Penella foi transferido para o Hospital dos Capuchos.

45 Ofício de Alberto Madureira para Presidente do Conselho, 08.08.1933. ANTT, Arquivo Salazar, IN-1A, Cx. 318, capilha 8.

46 O problema da sobrelotação e falta de camas foi apresentado, por exemplo, na revista *Semana Portuguesa*. *Revista de Informação e Crítica*: cf. n.º 1, 2 e 4, janeiro de 1933.

47 Ofício de João Nepomuceno de Freitas para Chefe do Gabinete do Ministro do Interior, 16.04.1935. ANTT, Ministério do Interior, Gabinete do Ministro, Mç.485, [pt.4/1].

48 Ofício de João Nepomuceno de Freitas para o Ministro do Interior, 10.11.1933. ANTT, Ministério do Interior, Gabinete do Ministro, Mç.471, [pt.4/3].



Fig. 09. Inauguração do monumento ao Professor Dr. Melo Breyner no Hospital do Desterro, 1937. ANTT, PT-TT-EPJS-SF-001-001-0042-0371L.

Em 1935, após despacho do Ministro do Interior, foram nomeados, para uma comissão destinada a estudar o novo hospital proposto para substituir Desterro e Arroios, o engenheiro sanitário Agnelo Caldeira Prazeres (1895-1964), então diretor dos serviços industriais dos HCL, e o cirurgião e professor catedrático de Urologia Reynaldo dos Santos (1880-1970), que prestara serviço nos dois hospitais que se pretendiam refuncionalizar e integrava o Conselho Técnico dos HCL⁴⁹. Desconhece-se a efetivação de estudos concretos decorrentes desta comissão. O certo é que o Hospital do Desterro continuou funcionando nos moldes anteriores. A 27 de março de 1937 foi inaugurado um busto em homenagem a Thomaz de Mello Breyner, da autoria de Diogo de Macedo (fig. 09), então colocado no claustro do edifício (Pilão e Tacão, 2013: 303)⁵⁰. No ano seguinte, publicou-se um estudo retratando o estado sanitário e assistencial do país, no qual o médico Fernando

da Silva Correia (1893-1966) indica existirem 407 camas para internamento no hospital (Correia, 1938: 321). Em meados da década de 1940, exigia-se, uma vez mais, a atribuição de outro destino que não a assistência hospitalar aos Hospitais do Desterro e de Arroios, por não serem “utilizáveis para a assistência do nosso tempo”⁵¹, e pugnava-se pela construção de dois novos hospitais na capital, nas zonas de Xabregas e de Alcântara, para suprir as necessidades de hospitalização e de urgência.

Seria necessário aguardar pela organização hospitalar de 1946⁵² e pela ação da Direção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, na década de 1950, para se concretizarem remodelações de maior envergadura no edifício do Desterro, firmando o seu efetivo funcionamento até ao século XXI.

49 Reynaldo dos Santos fora já nomeado, em 1911, para uma comissão, da qual também fazia parte Adelino Padesca (1887-1967), encarregada de estudar uma proposta de reorganização dos serviços clínicos dos Hospitais Civis. Estabelecida no âmbito da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, da leitura das suas atas depreende-se que não se tenha realizado o estudo pretendido (cf. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, T. 75, 1-7, 1911, 66-72). Posteriormente, em 1944, Reynaldo dos Santos integrou a Comissão de Estudo do Problema Hospitalar do País, na qual, juntamente com o médico Fernando Freitas Simões (1890-1972) e o engenheiro Fernando Galvão Jácome de Castro (1892-1964), analisou o panorama hospitalar nacional e estabeleceu as bases da sua organização, decretada em 1946. Cf. Câmara Municipal de Cascais, Casa Reynaldo dos Santos, Arquivo Reynaldo dos Santos: CMC-CRSIQS/RS/D/004/229.

50 O busto foi, entretanto, transferido para o Hospital dos Capuchos.

51 Santos, Reynaldo dos. *Relatórios especiais dos Hospitais visitados - Lisboa*, [c.1945], 3. Câmara Municipal de Cascais, Casa Reynaldo dos Santos, Arquivo Reynaldo dos Santos: CMC-CRSIQS/RS/D/004/215.1

52 Lei n.º 2011, 02.04.1946. *Diário do Governo*, n.º 70, I Série, 02.04.1946.

O 'EDIFÍCIO HISTÓRICO', O 'HOSPITAL' E O SEU ENQUADRAMENTO URBANO: ARTICULAÇÃO ENTRE VÁRIAS ENTIDADES

Logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, o Estado Novo decide avançar com um plano geral de reorganização hospitalar, o qual assentava na divisão do país em zonas, regiões e sub-regiões. A reforma, publicada no *Diário de Governo* de 2 de abril de 1946, pressupunha finalmente a construção de raiz de edifícios hospitalares funcionais adaptados às modernas exigências médicas⁵³. Apesar das intenções e da necessidade de fomento das obras públicas para a criação de emprego e estímulo económico, as carências no setor eram muitas e havia que procurar priorizar o plano de novas construções e remodelações de equipamentos já existentes no país. Esta difícil tarefa foi atribuída à Comissão de Construções Hospitalares, ficando encarregada de levantar as necessidades e de definir programas e linhas de ação. Para o apoio efetivo da ação de estudo e planeamento de novas construções, mas também para o reapetrechamento das unidades hospitalares já existentes em Lisboa, Oliveira Salazar autorizou, no ano seguinte, a concessão de uma verba extraordinária de 36 mil e quinhentos contos, em face do estudo apresentado pela Direção dos Hospitais Cíveis de Lisboa⁵⁴.

Uma vez mais, contrariando pareceres quanto à sua desativação, o Hospital do Desterro será uma das unidades de Lisboa a usufruir de novos equipamentos a par de obras de beneficiação. Enquanto edifício histórico património do Estado, os trabalhos vão estar a cargo da Direção dos Serviços de Construção e Conservação da Direção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais (DGEMN). Curiosamente, o primeiro projeto de intervenção no edifício secular, depois de 1947, não se centrou na unidade hospitalar em si, mas na articulação da enorme muralha de sustentação do antigo convento erguida, já na República, aquando da ligação efetiva da Avenida Almirante Reis naquele troço da antiga cerca conventual. Decidiu-se aligeirar o impacte da estrutura na via urbana

e ao mesmo tempo animar o muro corrido com a implantação de lojas comerciais. O projeto, a cargo do arquiteto Artur Simões da Fonseca – que uma década antes tinha obtido o terceiro lugar no concurso para o Pavilhão de Portugal, na Exposição Universal de Paris de 1937 (Neto, 2017: 130) –, pressupunha o 'aproveitamento' da muralha do Hospital do Desterro sobre a Avenida Almirante Reis, com a criação de pequenos espaços comerciais que condissessem com a *graciosidade* da importante artéria lisboeta⁵⁵. A construção e exploração das lojas ficavam por conta de um particular durante sete anos, ao fim dos quais os arrendamentos revertiam para o Estado⁵⁶.

Contudo, o programa de trabalhos aprovado pela DGEMN não foi de imediato executado face a várias interrogações vindas quer dos serviços administrativos dos Hospitais Cíveis de Lisboa, quer da Câmara Municipal. As primeiras prendiam-se com a possível necessidade de demolição de algumas dependências a nível térreo do hospital, na medida em que a ventilação das divisões interiores dos estabelecimentos comerciais far-se-ia através de respiradores abertos no terreiro contido pela muralha⁵⁷. Já as dúvidas por parte do município assentavam nos possíveis planos para a zona que estavam a ser equacionados, os quais poderiam não estar de acordo com os espaços comerciais projetados. De referir o facto da autarquia lisboeta ter assinado em fevereiro de 1948 um contrato com o Arquiteto João Faria da Costa para o estudo de uma solução para o vale da Mouraria, ao mesmo tempo que os projetos de Étienne de Gröer encomendados 10 anos antes eram apresentados precisamente nesse ano de 1948. A ligação da velha Rua da Palma à Avenida Almirante Reis e a fluidez do intenso tráfego naquela artéria vital de ligação à zona da Baixa e aos mercados abastecedores da cidade constituíam um dos principais problemas a resolver em termos de planeamento urbano da cidade.

53 Lei 2:011, *Diário do Governo*, I Série, n.º 70, 02.04.1946.

54 Decreto-Lei 36:368, *Diário do Governo*, I Série, n.º 143, 24.06.1947.

55 SIPA-DGPC, Hospital do Desterro, "Informação interna n.º 100 dirigida ao Engenheiro Diretor dos Serviços de Construção" SIPA TXT. 07364302.

56 SIPA-DGPC, Hospital do Desterro, "Ordem de Serviço n.º 855 dirigida ao Engenheiro Diretor dos Serviços de Construção", 07.03.1949, SIPA TXT. 07364326.

57 SIPA-DGPC, Hospital do Desterro, "Memória descritiva", 16 de setembro de 1948, SIPA TXT. 07364322; Idem, "Ofício dirigido ao Diretor-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais", 27.04.1949, SIPA TXT. 07364342.

Informados os serviços administrativos dos Hospitais Civis de Lisboa da não interferência nas dependências hospitalares do Desterro, por parte da DGEMN, é também comunicado a este organismo, pelo próprio gabinete do Ministro das Obras Públicas, Frederico Ulrich, a não interferência do plano de urbanização em estudo na muralha do Hospital do Desterro⁵⁸.

Alcançada a melhor coordenação entre estas várias entidades, o projeto dos espaços comerciais é executado, contribuindo para uma melhor articulação

entre o edifício e a avenida. Só depois os serviços da DGEMN passam a intervir nas dependências hospitalares, iniciando a reparação de coberturas que começa em 1950 no designado Serviço 3, correspondente às zonas do Serviço de Radiologia e Enfermaria das Meretrizes. Seguem-se periódicas obras gerais de beneficiação e remodelação a cargo daquele organismo até aos anos 70, que procuravam manter o hospital funcional e adaptado às necessidades, pois a sua desativação, apesar de continuar a ser equacionada, teimava em não se concretizar (quadro 03).

Quadro 03 – Obras no Hospital do Desterro a cargo da DGEMN (1950-1970).

Ano	Tipo de intervenção	Local	Técnicos responsáveis
1951	Reparação de coberturas	Radiologia Enfermaria das Meretrizes	–
1952	Reparação de coberturas	Urologia e laboratório	–
1955	Remodelação e beneficiação	Serviço 1, sala 1	–
1956	Remodelação e beneficiação	Serviço 1, sala 1	Arq. Frederico de Carvalho
1958	Remodelação e beneficiação	Serviço 3, salas 1 e 2	Eng. Jaime Pereira Gomes
1960	Ampliação do Serviço 1 (demolição de paredes para abertura de vãos e alargamento de dependências, instalação de um monta-camas)	Serviço 1, sala 1	Engenheiros Jaime Pereira Gomes e Saraiva Máximo
1961	Ampliação do Serviço 1, 2º fase (desmonte da cobertura e demolição de paredes, esteiras e tectos, reconstrução da parede de alvenaria de pedra e tijolo e da platibanda, novos guarnecimentos de cantaria nos vãos das janelas)	Serviço 1, sala 1	Eng. Jaime Pereira Gomes, dir. obra Eng. Mário Vicente da Silveira Reis
1962	Instalação de um serviço de reanimação		Proj. Arq. Miguel Pestana, dir. obra Eng. Mário Vicente da Silveira Reis
1964	Remodelação e beneficiação	Serviços de Radiologia	Eng.º Aníbal Leonídio Corujo Ramalheira
1967	Remodelação (criação de salas de tratamento, gabinetes, sala de operações, laboratório e raios X)	Serviço 3 (Dermato-Venereologia)	proj. Arq. Lopes da Silva, dir. obra. Agt. Téc. Eng.º Aníbal Leonídio Corujo Ramalheira
1968	Continuação dos trabalhos de remodelação	Serviço 3 (Dermato-Venereologia)	Proj. Arq. Egrejas da Silva e Agt. Téc. Eng.º Jorge Pereira Matias, dir. obra Agts. Téc. Eng.º Aníbal Leonídio Corujo Ramalheira e Jorge Pereira Matias

58 SIPA-DGPC, Hospital do Desterro, "Ordem de Serviço n.º 1691 dirigida ao Engenheiro Diretor dos Serviços de Construção", 19.04.1949, SIPA TXT. 07364338.

Ano	Tipo de intervenção	Local	Técnicos responsáveis
1969	Continuação dos trabalhos de remodelação (reparação geral do telhado)	Anexo no serviço 3, sala 1	Proj. Arq. Egrejas da Silva, dir. obra Agt. Téc. Eng.º Aníbal Leonídio Corujo Ramalheira
1970	Continuação dos trabalhos de remodelação (criação de dependências para o director, assistente e médicos, laboratório de histologia e Raio X, instalações sanitárias, boxagem na enfermaria, quarto particular, sala de operações, esterilização e desinfecção, sala de trabalho e tratamentos, arrumos e copa, enfermeira-chefe)	Serviço 3, sala 2 (dermatologia e venereologia)	Proj. Arq. Egrejas da Silva e Agts. Téc. Eng.º Aníbal Leonídio Corujo Ramalheira e Jorge Pereira Matias

Fontes: SIPA-DGPC, *Hospital do Desterro, Processo Administrativo*; MOP, “*Obras Públicas concluídas*” e “*Melhoramentos*” a inaugurar a cada ano no Hospital do Desterro (1950-1970).

PRESENTE E FUTURO DO ANTIGO REAL MOSTEIRO E HOSPITAL

Como verificamos, o antigo Mosteiro e Hospital do Desterro chegou ao século XXI como uma construção cisterciense incompleta e significativamente marcada pelas múltiplas adições introduzidas durante o período em que foi utilizado como hospital (fig. 10). À semelhança de muitos outros mosteiros e conventos adaptados à função hospitalar, o edifício nunca se adequou pacificamente à imposição muitas vezes forçada das necessidades específicas desta nova utilização, em prejuízo dos valores arquitetónicos pré-existentes (Branco, 2010: 10). Por outro lado, o hospital também nunca encontrou no mosteiro um espaço neutro, apropriado para o desenvolvimento da sua função. Por este motivo, o Hospital do Desterro acabou por ser integrado num conjunto de imóveis em circunstâncias semelhantes – Hospitais de S. José, de Santa Marta e dos Capuchos – destinados a serem vendidos para financiamento do futuro e há muito aguardado Hospital de Lisboa Oriental.

Desativado em 2007, o edifício tornou-se propriedade da Parpública, empresa detida pelo Estado, que o colocou à venda dois anos depois por 10,75 milhões de euros. Este valor foi reduzido posteriormente para 9,55 milhões de euros, mas isso não impediu a inexistência de ofertas de compra, facto para o qual contribuiu certamente a exigência de que o edifício tivesse como destino exclusivo a área dos cuidados continuados. Após o fracasso desta operação, o edifício foi adquirido por 9,24 milhões de euros pela Estamo, empresa subsidiária da Parpública que gere o património imobiliário do Estado, que alterou profundamente a estratégia relativa ao imóvel.

Fig. 10. Edifício do Desterro. Fachada voltada para a Av. Almirante Reis. ©CMS, 07.2020.



Já em 2013, a Estamo assinou então um protocolo com a Câmara Municipal de Lisboa e a empresa Mainside – conhecida pela sua ação na LX Factory, em Alcântara –, no sentido de se transformar o antigo mosteiro e hospital num “território experimental aberto ao mundo” (Soares, 2013). Para a autarquia, este edifício era considerado como de importância estratégica para o eixo de intervenção Martim Moniz-Praça do Chile, sendo que, pela sua dimensão, localização e relevância, poderia afirmar-se como uma âncora fundamental para a regeneração e revitalização de toda a área. Já para a empresa responsável pela gestão do edifício, o objetivo era abrir as primeiras portas ainda naquele ano, através de uma intervenção faseada que fosse transformando o edifício num *campus de conhecimento* composto por espaços disponíveis para eventos culturais, mas também para trabalhar, pernoitar, “cultivar uma horta, frequentar um clube de discussão, almoçar num refeitório comunitário ou assistir a aulas ou *workshops*, entre muitas outras experiências desenvolvidas por várias empresas e organizações” (Soares, 2013). Tratava-se, no fundo, de replicar a operação testada com sucesso em Alcântara.

Neste quadro foi realizado, ainda em 2013, “um conjunto de obras enquadradas numa primeira fase de trabalhos que visavam uma limpeza do espaço e algumas demolições de elementos que não faziam parte do edifício original do Mosteiro de Nossa Senhora do Desterro, nomeadamente acrescentos sem valor patrimonial resultantes das necessidades de uso hospitalar.” (Soares, 2014). Na sequência, e contra aquilo que se previa, os trabalhos pararam, no que foi o começo de uma série de atrasos sucessivos, considerados frustrantes por um lado, mas, por outro, benéficos, pois permitiram a maturação do conceito inicialmente proposto (Pincha, 2018). Para esta qualificação da proposta e sua melhor fundamentação, muito contribuiu a intervenção da

equipa projetista multidisciplinar entretanto constituída, formada por arquitetos, engenheiros, arqueólogos e historiadores⁵⁹. De facto, o trabalho desenvolvido por esta equipa foi de tal modo relevante que levou à reorientação do programa estabelecido para o imóvel, sendo de destacar a importância da análise elaborada pelos historiadores.

Em 2014, José Sarmento Matos e Ricardo Lucas Branco apresentaram o estudo histórico-patrimonial do edifício, com orientações para a sua reintegração arquitetónica, devidamente apoiadas pelos novos dados resultantes das operações de limpeza e demolições realizadas no ano anterior. Este estudo foi particularmente crítico das alterações provocadas pela transformação do mosteiro em hospital, desde meados do séc. XIX até fins do séc. XX. Para Ricardo Lucas Branco, estas alterações nunca corresponderam às adições ou reformas estéticas que se encontram frequentemente na história dos edifícios e que os valorizam e enriquecem patrimonialmente. “Com efeito, podemos dizer que esse tipo de adições não existe no antigo Mosteiro do Desterro” (Matos e Branco 2014: 16). De modo que, para este historiador, “Nada se encontra no edifício que tenha sido substituído por qualquer arquitetura ou estrutura, capaz e digna, com vantagem quer para o objeto em si, quer para a função que lhe foi atribuída. Pelo contrário, o que se verifica amiúde são alterações diversas, obliterações graves e adições desvirtuadoras estritamente funcionais (muitas de má construção e carácter provisório), que contribuíram para a progressiva descaracterização do imóvel” (Matos e Branco 2014: 22). E dificultaram também o justo reconhecimento do seu valor patrimonial. Defendeu, por estes motivos, que a intervenção se centrasse nas qualidades arquitetónicas delineadas por Baltazar Álvares, procurando realizar uma reintegração patrimonial o mais aproximada possível deste importante monumento histórico, como haviam revelado e confirmado as primeiras operações.

59 Equipa de Projeto: Arquitetura - Pedro Domingos Arquitectos (Pedro Domingos, João Favila, João Simões, Pedro Gonçalves, Bruno Antão, João Bagorro, Nuno Castro Caldas); Estruturas – A2P (João Appleton, Pedro Ribeiro, Tomás Nunes da Silva); Infraestruturas - ATPI (António Lemos, Dias da Silva); Arqueologia – ERA (Miguel Lage, Mafalda Capela, Pedro Braga); História da Arte e Urbanismo - José Sarmento Matos, Ricardo Lucas Branco.

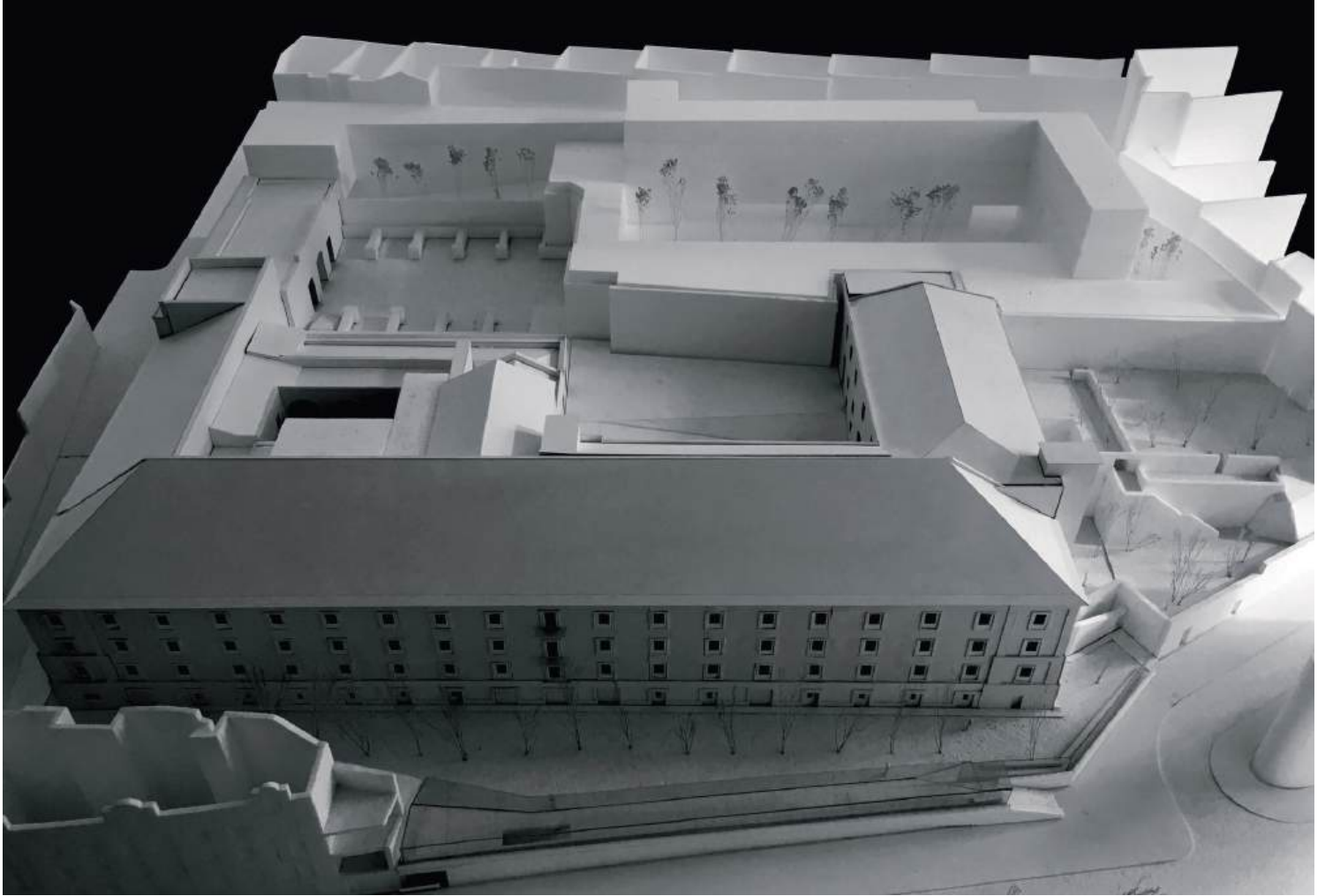


Fig. 11. Pedro Domingos Arquitetos. Projeto de intervenção no antigo Mosteiro/Hospital do Desterro, Lisboa, 2013-2017.



Fig. 12. Pedro Domingos Arquitetos. Projeto de intervenção no antigo Mosteiro/Hospital do Desterro, Lisboa, 2013-2017. Demolições no dormitório dos monges.

Adotando este conceito como objetivo, o projeto de arquitetura apresentado no início de 2015 defendeu desde logo a continuidade do processo de conhecimento e descoberta do mosteiro que se iniciara em 2013 (fig. 11). As alterações realizadas durante o período de ocupação hospitalar foram classificadas como “pouco cuidadosas e bastante dissonantes da identidade arquitetónica do Mosteiro”, pelo que, para se concretizar a valorização do imóvel, era essencial libertá-lo “dos acrescentos e adições espúrias e sem interesse patrimonial que o desvirtuaram” (Domingos, 2015: 3). Era preciso, portanto, prosseguir com a operação de limpeza e demolições, com vista a revelar os espaços notáveis do antigo mosteiro, originalmente mais abertos, e as abóbodas e pilares de pedra que se encontravam ocultos no interior das divisórias e tetos falsos introduzidos durante a ocupação hospitalar (fig. 12). Refira-se, no entanto, que não era intenção dos projetistas apagar totalmente a história mais recente do edifício, limitando a intervenção à tentativa de recuperação do brilho das estruturas monásticas originais. Pretendia-se reabrir e libertar os espaços, mas as marcas das divisórias do período hospitalar não seriam apagadas, permanecendo presentes nas paredes⁶⁰.

