Domingos Tavares, “Hospital de Santo António” em *Sob o Manto da Misericórdia,* Inês Amorim (coord*),* vol II, Almedina, 2018, pp.381-402.



Hospital de Santo António

Projecto iluminista

John Carr projectou para a cidade do Porto um dos mais interessantes exemplos da corrente neopalladiana fora de Inglaterra. Idealizou um grande hospital moderno, atento às novidades técnicas quanto às questões de higiene interior, iluminação, drenagem e ventilação, capaz de suprir as necessidades de apoio à dinâmica população local. O projecto chegou de barco em Agosto de 1769 (Alves, 1988, pp.135-164), mas o seu autor nunca veio a Portugal, nem para conhecer o contexto da sua inserção no terreno, nem para orientar a obra. Consistiu num dos primeiros trabalhos de grande fôlego realizados pelo arquitecto do condado de York e a sua primeira experiência em arquitectura hospitalar, a par de um pequeno hospital para a cidade de Leeds, a *General Infirmary*, que veio a ser demolido no final do século XIX. Na parte realizada do edifício para o Porto está bem expressa a orientação clássica devida a Palladio, divulgada no reino britânico por Lord Burlingthon e Collen Campbell (Tavares, 2010, pp.26-29), desenvolvida numa primeira fase por William Kent, Henry Flitcroft e John Wood.



(Fig. 1) Hospital de Santo António (Fot. D.Tavares).

Portugal assumiu o domínio dos mares no início do século XVI tornando-se, a par da Espanha, a grande potência colonizadora. Atravessou o Atlântico e o Índico na

formação de um império de comércios de especiarias que chegou ao mar da China. País de parca população, assentou a sua estratégia no uso ágil dos meios disponíveis, desenvolvendo uma política de salubridade pública com a criação de uma importante rede de hospitais de modo a preservar a vida, incrementando os dispositivos de protecção aos pobres e miseráveis tidos como gente necessária. O *Hospital Real*, em Lisboa, de 1492, foi o primeiro grande hospital construído fora de Itália no modelo renascentista de pátios largos e enfermarias em cruz, segundo o esquema desenvolvido na Lombardia nas cidades do Renascimento, na linha de Santa Maria Nova, de Florença. No Porto, à época dos descobrimentos, foi uma precária albergaria medieval reconstruída, o hospital de D. Lopo de Almeida na Rua das Flores, uma ampliação da albergaria medieval de Roque Amador, que desempenhou a função da indispensável assistência à preservação da saúde e da vida.

Cidade de comércios por terra e por mar, o Porto foi consolidando o seu perfil barroco até à primeira metade do século XVIII, expressão característica de um burgo dominado politicamente pelas instituições religiosas. A riqueza acumulada pela burguesia mercantil suportou a construção de igrejas e conventos, num sinal de modernidade aberta à influência internacional. Foi o tempo de penetração da arte do barroco romano, importando arquitectos italianos ou colocando os seus artistas na rota das novas linguagens de teatralidade exacerbada. A chegada do sereno iluminismo na segunda metade do século, com a sua revolução social, testemunhou o desvio do poder para a sociedade civil. Novos monumentos como escolas, tribunais, cadeias e hospitais, tomaram o lugar das igrejas na representação dos valores urbanos.

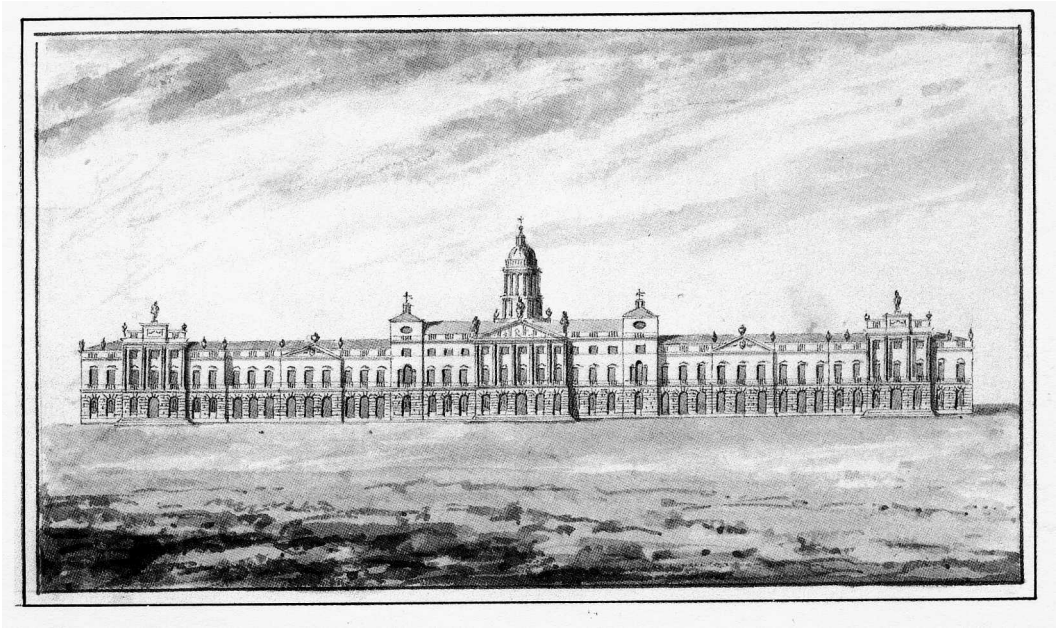
A cultura neoclássica chegou ao Porto com a comunidade britânica, instalada para o incremento do comércio dos vinhos. Trazia consigo o debate racionalista sobre a dimensão social e humana, apoiada no discurso político e filosófico de Francis Bacon e empenhada em colocar a ciência ao serviço do Homem. Quando Carr realizava o projecto para o hospital, entre Março e Julho de 1769, corria entre os liberais ingleses e uma larga aristocracia do campo, com forte expressão no norte e no oeste de Inglaterra, a elegante moda do estilo palladiano, impulsionada desde o início desse século pelo livro de Collen Campbell *Vitruvius Britaniccus* (Campbell, 2007). Versão particular do iluminismo ganhou raízes no contexto das práticas arquitectónicas nas Ilhas Britânicas ao longo de todo o século XVIII. Foi uma linguagem que se expandiu por todo o império nos mais distantes espaços da sua influência colonizadora. De entre os muitos agentes dessa influência, activos na segunda metade de setecentos, destaca-se a figura

do cônsul inglês no Porto, John Whithead, assumido arquitecto amador projectando para a cidade.



(Fig. 2) Galeria de distribuição interior do Hospital de Santo António (Fot. D.Tavares).

O capelão da importante colónia de comerciantes ingleses instalados na cidade do Porto era amigo da família do arquitecto de York. Propôs, com o aval do cônsul, que o convite para a realização do projecto do novo hospital fosse feito a John Carr, no sentido de responder às autoridades portuenses idealizando um grande equipamento que suprisse as necessidades de saúde no apoio à numerosa população mais humilde da cidade (Taylor, 1961). De entre muitos autores dessa geração activa na segunda metade de setecentos, o arquitecto John Carr, nascido em 1723, vinha desenvolvendo no ducado de York uma intensa actividade profissional. Nessa condição atingiu prestígio nacional chegando, numa fase mais adiantada da sua vida, a ser eleito como o único membro provincial do *London Architects'Club*. Nasceu na pequena cidade Horbury, cinquenta quilómetros a sudoeste de York, no ambiente de uma empresa familiar dedicada à construção civil. Ali frequentou o ensino primário e começou a trabalhar como ajudante do pai aos catorze anos, adquirindo a designação profissional de canteiro. Ainda jovem, a partir de 1746, participou como supervisor nas obras de *Kirby Hall*, um projecto desenhado pelo próprio Lord Burlington para a região de York, a sul de Leeds, onde desenvolveu a prática do risco e iniciou uma formação autodidacta como arquitecto. Depois, desde meados dos anos cinquenta, seguiu uma carreira de fidelidade ao enunciado clássico com o pragmatismo de quem reconhece e segue as características da linguagem dominante (Colvin, 1995).

