U.PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

2.º CICLO **M** 2013

FAUP
2013

U.PORTO

Leprosaria Nacional Rovisco Pais (1947-1996)
Enquadramento histórico, Identificação tipológica, Processos de Reabilitação.

RAQUEL SILVA SÁ

U.PORTO
FACULDADE DE ARQUITETURA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Leprosaria Nacional Rovisco Pais (1947-1996)

Enquadramento histórico, Identificação tipológica, Processos de Reabilitação.

RAQUEL SILVA SÁ

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
À FACULDADE DE ARQUITETURA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
ARQUITETURA

Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura de Raquel Margarida da Silva Sá,
com orientação do Professor Doutor Francisco José Barata Fernandes.

Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto.
Porto, setembro de 2013.

Dedicada ao meu Tio Abel, que vive na Leprosaria Nacional Rovisco Pais desde 1950.
Pela sua irreverência, inteligência e carinho.

Agradecimentos

Deixo aqui os meus agradecimentos, associados a um percurso de trabalho de algum tempo, onde o apoio, orientação e companheirismo foram importantes para a finalização não só da dissertação, mas também do percurso académico.

Ao Professor Francisco Barata pela orientação e em especial pelo apoio na decisão de assumir este tema, para o qual existia uma incerteza inicial.

À Dr.ª Maria Madalena Rico pela preciosa informação tanto numa primeira aproximação ao caso de estudo, assim como pela perspetiva pessoal enquanto Técnica Superior do Serviço Social da antiga Leprosaria.

Ao Dr. Luís André, enquanto Presidente do Conselho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, pela sua disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida relativamente a esta instituição, e em particular em relação à transição entre Leprosaria e Centro de Reabilitação.

Ao Centro de Documentação Bissaya-Barreto, e em particular, à Dr.ª Cristina Nogueira, pelo constante apoio em importante parte da pesquisa bibliográfica sobre a Leprosaria e o seu promotor Bissaya-Barreto.

À Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas pela contribuição fulcral na documentação relativa à Comissão de Obras da Leprosaria, e na recolha de desenhos e memórias descritivas.

Aos meus amigos e familiares, que sempre mostraram interesse e assim me apoiaram.

Ao Pedro por ter compreendido a minha constante ocupação, e ainda assim ter estado sempre do meu lado, com paciência e carinho.

À minha irmã, pela sua companhia, distração e amizade.

Aos meus pais, sem os quais não teria sido possível esta Dissertação, e de forma geral todo o meu curso de Arquitetura, pela sua dedicação, conselhos e constante preocupação, e sem os quais não seria quem sou hoje.

Palavras-Chave:

Leprosaria; Gafaria; Bissaya-Barreto; Carlos Ramos; Centro de Medicina de Reabilitação; Arquitetura Hospitalar; Exclusão e Isolamento; Reabilitação Patrimonial.

Resumo

A construção de leprosarias ao longo da história, foi uma realidade importante na evolução da arquitetura hospitalar em particular relativamente a instituições de isolamento. Esta tipologia está associada ao aparecimento dos primeiros hospitais e albergues na Idade Média, tendo recebido o nome de Gafarias em Portugal. A Lepra enquanto doença estigmatizante e contagiosa implicou a adoção de diversas medidas, que em grande parte se focaram na construção destes espaços destinados à exclusão física dos leprosos das cidades e vilas. Estes estabelecimentos viriam a ser construídos em duas fases distintas mas associadas e que se definiram consoante o modo como era encarada a doença, o aparecimento de preocupações assistenciais e a evolução dos conceitos de saúde.

A situação política, económica e social em Portugal durante as decadas 30 e 40, permite um entendimento mais aprofundado dos acontecimentos que estiveram diretamente ou indiretamente ligados à iniciativa e consequente construção da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, inaugurada em 1947. Desta forma, as medidas tomadas pelo regime ditatorial de Salazar, no sentido da desresponsabilização do Estado na área da saúde e da assistência, dotam o caso de estudo deste trabalho de uma especificidade singular no território nacional. Esta intervenção do Estado esteve diretamente ligada ao médico e político Bissaya-Barreto, que enquanto promotor de uma vasta obra social na região litoral centro do país, exerceu a sua influência junto do poder, garantindo a construção do "tão necessário" dispensário anti-leproso.

A Lepra, enquanto doença associada à pobreza e à falta de condições sanitárias e de limpeza, esteve presente nas regiões onde a miséria era mais acentuada, como se pode confirmar no caso de Portugal. A implantação da Leprosaria Nacional, foi pensada de forma a responder mais eficazmente às necessidades das populações, localizando-se junto da zona onde a doença apresentava índices de maior prevalência. A Comissão de Obras da Leprosaria Nacional Rovisco Pais iniciou as suas atividades no final dos anos 30, projetando e acompanhando as obras de todo este complexo hospitalar que viria a funcionar como Leprosaria desde 1947 até 1996. O papel do arquiteto Carlos Ramos e a importância do desenho arquitectónico num projeto deste tipo foi claramente balizado pela época em que se inseriu e que foi caraterizada pela intervenção do regime no modo de fazer arquitetura em Portugal. O tradicionalismo e a ruralidade são dois conceitos determinantes no desenho da Leprosaria, e que marcam o discurso e intervenção do Estado Novo.

A Leprosaria Nacional Rovisco Pais foi transformada em Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais, prolongando a sua função original no sentido da saúde e em particular da reabilitação. Em Portugal, a reabilitação de espaços anteriormente dedicados ao isolamento e tratamento de doenças contagiosas, como no caso de estudo da dissertação e em alguns Sanatórios de Tuberculosos utilizados em comparação, coloca novos desafios à prática da arquitetura e da reabilitação patrimonial. Estes espaços permitem ainda, pela sua escala, localização e desenho, abrir novas possibilidades na complementaridade entre programas diferenciados.

Key words:

Leprosarium; Leper Colony; Bissaya-Barreto; Carlos Ramos; Center of Medical Rehabilitation; Hospital Architecture; Exclusion and Seclusion; Patrimonial Rehabilitation.

Abstract

The construction of leprosarium through history was an important reality for the development of hospital architecture, particularly in quarantine institutions. This typology is related to the appearance of the first hospitals and almshouses in the Middle Ages, which received the name of Gafaria in Portugal. Leprosy as a stigmatizing and contagious disease entailed the adoption of several measures, which largely focused on the construction of these spaces for physical exclusion of lepers from cities and towns. These establishments were constructed in two distinct phases that were associated, on one hand to the way that the disease was seen, and on the other hand to the emergence of welfare concerns and the development of healthcare concepts.

The political, economical and social development in Portugal during the 30 and 40 decades allows a deeper understanding of the events that were directly or indirectly linked to the initiative and the subsequent construction of the Leprosaria Nacional Rovisco Pais (National Leprosarium Rovisco Pais), opened in 1947. Thus, the measures taken by the dictatorial regime of Salazar, towards disengagement of the state in healthcare, endow the case study of this thesis of a unique specificity in the country. This state intervention was directly linked to the doctor and politician Bissaya-Barreto, who was the promoter of a vast social work in the central littoral region of the country, and that exerted his influence within the regime guaranteeing the construction of the “so needed” anti-leprosy dispensary.

The Leprosy, as a disease associated with poverty and lack of sanitary conditions, was present in regions where misery was more pronounced, as confirmed in the case of Portugal. The deployment of the Leprosaria Nacional was designed to respond more effectively to the needs of the population, being located near the area where the disease had higher prevalence rates. The “Comissão de Obras da Leprosaria Nacional Rovisco Pais” (works commission of the leprosarium) began its activities at the end of the decade of 1930, designing and monitoring the work of the whole hospital complex that would function as a leper colony from 1947 until 1996. The role of the architect Carlos Ramos and the importance of architectural design on a project of this kind were characterized by the intervention of the regime in the way of making architecture in Portugal. Traditionalism and rurality were two crucial concepts in the design of the Leprosarium and they marked the ideologies and intervention of the Estado Novo (New State).

The Leprosaria Nacional Rovisco Pais was transformed in Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (Center of Medical Rehabilitation) extending its original function towards healthcare, particularly medical rehabilitation. In Portugal, the transition of spaces previously dedicated to the isolation and treatment of contagious diseases, as the study case of this thesis and some other tuberculosis sanatoriums used in comparison, poses new challenges in architectural practice and in patrimonial rehabilitation. These spaces allow also, for their scale, location and design, the creation of new possibilities in complementarity between different programs.

ÍNDICE

.RESUMO | ABSTRACT

.ÍNDICE

.INTRODUÇÃO

1. Objetivo, metodologia e estrutura do trabalho....12

2. Enquadramento do tema....16

CAPÍTULO I. Estado Novo, Saúde e Arquitetura.

1. A realidade política e social dos anos 30 e 40 em Portugal....20

1.1. As políticas de saúde durante o Estado Novo e o papel de Bissaya-Barreto....26

2. Arquitetura portuguesa à época do projecto da Leprosaria....34

2.1. Carlos Ramos. Pensamento e obra reflexo duma época....42

CAPÍTULO II. Os Espaços de Isolamento nas Leposarias.

1. A Lepra e a construção de leprosarias ao longo da história....50

1.1. Gafarias na Idade Média....54

1.2. Leprosarias a partir do século XIX....64

CAPÍTULO III. Leprosaria Nacional Rovisco Pais

1. Enquadramento da construção da Leprosaria....82

2. Análise dos edifícios e dos espaços exteriores da Leprosaria

2.1. O Programa, o Anteprojeto e o Projeto Final....94

2.2. A Leprosaria Nacional Rovisco Pais construída....104

2.3. Espaços interiores e mobiliário.

As preocupações estéticas no desenho da Leprosaria....132

3. A Leprosaria enquanto dispositivo de regeneração física e moral....136

4. Análise comparada de Sanatórios para Tuberculosos portugueses....142

CAPÍTULO IV. Processos de Reabilitação e Perspetivas de Futuro.

1. Uma primeira proposta de reestruturação de 1974.....150

2. Processos de transformação e adaptação a novos programas.....154

2.1. Análise comparada de Centros de Reabilitação portugueses.....168

2.2. Possibilidade de novos programas, perspetivas de futuro.....174

.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....180

.BIBLIOGRAFIA.....186

.ÍNDICE DE IMAGENS.....192

.ANEXOS.....198

O texto deste trabalho respeita o novo acordo ortográfico de 1990.
Todas as citações presentes no corpo do texto foram transcritas na língua e grafia original da bibliografia consultada.

Abreviaturas presentes no texto:

LNRP - Leprosaria Nacional Rovisco Pais.
C.O. - Comissão de Obras da Leprosaria Nacional Rovisco Pais.
CMRRC-RP - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais.
APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental.
MOPC - Ministério das Obras Públicas e Comunicações.
BAHOP - Bibilioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.
CDBB - Centro de Documentação Bissaya Barreto.

INTRODUÇÃO

1. Objetivos, metodologia e estrutura do trabalho .
2. Enquadramento do tema.

1. Objetivos, metodologia e estrutura do trabalho.

Os **objetivos** da Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura sob o tema "Leprosaria Nacional Rovisco Pais (1947-1996)" poderão ser sucintamente entendidos de uma forma geral, através do seu subtítulo -"Enquadramento histórico, Identificação Tipológica, Processos de Reabilitação,"-, no qual se procurou apontar as várias direções de trabalho tomadas. Pretende-se, sob uma perspetiva arquitetónica, um entendimento abrangente deste complexo hospitalar, não só numa perspetiva histórica dos seus vários tempos de vida, mas também, através de um olhar crítico, encontrar possibilidades para o futuro.

O estudo sobre a construção de leprosarias ao longo dos séculos, permitirá uma identificação tipológica específica dentro da arquitetura hospitalar, que desde a Idade Média se distingue dos restantes estabelecimentos de saúde. Através dos diferentes casos identificados, será possível não só perceber a configuração tipológica de espaços ligados ao tratamento da Lepra, como também um enquadramento do caso de estudo português. A análise histórica e arquitetónica mais aprofundada da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, possibilitará o entendimento de uma época específica em Portugal e do papel dos diferentes intervenientes neste empreendimento. Salientando casos comparáveis de instituições de saúde em Portugal, como os Sanatórios para Tuberculosos, pretende-se encontrar linhas de convergência para uma atuação na área da arquitetura hospitalar no território nacional.

O estudo de espaços ligados à saúde e bem-estar, é uma realidade em contínua mutação, e este está sempre ligado ao estudo da população que usufrui destes, e do impacto recíproco entre ambos. As duas instituições -a Leprosaria Nacional Rovisco Pais e o Centro de Reabilitação da Região Centro- que ocupam o mesmo espaço, em tempos diferentes, serão necessariamente abordadas no seu enquadramento histórico e em comparação com outras

semelhantes, o que permitirá algumas conclusões relacionadas com a forma de pensar, projetar e reabilitar os espaços de saúde de hoje.

A problemática com que na atualidade nos deparamos, aquando de edifícios de valor patrimonial, arquitetónico e/ou histórico, está diretamente ligada à realidade que hoje se vive na prática da Arquitetura, com especial efeito em Portugal. A necessidade de repensar edifícios antigos e de os reabitar, reabilitando, tomou parte integrante das preocupações atuais sobre território, cidade e habitação.

De forma a validar o tema inicialmente pensado para a Dissertação a "Leprosaria Nacional Rovisco Pais", fez-se uma rápida pesquisa da bibliografia existente, para evitar a repetição de trabalho já realizado. Foi possível compreender que apenas existia um trabalho académico de pouca profundidade sobre o tema no âmbito de uma disciplina de História da Arquitetura Contemporânea do Departamento de Arquitetura da Universidade de Coimbra. Outras obras existentes sobre a Leprosaria, apesar de importantes para a realização do estudo presente, não impediram a sua realização por focarem áreas diferentes como a medicina, a sociologia ou a antropologia.

A **metodologia** deste estudo, após a inicial validação do tema, foi no sentido de uma averiguação mais aprofundada da bibliografia existente, permitindo o balizamento dos limites e possibilidades do trabalho. Esta fase do trabalho foi acompanhada de algumas visitas ao local, que puderam contribuir para uma perceção da realidade atual do complexo hospitalar e ainda da sua importância no território onde se insere.

A pesquisa bibliográfica prolongou-se até à fase de produção de texto, com contribuições essenciais da Biblioteca da Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, do Centro de Documentação da Fundação Bissaya-Barreto e da Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas. Foi através desta Bibliografia que os temas abordados nos diferentes capítulos deste trabalho se definiram, por um lado mais de carácter de enquadramento geral – condições político-sociais em Portugal; a Arquitetura do Estado Novo –, por outro, de um enquadramento mais investigativo sobre a história da Lepra e a tipologia das Leprosarias .