Esta intervenção, que visava *revelar* e clarificar a estrutura espacial original do antigo mosteiro na sua totalidade, foi dividida em duas fases. A primeira centrou-se no grande corpo que se estende ao longo da Avenida Almirante Reis, e compreendeu um conjunto de demolições e limpezas destinadas a repor a organização espacial original e suas qualidades arquitetónicas. As ações propostas compreenderam, para o interior do edifício, a libertação dos pilares de suporte das abóbodas das alas nascente e norte, então integrados em paredes ou divisórias não estruturais recentes, de forma a restituir a circulação e a configuração em duas naves de muitos desses espaços, aspeto considerado fundamental na leitura dos mesmos e na compreensão da sua função inicial. Já para a fachada voltada à Avenida Almirante Reis, propôs-se a reposição dos vãos na sua configuração original, dado que a maior parte deles foi aumentado pela maior necessidade de iluminação aquando da utilização do edifício como hospital, tendo as molduras sido acrescentadas com segmentos de cantaria perfeitamente identificáveis (Domingos, 2015: 4).

Para uma segunda fase ficou a intervenção, mais complexa, nos dois claustros, “cujo restabelecimento

do seu aspeto primitivo, que passará pela reabertura das arcadas e no restabelecimento da circulação das suas galerias, constituirá um dos objetivos essenciais da reabilitação do antigo mosteiro” (Domingos, 2015: 3). No claustro norte ficou, ainda, proposta a demolição da escada existente em betão armado, de grandes dimensões, que ali se encontrava implantada sobre a galeria do antigo claustro do Mosteiro, de forma a possibilitar que, posteriormente, se desenvolva um conjunto de campanhas arqueológicas com o objetivo de revelar parte das antigas estruturas. Mas não só aqui: também para o claustro sul e para a zona da igreja apresentou-se uma proposta de criação de um campo arqueológico permanente, de forma a dar *continuidade* ao estudo e descoberta das estruturas ainda escondidas do antigo mosteiro. Neste sentido, defendeu-se a demolição dos anexos que se encontravam sobre a antiga nave da igreja, de forma a possibilitar, também aqui, que posteriormente se realize uma campanha de escavação arqueológica que permita revelar a estrutura da antiga igreja.

Para além da *continuação* do estudo e descoberta das estruturas escondidas e da *revelação* dos espaços originais do mosteiro, outras duas ideias fortes do projeto de arquitetura foram a *abertura* do edifício à cidade e a *reversibilidade* dos novos elementos. Quanto à primeira, passava pela introdução de uma rua nova que permitisse a criação de dois novos acessos ao edifício. Esta proposta obrigava à demolição integral das quatro lojas existente na frente da Avenida Almirante Reis, a demolição das ruínas do edifício adozado ao tardo do imóvel com o n.º 1 da Avenida Almirante Reis, a demolição parcial do muro da Rua Antero de Quental e a demolição da incineradora do antigo hospital. Esta intervenção permitiria, não só, libertar os cunhais em pedra da fachada nascente – recuperando a sua leitura integral –, como também criar uma plataforma exterior arborizada, ao nível do primeiro piso do antigo mosteiro, com ligação direta à Rua Antero de Quental, Rua Nova do Desterro e à Avenida Almirante Reis.

Esta nova rua assumiria uma dupla função, enquanto novo espaço público da cidade e também novo elo de ligação entre o antigo mosteiro e a cidade.

De igual modo, o programa proposto para os quatro pisos do corpo nascente procurou promover a desejada abertura do edifício à cidade, através da sua ocupação por valências diversas, com públicos e

horários distintos. Por este motivo, propôs-se um uso independente para cada piso, com possibilidade de acessos autónomos. O primeiro piso deveria caracterizar-se pela oferta de restauração, em ligação direta com a nova rua. Como elemento de referência surgia “a cozinha em torno do fogo, (...) grande refeitório comunitário, em torno de uma imponente lareira que simboliza o fogo como elemento central” (Tomás, 2015). Para o segundo piso propôs-se um projeto hoteleiro de cariz mais convencional, com 20 quartos.

Já no terceiro piso, para além da grande nave polivalente, disponível para utilizações de cariz cultural ou outras, surgiu o centro de bem estar ou de medicina alternativas, “com consultas e tratamentos de naturopatia, acupuntura ou medicina ayurveda, massagens ou workshops de bem estar e alimentação saudável, que será complementado com uma vertente ressuscitada de biblioterapia e cineterapia, onde os livros e os filmes ajudam nos tratamentos. A ideia é disponibilizar consultas com especialistas em medicina tradicional chinesa ou mesmo convencional e dependendo do diagnóstico, poder complementar o tratamento com livros ou filmes” (Tomás, 2015), iniciativa que teve inspiração no simpósio médico britânico *Novel Cure*.

Para o quarto e último piso ficou a proposta de uma unidade de habitação, tipo hostel, equipada com um sistema modular composto por 50 cápsulas de madeira amovíveis. Estas seriam um dos exemplos mais representativos da intenção de se ocupar o edifício com sistemas reversíveis, pouco intrusivos, com recurso a estruturas e instalações de fácil desmontagem no futuro.

Conclui-se, assim, que o projeto de arquitetura procurou propor não tanto uma reabilitação nos termos convencionais, mas uma operação de subtração e estabilização das estruturas existentes com vista à disponibilização de espaços, qualificados pela intervenção, para uma ocupação temporária que, terminado o seu tempo, possa sair rapidamente sem deixar marcas, deixando os espaços totalmente livres para novas utilizações⁶¹. Em dezembro de 2018, depois de várias datas apontadas para a abertura dos primeiros espaços, arriscou-se o terceiro trimestre de 2019 como data possível para “um arranque parcial, dependendo obviamente da evolução das obras de adaptação do espaço” (Pincha, 2018). Chegado esse tempo, a nova rua permitia confirmar que algo estava a mudar no antigo Mosteiro e Hospital do Desterro. Mas apenas isso. Quanto ao resto, a cidade continua a aguardar pela nova vida deste seu monumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias utilizações deixam marcas múltiplas inscritas nos edifícios, criando simultaneamente dificuldades de leitura e desafios de conhecimento. No caso particular do Desterro, o acompanhamento do percurso do edifício nos últimos dois séculos, ocupado por diferentes inquilinos e assumindo funções diversas, permitiu identificar critérios de atuação diferenciados no modo de o reutilizar e de o refuncionalizar. Num primeiro momento, enquadrado por uma ideologia liberal, laicista, pretendeu-se apagar as memórias conventuais, demolindo a igreja e deturpando o claustro e o dormitório, com o fim de se otimizarem espaços para os novos fins de aquartelamento ou hospitalares. Critério que haveria de persistir por largas décadas, afastando cada vez mais o edifício da imagem e da ideia de convento, apenas lembrado nos momentos de se realçar a sua incapacidade para acolher uma unidade hospitalar com as condições desejadas.

Com os anos, o Desterro foi-se transformando num edifício que nunca se adequou pacificamente às imposições das necessidades específicas desta nova utilização, com notório prejuízo dos valores arquitetónicos pré-existentes. Ao mesmo tempo, o hospital ali estabelecido durante mais de 150 anos também nunca encontrou no mosteiro um espaço apropriado para o desenvolvimento pleno da sua função, motivando debates e sucessivas propostas de desativação ao longo dos séculos XIX e XX. Ainda assim, a sua vivência hospitalar é digna de referência na história da medicina em Portugal, pelas especialidades médicas desenvolvidas e respetivos profissionais de saúde que as suportaram.

Na sequência do encerramento do Hospital do Desterro, em 2007, e da sua posterior venda, é projetada pelo gabinete do Arquiteto Pedro Domingos uma intervenção no antigo edifício cisterciense. Face às orientações tomadas, baseadas na investigação

⁶¹ Informação fornecida pelo Arquiteto Pedro Domingos em entrevista realizada a 25 de julho de 2019.

histórica e artística então realizada, a proposta procurou trazer um novo olhar sobre o edifício, baseado na valorização das suas reminiscências mais antigas, ao mesmo tempo que visou promover uma refuncionalização contemporânea, respondendo às necessidades, interesses e tendências do presente. Neste processo, é, porém, fundamental que a memória não seja seletiva e que a par das memórias conventuais, também a memória do Desterro enquanto hospital seja salvaguardada como marca da sua história e da sua identidade.

O fecho de importantes unidades hospitalares da cidade de Lisboa fundamentou, desde a primeira hora, um intenso debate público em torno das intervenções previstas para o conjunto dos edifícios hospitalares da Colina de Santana, onde o Desterro se inclui. Estava em causa, além das questões essenciais de saúde pública, a “profunda alteração dos usos e da paisagem urbana” (AML, 2014), argumentos onde a dimensão patrimonial e histórica teve um peso decisivo, determinando a suspensão dos trabalhos iniciados e deixando novamente em aberto os destinos daquele edifício.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto CuCa_RE: Cure and Care_the rehabilitation (PTDC/ATPAQI/2577/2014), financiado pela FCT.

Agradecemos à Direção do Gabinete de Estudos Arqueológicos da Engenharia Militar/ Direção de Infra-Estruturas do Exército a cedência das figs. 03 e 04 e o Arquiteto Pedro Domingos a autorização para publicação das figs. 11 e 12.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FONTES ARQUIVÍSTICAS

Arquivo Histórico do Ministério das Obras Públicas (AHMOP), PT/AHMOP/MR-002/MR 2 D 1R/2/133-223/MR 2D 2R 1 - L.º 1 - n.º 221 (Microfilme).

Arquivo Histórico Militar (AHM), PT/AHM/DIV/3/16/01/06/314 – Correspondência sobre reparações a realizar no Hospital Militar do castelo de São Jorge. Inclui sobre a inspeção realizada ao convento do Desterro (1834-1835).

AHM, PT/AHM/DIV/3/50/24/35 – Ofício para o inspector-geral dos quartéis e das obras militares, sobre a reunião dos batalhões 4.º, 6.º e 12.º da Guarda Nacional no edifício do Desterro (1835).

AHM, PT/AHM/DIV/3/50/24/33 – Cópia de ofício do ministro da Justiça requisitando a sala do edifício do Desterro, onde se encontram as lotarias da Casa Pia, para ali se estabelecerem as audiências do Juízo do 2.º Distrito da capital (1835).

AHM, PT/AHM/DIV/1/22/16/11 – Relações de pessoal do Batalhão de Sapadores (1835-1837).

AHM, PT/AHM/DIV/3/20/21/21 – Esboço do quartel de veteranos, no Desterro, em Lisboa (1840).

AHM, PT/AHM/DIV/3/20/21/23 – Ofício sobre o estabelecimento, no quartel do Batalhão Académico, no Desterro, de luz competente afim de vigiar o armamento (1840).

AHM, PT/AHM/DIV/3/05/10/47/314 – Processo sobre a transferência dos doentes do hospital de São José para o palácio de Rilhafoles e para o convento do Desterro (1848).

AHM, PT/AHM/DIV/1/28/14/07 – Mapas da força do Regimento de Artilharia da Carta, situado no quartel do Desterro (1850).

AHM, PT/AHM/DIV/3/20/22/48 – Documentos sobre o aproveitamento, para quartel do edifício do extinto convento da

Penha de França, e o estabelecimento de um hospital de Coléricos no extinto convento de São Bernardo do Desterro (1850-1851).

AHM, PT/AHM/DIV/3/05/10/48/341 – Informação sobre a possibilidade de mudança de algumas instalações do Colégio Militar para o edifício do Desterro (1853).

AHM, PT/AHM/DIV/3/05/10/48/360 – Solicitação de mudança da Estação do Colégio Militar da Carreira dos Cavalos para o edifício do Desterro (1858).

Arquivo Nacional da Torre do Tombo (ANTT). *Ministério das Finanças, Hospício de Nossa Senhora do Desterro de Lisboa*. Inventário de extinção do Hospício de Nossa Senhora do Desterro de Lisboa. Cx. 2225.

ANTT, *Intendência das Obras Públicas* (IOP), Livro 50 (1835), Livro 45 (1837).

ANTT, *Hospital de São José*, maço 3, doc. 101, cx. 275.

ANTT, *Ministério do Reino, Negócios Diversos*, Cx. 1905, Mç. 3.

ANTT, Arquivo Salazar, IN-1A, Cx. 318, capilha 8.

ANTT, Ministério do Interior, Gabinete do Ministro, Mç.485, Mç. 471.

Câmara Municipal de Cascais, Casa Reynaldo dos Santos, Arquivo Reynaldo dos Santos: CMC-CRSIQS/RS/D/004/229, CMC-CRSIQS/RS/D/004/215.1

SIPA-DGPC, Hospital do Desterro.

DOMINGOS, Pedro, *Antigo Hospital do Desterro – Memória Descritiva do Projecto de Alterações em Obra*, Lisboa, 28.01.2015.

Arquivo Histórico Parlamentar (AHP), Câmara dos Pares do Reino, sessão n.º 1952, 08.02.1858.

AHP, Diário da Câmara dos Senhores Deputados (DCSD), sessão n.º 67, 19.04.1883; sessão n.º 68, 20.04.1883; sessão n.º 78, 16.05.1903; sessão n.º 33, 01.03.1907.

BIBLIOGRAFIA

- Anónimo. "Obra de grande alcance social. A construção de dois hospitais escolares um em Lisboa outro no Porto", *Diário de Notícias*, 27.jul.1933, 1-2.
- Anónimo. "O problema hospitalar. Como foi solucionado no estrangeiro e como importa que Lisboa o solucione", *Diário de Notícias*, n.º 24223, 10.jul.1933, 1, 4.
- Assembleia Municipal de Lisboa (AML) – Debater Lisboa. Colina de Santana. Relatório Final, vols. I e II, 2014. Disponíveis em <http://debaterlisboa.am-lisboa.pt/553000/1/000193,000000/index.htm> (2020.05.10).
- BRANCO, Ricardo Lucas – "A obra filipina do Mosteiro de N.ª Senhora do Desterro: processo construtivo e concepção arquitectónica". CARREIRAS, José Albuquerque (dir.) - *Mosteiros Cistercienses. História, Arte, Espiritualidade e Património*. Alcoaça: JOLIS, 2013, vol. II, 107-116.
- _____ – Hospital do Desterro: Um mosteiro desterrado, *Pedra & Cal*, Ano XII, n.º 46, abr/mai/jun.2010, 10-11.
- _____ – *Italianismo e Contra-Reforma: A obra do arquitecto Baltazar Álvares em Lisboa* [policopiado]. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa, 2008, 2 vols.
- BASTOS, Cristiana, RAMALHO, Margarida de Magalhães – "Thomaz de Mello Breyner: o Hospital do Desterro e a clínica de sífilis". In *Médicos e Sociedade. Para uma História da Medicina no século XX*, ed. A. Barros Veloso, L. Damas Mora, H. Leitão, 107-126. Lisboa: By the Book, 2017.
- BREYNER, Thomaz de Mello – *O ensino da venereologia nos últimos cem anos. O ensino médico em Lisboa*. Lisboa: s.n., 1925.
- CABRAL, José Curry – *O Hospital Real de S. José e Anexos*. Lisboa: Typ. A Editora Lda., 1915.
- Chronica Constitucional de Lisboa* (CCL), n.º 96, 14.nov.1833.
- CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal Sanitário (Subsídios para o seu estudo)*. Lisboa: Ministério do Interior - Direção Geral de Saúde Pública, 1938.
- GENTIL, Francisco – "Sobre Hospitais de Lisboa". *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, T. 92, n.º 2 (1928), 89-96.
- HAUPT, Albrecht – *A Arquitectura do Renascimento em Portugal. Do tempo de D. Manuel, o Venturoso, até ao fim do domínio espanhol*. Lisboa: Editorial Presença, 1986, 63-64 [1ª ed., *Die Baukunst der Renaissance in Portugal*, 1895].
- LIMA, Madalena Costa – *Conceitos e atitudes de intervenção arquitectónica em Portugal (1755-1834)* [policopiado]. Lisboa: Faculdade de Letras – Universidade de Lisboa, 2014.
- MATOS, António Perestrelo de – "Ceroplastia e dermatologia em Portugal: Sá Penella e Caeiro Carrasco". BASTOS, Cristiana (Org.) – *Clínica, Arte e Sociedade. A sífilis no Hospital do Desterro e na saúde pública*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2011, 115-134.
- MATOS, José Sarmento, BRANCO, Ricardo Lucas – *Estudo Histórico-Patrimonial do antigo mosteiro cisterciense de N.ª Senhora do Desterro - Orientações para a reintegração arquitectónica do imóvel*. Lisboa: 2014 (não publicado).
- MORA, Luiz Damas – "Desterro: vida e morte de um hospital". Cristiana Bastos (Coord.). *Clínica, Arte e Sociedade. A Sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2011, 41-56.
- NETO, Teresa – *Arquiteturas Expositivas e Identidade Nacionais Pavilhões de Portugal em Exposições Internacionais 1915-1970*. Lisboa: Caleidoscópio, 2017.
- PEREIRA, Luís Gonzaga – *Descrição dos monumentos sacros de Lisboa, ou collecção de todos os conventos, mosteiros, e parochias no recinto da cidade de Lisboa. Em MDCCCXXXIII*. Em que se mostram os desenhos de seus alçados, e se descreve a beleza que os mesmos continhão, 1840. Disponível em <http://purl.pt/28588>. (2020.07.03).
- PILÃO, Célia, TACÃO, Sandra – Lisboa, Colina de Sant'Ana: Monges, monárquicos e republicanos, 500 anos a tratar da saúde do povo. *Amazônica. Revista de Antropologia*, 5, 2 (2013): 288-306. Disponível em <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v5i2.1495>
- PINCHA, João Pedro – Nova vida do Hospital do Desterro talvez comece em meados de 2019. *Público*, 15.dez.2018.
- Projeto LXCONVENTOS – Mosteiro de Nossa Senhora do Desterro. Disponível em <http://patrimoniocultural.cm-lisboa.pt/lxconventos/ficha.aspx?t=i&id=580> (2020.06.28).
- RAMALHO, Maria – Monges e meretrizes do Desterro: um mosteiro e cinco casas de Lisboa. *Revista Punkto*, 26 (2020). Disponível em https://www.revistapunkto.com/2020/01/monges-e-meretrizes-do-desterro-um_17.html (2020.05.26).
- RODRIGUES, Rute Massano – *Entre a salvaguarda e a destruição: a extinção das ordens religiosas em Portugal e as suas consequências para o património artístico dos conventos (1834-1868)*, [policopiado]. Lisboa: Faculdade de Letras – Universidade de Lisboa, 2017.
- SOARES, Marisa – Vai ser possível cultivar hortas ou trabalhar num quarto do antigo Hospital do Desterro. *Público*, 27.mai.2013.
- _____ – Reabilitação do antigo Hospital do Desterro está parada e sem data para avançar. *Público*, 28.out.2014.
- SOUSA, Isabel Figueira de – *Intervir no Património. Reconversão do Hospital do Desterro em Unidade Hoteleira* [policopiado]. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Arquitectura, 2013.
- TOMÁS, Carla – A futura vida do Desterro, *Expresso*, 21.set.2015.

NOTAS SOBRE O HOSPITAL COMO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO EM FOUCAULT

SOME NOTES ON THE HOSPITAL AS A BIOPOLITICAL APPARATUS IN FOUCAULT'S WORK

Mariana de Soveral Gomes da Costa
ICNOVA – Instituto de Comunicação da Nova
mariana.gcosta@gmail.com

RESUMO

Na obra de Michel Foucault, a instituição hospital constitui-se como um dispositivo biopolítico exemplar do nexo entre saber e poder. Esta comunicação abordará o laço entre medicalização do hospital e a hospitalização da medicina. No final do séc. XVIII, ao mesmo tempo que o hospital passa de *morredouro a máquina de curar*, a medicina deixa de ser uma técnica geral de saúde para se assumir como prática clínica. O devir-ciência da medicina tem como correlato uma organização do espaço hospitalar caracterizada por uma distribuição espacial dos elementos, desde a arquitectura ao interior hospitalar, cujo critério é a optimização dos processos e dos resultados – o controlo da doença e a maximização da vida. Por outro lado, a tomada de poder pelo médico que Foucault aí denota pode também dar a ver o modo como o médico, no topo da hierarquia hospitalar, é afinal *assujeitado* pelo poder que representa.

PALAVRAS-CHAVE

Hospital | Medicina | Biopolítica | Espaço | Poder-Saber

ABSTRACT

In Michel Foucault's work, the institution hospital is presented as a biopolitical apparatus (*dispositif*) illustrating the nexus between knowledge (*savoir*) and power. This conference addresses the link between the medicalization of hospital and the hospitalization of medicine. By the end of the 18th century, at the same time that hospital turns from a place where people come to die (*mouroir*) to a *curing machine (machine à guérir)*, medicine turns from a general health technique to a clinical practice. This science-becoming of medicine finds its correlate in an organization of the hospital space marked by a spatial distribution of elements, both architectural and of its interior space, which criterion is the optimization of processes and results – the disease control and life's maximization. On the other hand, the seizure of power by the doctor that Foucault points out in the hospital can also show the way in which the doctor, at the top of the hospital hierarchy, is after all one more *subject* of the power he represents.

KEYWORDS

Hospital | Medicine | Biopolitics | Space | Power-Knowledge

Entre a história e a filosofia, a comunicação que me proponho apresentar a este que é já o II Colóquio Internacional de Arquitectura Assistencial tem na obra de Michel Foucault (1926-1984) a sua grande fonte de inspiração, e almeja, seguindo Foucault, uma prática histórico-filosófica – expressão com que tão bem Foucault, já no final da década de 1970, definiu o seu trabalho crítico –, procurando pensar o presente a partir de conteúdos históricos, ao mesmo tempo que resgata a filosofia à sua carga subjectivista (Foucault, 1980: 45).

O tema do hospital na obra de Foucault pode entender-se alargado da sua *Histoire de la folie à l'âge classique*, publicada em 1961, a que sucede imediatamente *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical* (1963), até à década de 1970, com as conferências de 1974 no Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro já enquadradas na fase mais política do pensamento de Foucault. Dito de outro modo, o tema do hospital só está porventura ausente da produção teórica do último Foucault, mais assente numa ética pessoal ou na preocupação com a auto-constituição do sujeito moral.

Convém talvez distinguirmos entre o hospital a que *Histoire de la folie* se refere e essa noção de hospital *medicalizado* que será tematizada nos anos 1970. Em *Histoire de la folie*, analisando Foucault o caso francês, poder-se-ia pensar que o Hôtel Dieu, existente já no século XV para o tratamento da lepra, seria o embrião do hospital como hoje o conhecemos. Não é o caso, já que o Hôtel Dieu parece conciliar as vertentes da medicina e do assistencialismo religioso, constituindo-se como um lugar de prestação de cuidados médicos mas, em sentido lato, de apoio à carência. Posteriormente, nas conferências do Rio, Foucault referir-se-á ao hospital assistencial como um *morredouro*, um lugar aonde as pessoas iam morrer, sítio cuja função era muito mais a de uma salvação espiritual do que física. É esse hospital assistencial que no século XVIII será transformado no nosso hospital médico, resultando do encontro entre duas séries até aí independentes: a série médica e a série hospitalar (Foucault, 1994c: 511; seguimos a tradução patente em Foucault, 2002a: 101).

A figura institucional de eleição de Foucault em *Histoire de la folie* é o Hôpital Général, que vigorou em França entre os séculos XVII e XIX e cuja função não era a de ser um estabelecimento médico mas

uma estrutura cujo poder, entre a polícia e a justiça, funcionava como uma terceira ordem da repressão (Foucault, 1961: 61), instituindo uma série de lugares onde se procedia ao internamento compulsivo de indivíduos considerados perturbadores da ordem social. Trata-se de um *espaço de exclusão*, dando a ver com clareza a passagem de um plano religioso para um plano moral, referente à manutenção da ordem social na cidade (Foucault, 1961: 74). É neste contexto que vai ocorrer aquilo que a Foucault se refere como o Grande Internamento do século XVII, o espectro da população visada sendo lato o suficiente para agregar na segregação pobres, loucos, doentes, criminosos e delinquentes, prostitutas, homossexuais. Numa fina ironia, a *hospitalidade* que os acolhe é a medida de saneamento que os coloca fora de circuito. Ainda que Foucault situe o fim das casas de internamento no século XIX, em pleno Estado Novo português há registo de internamento de indivíduos resgatados das ruas, tanto loucos como mendigos e prostitutas, numa lógica em tudo idêntica (Bastos, 1997).

É neste encadeamento que surge em *Histoire de la folie* a figura do *asilo*, designando o hospital psiquiátrico pós-Revolução Francesa. Efectivamente, se a estrutura asilar pode parecer mais próxima da noção pré-contemporânea de hospital como uma espécie de casa de repouso ou de cuidados básicos, importa frisar que, nos seus propósitos de exclusão, punição e correcção, o asilo é o sucessor legítimo do Hôpital Général, com uma população menos heterogénea, mercê do facto de a medicina mental ter já conseguido isolar a loucura como categoria nosológica, abstraindo das suas diversas (diríamos mesmo diversíssimas, inapreensíveis para a consciência médica) manifestações.