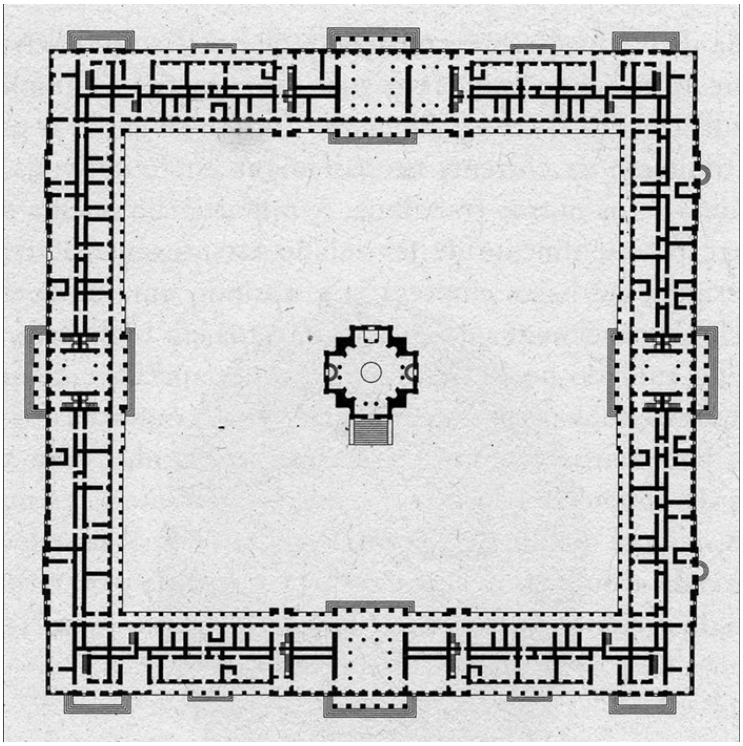


(Fig. 3) Projecto para o Hospital do Porto. Alçado nascente e poente, copiado fielmente do original de John Carr em 1793, por Manuel dos Santos Barbosa (AHSCMP).

A encomenda vinda do Porto constituiu uma oportunidade para quem, até então, se tinha dedicado à realização de pontes e notáveis residências de campo no ducado de York. Desde 1751 instalado na capital do condado, vinha adquirindo uma vasta e qualificada clientela, projectando numerosas residências para uma nobreza liberal espalhada pelo norte de Inglaterra. Mas a construção de hospitais era temática em que se tinha iniciado apenas nessa época, para o que se tinha preparado estudando exemplos que pudessem constituir matéria de conhecimento próprio nesse domínio. Como experiência pessoal mais próxima do problema que lhe era proposto para edificar em Portugal estava, então, o encargo para a *General Infirmary* de Leeds, com projecto iniciado no ano anterior. E, de algum modo, a *House of Correction* em Wakefield, mais prisão do que hospício, também de 1768 (Wragg, 2000, p.215). Mas, para não pôr em risco uma tão valiosa encomenda, John Carr escreveu ao provedor António de Lencastre em 7 de Agosto de 1769, apresentando-se como um especialista muito experiente na matéria, que tinha viajado pelo seu país a visitar o que de mais avançado se tinha construído em instalações de saúde. Invocando não ter podido esperar a anunciada chegada de um programa concreto para o que lhe era solicitado, o que pode não ter sido rigorosamente verdade. O arquitecto inglês resolveu o projecto entre Abril e Agosto, numa opção que se aproximava da dimensão utópica (Carr, 1769).

Um dos projectos de John Carr, integrado na tendência neopalladiana, que serviu de suporte para o desenho do hospital do Porto foi, no entanto, *Harewood House*,

desenhada entre 1759 e 1771. Para esta residência privada em Leeds usou uma estrutura de alçado desenvolvida por Colen Campbell e presente entre as gravuras do livro *Vitruvius Britannicus* (C.3, pl.39-40). Era baseada nos desenhos de Inigo Jones e semelhante à composição adoptada por William Kent em *Holklham Hall*, na região de Norfolk, ou Henry Flitcroft em Wentworth Woodhouse, a sul de York, ambas de 1735.[1] Fachada de desenvolvimento horizontal dividida em cinco partes, com o corpo central mais elevado onde a parte da varanda e pórtico salientes definem a simetria, com evidência do frontão triangular. Os volumes laterais torreados destacavam-se das peças intermédias, com evidência das duplas pilastras coríntias no suporte da cornija frisada de um telhado autónomo e a janela dita "de Palladio"[2] usada na época.



(Fig. 4) Planta do primeiro sobrado do Hospital de Santo António (BARBOSA, 1777).

Para Portugal, Carr não optou por um esquema funcional alinhado pelos exemplos desenvolvidos no âmbito das modernas práticas inglesas. O hospital de Londres, projectado por Boulton Mainwaring em 1751, vinha sendo o protótipo para a maioria dos hospitais de província que se construíram na Inglaterra na segunda metade do século XVIII (Pevsner, 1976, p.176). Desenhado por um administrador hospitalar dava particular atenção a aspectos de higiene e a questões de articulação de serviços.

[1] Importa observar que Carr foi o arquitecto de Wentworth Woodhouse que sucedeu a Flitcroft e que em 1769 estava a construir os estábulos da casa. (Wragg, 2000, p.219).

[2] A composição renascentista de um vão triplo com módulo central em arco, conhecida por "serliana", é designada no país de Carr por janela de Palladio.

Tratando-se de um grande hospital com uma frente de cerca de cem metros e três andares completos, colocava as enfermarias em alas laterais saídas dos ângulos extremos do corpo principal. Dispunha de um extenso corredor de distribuição, ao meio de cada planta e paralelo ao desenvolvimento da fachada. Optava por um desenho de alçado despido de qualquer ornamento, onde apenas o ritmo regular das janelas traçava na frieza do desenho do grande bloco em tijolo, a percepção das cinco partes da composição simétrica comandada pelo frontão sobre os sete módulos do corpo central.

Também não seguiu o modelo do *Middlesex Hospital*, o mais recente e afamado exemplo então construído em Londres, da responsabilidade de James Paine. Este projecto teria sempre de constituir motivo de atenção porque, na linha de um certo praticismo característico da cultura britânica, revelava igualmente os aperfeiçoamentos técnicos que as ciências da saúde vinham introduzindo na organização das práticas médicas. Mas a expressão arquitectónica da obra de Paine, também na linha neopalladiana então dominante, constituía mais um factor de distanciamento do que de aproximação ao espírito combativo de Carr. A despeito de Paine ser um seguidor dos princípios de composição de Inigo Jones e admirador de Holkham Hall de William Kent (Summerson, 1993, p. 343), John Carr via no colega actuando com frequência no Yorkshire um concorrente promovido pelos intelectuais de Londres, em quem não reconhecia a elegância de traço e o equilíbrio formal dignos da lição de Palladio. Como o hospital de Londres, o *Middlesex Hospital* era um bloco quase maciço onde a articulação formal, a sucessão de frontões e a regra da simetria não bastavam para superar a pouca sensibilidade à proporção e alguma frieza na marcação do estilo.