As diversas visitas ao local permitiram uma constante aproximação da bibliografia à realidade, uma realidade construída, material, com edifícios e espaços exteriores em estados muito diferenciados de conservação. Foi ainda possível efetuar no local, algumas entrevistas/conversas com pessoas que viveram a Leprosaria sob diferentes pontos de vista. É de referir Abel Almeida que, como ex-Hanseniano, vivenciou a Leprosaria na perspetiva de utente, desde o ano de 1950 e para o qual foi internado compulsivamente; é de referir também a Dr. Madalena Rico, que como Assistente Social, trabalhou no Rovisco Pais desde 1952 até 2004, e que permitiu um vislumbre do que foi esta instituição ao longo dos anos. As diversas conversas com o Dr. Luís André, Presidente do Conselho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação

da Região Centro – Rovisco Pais, ao contrário das pessoas anteriormente apontadas que concederam importantes referências históricas da Leprosaria, ajudaram no sentido das perspetivas de futuro para a instituição: o Plano Funcional inicial do CMRRC, os seus objetivos e o que não foi realizado, deixando lacunas para o seu bom funcionamento; e ainda as novas necessidades encontradas já com a instituição em funcionamento. A par destas conversas realizou-se um levantamento fotográfico generalizado de todo o complexo hospitalar, importante para um estudo mais eficaz e para uma averiguação do estado em que se encontram os edifícios atualmente.

A recolha de material relacionado com o projeto inicial da Leprosaria e dos projetos de reabilitação da mesma, foi acompanhando o processo de recolha de bibliografia e as visitas ao local, tendo sido facultado pelo CMRRC-RC, pelo Centro de Documentação Bissaya-Barreto, e pela Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

A **estrutura do trabalho** procura refletir os objetivos apontados anteriormente, nas suas diversas abrangências. Os dois primeiros capítulos são de contextualização e análise histórica e o terceiro e o quarto capítulo tratam diretamente o caso de estudo do presente trabalho.

O primeiro capítulo, pelo seu carácter histórico e teórico, foca temas de enquadramento histórico geral, das questões políticas, económicas e sociais com enfoque mais especifico nas décadas de 1930 e 1940 em Portugal. Neste sentido, são ainda apontados alguns temas importantes, relacionados com o Estado Novo: a Saúde e a Arquitetura. Desta forma são também focados Bissaya-Barreto e Carlos Ramos, pela importante contribuição que tiveram na construção da Leprosaria Nacional Rovisco Pais.

O segundo capítulo foca o tema da Lepra e das Leprosarias ao longo da história, procurando identificar uma continuidade tipológica que terá culminado nas Leprosarias já do séc. XX.

Criado o enquadramento para a construção da Leprosaria foi possível, no terceiro capítulo, fazer uma análise das várias fazes de projeto e da realidade construída, sob uma perspetiva mais aproximada dos edifícios e do espaço público que a compõem, da sua situação geográfica e do papel dos elementos da Comissão de Obras na sua idealização e concretização. Faz-se ainda um breve apontamento sobre as questões sociológicas associadas a um complexo hospitalar deste tipo, e desta Leprosaria enquanto dispositivo de regeneração física e moral.

No quarto e último capítulo são analisados os vários processos de transformação e adaptação a novos programas da Leprosaria, em especial a conversão em Centro Médico de Reabilitação. Através da comparação com outros casos semelhantes portugueses adota-se uma posição crítica sobre o atual Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Ro-

visco Pais, e procura-se, sob a perspetiva arquitetónica, encontrar soluções de tratamento ou novas abordagens para os problemas identificados.

Foi, através desta estruturação do trabalho, que foi possível traçar objetivos e limites para um estudo, sobre o qual existe alguma informação, mas que não se encontrava ainda trabalhada e compilada no sentido que se pretendeu nesta Dissertação: a análise da antiga Leprosaria Rovisco Pais, no âmbito da Arquitetura, no seu passado, presente e futuro.

2. Enquadramento do tema.

Apesar do caráter teórico do tema escolhido, houve uma preocupação em abordar questões importantes na prática da Arquitetura, sendo esta dissertação um momento de ponte entre o percurso académico e a futura experiência profissional. A preocupação com temas relacionados com a arquitetura hospitalar e de assistência, provém de um interesse pessoal que tem influenciado o próprio projeto académico, integrando também o papel da arquitetura na organização programática e funcional de espaços deste género.

A necessidade de se realizar o estudo aqui presente, foi numa primeira instância, motivada por uma vontade pessoal de compreender uma realidade que há muito tempo me era familiar: a de um complexo hospitalar no qual existem duas situações diferentes -uma antiga Leprosaria decadente e um Centro de Medicina de Reabilitação incompleto e incoerente-.

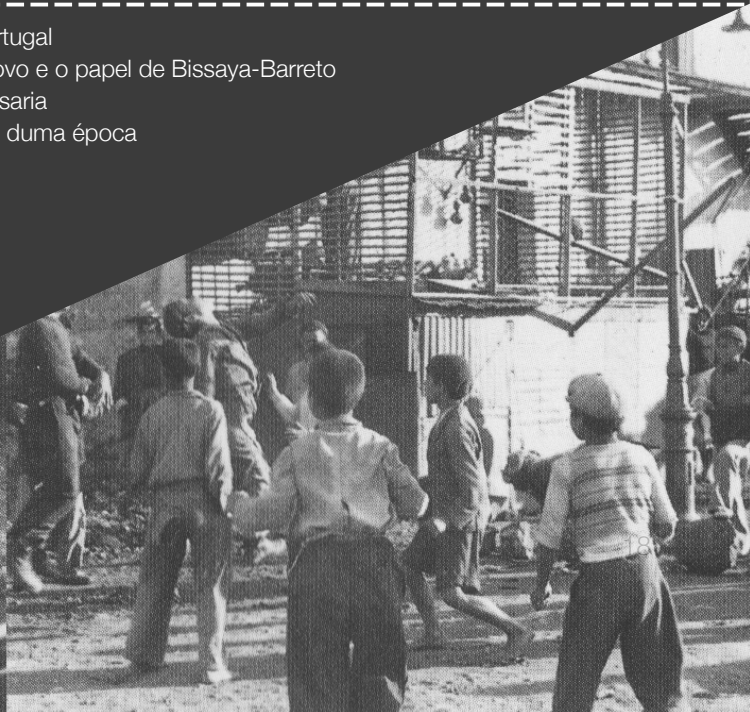
Após alguma pesquisa, para a análise da viabilidade do tema, foi possível identificar dois conceitos de trabalho: a Memória e a Reabilitação. A Memória está relacionada com a manutenção de uma história relativamente próxima de um hospital de especificidade singular no território nacional e pela necessidade da preservação deste património. O conceito de Reabilitação, intimamente relacionado com a realidade do complexo hospitalar, é tomado aqui nos seus vários sentidos: a reabilitação do património, arquitectónica e urbanística, e a Medicina de Reabilitação, do corpo e da mente. A arquitetura de isolamento, realidade específica desta arquitetura hospitalar, enquadra alguns temas que necessariamente serão abordados, com especial atenção para a evolução do desenho das leprosarias ao longo do tempo, tema do qual não se encontrou um estudo generalizado e organizado na bibliografia disponível e até mesmo nas pesquisas na internet. A inexistência de um estudo específico sobre as leprosarias na Idade Média, que pudesse informar a análise do caso de estudo deste trabalho, levou ao alongamento da dissertação nesse sentido.

A íntima relação entre os conceitos, da Memória e da Reabilitação, integra-se neste estudo na necessidade da preservação do Património que promova novos usos e novos programas, respeitando o passado e respondendo ao presente e ao futuro.

CAPÍTULO I. Estado Novo, Saúde e Arquitetura

1. A realidade política e social dos anos 30 e 40 em Portugal
    1.1 As políticas de saúde durante o Estado Novo e o papel de Bissaya-Barreto
2. Arquitetura portuguesa à época do projeto da Leprosaria
    2.1 Carlos Ramos. Pensamento e obra reflexo duma época





A antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais, inaugurada em 1947, exige um enquadramento histórico que permita um entendimento mais aprofundado dos acontecimentos que estiveram diretamente ou indiretamente ligados à sua iniciativa e consequente construção. Referente à história claramente associada ao tema da dissertação aqui presente, importa focar alguns pontos fulcrais do movimento fascista português e perceber as ideologias associadas a este regime, na medida em que foram causa e efeito da realidade socioeconómica portuguesa da época.

Como afirmou Stuart Woolf[1], as crises e o atraso económico, mais especificamente no caso de Portugal e Espanha, representaram um papel preponderante para o florescimento dos regimes fascistas. O *modus operandi* que permitiu a viabilização e manutenção da ditadura de Salazar desde 1933 até 1974, baseava-se em políticas que pudessem servir os interesses dos diversos grupos económicos e políticos (tais como os lobbies da agricultura, indústria, etc.), sem preocupação de servir as populações no seu todo, em especial, como veremos, aquelas que mais necessitavam do apoio do Estado.

> Nas aldeias, ou nas pequenas vilas, a miséria total é mais rara. Deixa-se às vezes de trabalhar, mas deixa-se raramente de comer. Não há dinheiro, falta, por vezes, a roupa necessária, mas há sempre uma côdea ou um caldo [...].[2]

As décadas de 30 e 40 em Portugal, foram caracterizadas pelo aumento demográfico,

[1] Stuart Woolf, *Fascismo e Autoritarismo: em busca de uma tipologia do Fascismo Europeu*, p.16.
[2] Oliveira Salazar,1938 ap. *História de Portugal*, direção José Mattoso, vol.7, p.15.

Quadro III
Taxas de mortalidade infantil e esperança média de vida em Portugal na primeira metade do século XX

Anos	Taxa de mortalidade infantil (permilagem)	Esperança média de vida	
		Homens (permilagem)	Mulheres (permilagem)
1910	209,0		
1920	173,1	35,8	40,1
1930	143,6	44,8	49,2
1940	126,1	47,7	51,8
1950	98,0	54,7	60,0

fig. [I.01]

fig. [I.01]_ Os valores apresentados representam uma realidade onde a maioria da população vivia na pobreza e sem assistência social e médica.

fator que acarretava grave preço económico-social no país pobre de então. As graves deficiências da situação alimentar e sanitária em Portugal expressavam-se na devastadora taxa de mortalidade infantil, na esperança média de vida, uma das mais baixas da Europa em 1930 (para os homens era de 44,8 anos e para as mulheres era de 49,2 anos[3]) (fig. [I.01]), e ainda na taxa de analfabetismo que rondava os 62%. A economia portuguesa, assentava numa agricultura tradicional com índices de produção e produtividade muito baixos, numa indústria moderna incipiente e quase inexistente e num diminuto moderno setor de serviços. O crescimento populacional, a par desta economia pouco desenvolvida e fraca, constituía um problema crucial em Portugal, como definiu Rafael Duque (ministro da Economia) em 1940 -«o problema central do nosso tempo»[4]-.

Este "excesso populacional" e esta incapacidade portuguesa de produção de riqueza e de oferta de trabalho, revelou-se num sobrepovoamento rural, onde em 1930, cerca de 80% da população vivia fora dos centro urbanos.

«Não há talvez, nada mais absurdamente demagógico no Portugal salazarista dos anos 30 do que o ideológico, conservador, e agrarista sobre o mundo rural e a vida camponesa.»[5]

É nesta época, através da criação do Secretariado de Propaganda Nacional, em 1933, e pelos escritos que António Ferro publica, que se transformará "a família portuguesa, o trabalho rural, a "casa portuguesa" e esse mundo de aldeias pobres, mas onde «há sempre uma côdea ou um caldo" no esteio e no símbolo da harmonia social, das virtudes pátrias e da estabilidade do regime.»[6] Uma visão idílica e desfasada da realidade, que será transportada para a forma de fazer arquitetura, oficial do regime de Salazar.

A realidade, essa, era muito diferente da promovida pelo regime. Os Inquéritos à alimentação dos trabalhadores rurais do Douro, em 1942, revelaram uma realidade devastadora: o regime alimentar destas populações registava défices calóricos e proteicos que rondavam «perto de metade do mínimo dispensável»[7]-. Os níveis baixíssimos dos salários, dos quais dependia a sobrevivência da quase totalidade da população rural, justificam claramente, não só o défice alimentar como a situação geral das suas habitações.

Através do *Inquérito Económico-Agrícola* (1936) e do *Inquérito à Habitação Rural* no Norte do país é possível verificar, através do desenho e do modo construtivo das habitações da população rural, uma realidade impressionante de miséria, insalubridade, promiscuidade e desconforto, onde as condições mínimas indispensáveis para os moradores eram inexistentes,

---

3 Fernando Rosas, ibid.,p.23.

4 Rafael Duque, 1940 ap. Id., ibid.

5 Fernando Rosas, ibid., p.53.

6 Id., ibid.

7 Idem, p.56.



fig. [I.02]



fig. [I.03]

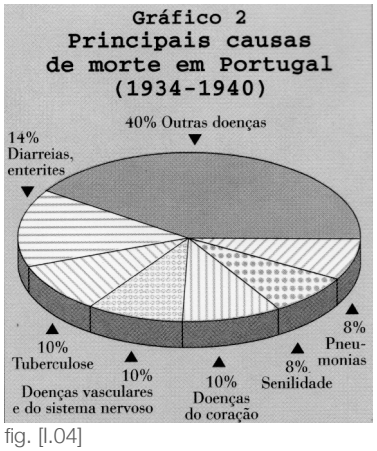


fig. [I.04]



fig. [I.05]



fig. [I.06]

fig. [I.02] e fig. [I.03] _Visitas do diretor da Leprosaria Nacional Rovisco Pais às populações mais afetadas, encontrando situações de miséria graves. fig. [I.04] _Principais causas de morte em Portugal na época da construção da Leprosaria. fig. [I.05] e fig. [I.06] _A pobreza e o sobrepovoamento rural, conjugados com a progressiva industrialização, contribuíram para o rápido aumento da população operária e trabalhadora, especialmente na capital. A incapacidade das infraestruturas urbanas de responder ao acréscimo populacional, provocou a degradação das condições de habitação nas cidades.

como o exemplo de latrinas, casas de banho, já para não falar na água canalizada ou a luz elétrica. Na região do Barroso, as casas dos camponeses, «simples quanto possa imaginar-se»[8], eram cobertas de colmo, sem chaminés (a má tiragem do fumo era causadora de problemas de saúde respiratórios e visuais), quase sem janelas, com um andar térreo para a "corte dos porcos" e um primeiro andar só com cozinha e um "sobrado". Este "sobrado" era o dormitório coletivo da família, com camas ou apenas tarimbas, sem divisões entre elementos da família (pais, filhos, avós, etc.), e as habitações, dotadas de escassa mobília, tinham condições de higiene e sanitárias praticamente inexistentes.[9]

O contraste era claro entre a realidade e o mito bucólico-propagandístico oficial do regime acerca da "casa portuguesa", onde realmente faltava «o que há de mais elementar para que a vida do homem se não identifique à do animal».[10]

Como resultado da arrastada erosão e alteração do mundo rural, a realidade urbana em Portugal sofreu um lento processo de transição para a modernidade, mantendo relações de interdependência com o campo. O poder de atração que vão exercendo as duas principais cidades portuguesas – Lisboa e Porto –, entre 1930 e 1950, comprova-se pelo claro crescimento das suas populações, representando mais de 12% de toda a população de Portugal e cerca de 60% (em 1930) de todos os centros urbanos.[11]

À semelhança das zonas rurais, a degradação das condições de habitação na vida urbana, afeta as camadas de população mais pobre, como são exemplo os diversos bairros operários, com os seus "pátios" (Lisboa) ou "ilhas" (Porto) e que se encontravam superlotados, sem luz elétrica, sem água canalizada e sem esgotos, e onde, ao contrário das populações que viviam no campo, não era possível criar meios de autossubsistência, como a criação de animais ou a agricultura permitiam.