Ao nível das relações entre médico e doente, a estrutura da relação de poder que encontramos no asilo é replicada no hospital moderno, com a *nuance* de o poder exercido pelo psiquiatra sobre o doente mental ser de uma ordem mais moral, baseada no diálogo – o chamado tratamento moral –, do que o exame físico praticado na clínica, ao qual, diga-se num parêntesis, a tecnologia médica veio retirar toda a necessidade linguística, quando o relato do paciente dos seus próprios sintomas pôde ser dispensado e substituído pelas imagens do interior do corpo e os próprios médicos deixaram de ter necessidade de se servir da sua artilharia sensorial no exame objectivo feito ao doente (Bynum e Porter, 2004).

Grosso modo, é então possível distinguirmos três acepções de hospital em Foucault: o hospital de vocação assistencial, que Foucault como que contorna em *Histoire de la folie*, o asilo e, finalmente, o hospital médico, na transição do século XVIII para o século XIX.

É importante advertir, não obstante, que o hospital medicalizado e o asilo, pese embora as suas especificidades institucionais próprias, são formações não-discursivas contemporâneas uma da outra. Acontece, como Foucault refere no texto “Le pouvoir psychiatrique”, que o interior asilar é animado por “um processo de oposição, de luta e dominação”; e acrescenta algo seminal sobre o asilo, ao afirmá-lo como “campo institucional onde está em jogo a vitória e a submissão” (Foucault, 1994: 679). No asilo, é possível retermos do mesmo texto, está em jogo o *superpoder* do médico produtor de verdade, enquanto no hospital pasteuriano a figura do médico é enfraquecida por técnicas laboratoriais de produção de conhecimento (Foucault, 1994: 680). O que acontece, segundo nos atrevemos a supor, é que o olhar de Foucault sobre o asilo em *Histoire de la folie* é fortemente marcado por uma concepção repressiva, vertical de poder, que entende o espaço asilar como o *locus* de uma relação de dominação do médico sobre o doente, para posteriormente, na década de 1970, dar lugar a uma nova noção de poder como uma espécie de teia ontológica de relações de força que, constituindo tudo o que existe, é de uma horizontalidade inescapável; aí, não é já uma noção repressiva mas antes produtiva de poder que está em jogo. Em “La vie des hommes infâmes”, explicando uma certa disseminação, a partir de finais do século XVII, do poder do soberano para os súbditos, autorizados a reportar, denunciar, pedir intervenção régia sobre as mais diversas formas de comportamento tido como perturbador da ordem social, escreve Foucault: “Como o poder seria sem dúvida agradável e fácil de dismantelar, se se limitasse a vigiar, espiar, surpreender, proibir e punir; mas incita, suscita, produz; não é apenas olho e ouvido; faz agir e falar” (Foucault, 2002: 123). Este é também um poder que escapa à esfera das relações subjectivas e se difunde pelo espaço – no caso, o espaço hospitalar, por acção da disciplina. Concluímos que o hospital é um tema tanto mais importante por conter essa particularidade: evoluindo ele próprio como conceito, o hospital acompanha a evolução do conceito de poder em Foucault.

Podemos começar por entender as transformações ocorridas na história do hospital tomando como critério o desenvolvimento da medicina clínica: é a partir do momento em que a medicina adopta um método que concilia a observação e o ensino, mas também a partir do momento em que a prática da autópsia se torna fundamental para o conhecimento médico, com o cadáver tornando-se o modelo perceptivo da medicina, que a necessidade da dissecação dos corpos logo após a morte, possível graças ao contexto hospitalar, se torna um impulso fundamental para a reforma do hospital no final do século XVIII. Estamos perante dois movimentos articulados: a *medicalização do hospital* e este movimento da *hospitalização da medicina*, medicina que deixa de ser uma técnica geral de saúde para se tornar propriamente científica.

Este é, por assim dizer, o pequeno cenário do movimento pelo qual o hospital passou de um *morredouro* e se tornou uma *máquina de curar* afecta à tecnologia médica. Talvez possamos perguntar: o que tornou a questão da *cura* tão importante? Por que razão o cuidado com as vidas foi trazido para a frente, posto em primeiro plano? Na resposta a esta pergunta encontra-se o panorama geral no qual Foucault posiciona o hospital: no último capítulo do livro *La volonté de savoir* (primeiro volume da *Histoire de la sexualité*, 1976), Foucault explica que, no século XVIII, em virtude da melhoria das condições agrícolas, económicas e da vida em geral, esta deixou de estar tão exposta à ameaça da morte, assumindo uma relativa estabilidade (patente também no aumento demográfico que então se verificou, a par dos fenómenos da industrialização e da urbanização). O anterior paradigma político da soberania – em que um soberano decidia sobre a vida e a morte dos seus súbditos – deu lugar a uma outra forma de o poder se relacionar com a vida, que Foucault designa (num termo a que, não sendo novo, dá uma nova acepção) como *biopolítica*, uma *política do bios*, quer dizer, um investimento político na vida biológica dos indivíduos, em que não se trata já de matar ou deixar viver mas antes de *fazer viver*, multiplicar a vida, maximizar a força produtiva da população.

É precisamente no contexto desta biopolítica que tem de ser entendida a reforma hospitalar. Citamos Foucault, da conferência “La politique de la santé au XVIII^e siècle”: “A reforma dos hospitais e em particular os projectos da sua reorganização arquitectónica, institucional, técnica, devem a sua importância, no

século XVIII, a este conjunto de problemas envolvendo o espaço urbano, a massa populacional com as suas características biológicas, a densa célula familiar e o corpo dos indivíduos. É na história destas materialidades – simultaneamente políticas e económicas – que se inscreve a transformação «física» dos hospitais” (Foucault, 1994b: 27).

Tendo como horizonte a cura ou o estado de saúde permanente da população, a reforma hospitalar foi feita não sem uma significativa resistência. Essa resistência tinha aliás um argumento legítimo: sendo o hospital um agente de contágio e disseminação das doenças, os cuidados domésticos, no seio familiar, afiguravam-se de longe a melhor solução para os doentes. Justamente, podemos afirmar que a reforma hospitalar se organizou segundo o critério do patológico, tendo por principal objectivo a anulação dos efeitos negativos produzidos pelo hospital. O hospital projectado por Tenon no final do século XVIII é descrito por Foucault em *Naissance de la clinique* como um espaço, à maneira de um *microcosmo*, onde se reproduz o mundo patológico de uma forma racionalizada, seguindo uma distribuição espacial que agrupa as doenças por ordens, géneros e espécies; no qual, em suma, os doentes são tratados como convém e a doença encontra algo como “a residência forçada da sua verdade” (Foucault, 1963: 42).

Na conferência “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, de resto o texto onde mais incisivamente Foucault se refere ao hospital médico, Foucault propõe a hipótese de um duplo nascimento do hospital: na sua raiz estaria, por um lado, a transformação do saber e da prática médica, a que aludimos atrás a respeito da clínica: como descreve o historiador Roy Porter, é o impulso da abordagem médica assente na examinação física, na anatomia patológica ou na estatística, com o estabelecimento de perfis representativos das doenças e uma nova abordagem massificada da doença que explicam a “descolagem” do hospital a partir de 1800 (Porter, 2002 e 2004). A medicina da segunda metade do século XVIII abandona a noção de *crise* – uma medicina que, respeitando os tempos da natureza e da doença, previa e aguardava o momento da crise patológica para intervir de um modo nunca demasiado intrusivo ou abusivo, como uma espécie de árbitro na luta entre a natureza saudável do indivíduo e a doença, para, prevendo o resultado final, cura ou morte, facilitar

as coisas nesse sentido. Ora, o facto de a medicina passar a atender ao *meio*, i.e., às condições circundantes – o ar, a água, a temperatura, a alimentação do doente – vem dar alento à criação do hospital como local artificial, no sentido de um meio artificialmente criado no qual existem condições específicas e controladas – um laboratório (vide Latour e Woolgar, 1986; Knorr-Cettina, 1981). É essa função espacial terapêutica do hospital que é suposto ser instrumento de cura e é por isso que Foucault diz que, e cito: “o hospital não deve ser apenas um sítio de cura, mas um instrumento de cura” (Foucault, 1994c: 26). Hospital medicalizado, espaço terapêutico onde o médico terá privilégio absoluto na hierarquia e onde o registo permanente – registo de identificação de doentes, de entradas e saídas, de procedimentos e medicação, etc. – criará no interior do hospital um campo documental funcionando ele próprio como fonte e transmissão de saber.

Para o Foucault da década de 1970, a questão do hospital é fundamentalmente uma questão de espaço. Assim, antecedendo mesmo esta transformação epistemológico-prática da medicina, vamos encontrar estoutro factor determinante no nascimento do hospital: a *disciplina*, ou a disciplinarização do espaço, quer dizer, a análise da disciplina sobre o espaço hospitalar. Na mesma conferência “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, a disciplina é precisamente definida por Foucault como uma técnica ou uma tecnologia de poder que deveria ser posta ao nível de tantas outras técnicas inventadas neste século. Ela não é exclusiva do espaço hospitalar: a nova organização dos hospitais vai beber à disciplina militar decorrente da invenção do fuzil. É a especialização dos indivíduos – neste caso, do soldado treinado para usar uma arma – que, por razões que são tanto económicas como políticas, impõe uma nova distribuição dos indivíduos no espaço, de molde a otimizar os processos e obter os melhores resultados: importa definir os gestos, cronometrar os tempos... controlar o mais ínfimo detalhe da actividade dos homens e da sua movimentação no espaço, através de uma vigilância constante e de um registo continuado. Para nós hoje absolutamente natural, é apenas nesta altura que é posta em prática a arrumação simétrica, geométrica de sujeitos e objectos no espaço do quartel, da oficina, da escola, da prisão e, pelas razões que aqui nos importam, do hospital. Em suma, recuperando o que sobre a disciplina Foucault diz numa lição do curso *Sécurité, territoire, population*, “a disciplina

arquitecta um espaço e coloca-se como problema essencial uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos” (Foucault, 2004: 22). Refira-se, num breve parêntesis, a diferença entre este tipo de acção e aquela que será posta em marcha pelo paradigma de segurança, que sucede à disciplina e sob cuja alçada continuamos porventura a viver: aqui, não se trata já de trabalhar um espaço cujas possibilidades se procura majorar, mas de forjar um meio artificial. Indo ao encontro da definição de laboratório a que atrás aludimos, Foucault diz, no mesmo curso: “os dispositivos de segurança trabalham, fabricam, organizam, arrumam um meio antes mesmo de a noção ser formada e isolada” (Foucault, 2004: 22).

Quando Foucault afirma que a arquitectura do hospital deve ser um factor e instrumento de cura (Foucault, 2002b: 108-109), não se está a referir ao hospital como simples figura arquitectónica mas à minúcia espacial do seu interior: forma e função. Essa tónica no espaço funcional já se encontrava presente nas memórias das visitas encomendadas a Howard e Tenon aos hospitais no último quartel do século XVIII: nelas, as descrições feitas dos edifícios são meramente funcionais, indicando-se, por exemplo, o número de doentes em relação ao número de camas e à área útil do hospital, a extensão e altura das salas, a cubagem de ar para cada doente, a relação entre fenómenos patológicos e espaciais (conclui-se, por exemplo, que a taxa de mortalidade das parturientes é maior se junto delas, em baixo, houver feridos). As conclusões de tais relatórios basearão algumas regras e procedimentos posteriormente adoptados, como a necessidade de uma constante renovação do ar, as camas individuais, a importância da troca, lavagem e transporte controlado dos lençóis usados. Da mesma maneira que se estudam as doenças ou o clima, o espaço do hospital é também ele rigorosamente estudado e esquadrihado num sentido terapêutico, e é por isso que Foucault pode dizer que o hospital faz parte de um *facto médico* (Foucault, 2002b: 100).

Enquanto *instituição* – conceito absolutamente crucial no pensamento de Foucault –, o hospital, tal como a fábrica, a escola ou a prisão – reflecte a distribuição de corpos num regime fechado e marcado pelo seu *adestramento*. Esta acção exige a visibilidade absoluta sobre os corpos – é isso que confere relevância à figura arquitectónica do *panóptico* projectado por Jeremy Bentham, torre circular estrategicamente colocada ao centro ou num ponto alto do edifício-prisão,

cujas funções eram a de ver sem ser visto mas, no limite, não precisar estar presente para exercer a vigilância sobre os indivíduos – mas uma visibilidade também sobre o interior do corpo, alcançada com a generalização das autópsias em ambiente hospitalar. Funcionando em regime fechado, as instituições constituem o paradigma da moderna sociedade de vigilância concebida por Foucault (algo que Deleuze distinguirá mais tarde da nossa sociedade de controlo, em que o controlo não precisa já da delimitação espacial da instituição mas a extravasa [Deleuze, 1992]). Seja como for, esta materialidade ou espacialidade logra, pelo recurso a um conjunto de técnicas que levam a cabo a sujeição e a normalização dos indivíduos, a criação de objectos e de sujeitos. Esta é a definição foucaultiana do *dispositivo*. Refira-se, *en passant*, que o conceito foucaultiano de dispositivo pode ir beber à noção heideggeriana da técnica (*Gestell*), entendida como a acção de *disponibilizar* uma matéria-prima para a sua indefinida transformação; matéria-prima onde, bem entendido, se inclui o ser humano (Heidegger, 1958).

Por todas as razões apontadas, no pano de fundo da biopolítica, o hospital funciona como um dispositivo, criando objectos – doenças – e sujeitos que são eles próprios objectos. Isto é conseguido por meio de uma articulação entre saber e poder, quer dizer, em termos grosseiros, pelo nexos entre o conhecimento científico e mecanismos mais ou menos coercivos, de tipo disciplinar, pelos quais os indivíduos são tornados objecto de estudo e assujeitados (uma tradução mais ou menos literal do francês *assujétissement*), os seus corpos tornados *dóceis*. A expressão *corpo dócil* é cara a Foucault, que em *Surveiller et punir* o define como “um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (Foucault, 1975: 138). Ora, não é certamente o doente, na sua condição fragilizada, aquele sobre quem o poder quer investir, mas os corpos nas suas condições plenas, porquanto sejam os mais passíveis de ser transformados, aperfeiçoados – daí também a importância de curar, ou de garantir um estado de saúde permanente da população.

A tradição assistencialista do hospital envolve uma dimensão política forte, relacionada com a manipulação e sujeição dos corpos. Impedidos de se queixar pela caridade que alegadamente lhes era prestada, como bem nota Roy Porter, o lugar em que os doentes eram colocados era o de personagens de um *espectáculo*.

Didi-Huberman, no seu estudo sobre a histeria e a iconografia da Salpêtrière, também frisa esse lado perverso da *hospitalidade*, pelo qual os indivíduos se dão ao interesse *espectacular* do clínico (Didi-Huberman, 1987: 8; Porter, 2002: 144), sujeitando-se a uma *encenação* na qual o médico os manobra como fantoches, as suas reacções estando à partida condicionadas. Foucault já tinha situado este problema no contexto da instituição e do poder institucional (Foucault, 1994: 684), mas o que nos interessa mais realçar é a cumplicidade do doente para com o poder exercido pelo médico. Citamos Foucault, escrevendo em *Histoire de la folie*: “[...] cada vez mais, o doente aceitará este abandono às mãos de um médico ao mesmo tempo divino e satânico, em todo o caso fora da escala humana; cada vez mais, o doente alienar-se-á nele, aceitando de uma assentada e de antemão todos os seus prestígios, submetendo-se à partida a uma vontade que experiencia como mágica e a uma ciência que supõe presciência e divinação, tornando-se, no fim de contas, o correlativo ideal e perfeito destes poderes que projecta sobre o médico, puro objecto sem outra resistência senão a sua inércia, pronto a ser precisamente essa histérica na qual Charcot exaltava a maravilhosa força do médico” (Foucault, 1961: 528). Note-se, *en passant*, que esta cumplicidade não desaparece com a reformulação foucaultiana da noção de poder, exaltando, porém, o poder do próprio doente, ao fazer depender a posição do médico da revelação dos sintomas por parte da histérica (Foucault, 2003: 312).

Não obstante, gostaríamos de observar que, no espaço do hospital, a criação de objectos e de sujeitos – sujeitos doentes, sujeitos saudáveis – não abrange apenas aqueles que estão internados mas, em sentido lato, os prestadores de cuidados. Se com o surgimento da clínica os hospitais se tornam bastiões do poder médico, na expressão usada pelo historiador William Bynum (Bynum e Porter, 2004: 25), também estes sujeitos são orientados para procederem de acordo com determinadas regras e se moverem obedecendo a outras. A este respeito, a cena da ronda médica conforme descrita por Foucault no mesmo

texto sobre o nascimento do hospital é tão impressionante como esclarecedora a vários níveis: “[...] a tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.” (Foucault, 2002b: 110).

Contudo, noutra conferência, desta feita “O nascimento da medicina social”, falando da normalização do ensino médico, Foucault diz algo diferente: “A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objecto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha” (Foucault, 2002a: 83). A partir daqui, é possível olhar para aquela descrição da ronda médica de outra maneira, questionando: não foi o médico ele próprio submetido a um trabalho disciplinar, no sentido de se deslocar no espaço obedecendo a determinadas regras, de examinar os corpos de acordo com um tipo de olhar, de registar os dados dos doentes cumprindo certos parâmetros? Típica figura do poder, o médico é, afinal, mais um sujeito dele. Que o médico seja ele próprio *assujeitado* constitui uma curiosa inversão, mas serve-nos aqui tão-só para perceber que o poder em Foucault não é concebido como um campo de forças unilateral ou uma construção vertical, antes uma teia horizontal sem fuga possível. Na cena da ronda no hospital, o que nos salta à vista é a *manobração* espacial destes corpos e destes objectos, levando-nos a concluir apenas que somos dominados por estruturas que nos antecedem e nos escapam: ora o saber, ora o poder. Saber-poder.

BIBLIOGRAFIA

- BASTOS, Susana Trovão Pereira – *O Estado Novo e os seus vadios: Contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão*. Lisboa: Dom Quixote, 1997.
- BYNUM, W. F. e PORTER, Roy (eds.) – *Medicine and the Five Senses*, Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- DELEUZE, Gilles – “Post-scriptum sobre as sociedades de controle”, trad. Peter Pal-Pelbart, in DELEUZE, Gilles, *Conversações (1972-1990)*, Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, pp. 219-226.
- DIDI-HUBERMAN, Georges – *Invention of Hysteria; Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*, trad. Alisa Hartz, Cambridge-Londres: MIT Press, 2003.
- FOUCAULT, Michel – *Histoire de la Folie à l’Age Classique*, Paris: Gallimard, 1961.
- _____ – *Naissance de la Clinique: Une Archéologie du Regard Médical*, Paris: PUF, 1963.
- _____ – *Surveiller et Punir: Naissance de la Prison*, Paris: Gallimard, 1975.
- _____ – *Histoire da la Sexualité*, vol. I, *La Volonté de Savoir*, Paris: Gallimard, 1976.
- _____ – “Qu’est-ce que la critique? (Critique et *Aufklärung*)”. *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, ano 84, n.º 2, Paris: Armand Collin, 1980.
- _____ – “Le pouvoir psychiatrique”. D. Defert e F. Ewald (dir.) – *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994, t. II [1970-1975], pp. 675-686.
- _____ – “La politique de la santé au XVIII^e siècle”. D. Defert e F. Ewald (dir.) – *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994a, t. III [1976-1979], pp. 13-27.
- _____ – “Crise de la Médecine ou de l’antimédecine?”. D. Defert e F. Ewald (dir.) – *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994b, t. III [1976-1979], pp. 40-58.
- _____ – “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”. D. Defert e F. Ewald (dir.) – *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994c, t. III [1976-1979], pp. 508-521.
- _____ – “A vida dos homens infames”. *O que é um autor?*, trad. António Fernando Cascais e Eduardo Cordeiro, 5.ª ed., Lisboa: Vega, 2002, pp. 89-128.
- _____ – “O nascimento da medicina social”. *Microfísica do poder*, org., introd. e revisão Roberto Machado, 17.ª ed., São Paulo: Graal, 2002a, pp. 79-98.
- _____ – “O nascimento do hospital”. *Microfísica do Poder*, org., introd. e revisão Roberto Machado, 17.ª ed., São Paulo: Graal, 2002b, pp. 99-111.
- _____ – *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris: Gallimard-Seuil, 2003.
- _____ – *Sécurité, Territoire, Population: Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris: Gallimard/Seuil, 2004.
- HEIDEGGER, Martin – “La question de la technique”. *Essais et conférences*. Paris: Gallimard, 1958.
- LATOUR, Bruno e WOOLGAR, Steve – *Laboratory life: The construction of scientific facts*. New Jersey: Princeton University Press, 1986.
- PORTER, Roy – *Blood and Guts: A Short History of Medicine*. Nova Iorque-Londres: W. W. Norton & Company, 2002.

VARIA

NOTAS DE INVESTIGAÇÃO

O PAINEL DE AZULEJO CRIADO POR CÂNDIDO PORTINARI PARA A CAPELA DA PAMPULHA: ESPECIFICIDADES DA ARQUITETURA MODERNA BRASILEIRA

THE TILE PANEL CREATED BY CÂNDIDO PORTINARI FOR THE PAMPULHA CHAPEL: SPECIFICITIES OF MODERN BRAZILIAN ARCHITECTURE

Aziz José de Oliveira Pedrosa

Universidade do Estado de Minas Gerais

azizpedrosa@yahoo.com.br – ORCID | 0000-0003-4274-1096

RESUMO

A influência lusófona na arquitetura religiosa colonial luso-brasileira, principalmente durante o século XVIII, pode ser detectada na solução conferida às edificações erguidas e, sobretudo, nas escolhas ornamentais que visaram transformar o austero ambiente interno de centenas de templos erguidos em todo território, destacando-se o uso da pintura, talha dourada e azulejaria. Reflexos das feições desse tempo chegaram ao século XX, reinterpretados pela arquitetura moderna brasileira, quando painéis de azulejos foram utilizados para estabelecer relações com o citado passado arquitetônico local. Encontram-se nesse quadro os painéis de azulejo criados por Cândido Portinari para forrar a Capela Curial de São Francisco de Assis (Belo Horizonte), projetada por Oscar Niemeyer. Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo analisar o uso do material cerâmico no referido templo, a partir da existência de conceitos modernos que incentivavam o emprego de itens inspirados no patrimônio colonial arquitetônico local.

PALAVRAS-CHAVE

Arquitetura Moderna | Azulejos | Cândido Portinari | Belo Horizonte

ABSTRACT

The Lusophone influence on Brazilian colonial religious architecture, mainly during the 18th century, can be detected in the solution given to the architectures and mainly in the ornamental choices that aimed to transform the austere internal atmosphere of hundreds of temples throughout the territory, highlighting the use of painting, carving and tiles. Echoes of the features of this past reached the 20th century, reinterpreted by modern Brazilian architecture, when tile panels were used to establish connections with the local architectural legacy. One of these examples are the tile panels created by Cândido Portinari to cover the Capela Curial de São Francisco de Assis (Belo Horizonte), designed by Oscar Niemeyer. In this sense, this article aims to reflect upon the application of ceramic material in that temple, from modern concepts that encouraged the use of items inspired by local architectural colonial heritage.

KEYWORDS

Modern architecture | Tiles | Cândido Portinari | Belo Horizonte

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O domínio colonial português potenciou a assimilação da cultura artística e arquitetônica lusófona no Brasil, fomentando significativo impulso construtivo, materializado em edificações religiosas dispersas de Norte a Sul do território, sobretudo durante o século XVIII. Exemplarmente, os interiores dos antigos templos luso-brasileiros espelham a síntese do período de intensa produção das artes, onde reluz o douramento e a viva policromia da talha em madeira, complementada por construções imagéticas em forros densamente pintados e, em alguns casos, por revestimentos azulejares incorporados à composição cenográfica barroca, indispensáveis ao ambiente sacro coetâneo. Aprendizados desses tempos foram continuamente inseridos na produção arquitetônica moderna e contemporânea brasileira, por intermédio de apropriações que asseguraram a manutenção de feições evocando memórias construtivas passadas.

Nesse espectro encontram-se os revestimentos de azulejos, incluídos na arquitetura moderna brasileira, de-

notando associações de itens inspirados no passado com incrementos interpostos na primeira metade do século XX, por profissionais que aspiravam conferir às construções aspectos intrínsecos ao legado arquitetônico local. São desse ciclo arquitetos como Affonso Eduardo Reidy (1909-1964), Lucio Costa (1902-1998) e Oscar Niemeyer (1907-2012), que granjeou notoriedade a partir da concepção do projeto para o complexo da Pampulha, na cidade mineira de Belo Horizonte.

Nesse sentido, o texto que ora se apresenta tem como orientação refletir sobre o painel de azulejo criado pelo artista Cândido Portinari (1903-1962), para compor a fachada posterior da Capela Curial de São Francisco de Assis (Belo Horizonte), projetada por Oscar Niemeyer. Almeja-se, também, discorrer sobre os impulsos que conduziram à escolha pelo uso do suporte cerâmico no referido templo, considerando-se as motivações dos arquitetos modernos que visavam manusear elementos vulgarizados na arquitetura colonial luso-brasileira.