Ainda que atento às experiências de organização espacial interna face ao desenvolvimento das ciências da saúde, optou pelo modelo de um dos pátios de Antonio Averlino "Filarete" para o *Ospedale Maggiore* de Milão (Tavares, 2014, p.70). Nessa época Milão discutia a possibilidade de acrescentar aos quatro pátios quadrados originais as restantes componentes previstas, juntando ao núcleo da igreja central o módulo simétrico destinado a mulheres. A versão milanesa de recolhimento para doentes pobres generalizou-se, particularmente na Península Ibérica. Surgiu uma arquitectura especializada de raiz mediterrânica que ganhou substância na costa Atlântica de Portugal e Galiza, com o Hospital de Todos os Santos em Lisboa e o Hospital dos Reis Católicos em Santiago de Compostela.

A referência mais clara quanto à organização em planta é mesmo a dos esquemas do Renascimento saídos das experiências desenvolvidas na Lombardia. Trata-

se de uma concepção de base geométrica regular, neste caso próxima de uma unidade em quadrado, abrindo enorme pátio central. Visava assentamento em terreno plano, com total abstracção quanto às particularidades da envolvente, visto que o autor não conhecia o local nem mesmo a cidade para onde projectava. Colocava-se acima de qualquer consideração sobre a cultura edificatória do país onde se propunha edificar e tomava os princípios clássicos no tratamento rústico das fachadas do andar principal "conforme Palladio", na explicação do próprio (Barbosa, 1777). Era a pretensa cultura superior do povo colonizador exportando trabalho, sem cuidar de saber das conveniências particulares de cada caso ou das práticas decorrentes da opção adoptada.

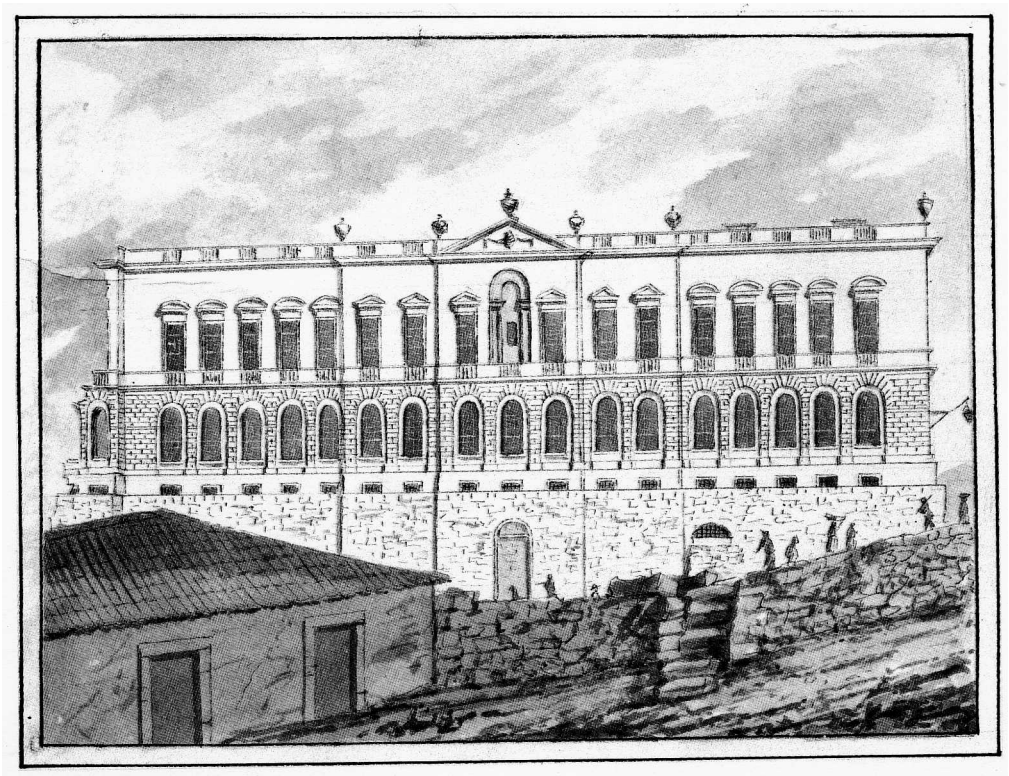


(Fig. 5) A janela de Palladio, segundo John Carr (Fot. D.Tavares).

Na realidade, o arquitecto inglês foi buscar inspiração às fontes primárias, tomadas dos mais emotivos exemplos do renascimento italiano. A solução em quadrado fechado abrigando o amplo vazio central, oferecia-lhe quatro fachadas principais, neutralizando as problemáticas da inserção urbana, cujas condições em concreto desconhecia. Como Bramante em *San Pietro in Montorio* trabalhava a forma autónoma, objecto arquitectónico desenraizado sem direcção predominante, capaz de ser parcialmente observado de qualquer posição da envolvente sem perda de unidade e coerência clássica. Como Palladio na *Villa Rotonda* oferecia quatro pórticos de igual monumentalidade, não evidenciando imediatamente o primado de uma das frentes sobre as outras. Como Giulio Romano no *Palazzo del Te*, baixava a massa edificada

estabelecendo a circulação interior perimetral, neste caso tangente às fachadas, numa lógica de sequências espaciais regradas pelo ritmo dos átrios previstos como de entrada ao meio de cada ala construída.

São vários os sinais indicando que John Carr estaria na posse de mais indicações do que as que optou por seguir com esta solução para o projecto. A desculpa de não ter recebido as instruções em tempo útil parece indicar a intenção de se afastar das obrigações de condução da obra, contrariando a prática constantemente defendida pelo próprio. Projecto realizado à pressa para um país distante, numa época de grande intensidade de encomendas em coincidência com o assumir de outras responsabilidades no plano político e no município de York. Ao legendar e explicar os desenhos com a indicação de alçados a nascente ou a norte, ao escolher orientações preferenciais no templo central do pátio ou na orientação da capela proposta como alternativa, Carr tinha a noção perfeita de que o edifício iria ser implantado no limite oeste da cidade em crescimento. E ao acertar numa organização em concordância com os desejos da Mesa da Misericórdia, teria que dispor da algum material como programa para a obra.



(Fig. 6) Ala sul no desenho de Vitória Vilanova em 1883 (VILANOVA, 1987).

A frente nascente virada à cidade acabou por ser a única concluída e foi-o em perfeita conformidade com o projecto original. Apresenta ao meio uma grande varanda integrada num pórtico de cinco vãos definido por cinco colunas gigantes na ordem

dórica e rematado por frontão triangular, que foi adoptado como entrada principal. A varanda e todo o andar pousa sobre arcaria rústica. Alçado longo de cento e oitenta metros, adopta o esquema em cinco partes, o mais apreciado na prática da arquitectura neopalladiana em Inglaterra. O bloco central é mais largo que o pórtico que contém, nele integrando um terceiro andar sob a forma de mezzanino. Nos extremos norte e sul desta fachada são criados dois corpos ligeiramente destacados, funcionando como torreões de remate. Oferecem, por sua vez, varandas colunadas de três módulos, mas com cornija recta. Os planos intermédios, mais baixos e discretos, repetem a arcaria rústica à frente de um alçado recuado, expondo ao meio frontões triangulares mais discretos. Pelo jogo dinâmico dos diferentes volumes acentuando o efeito de claro-escuro, ficou a marca de um neoclássico de delicadas proporções, que serviu de inspiração para outras obras realizadas então no Porto.