A miséria geral em que viviam as populações em Portugal, e as condições de vida degradantes, que existiam tanto nas zonas rurais como urbanas, em que as pessoas sofriam de défices alimentares e viviam em promiscuidade e sem condições de habitação mínimas, sanitárias ou de conforto, justificavam a baixa esperança média de vida, e as causas que levavam às muitas mortes precoces, ou que hoje assim seriam consideradas. Essas causas estavam muitas delas associadas a doenças, por um lado as mortes por diarreias ou enterites, revelando as deficiências alimentares, ou outras como a Tuberculose ou a Lepra que por serem doenças infeciosas, revelam as condições aviltantes da vida dos portugueses desta época (fig. [I.04]).

---

[8] Idem, p.57.

[9] E. A. Lima Bastos e H. Barros, 1944 ap. *História de Portugal*, direção José Mattoso, vol.7, pp.57 e 58.

[10] F. Ramos da Costa, 1944 ap. *História de Portugal*, direção José Mattoso, vol.7, p.59.

[11] Fernando Rosas, ibid.,p.26.

1.1. As políticas de saúde durante o Estado Novo e o papel de Bissaya-Barreto

Como resposta aos problemas que Portugal atravessa, importa agora entender a posição do regime no âmbito das políticas de saúde e de assistência social. A análise referida permitirá enquadrar a construção da Leprosaria Rovisco Pais, sendo necessário por consequência, uma abordagem da obra de Bissaya-Barreto, enquanto promotor de uma importante ação social e de saúde na zona do litoral centro de Portugal.

Como refere Luís Graça, «a política velha do Estado Novo»[12] era caracterizada por uma desvinculação relativamente aos hospitais e à assistência em geral. Esta política "caritativo-corporativista" assentava na caridade individual ou organizada: « a assistência dev[ia] na mais larga medida possível ser exercida pelos particulares, cabendo ao Estado sobretudo a orientação superior e a coordenação de todas as actividades beneficientes.»[13] A assistência social é considerada também, no decreto de lei de 1942, como dever e responsabilidade das instituições humanitárias, ficando reservado ao Estado apenas a tarefa de os impor. O Estado Novo tomou assim uma posição de afastamento relativamente à assistência social, considerando o seu papel como supletivo da iniciativa privada, contando com "a essência caridosa dos portugueses". Com esta atitude política e como as condições de vida precárias não "preveniam" a miséria e a doença, «não havia de facto quase nada em Portugal, como se reconhecia no seio do próprio regime.»[14]

A reforma dos equipamentos hospitalares do ministro do Interior, Dr. Mário Pais de Sousa, ficou limitada aos processos lentos dos hospitais centrais de Lisboa e do Porto e ao apoio prestado à Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT). Com efeito, foi elaborado um "Plano de luta contra a tuberculose", em 1935, que promoveu a realização de projetos-tipo para os diferentes edifícios de apoio à luta nacional contra a tuberculose: os sanatórios, hospitais e preventórios, projetados por Vasco Regaleira; os dispensários distritais e concelhios, projetados por Carlos Ramos. Este envolvimento do regime na Luta contra a Tuberculose, será quase exemplo excecional da atuação política de saúde do Estado Novo. Os diversos exemplos que se encontram na zona litoral centro de assistência de saúde e social, serão iniciativas de Bissaya-Barreto, que pela sua proximidade a Salazar, as tornará possíveis.

---

[12] Luís Graça, *A política velha do Estado Novo em matéria de saúde,* p.180.

[13] Decreto-Lei nº 27 610, de 1 de abril, 1937.

[14] Irene Flunser Pimentel, *Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40*, p.507.

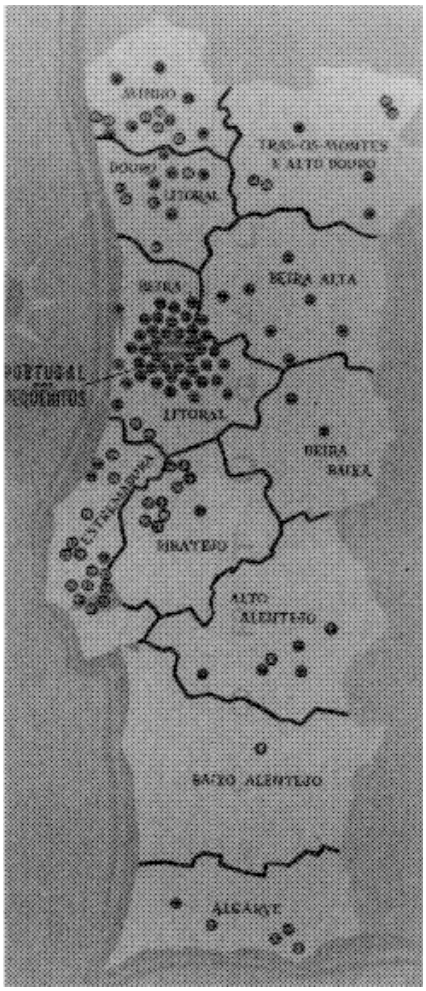


fig. [I.07]



fig. [I.08]

fig. [I.07] _Folheto de divulgação do Portugal dos Pequenitos com a distribuição dos equipamentos assistênciais de Bissaya-Barreto, 1962. fig. [I.08] _Oliveira Salazar e Bissaya-Barreto.

Bissaya-Barreto

Será nesta época, de desvinculação e de desresponsabilização política em relação à assistência social e médica das populações, que surge em Coimbra a figura de um professor universitário e médico «de formação vincadamente maçónica, republicana e regionalista»[15] e que será considerado como «impulsionador e executor da mais vasta, multifacetada e solidária obra social de que há memória»[16] em Portugal (fig. [I.07]).

Fernando Bissaya-Barreto (1886-1974) formado em três diferentes áreas – Matemática, Filosofia e Medicina – viria a exercer a última, como médico-cirurgião e Professor Catedrático na Universidade de Coimbra. Dedicou toda a sua vida à medicina e em especial à obra social, abdicando da vida pessoal em prol de uma vida humanitária dedicada às causas sociais, das quais são exemplo: a loucura, a tuberculose, a lepra, a proteção à grávida e a defesa da criança. «Foi entre os excluídos, entre os marginais, entre os condenados da terra que Bissaya-Barreto selecionou os seus protegidos.»[17]

A sua vida política ficou marcada pelos cargos que viria a assumir em Coimbra, em particular como Presidente da Comissão Administrativa da Junta Geral do Distrito, e mais tarde Junta da Província da Beira Litoral, durante aproximadamente meio século (1927 a 1974), «instituição [essa] ligada ao licenciamento de muitas das obras sociais que viria a promover.»[18] Com o fortíssimo apoio das estruturas políticas e governamentais do Estado Novo e de Salazar em particular, foi-lhe possível reunir um conjunto de recursos financeiros e humanos inigualáveis na época, permitindo-lhe a criação de núcleos de combate aos flagelos sociais do seu tempo.[19] Este apoio do Estado, resultou da admiração mútua entre Bissaya-Barreto e Oliveira Salazar, que partilhavam ideologias políticas já desde os tempos em que foram colegas na Universidade. Numa lista de inúmeras obras promovidas por Bissaya é possível destacar: segundo a sua preocupação com a maternidade e as crianças as 26 Casas da Criança construídas pela Beira Litoral e ainda o Instituto Maternal em Coimbra (atualmente Maternidade Bissaya-Barreto); face ao flagelo da tuberculose a construção de 3 sanatórios, destacando-se o Hospital-Geral da Colónia Portuguesa no Brasil (atual Hospital dos Covões); na assistência psiquiátrica a construção do Hospital Sobral Cid em Ceira, Coimbra; já na luta contra a lepra a importante construção da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, única do país na época; a sua extensa obra conta ainda com a construção do Portugal dos Pequenitos, de Escolas Profissionais, de Institutos de Cegos e Surdos, de Colónias de Férias, etc.

---

15 José A. O. Bandeirinha, *Quinas Vivas*, p.31.

16 Fundação Bissaya-Barreto, *Bissaya-Barreto: Um Homem de Causas*, p.6.

17 Id., Ibid.

18 Idem, p.7.

19 Idem, p.68.



fig. [I.09]



fig. [I.10]

fig. [I.09] _Aldeia Pestalozzi para crianças em Trogen, Suiça. fig. [I.10] _Casa da Criança Rainha D. Leonor de Castanheira de Pera, terra natal de Bissaya-Barreto.

A conceção de Bissaya em relação à medicina, à filosofia e a sua visão do ser humano permitem compreender cabalmente a sua iniciativa de cariz social.[20] «No seu entender, a medicina deveria ter um pendor social muito forte, constituindo a base política de toda a organização sanitária do País, incluindo a vertente preventiva, educando e tratando simultaneamente os pacientes.»[21] Esta perspetiva estaria enquadrada junto de ideologias internacionais semelhantes, nomeadamente a profissionalização do serviço social que teve início nos Estados Unidos e em Inglaterra, no final do século XIX e início do século XX. Bissaya Barreto procurou viajar[22], o que lhe permitiu conhecer outras realidades e formas de fazer a assistência, tendo a partir destas tirado aplicações práticas, como por exemplo a possível inspiração para as suas Casas da Criança: a Casa dei bambini (1907) em Trogen, Suíça (fig. [I.09]).

A par da compreensão das suas ideologias sociais, importa perceber a sua posição perante as artes. Como impulsionador de um grande número de instituições, será preponderante a sua relação com os arquitetos e a arquitetura da época. Destaca-se o cunho eminentemente pessoal que Bissaya «punha em tudo o que promovia, transformando a obra numa espécie de projecção psicológica de si próprio, carregando a arquitectura e as artes decorativas que frequentemente a ornamentavam com um enorme peso de influências subjetivas.»[23] A modernidade que caracteriza a obra de Bissaya Barreto refere-se às suas preocupações de progresso no âmbito social e médico e está associada paradoxalmente a uma "aversão quase visceral a tudo aquilo que de moderno se fazia" nas artes e na arquitetura. Esta ambivalência refletia a própria realidade portuguesa e internacional. Bissaya afirmava que «não lhe serviam nem o purismo de Mies Van der Rohe, nem o diletantismo de Corbusier, nem o organicismo de Wright, nem [tão pouco] o estruturalismo»[24], demonstrado o seu conhecimento da realidade internacional da arquitetura. Assume, desta forma, uma atitude radical de crítica da "construção moderna" classificando-a como «chata, chatíssima» acrescentando ainda que «não se sabe por onde se entra e por onde se deva sair...Outrora, havia sempre um motivo central de decoração, que marcava a zona principal, e que dava categoria e beleza ao edifício. Hoje não há desenho, outrora chamado de figura, não há curvas..., parece que os arquitectos foram apanhados nas curvas, pela nova técnica!»[25] Esta sua crítica é apenas no carácter formal das construções, elogiando por outro lado o uso de materiais como o ferro, o cimento, o tijolo e o vidro que permite construções "le-

20 Jorge Pais de Sousa, *Bissaya Barreto: Ordem e Progresso*, Minerva, Coimbra, 1999, cap. II.

21 Cristina Emília R. e Silva, *Portugal Pequenino*, Resdomus, Grupo FCT Atlas da Casa, Centro de Estudos de Arquitetura e Urbanismo, Porto, 2010, p.8.

22 A partir dos registos encontrados nos seus passaportes é possível traçar uma perspetiva dos locais que visitou em missão de estudo em 1930 – Espanha, França, Alemanha, Suíça e Inglaterra – e em 1933 em missão oficial – Espanha, França, Alemanha e Áustria-. (Passaportes consultados no CDBB).

23 José A. O. Bandeirinha, op. cit., p.32.

24 Bissaya-Barreto, *Subsídios para a História*, p.215.

25 José A. O. Bandeirinha, op. cit., p.35.



fig. [I.11]

fig. [I.11] _Casa (contrução terminada em 1925) de Bissaya-Barreto em Coimbra num estilo revivalista do séc. XVIII, que reflete os gostos deste relativamente à arquitetura. Atual Casa-Museu da Fundação Bissaya-Barreto.

ves" e quase "transparentes" e ainda o funcionalismo para a criação de obras "úteis e práticas". Esta sua maleabilidade representa não só uma época, como também traduz a sua "personalidade eminentemente política", com uma argumentação que poderá ser contraditória, «desde que sirva a prossecução de determinados objectivos.»[26]

Bissaya Barreto «fazia refletir nas obras sobre o seu patrocínio e jurisdição, um certo autoritarismo psicológico (...).»[27] Esta característica é assumida na relação paternalista e prepotente que estabelecia com os arquitetos, através de jogos de autoridade e de utilização abusiva do poder. A relação que estabeleceu com Carlos Ramos, arquiteto da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, foi pontuada pela crítica inicial da sua obra modernista, discurso que viria a ser alterado, considerando-o mais tarde «especializado, como nenhum outro, em arquitectura hospitalar.»[28]

[26] Id., ibid.
[27] Id., ibid.
[28] Bissaya-Barreto, *Subsídios para a História*, p.83.



fig. [I.12]

fig. [I.12] _Pavilhão “L’Esprit Nouveau” de Le Corbusier.

Cabe agora apresentar uma breve síntese a arquitetura da época enquadrada no tema anterior, que foi claramente influenciada, não só pelos estilos internacionais, mas com especial relevo, pela situação política no Portugal de então.

A arquitetura portuguesa foi, segundo Alexandre Alves Costa, ao longo dos anos, resultado de um processo empírico e «foi sendo coincidente com os interesses operativos do sistema, convicta e coerente, contraditória e ambígua quanto ele. A lógica da sua continuidade está, sobretudo, no manuseamento da diversidade das linguagens, no carácter temporário e local dos consensos e não no objectivo único da persistência de um idêntido nacional.»[29]

Refletindo a situação política, numa primeira fase do Estado Novo (década de 1930), são projetados e construídos edifícios modernistas que retratam a indefinição ideológica do regime, para uma atuação política sobre as artes, seguindo-se para uma segunda fase (a partir dos anos 40), onde é já assumida uma posição clara, criando uma arquitetura que se rege segundo os preceitos defendidos pelo regime salazarista, de pendor ruralista, historicista, regionalista e em alguns casos classicizante. A relação entre estas duas formas de fazer arquitetura, torna-se importante para este estudo, no sentido em que a antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais foi projetada e construída durante as décadas de 30 e 40, segundo a arquitetura oficial do Estado Novo, mas pelo arquiteto Carlos Ramos, que pouco tempo antes construiu edifícios seguindo o estilo internacional modernista.