O PAINEL, O PERCURSO HISTÓRICO, A ARQUITETURA, A CRÍTICA

No ano de 1940, conforme Segawa (1999: 98), o então prefeito da cidade de Belo Horizonte, Juscelino Kubitschek, convidou o arquiteto Oscar Niemeyer para projetar os edifícios que comporiam um complexo destinado ao entretenimento, na região da Pampulha. No local eleito seriam instalados, às margens de um lago artificial, um hotel, um casino, um iate clube, um restaurante/casa de baile, um clube de golfe e uma capela. Todavia, foram erguidos apenas a Capela Curial de São Francisco, o Casino (atual Museu de Arte da Pampulha), o late Clube e a Casa do Baile.

A Capela Curial de São Francisco, construída entre os anos de 1943-1944¹, é um marco basilar da arquitetura brasileira, em que Niemeyer desdobrou o

potencial moldável e estrutural do concreto armado para delinear o primeiro templo religioso moderno construído no país (fig. 01). Na dita capela a nave, coberta por abóbada parabólica autoportante, foi coordenada com outras três abóbadas menores, rompendo a rigidez generalizada na arquitetura racionalista coetânea, por intermédio do vigor plástico propiciado pela curva livre, avistada por Niemeyer nas montanhas, no curso dos rios, nas nuvens, no corpo da mulher (Niemeyer, 2019). Ademais ao feito sinuoso, a distinção dessa edificação é relativizada pelos painéis de azulejos criados por Cândido Portinari, instalados na fachada posterior, executados em 1944 pelo ateliê Osirarte².

1 As datas de construção e inauguração são discrepantes na bibliografia, como atesta o *Processo de Tombamento do Conjunto Urbanístico e Arquitetônico da Orla da Pampulha*. Ver: Centro de Documentação e Informação do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (cdi – iphan), *Processo de Tombamento do Conjunto Urbanístico e Arquitetônico da Orla da Pampulha*, p. 47. Nesse sentido, adotar-se-á a data publicada em livro sobre a Capela, que considera o ano de construção entre 1943-1944 (Castro e Finguerut, 2006: 20).

2 No canto inferior direito do painel há a seguinte inscrição: "C. Portinari compôs e detalhou. Executado no ateliê Osirarte de São Paulo por P. C. Rossi Osir M. Zanine – E.L. Germek. Material e cozimento de I.R.F. Matarazzo. MCMXLIV".



Fig. 01. Painel de azulejos, 1944, Cândido Portinari, Belo Horizonte, Capela Curial de São Francisco de Assis, 1943-1944. Projeto arquitetônico: Oscar Niemeyer (Fotografia: Autor).

O painel em exame traça passagens da vida de São Francisco, abarcando seu amor pela natureza, evidenciado na fauna ilustrada. À esquerda do dito panorama, a narrativa expõe a homenagem de um homem que esteia o manto para o Santo passar, cuja referência imediata para confecção da composição, possivelmente, foi extraída do afresco de Giotto di Bondone, executado para a Basílica Maior de São Francisco, em Assis, na Itália. Ao centro foi retratado o Santo domesticando o lobo de Gubbio e, à direita, a pregação aos pássaros, substituídos por outras aves, supostamente galinhas (figs. 2 e 3). Preenchem o conjunto pássaros e peixes, sendo esses últimos exibidos como se estivessem em voo, acima das aves, resultando numa representação à época considerada transgressora aos valores tradicionais (Souza, 2017: 192).



Fig. 02. Pormenor painel de azulejos, 1944, Cândido Portinari. Belo Horizonte, Capela Curial de São Francisco de Assis, 1943-1944. Projeto arquitetônico: Oscar Niemeyer (Fotografia: Autor).

As narrativas descritas em azul e branco encontram-se imersas num emaranhado de linhas ondulantes, conferindo ritmo às composições e reforçando o distinto contorno arquitetônico que as emoldura. Por sua vez, as figuras humanas e zoomórficas explicitam a ascendência cubista no trabalho de Cândido Portinari que, segundo Pedrosa (1981: 11-13), buscou o antinaturalismo para se desvincular do academismo, a partir de referências à obra do espanhol Pablo Picasso. Consoante este autor, o fazer de Portinari encontrou na

pintura mural a solução para problemas técnicos e estéticos, num momento em que o artista explorava o “plástico monumental” (Pedrosa, 1981: 12), para pronunciar figuras agigantadas que exigiam grandes superfícies capazes de atribuir vida às expressões elaboradas. Somam-se a essas prerrogativas delimitadoras da produção de Portinari, presentes no painel da Pampulha, a ascendência absorvida do muralismo mexicano, exemplarmente dilatado nas peças de Diego Riviera e José Orozco (Pedrosa, 1981: 12-13).



Fig. 03. Pormenor painel de azulejos, 1944, Cândido Portinari. Belo Horizonte, Capela Curial de São Francisco de Assis, 1943-1944. Projeto arquitetônico: Oscar Niemeyer (Fotografia: Autor).

Possivelmente, a ampla superfície do painel planeado por Portinari para a Capela da Pampulha respondia, também, às ideias caracterizadoras da arquitetura moderna brasileira, evidenciadas por profissionais que intentavam materializar a integração das artes, na qual a arquitetura, a pintura e a escultura se associavam para unificar o espaço construído, como explanado por Silveira (2008: 174). Em analogia, assinala-se a concepção congênere presente nas edificações religiosas luso-brasileiras setecentistas, em que os ambientes internos das igrejas refletiram o esplendor do Barroco, com recursos composicionais de caráter cênico, nos quais as paredes nuas dos templos urdiam-se à talha dourada, à pintura e, em muitas regiões do Brasil, à azulejaria, em fusão destinada a conformar uma espacialidade fantasiosa, para deslumbrar o olhar do crente que se perdia na opulenta imensidão ornamental.

Por esse espectro, observa-se a constância de painéis azulejares na arquitetura moderna brasileira, sinalizando reminiscências do Barroco colonial luso-brasileiro, quando artigos equivalentes forravam as paredes das edificações sacras. Para tanto, relembra-se que os azulejos foram empregados, nos anos 1900, pioneiramente, na sede do Ministério da Educação e Saúde, hoje Edifício Gustavo Capanema (Rio de Janeiro), que notabilizou o modernismo arquitetônico no Brasil. Essa obra foi projetada em 1937 por Lucio Costa e uma equipe constituída por Affonso Eduardo Reidy, Carlos Leão, Jorge Moreira, Ernani Vasconcellos e Oscar Niemeyer (Segawa, 1999: 89-92). O audacioso plano de erguer uma edificação vinculada aos conceitos vigorantes na arquitetura moderna europeia impôs, conforme Segawa (1999: 90), a necessidade de pareceres emitidos pelo renomado arquiteto Le Corbusier (1887-1965), cuja produção foi referência primária para a estruturação da obra que se pretendia construir. De entre os inúmeros aspectos que coordenaram esse empreendimento, alude-se a recomendação emitida por Le Corbusier para se aplicar azulejos, como modo de valorizar elementos tradicionalmente encontrados na arquitetura local (Segawa, 1999: 92). Nessa perspectiva, Cândido Portinari foi convidado a elaborar alguns painéis alocados no então Ministério da Educação e Saúde, batizados de “Conchas e Hipocampos”, “Estrela-do-mar e peixes”, “Peixe cara de gente”, ambos executados em 1942 pela empresa Osirarte (Silveira, 2008: 228-232). Os demais revestimentos cerâmicos foram desenvolvidos

por Paulo Rossi ou pela Osirarte, na década de 1940 (Silveira, 2008: 228).

As direções emanadas por Le Corbusier, que os painéis seriam a ponte entre a modernidade e a tradição, ancoravam-se na presença dos azulejos na arquitetura colonial luso-brasileira, utilizados em construções civis e religiosas. No Brasil Colônia tais revestimentos cerâmicos são quocientes da ascendência da arte lusófona e, segundo Simões (1965: 22), foram introduzidos no século XVII, tornando-se populares nas paredes externas das edificações no século XIX, como forma de “resolver os frequentes problemas com a maresia, sol forte e a umidade no litoral brasileiro” (Silveira, 2008: 110). Atenta-se que, para Andrés (2007: 264), em cidades como São Luís, no Maranhão, a azulejaria era um item estético que assinalava o poderio social dos proprietários das edificações e solucionava problemas de impermeabilização contra as chuvas comuns na região, favorecendo, também, o conforto ambiental interno, posto que refletia os raios solares. As pesquisas de Simões revelam que até o último quartel do século XVII os azulejos portugueses, inclusive os enviados ao Brasil, expuseram cores tais como o amarelo, o roxo, o verde e o azul, sendo o padrão azul e branco generalizado no século XVIII, decorrente da influência da porcelana chinesa (Simões, 1965: 27). Em suma, essas artérias contribuíram para disseminar o gosto pelo motivo azulejar que, no Brasil, serviu para dissimular as austeras paredes caiadas dos imóveis coloniais, unificando ornamentação e ambiente sacro. Seguramente, as memórias desse tempo, no século XX, despertaram o interesse dos arquitetos modernistas.

Como referido, o edifício do Ministério da Educação e Saúde, no Rio de Janeiro, foi o precursor moderno a integrar a azulejaria na arquitetura, em benefício de se assegurar o sustentáculo de generalidades constantes na tradição arquitetônica local, estabelecendo o elo entre passado e presente. Na Capela da Pampulha repercutiram feições congêneres por intermédio dos painéis criados por Portinari. Entretanto, não é certo vinculá-los exclusivamente no contexto da arquitetura colonial luso-mineira, posto que a azulejaria não foi vulgarizada nas edificações religiosas de Minas Gerais, salvo nas ilhargas da capela-mor da igreja de Nossa Senhora do Carmo, em Ouro Preto, único exemplar com tais revestimentos, encomendados em Lisboa e, possivelmente, datados de 1770-1785 (Oliveira e Campos, 2010). Consoante Oliveira

e Campos (2010: 95), as dificuldades interpostas pelo transporte entre Minas e os principais portos da Colônia impediram que os azulejos se tornassem populares na arquitetura local. Assim, os trabalhos de Portinari para o templo belo-horizontino estabelecem associações com o legado ornamental sacro associado ao Barroco luso-brasileiro, fortalecido nos séculos XVII e XVIII, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do território nacional. Além disso, deve-se relativizar que esta obra evoca soluções empregadas na arquitetura civil do litoral brasileiro, cujos espécimes mais célebres são encontrados na cidade de São Luís, Maranhão, onde centenas de fachadas foram completamente revestidas por azulejos no decorrer do século XIX (Silva Filho, 2010: 140).

Ainda sobre as implicações dos painéis azulejares na arquitetura moderna brasileira, cabe lembrar a crítica proclamada pelo designer suíço Max Bill (1908-1994), quando visitou o Brasil no ano de 1953 e preferiu um julgamento considerando inútil o emprego do revestimento cerâmico, pois no caso brasileiro tratava-se de reação local ao apreço pelo decorativo (Varela, 2012: 521). Bill também enunciou que os murais respondiam às necessidades de uma época passada, quando foi comum expor narrativas prontamente compreendidas por aqueles que não reconheciam a linguagem escrita, sendo dispensáveis no século XX, pois os jornais, as revistas e o cinema suprimiram essa função, potencializando a instrução das massas não letradas (Varela, 2012: 521).

As manifestações expedidas por Max Bill foram contestadas por Lucio Costa, quando o arquiteto esclareceu que, para além de assegurar a conexão da arquitetura moderna às tradições construtivas brasileiras, os painéis do então Ministério da Educação

e Saúde, no Rio de Janeiro, serviram para amenizar a densidade das paredes, que perderam a função inicial para a qual costumeiramente serviam, pois as cargas do bloco superior não se concentravam mais nelas e sim nas colunas (Varela, 2012: 521-527). Por conseguinte, os azulejos abrandaram o espaço e o volume arquitetônico moderno.

As considerações de Costa sinalizam uma possível interpretação para o uso dos azulejos externos da Capela de São Francisco, dado que também serviram para atenuar as paredes, enfatizando a integração fluída das vedações com a sinuosidade da moldura arquitetônica e as escolhas plásticas de Portinari. Por esse motivo foi engendrada a simbiose entre arte e arquitetura, na qual o revestimento cerâmico não respondia, necessariamente, a uma função técnica, como o foi nas fachadas das edificações da cidade de São Luís, mas sim ao anseio de Niemeyer em integrar o discurso artístico no objeto arquitetônico, em conjunto complementado pelo paisagismo elaborado pelo renomado Burle Marx (Dourado, 2006: 90-99) que engenhou solo natural para sustentar a narrativa da vida de São Francisco passeando pelo tapete verde.

Por esses entendimentos, o projeto de Oscar Niemeyer para a Capela Curial de São Francisco de Assis repercutiu conceitos propagados pela arquitetura moderna no Brasil, empenhada em integrar elementos artísticos e unidade arquitetônica. No quadro em exame, tal espírito foi assegurado pelo painel de azulejos criado por Portinari, que realçou a plasticidade da edificação, suavizou a parede que o ampara e concretizou o esforço modernista por manusear itens extraídos da memória construtiva colonial luso-brasileira.

BIBLIOGRAFIA

ANDRÈS, Luiz Phelipe de Carvalho Castro – A arquitetura maranhense e a economia do algodão. In *Arquitetura na formação do Brasil*. Brasília: UNESCO, Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, 2008.

CASTRO, Mariângela. FINGUERUT, Sílvia (org) – *Igreja da Pampulha: restauro e reflexões*. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2006.

Centro de Documentação e Informação do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (cdi-iphnan), *Processo de Tombamento do Conjunto Urbanístico e Arquitetônico da Orla da Pampulha*, Belo Horizonte, 1994.

DOURADO, Guilherme Mazza – Burle Marx e a criação da Pampulha. CASTRO, Mariângela. FINGUERUT, Sílvia (ed.). *Igreja da Pampulha: restauro e reflexões*. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2006, pp. 90-99.

NIEMEYER, Oscar – O poema da curva. Disponível em: <http://www.niemeyer.org.br/outros/poema-da-curva> (2019.12.05; 16h)

OLIVEIRA, Myriam Andrade Ribeiro de. CAMPOS, Adalgisa Arantes – *Barroco e rococó nas igrejas de Ouro Preto e Mariana*. Brasília: IPHAN, Programa Monumenta, 2010, 2 Vols.

PEDROSA, Mario – *Dos Murais de Portinari aos espaços de Brasília*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1981.

SEGAWA, Hugo – *Arquiteturas no Brasil: 1900-1990*. São Paulo: Edusp, 1999.

SILVA FILHO, Olavo Pereira da – *Varandas de São Luís: gradis e azulejos*. Brasília: Iphan, Programa Monumenta, 2010.

SILVEIRA, Marcele Cristiane da – *O Azulejo na modernidade arquitetônica: 1930 – 1960*. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008. (Dissertação de Mestrado).

SIMÕES, J. M. dos Santos – *Azulejaria portuguesa no Brasil: 1500 – 1822*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1965.

SOUZA, Renato César Leite – *A arquitetura em Belo Horizonte nas décadas de 1940 e 1950: utopia e transgressão*. *Arquitetura da Modernidade*. 2 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017.

VARELA, Elizabeth Catoia – “Crítica e Narrativa: a visita de Max Bill em 1953”. *Anais do 21º Encontro da Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas*. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas. 21 (2012), 518-532.

THE METAMORPHOSIS OF SELF(IE)-PORTRAIT: BETWEEN THE SUBLIME AND THE BANAL

Vasco Medeiros

ARTIS – Instituto de História da Arte, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Portugal
medeiros@campus.ul.pt – ORCID | 0000-0001-8551-3195

ABSTRACT

The analogy between the myth of Narcissus, referred to as the intrinsic symbol of painting by Leon Battista Alberti; the typological value of self-portrait as an ontological and statutory reference; its value while metamorphosis of reality; and the self-representative phenomenon that Selfie translates – all this has to be established and requires due consideration. When dwelling on the contemporary Selfie we need to consider also the salvific dimension of this kind of self-representation mechanisms that have always been there. The value of image while self-awareness mechanism compels us to question the field of action where it is far more active – on social media. Its immanence is a true narcissistic affliction. The intrinsic and immediate value of image thus overlaps sign and word. The mechanisms of self-contemplation thus produced translate into a clear ontological impoverishment of reality. The Selfie does not prevent the subject's Kafkian metamorphosis, but renders reality vulgar, making it acceptable through both similarity and integration. Self-portrait and Selfie are thus the ancestral mechanisms of self-preservation. Its origin derives from narcissistic mechanisms that require a continuous desire to stand out socially. However, while the pictorial self-portrait translates into epistemic valuation of its author, Selfie delights in the vulgarization of the repetitive and banal gesture.

KEYWORDS

Self-Portrait | Selfie | Painting | Photography | Art History | Philosophy Of Art

SELF-REPRESENTATION AS A LIBERAL ACHIEVEMENT – THE "AGE OF PRIVILEGE"

Consequently, I used to tell my friends that the inventor of painting, according to the poets, was Narcissus, who was turned into a flower; for, as painting is the flower of all the arts, so the tale of Narcissus fits our purpose perfectly. What is painting but the act of embracing by means of art the surface of the pool? (Alberti 2004, 61).

The artist is respected because he promotes the eternity of the memory of the "other" – and as such – is granted the exclusivity and glory of self-representation. Note, however, that its implementation also formalizes a clear epistemic conquest. By the mid-fifteenth century and before the advent of photography, the spell of self-representation forced painters to epistemologically harmonize three fundamental achievements: *verismo*; pictorial space; and social awareness. The development of the absolute mimesis of reality would thus have had as its primary objective the faithful and truthful representation of the individual. From the fusion of these three concepts will be born the self-portrait and the selfie of the artist.

Until the democratization of photography in the late nineteenth century, self-portrait was thus totally restricted to the territory of painters, but conditioned to three conditional reflexes: epistemic consciousness; social awareness; and narcissism. In the treatise *De Pictura* that Leon Battista Alberti published in 1435¹, the invention of painting is attributed precisely to Narcissus. Alberti raises this question when he refers precisely to the statutory conquest of painters, hitherto regarded as mere craftsmen. The reflection of this 'first' painter – paradoxically fatal and virtuous – would henceforth institute painting as a perennial reflection of human nature, and in particular of his cultivators – the artists. The mirrored surface of water thus constitutes for Alberti the ideal metaphor to illustrate the magna function of painting as a checker of identity (Alberti, 2004: 61). The first glimpse the painter observed was precisely his reflection – the painting thus translates in an inducer of self-awareness. The depiction and understanding of the outer "Self" thus led to the understanding of the workings of the universe where the self moves and operates. Its practice and conquest takes the form of epistemological mechanism: the subject who self-portrays himself pictorially knows himself visually outside

in but intellectually inside out. The pictorial self-portrait is thus intimately associated with self-awareness, but in an absolutely opposite way to the contemporary production of the selfie, a process through which the image undergoes an ontological cut between the portrayed object and the being that produces it.

The right to self-representation – as it means a clear intrusion into a sealed aulic world – is thus taken as an unparalleled and perennial liberal achievement. The artists, stripped of their statutes until the mid-fifteenth century, were the first to self-represent themselves in the works they then produced. The urgency of the artistic "Self" thus overlapped the existential smallness of the craftsman. Self-portrait thus assumes itself as an element of social integration in the sphere of those who command it. The Maecenas is portrayed because he pays, not because it is endowed with self-representation mechanisms. The early action of these mechanisms becomes particularly clear in the first images by three artists whose action played a preponderant role in the statutory affirmation of painters in the fifteenth century, namely through the creation of painted frontal self-portraits with a novelty – the artist directly confronting the observer of the work: see the paradigmatic case of the work *Raising of the Son of Theophilus* and *St. Peter Enthroned*, painted by Masaccio between 1425 and 1427 in the Brancacci Chapel in Florence; the panel *The Just Judges* of the magnificent Ghent Altar, completed by Jan Van Eyck in 1432; or the self-portrait painted by Rogier Van der Weyden between 1435 and 1450 in *The Justice of Trajan and Herkinbald*, and referred to by Nicolau de Cusa in *The Vision of God* as a display of a singular omnivision effect. These three works contain what it is believed to be the first artist self-portraits while clear statements of self-awareness and liberality. Following this process is also the alleged self-portrait on display at the

¹ The *Editio Princeps* of *De Pictura*, was published in Basel in 1540. The Italian version was printed in Venice in 1547. However, from 1435 onwards, numerous handwritten versions of the treatise, both in the Latin and the vernacular versions, began to circulate.

National Gallery and painted by Van Eyck in 1433 (fig. 01). At the top of the frame the artist inscribed as philosophical set of ideas: *Johannes de Eyck me fecit*; at the bottom, *Als Ich Can*, i.e., *quo potest* in literally translated as 'as I can'. The painting, depicting the living image of the painter, thus resembles "as it can" the image of his high craftsman. The painting, thus

formulated, truly configures, according to Gianlucca Cuozzo, a mirror capable of reflecting the artist's alter ego: "anyone who looks at the portrait should know that it's an image of me that, no matter how faithful, is neither true nor perfect, capable, that is, of being carried out with an even greater precision up to infinity" (Cuozzo, 2018: 127).



Fig. 01. Eyck, Jan van. (1433). *Portrait of a Man (Self-Portrait?)*. [online image]. Oil on oak. National Gallery, London. obtained from: <https://www.nationalgallery.org.uk/paintings/jan-van-eyck-portrait-of-a-man-self-portrait>.

For Belting, the new pictorial typology developed in Flanders from the third decade of Quattrocento should be understood in the context of a social conflict that opposed the nobility to the new and emerging social realities. At the heart of this distant revolution lies, in fact, the origin of the contemporary Selfie, manifesting itself as an innovative aesthetic product, i.e., the true and mimetic representation of the individual as grantor of memory and social status. This new typology of representation will be responsible for the advent of a previously unpublished theme: the bourgeois portrait taken under a renewed design, that is, as a magic mirror of the human being in opposition to the idealized portrait of the nobility with purely aulic and / or symbolic purposes (Belting, 2014: 29; Smith, 2004: 47). The contemporary subject, in portraying himself, conveys precisely an image value pointing out to this process. The new, but also the old social portrait is thus characterized by two essential and, in a sense, paradoxical qualities: individuality and / or uniqueness; and wholeness or completeness. If on the one hand the portrait has as its primary function to reveal what distinguishes the portrayed from the others, or even from itself if it was portrayed in a different period or under different circumstances, on the other hand it seeks to reveal what the portrayed has in common with the rest of humanity and what remains constant in it, regardless of place and time (Panofsky, 1971: 194). This process remains, from the perspective of Byung-Chul Han, inscribed in contemporary rituals of the search for otherness: "Today, everyone wants to be different from everyone else. But in this desire on the part of each to be different, the identical remains" (Han, 2018: 30). Hence, the self-portrait of once and the contemporary Selfie demand the integration and contextualization of the individual in society – its ultimate purpose is the *like*.

Like the contemporary selfie, the *Quattrocento* artist also represents himself integrated in the socio-imaginary universe that he inhabits. Primordial traits of similar significance with the Selfie are there in the

Flemish pictorial representations, where reflections of the painter are concealed on the mirrored surfaces. A faithfully represented mirror, armor, or helmet are not singularly constituted as such, but reified by returning the reflection of the world inhabited by the artist. Examples of this unique mechanism of indirect self-representation are clearly contained in numerous works by Jan van Eyck: see the specific case of the painter's reflections on St. George's armour in *The Virgin and Child with Canon van der Paele*, painted between 1434 and 1436; or in the famous *Arnolfini Portrait* (fig. 02), where the reflection in the mirror in the background clearly illustrates the complexity of the self-representation mechanisms used by the artist. Accurate and relatively recent studies on the optical phenomena contained in both works by Jan Van Eyck and Robert Campin lead us, according to the authors, António Criminisi, Martin Kemp and Sing Bing Kang, to draw a set of conclusions whose impact certainly implies a broad and profound theoretical reflection around the usual conceptual assumptions of art history. Stemming from an accurate multidisciplinary examination of Robert Campin's *Saint John and Donor* (fig. 03) and *Arnolfini Portrait*, the authors establish a complex geometric, mathematical and computational analysis of the reflexes contained in the two convex mirrors represented in both works and the conclusions we draw are surprising:

Whereas it may be possible to envisage an imaginary view in a spherical mirror, it is inconceivable that such consistently accurate optical effects could have been achieved by a simple act of the imagination. We are drawn to what seems to be the inescapable conclusion that the artist has directly observed and recorded the effects visible when actual figures and objects are located in a specific interior. Such a result means that, at some point, models must have been posed in exactly those positions occupied in the painting (...)" (Criminisi, Kemp e Kang, 2004: 117-118).