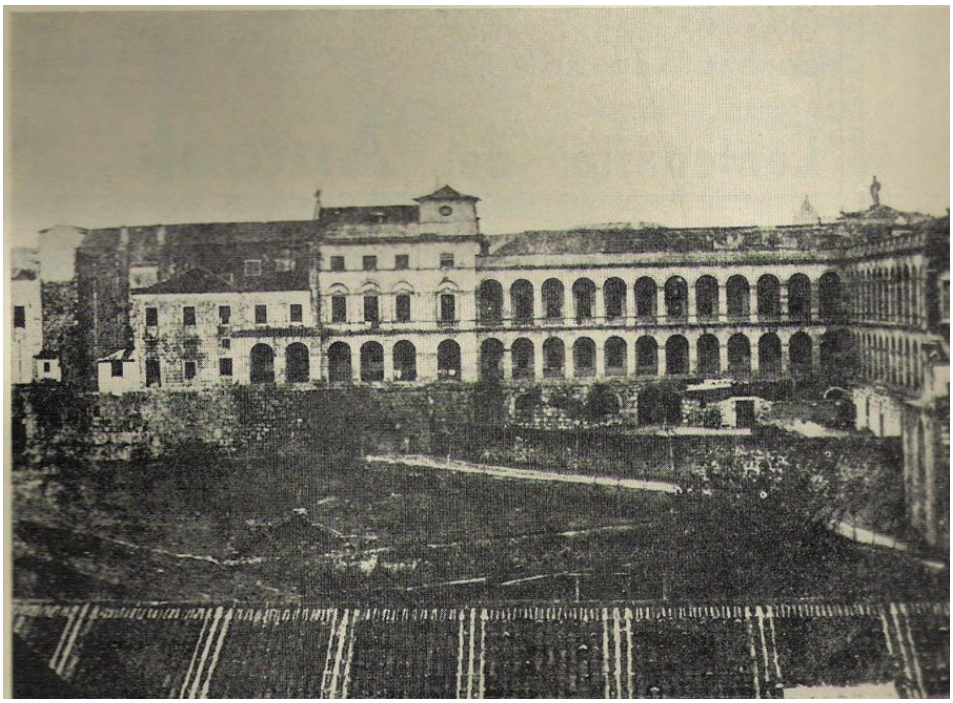
Projecto inspirado na então mais recente cultura liberal britânica cruza a tendência erudita da época moderna com o jogo clássico da experimentação mediterrânica. E logo foi surgir como sinal inovador no longínquo ocidente europeu. A um neoclássico do sul de Portugal, com dificuldade de se libertar do decorativismo barroco, correspondia na capital do norte a formulação depurada dos imitadores de Palladio, por sua vez imitador criativo da Roma do velho império. Um tema recorrente é o das janelas encimadas por frontões curvos e rectos em alternância, variando os critérios conforme os planos da composição. Como assinatura, em pontos cruciais dos quatro alçados, aparece a janela "de Palladio" a organizar os ritmos secundários da composição. Contrastando com a expressão rusticada do plano térreo, sobressai o trabalho perfeito dos pedreiros nos andares superiores, não só no afagamento e ligação geométrica das pedras, como na formação das molduras, na execução das balaustradas ou nas esculturas e vasos de definição das linhas de céu.

No centro do grande claustro deveria construir-se a igreja do hospital, um templo de planta em cruz grega sobre um pódio e com cúpula, em tudo semelhante à ideia de Filarete para o pátio maior do hospital de Milão. Previam-se mínimas variantes nos alçados iguais dois a dois, repetindo os pórticos de frontão nas quatro frentes, tal como no projecto para o edifício principal. Explorava a estranha opção de Palladio para a *Villa Rotonda* que, por excepção, contrariava a ideia de fachadismo orientado segundo eixos de penetração nos conjuntos arquitectónicos, atitude que caracterizou toda a obra do mestre italiano. Para o templo propunha orientação axial pela obrigação de definir uma direcção preferencial por efeito da porta e escadório. Opunha a porta à abside do

altar, alinhados pelo eixo do pórtico exterior nascente, virado à cidade. Definia, assim, qual era a fachada escolhida como principal, criando condições para que melhor se adaptasse à circunstância urbana caracterizadora do local. Com franca aceitação da entidade encomendadora, que via assim consolidada a sua estratégia de crescimento para o Porto.

No projecto apresentado por John Carr o corpo edificado apresentava em geral dois andares acima do nível do terreno de implantação da obra, havendo um terceiro pavimento apenas nos corpos centrais de cada ala do quadrado. Os volumes do edifício ocupavam cerca de vinte metros de largura, o que significava que para o amplo espaço central livre onde instalava o jardim interior com o templo, restariam aproximadamente cento e quarenta metros. As fachadas do pátio dispunham de galerias com arcada regular em toda a sua extensão dos dois pavimentos, abrigando as salas da inclemência do sol e garantindo a correcta ventilação das enfermarias. Outros cuidados técnicos foram indicados nas memórias escritas que acompanhavam o projecto, relacionados com a distribuição conveniente dos compartimentos, organização do sistema funcional, matérias de salubridade e drenagem, sempre beneficiando do largo vazio constituído sob a forma de claustro.

Como critério de organização interna os diversos sectores eram separados entre si pelos átrios colocados ao meio de cada ala, como entradas principais, a partir dos quais se montavam as estruturas funcionais, como enfermarias e serviços. Eram maiores os átrios das alas opostas com definição principal, por força do alinhamento axial dominante estabelecido pelo portal e escadório do templo, no centro do quadrado. Escolha acompanhada pelo estabelecimento de algumas entradas secundárias colocadas nas alas nascente e poente: quatro próximas das esquinas em complemento dos pórticos menores nos extremos das alas respectivas; outras quatro, recolhidas, ao meio das arcarias dos tramos secundários destas duas fachadas. Curiosamente, havia ainda quatro pequenas portas apontadas nos alçados laterais, mas só as da direita recorriam à utilização de dois degraus num patamar redondo, o que parece sugerir um critério genérico de acerto de cotas em função das oscilações possíveis dos terrenos envolventes.



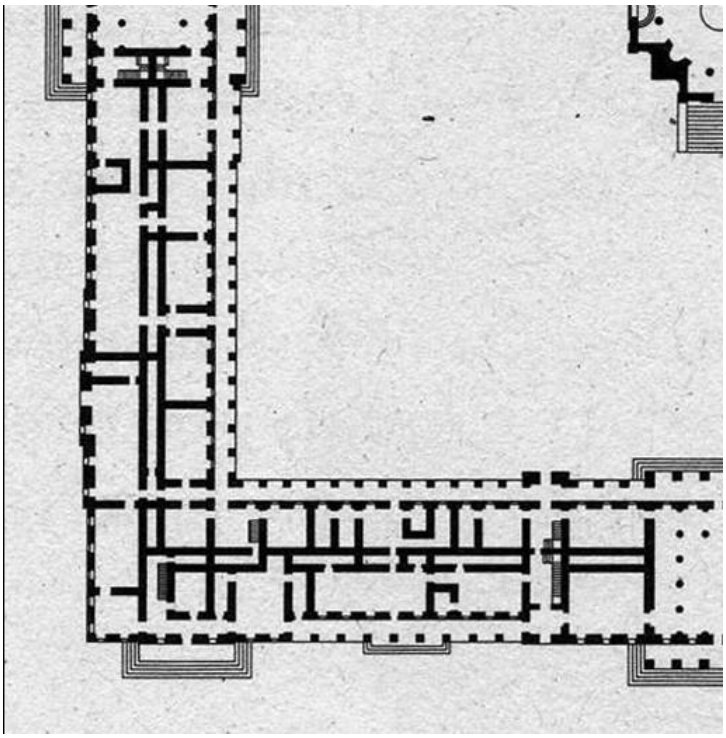
(Fig. 7) Situação do Hospital de Santo António cerca de 1850. (Calótipo de Frederick William Flower).