Na contextualização da cultura arquitetónica portuguesa do século XX, interessa iden-

[29] Alexandre Alves Costa, prefácio in *Percurso: Arquitectura Portuguesa 1930/1974*, Sérgio Fernandez, p.4.



fig. [I.13]



fig. [I.14]

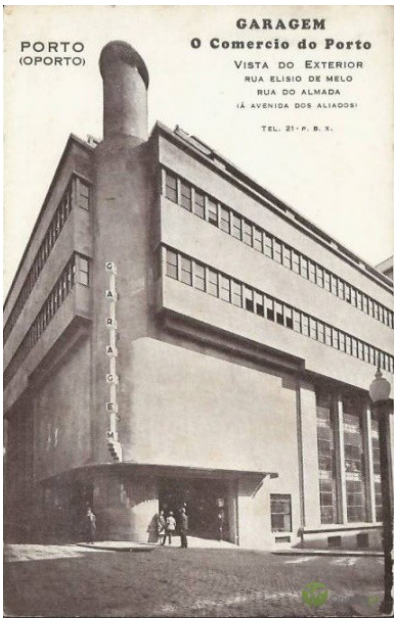


fig. [I.15]

fig. [I.13] _Capitólio (Lisboa) de Cristino da Silva. fig. [I.14] _Instituto Superior Técnico (Lisboa) de Pardal Monteiro.
fig. [I.15] _Garagem do Comércio (Porto) de Rogério de Azevedo.

tificar, para além de obras e textos, a exposição de "Artes Decorativas" em Paris, realizada em 1925, com a apresentação do pavilhão de "L'Esprit Nouveau" de Le Corbusier, onde se inicia um programa internacional de mudanças estéticas . É também, a partir de 1925 que se desenvolve o Movimento Moderno em Portugal, através de um grupo de autores novos, com trabalhos que criam uma rutura com a arquitetura que se fazia na época, seguindo os padrões internacionais. Como afirma Nuno Portas será o «único momento em que se repercute neste país, e quase sem atraso, um movimento de vanguarda internacional».[30]

Será na década de 1930 que a arquitetura moderna portuguesa terá o seu desenvolvimento mais claro, coincidindo com a primeira fase do novo regime ditatorial em Portugal (1926-1933). O Estado Novo não se preocupou com a expressão arquitetónica na sua primeira fase, não tendo ainda na época definido claramente o seu perfil ideológico, nem adquirido o seu carácter totalitário, apesar de já autoritário. Ainda assim, a arquitetura moderna, representava um modelo cultural e artístico que serviria as necessidades de afirmação do regime, assente numa «linguagem de comunicação e apresentação legível e eficaz».[31] O pendor iminentemente ruralista do progresso sobre o qual o Estado Novo investia, justifica o número não muito extenso de obras de arquitetura representativa durante os primeiros anos da sua vigência.

Neste sentido, durante a década de trinta, não haverá uma relação de coerência entre o conservadorismo que se instala e a expressão formal dominantemente utilizada pelos arquitectos que seguem os movimentos modernos europeus com os quais, de resto, alguns deles tinham mantido contactos directos.[32]

São exemplo de obras construídas nesta época, representantes desta arquitetura modernista: o Capitólio (1925/31) de Cristino da Silva, o Instituto de Oncologia (1927/35) de Carlos Ramos, o Instituto Superior Técnico (1925/37) de Pardal Monteiro, e ainda, no Norte do país, a Garagem do Comércio de Rogério de Azevedo. Autores como os anteriormente citados, e ainda outros como Cotinelli Telmo, Cassiano Branco, Jorge Segurado, Keil do Amaral, etc., serão os protagonistas de um período em que será o próprio estado português, através do Ministro das Obras Públicas, Duarte Pacheco, a promover o modernismo racionalista e internacionalista em que são aplicadas as novas técnicas de construção e conceção estrutural, volumétrica e de organização espacial.

A partir do final da década de 30, inicia-se o processo de desvinculação do regime

30 Nuno Portas, *A Evolução da Arquitectura Moderna em Portugal: uma interpretação*, in Bruno Zevi, *História da Arquitetura Moderna*, cap. XV.

31 Sérgio Fernandez, *Percurso: Arquitectura Portuguesa 1930/1974*, p.16

32 Idem, p.17.

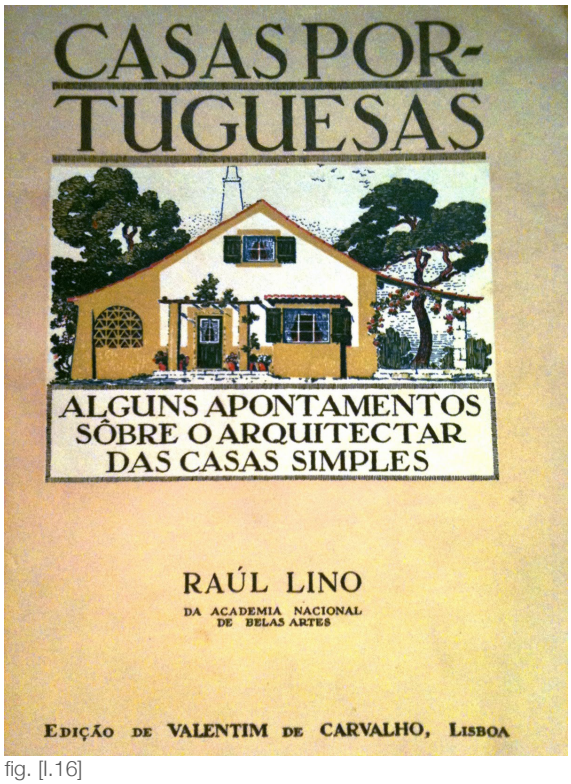


fig. [I.16]



fig. [I.17]



fig. [I.18]



fig. [I.19]

fig. [I.16] _Capa do livro de Raul Lino que se insere no movimento “a casa portuguesa”. fig. [I.17] _”Casa Portuguesa” por Edmundo Tavares, ilustrações do seu artigo na revista *A Arquitectura Portuguesa* (nº 9 de Setembro de 1915). fig. [I.18] _Edifício oficial do periodo nazi em Berlim. fig. [I.19] _Foto da Praça do Areeiro em Lisboa de Cristino da Silva.

relativamente à arquitetura moderna, reclamando a sua desadequação e clarificando: «...que abandonem vanguardismos e colaborem na restauração cultural que o Estado Novo quer empreender...»[33], recebendo ainda, uma intervenção direta de Salazar com o «seu discurso cultural e estético anticosmopolita, nacionalista e historicista».[34]

A segunda fase do regime salazarista, época do seu desenvolvimento e consolidação, será assim caracterizada pela adoção da arquitetura oficial, que refletisse os seus ideais: «...a autoridade, a disciplina e a ordem, por um lado, e por outro o culto da nacionalidade, da família e do mundo rural.»[35] Existe, apesar do carácter nacional desta fase na arquitetura, um enquadramento internacional, designadamente no tempo de insegurança e de conflitualidade latente que antecedeu a II Guerra Mundial (sobretudo entre 1929 e 1939). Por toda a Europa foram aparecendo "arquitecturas de reacção" ao Movimento Moderno, que privilegiaram «o regresso de eclectismos mal enterrados, de estilos classicizantes, neodecorativos, etc.»[36], associadas aos regimes autoritários, como a Alemanha ou a Itália, mas também em países como a França, a Inglaterra ou os Estados Unidos da América. É neste enquadramento que encontramos a "arquitetura oficial" do Estado Novo, que representa o "modo português" desta reação ao Modernismo, numa relacção direta com a realidade portuguesa, patente na procura de signos nacionalistas.

Como suporte ideológico desta arquitetura oficial do Estado Novo, que serviria como veículo de propaganda do regime e meio de condicionamento do comportamento individual e coletivo, convergiram duas correntes vindas de horizontes opostos, como explica Nuno Teotónio Pereira em "A Arquitectura do Estado Novo": por um lado a arquitetura protagonizada por Raul Lino – na qual defendia e promovia o movimento "a casa portuguesa" de profunda relação com a ruralidade -, e por outro lado, através de António Ferro que à frente do Secretariado de Propaganda Nacional e segundo a sua prespetiva moderna da cultura associada ao fascismo, foi o impulsionador das sucessivas campanhas de "portuguesismo" através da arquitetura proclamada na revista *Panorama* – como foram exemplo os concursos da *Aldeia mais Portuguesa* e da *Casa Panorama*, ou ainda a *Campanha do Bom Gosto*-.

Um dos primeiros projetos em que apareceram claramente expressos os novos conceitos do regime foi, em 1938, no projeto de Cristino da Silva para a Praça do Areeiro em Lisboa, contrariando parte do seu discurso teórico publicado anteriormente.

Muitos dos arquitetos mais conhecidos desta época e que praticavam a arquitetura oficial, tinham sido os mesmos que construíram obras modernistas na década de 1930. Esta al-

33 Nuno Portas, op. cit.

34 Artur Portela Filho, *Salazarismo e Artes Plásticas*, p.60.

35 Nuno Teotónio Pereira, *A Arquitetura do Estado Novo, de 1926 a 1959*, p.324.

36 José Manuel Fernandes, *Português Suave-Arquitecturas do Estado Novo*, p.23.



fig. [I.20]



fig. [I.21]

fig. [I.20] _Vista geral de um "Trecho da Lisboa Antiga", erigido em São Bento nas Festas da Cidade em 1935. fig. [I.21] _Pavilhão da Honra e da Cidade de Lisboa de Cristino da Silva na Exposição do Mundo Português de 1940. As duas imagens representam por um lado a ruralidade e por outro a monumentalidade, respetivamente, associando-se em ambos elementos "tradicionalistas" e historicistas.

teração de atitude dos arquitetos, «o volta-face dos arquitectos modernistas»[37], foi condicionada por diversos fatores: em primeiro lugar, grande parte dos arquitetos eram convictos adeptos do novo regime, identificando-se com os seus valores e ideologias; a formação académica Beaux -Arts, enraizadamente eclética, permitiu-lhes uma maleabilidade de produção; por outro lado, a arquitetura moderna atravessava nesta fase uma crise por toda a Europa, dando alento a outras correntes, e que pela afinidade política com o regime português, se tornariam modelos a seguir, como foi o caso de Marcello Piacentini em Itália ou Albert Speer na Alemanha; por fim, importante fator, foi claramente a atitude oficial do regime, sendo este o grande promotor de obras na época, que se expressava em programas, encomendas e imposições sistemáticas, favorecendo uma "resposta" por parte dos autores, «que implicava uma revisão, adulteração ou transfiguração das linguagens modernistas, acrescentando-lhes signos revivalistas e regionalistas».[38]

> Aos arquitectos portugueses, tanto pioneiros como aos que se lhes seguiram, ficou vedada (ou adiada) essa possibilidade indispensável de experimentar e verificar [a arquitetura moderna] através de um processo crítico colectivo.[39]

Os modelos da Arquitetura do Estado Novo, definidos pelos volumes exteriores, pelo tratamento das fachadas e pelos espaços interiores de representação poderão ser caracterizados em dois níveis: ao nível dos edifícios públicos, por uma monumentalidade retórica que recorre a um formalismo neoclássico, representando o poder do Estado, que exprime o sentido de autoridade e ordem; e por outro lado ao nível da habitação, recorrendo a um tradicionalismo arcaizante e a elementos da arquitetura regional e ruralizantes. Nuno T. Pereira explica que «estas duas linhas de expressão aparecem com frequência sobrepostas»[40], sobretudo em edifícios, que pela sua função, dimensão ou localização se enquadram nas duas categorias (como é o exemplo dos Liceus, dos CTT, dos Palácios de Justiça, etc.).

37 Nuno Teotónio Pereira, op. cit., p.326.
38 José Manuel Fernandes, op. cit., p.23.
39 Nuno Teotónio Pereira, op. cit., p.327.
40 Idem, p.328.



fig. [I.22]



fig. [I.23]

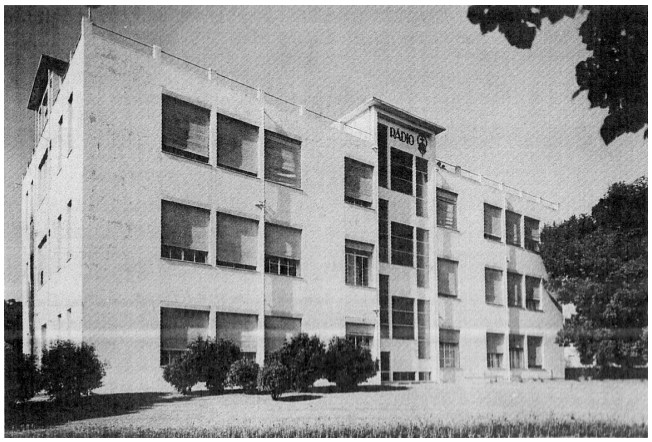


fig. [I.24]

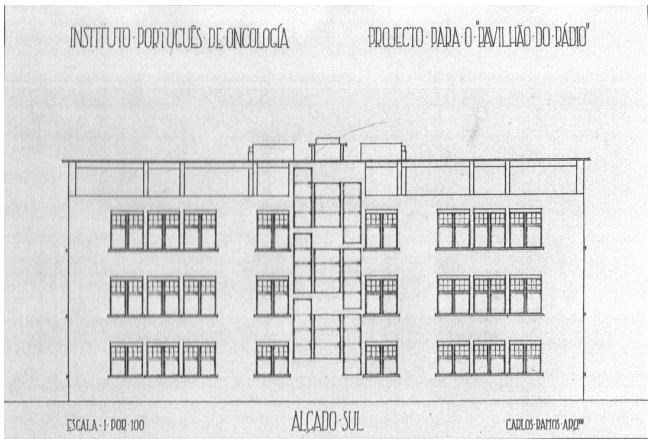


fig. [I.25]

fig. [I.22] _Foto de Carlos Ramos nos anos 60. fig. [I.23] _Casa Comercial Barros e Santos (Havas). Este edifício é construído no centro de Lisboa, dentro da malha pombalina, utilizando um estrutura de betão armado mas encoberta por uma composição de fachada decorativamente referenciada à art déco. fig. [I.24] e fig. [I.25] _Pavilhão da Rádio do Instituto Português de Oncologia (1928-1933).

2.1. Carlos Ramos. Pensamento e obra reflexo duma época

Carlos Ramos (1897-1969), arquiteto considerado por diversos autores como protagonista no desenvolvimento da arquitetura e do ensino da arquitetura em Portugal, foi um dos principais arquitetos modernistas dos anos 20 que adere nas décadas seguintes, e à semelhança dos outros arquitetos da sua geração, aos valores nacionalistas do Estado Novo. A sua obra, ação e pensamento são representativos desta época, caracterizando-se pelo binómio modernismo *versus* tradição.

Carlos Ramos foi contemporâneo de Cottinelli Telmo, Cristino da Silva, Pardal Monteiro, Leitão de Barros e Paulino Montez na Escola de Belas Artes de Lisboa, onde se formou em 1920, tendo esta sua formação académica sido acompanhada por um importante contacto com o arquiteto Ventura Terra, amigo e colega de seu pai, e pela colaboração no atelier de Raul Lino, como desenhador. Carlos Ramos procurou novos horizontes através de viagens ao estrangeiro (Alemanha, Inglaterra, Holanda, etc.), que viriam a realizar-se durante toda a sua vida, tanto no âmbito da realização de projetos, integrando comissões de estudo, ou enquanto participante em assembleias e encontros da União Internacional de Arquitetos.