Fig. 02. Eyck, Jan van. (1434). *Portrait of Giovanni(?) Arnolfini and his Wife*. [online image]. Oil on oak. National Gallery, London. obtained from: <https://www.nationalgallery.org.uk/paintings/jan-van-eyck-the-arnolfini-portrait#VideoPlayer95520>.



Fig. 03. Campin, Robert. (1438). *Saint John the Baptist and the Franciscan Heinrich von Werl*. [online image]. Oil on oak. Museo del Prado, Madrid. obtained from: <https://www.museodelprado.es/en/the-collection/art-work/saint-john-the-baptist-and-the-franciscan/28b9fdc8-467b-4528-8eba-de91581ccad5>.

This set of conclusions is a truly unexpected reality, showing at a glance that Selfie's self-representative impulse, taken as the subject's authorial reflection was there more even before that we often thought. These surfaces thus assume the typological value of the 'magic mirror' and support their self-representation. Through this mechanism, the artist demands recognition by the "other", formalized through the restricted presential and social media he joins. Its impact, however, becomes overwhelming as it emanates from the centre of alic power. The artist serves the pamphlet purposes of the patrons, and by visually integrating himself with these mechanisms of statutory authority, he assumes an equivalent status. Their integration, parasitic and timid, is almost always done in the deep spheres. The challenge of direct gaze thus contrasts with the discreet positioning in the religious and social hierarchies represented. The epitome of this self-affirmation process is shown in the self-portrait of Alte Pinakothek of Munich, which Albrecht Dürer painted in 1500 (fig. 04). Dürer, because he can, wakes up in this glorious year of 1500 metamorphosed *in imaginem* of God. His self-representation manifests itself simultaneously in three complementary spheres: the narcissistic operative, witnessed in the entered formula²; the theological through the representation of the symbolic mirror of God; the philosophical by introducing the doctrine of the "absolute gaze" of Nicholaus of Cusa. Through these three mechanisms, Dürer assumes, in Belting's view, an opposite position to that of the young Narcissus, that is, not an entanglement in self-love, therefore narcissistic-depressive, but an act of superior complexity: "The portrait has thus an excess of reference, because it is not limited only to the man of flesh and blood portrayed here, but reveals in it an absolute beauty that transcends him. The divine resemblance thus stands out in the full resemblance of the portrait with the face of Dürer" (Belting, 2011: 125). Representing the outside world thus asserts itself as the ultimate affirmation of power.

Self-representation is instituted as the ultimate 'luxury' – the only procedural demand capable of overcoming both social exiguity and amnesia. Through the written formula applied to painting, Dürer confirms precisely the "notarial" nature of his work. At twenty-eight he paints himself with colour because he can: the affirmation of his power is clear; clear enjoyment of his status. The image thus produced does not reflect the tiny uniqueness of the Selfie, but rather a plural visual sense of multiple meanings. The "self" in Dürer takes on the nature of multiple Selves of wide significance – the selfie morphs into *Selvie*.

Indeed, Like Narcissus, Dürer also lurks behind a singular act. His depiction, however, is the sublime³. For this reason, it doesn't fall into the category which Belting calls 'image abuse'. Its representation, far from the banality and grotesque, fully assumes the Icon's formula: "The resemblance between icon and portrait, a metaphysical resemblance, leads to the sense of Dürer's self-portrait. In this unusual portrait, face and mask, God's own face and mask are printed and impressed with each other, to use photographic terminology" (Belting, 2011: 126). His reflection thus constitutes an act of theological disobedience while simultaneously conferring on his face the beauty and nature of the sacred icon. Through this act the painter seems to evoke the transcendence of the magic mirror thus bringing back the classic concept of *Kalokagathia*, that is, of the Greek concept of the good and the beautiful and the inextricable connection of these two concepts. His statement seeks not only the harmonization between beauty and supreme goodness but fundamentally the usurpation of categories usually regarded as the privilege of the ruling classes: social and intellectual virtue. From this perspective, artistic self-portrait is thus the first act of social disobedience in the image history of humanity. The contemporary Selfie – the trivialization of this achievement.

2 *Albertus Durerus Noricus ipsum me propriis sic effingebam coloribus ætatis anno XXVIII*: Albert Dürer of Nuremberg, I so depicted myself with colours, at the age of 28.

3 The conceptual anti-climax of Dürer's transcendent portrait will come with the process characterized by Max Weber as "Disenchantment of the World" (*Entzauberung*). This will manifest itself through progressive rationalization and intellectualization, by the elimination of magical and animistic beliefs, as well as mysticism, metaphysics and by an exacerbated alienation of the individual. The spiritual world will become progressively empty and sterile. This alienation will give rise to a growing pessimism with evident reflexes in the processes of self-representation. This phenomenon is inscribed both in the moralizing and self-punishing character of Caravaggio's self-portraits (1571-1610); as in the disenchantment and socioeconomic decay of Rembrandt's self-portraits (1606-1669); as well as, in the plea for silence that Salvator Rosa's self-portrait shows (1615-1675) (Houser, 1965: 89-90; Weber, 2015: 33-34).



Fig. 04. Dürer, Albrecht. (1500). *Self-Portrait at Twenty-Eight*. [online image]. Oil on oak. Alte Pinakothek, Munich. obtained from: <https://www.sammlung.pinakothek.de/en/artwork/qlx2QpQ4Xq/albrecht-duerer/selbstbildnis-im-pelzrock>.

SELF-PORTRAIT IN THE AGE OF MECHANICAL REPRODUCTION – THE “AGE OF DEMOCRATIZATION”

One might generalize by saying: the technique of reproduction detaches the reproduced object from the domain of tradition. By making many reproductions it substitutes a plurality of copies for a unique existence. And in permitting the reproduction to meet the beholder or listener in his own particular situation, it reactivates the object reproduced (Benjamin, 1992: 79)

Democratization of photography has definitively alienated the subject from the epistemic ‘action’ of self-portrayal. In the Photographic Herald and Amateur

Sportsman of November 1889, Kodak announced precisely the end of this ontological milestone: “*You press the button, we do the rest*”. The advent of mass pho-

tography thus characterizes two striking events in the imaginary universe: the end of artistic exclusivity in self-representation; and the full institution of the image as absolute truth. Photography, unlike painting, seemed to show reality as it was, without artifice, manipulation or idealization. As a record of reality, it seemed immune to any and all external influences that had hitherto obscured the truthfulness of art. This mutation in the nominal value of image in the transformation of twentieth-century European societies is clearly defined in Eric Hobsbawm's *The Age of Extremes*. Indeed, for Hobsbawm the massification of photography during the twentieth century would assume an absolute documentary nature in light of the "illusory belief that the camera doesn't lie" thus manifesting itself as a reflection of apparent authenticity: "men and women have learned to see reality through camera lenses" (Hobsbawm, 2011: 194).

A clear example of the transition between the pictorial image, manipulative and transcendent in its inventive nature, and the uncompromisingly 'real' photographic image, is present in Jean-Jacques Rousseau's 1752 comedy *Narcissus*, or the lover of himself. The fact that it was written about two hundred and fifty years after Dürer's self-portrait but a century before the advent of photography, becomes extremely relevant because it gives this transition a clear ontological value. In the original comedy, Valère's pictorial portrait is manipulated to make him look like a woman. As a result, and because he doesn't recognize himself in the metamorphosed image, Valère falls in love with himself. Faced with this bizarre thing, Angelique questions the legitimacy of self-love and the need for approval as a mechanism for social integration: "*After all, what do you find so ridiculous in him? Since he is lovable, is he so wrong to love himself, and do we not set the example for him? He aims to please. Ah! If that is a fault, what more charming virtue could a man offer to society?*". The timeliness of a text written in the mid-eighteenth century is underlined by Simon Critchley, who questions precisely the typological value of the image as conferring distinction and inequality, marks that characterize precisely the contemporary Selfie: "*It is with this desire for distinction that the healthy 'amour of soi' or 'self-love' that defines human beings in a natural state begins to be transformed into a narcissistic amour propre or pride. For Rousseau, the origin of narcissism consists of this desire for social distinction, from a sense of one's own importance. Thus, inequality and narcissism derive from the same source*" (Critchley, 2015: 6, 62-63). This particularly narcissistic and affected universe denoted by Rousseau is also reflected in contemporary

imagery. A satirical print from the British Museum dating back to 1782 seems to illustrate precisely the banality of self-contemplation as a mechanism of social isolation that Rousseau's comedy translates. An impeccably uniformed young officer watches his own reflection on the mirrored surface of a lake, thus causing the despair of a totally ignored young woman aspiring the role of wife (fig. 05). Like the lake that Valère contemplates, the contemporary subject also demands its reflection on the mirrored surfaces of the digital. The mobile phone is thus established as a portable mirror surface – a space where Narcissus never drowns before, it seems to emerge metamorphosed and renewed at every moment⁴. Byung-Chul Han denounces precisely the centrality that the immanence of the reflection constitutes in today's imaginary culture. The concept of smooth, polished, and the absolute absence of creases are, in his opinion, intrinsic symbols of the contemporary beauty (Han, 2016).

Like the young Narcissus, the coeval subject delights only through the contemplation of his reflection. However, his presence is no longer restricted to the background but imposes itself before the reality that surrounds it. Its framing, being also parasitic like Flemish painters, now asserts itself in the foreground. His attitude is one of defiance, feeling, narcissistic and of permanent self-love. The contemporary subject is thus unable to understand self-representation as a primordial 'luxury'. His production is that of the banal and repetitive gesture. The image he produces, as it depicts an immediate present, transitory and ephemeral, is never constituted as a point of ontological reflection. For Byung-Chul Han, this phenomenon translates into the establishment of what he calls a "feeling of emptiness": "The addition to selfies does not have much to do with a healthy love of oneself: it is nothing more than walking in a void of a narcissistic self that was left alone. Before the inner emptiness, the subject tries in vain to produce himself" (Han, 2018: 35). This instituted self-representation manifests an absolute absence of references – he will never possess the inheritance of Dürer's icon. His face has the quality of the mask. The authenticity and transcendence of pictorial self-portrait has given way to the banality, grotesqueness, and worthlessness of the Selfie.

Thus, the photographic image assumes new competences diametrically opposed to the seminal soteriological functions that are usually kinked to its inception and development. This process promotes, in Belting's view, a clear shift between the "thing" and

4 Despite being a self-preserving device, it is certain that the portability of mobile phones and the insane pursuit of the original selfie lead to countless accidental deaths every year. The resulting tragedy contains within itself the original pathos of Narcissus's death.



Fig. 05. Bowles, Carington. 1782. *Narcissus and the Nymph Echo*. [online image]. Mezzotint hand-coloured. The British Museum. Registration number: 1935,0522.1.83. obtained from: <https://www.britishmuseum.org/collection/image/148334001>.

its image: "Images are today consumed as information, thus sparing the general public the fatigue of reading. It's information with the unspoken invitation to idolatry" (Belting, 2011: 24). Image, taken here as a simplifier of speech, thus promotes the dysfunction of thought. However, since the beginning of its massive production and dissemination, image has not always assumed the same purpose and function and is still free from the exclusive sphere of the individual. In fact, until the dawn of the nineteenth century, it was almost always associated with an individual salvific discourse, whose contours took on a doctrinal and/or moralizing appearance and after this clearly became a distinguishing means between these two belligerent social groups. However, this nominal value of image, taken as a mirror/reflection of the emerging societies of the twentieth century now has a clear solipsistic dimension. The "truth" once bestowed upon the image intensifies the infirmity of thought. While previously

it granted social or group awareness, today image is trapped in the narrow psychic "bubble" of its producer. The producer thus assumes, at the same time, the role of consumer and enhancer of his own image, a value that he later confirms through the adhesion or refutation of his digital peers.

This autophagic dimension of the image now takes on contours of absolute novelty. While on the one hand there has never been such a marked independence in both production and visual awareness of ourselves, on the other, the individual image has never before assumed such a despicable and prosaic value. This phenomenon resulted in what Han calls the narcissistic-depressive subject. The reverberation of his world happens to the extent that it constantly revises itself in its reflection – a kind of *mise en abyme* where the subject, like Valère, "drowns" passionately in his own image: "Depression is primarily a narcissistic

affliction. It's an excessive and pathologically inverted relationship of the individual with himself (...)" (Han, 2016: 75). This self-awareness clearly formalizes the traits of a society ruled by a singular paradox, i.e., a society that despairs in the pursuit of a singular individualism by diluting the "I" into an absurd collectivism. Thus, individualism nowadays takes on contours of curious historical dissociation, i.e., constantly promoting the search for personal and identity imagery through selective imitation of peers. This mechanism may be the reason behind the establishment of an original imaginary phenomenon: if from the perspective of the sender there is the illusory sensation of achieving a resounding originality; From the point of view of the recipient, however, this has almost always contours of obvious banality. The receiver tends to banalise, integrate and normalize the external image in contrast with its illusory originality, thus imposing a clear ambiguity on identity processes. The visual thinking of the "other – integrated, reformulated and consecrated in the operative mechanics of the "I" – almost always translates into illusory and original novelty.

In this post-digital age, we are thus confronted for the first time in the history of mankind with challenges of urgency, that is, the need to recover and defend at all costs the space established between peripheral and individual and between one individual and the others. Within the space of a decade or so, the traditional generational barriers were removed and replaced by shapeless and artificial age horizontality, translated into a diffuse and depersonalized mass. Depersonalization is now an imperative condition for a broad sociocultural reach, that is, the more the depersonalization of an ideal is emphasized, the larger and more totalitarian it becomes. Thus, social media themselves constitute a diffuse and illusory leveller of many hete-

rogeneities, confusing and masking some modern sociocultural markers: cultural reality – economic reality – social reality. Through the manipulated self-portrait and the emulation of character, mannerisms and postures alien to the subject's own internal reality one thus seeks to achieve a notorious sociocultural amalgam.

Notwithstanding the falsehood of the identity traits thus established, its illusory penchant almost always leads to a perpetuation of the model: on the one hand given the fear of the emptiness that "being" itself is faced with, now deprived of its identity chains and equally levelled; on the other, given the very desire for modular perpetuity that social media induce and establish. This mechanism promotes what Belting calls 'image abuse', i.e., an inductive process that makes it impossible to ultimately ascertain its truthfulness: *"It's impossible for us to see both its production and the falsehood carried out in and with them (...)* We would have lost all control over them if we loose the ability to tell between proof and falsification" (Belting, 2011: 35). Self-image, taken here as selfie but at the same time assuming the traditional value of self-portrait, thus assumes itself as the absolute icon of this age. Selfie and the processes of self-representation thus become the apogee of what Günther Anders referred to in 1956 as 'icon mania', which Belting defines as a mechanism of evasion of oneness: *"We try to abolish the limits where our life unfolds. The simultaneous consumption of the same images offer the sensation of living in a world without social and cultural barriers – which is undoubtedly a self-delusion"* (Belting, 2011: 23). The subject thus seeks to achieve the ultimate metamorphosis of his daily reality through the manipulation operated in his self-image.

FROM THE "AGE OF CATASTROPHE" TO THE "AGE OF BANALIZATION"

When Gregor Samsa woke up one morning from a restless dream he saw that he had become a monstrous insect in his sleep (Kafka, 2007: 9).

The image overlaps sign and word simply because the latter formulates both a convention and demand, in Belting's view, a clear compromise as regards its deciphering: *"We do not believe as much in signs as in images, but we have to decipher and interpret them"* (Belting, 2011: 10). The traditional vehicles of cognitive distinction, resting to a great extent on the produc-

tion and dissemination of original thought, have thus given way to forms of language sustained almost exclusively on image. The complexity of the written code, used mostly in pre-digital mass media has been turned into visual phonemes of singular simplicity. These thus approach a seminal linguistic matrix focused exclusively on the set of references and stripped of some of

the most sophisticated foundations of language: the case of signs; of analogy; of allegory; of metonymy; of metaphor; of symbolism; and meaning. This seemingly ambiguous setback becomes even more problematic when confronted with the obvious inseparability between thought and language as defined by Max Müller: "(...) *Language and thought are inseparable, and (...) a disease of language is therefore the same as a disease of thought*" (Müller *apud* Cassirer, 1992: 109). Thus, verbal language tends to assume an increasingly onomatopoeic and liminal character, assisting the decoding system usually associated with nonverbal language – "*Language and culture become superficial and vulgar*" (Han, 2016: 29).

However, and unlike the present subject, the pre-digital age would be described exclusively through linguistic and verbal resources. The transfer or communication on their state of mind or identity would occur mainly through epistolary models, never imagery. This practice assumes a reflection, a plunge into the identity of being – ultimately – the realization of a psychological self-portrait. The contemporary subject doesn't make take the plunge, but rather dwells on the surface through the superficial self-portrait. This superficial image – of immediate understanding – seeks the superficial acceptance of identity pairs. This mechanism results in one of the perverse effects that the selfie of social networks promotes, i.e., conversion of the "other" into a mere peripheral and visual and identity reverberation of the producing subject. This metamorphosis mechanism thus translates into a system of mutual recognition, of specular and encomiastic nature. I recognize and approve the "other" in proportion to the recognition and approval that this "other" gives me. This acceptance mechanism is thus behind the exponential increase of social media users – its growth will be unstoppable as will the need for integration and approval that the subject places on his peers. He is desperately eager to be seen and to be liked. Contemporary society is thus delighted in the exact measure of a single word composed of four letters only – like. The despair that "like me" translates rests equally in the secret desire of wanting the "other" to be precisely like me. The generalized volition of approval thus lead to the generalization of homogeneity. The desire

for metamorphosis into what the "other" represents was never that desired as then.

However, this desire for metamorphosis and alterity today takes on a totally opposite proportion to that experienced in the first half of the 20th century – the era of catastrophe (Hobsbawm, 2011: 190-191). Despite the massive advent of photography and the democratization of self-image – this era will be shaken by a strong sense of incomprehensibility of the human condition. The feeling of exclusion or of not belonging to the collective, was superimposed on all the mechanisms of individuation, whether literary or imagetic. This fear of the individual's metamorphosis into a collective and anonymous being, has now given way to a deep desire for belonging and social dilution.

A contemporary Gregor Samsa would not wake up to the nightmare of functional depersonalization that his metamorphosis into a gigantic insect represents, but rather to the identity and visual urgency towards his peers. A Kafkian social universe in everything similar to that characterized in *Metamorphosis* that would wake up having the same nightmare: However, thanks to the imaginary dilution of the subject in the "other", he would not realize this. Kafka finds in the metaphor of man's metamorphosis into an insect the symbol of his extreme dehumanization, i.e., an inverted being diametrically opposed to the morphological norm of the human being: skeleton on the outside and viscera diluted on the inside. Like this representation, the coetaneous subject is also inverted in its ontological sense, that is, it shows a full external imaginary significance but is however diluted and empty inside⁵. Thus, and in light of the imagery and depersonalizing whirlwind that social media promote, one might wonder whether all Gregor Samsas have been eradicated in this post-digital age. We don't believe it, but there are substantial differences that mitigate his condition. Indeed, today all the Gregor Samsa's of the world communicate with each other; all share their identity void before falling asleep; and all without exception reverberate the reflection of the emptiness of their existential statement the morning after.

Along with this reality, the contemporary world shows another curious and innovative narrative overlap stem-

⁵ The monstrous being that Kafka imagines, diluted inside, rigid outside, is a symbol of extreme dehumanization, an ontological inversion of being. The contemporary desire for self-representation also follows a similar model. The selfie reproduces only a rigid and narcissistic version of the exterior, but a total dilution of the portrait's identity and ontology. This illusion clearly does not satisfy the subject's desire for identity, but rather reproduces Gregor's original emptiness.

ming from the tragic tradition of the children's tales. The Kafkian myth of the decay and abandonment of 'Being', diluted in the post-industrial effluvia, is thus overlapped with the myth of the magical mirror of the German tale *Schneewittchen* known through the Grimm brother's version as *Snow White*. The specular reflection plays in this tale the role of palliative, still enclosed in the long classical tradition of *Kalokagatia*. Remember that for the Greeks, good existed only in the concentricity of the beautiful, pushing ugliness and evil away into periphery – as this were interrelated and interdependent concepts. The reflection on the mirror; genuine ontological peripheral, thus translates into an immediate and imperative redemption, he only assurance of the survival of the evil character of the story. The Selfie as confirmation/approval of the 'other' is a perfect metaphor for the magical mirror of the *Schneewittchen* tale. The image it produces, according to current standards of beauty, almost always represents a being asleep being to his inner reality.

Let us now imagine for a moment that Gregor Samsa had in his circumscribed habitat the benevolent agreement of the magic mirror. Endowed with this peripheral oracle, Samsa would seek salvation through social dilution and the approval of his peers, precisely what social media promise – agreement and horizontality in the meaning of life. The Computer, provided with a "social" network, thus becomes a magical mirror and the ultimate palliative for the hardship of the emptiness that the contemporary "being" is faced with. Each user is himself the "Being" who inhabits the mirror, qualifying and attributing the ultimate meaning of the action, the word, the choice, the destiny of the "Other" through a simple like. We need however to reflect on the nature of the matter, i.e., whether the personification of evil that the Grimm brothers inscribe would lead to salvation by repeating the famous mantra: *My mirror, my mirror, is there anyone more beautiful than Me?* In the original tale the mirror is deprived of the faculty of lying, but we envision here the process through which lie is formulated as a survival mechanism. The lie always represents an escape from reality, from inexorable peer censorship, and inevitably from punishment. Therefore, what lie institutes is rather an alternative universe where the being attains, through ignorance, the benevolence of forgiveness. The mirror doesn't lie, not because it's intrinsically good, but because no survival imperative arises for it. The survival of the oracle should thus depend on the content of answers, and the metaphorical mirror, through a process

of self-preservation, would immediately begin to lie, that is, to create benevolent and alternative universes for its sphere of comfort. And what mantra would Gregor Samsa achieve for his own identity salvation? It would be through a qualifying formula – *Tell me my mirror, is there anyone emptier than Me?* Or through a quantifying formula – *Tell me my mirror, is there anyone as empty as me?* One way or another, the result is always a reinforcement of Samsa's identity buttress; yes, it's true that the emptiness remains, but now this emptiness is the norm, being quantified, qualified, promoted and distributed by others.

The Samsa's of today have generated a new identity centre through the existential parity promoted by communication. Unlike the original oracle, these new social "mirrors" lie, and do so consciously. Alternative universes must be instituted so that their very existence is preserved and grounded, hence the importance of validating the reflection of the 'other' as a mechanism of self-preservation, that is, as the grounding of the 'Being' itself. Just look at a group of people who have no apparent relationship with each other every day to realize that the mirror no longer prefigures a static and immovable object but is present in all social interactions. Its portability has been ensured with the aim of perpetuating this identity fulfilment when the "Being" is threatened with more weaknesses, that is, in direct contact with the "Other". Thus, the contemporary subject, provided with his new "social" peripheral, shuns the judgment that the physical gaze of the "other" always implies, through the comfort of the identity convergence with the virtual "other". This reality confirms what Kafka calls '*ghost communication*', that is, remote communication as an impediment to the absolute understanding of the 'other': "(...) *How did we come to the idea that people can get along with each other through letters? (...) Written kisses don't reach their destination, they are drunk by ghosts along the way*" (Kafka, 2018: 214; Han, 2019: 105).

It's worth mentioning however that in the original *Metamorphosis* this mechanism of confrontational communication is fully absent. This absence is an extremely relevant aspect as it establishes an obligatory chronological counterpoint to the present. Indeed, and unlike the post-digital subject, Gregor Samsa is not confronted at all with his own reflection. It doesn't allow him to the limit of his strengths to be seen as intending to maintain the integrity of his privacy. The *Metamorphosis* introduces us to a Gregor Samsa lying

on his back on the bed and trying hard to understand what's wrong with him. From this point of view, we are before a subject still trying to understand and to find the roost of his existence, thus opposing to the current subject who only demands approval and recognition in the face of the "reflection" he sends. Gregor's first impulse is to institute an internal anamnesis in order to feel and understand what is going on with his body. He never searches his reflection and his perception is exclusively sensitive and non-visual. Gregor "feels" the bulging and useless dimension of his new body, which he can see little or nothing at all. Moreover, Kafka's description of the room is brief in this respect – there is no mirror. Incidentally, apparently no mirror is present in the Samsa family home. The Samsa family still seems to dwell in a pre-image world. In Gregor's room there is only a single visual reference – a photograph of a lady in a small hat clipped from a newspaper. This small glimpse of the social world, outside and diametrically opposed to the one in which Gregor inhabits, seems to constitute a reference window from another universe, distant and unreachable. Moreover, all descriptions and confrontations with reality will be literary and dependent on direct or indirect observers. Confirmation of his monstrosity is given to him exclusively through the eyes of others, his family, thereby confronting him with a reality that Gregor does not visually reach in its entirety. The Kafkian world constitutes itself as a presential world by nature, and communication takes on a dimension diametrically opposed to the phantasmatic communication. Gregor's self-portrait thus does not depend on any external and visual peripherals, but on a perception of his Self, of the archetype of himself.