Importa aqui salientar o carácter ensaísta, senão utópico, da proposta de templo ao centro do grande pátio, que Carr logo entendeu ser de difícil concretização. Não se coibiu de trabalhar esta solução, mas tratou de referir que a organização do átrio da ala oposta à que se entendeu ser a principal e foi tratada como frente para a cidade, poderia ser assumido como a capela do hospital, não já entrada alternativa, caso não se adoptasse a sua proposta de a construir no centro de um amplo jardim. Para tanto dispunha de pé direito duplo e era prevista uma galeria acompanhando três paredes ao nível do andar, para que os utentes das enfermarias pudessem assistir aos actos religiosos. Duas ilações se tiram imediatamente desta solução: a filiação do projecto aos esquemas funcionais dos hospitais renascentistas quando colocavam o templo no cruzamento das grandes enfermarias para permitir a proximidade dos encamados às celebrações; a referência à obra de Inigo Jones, que utilizou o princípio das três galerias elevadas no seu projecto para a igreja de São Paulo em Convent Garden, Londres (Tavares, 2005, p.107).

Propunha-se uma área construída de perto de 13.000m2, mais do dobro da área de implantação do hospital de Londres. Considerava dois andares semelhantes e um terceiro pavimento parcial sobre os pórticos, perfazendo uma área de pavimento na ordem dos 28.000m2. As enfermarias situavam-se longitudinalmente no contacto com as fachadas exteriores, preferencialmente no andar superior. As maiores ocupavam a ala

esquerda, que se verificou ser a sul, e a banda interior da ala oposta. Por este detalhe, pode intuir-se que Carr teria uma suspeita ou vaga informação de que a obra seria realizada numa zona de expansão poente da cidade, com a frente principal virada a nascente. A novidade do projecto consistia na diversidade de dimensão das enfermarias, subentendendo alguma especialização por sectores e o apoio próximo de outras compartimentações de serviço, integrando-se na recente técnica hospitalar europeia ao contrário da tradição que igualizava os espaços, mesmo quando destinados diferentes grupos de doentes. Isso é ainda patente no Real Hospital Naval de Greenwich, da autoria de Christhopher Wren com plano de 1695 e concluído em 1728 (Bold, 2000, p.102).

Do ponto de vista construtivo percebe-se a utilização de um módulo estrutural referido às colunas de toda a arcaria perimetral do pátio interior, servindo as galerias transparentes, com reflexo no espaçamento das janelas dos alçados exteriores, bem como nas arcarias intermédias que correspondem aos alçados exteriores opostos tomados como principais. Onde a parede contínua resistente não substitui pilares autónomos, como nos átrios, configura-se uma composição de vãos largos, mais aberta, própria dos espaços de representação. A duplicação da parede interior divisória ao longo de todo o edifício, permitiu o encurtamento do vão estrutural dos pavimentos e a instalação de sanitários, arrumos e outros apoios, bem como a montagem de coretes de ventilação forçando a circulação transversal do ar até à cobertura. Ao nível das fundações esta dupla parede suporta um canal abobadado como colector de saneamento drenando integralmente todo o edifício (Providência, 2000, p.34). Carr indica a necessidade de estabelecer uma corrente constante de água no colector, nem que para tanto fosse necessário construir caixas de água nos quatro cantos do edifício para garantir a salubridade do sistema.



(Fig. 8) Planta do canto sudeste, por onde se iniciou a construção (BARBOSA, 1777).

Todo o projecto vinha criteriosamente detalhado, com indicações para a execução das paredes rústicas e divisão das pedras em todos os pés direitos, o que foi bem acolhido num espaço económico que edificava, por tradição, em granito, para a qual não faltavam artífices bem treinados. O processo era composto por plantas gerais dos pisos principais e plantas parciais, alçados exteriores e interiores, planificação da capela, além de seis desenhos de pormenorização construtiva, em tamanho natural, referidos às molduras dos vãos, cornijas, balaústres e colunas dos pórticos. Formulação genérica de todo o sistema, previa a implementação do projecto num terreno plano quando, na realidade, o sítio destinado ao hospital era bastante irregular e se apresentava com acentuados declives ligando duas margens de um ribeiro. A comunidade portuense sabia lidar com essas situações e tratou de beneficiar das singularidades da proposta, adaptando-a com sensibilidade e pragmatismo à topografia local, às condições materiais existentes, à dimensão do possível face aos meios financeiros alcançáveis ou à energia disponível. Ainda que laborando durante mais de um século, foi levando a tarefa com o tempo de execução disponível, ao ritmo próprio da cultura da cidade.

Essa a razão porque o projecto se ficou pela metade, mas correctamente rematado numa nova formulação dos topos das alas laterais, em versão compatível com a filosofia de suporte da forma original. A parte mais abrupta do terreno, onde se localizavam as alas, tornava mesmo inviável a execução dos pórticos com frontão ao

meio dos alçados laterais. O que não impediu a necessidade de montar enormes paredes de sustentação para manter o edifício do hospital lá bem no alto, numa cota aproximada da cidade nova que crescia por essa época fora dos limites do burgo medieval. Este procedimento pôs em evidência a vantagem de descer o nível do aterro destinado à regularização do pátio-jardim cerca de cinco metros abaixo da cota de soleira da rua por onde teria de se fazer o acesso principal. Justificou o aproveitamento de mais um andar em subsolo, em cave parcial, servido preferencialmente pelo pátio. Esta solução acabou por melhorar a escala de conforto do recinto interior.



(Fig. 9) Fachada sul do Hospital de Santo António (Fot. D.Tavares).

Quando da interrupção dos trabalhos em 1780, estava apenas construída uma pequena parte do enorme projecto disponível. A obra iniciou-se pelo torreão sul e foi crescendo com um bloco intermédio da ala nascente, a da frente virada para a cidade e com o primeiro sector da ala sul. Na segunda campanha iniciada em 1791, concluiu-se parte da extensa fachada nascente, ainda sem o pórtico que viria a ser o de entrada principal e toda esta frente cresceu até ao arranque do pórtico lateral a norte, ainda que sem definição da fachada posterior. O grande edifício começava a assumir valor prioritário na representação da nova arquitectura civil de feição neoclássica que ia tomando conta da expansão urbana do Porto no sentido poente, acompanhando a dinâmica económica estabelecida nas margens do rio Douro em direcção do mar. Foi então que começaram a surgir réplicas do estilo neopalladiano, não só sugerindo a definição de uma New Town na baixa ribeirinha, como na expansão da cidade moderna fora de muralhas.

A dinâmica transformadora instalou-se no espírito dos intelectuais do iluminismo e estendeu-se ao interesse dos governantes, atentos ao papel simbólico da arquitectura como estímulo para a organização da nova sociedade. A substituição dos velhos conventos por outros equipamentos de função social inovadora, como as instituições para o ensino das classes burguesas dedicadas ao comércio ou a reconstrução do tribunal e cadeia enquanto marca da rigorosa disciplina social que se impunha, marcaram aquele espaço de crescimento. Ali, onde o quadro de vida que fervilha na cidade toma a oxidação escurecedora dos granitos da porta nobre do hospital, serviu como um sinal orientador dos caminhos para o progresso. Nos palácios que então se construíram, com fachadas depuradas e organização simétrica, copiaram-se portais de aparelho rusticado, frontões e balaustradas, contribuindo para o carácter liberal da cidade atlântica e da sua expressão singular no espaço europeu.