O primeiro projeto de Carlos Ramos, a Casa Comercial Barros e Santos (Havas) de 1921 em Lisboa, construído fundamentalmente como estabelecimento industrial, denunciará uma certa clivagem entre a qualidade da linguagem no tratamento da fachada e a organização interior do edifício. É possível identificar neste edifício uma aposta na síntese de tendências vocabulares, que a partir daqui Ramos irá ensaiar de maneira consistente, e ainda uma voluntária contenção do projeto e alguma da secura que mais tarde aparecerá nas suas melhores obras[41], e a qual será considerada de maneira genérica como caracterizador da sua obra.[42]

Numa fase já mais consistente, Carlos Ramos, construiu diversos edifícios segundo os preceitos da arquitetura moderna, e que poderão ser observados, na sua forma mais clara e em que a secura já referida será quase paradigmática, no Pavilhão do Rádio do Instituto de Oncologia inaugurado em 1933, em Lisboa. Este pavilhão é considerado por José-Augusto França como «...uma das obras de base do modernismo arquitectónico nacional, de necessária definição internacionalista».[43] Esta obra insere-se no conhecimento que Ramos terá adquirido na viajem que efetuou pela Europa em 1929 com Mark Athias, médico oncologista. Esta teve o intuito de coligir elementos de estudo e informações técnicas para a elaboração do Instituto, numa missão de carácter oficial, para a qual foi nomeado pelo Governo. Estudou centros hospitalares,

41 Pedro Vieira de Almeida, passim «O Arquitecto» in *Carlos Ramos, exposição retrospectiva da sua obra.*

42 Nuno Portas, op. cit.

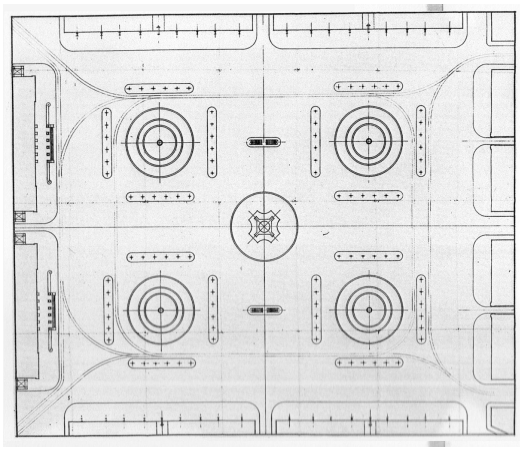
43 José-Augusto França, *A Arte em Portugal no Século XX -1911-1961*, p. 229.



fig. [I.26]



fig. [I.27]



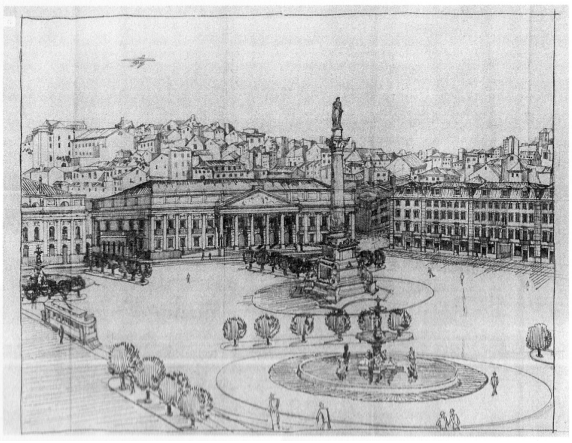


fig. [I.28] e fig. [I.29]

fig. [I.26] _Liceu D. Filipa de Lencastre em Lisboa. fig. [I.27] _Liceu Júlio Henriques em Coimbra. fig. [I.28] e fig. [I.29] _Estudo urbanístico para a Praça do Rossio, 1934, solução B para o concurso.

e pôde observar diretamente a produção da nova arquitetura do racionalismo internacional, experiência profissional que vai ser marcante na sua formação e na sua obra, em particular nos edifícios de carácter hospitalar.[44]

As suas obras desta época demonstram a sua perspetiva da linguagem modernista, caracterizada pela aspereza, e pela contenção do sentido volumétrico. Outros projetos que são considerados representativos desta mesma fase de arquitetura modernista de Carlos Ramos, são os Liceu D. Filipa de Lencastre (1929) em Lisboa e o Liceu Júlio Henriques (1930-32) em Coimbra, onde se articulam complexos volumes funcionais através de uma consciente depuração formal. Torna-se significativo também, a indefinição das opções formais e da sua consequente estrutura teórica, através de concursos como o da Praça do Rossio de 1934, em que Carlos Ramos apresenta três soluções completamente díspares: uma "pombalina", outra "pombalina atualizada" e uma terceira "modernista".

Será já com o advento do regime do Estado Novo e enquadradas naquilo que ficou conhecido por "estilo português suave", que surgirão as seguintes obras de Carlos Ramos, num ambiente «simultaneamente generoso e tímido bastante desinformado e ideologicamente frágil».[45] Como fatores que terão contribuído para a definição do contributo pessoal de Carlos Ramos para a arquitetura desta época, terão sido, as já referidas influências de Raul Lino e Ventura Terra, sendo possível identifica-las nos traços formais das suas obras. Carlos Ramos terá criado a partir destas influências uma visão particular de convergência, e é considerado como peça charneira fundamental nas tendências da arquitetura do seu tempo, como afirma Pedro V. Almeida:

> Assim aquilo a que chamo as duas linhas mestras da evolução da arquitectura moderna em Portugal cruzam-se em Ramos e nele vão constituir a estrutura da sua intervenção profissional e pedagógica, o que precisamente a esse nível lhe confere as suas características próprias e a torna única.[46]

A participação de Carlos Ramos na definição da imagem arquitetónica do Estado Novo pode ser julgada através da análise de projetos elaborados a partir de 1933, e que terá como significativo empreendimento da época, o Concurso de Sagres para o Monumento ao Infante D. Henrique e às Descobertas. Este concurso foi constituído por três versões diferentes – 1933 a 35, 1936-38 e 1954 a 57 – e apesar de nunca se ter concretizado nenhum projeto, resultou na participação de muitos arquitetos ao longo desse anos. Carlos Ramos participou nos sucessivos concursos com projetos que assumiam o promontório de Sagres como o pedestal para o mo-

44 Carlos Ramos, Palestra apud Pedro Vieira de Almeida, op. cit.
45 Pedro Vieira de Almeida, ibid.
46 Id., Ibid.

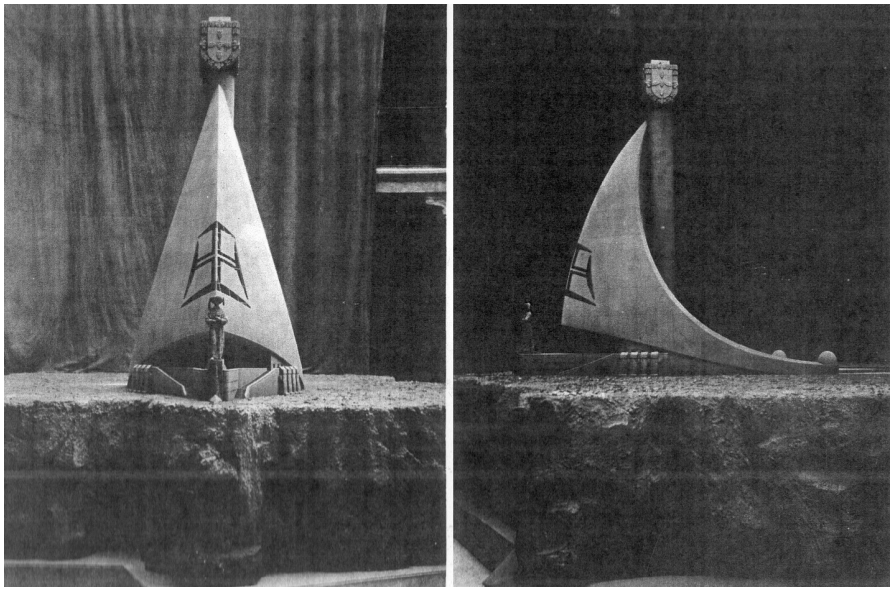


fig. [I.30]

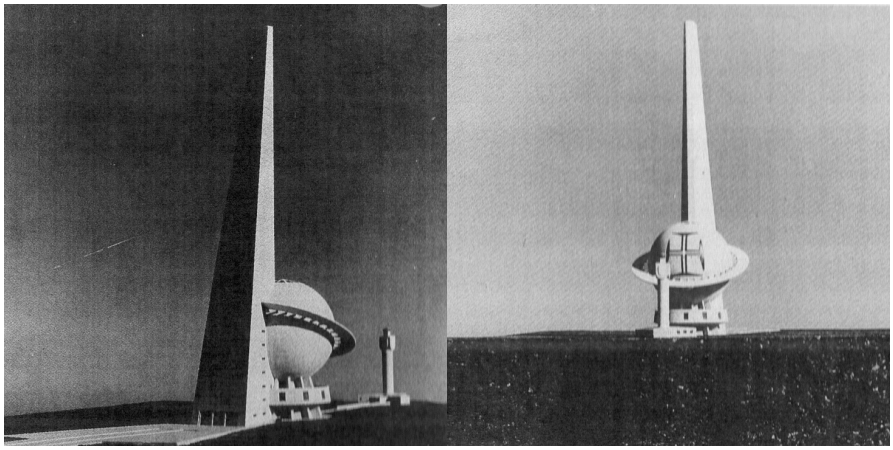


fig. [I.31]

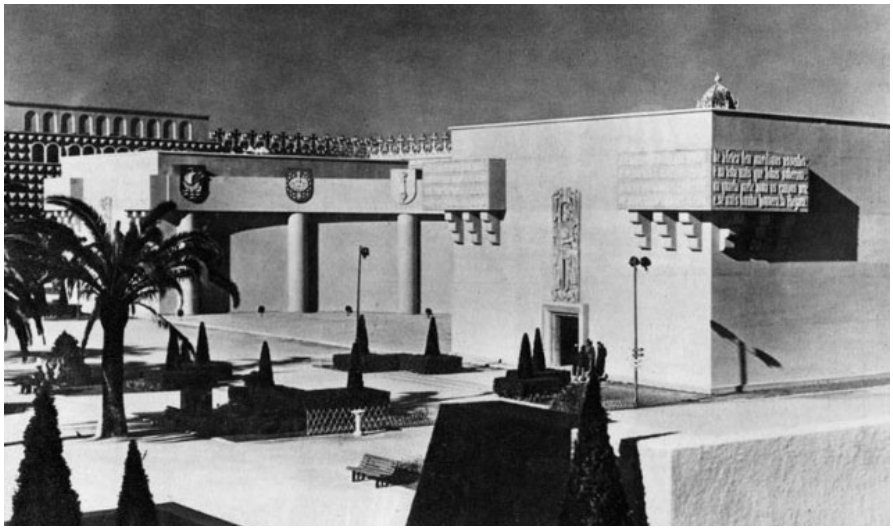


fig. [I.32]

fig. [I.30] _Monumento ao Infante D. Henrique, 1936, concurso nacional - 1º prémio. fig. [I.31] _Monumento ao Infante D. Henrique, 1955, concurso internacional. fig. [I.32] _Pavilhão da Colonização na Exposição do Mundo Português de 1940.

numento a construir, ainda assim a necessária carga simbólica e poética para um projeto como este, não foi conseguida. Pedro V. Almeida justifica este insucesso dizendo que «Ramos é um homem em que a forma não nasce de uma convicção íntima, mas é estrategicamente assumida. (...) Carlos Ramos não tinha a estrutura de um poeta, mas sim de um pedagogo.»[47] Ao longo dos três projetos apresentados por Carlos Ramos, e apesar da tentativa de simplificação durante o seu desenvolvimento, pouco se modifica de uns para os outros, ficando o desequilíbrio na interdependência formal dos elementos que constituíam o todo, caindo num certo decorativismo.

Carlos Ramos destacar-se-ia pela sua invulgar capacidade de comunicação em conferências e palestras, sendo o seu discurso caracterizado por uma omnipresente preocupação pedagógica e por um pensamento marcadamente clássico que enforma o seu conceito de arquiteto e arquitetura. Definindo-se a si mesmo como "moderno", Carlos Ramos viria a adotar em diversos projetos uma linguagem "tradicionalista", estratégia que se poderia justificar pela sua forma de adaptação às circunstâncias objetivas, do lugar, do cliente e do programa. A adoção de certos vocabulários não provinham em Ramos de uma vontade de coerência e procura formal autónoma e pessoal, mas sim no âmbito do problema abordado. «No universo mental e no universo formal de Ramos, em que a forma surgia como consequência de outras preocupações mais empenhadas que empenhantes, a procura de uma clarificação e de um rigor próprios era a consequência lógica.»[48] As posições dicotómicas sobre a arquitetura, mais discutidas desta época, – modernismo *versus* tradicionalismo[49] – foram entendidas por Carlos Ramos, como ambas válidas e com razão de ser, e este ainda percebeu a necessidade de criar condições concretas para uma livre e coletiva procura de caminhos que permitiriam a desejada união entre as vertentes nacional e internacional. Para a criação dessas condições seria necessária a reestruturação do ensino para uma responsável pedagogia da arquitetura, questão que desde cedo preocupou Carlos Ramos.

Com efeito, a partir de 1940, Carlos Ramos irá dedicar-se ao ensino desempenhando um papel preponderante na Escola de Belas Artes do Porto durante vinte e sete anos, sendo considerado por diversos autores, como o seu legado mais importante. Desempenhou a função de professor (1940-52) da cadeira de Arquitetura, a função de Diretor da Escola (1952-67) e por fim esteve à frente do Centro de Estudos de Arquitetura e Urbanismo (1967-69). É de sublinhar o importante papel que desempenhou como moderador diplomático junto do poder central, e no desenvolvimento do intercâmbio com organismos locais e nacionais acreditando na cultura como fator determinante do progresso. Promoveu um ensino de partilha e discussão, com cursos de verão, visitas e viagens, exposições, debates, colóquios e recitais. «Organizador notável

47 Id., Ibid.

48 Id., Ibid.

49 A discussão está intrinsecamente ligada aos conceitos: internacionalismo versus nacionalismo.

[e] entusiasta dos novos valores, Carlos Ramos deu exemplo de emancipação e procurou companheiros.»[50]

Em definitivo não é possível separar em Ramos o homem, da sua prática profissional, justamente porque se Ramos foi um homem assumidamente do compromisso, ele foi também um homem de uma inteireza exemplar.

E é ainda por essa dupla vertente da sua personalidade e da sua obra que hoje Mestre Ramos continua entre nós vivo, presente e mais do que isso, polémico.[51]

[50] Rui Mário Gonçalves, "Amigo dos Artistas" in *Carlos Ramos, exposição retrospectiva da sua obra*.

[51] Pedro Vieira de Almeida, op. cit.

CAPÍTULO II. Os Espaços de Isolamento nas Leprosarias.

1. A Lepra e a construção de leprosarias ao longo da história.
    1.1 Gafarias na Idade Média.
    1.2 Leprosarias a partir do século XIX.

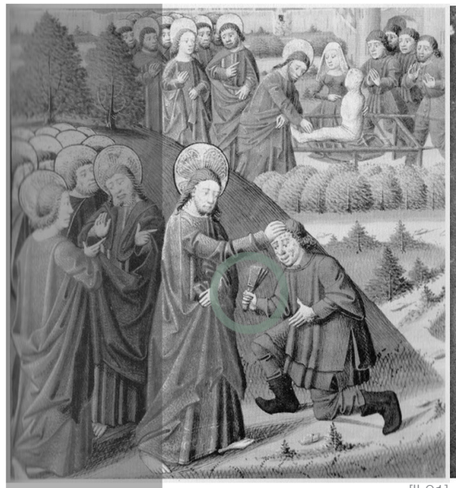


Cabe agora, após o enquadramento da situação política, económica, social e artística de Portugal, perceber a evolução da Lepra na história mundial, e em específico em Portugal, justificando assim a construção da Leprosaria Nacional Rovisco Pais. Será possível analisar a forma como a doença foi encarada pelos povos ao longo dos séculos, e como foram tratados os seus doentes até aos dias de hoje, com especial atenção para o aparecimento das leprosarias ou gafarias onde estes eram internados.