Remember, however, that with the advent of photography, the individual will have been limited to the smallness of his reality. Perhaps for this reason Gregor Samsa is stripped of any mechanism of imagery self-representation. The intrinsic veracity of photography, like the "magic mirror" that doesn't lie, is not compatible with the sensitive-depressive world that the subject of the twentieth century now inhabits. It is no coincidence that Kafka gave detailed instructions to his editor in order for the cover would not visually illustrate Gregor's metamorphosis. He feels like an insect but, however, nowhere in the narrative does he see himself

as an insect. In 1916 edition of *Die Verwandlung*, the cover made by Ottomar Starke features a tormented man who hides his face with his hands (fig. 06). This specific action, that of covering the vision, brings the reader to an entirely psychological and sensitive world, given that much of the action takes place precisely inside Gregor's consciousness. From the literary point of view, it's a skilful work of imaginary and descriptive occlusion, but there are numerous contemporary pictorial examples whose similarity to the Kafkian psychological self-portrait is clearly there. In fact, and given that the advent of photography had long dispensed with the necessary pictorial realism, the pictorial self-portrait thus became also a mirror of the artist's archetypal and psychological reality. In the same year that Kafka wrote *Metamorphosis*, several painters looked at each other under the same visceral and distorted angle, establishing self-portraits in everything equivalent to metamorphosis. The conceptual formula of self-representation as the supreme 'luxury' and engine vehicle of statutory affirmation was definitively ignored. Henceforth, self-representation would imply confrontation, and this confrontation translated almost always into rejection. Europe, torn by social and political tensions and under the emerging threat of the Great War, produced monsters, and these dictated the imagery codes in vogue then. If we look at the self-portrait Ludwig Meidner painted in 1912, *Der Selbstmörder*⁶, the suicidal, we find precisely the same phantos of the metamorphosis of man torn by an oppressive reality. His body is dry, distorted and manipulated. The gaze diverges to a disturbing infinite. Like Meidner, Egon Schiele would also self-represent abundantly in the same way. Both his *Self Portrait with Raised Bare Shoulder*⁷ and his *Self Portrait with Lowered Head*⁸, painted in 1912, have the same psychological drive. Kafka, Meidner and Schiele thus denote a common concern in focusing the sense of self-representation, not as a reflection of its external form, but as a sensitive mirror of a collapsing inner world (fig. 07). This reality results from the early decline of Narcissus. In fact, after the strictly visual plunge into the authorial and statutory self-love of previous centuries the twentieth century brought about the sensitive and disturbed discomfort of the contemporary subject's consciousness. When confronted with the mirror that the gaze of the "other" represents, the reflection he sees almost always translates into a distortion of his intrinsic reality.

6 <https://www.barlach-haus.de/ausstellungen/unter-enerforschlichen-meteoriten-ludwig-meidner-ernst-barlach/>

7 <https://www.leopoldmuseum.org/en/collection/egon-schiele>

8 <https://www.leopoldmuseum.org/en/collection/highlights/131>



Fig. 06. Starke, Ottomar. (1916). *Die Verwandlung*. [online image]. Leipzig: Kurt Wolff Verlag. obtained from: <https://www.pinterest.com/pin/222576406554255490/>



Fig. 07. Schiele, Egon. (1911). *Self-Portrait*. [online image]. Watercolor, gouache, and graphite on paper. The Metropolitan Museum of Art, New York. obtained from: <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/483438>

Indeed, the sensitive perception of oneself and the outside world will be constantly challenged by Gregor Samsa through direct confrontation with others and the world. At one point he wonders, *"Have I become less sensitive?"* (Kafka, 2007: 46). The visual and direct return of this world will also be gradually put to the test. Gregor will see less and less. At one point, the only perception he has will be that of a universe stricken with his own sensations, *"for it was now becoming more myopic"* (Kafka, 2007: 54). Also, the world of communication will be truncated, presenting new and strange challenges. Initially, Gregor clearly understands what he is told, but when he speaks, the voice that comes out of his body betrays the primary function of transmission of his ideas: *"– Do you understand a single word of what he said? – The manager asked his parents. 'He's he perhaps wanting to make a fool of us?' (...) – It was an animal voice (...)"* (Kafka, 2007: 26). At the end of the narrative, communication ceased completely. Gregor already dwelled in absolute muteness, filled only by the noise of his mind. *"If only he could understand us – said his father, in a somewhat inquiring tone"* (Kafka, 2007: 96-97). It will be in this desolate universe, without any glimpse of visual or hearing communication, isolated and immobile in the midst of oppressive darkness, that Gregor Samsa will die to the great relief of his family. Gregor himself becomes a ghost – far, therefore, from face-to-face communication, thus far from the physical reality of the Kafkaian "kiss".

Let us return, however, once again to the issue proposed above, that is, to imagine that Gregor Samsa wakes up today from his restless dream. The world that welcomes him, diametrically opposed to what Franz Kafka envisioned in 1912, will present you with new challenges but also new opportunities. Samsa inhabits a world where his reflection is abundant. His self-image, profusely present at every moment of his life, completely fills his universe. In his mobile phone inhabits a whole visual universe of infinite possibilities (fig. 08). Gregor wakes up from his restless dream and feels like a monstrous insect. His first impulse is to visit his social media in the secret urge to find someone else in his condition. Everyone he sees is in fact in the same situation. He quickly sends his self-portrait with the hashtag: #wokeupliethis – not without first making a slightly affected pose. A moment later, he hears his sister in the next room laughing abundantly. He only infers her pleasure when she confirms her acceptance through a like. Few moments after shower of likes flood the visual and sonic space of his morning. Gregor felt integrated and appeased in his Metamorphosis as the entire network responded to him reactively. In an instant, his entire visual universe was transformed into an insect, and the insect that is, annulled in its uniqueness. The contemporary Gregor Samsa soothes through his selfie and his self-representation his inner emptiness. He no longer dies in the absurd loneliness of the room, but his condition is visually democratized. Metamorphosis into the "other" became his life quest. Its disclosure, the immanent sign of Narcissus.

Fig. 08. Rocha, Kaique. [2019]. *Person Taking a Photo Using Iphone*. [online image]. obtained from: <https://www.pexels.com/photo/phone-iphone-taking-photo-selfie-36675/>



REFERENCES

- ALBERTI, Leon Battista – *On Painting*. London: Penguin Classics, 2004.
- BELTING, Hans – *A Verdadeira Imagem*. Porto: Dafne Editora, 2011.
- _____ – *Miroir du Monde – L’Invention du Tableau dans les Pays-Bas*. Paris: Hazan, 2014.
- BENJAMIN, Walter – *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política*. Lisboa: Relógio D’Água, 1992.
- BONAFoux, Pascal – *Autoportrait Or tout paraît: Essai de définition d’un genre*. Paris: Editions L’Harmattan, 2014.
- _____ – *Autoportraits Cachés*. Paris: Seuil, 2020.
- _____ – *Autoportraits du XXe siècle: look at me*. Paris: Gallimard, 2004.
- CASSIRER, Ernst – *An Essay on Man: An Introduction to a Philosophy of Human Culture*. New Haven: Yale University Press, 1992.
- CRIMINISI, Antonio, Martin Kemp, et Sing Bing Kang – “Reflections of Reality in Jan Van Eyck and Robert Campin”. *Historical Methods* (2004), 109-121.
- CRITCHLEY, Simon – “Theater is Narcissism: On Jean-Jacques Rousseau’s Narcisse”. Dans *Narcissus, or the Lover of Himself*, de Jean-Jacques Rousseau, traduit par Daniel Boden. First Contra Mundum Press, 2015. Accès le 08 21, 2019. http://contramundum.net/assets/CMP_Rousseau_book_sample.pdf.
- CUMMING, Laura – *A Face to the World: On Self-Portraits*. New York: HarperPress, 2009.
- CUOZZO, Gianluca – *Representar o Invisível Nicolau de Cusa e a Arte do Tempo*. 1.ª Edição Electrónica. Traduit par Íris Fátima da Silva Uribe et Luis Uribe Miranda. São Paulo: Fontenele Publicações, 2018.
- HALL, James – *The Self-Portrait: A Cultural History*. London: Thames and Hudson Ltd, 2014.
- HAN, Byung-Chul – *A Expulsão do Outro*. Lisboa: Relógio D’Água, 2018.
- _____ – *A salvação do Belo*. Lisboa: Relógio D’Água, 2016.
- _____ – *Entretenimento e Paixão na História do Ocidente*. Lisboa: Relógio D’Água, 2019.
- _____ – *No Enxame*. Lisboa: Relógio D’Água, 2016.
- HOBBSAWM, Eric – *A Era dos Extremos*. Lisboa: Presença, 2011.
- HOUSER, Arnold – *Maneirismo*. São Paulo: Perspectiva, 1965.
- KAFKA, Franz – *Cartas a Milena*. Traduit par António Sousa Ribeiro. Lisboa: Relógio D’Água, 2018.
- _____ – *Metamorfose*. Lisboa: Livros do Brasil, 2007.
- PANOFKY, Erwin – *Early Netherlandish Painting*. Vol. I. New York: Harper & Row, Publishers, 1971.
- SMITH, Pamela H. – *The Body of the Artisan*. Chicago: University of Chicago Press, 2004.
- STORR, Will – *Selfie – How the West Became Self-Obsessed*. London: Picador, 2018.
- TODOROV, Tzvetan – *Éloge de l’individu*. Paris: Seuil, 2004.
- WEBER, Max – *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. Lisboa: Editorial Presença, 2015.

UM NOVO RETRATO DO PADRE ANTÓNIO VIEIRA

A NEW PORTRAIT OF FATHER ANTÓNIO VIEIRA

Patrícia Alexandra Rodrigues Monteiro¹, João Pedro Cambado²

¹ CLEPUL | Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias/ARTIS – Instituto de História da Arte,
Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Portugal

patricia.monteiro@campus.ul.pt – ORCID | 0000-0002-6934-2311

² CLEPUL | Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Portugal

jpcambado@campus.ul.pt – ORCID | 0000-0002-3556-8339

RESUMO

Ao longo dos séculos, a iconografia alusiva ao Padre António Vieira manteve-se muito coerente na forma como retratou o missionário jesuíta. O *Retrato do Padre António Vieira* agora apresentado introduz, no entanto, alguns elementos interessantes que, neste contexto, o tornam distinto. Na presente nota de investigação propomos, para além da análise estilística ao retrato, uma visão mais abrangente da sua integração no âmbito da fama internacional de Vieira e da receção da sua obra. Longe de estar encerrado, trata-se de um tema a propósito do qual prevalecem múltiplas interrogações.

PALAVRAS-CHAVE

Padre António Vieira | Pintura | Retrato | Literatura

ABSTRACT

Over the centuries, the iconography related to Father António Vieira has remained very consistent in the way it portrayed the Jesuit missionary. The *Portrait of Padre António Vieira*, now presented, introduces, however, some interesting elements that, in this context, make it distinct. In this research note we propose, in addition to the stylistic analysis of the portrait, a more comprehensive view of its integration within the scope of Vieira's international fame and of the reception of his work. Far from being closed, it is a topic on which multiple questions prevail.

KEYWORDS

Father António Vieira | Painting | Portrait | Literature



Fig. 01. Retrato do Padre António Vieira, autor desconhecido (século XVIII); óleo sobre tela, 201 x 120 cm; Marcos&Marcos Antiquidades, Lisboa (fot. de Florentino Franco).

Seguiu-se-lhe o retrato *post mortem* de que dá conta André de Barros na *Vida do Apostolico Padre Antonio Vieyra*: “Composto o corpo, e retirado á capella interior, antes que de todo nos fugisse dos ólhos, e fosse coberto de piedóza terra, se ordenou ficasse em pintura o seu retrato” (Barros, 1746: 495). Terá sido a partir deste que se fez uma primeira estampa em Bruxelas, nos anos imediatos à morte de Vieira, a qual, embora também perdida entretanto, constituirá o exemplar fielmente seguido pela maior parte da vasta iconografia vieiriana produzida nos séculos XVIII e XIX (Soares e Lima, 1950: 443-444): as gravuras, como a mais difundida de Arnold van Westerhout (datável de 1720-1725) ou a de Soror Isabella Piccini (publicada em 1707), e suas congéneres; e as pinturas, como a da Casa Cadaval (primeira metade do século XVIII) e a do pintor baiano José Rodrigues Nunes (anterior a 1871)¹. Esse modelo gerou, assim, uma representação convencional do Padre António Vieira como um homem idoso, com os seus instrumentos de escrita, consagrado enquanto figura maior no domínio da oratória e das letras; representação que sofreu apenas pequenas alterações ou na pose do retratado ou por meio da introdução de alguns elementos estranhos à composição original.

Neste panorama da iconografia do Padre António Vieira, merece lugar à parte um painel até hoje nunca elencado ou referido nas fontes bibliográficas, quer em Portugal quer no Brasil, o que é decerto justificável por se encontrar em Portugal há cerca dois anos, quando foi adquirido, a uma coleção particular em Espanha (Sevilha), pela galeria Marcos&Marcos Antiquidades², sua proprietária atual. O retrato (fig. 01), não assinado e sem atribuição autoral, granjeia destaque não só enquanto novo item a acrescentar ao elenco iconográfico vieiriano, mas sobretudo pelas novidades que introduz relativamente às demais representações. Na verdade, a pintura, a óleo sobre tela, segue, no essencial, a linguagem iconográfica estabelecida pelas gravuras supracitadas: a pose do jesuíta, com a pena na mão, a habitual mesa

A primeira alusão a uma imagem do Padre António Vieira é feita pelo próprio, em carta dirigida ao Marquês de Gouveia, em 1683, ao referir-se às célebres conclusões de teologia que lhe tinham sido dedicadas no México, obra e estampa das quais não se conhece nenhum exemplar: “Na Universidade de México me dedicaram umas conclusões de toda a teologia, que remeto a Vossa Excelência; e posto que da empresa da Fénix, das palmas e das trombetas nenhum caso faço, porque tudo é vento e fumo, não posso deixar de me magoar muito que no mesmo tempo em uma universidade de portugueses se queime a minha estátua, e em outra universidade de castelhanos se estampe a minha imagem” (Vieira, 2013: 291).

¹ Referimos apenas alguns exemplares da iconografia vieiriana, não cabendo aqui fazer o seu elenco exaustivo. Várias obras de referência e catálogos enumeram gravuras e retratos de Vieira, alguns ainda atualmente identificáveis, outros de identificação incerta; veja-se, nomeadamente: Soares e Lima, 1950; Machado, 1741; Silva, 1858; Moniz, 1897; *Annaes da Bibliotheca Nacional do Rio de Janeiro*, 1881.

² Os autores agradecem ao senhor Francisco Manzano, dono da galeria Marcos&Marcos Antiquidades, a autorização de recolha de material fotográfico e a disponibilização de dados sobre a proveniência do retrato em apreço.

Temos, portanto, dois textos independentes: primeiro, a identificação do retratado, em tom laudatório e retórico, na qual, diferentemente das legendas mais objetivas e formatadas de outros retratos, transparece o cunho autoral de um texto que entretece as informações biográficas do retratado com tropos e figuras retóricas, louvando Vieira sobretudo como “rei dos oradores”; segundo, um epigrama que, interpe-lando o pintor, desenvolve poeticamente o conceito já proposto no primeiro texto, da discrepância entre a imagem e o seu arquétipo e da correspondente oposição entre pincel e pena. É este um tópico clássico que o próprio Vieira abordou no seu *Sermão quarto: Pretendentes*, publicado no volume *Xavier Dormindo e Xavier Acordado*, escrevendo: “Muitas estátuas de São Francisco Xavier se têm esculpido, muitas imagens pintado, muitas estampas impresso, mas em nenhum mais ao natural, nem mais ao vivo retratado que nas suas cartas. (...) E se eu me pudera, não digo alegar, mas repetir, já disse neste mesmo lugar que os corpos se retratam com o pincel, as Almas com a pena” (Vieira, 2014: 189). Tópico também desenvolvido por André de Barros na *Vida do Apostolico Padre Antonio Vieyra*, em duas passagens a propósito de retratos de Vieira: “se ordenou ficasse em pintura o seu retrato. Querendo por este modo a nossa mágoa fazer eterno, ainda o que no Grande Vieyra era mortal; artifício grato á memoria, devído á veneração dos Varões excellentes. Mas nenhum pincel poderá já mais igualar a divina penna do incomparavel Vieyra, que quanto á melhor parte de si mesmo, inimitavelmente se debuxou. Ficou-nos no retrato o semblante, nos seus livros delineada a alma, pintura viva, e eloquente, que fará immortal a fama do Prototypo”; e “Quizeraõ tirar hum retrato seu, para que assim se firmasse melhor entre os homens sua memoria, e tivéssem a fortuna de vêlo pintado ao natural, os que não tiveraõ a de vêlo em sua propria pessoa: mas nem respeitos, nem rógos de muitos, nem as importunações de hum pintor célebre, o pudéraõ dobrar, a que nisto consentisse. Só no insensível de morto deo lugar a estas sombras de vivo; porque pouco antes de esconderem na sepultura o original, se procurou tirar huma cópia, para que não ficasse enterrada com o prototypo a sua natural figura” (Barros, 1746: 495, 614). Resultando evidente a semelhança retórica entre estas duas passagens de André de Barros e a dos textos da tarja, é possível questionar se se trata de uma coincidência casual, proporcionada pela partilha dos mesmos códigos retóricos, ou se o autor dos textos do painel conheceria aquelas passagens de

André de Barros e as teria tomado como motivo; a ser assim, a datação do painel teria de situar-se em meados do século XVIII, posterior a 1746, data de edição da obra de André de Barros.

Outro aspeto a considerar no texto da tarja é o erro quanto à datação e idade da morte do Padre António Vieira, que ocorreu a 18 de julho de 1697, contando oitenta e nove anos, e não de 1698, com noventa, como ali é afirmado. Ainda que pudéssemos justificar como imprecisão, e não erro, a contagem da idade com a intenção retórica de conjugá-la com os “dezoito lustres” que teriam sido completados pelo jesuíta, a indicação da data é um erro manifesto. De facto, algumas notas biográficas de Vieira tenderam a arredondar a sua idade para noventa e as legendas dos seus retratos, como a de Westerhout, optaram por grafar *prope nonagenarius*, “quase nonagenário” (ou “de quase 90 anos”, como no Retrato da Casa Cadaval). O erro na data parece, contudo, mais incompreensível considerando o nível de conhecimento da vida e obra de Vieira que o painel ostenta, quer nesta tarja quer nos livros da estante. Terá resultado de um lapso, da consulta de uma fonte errónea? Independentemente do motivo, este equívoco sugere-nos um dado sobre o contexto de elaboração da pintura: um distanciamento temporal e/ou espacial relativamente ao acontecimento da morte de Vieira, mediante o qual tal erro fosse mais admissível.

Para a inferência de distanciamento espacial contribuem outros fatores, nomeadamente a língua em que surgem grafadas as inscrições das lombadas na estante: se os textos da tarja estão escritos em latim, que lhes conferiria solenidade e universalidade, os títulos que se descortinam nos livros surgem em castelhano, o que nos induz a situar a produção da obra num contexto espacial de língua castelhana, e não no contexto original de Vieira, que era o império da língua portuguesa. Detenhamo-nos na leitura destas lombadas, desenvolvendo as respetivas abreviaturas e identificando a informação aí disponibilizada. Algumas, sobretudo na primeira prateleira de cima, conservam ainda a opção pelo latim para a inscrição não de bibliónimos, mas de antropónimos, especificamente de seis Doutores da Igreja, os quatro Padres Latinos – *Doctor Hieronymus*, *Doctor Ambrosius*, *Doctor Gregorius* (embora com erro na abreviatura: *Greo.*), *Doctor Augustinus* –, juntamente com *Doctor Tomas* (sic) e *Doctor Bonaventura*. Indicam-se, assim, em primeiro lugar, as leituras de Vieira, teólogos de referência e

autores por ele citados amiúde. A parte maior das inscrições das lombadas, já em castelhano, é constituída por títulos de obras de Vieira, identificando, portanto, os escritos de Vieira.

As titulações escolhidas para figurarem nestas lombadas levantam-nos também questões sobre o nível de conhecimento que o encomendador teria da obra de Vieira, sobre as edições que teria ao seu dispor e as línguas respetivas. De uma parte, encontramos designações genéricas, que não correspondem a textos específicos: é o caso de *Sermones al Rey*, *Sermones Varios* (duas ocorrências), *Sermones Varios al Rey*. Ora, o adjetivo *varios* pode corresponder a uma alusão indefinida aos sermões de Vieira, mas pode também ser o título de uma edição específica, hipótese que implicaria a probabilidade de tratar-se de uma edição castelhana ou italiana, uma vez que a *editio princeps* portuguesa tendeu a ostentar apenas o título *Sermões* (exceto nos tomos com títulos temáticos específicos e nos já póstumos tomos XIV e XV, respetivamente *Sermões e vários discursos* e *Sermões vários e tratados*), enquanto algumas das edições realizadas em Espanha e Itália, anteriores e posteriores à edição portuguesa, se imprimiram com os títulos *Sermones Varios* e *Prediche Varie*. Por sua vez, o dativo “ao rei” não consta em títulos ou respetivas dedicatórias de edições quer portuguesas quer estrangeiras, exceto no póstumo tomo XV, editado por André de Barros em 1748, com o título *Sermões varios, e tratados, ainda não impressos, do Grande Padre Antonio Vieyra da Companhia de Jesus, oferecidos à Magestade Del Rey D. João V. De novo*, também esse dativo pode ser uma alusão geral, tomada da atividade parenética do jesuíta como “pregador dos sereníssimos reis de Portugal”.

Problema semelhante coloca-se quanto aos dois títulos *Quaresma t. 1* e *[Quares]ma t. 2*: alusão genérica a sermões de Quaresma ou citação de uma edição específica? Neste caso, a identificação de dois tomos parece reforçar a segunda hipótese, o que identificaria necessariamente esses dois títulos com a edição italiana feita pelo Padre Luigi Vincenzo Mamiani em 1707, único caso de antologia temática que reúne e traduz os sermões quaresmais de Vieira, divididos nesta primeira edição em dois tomos (as impressões posteriores surgiram já na forma de um só volume): *Prediche sopra gli Evangelj della Quaresima del P. Antonio Vieyra della Compagnia di Giesù Predicatore che fù di trè Rè di Portogallo: Raccolte da dodici Tomi*

delle sue Prediche in forma d'un Quaresimale: Tradotte dall'Idioma Portoghese nell'Italiano, ed offerte alla sacra reale maestà di D. Giovanni V Rè di Portogallo &c. dal P. Luigi Vincenzo Mamiani della Rovere Della Compagnia di Giesù.

De outra parte, encontra-se um conjunto de títulos inequivocamente identificáveis, ora de textos, ora de volumes. *Heraclito* corresponde ao texto *Lágrimas de Heráclito defendidas em Roma pelo Padre António Vieira contra o Riso de Demócrito*, editado em português no póstumo tomo XIV dos *Sermões*, de 1710, mas com edição espanhola desde 1683, sob o título *Heraclito Defendido*, e com outras edições espanholas e italianas que publicaram separadamente este texto. Os três títulos *Palabra de Dios Empeñada*, *Palabra de Dios Desempeñada* e *Apologetico* são os que constituem o tomo XIII da *editio princeps*, editado sob o título *Palavra de Deus Empeñada e Desempeñada*, de 1690 (com tradução espanhola do ano seguinte). *Xaver* (sic) *Dormindo y Despierto* é o título do tomo VIII dos *Sermões*, *Xavier dormindo e Xavier acordado*, de 1694 (subsequentemente traduzido em Espanha e Itália). *Sermones del Rosa[r]io* refere os tomos IX e X da *editio princeps*, respetivamente de 1686 e 1688, intitulados *Maria Rosa Mística*, e também designados *Sermões do Rosário* (igualmente com subseqüentes edições espanholas e italianas). Por fim, *Las 5 Piedras de David* é o título abreviado do conjunto de discursos *As Cinco Pedras da Funda de David*, editado em português no póstumo tomo XIV dos *Sermões*, mas com edições em italiano (língua em que haviam originalmente sido compostos) e castelhano (em tradução do próprio Vieira) desde 1676.

Restam duas referências identificáveis, cuja inserção na pintura se revela interessante. *Predicador y oiente* (sic) *christiano* é o título de uma obra que Vieira ideou mas não materializou. No tomo I dos *Sermões* (1679), na carta introdutória que dirige ao leitor, sobre a tarefa de editar as suas peças oratórias, refere: “Se chegar a receber a última forma um Livro, que tenho ideado com título de *Pregador, e Ouinte Cristão*, nele verás as regras, não sei se da arte, se do génio, que me guiaram por este novo caminho” (Vieira, 2014: 286); carta que foi também incluída na “nova” edição espanhola feita a partir de 1680. O conhecimento sobre este título terá sido colhido nesta passagem; mas o facto de a pintura materializar em forma de livro numa estante um título que nunca foi dado à luz sugere duas hipóteses: ou uma intencionalidade que não podemos

descortinar com certeza (ênfatizar a qualidade de Vieira pregador?), ou o mero desconhecimento sobre a inexistência dessa obra anunciada por Vieira, hipótese esta que de novo remete para um distanciamento do contexto de produção da pintura relativamente ao da vida e obra do jesuíta, que tornasse admissível também este segundo equívoco.