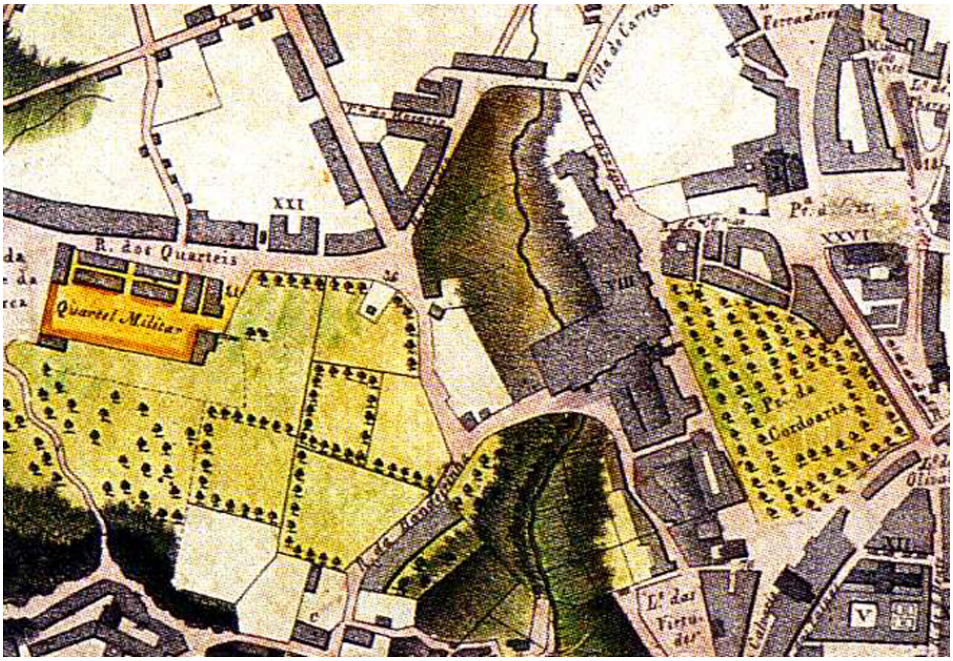
Escreveu John Carr na carta que acompanhou o projecto: "Atrevo-me a dizer que a planta é distribuída com propriedade, e conveniência, para o fim que se pretende (...) as partes arquitectónicas são perfeitamente próprias, e correctas, e ao mesmo tempo que há uniformidade, e simplicidade, acha-se variedade na composição." Holkham Hall, é tido como o mais brilhante exemplo da versão particular de um iluminismo neoclássico, sob a forma de Neopalladiano. Como palácio residência apresenta desenvolvimento extenso em largura e duas frentes dinâmicas de composição simétrica, com pórtico e frontão a marcar o eixo da composição. Mas a particularidade da base geométrica do Hospital do Porto, pela sua posição geográfica capaz de gerar uma triangulação única entre Itália, Portugal e Inglaterra, gerou uma obra onde a pureza da maneira de Palladio é mais segura e acutilante do que a produção que então estava a ser feita em Inglaterra.

Pragmatismo construtivo

No que se refere às condições de realização do grande projecto iluminista para o Hospital Central do Porto, verifica-se a extrema dependência das incidências políticas e militares que marcaram a história do país e, de algum modo, provocaram mudanças de planos e de ritmo na sua prossecução. É o caso da Viradeira que se seguiu à morte do rei José e consequente queda do Pombalismo, provocando a interrupção das obras por um período de mais de dez anos. Também as invasões francesas, nomeadamente o saque e conquista do Porto que teve lugar em 1809, determinaram inicialmente a paragem e o sucessivo arrastamento dos trabalhos. A situação de intermitências atravessou as guerras liberais e a construção nova parou de vez em 1837. Faltavam, em relação ao que acabou

por ser realizado já no século XX, um remate para a ala sul, quase toda a ala norte, o pórtico e frontão do núcleo central, incluindo a parte desta unidade virada ao pátio. Ainda se colocou a intenção de prosseguir a obra, mas uma tomada de posição do governo de Costa Cabral fechou definitivamente o assunto.[3] Dois desenhos de Vilanova, de 1833, testemunham o ponto em que ficaram as frentes nascente e sul da obra (Vilanova, 1987).

Um dos desenhos de Vilanova revela um esboço de continuidade do alçado sul sobre um enorme muro de sustentação em pedra, com as entregas de granito num ponto de ressalto das paredes. Era a ideia de cumprir o projecto original na secção de arranque do corpo que deveria conter o pórtico virado ao rio. Mas tal seria completamente ilógico dado que se transformaria numa entrada inacessível, por falta de espaço para um escadório excessivo, mesmo que se viesse a concretizar o traçado desenhado para a Rua da Restauração, da autoria de Joaquim da Costa Lima Sampaio de 1828.[4] Impressiona como ao longo de tantos anos e com tantas incidências, quer no plano social, quer quanto aos progressos da medicina, se manteve a vontade de respeitar a aparência exterior do projecto inglês, como se os responsáveis, procurando sempre corrigir os acidentes negativos, tivessem a percepção do significado inovador da obra arquitectónica que, por herança, tinham de gerir.



(Fig. 10) Extracto da planta redonda de George Balck, Porto 1813.

[3] O governo de Costa Cabral quis, então, tomar posse do edifício ainda por concluir, o que forçou a Mesa da Misericórdia a decidir fechar rapidamente a construção, desistindo de completar o projecto.
[4] Planta e alçado de paredão. Arquivo Histórico Municipal do Porto. D-CDT/A3-41.

A escolha do sítio para a localização do grande hospital que a cidade necessitava esteve envolvida em forte polémica e nem todas as razões ficaram devidamente esclarecidas. A primeira escolha apontava para o Campo de S. Lázaro, na vizinhança do Convento de Santo António. Local alto, bem ventilado, fora de portas, dava continuidade à caracterização funcional daquela parte da cidade, onde já existia a tradição de recolhimento das órfãs e de assistência a leprosos. Tratando-se de um serviço de misericórdia dedicado ao tratamento de pobres, entendia-se como normal promover algum afastamento do centro antigo. Depois foi invocada a dificuldade de obter um eficaz abastecimento de água, justificando-se a opção pelos terrenos junto à Cordoaria, igualmente bem servidos de ar puro, fora de portas, mas com melhores condições para obtenção de água e não muito distante do núcleo urbano. Não se falará de interesses particulares de alguns irmãos da Santa Casa, proprietários na área da Cordoaria onde já funcionava um esboço de Passeio Público, como fez Pinho Leal (Leal, 1875, Vol. 5, p.318).

Nessa época estava em plena implementação no terreno a estratégia de crescimento urbano tutelado por João de Almada, valorizando novas centralidades na periferia exterior da muralha medieval. De facto, a localização do novo equipamento na área aberta na vizinhança da Porta do Olival, na linha de criação de renovados espaços públicos, tomava a Cordoaria como referente da expansão para poente, acompanhando a tendência adoptada pela colónia britânica instalada no Porto. Para enquadramento do edifício do hospital foi necessária a reestruturação da malha viária, melhorando caminhos, movimentando grandes quantidades de terra e revendo a qualidade dos percursos que estabeleciam ligações com os bairros marginais do rio Douro, da Ribeira por Miragaia e Massarelos, em direcção ao mar. Assumia importância a ligação à Rua dos Quartéis, na saída para a estrada de Matosinhos, rectificando a envolvência da depressão do Carregal pelo lado norte, a partir da calçada do Carmo (Nonell, 2002, p.179).

Entre Fevereiro e Abril de 1769 foram adquiridas as propriedades agrícolas do Casal do Robalo, exactamente entre a Cordoaria e os Quartéis, delimitando uma cerca sobreposta ao ribeiro que corria para a encosta de Miragaia, designado Rio Frio (Ribeiro, 2012, p.117). Na realidade a escolha do sítio e delimitação precisa do terreno não foi muito sensata, por se tratar de uma depressão acentuada no planalto por onde corriam águas formando o fundo em pântano de aluvião, com duas margens de acentuada pendente nas orelhas do afloramento granítico principal da parte nascente e

solos algo decompostos na vertente oposta. A irregularidade e enorme diferença de cotas no interior da parcela, iria provocar trabalhos e custos desmesurados. Havia que drenar as linhas do ribeiro, bem como regularizar toda a base de assentamento do projecto. Para piorar a situação, desta irregularidade não foi dado conhecimento ao projectista contratado, que tratou de imaginar um grande hospital assente numa plataforma regular, extensa e bem nivelada.