O termo Lepra advém das palavras grega -lépra- e romana -leprae- que significavam «doença de pele que provoca o aparecimento de escamas»[52], sabendo-se hoje que estas não se referiam apenas à Lepra, mas a outras doenças cutâneas, como o vitíligo, a psoríase, o eczema, a elefantíase, e outras.

Os primeiros registos escritos descrevendo uma das mais antigas e referidas doenças da história da humanidade, como é o caso da Lepra, são motivo de controvérsia entre investigadores e historiadores. Em copiosa documentação abundam referencias à doença, tais como os textos sul-asiáticos Sushruta Samhita e Kautilya's Arthashastra datados do século VI a.C., ou em 460 a.C. onde o grego Hipócrates utilizou a palavra Lepra para descrever uma doença com as características da atual psoríase. São ainda possíveis identificar descrições anteriores a estas, na China (2000 anos antes da era cristã), no Japão, na Índia ou no Egito. Os termos "Zaraath" ou "Çará-ath"[53] eram os termos utilizados nos textos bíblicos, em especial no Levítico, que depois foram traduzidos para Lepra, mantendo ainda a incerteza a que doença se referia.

[52] s. v. «lepra», in *Dicionário do Português Atual Houaiss*, Círculo de Leitores, 2011, p.1441.
[53] M. Santos Silva, *O passado e o presente em Leprologia*, p.2.


[II.01]


[II.02]

[II.03]



[II.04]



[II.05]




[II.06]


[II.07]

esq. [II.01] _Nas diversas representações que se encontram de doentes de lepra na Idade Média, destacam-se as indumentárias próprias e os objetos sonoros para que fossem facilmente reconhecidos pelos sãos. A exclusão destes da cidades é outro fator preponderante e que irá ter como consequência o aparecimento das leprosarias.
fig [II.01] _Pormenor de «A cura de um Leproso» da obra *Speculum Historiale* de Vincent Beauvais, 1463. fig [II.02] _A imperatriz Komyo do Japão visitando leprosos (tempo de Carlos Magno). fig [II.03] _Obra de artista não identificado, Frankfurt, 1571. fig [II.04] _Miniatura do *Miroir historiale* de Vincent Beauvais, do séc. XIII. fig [II.05] _Iluminura que retrata o episódio da Bíblia de Joram e os leprosos, do séc.XIV. fig [II.06] _Foto tirada a um sino para leprosos no Museu Ribes Vikinger na Dinamarca. fig [II.07] _Doente de Lepra com indumentária obrigatória.

E aconteceu que, quando estava numa daquelas cidades, eis que um homem cheio de lepra, vendo a Jesus, prostrou-se sobre o rosto, e rogou-lhe, dizendo: Senhor, se quiseres, bem podes limpar-me. E ele, estendendo a mão, tocou-lhe, dizendo: Quero, sê limpo. E logo a lepra desapareceu dele. E ordenou-lhe que a ninguém o dissesse. Mas vai, disse, mostra-te ao sacerdote, e oferece, pela tua purificação, o que Moisés determinou, para que lhes sirva de testemunho.[54]

Referências bíblicas, como a acima citada, associavam à lepra a impureza e a profanação, os leprosos não eram curados, mas sim purificados, "limpos". Esta doença era considerada como o resultado físico dos pecados praticados pelo indivíduo. A Bíblia descreve a segregação dos leprosos desde a passagem de Cristo, mas não se refere à presença de Leprosarias.

Persistem dúvidas sobre a origem da lepra, mas apontam-se como seus primeiros e maiores focos, as antigas civilizações Indiana, Egípcia e Hebreia, considerando-se a probabilidade mais aceite, de que a lepra tenha surgido no subcontinente indiano e/ou africano e que foi introduzida na Europa pelas tropas de Alexandre, o Grande.[55] A lepra, foi sendo transmitida através das movimentações guerreiras e comerciais, ou aquando dos descobrimentos e colonização, como foi o exemplo do Brasil ou o resto do continente Americano, nos quais se introduziu a Lepra através dos colonos portugueses, espanhóis, etc.

Em Portugal a doença já existia, antes da fundação da nacionalidade, existindo uma referência em 1128, a uma doação por Dona Tereza Garcia Garces[56], que punia a quem não a cumprisse: que se cobrisse de lepra da cabeça aos pés, percebendo-se as associações da doença a noções de praga e punição. D. Afonso II, terceiro rei de Portugal, recebeu o cognome de "o Gafo" por ter sido afetado pela Lepra, sendo a "Gafa" outra palavra para designar a lepra (palavra de etimologia controversa).

A história da lepra em Portugal enquadra-se no contexto Europeu, com apogeu na Idade Média e o máximo de intensidade da doença nos séculos XII e XIII.[57] Considerados impuros de corpo e alma, os leprosos foram alvo de variadas medidas, em diversos casos desumanas, adotadas para a contenção da doença, e que foram variando conforme o modo como eram interpretadas as razões da sua propagação. Ao longo dos séculos existem relatos de os leprosos terem sido castrados, mortos por afogamento (por medida de Constancio II, imperador romano em 366 d.C.), e outras medidas religiosas, como quando o leproso era segregado da sociedade por um ritual de *separatio*, normalmente reservado à liturgia dos mortos. Pela suposição de ser uma doença altamente contagiosa, iniciaram-se também medidas para afastar estes doentes

54 Lucas, cap.5, versículos 12 a 14.

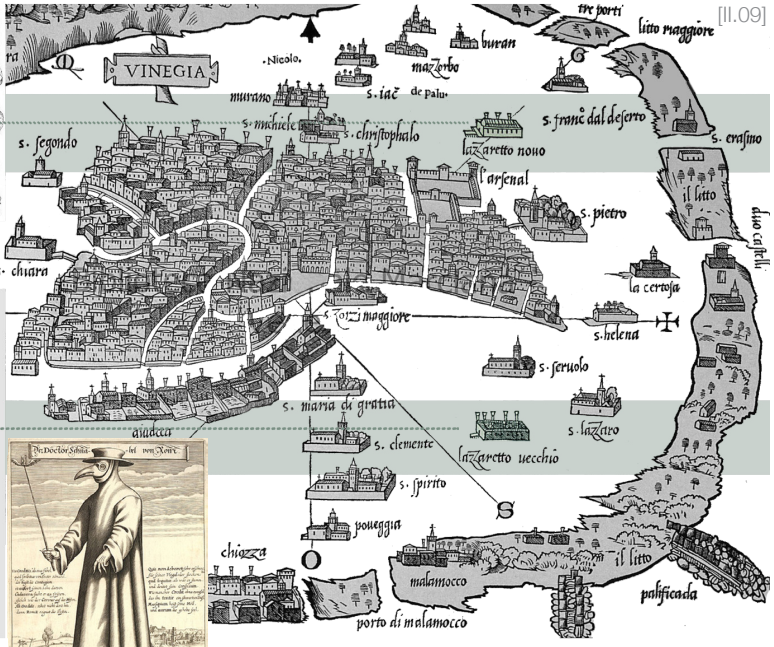
55 Monot, Honore, Garnier, Araoz, Coppee, et al., *On the Origin of Leprosy*, Science 308, Vol. 308 no. 5724, 2005, pp.1040–1042.

56 M. Santos Silva, op. cit., p.5.

57 Id., ibid.

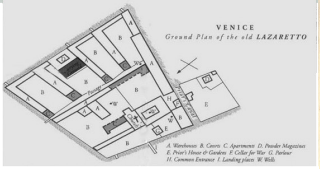


[II.08]



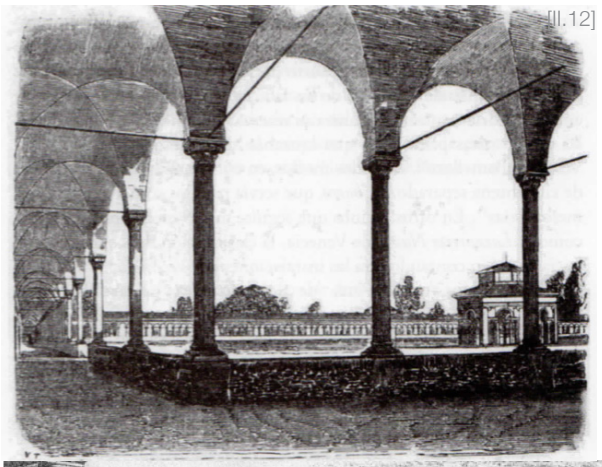
[II.09]



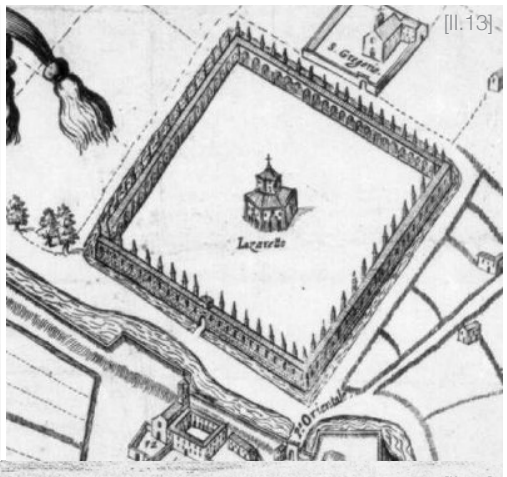


[II.10]

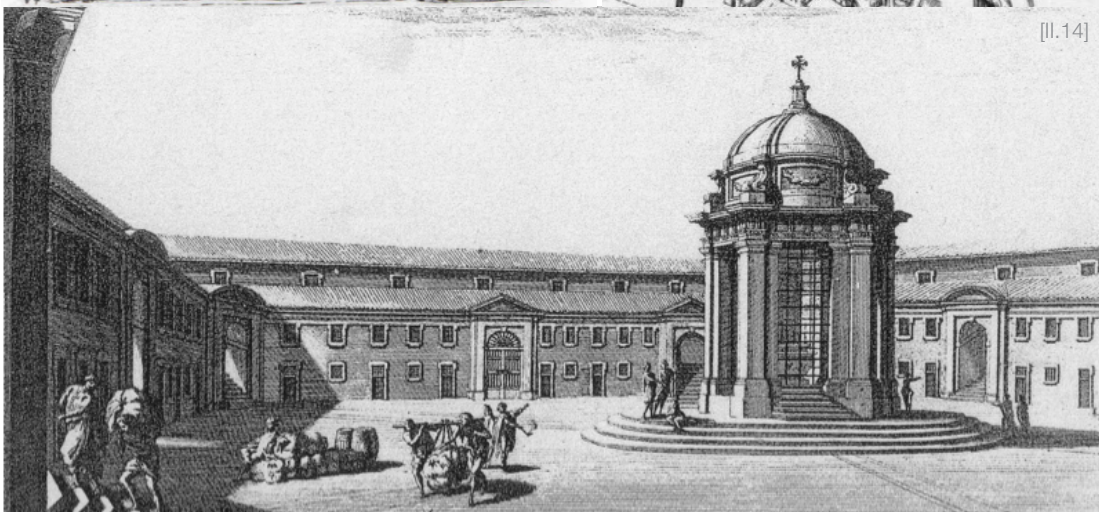
[II.11]



[II.12]



[II.13]



[II.14]

esq. [II.02] _Os lazzarettos de Veneza, primeiros do seu tipo, funcionavam como elementos independentes no território circundante e por se instalarem em ilhas esse isolamento era reforçado. O desenho que geralmente estruturava estes estabelecimentos era caraterizado por um edifício que encerrava o recinto no seu perimetro, à semelhança de um claustro, com uma capela no seu centro.

fig [II.08] _Ilha do Lazzaretto Nuovo. fig [II.09] _Planta de Veneza de Benedetto Bordone de 1528. fig [II.10] _Ilha do Lazzaretto Vecchio. fig [II.11] _Indumentária utilizada pelos médicos nos lazaretos em Itália (para tentar impedir o contágio). fig [II.12] _Desenho (1899) do claustro do Lazareto de Milão. fig [II.13] _Planta (1630) que demonstra a relação que o Lazareto de Milão estabelece com as muralhas da cidade. fig [II.14] _Vista do pátio interior do Lazareto de Ancona no séc. XVIII.

das populações sadias. Foram assim criadas regras e leis que baniam os doentes da sociedade, impondo-lhes uma vida à parte e um indumentária própria, para que facilmente fossem identificados, sendo ainda obrigados a usar matracas, ou outros objetos sonoros. O leproso destituído de bens e proibido de casar, era considerado como morto para a sociedade (ritual separatio).

Ao longo dos séculos a Igreja preocupou-se com a lepra, considerando o leproso como o "pobre de Cristo" do qual cuidar se tornava ato de misericórdia. Foi com o aparecimento, no século IV d.C., de hospitais específicos para abrigar peregrinos e viajantes, que surgiu a base para a construção de leprosarias. E é, segundo Mirko Grmek, por volta do século VI que se criam as primeiras casas de leprosos em França, com Gregório de Tours: «La fondation des premières léproseries en Europe date du VIº siècle, sinon même du Vº. Grégoire de Tours (538-594) mentionne des ladreries, maisons de lépreux, em France».[58] O sofrimento dos leprosos, para além do inerente à doença, era também moral, estes eram humilhados e ostracizados pela sociedade onde já não se integravam mais. A doença não tinha cura, mas não provocava a morte ao doente. Foi com a construção dos hospitais de leprosos, leprosarias ou gafarias que os leprosos passaram a ter local de isolamento.

1.1. Gafarias na Idade Média

Numa primeira abordagem, torna-se imprescindível clarificar a diferença entre as palavras leprosaria[59] e lazareto[60], que apesar de muitas vezes serem usadas como sinónimos, nem sempre se referem a instituições com a mesma função. A confusão foi criada pela proximidade de significados destes conceitos e até mesmo por ambos se referirem a espaços de isolamento de doentes.

O primeiro Lazareto, em que se aplicou a palavra, foi no Lazzaretto Vecchio em Veneza, considerado o primeiro do seu tipo, tendo iniciado os seus serviços em 1423. Localiza-se sobre uma pequena ilha na Lagoa de Veneza com uma superfície de 2,53 hectares e teria sido utilizada no séc. XIII como albergue para Peregrinos da Terra Santa. Contava com uma igreja dedicada a Santa Maria de Nazaré e terá sido a partir desta designação que surgiu a palavra inicial de "nazzaretto". Esta terá sido contaminada por influência da personagem bíblica Lázaro, padroeiro

58 Mirko D. Grmek, *Les maladies a l'aube de la civilisation occidentale – Recherches sur la réalité pathologique dans le onde grec préhistorique, archaïque et classique*, Payot, Paris, 1983, Cap. VI, p. 254.