Outra nota que reforça tal conjectura é a inserção do título *Respuesta que la Madre Juana*, um texto que não é da autoria do Padre António Vieira, mas sim uma crítica a um dos seus sermões. Trata-se da *Carta Atenagórica*, também com o título *Crisis de un sermón de un orador grande entre los mayores, que la Madre Soror Juana llamó respuesta (...)*, texto de Soror Juana Inés de la Cruz, datado de 1691, em que critica o *Sermão do Mandato* de 1651 do padre jesuíta. Esta carta provocara inflamada polémica, somando mais de uma vintena os textos que defendiam ora um lado ora outro, publicados nas décadas seguintes (até meados do século XVIII), em terras americanas e ibéricas, quase metade escrita na Nova Espanha. É, portanto, significativo que se insira na estante do painel um título que não só não é da autoria de Vieira como não terá sido por ele conhecido, revelando-se assim uma intencionalidade de destacar aquela obra da Fénix do México, a qual de novo nos leva a situar a produção deste retrato no espaço do império espanhol, em que esta figura era particularmente relevante, e possivelmente mesmo em terras da Nova Espanha.

Restam ainda três inscrições nas lombadas de interpretação menos evidente. As duas ocorrências de *Quare* serão uma referência a textos de Quaresma, ou repetindo os dois tomos supracitados, ou constituindo outra alusão não especificada. Já no canto superior direito, de leitura dificultada, parece ler-se *Hector* [?]. Não se identificando esta referência nem com um autor que fosse objeto de leitura de Vieira nem com um texto de sua autoria, é possível equacioná-la também como uma informação sobre o encomendador ou o executor da pintura, embora não consigamos interpretá-la. Permanece, pois, por esclarecer esta inscrição.

Sobre a mesa, o livro que o Padre António Vieira escreve é, como referimos, a *Clavis Prophetarum*.

Ao analisarmos a gravura de Westerhout e as suas congêneres, bem como os retratos, vemos que a obra escrita por Vieira no momento em que o retrato o capta não é identificada, representando-se o ato da escrita de um modo genérico; excetua-se o retrato da Casa Cadaval, em que o manuscrito apresenta igualmente o título *Clavis Prophetarum*. Este relevo dado à *Clavis* como obra a que Vieira se dedica em fase de maturidade torna a questionar-nos sobre o conhecimento que o encomendador do painel teria do projeto autoral do jesuíta, visto que, como é sabido, essa sua *magnum opus* não só não foi terminada e publicada em vida, como conheceu edição tardia, após um intrincado percurso de transmissão. A informação sobre esta obra e a importância a ela concedida por Vieira poderá ter sido colhida na mesma carta introdutória do tomo I dos *Sermões* já citada, quando afirma: “Só sentirei que este me falte para pôr a última mão aos quatro Livros Latinos de *Regno Christi in terris consummato*, por outro nome, *Clavis Prophetarum*, em que se abre nova estrada à fácil inteligência dos Profetas, e tem sido o maior emprego de meus estudos” (Vieira, 2014: 287); eventualmente complementada com outras fontes de informação posteriores, que referem quer a relevância da obra quer o seu estado inacabado, nomeadamente a “Carta do Padre Reitor do Colégio da Baía, em que dá conta ao Padre Geral da morte do Padre António Vieira”, escrita em latim na sequência da morte de Vieira e publicada em 1710, no tomo XIV dos *Sermões*.

Por fim, a representação de *Nossa Senhora do Rosário* (fig. 02), como uma pintura dentro da pintura, é um recurso estilístico que consubstancia nova marca da excecionalidade deste painel. Trata-se da introdução de uma pintura de temática religiosa e devocional dentro de um retrato, que é, por definição, de natureza profana. O pequeno painel ajuda a definir um ambiente mais intimista dentro da austeridade que caracteriza o *scriptorium* de Vieira. A introdução da imagem de Nossa Senhora do Rosário poderá estar relacionada com uma particular devoção do encomendador desta pintura ou pode também constituir uma referência iconológica aos *Sermões do Rosário* presentes na estante.

A imagem de Nossa Senhora, assente numa peanha, no seu camarim, é revelada ao observador através



Fig. 02. Nossa Senhora do Rosário, pormenor do mesmo quadro (fot. de Florentino Franco).

do afastamento das sanefas, apresentando-se de tocado, com uma coroa de imperatriz e um vestido de brocado decorado com joias, segurando o Menino ao colo, enquanto, na mão direita, exhibe um rosário. O modelo denota influências da imagem de vulto da *Virgen del Rosario* do Convento de Santa Cruz la Real, em Granada, datável do século XVI, a qual, em 1628, foi adornada com um vestido de prata com pedras, esmaltes e pérolas. A imagem, transposta para gravura, viu inalterada a sua iconografia ao longo dos séculos XVII e XVIII, seguindo, no seu trajar, a moda da corte dos Habsburgo (López-Guadalupe Muñoz, 2006: 167). É desta forma que Maria surge representada no frontispício da obra *Historia de la provincia de San Antonio del Nuevo Reino de Granada* (1701), do dominicano Frei Alonso de Zamora. O modelo da *Virgen del Rosario* granadina viria a conhecer uma larga fortuna artística nos territórios pertencentes ao império espanhol no Novo Mundo, através de gravados e pinturas de artistas locais. Destes, destacamos o pintor Cristóbal de Villalpando (1647-1714), o qual desenvolveu uma importante atividade na Cidade do México, tendo aí dedicado duas pinturas à Virgem do Rosário, ambas seguindo um formulário estético muito próximo ao de Granada (datáveis de

entre 1690 e 1711); realizou também um imponente conjunto de cenas dedicadas à vida de Santo Inácio de Loyola, para o Colégio da Companhia de Jesus na cidade mexicana de Tepotzotlán, obra concluída em 1710. Este modelo da *Virgen del Rosario* foi seguido por inúmeros pintores hispânicos até ao final do século XVIII.

A este vasto conjunto de informações e interpretações disponibilizado pelo próprio painel, que, como fomos alvitrando, nos oferece alguns indícios sobre o seu eventual contexto de encomenda e produção, soma-se o conhecimento que temos sobre a assinalável disseminação e admiração granjeadas pela figura e pela obra do Padre António Vieira não só em Espanha como nos territórios do império espanhol na América, sobretudo no México. Comprovam-no as já referidas conclusões de teologia de 1683, a rápida difusão da sua obra (condição de possibilidade para a crítica de Soror Juana Inés de la Cruz e a polémica que se seguiu), ou os textos em defesa de Vieira que se escreveram no México a propósito da referida polémica. Essa consideração para com o jesuíta português manifestou-se não apenas durante

a sua vida, mas prolongou-se durante as décadas seguintes, sendo disso testemunha o facto de, cerca de trinta anos após a morte de Vieira, o jesuíta mexicano Nicolás de Segura lhe ter dedicado o tomo II dos seus sermões: *Sermones Quadragesimales (...) Dedicados a la Ilustre, e Immortal memoria del Sapientissimo Padre Antonio de Vieira, de la Compañia de Jesus, Visitador de la Provincia del Brasil, Predicador de los Señores Reyes de Portugal, y Reyna de Suecia* (1729). Abre este volume a gravura de Westerhout, seguindo-se catorze páginas de dedicatória ao Padre António Vieira, e ainda um *elogium* e um epigrama latinos. Na dedicatória, o Padre Segura desenvolve sobretudo a qualificação de Vieira como Fénix dos Engenhos, cuja genealogia faz recuar à carta do padre geral Juan Pablo Oliva datada de 1680, publicado no tomo XIV dos *Sermões* (1710), demonstrando assim ter conhecimento da edição portuguesa (cita também o tomo IV); no tomo VI das suas obras, *Platicas panegyricas, y morales sobre el Cantico de el Magnificat* (1739), o Padre Segura torna a referir-se a Vieira, por mais de uma vez, como “el Fenix de los Ingenios nuestro Vieyra” (Segura, 1739: 39). É, aliás, de assinalar, voltando ao texto latino do nosso painel, que o epíteto Fénix dos Engenhos aí constante teve maior e mais difundida fortuna em contexto do Barroco espanhol, aplicando-se a vários autores de reconhecida qualidade, e sendo, pelo contrário, um apodo pouco usado em contexto português.

Os dados que temos aduzido, expressamente exibidos pelo próprio retrato ou sobre ele inferíveis, ainda nos aspetos que configuram equívocos e nas hipóteses apenas estabelecidas, permitem-nos algumas asserções sobre o particular interesse deste novo *Retrato do Padre António Vieira* no âmbito do conhecimento sobre a iconografia vieiriana. Desde logo, o facto de

ser o retrato de Vieira que mais informação explícita e implícita compreende, sobretudo pela quantidade de elementos textuais que incorpora, mas também por algumas opções iconográficas distintivas, como a introdução de uma pintura dentro da pintura. Resulta também evidente a intencionalidade laudatória e o carácter culto e informado do encomendador do retrato, demonstrados nos textos da tarja e nas inscrições das lombadas; ainda que não nos seja possível identificá-lo, pode-se traçar-lhe o perfil: confesso admirador de Vieira, conhecedor da sua obra, ou membro ou pessoa próxima dos Jesuítas, culto e também ele autor, num território de língua espanhola. O pintor que executou a obra, sem assinatura identificável, seria próximo do círculo desse encomendador. Quanto à datação, não havendo dados que permitam fixá-la com exatidão, é delimitável à primeira metade do século XVIII, mais provavelmente algumas décadas depois da morte de Vieira, portanto já mais próxima de meados do século. Considerando que também as demais pinturas conhecidas de Vieira cuja produção é atribuível à primeira metade do século XVIII (a da Casa Cadaval e da Biblioteca Nacional de Portugal) não oferecem uma datação precisa, este retrato pode disputar com elas o lugar de mais antigo. O facto de o painel se encontrar em Portugal há pouco tempo e de, por este motivo, não ter sido referido em qualquer *corpus* iconográfico vieiriano, juntamente com outros indícios que apresentámos, levam-nos a situar o lugar de produção fora de domínios portugueses, especificamente no espaço do império espanhol, com particular probabilidade em território da Nova Espanha. A ser assim, este *Retrato do Padre António Vieira* constitui não apenas uma notável novidade iconográfica, mas também uma importante peça a considerar no âmbito dos estudos sobre a receção e a influência do Padre António Vieira além do império português.

BIBLIOGRAFIA

Annaes da Bibliotheca Nacional do Rio de Janeiro, 1881-1882, vol. IX, II. Rio de Janeiro: Typ. de G. Leuzinger & Filhos, 1881.

BARROS, Padre André de – *Vida do Apostolico Padre Antonio Vieyra da Companhia de Jesus, chamado por antonomasia O Grande (...)*. Lisboa: Officina Sylviana, 1746.

BENÍTEZ PALACIOS, Claudia Alexandra – *La presencia de António Vieira en la Nueva España, Siglos XVII y XVIII*. Zamora, Michoacán: El Colegio de Michoacán, 2013 (Tese de doutoramento).

BODART, Didier – *L’oeuvre du graveur Arnold van Westerhout, 1651-1725: essai de catalogue raisonné*. Bruxelles: Palais des Académies, Académie Royale de Belgique, 1974.

CARRASCO GONZÁLEZ, Juan M. – “Recepción de la obra del padre António Vieira en España y en la América española (siglos XVII y XVIII)”. *Crisis y Ruptura Peninsular, III Congreso Internacional de la Sociedad Extremeña de Estudios Portugueses y de la Lusofonía – SEEPLU* [Cáceres, 30 y 31 de octubre de 2013]. Cáceres: Universidad de Extremadura, 2014, pp. 101-118.

GUTIERREZ HACES, Juana, ANGELES, Pedro, et alii – *Cristóbal de Villalpando (1649-1714): Catálogo razonado*. México: Fondo Cultural Banamex, 1997

LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, Juan Jesús – “Mito e iconografia de la Virgen del Rosario en la Granada moderna”. *Cuadernos de Arte de la Universidad de Granada*, 37 (2006), 161-178.

MACHADO, Diogo Barbosa – *Bibliotheca Lusitana histórica, critica, e cronológica*, t. I. Lisboa: Officina de Ignacio Rodrigues, 1741.

MONIZ, José António – *Exposição bibliografica do bicentenario do Padre Antonio Vieira*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897.

PAIVA, José Pedro – *Padre António Vieira, 1608-1697: Bibliografia*. Lisboa: Biblioteca Nacional, 1999.

SEGURA, Padre Nicolás de – *Sermones Quadragesimales (...) Dedicados a la Ilustre, e Immortal memoria del Sapientissimo Padre Antonio de Vieyra, de la Compañia de Jesus, Visitador de la Provincia del Brasil, Predicador de los Señores Reyes de Portugal, y Reyna de Suecia*. Madrid: por Domingo Fernandez de Arrojo, 1729.

SEGURA, Padre Nicolás de – *Platicas panegyricas, y morales sobre el Cantico de el Magnificat (...)*. Salamanca: Eugenio Garcia de Honorato y S. Miguèl, 1739.

SILVA, Inocêncio Francisco da – *Dicionário bibliográfico português*, t. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858.

SOARES, Ernesto; LIMA, Henrique F. – *Dicionário de Iconografia Portuguesa*. 3.º vol. Lisboa: Instituto para a Alta Cultura, 1950, pp. 443-449.

STOICHITA, Victor I. – *Visionary Experience in the Golden Age of Spanish Art*. London: Reaktion Books, 1995.

VIEIRA, Padre António; CRISTÓVÃO, Fernando (coord.) – *Obra Completa Padre António Vieira*. t. II, vol. XV: *Sermões e Discursos Vários*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2014.

VIEIRA, Padre António; PRIORE, Mary del, ASSUNÇÃO, Paulo de (coord.) – *Obra Completa Padre António Vieira*. t. I, vol. IV: *Cartas de Lisboa / Cartas da Baía*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2013.

VIEIRA, Padre António; VERÍSSIMO, Nelson (coord.) – *Obra Completa Padre António Vieira*. t. II, vol. XII: *Sermões Consagrados a São Francisco Xavier*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2014.

FONTES DIGITAIS

MAMIANI DELLA ROVERE, Luigi Vincenzo – *Prediche sopra gli Evangelij della Quaresima del P. Antonio Vieyra della Compagnia di Giesù Predicatore che fù di trè Rè di Portogallo (...)*. Roma: nella Stamperia e Gettaria di Fiorgio Placho, 1707. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=PQdN4rKXOd8C&printsec=frontcover&dq=Prediche+sopra+gli+Evangelij+della+Quaresima&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKewitoNuP3YvsAhUH8BQKHQL5BTEQ6AEwAHoECAIQAg#v=onepage&q&f=false> (2020.09.29)

ZAMORA, Alonso – *Historia de la Provincia de San Antonino del nuevo reino de Granada* (1701). Caracas: Parra León Hermanos, Editorial Sur América, 1930. Disponível em: http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/historia-de-la-provincia-de-san-antonino-del-nuevo-reino-de-granada-edicion-de-parra-leon-hermanos-en-homenaje-al-libertador-simon-bolivar-con-motivo-del-centesimo-aniversario-de-su-muerte/html/084f28a6-a416-11e1-b1fb-00163ebf5e63_2.html (2020.09.30)

RECENSÕES

RECENSÃO

AO LIVRO-ENSAIO

Domenico Scarlatti

MIRABEL, Martin. Arles: Actes Sud, 2019. 160 pp.
ISBN: 978-2330122256

Sónia Duarte

ARTIS – Instituto de História da Arte da Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Portugal; CESEM – Centro de Estudos de Sociologia e Estética Musical da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I. P., Lisboa, Portugal

soniamariaduarte@campus.ul.pt / soniaduarte@fcsh.unl.pt –
ORCID | 0000-0002-1192-153X



Fig. 01. Capa da publicação: Retrato de Domenico Scarlatti, ca. 1739, Domingo Antonio de Velasco (at.); óleo s/ tela; 131,1x109,5 cm; Casa dos Patudos/Museu de Alpiarça, Santarém.

*Domenico Scarlatti*¹ é o título do livro-ensaio do escritor e realizador de cinema francês Martin Mirabel. Dado à estampa em Setembro de 2019 pela Actes Sud, o livro apresenta uma sucessão de episódios cronológicos que nos permite conhecer melhor a vida e obra de Domenico Scarlatti, o cravista virtuoso, compositor, maestro e pedagogo do tempo do Baroco que estadeou em Portugal por quase dez anos (1719-29). O volume entrecruza-se, naturalmente, com o último filme-documentário de Mirabel – *Lucas Debargue: tout à la musique* (2017) – baseado no início de carreira do pianista que tem Domenico Scarlatti como referência².

Prefaciado pelo crítico musical André Tubeuf (n. 1930) que lhe enfatiza o carácter doméstico, reservado, neurasténico, principesco e laborioso confortado pela timidez sonora do seu cravo (pp. 9-12), o livro é seguido de um prólogo (pp.13-14) e de uma subdivisão em três partes: I. “Comment devenir fils” (pp.15-54); II. “Comment devenir père” (pp.55-92); III. e “Comment devenir Esprit” (pp.93-129). Nos apensos finais, o autor expõe uma breve cronologia e um elenco de referências bibliográficas e discográficas em torno de Domenico Scarlatti, artista nascido a 26 de Outubro de 1685, na Via Toledo, em Nápoles, cidade à época sob domínio espanhol, sendo coevo directo de Bach e Haendel.

¹ Em Portugal e Espanha também chamado de Domingo Escarlate (Escarlati ou Escarlatti).

² Entre os discos a solo do pianista francês Lucas Debargue (n. Paris, 23 de Outubro de 1990), laureado no XV International Tchaikovsky, encontra-se *Scarlatti: 52 sonatas* (Sony, 2019).

O livro é gráfico. O autor põe-se muitas vezes dentro dos acontecimentos e seduz-nos. Uma coeva Nápoles "[...] violente. Elle amplifie tout, la joie comme la tristesse. Cette vitalité, cette énergie, ce pôle d'activité ont plutôt tendance à inibir Domenico [...]" (p. 22). Uma Veneza na qual Domenico se "[...] croise des chanteuses, des courtisanes, des nonnes, des comédiennes, des danseuses, des putains, tout ce monde dont les différences sont loin d'être évidentes en fonction des heures du jour et de la nuit [...]" (p. 28). Ou uma Lisboa, aquela em que chegara a 29 de Novembro de 1719, "attachée au Nouveau Monde par l'océan" e na qual "[...]a vie plus sauvage, les moeurs plus primitives et les passions plus violentes [...]" (pp. 38-39). *Grosso modo*, baseado em fontes documentais e literárias, Martin Mirabel elenca sítios, lugares e pessoas com as quais Domenico se cruza ou faz amizade mas acrescenta-lhes adjectivações que nos sugerem cheiros, cores, texturas e sons. O livro é sedutor. A primeira tentativa de sedução figura na capa. Trata-se da reprodução daquele que poderá ser o único retrato individual pintado de Domenico Scarlatti presente numa colecção pública. Datado de *circa* 1739 e atribuído ao pintor italiano Domingo Antonio de Velasco, que certamente o debuxou em Madrid³, o retrato de tamanho natural integra a colecção de pintura da Casa dos Patudos/Museu de Alpiarça, em Santarém. A composição apresenta a efigie de um homem que desempenha as funções de músico e integra a libré de criados domésticos, contudo, exuberantemente vestido. É um artista afamado e consciente disso: posicionado diante de um esplêndido cortinado que oculta parte do relógio⁴ com mostrador em numeração romana e base decorada de anjos músicos (numa alusão à música divina), pousa a mão direita sobre um cravo (sou músico) e com a esquerda segura duas folhas de papel (sou um artista lido e recomendado), chamando-nos a atenção os dedos compridos e finos, que se adivinham ágeis, permi-

tindo alcançar grandes extensões. O artista enverga um traje de cavaleiro fidalgo, com brocado amarelo-dourado e veludo azul-cinza, ostentando ao peito uma prestigante insígnia da Ordem de Santiago, concedida pel' *O Magnânimo*, em 1738, e o cabo de uma espada (numa clara alusão à responsabilidade). Para além disso, o artista olha-nos directamente, orgulhoso do seu estatuto e do reconhecimento obtido em vida!

O conteúdo do livro parte de uma problemática: o que é uma sonata⁵ de Domenico Scarlatti? Martin Mirabel responde: uma sonata de D. Scarlatti é um mundo em miniatura, cheio de subtilezas e de detalhes. Mundo esse que o autor revela, como se estivesse a desvelar cada uma das 555 sonatas para tecla que Domenico Scarlatti compôs e nos legou, baseado nas suas vivências na tríade mediterrânea composta por Itália, Portugal e Espanha.

A primeira parte do livro, "Comment devenir fils", centra-se na figura autoritária de seu pai Alessandro Scarlatti (Pietro Alessandro Gaspare Scarlatti), compositor de oratórias, cantatas, óperas e serenatas, e culmina na partida de Domenico para Sevilha, integrando a comitiva da infanta Maria Bárbara de Bragança. Sobre a ascendência de Alessandro Scarlatti (1660-1722) Mirabel é parco: músico de prováveis origens sicilianas, filho de um cantor e de uma instrumentista e sobrinho, pela parte materna, do mestre de capela da Catedral de Palermo (p. 16). Alessandro é um homem viajado, humilde, reconhecido e respeitado. Votado para a composição vocal, Alessandro é um talentoso músico da corte florentina de Ferdinando de' Medici fazendo parceria, inclusive, com o Cardeal Ottoboni (libretista). Naturalmente Alessandro é o primeiro mestre de seu sexto filho com Antonia Anzalani, na ordem de dez, educando-o na premissa de que "un bon musicien ne mourra jamais de faim" (p. 16).

3 Comprado pelo melómano, violinista amador, empresário e político José Relvas a Mariano Hernandez (descendente do artista), em Madrid, em 1913, e legado ao Município de Alpiarça.

4 Como nos explana Émile Mâle, o relógio é o símbolo da temperança, característica que deve acompanhar as mais elevadas personalidades, e exprime a inexorável passagem do tempo. Tiziano, por exemplo, recorreu ao debuxo de relógios em vários retratos de personagens de estremada condição social, cultural e económica, remetendo-nos para essa intenção simbólica mas também para nos informar da devoção de certas personagens a esse objecto de colecção. Vide, entre os exemplos, os retratos individuais do sacerdote e diplomata Cristoforo Madruzzo (Museu de Arte de S. Paulo) ou o de matrimónio de Leonor Gonzaga, duquesa de Urbino (Galleria degli Uffizi). Noutros casos, a colocação de objectos ou de uma paisagem atrás de um cortinado é meramente simbólica, permitindo equilibrar a composição mas também integrá-la na moda vigente. Vide, entre os exemplos, os retratos das infantas Mariana de Austria e de Margarita Teresa, da autoria de Diego Velázquez. No retrato de Scarlatti em apreço, a presença do relógio nocturno em voga na corte espanhola e com a função de aluminar as horas durante a noite - para regular as actividades composicionais quase ininterruptas de Scarlatti? - e a ligeireza do seu desenho, com o ângulo errado do ponteiro das horas em relação ao ponteiro dos minutos, parece ter um significado meramente simbólico traduzindo uma personagem virtuosa, que se destaca pela temperança, prudência, auto-domínio, regra (dando alento à hipótese de que poderá ter sido sacerdote) e pontualidade ou exactidão.

5 Uma sonata é uma pequena peça para instrumento solista ou pequeno *ensemble*, no caso para instrumento de tecla, de aproximadamente três minutos e dividido em duas partes, sendo a segunda parte uma variação da primeira.