Em Agosto desse mesmo ano chegou de Inglaterra o projecto de arquitectura desenhado por John Carr. As operações de preparação do terreno já tinham arrancado em Abril, mas a limpeza do local, desbaste e aterros necessários, iriam prosseguir por largos meses, incluindo o início de construção de um folgado colector em pedra para canalização do Rio Frio. O lançamento da primeira pedra foi festejado em 15 de Julho de 1770. O início efectivo do levantamento da obra só teve lugar em Fevereiro de 1771, após a celebração dos primeiros contratos cobrindo as tarefas de pedraria. Entretanto tinha sido montada a Casa do Risco para recolha e exposição dos desenhos de John Carr e preparação de outros elementos necessários. Ficou sob responsabilidade do engenheiro militar Francisco Pinheiro da Cunha, nomeado na qualidade de director do projecto. Homem de confiança de João de Almada (Meireles, 1982, pp.22-23), o engenheiro Cunha, técnico muito experiente em matérias de topografia e gestão urbana, era então o responsável executivo da Junta das Obras Públicas.

No período inicial, até Abril de 1771, foram necessariamente tomadas algumas das mais importantes decisões sobre a obra, nomeadamente o que se refere aos critérios de implantação, definição de alinhamentos e níveis, etc. Nelas participou o engenheiro Cunha, com a autoridade que o cargo lhe conferia. Foi marcada uma frente urbana no alinhamento poente do campo da Cordoaria Nova, numa evidente intenção de limitar o recinto como novo centro da cidade. Mais tarde foi demolida parte da muralha (pedra para a obra) para libertar a vista do Tribunal e Cadeia da Relação, articulando o lugar dos conventos da parte alta da cidade com a dignidade monumental das instituições civis da moderna sociedade do tempo. Configurando o Rio Frio um vale profundo cortando ao meio o espaço disponível, foi necessário levantar uma enorme massa de alvenarias em pedra para atingir uma cota de implantação razoável, referida aos níveis preexistentes no Campo do Olival. Essa base foi montada cortando desde logo a dimensão do projecto na posição correspondente ao pórtico da fachada sul, para o qual não foi prevista qualquer fundação.



(Fig. 11) Canto sudeste do Hospital de Santo António (Fot. D.Tavares).

A obra iniciou-se pelo canto sudeste, em simultâneo com a decisão de estabelecer a cota do pátio interior cerca de cinco metros abaixo do andar principal. Isto permitiu o aproveitamento de um andar não previsto parcialmente enterrado em relação à rua nascente, mas ainda assim bem levantado a sul, deixando os altos paredões de fundação a descoberto. Foi estabelecida uma malha de drenagens para secar o terreno, considerando a sua relação com o necessário colector de passagem do rio. Fixou-se a cota de soleira do pavimento térreo em relação a um valor médio dos arruamentos fronteiros à fachada para o lado dos Conventos e da Cordoaria, resultando apenas alguns centímetros acima do que vinha recomendado no projecto de Carr. Mas, em matéria de construção, alguma coisa não ficou a bater certo. Disseram os inspectores designados pela Mesa da Misericórdia que o engenheiro director do projecto cometera erros imperdoáveis na execução das paredes, que era autoritário e incompetente, corrupto, estabelecendo conluios com os empreiteiros para extorquir dinheiro à Misericórdia.

Em poucos meses, o protegido de João de Almada foi despedido e intimado a devolver todo o material desenhado para a obra, incluindo os desenhos originais recebidos de John Carr. Pinheiro da Cunha foi substituído em Junho por Manuel Alves Martins,[5] dito construtor, por ser pessoa com a inteligência da arquitectura para dirigir a

[5] Manuel Alves Martins é referido como irmão da Santa Casa, nomeado para o cargo de inspector das obras em Abril de 1771. AHSCMP, D-8-7 (fls.318).

obra mas também para desenhar, naquilo que fosse necessário. Que significado concreto teria tido a substituição dos responsáveis técnicos para a condução dos trabalhos e as orientações originais? O provedor da Misericórdia desde 1766 era António de Lencastre, um oficial militar cunhado de João de Almada, colocado nessa função com plena confiança do governador. Porque abriu a Santa Casa um ataque a um técnico de Almada? Por outro lado o próprio engenheiro Cunha continuou a merecer o apoio do governador com quem trabalhou até 1779 na Junta das Obras Públicas. Um ano depois da substituição do director do projecto do hospital, o provedor António de Lencastre foi desviado para Angola com o cargo de Governador. João de Almada tomou o posto de provedor e Alves Martins deu continuidade às orientações construtivas do seu predecessor.



(Fig. 12) Abóbadas da estrutura original do sector sul do Hospital (Fot. D.Tavares).

Alves Martins passou então a dirigir a Casa do Risco e conservou o posto por seis anos em que a obra avançou regularmente. Nesse período ganhou forma o pórtico secundário à esquerda da frente voltada à cidade e avançou toda a primeira secção da ala sul. Ajustou os níveis de assentamento das soleiras bem como os arranques para a concretização da fachada nascente, no sentido de a começar a definir enquanto fachada recortada pondo em evidência os cinco tramos da sua composição. É evidente a intenção de encostar o alinhamento desta fachada à parte mais estável do terreno, evitando avançar com os trabalhos da continuação do edifício sobre o pântano do Carregal. Isto porque o rio Frio e outras linhas de água continuavam soltas pelo terreno, longe de se terem concluído as operações de drenagem. Em contrapartida, era dada toda a

prioridade ao pórtico lateral junto à Cordoaria, assentando colunas e platibandas até ao remate superior, pronto a receber telhados.

Parte da arcaria da cave realizada logo nos primeiros meses da obra, montada para suportar o pavimento principal, foi executada em tijolo sob a forma mista de arcos transversais abatidos com impostas em granito, formando módulos quadrados. As Lajes sob forma de abóbadas cruzadas, igualmente em tijolo, revelam a agilidade e competência do engenheiro militar Francisco Pinheiro da Cunha, responsável pela sua concepção. Foram utilizadas grandes quantidades de tijolo proveniente da região de Aveiro para a montagem das abóbadas do primeiro pavimento. O material, transportado por barco até ao Rio Douro e dali subindo em carros de boi até ao estaleiro, significava custos elevados. Contra a lógica de utilização da pedra local e outras técnicas tradicionais mais ligeiras, como depois foi decidido fazer nos outros sectores do edifício. Seria esse o motivo para despedimento de Francisco Pinheiro da Cunha, acusado das maiores malfeitorias e sem competência para dirigir a obra? Ele, detentor de um qualificado curriculum e foi interveniente em tantas operações complexas como o levantamento da Barra de Aveiro? Perdeu o crédito junto da Mesa Administrativa da Misericórdia, mas continuou respeitado na direcção das Obras Públicas.



(Fig. 13) Hospital de Santo António, Galeria de drenagem no subsolo (Fot. D.Tavares).

Pela correspondência trocada entre John Carr e John Whitehead (Carr, 1977), verifica-se que o novo responsável na condução do projecto tomou várias liberdades em relação ao risco original e às instruções escritas que o acompanhavam. É interessante

notar que as alterações ou imperfeições apontadas pelo arquitecto se referem a aspectos de pormenor na execução das alvenarias da fachada. Carr chama a atenção para a textura visível do andar rústico, insistindo no modo e dimensão das pedras enquanto elementos decorativos determinantes da sua arquitectura. Invoca Palladio como modelo para explicar a importância dos desenhos que constavam do projecto, enviando novos riscos em tamanho natural e com anotação das medidas. Formado numa família de construtores, deixou-se tomar pela corrente palladiana, concentrando atenção no rigor imitativo da componente fachadista do seu risco. Na mesma linha de preocupações, contra um certo automatismo de tradição dos mestres pedreiros portuenses, insiste no exacto cumprimento do desenho das janelas, entendendo que a linha de simplicidade e uniformidade se encontra compensada na variedade da composição do conjunto. Intimado a assumir os custos resultantes da necessidade de emendar os erros apontados pelo autor da arquitectura, o segundo responsável foi igualmente afastado da direcção do projecto.