59 s. v. «leprosaria» (1874): Estabelecimento destinado a tratamento de pessoas com lepra; lazareto. Gafaria (1199) - antigo hospital para leprosos; leprosário. In *Dicionário do Português Atual Houaiss.*

60 s. v. «lazareto» (1605) ETIM- it. Lazzaretto; segundo o dicionário: 1.Leprosário; 2. Estabelecimentos para controlo sanitário, onde são postas de quarentena as pessoas que, chegadas a um porto ou aeroporto, podem ser portadoras de moléstias contagiosas; 3. MAR prédio em lugar ermo ou navio fundeado onde se mantinham de quarentena passageiros e tripulantes de navio sem cadernetas sanitárias que atestassem condição de bom estado higiénico. In *Dicionário do Português Atual Houaiss.*

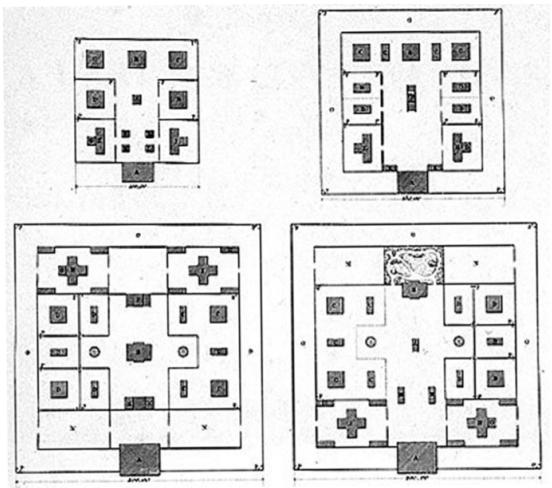


fig. [II.15]

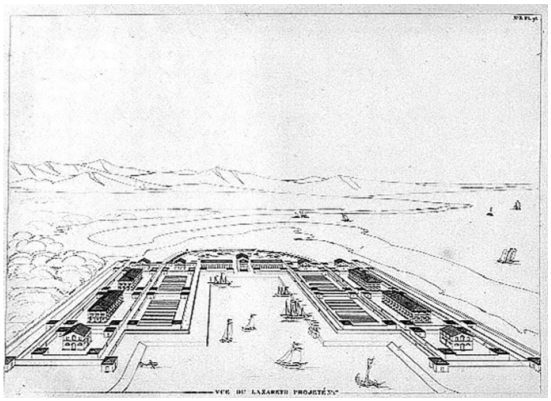


fig. [II.16]

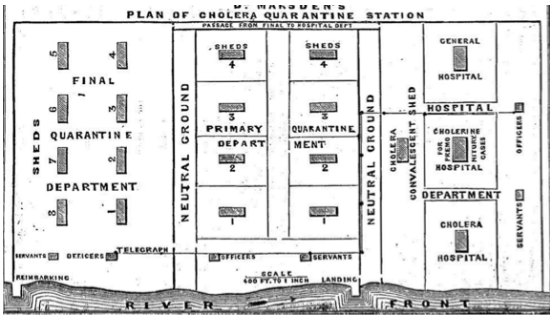


fig. [II.17]

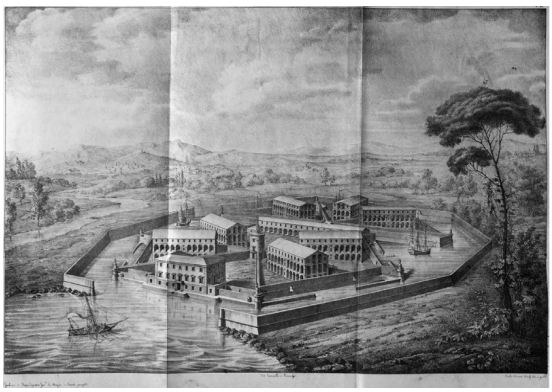


fig. [II.18]

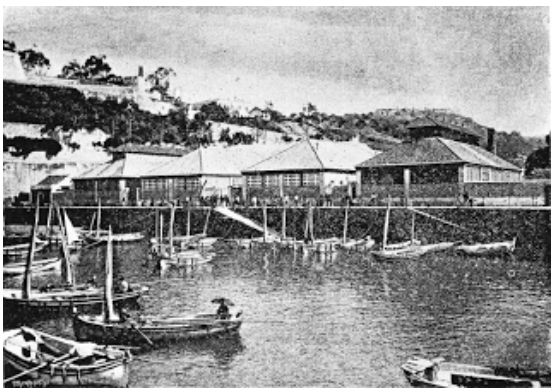


fig. [II.19]

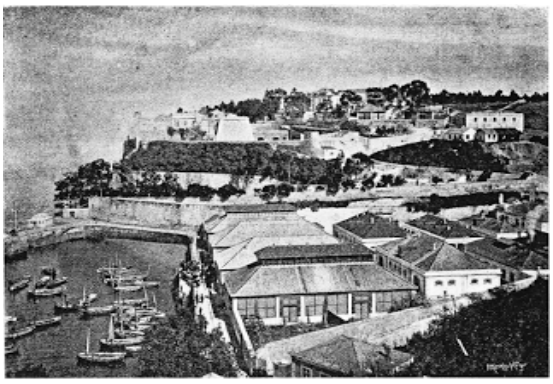


fig. [II.20]

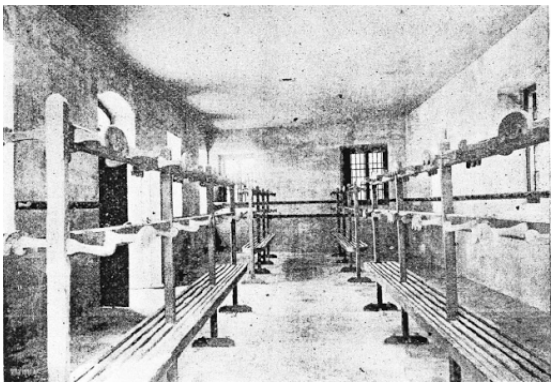


fig. [II.21]

fig. [II.15] _Plantas de lazaretos tipo, respetivamente de 100 metros e 200 metros de lado (1823-1828). fig. [II.16] _Perspetiva cavaleira de um projeto para um lazareto (1823-1828). fig. [II.17] _Projeto de um lazareto com estrutura pavilhonar para a provéncia do Quebec de meados do século XIX. fig. [II.18] _Perspetiva de um projeto de lazareto nas proximidades de Nápoles da primeira metade do século XIX. fig. [II.19] _Lazareto de Lisboa: cais. fig. [II.20] _Lazareto de Lisboa: doca, recinto dos armazéns e lazareto velho. fig. [II.21] _Lazareto de Lisboa: armazém de desinfeção por ácido sulfuroso.

dos Leprosos, alterando de "nazzaretto" para "lazzaretto"[61]. Esta quase homonímia é fonte de numerosas confusões entre a função dos lazaretos. Pela ligação com o Padroeiro dos Leprosos associa-se à função de leprosaria, enquanto a sua "rigorosa" utilização será enquanto estabelecimento de quarentena portuária para passageiros e mercadorias com suspeita de doenças contagiosas (em especial a peste).

O Lazzaretto Vecchio e o Lazzaretto Nuovo, até ao século XVIII, funcionaram em conjunto para assegurar o controlo, a quarentena e a descontaminação de mercadorias e passageiros em Veneza. Foram ainda construídos outros lazaretos portuários em Itália como os de Ancona, Cagliari, Génova, Livorno e Verona e ainda dois em cidades interiores como Milão e Parma, servindo uma função semelhante – isolar em quarentena contagiados da peste - e procurando localizar-se nos limites da cidade, extramuros.

Por toda a Europa foram construídos Lazaretos dedicados ao controlo de doenças contagiosas, em especial a partir do século XVI e das embarcações provenientes das novas colónias europeias (até ao século XIX). Em Espanha são exemplos o Lazareto da Ilha de San Antón (A Coruña) e o de Mahón em Menorca. O Forte de São Sebastião da Caparica em Almada, funcionou como Lazareto de Lisboa durante o século XIX (fig. [II.19 a 21]).

É possível identificar, analisando e comparando os lazaretos citados, o aparecimento de algumas tipologias que seguiam não só a arquitetura da sua época como também um planeamento morfológico diferenciado entre si. Como primeira tipologia[62] poderá ser considerada a renascentista, da qual são exemplo os lazaretos que se encontram nos territórios venezianos e de Milão, e que terá sido utilizada recorrentemente durante os séculos XV e XVI, baseando-se num edifico claustral de grandes dimensões, que estaria dividido em células individuais. Existiria ainda uma igreja ou capela ao centro do recinto de quarentena (esq. [II.02]). Outra tipologia a referir será a desenvolvida a partir dos finais do século XVIII, fundamentada na multiplicação e estrita divisão das suas unidades constituintes. Esta tipologia pavilhonar formulada em França, procurava através do afastamento dos edifícios e da criação de zonas diferenciadas favorecer o controle das doenças e a manutenção de uma atmosfera limpa em todo o recinto.

O aparecimento deste tipo de instalações reporta-se ao ano de 1423, ou seja século XV, época já de recessão da Lepra por toda a Europa e por consequência da construção de leprosarias. O aparecimento das leprosarias estará relacionado com a história dos hospitais, aparecendo entre o século VI e VII[63], vários séculos antes dos lazaretos. Esta questão poderá não

---

61 Pierre-Louis Laget, *Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXe et au début du XXe siècle*, In Situ, 2002. Consultado a 5 junho 2013 em http://insitu.revues.org/1225 ; DOI : 10.4000/insitu.1225

62 A designação tipológica utilizada no trabalho baseia-se na divisão sobre lazaretos criada por Quim Bonastra no seu trabalho sobre «Recintos sanitários e Espaços de Controlo».

63 C. Souvay e J. Donovan, Leprosy, 1910. In The Catholic Encyclopedia, Robert Appleton Company, Nova Iorque. Consultado em http://www.newadvent.org/cathen/09182a.htm.

Denominação	*Localidade*	*Fundador*	*Data*
Abrantes	Abrantes	—	s. XV
Alcácer do Sal	Alcácer do Sal	—	—
Almada	Cacilhas	Peregrinos ingleses	1260
Aregos	Canavezes (termo)	D. Mafalda	s. XII
Aveiro	Aveiro	—	—
Beja	Beja	D. Sancho I	—
Braga	Braga	—	a. 1178
Bragança	Bragança	—	—
Carpalhosa	Leiria (termo)	—	—
Cascais	Cascais	—	—
Coimbra	Coimbra	D. Sancho I	1210
Covilhã	Covilhã	—	—
Creixomil	Guimarães	—	—
Estremoz	Estremoz	—	a. 1332
Évora	Évora	—	a. 1337
Fafe	Fafe	—	—
Gafanha	Ilhavo	—	—
Gafanha	Vagos	—	—
Gafanhoeira	Resende	—	—
Gafarim	Ponte de Lima	—	—
Gafes	Celorico de Basto	—	—
Gáfete	Crato	—	—
Gaia	Gaia	—	a. 1262
Golões	Golões	—	—
Gouveia	Gouveia	—	—
Lafões	S. Pedro do Sul	Leoneses	s. XI
Lagos	Lagos	Concelho	c. 1490
Lamego	Lamego	—	a. 1258
Leiria	Leiria, arr. Ponte	Rainha Santa	a. 1314
Lisboa	Lisboa, Mártires	—	a. 1140
Lisboa	Lisboa, Pedras Negras	—	—
Matosinhos	Porto	—	—
Mesão Frio	Mesão Frio	—	—
Montemor-o-Velho	Montemor-o Velho	—	—
Moreira de Cónegos	—	—	—
Moreira de Geraz de Lima	—	—	—
Moreira de Rei	Trancoso	—	—
óbidos	óbidos	—	a. 1279
Odivelas	Loures	—	—
N.ª S.ª da Saúde	Setúbal	—	—
Pampilhosa	Arganil	—	a. 1321
Pinhel	Pinhel	—	—
Povos	Vila Franca de Xira	—	a. 1343
Rates	Póvoa de Varzim	—	a. 1179
Ribeira	Porto	—	a. 1185
Rocamador	Porto	—	—
Sacavém	Sacavém	—	—
St.ª Ana	Beja	D. Sancho I	—
St.ª Luzia	Arcela, Guimarães	—	—
Santarém	Santarém	—	a. 1217
St.º André	Leiria	—	—
St.º André	Montemor-o-Novo	—	—
St.º André	Porto de Mós	—	—
St.º André	S. Pedro de Penaferrim, Sintra	—	a. 1409
St.º André	T. Vedras	—	—
St.º André de Bouças	St.ª Eulália de Golães, Guimarães	—	a. 1258
St.º André de Urguezes	Guimarães	—	a. 1265
S. Lázaro	Barcelos	—	a. 1178
S. Lázaro	Guimarães	—	a. 1177
S. Lázaro	Lisboa	—	a. 1220
S. Lázaro	Montemor-o-Novo	—	—
S. Lázaro	Portel	—	—
S. Lázaro	Porto	—	—
S. Lázaro e St.º Estêvão	Amarante	—	—
S. Lázaro e St.º Estêvão	Pelmá, Alvaiázere	—	—
S. Martinho	Alenquer	—	a. 1209
S. Vicente de Alfena	Valongo	—	a. 1250
S. Vicente dos Gafos	Beldrufa, Ponte de Lima	—	a. 1177
Serpa	Serpa	—	—
Tancos	Tancos	—	—
Tavira	Sapal, Tavira	—	—
Tentúgal	Tentúgal	—	—
Tomar	Tomar	—	—
Torres Novas	Torres Novas	—	1332
Trancoso (?)	Trancoso (?)	Rainha Santa (?)	—
Turquel	Turquel	—	—
Urros	Moncorvo	—	—
Vagos	Vagos	—	—
Valença do Minho	Valença do Minho	—	—
Vermoil	Pombal	—	—
Viana do Castelo	Viana do Castelo	—	—
Vila do Touro	Sabugal	—	—
Vila Real	Vila Real	—	—
Vila Viçosa	Vila Viçosa	—	s. XIV
Viseu	Viseu	—	a. 1296

fig. [II.22]

fig. [II.22] _Gafarias em Portugal construídas durante a idade média.

estar rigorosamente ligada ao aumento do número de leprosos, mas antes com o aparecimento de ideais humanitários e eclesiásticas de caridade, acompanhando as primeiras preocupações médicas para evitar o contagio da doença à população sã.

Durante a Idade Média as instituições de caridade foram criadas sob o nome de hospitais, e estes procuravam dar assistência aos pobres. O tratamento médico (o pouco que existia) era um privilégio para os ricos (em casa) ou caridade para os pobres (nos hospitais). Consideradas como instituições de prevenção social, os hospitais protegiam simultaneamente os estratos marginais da sociedade da fome e da falta de abrigo, e a sociedade sã destes. Encontravam-se debaixo do mesmo teto todos os que dele necessitavam: crianças abandonadas, viajantes, pobres e doentes. A partir da bibliografia estudada é possível identificar algumas tipologias de instituições assistenciais da idade média, apesar da imprecisão na terminologia usada nos vários documentos e a sua correspondência entre traduções. Os tipos de estabelecimentos identificados em Portugal são: as albergarias, os hospitais, as gafarias, as mercearias e os hospícios. As albergarias situavam-se junto a mosteiros e igrejas, povoações e estradas mais importantes e davam assistência aos peregrinos ao longo do Caminho de Santiago, chegando também a albergar doentes e mendigos. Os hospitais seriam dedicados ao tratamento (possível) dos pobres e enfermos, e seriam estabelecimentos de cariz local até ao século XIV. As mercearias eram destinadas originalmente a recolher as pessoas da «nobreza empobrecida ou envergonhada»[64], tendo funcionado muitas delas como anexos de albergarias, hospitais ou até gafarias. Os hospícios eram geralmente dedicados à assistência de crianças órfãs ou abandonadas e por norma estavam associados aos hospitais. Por fim, as gafarias, terminologia portuguesa medieval para leprosarias, eram destinadas para o internamento dos gafos ou leprosos. Em Lisboa durante o século XV estima-se existirem pelo menos treze albergarias, quatro gafarias e um grande número de pequenos hospitais. Em todo o reino existiriam 37 albergarias, 32 hospitais, 66 gafarias e 16 mercearias.[65] A “política” hospitalar da Idade Média consistiria na multiplicação de pequenas instituições construídas junto das vilas, favorecendo a proximidade na assistência aos pobres.