Acresce ao berço musical de Domenico, a rua onde cresce, a *Via Toledo*, em Nápoles, onde também se situa o Teatro Borromeu, centro nevrálgico da ópera e onde trabalha seu pai (p. 22). Mirabel vai elencando os vários encontros e aprendizagens de Domenico com figuras de proa na época: Bartolomeu Cristofori, o célebre construtor de cravos e de pianofortes; com os *castrati* ou compositores *Nicolino* (Niccolò Grimaldi), Gasparini, Haendel e Roseingrave, em Veneza; com a rainha Maria Casimira d'Arquien da Polónia para quem compõe várias óperas (*La conversione di Clodoveo re di Francia; La Silvia, Tolomeo e Alessandro, ovvero la corona disprezzata* ou *Tetide in Sciro*), exilada em Roma. Entre 1714-19, Domenico trabalha como mestre de capela na Capela Júlia, no Vaticano. Por essa altura compõe um *Stabat Mater* para dez vozes e escreve a sua última ópera, *Berenice, regina d'Egitto ovvero le gare d'amore e di politica*, a meias com Nicola Porpora (p. 136). Dá-se o encontro com Rodrigo Anes de Sá Almeida e Meneses, o Marquês de Fontes, embaixador de D. João V junto do Papa Clemente XI, para quem deverá ter trabalhado pontualmente e que servirá de ponte para entrada de Domenico em Lisboa, na altura um importante centro artístico e cultural. Nesse ano de 1719 é contratado por D. João V, *O Magnânimo*, para professor de cravo do infante D. António e de Maria Bárbara, como se pode ler, aliás, na dedicatória dos *Essercizi*. Domenico dirigirá também a orquestra e o coro do Seminário da Patriarcal, contactando com Carlos Seixas (1704-42). Domenico interrompe, entretanto, a sua estadia na cidade para viagens a Paris, Nápoles e Roma, onde se encontra com Johann Joachim Quantz, o castrado Farinelli ou Adolph Hasse. A 22 de Outubro de 1725 morre-lhe o pai, em Nápoles. Logo depois, em 1728, casa-se pela primeira vez com Maria Catalina. Em Novembro de 1729 parte para Sevilha e depois para Andaluzia, na comitiva de sua pupila Maria Bárbara que acabara de casar com o infante D. Fernando VI, príncipe das Astúrias, dois protectores melómanos.

Na segunda parte, “*Comment devenir père*”, o autor foca-se no tempo heteróclito de um Scarlatti que assiste à emergência e à consolidação de vários géneros musicais e estilos – madrigais de Monteverdi,

Kapsberger, Rameau, Frei Manuel Cardoso; oratórias de Haendel; cantatas de Bach, etc. – e na sua estadia em Espanha. Primeiro em Sevilha (1729) e depois em Madrid (1733) dando-se pouco depois o terrível incêndio na noite de Natal do Real Alcázar de Madrid, residência de Filipe V. Domenico permanecerá ao serviço da infanta e rainha Maria Bárbara consorte de Fernando VI até à sua morte. Mirabel sente-se tentado e tange um ponto sensível mas que não deverá passar de uma questão cinematográfica: o amor impossível entre Domenico Scarlatti e a sua mais talentosa pupila Maria Bárbara de Bragança.

Este período fica também marcado pela convivência e amizade com o célebre castrado *Farinelli*, Carlo Maria Michelangelo Nicola Broschi, que parece ter sido contratado para ajudar a curar as crises de demência do rei Filipe VI! A propósito de Filipe V, o autor levanta uma questão importante e inerente ao valor da iconografia musical: recorda-nos a enorme tela da colecção do Museo del Prado da autoria do pintor régio de origem francesa Louis Michel van Loo, 1743, que debuxa *A Família de Filipe V* num salão fantasiado, a ouvir música. Entre os retratados⁶, Domenico Scarlatti parece figurar numa tribuna de músicos, colocada no topo do salão, à direita e de perfil. De salientar que à época Domenico já havia sido agraciado como cavaleiro fidalgo da Ordem de Santiago e já havia visto a publicação dos seus *550 Essercizi* em Paris e em Londres, não sendo de estranhar que fosse um dos escolhidos para figurar em tão ilustre composição!

Grosso modo, ao longo deste segundo capítulo Mirabel faz-nos percorrer de forma muito gráfica várias cidades europeias, sobretudo, os faustos da corte de Fernando de' Medici em Florença; os luxuosos palácios de Veneza; a corte aristocrática de *Marysieńka*, a Maria Casimira da Polónia, rainha exilada em Roma; as munificências de D. João V em Lisboa; ou a corte de Maria Bárbara em Sevilha e em Madrid, à qual acorrem vários músicos portugueses. No Monasterio de El Escorial, Domenico encontra o Padre Soler, que se torna seu discípulo. Escreve pouco depois a sua última obra, *Salve Regina*, 1756, morrendo em Madrid, a 23 de Julho de 1757, tendo sido enterrado no

⁶ Mariana Victória de Bourbon; Maria Bárbara de Bragança; Fernando VI; Filipe V; infante Luís de Espanha; Isabel de Farnese; infante Filipe de Espanha; Maria Luísa Isabel de França; infanta Maria Teresa; infanta Maria Antónia Fernanda; Maria Amélia da Saxónia; Carlos III, Rei de Nápoles; e as pequenas Isabel da Áustria e Maria Isabel de Nápoles e Sicília.

Convento de S. Norberto⁷, destruído no início do século XIX por ordem de Bonaparte (p. 92). A sua morte parece também encerrar os reinados melómanos em Espanha dando lugar a reinados mais pragmáticos, funcionais, ordenados e definidos. De salientar, também, que dos dois casamentos que originaram pelo menos nove filhos, por maldição, nenhum deles haveria de seguir a carreira musical de forma afincada, rompendo-se, assim, uma tradição familiar centenária (p. 89). Restava a continuação do seu legado através da música historicamente informada e das interpretações modernas da sua obra, como relatará o autor.

A terceira e última parte do livro, "Comment devenir Esprit", é um capítulo dedicado à morte e à ressurreição de Domenico Scarlatti. Martin Mirabel apresenta um elenco de intérpretes que contribuíram para o renascimento da música do tempo do Barroco e da obra de Domenico Scarlatti. Wanda Landowska (1879-1959), reputada cravista, musicóloga e pedagoga⁸ russa, teve um importante papel na ressurreição das sonatas historicamente informadas para cravo de Domenico Scarlatti. Como acrescenta o autor, "[...] Je goût de Wanda pour la musique ancienne s'accompagne d'une intuition qui ne la quittera jamais: la musique ancienne doit être jouée à partir des instruments anciens" (p. 99). Ao decisivo papel de Landowska, seguiu-se-lhe o aluno Ralph Kirkpatrick (1911-1984), cravista e musicólogo, autor de uma biografia intitulada *Domenico Scarlatti* (Princeton University Press, 1953), de uma edição crítica à obra do artista intitulada *Sixty Sonatas* (G. Schirmer, 1953) e da organização aturada do elenco de sonatas de Domenico, hoje precedidas da sigla K. (números Kirkpatrick e que aparentemente seguem uma ordem cronológica). Para além de Landowska e de Kirkpatrick, o autor salienta outros contributos para a ressurreição da obra de Domenico Scarlatti: o compositor e maestro italiano Alfredo Casella (1883-1947); o empresário e fundador dos *Ballets Russes*, Serguei Diaghilev (1872-1929); ou o poeta e dramaturgo Gabriele d'Annunzio (1863-1938); que de uma forma ou de outra integraram a música de Domenico nas suas produções. Na década de sessenta, com a redescoberta do Barroco musical, obras de

Bach, Scarlatti ou Couperin são transcritas para outros instrumentos, iniciando-se a conhecida e viva querela entre os barrocos e os ditos modernos! De um lado, Leonhardt, Boulez ou Scott Ross. Ross, por exemplo, gravou integralmente as 555 sonatas para cravo em trinta e quatro CD's (Erato, 1998). Do outro lado, Vladimir Horowitz, Marcelle Meyer ou Ivo Pogorelich, que interpretavam a música antiga ao piano. Historicamente informada ou interpretação moderna ao piano, Domenico Scarlatti afirma que VIVÍ FELICE (como o indica nas últimas palavras colocadas nos *Essercizi*).

Por fim, ao longo do livro notámos algumas incongruências na citação da família Scarlatti, nomeadamente quando Martin Mirabel se refere a um tio-avô de Domenico, pela parte materna, *maestro di capella* de Palermo (p. 16). Julgamos tratar-se de um tio, pela parte paterna, de nome Francesco Niccolò Scarlatti, nascido no ano 1666, e já revelado nalguma bibliografia dada à estampa. Para além disso, o autor menciona trabalhos incontornáveis de Ralph Kirkpatrick, Richard Boulanger, Malcolm Boyd, Dean Sutcliffe ou Roberto Pagano mas estranhámos a ausência de fontes portuguesas da autoria de Manuel Carlos de Brito, Gerhard Doderer, João Pedro d'Alvarenga, ou de estrangeira da autoria de Elvidio Surian⁹. Nas referências discográficas sentimos falta da obra gravada da exímia Cremilde Rosado Fernandes. De somenos, referimos também algumas gralhas como, entre as referências literárias, de *Le Dieu manchot* (Points, 2008) cujo autor é José Saramago (p. 138). Em suma, o livro aborda os primórdios às vivências de Domenico, passando pela forma como a sua obra é recebida no *post mortem* e até 2019. O leitor atento demarcará bem a objectividade da subjectividade que o autor lhe imprime de quando em vez e é um excelente complemento às audições (podendo começar-se pela sonata K. 380). Embora o livro não traga novidades, levanta questões, é directo e conciso, e parece-nos ideal para uma primeira incursão na vida e obra de Domenico Scarlatti, que urge mais estudos.

⁷ Estaria situado junto à Gran Vía.

⁸ Substitui Isaac Albéniz na *Schola Cantorum*, Paris. É autora de *Musique ancienne* (Paris, 1909).

⁹ Ou as esquecidas notas do musicólogo italiano Elvidio Surian, "Domenico Scarlatti e la emigrazione di musicisti italiani in Portogallo". In Manenti, A. (dir.), *Estudos italianos em Portugal*, 51-53. Lisboa: Instituto Italiano de Cultura de Lisboa, 1990.

RECENSÃO CRÍTICA AO CAPÍTULO DE LIVRO 'From an Inventory to a Heritage Information System' de Vasco Martins Costa

In António dos Santos QUEIRÓS (Coord.)
*Examining A New Paradigm Of Heritage
With Philosophy, Economy And Education*
Hershey, Pa (Usa): Igi Global, 2020
Cap. 7: 86-106
ISBN: 978-1799836360

Maria João Neto, Clara Moura Soares

ARTIS – Instituto de História da Arte da Faculdade de Letras,
Universidade de Lisboa, Portugal

claramourasoes@letras.ulisboa.pt –

ORCID | 0000-0002-7399-4822;

mjneto@letras.ulisboa.pt –

ORCID | 0000-0002-1777-7698

O texto objeto desta revisão, de Vasco Martins Costa (1942-2020), publicado no presente ano de 2020, infelizmente já depois do falecimento do autor, faz parte da importante obra *Examining a New Paradigm of Heritage with Philosophy, Economy and Education*, coordenada por António dos Santos Queirós. Pretende-se salientar a relevância e atualidade do estudo, devidamente enquadrado na importante missão desempenhada durante quase duas décadas pelo seu autor, enquanto responsável máximo pela Direção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais (DGEMN)¹.

O Engenheiro Vasco Costa assume a direção dos serviços no fim da década de 80. Eram tempos de indefinição e de novos desafios carentes de uma abordagem objetiva e consequente. Continuava por definir uma política concertada de património tutelada

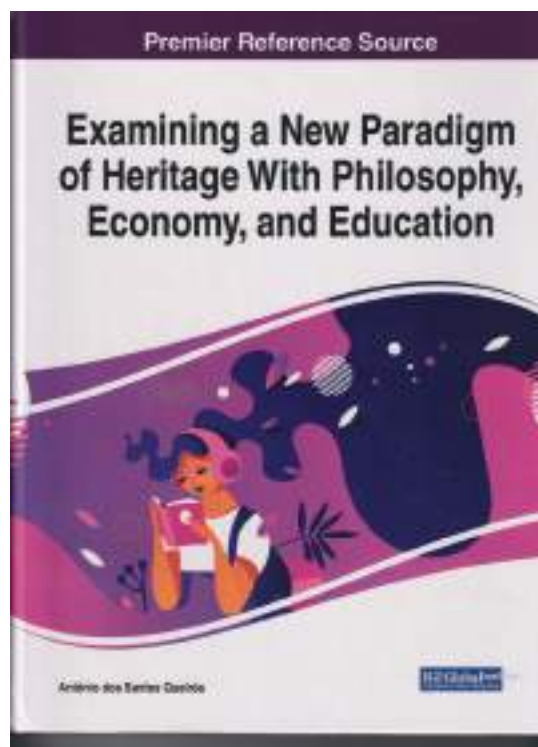


Fig. 01. António dos Santos Queirós (Coord.) *Examining a New Paradigm of Heritage with Philosophy, Economy and Education*. Hershey, PA (USA): IGI Global, 2020 (Capa).

por um único serviço dentro do aparelho do Estado. Ao invés das propostas anunciadas logo após 1974, a dispersão de competências teimava em persistir. Em 1980, ao mesmo tempo que era publicada a nova lei orgânica da DGEMN (Decreto-Lei n.º 204/80 de 28 de julho), nascia o Instituto Português do Património Cultural (Decreto-Lei n.º 59/80 de 3 de abril). As leis orgânicas dos dois serviços mostravam uma evidente tentativa de compromisso colaborativo, contudo, na prática, muito ficava por definir.

Avolumavam-se dificuldades financeiras e de recursos humanos especializados, entre arquitetos e engenheiros civis, apesar de o regime jurídico de 1980 ter procurado obstar ao problema. Reforçava-se a necessidade da constituição do inventário do Património Arquitetónico nacional, mas faltou a determinação e

¹ Fundada em 1929, a DGEMN foi extinta em 2007, sendo as suas competências então divididas entre o Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana e o Instituto de Gestão do Património Arquitetónico e Arqueológico. A DGEMN teve em Vasco Martins Costa o seu quarto e último diretor-geral.



Fig. 02. Engenheiro Vasco Costa na visita inaugural do centro de documentação da DGEMN no Forte de Sacavém, com o Engenheiro João Cravinho, então Ministro do Equipamento, Planeamento e Administração do Território, 1998 (Foto Família Eng. Vasco Costa).

o alcance dos meios de apoio necessários para a boa condução da iniciativa.

A intensa atividade desenvolvida pela DGEMN no restauro dos monumentos e na construção e conservação de edifícios públicos, desde a sua criação em 1929, tinha gerado um importantíssimo fundo documental entre milhares de projetos, fotografias e processos textuais². Consciente da importância da salvaguarda do legado arquivístico e da necessidade de consolidar o serviço de inventário, Vasco Martins Costa e a sua equipa promovem uma nova lei orgânica para a DGEMN³, onde é contemplada uma Direção de Serviços de Inventário e Divulgação. Esta passa a viver a par das Direções de Serviços de Planeamento e Informação, de Serviços de Estudos e Projetos e da Direção de Serviços de Administração e Recursos Humanos.

O novo instrumento jurídico inscrevia no domínio das competências da DGEMN, a de *promover a organização e a actualização de um arquivo documental*. Esta iniciativa deu efetividade prática à constituição do Inventário do Património Arquitectónico (IPA), tarefa

secularmente projetada, desejada e necessária, mas sempre truncada por vicissitudes várias ao longo da nossa história⁴. O IPA foi disponibilizado ao público em abril de 1993, através do SIPA- Sistema de Informação para o Património Arquitectónico. Para instalação conveniente de todo este acervo documental e consequente disponibilidade de consulta pública, decidiu a DGEMN adquirir o Forte de Sacavém, na foz do rio Trancão e dotá-lo de todas as condições para enfrentar, no início de uma nova centúria, o desafio da pesquisa histórica da nossa herança arquitectónica⁵. Seguiu-se o desenvolvimento da elaboração da Carta de Risco do Património, com base nos dados do SIPA dispostos a informar sobre o estado de conservação do património edificado, identificando o grau de degradação dos imóveis, para daí definir prioridades de intervenção⁶. Como suporte, por excelência, do espírito de divulgação da atuação dos serviços, começou a ser editada, a partir de setembro de 1994, a revista *Monumentos*.

É precisamente em torno do SIPA – Sistema de Informação para o Património Arquitectónico que Vasco

2 Sobre a ação destes serviços veja-se Maria João Neto – “A Direção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais e a intervenção no património arquitectónico em Portugal, 1929-1999”. *Caminhos do Património*, Catálogo da Exposição. Lisboa: DGEMN e Livros Horizonte, 1999, 23-43.

3 Decreto-Lei n.º 284/93, de 18 de agosto; Decreto Regulamentar n.º 29/93, de 16 de setembro; Portaria n.º 1027/93, de 14 de outubro.

4 Cf. Margarida Alçada – “O Inventário do Património Arquitectónico”. *Leituras: Revista da Biblioteca Nacional de Lisboa*. Lisboa: s. 3, n.º 2 (out., 1997, abril 1998), 93-96.

5 Despacho Conjunto n.º 298/98, *Diário da República II Série*, 22-4-1998

6 Cf. “Arquivos revelam monumentos”. *Expresso*, 12-12-1997.

Martins Costa constrói o seu texto intitulado *From an Inventory to a Heritage Information System*. Este deve ser considerado de acordo com a autoridade do autor face à sua ligação institucional, profissional e pessoal a um projeto do qual foi o principal impulsor. Conhecedor das mais atualizadas orientações de alguns prestigiados organismos internacionais (e.g. UNESCO, ICCROM, ICOMOS, Getty Institute), nos domínios da conservação do património, do seu inventário e documentação, é com uma forte visão progressista que o engenheiro civil de formação então encara o desafio da implementação em Portugal de um inovador sistema de informação técnica e científica, que se viria a constituir como o maior repositório digital de documentação de arquitetura do país.

Numa altura em que cada vez mais se fala em humanidades digitais e sobre as potencialidades da tecnologia informática e do meio digital na abertura de novas linhas de investigação, interpretação e análise em áreas de estudo como a história da arte, a literatura, a filosofia, a história ou a linguística, o artigo de Vasco Martins Costa apresenta-se com a maior pertinência e atualidade.

No seu conjunto coerente e bem articulado, o texto constitui um referencial para quantos se dedicam aos estudos do Património Arquitetónico e arquivístico, do inventário, dos sistemas de informação, das humanidades digitais.

Estruturado em duas partes, o estudo parte da convicção de que a informação é a essência do património, dependendo da sua gestão metódica e sistemática, através da utilização de bases de dados interoperacionais, benefícios múltiplos para a gestão e conservação do património e para a sociedade onde este se insere.

Neste sentido, a primeira parte, intitulada *Historical and Social Reasons*, inicia-se com o conceito de Património, e em particular de Património Arquitetónico, assinalando o autor, de acordo com as cartas internacionais (da Carta de Veneza 1964 à Carta de Cracóvia 2000) a sua crescente abrangência em termos de significado e de importância, como reflexo cultural da história e da evolução das sociedades. É essa abrangência, envolvendo monumentos, mas também outras arquiteturas menos valorizadas e menos estudadas, igualmente integrantes dos tecidos urbanos e das paisagens, geradora de desafios cada vez maiores à conservação do vasto e diverso Património Arquitetónico. Esses desafios precisam, contudo, de ser compatibilizados com o progresso e com o desenvolvimento das cidades, sem pôr em causa princípios elementares de respeito pela autenticidade e pela integridade do Património. Para o efeito, é essencial o estabelecimento de metodologias de trabalho sólidas, alicerçadas no estudo da sua história, no conhecimento dos seus materiais e das suas técnicas, sem, contudo, prescindir da identificação dos valores que esses patrimónios representam para a(s) sociedade(s). A realização de ins-

Fig. 03. Forte de Sacavém, onde se encontra o acervo arquivístico do SIPA, foto de José Caeiros (Google Maps), 2012.



peções técnicas (pertinentemente designadas no texto por “diagnósticos empíricos” ou “pré-tecnológicos”) por profissionais especializados e bem preparados, conhecedores de técnicas e materiais de construção de diversas épocas, é igualmente fundamental para se alcançarem critérios de intervenção assentes em princípios de autenticidade, intervenção mínima, durabilidade reversibilidade e eficiência. Por sua vez, a sistematização da informação obtida, através da utilização de bases de dados, assume um papel essencial permitindo às equipas técnicas responder adequadamente e de forma célere aos desafios colocados, estabelecendo-se ações preventivas, prioridades e estratégias de intervenção, ao mesmo tempo que se potencia a otimização do tempo, dos recursos humanos e dos financeiros, sempre limitados.

Fundamentadas as motivações e os benefícios múltiplos da recolha exaustiva de informação sobre o Património Arquitetónico, bem como do seu tratamento metódico em bases de dados estruturadas de acordo com orientações e normas internacionalmente estabelecidas para o inventário e para a documentação, o autor dedica a segunda parte do estudo, intitulada *Organisation of the Heritage Information System*, à apresentação da organização e do *modus operandi* do SIPA. Aqui destaca as suas mais valias e enquadrando-as nos desafios da gestão e da conservação do Património Arquitetónico das sociedades contemporâneas.

Sublinha o quão determinante é a aposta numa gestão eficiente de toda a informação disponível, através do recurso a modernas tecnologias de informação e comunicação (TIC), as quais permitam estabelecer a correlação entre os vários conteúdos, de modo interoperacional.

O SIPA funciona com seis bases de dados interoperacionais, com a possibilidade de poder vir a integrar outras congéneres. Estas contemplam bases de dados de: 1 – *Investigação Aplicada* (práticas, técnicas e conhecimentos tradicionais); 2 – *Fontes Documentais* (desenhos técnicos e cartográficos, fotografias e processos administrativos); 3 – *Investigação Histórica* (informação histórica, técnica e administrativa); 4 – *Gestão de Riscos* (grau de risco dos imóveis, prioridades e soluções); 5 – *Paisagem* (compreensão e gestão das cidades) com utilização de um Sistema de Informação Geográfica (SIG); e 6 – *Thesaurus e Glossário* (gestão de vocabulário controlado e conceitos).

Cada base de dados gere aspetos específicos dos conteúdos integrados no Sistema de Informação, os quais são potenciados através das interrelações permitidas pela tecnologia informática adotada. O site www.monumentos.gov.pt constitui a face visível para o público em geral do manancial de informação já introduzido no sistema, permitindo a sua ampla difusão e potenciando a sua utilização.

A importância e o valor do SIPA, salientados através das qualidades da informação nele disponibilizada, cujos conteúdos, de livre acesso, contribuem para a democratização do conhecimento sobre o património e para uma sociedade informada (Carta de Okinawa, 2000), integram parte das reflexões finais. Partilhando uma visão integrada do património, o autor destaca entre um conjunto de mais-valias do sistema, o apoio ao desenvolvimento económico sustentável na construção do futuro, assente no património como importante força motriz para a sociedade, nomeadamente através da criação de emprego.

Desenvolvimento e sustentabilidade são as palavras-chave com as quais Vasco Martins Costa termina o seu texto, através de um pertinente “Look into the Future”. Na senda dos conteúdos da Carta de Cracóvia (2000) e da Convenção Europeia da Paisagem (2000) citadas, salientam-se as potencialidades do Património Arquitetónico numa estratégia sustentável de desenvolvimento económico, social e cultural, onde as pessoas e, em particular, as comunidades locais, são partes importantes da equação. É, pois, premissa fundamental a promoção da gestão e conservação do património, assegurando o bem-estar físico, psicológico, material e social das populações.

Em jeito de conclusão, é relevante referir que o SIPA, importante ferramenta informática, com capacidade para gerir uma enorme quantidade de informação, proveniente de diversas fontes e com diferentes características, colocou a DGEMN, uma instituição pública portuguesa, numa posição de referência no contexto internacional. O reconhecimento das mais-valias do seu sistema de informação permitiu que a DGEMN alcançasse representação na direção do *International Council on Archives* (secção de Arquitetura) e no prestigiado curso promovido conjuntamente pelo ICCROM e pelo Getty Conservation Institute, ARIS – Architectural Records, Inventories and Information Systems for Conservation.

Atendendo às potencialidades de pesquisa decorrentes dos conhecimentos cruzados oferecidos pelo SIPA, sobre as diversas dimensões do património, este tem sustentado, desde meados dos anos de 1990, inúmeras investigações, através da consulta remota online e em acesso aberto de milhares de fontes documentais.

Hoje, depois da extinção da DGEMN (2007) e dos efeitos prolongados da grave crise financeira de 2007-2008, o projeto SIPA encontra-se muito subaproveitado, padecendo de inúmeros problemas decorrentes da rápida obsolescência dos hardwares e softwares informáticos, e da necessidade da sua manutenção e atualização contínuas.

Dando voz a tantos investigadores que reconhecem a importância dos recursos do SIPA e que deles dependem para fazer ciência, numa responsabili-

dade acrescida pelas funções docentes universitárias que as autoras desta recensão desempenham, não podemos deixar de aproveitar o ensejo para apelar à sensibilização das instâncias competentes, no sentido de que o ainda inovador projeto SIPA, e todos os recursos patrimoniais e de memória a ele associados, sejam justamente valorizados e disponibilizados aos utilizadores com a dimensão e eficiência com as quais Vasco Martins Costa fez pautar a criação do sistema âncora dos serviços sob sua tutela.

Em prol do Património Arquitetónico Nacional, é de todo necessário não desperdiçar recursos preciosos, e em favor da nossa consciência e dignidade cívicas devemos saber reconhecer, aproveitar e dar continuidade ao meritório trabalho de competentes profissionais.

Porque só se valoriza e defende o que se conhece.