Em Julho de 1777 entrou para a direcção da Casa do Risco Manuel dos Santos Barbosa, citado como mestre pedreiro da obra do hospital novo, com a responsabilidade de acompanhar a execução do projecto. Assumiu a tarefa de reproduzir os desenhos muito estragados de John Carr, organizando dois livros com todas as plantas e os textos traduzidos para português, para o que contou com a colaboração de John Whitehead (alguns desenhos têm legendas em inglês e outra letra, sendo possível que tenham sido aproveitados do rol dos primitivos originais). Observa-se, a partir dessa altura, a preocupação das autoridades em fazer cumprir com rigor o projecto de John Carr. A mesa era da confiança do governo e João de Almada e Melo já tinha sido nomeado provedor da Misericórdia em 1772, assessorado pelo filho António José de Almada. Nesse papel, teve relevância a colaboração prestada pelo cônsul inglês, recuperando a intervenção do autor do projecto quando os erros começaram a ser excessivos.

Com a morte do rei D. José I em 1777 e queda do seu ministro, o Marquês de Pombal, deu-se o episódio político da Viradeira. A nova rainha, D. Maria I, nomeou novos Secretários de Estado e toda a estrutura administrativa do país foi mexida, surgindo novos agentes na política. Foi designada outra Mesa para a Misericórdia que tratou de reverter todas as iniciativas de construção do hospital, procurando averiguar situações que comprometessem a anterior gestão. Como consequência, em Outubro de 1780 a obra foi interrompida sob o pretexto de mau emprego dos dinheiros. Mas onze anos depois, em Fevereiro de 1791, impôs-se a necessidade de resolver a incapacidade

de resposta do velho Hospital de D. Lopo e o processo foi retomado. Manuel dos Santos Barbosa foi chamado para o reinício dos trabalhos, mas viria a falecer em 1793. Ainda assinou o desenho refeito para o alçado nascente, escolhido como principal por força dos critérios adoptados para a implantação e primeiro na sequência das obras.

Aparece, então, Joaquim da Costa Lima Sampaio, que tomou o lugar de Manuel dos Santos Barbosa no que se refere à produção dos desenhos e controlo da Casa do Risco. Foi reconhecido com mérito para reformar as plantas originais e preparar os moldes e medidas para o que havia a fazer. Formado ao serviço de John Whitehead, com quem trabalhou como ajudante no projecto para o edifício Feitoria Inglesa, adquirira competência de arquitecto que desempenhou nos anos que se seguiram. Terá sido por ele indicado numa época em que era constante a presença e apoio do cônsul à obra do hospital. Até 1807, ano em que se dá por encerrada a segunda fase dos trabalhos, Sampaio foi o inspector que dirigiu todas as operações no estrito respeito pelas instruções do projecto. Em 1821, antes de ser nomeado arquitecto da cidade, estava ainda ao serviço do hospital numa fase de tarefas interrompidas.



(Fig. 14) Hospital de Santo António: vista do Jardim da Cordoaria sobre construído no século XVIII (Fot. D.Tavares).

Um desenho de Vilanova retratando a situação da fachada principal do Santo António, datado de 1833, testemunha o ponto em que a obra foi interrompida. O primeiro torreão lateral, do lado da Cordoaria, estava completo e até já recebera a estátua de Hipócrates ao centro do frontal de cantaria, alinhada pelo eixo do pórtico

colunado. Também o primeiro corpo recuado de ligação estava completo, com o seu varandim de balaustrada sobre a arcaria rústica do rés-do-chão e um frontão triangular intermédio sublinhado pelas urnas de remate da linha de céu. Já o núcleo central se apresentava bastante incompleto, sem pórtico e remates. Nem colunas, nem frontão, nem platibandas. É claro que os três andares se mostram operacionais na parte visível, mas o restante não existe e todo o sector norte estaria apenas esboçado. Numa fotografia do pátio interior do hospital de cerca de 1850, da autoria de Frederick Flower,[6] observa-se que só metade do corpo central apresenta a construção em toda a altura. Surgem muros de sustentação de aterros parciais e caminhos de serviço a eventuais acessos ao exterior pelo lado sul. A cave não se apresenta como parte operacional e percebe-se a exploração agrícola ordenada na vertente nascente do rio interior.

[6] Frederick William Flower, comerciante escocês que se instalou no Porto em 1844, foi um pioneiro da fotografia em Portugal.

Fontes documentais

BARBOSA, Manuel dos Santos (1777), *Descrição da planta que mandou fazer para o novo hospital da cidade do Porto…* (2 livros manuscritos), ASCMP, H-13-06 e H-13-07.

CARR, John (1769), carta ao provedor António de Lencastre. ASCMP, D-1-1.

CARR, John (1977, Fevereiro, 4), carta a John Whitehead. ASCMP, D-1-8.

Referências bibliográficas

ALVES, Joaquim Jaime Ferreira (1988), *O Porto na época dos Almadas*, Centro de História da Universidade do Porto.

BOLD, John (2000), *Greenwich, an Architectural History of the Royal Hospital for Seaman*, New Haven and London, Yale University Press.

CAMPBELL, Collen (2007), *Vitruvius Britaniccus*, New York, Dover Publications. Edição original, Londres, 3 volumes, 1715, 1717 e 1725.

COLVIN, Howard (1995), *A Biographical Dictionary of British Architects, 1600-1840* (9nd ed), New Haven and London, Yale University Press, pp. 217-226.

LEAL, Augusto de Pinho (1875), *Portugal Antigo e Moderno*, Lisboa, Ed. Mattos Moreira.

MEIRELES, Maria Adelaide (1982), *Catálogo dos Livros de Plantas*, Porto, Arquivo Histórico.

NONELL, Anni Günther (2002), *Porto, 1763/1852, a construção da cidade entre despotismo e liberalismo*, Porto, FAUP Publicações.

PEVSNER, Nikolaus (1976), *A History of Building Types*, Princeton University Press.

PROVIDÊNCIA, Paulo (2000), *A Cabana do Higienista*, Coimbra, Edarq.

RIBEIRO, Lília Paula (2012), *A arquitectura neopalladiana portuense: o Hospital de Santo António (1769-1832)*, Porto, Tese de doutoramento, F.L.U.P.

SUMMERSON, John (1993), *Architecture in Britain 1530-1830* (9nd ed.), New Haven, Yale University Press.

TAVARES, Domingos (2005), *Inigo Jones, classicismo inglês*, Porto, Dafne Editora.

TAVARES, Domingos (2010), *John Nash, arquitectura urbana*, Porto, Dafne Editora.

TAVARES, Domingos (2014), *António Averlino Filarete, a cidade ideal*, Porto, Dafne Editora.

TAYLOR, René (1961, Junho), The Architecture of Port-Wine, *Architectural Review*, pp. 388-398.

VILANOVA, Joaquim Cardoso Vitória (1987), Edifícios do Porto em 1833, Porto, BPMP. (Edição de 102 desenhos a tinta da china e aguarela. Manuscritos da Biblioteca Pública Municipal do Porto, Ms 1479).

WRAGG, Brian (2000), *The Life and Works of John Carr of York*, York, Oblong – Editor Giles Worsley