Na Idade Média, o crescente aumento de doentes da Lepra, levou à multiplicação do número de leprosarias por toda a Europa. No caso de Portugal terão existido cerca de 70, das quais o Hospital de S. Lázaro em Lisboa, já existiria à data de 1143, Fundação do Reino. Foram criadas outras, como as de Lafões, Santarém, Aregos, Canavezes, Leiria, Óbidos, Torres Novas, Odivelas, Évora, Coimbra (da qual existem ainda vestígios toponímicos e outros, junto da Azinhaga dos Lázaros), etc. As gafarias, geralmente, seriam pequenas instituições que albergariam um número reduzido de doentes. Em Guimarães existe registo de quatro leprosarias

64 Luís Graça, *Hospitais e Outros Estabelecimentos Assistenciais até ao Final do Século XV*, p.71.
65 Id., ibid.



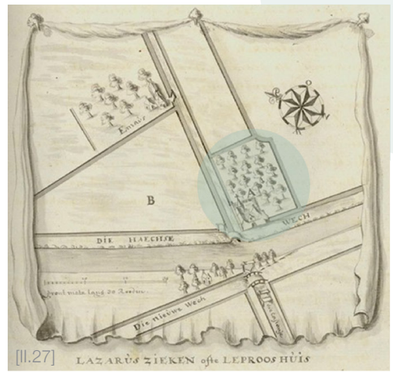
[II.23]



[II.24]

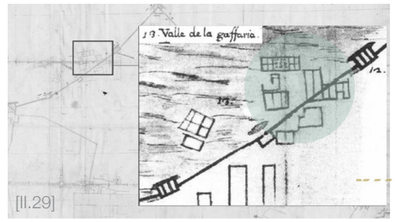

[II.25]


[II.26]

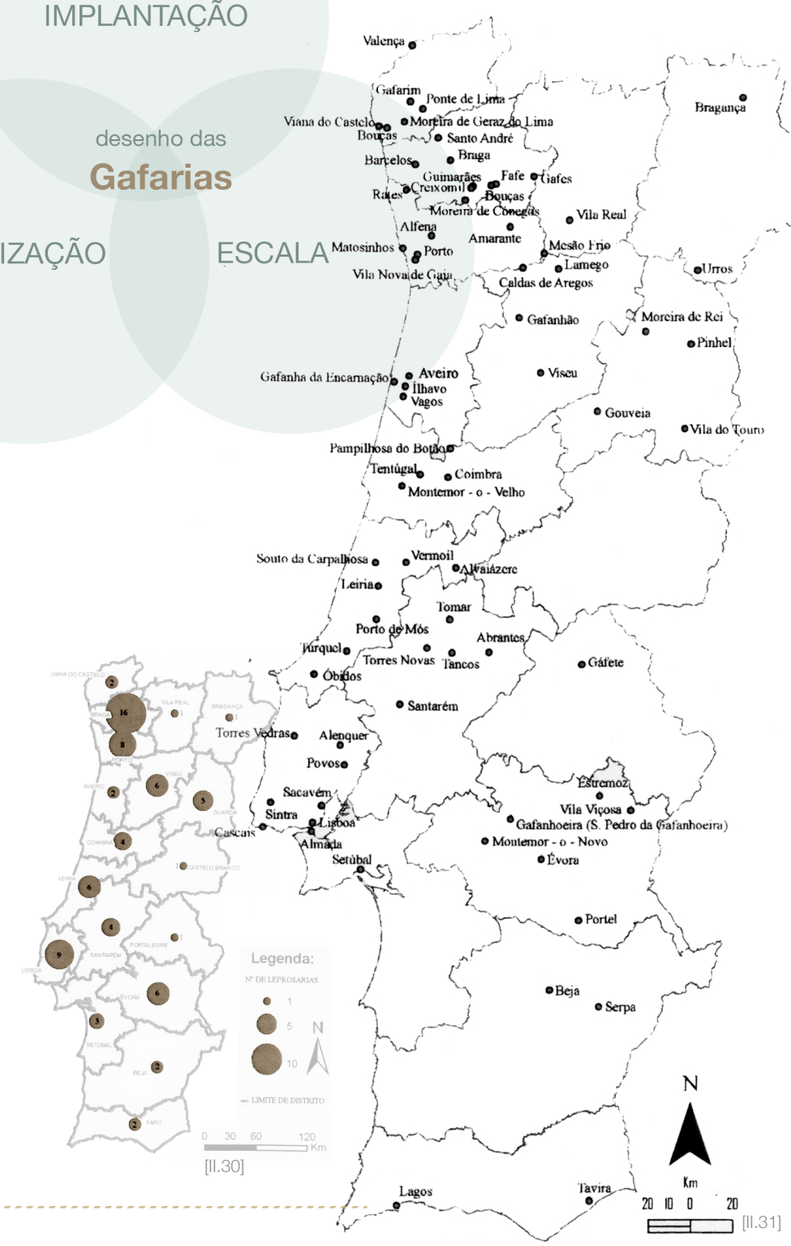


[II.27] LAZARUS ZIEKEN ofte LEPROOS HUYS


[II.28]



[II.29]



[II.30]
[II.31]

IMPLANTAÇÃO

desenho das
Gafarias

LOCALIZAÇÃO

ESCALA

esq. [II.03] _O desenho das gafarias na sua relação com o território estava definido pela sua localização, a sua implantação e a sua escala. Estes três fatores permitem uma diferenciação clara das leprosarias que surgem a partir do séc. XVIII como se verá mais à frente. Localizadas fora das cidades, as gafarias eram estabelecimentos de pequena escala e por isso eram construídas em grande número nas imediações das cidades, como é possível verificar no mapa de Portugal.
fig [II.23] _ Brand te Delft, 1536. Representação da cidade de Delft a arder e a Leprosaria extra-muros. fig [II.24] _Lazerif (1629), leprosaria de Den Bosch junto de um cruzamento da estrada para Hitham, Holanda. fig [II.25] _Leprosaria, Holanda, 1772. fig [II.26] _Leprosaria perto de Roterdão, 1650. fig [II.27] _Mapa (1611) que mostra a localização da leprosaria de Haagweg. fig [II.28] _Desenho do cerco à cidade de Haarlem de 1572-3, assinalando-se a localização de uma leprosaria. fig [II.29] _Planta da cidade de Lagos onde se identifica a localização da gafaria, neste caso muito prócima da muralha. figs [II.30] e [II.31] _Mapas com as gafarias existentes em Portugal nos séculos XII e XIII.

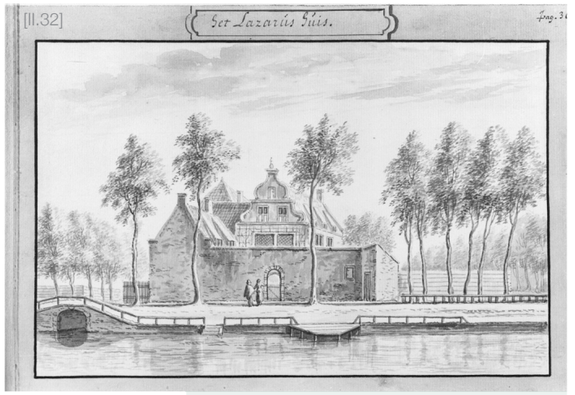
nos seus terrenos envolventes[66] e, em exemplo francês, a Leprosaria de Saint-Lazare de Linas tinha nove colchões em 1351, demonstrando a modesta capacidade das leprosarias desta época.[67]

Apesar da escassa informação acerca do desenho que teriam as leprosarias medievais, foi possível algumas aproximações, a partir de estudos arqueológicos e das poucas descrições que resistiram. Pelo perigo de contágio as leprosarias situavam-se fora das cidades, extramuros ou utilizando elementos naturais para criar essa separação (um rio por exemplo). Encontravam-se ainda assim próximas das povoações, geralmente junto das vias de comunicação importantes, cruzamentos de caminhos, pontes e rotas de peregrinação. Estas instituições dependiam da caridade e do pedido de esmolas, e por isso a proximidade a zonas de passagem era essencial. Longe de serem comunidades ostracizadas, as leprosarias eram uma vista comum para os viajantes medievais no momento em que entravam nas grandes cidades. Esta localização, que se poderá dizer proeminente, seria uma oportunidade para os benfeitores demonstrarem a sua generosidade e piedade num monumento com visibilidade. Através de algumas publicações francesas foi possível averiguar que a Estrada Real Paris-Orleães foi o eixo privilegiado para a localização das leprosarias medievais a sul de Paris.[68] A antiga leprosaria de Sevilha, apesar de se localizar a alguma distância da cidade, estaria ao mesmo tempo bem comunicada com ela através de uma antiga via romana, numa «amena paisagem de hortas».[69]

As gafarias estariam munidas de dependências que garantiam a sua autossubsistência, o que justificava a extensão alargada que por norma ocupavam os recintos destas instituições, permitindo o cultivo das terras e a existência de pomares, hortas e jardins. Algumas leprosarias como as de St. Lawrence e de St. James em Canterbury (Inglaterra), desenvolveriam uma substancial atividade agrícola, ocupando estas, recintos de 3,5ha e 2ha respetivamente. Estes recintos seriam ainda assim fechados por muros, reforçando o seu isolamento. Numa escavação arqueológica em St. Nicholas (St. Andrews, Escócia) (fig [II.33]),[70] um grupo de investigadores identificou uma passagem apenas para acesso humano no muro do recinto. Esta porta encontrava-se junto a uma via de passagem e seria considerada a “porta das esmolas”, comprovando a importância da caridade como principal meio de subsistência dos leprosos e refutando a ideia dos leprosos enquanto desprezados da sociedade.

O conjunto edificado das gafarias seria constituído por uma capela ou igreja como ele-

[66] Padre António J. F. Caldas, «Gafarias» in *Guimarães, Apontamentos para a sua História*, Guimarães, CMG/SMS, 1996, parte II, pp. 400/402.
[67] C. Julien e JP. Dagnot, *La Léproserie Saint-Lazare de Linas*, Chronique du Vieux Marcoussy,2008, p.7.
[68] Id., ibid.
[69] Rafael Cómez, El hospital de San Lázaro en Sevilla: de fundación medieval a edificio renascentista, Laboratorio de Arte 4, 1991.
[70] Derek W Hall, *Archaeological excavations at St Nicholas Farm, St Andrews, 1986-87*, Tayside and Fife Archaeological Journal, 1995, vol. 1, pp.48-75.



RECINTO AMURALHADO
E
PORTA DAS ESMOLAS

desenho das
Gafarias

CAPELA/IGREJA
E
ENFERMARIA/DORMITÓRIOS



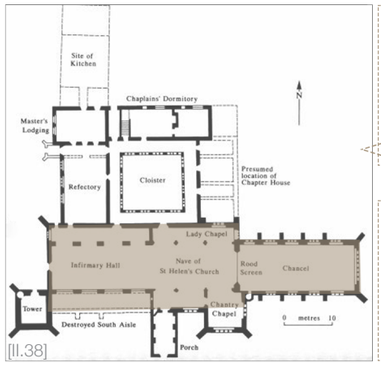
[II.33]


[II.34]

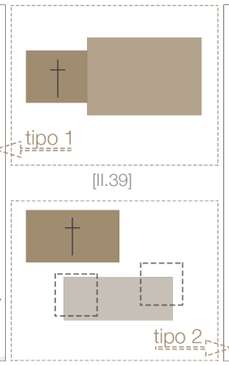

[II.35]


[II.36]

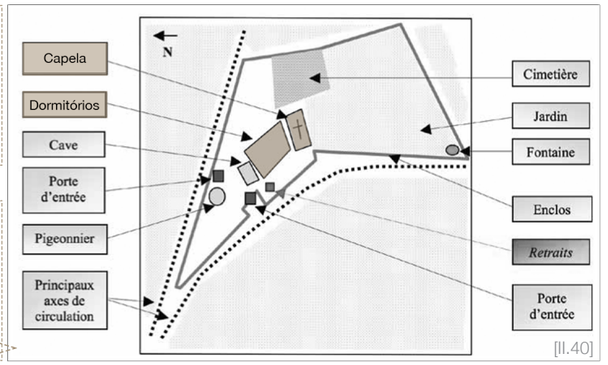

[II.37]



[II.38]



[II.39]



[II.40]

esq. [II.04] _O desenho das leprosarias na idade média era caraterizado pelo recinto amuralhado pontuado por um acesso junto de uma via de comunicação que permitiria aos doentes pedirem esmolas. Foram identificadas duas tipologias de organização interna destes recintos: por um lado uma mais simplificada onde a capela e a enfermaria comum se desenvolvem conjuntamente, num edifício por norma de construção rígida; e outra onde a capela funcionaria independentemente dos restantes edifícios, como o(s) dormitório(s) que seriam estruturas mais simplificadas.
fig [II.32] _ Leprosaria em Delft, 1536, onde se identifica no seu muro a "porta das esmolas".fig [II.33] _Desenho da escavação da leprosaria St. Nicholas. fig [II.34] _Foto de capela com enfermaria associada, Inglaterra. fig [II.35] _Foto de leprosaria de Herentals, Bélgica, do tipo 1. fig [II.36] _Leprosaria Amersfoort, Holanda, organizada em vários edifícios, tipo 2. fig [II.37] _Desenho do que puderiam ser os edifícios que compunham as leprosarias do tipo 2. fig [II.38] _Planta do hospital medieval de St. Giles, Inglaterra. fig [II.39] _Esquema das tipologias de leprosarias na idade média, fig [II.40] _Planta da leprosaria de Herbet, França.

mento central e de construção rígida. Para alojamento dos doentes existiriam casas de materiais perecíveis como o exemplo da gafaria de Évora, estudada por Ângela Beirante, que seria constituída por um «igrejinha, com um alpendre e um cemitério, e à volta as casas (podia ser só uma) dos doentes e dos sãos que cuidavam dos primeiros, mais um poço, uma horta, alguma leira; e, em redor, uma cercadura de qualquer tipo para isolar o espaço».[71] As construções que serviriam de alojamento estariam divididas por sexos, isto quando as leprosarias não fossem exclusivas, só para homens ou só para mulheres. A vida nestes hospitais seria semelhante a um mosteiro, com regras de comportamento e em especial de obrigações religiosas. Existem também testemunhos arqueológicos que demonstram a existência de leprosarias que se constituíam por enfermarias comuns como acontecia noutros hospitais medievais: uma enfermaria comum que poderia estar dividida em celas individuais com a capela numa das suas extremidades (leprosarias de Tanton e St. Nicholas, Inglaterra)[72].

Santos Silva, na sua obra sobre Leprologia, refere que as leprosarias portuguesas medievais seriam lugares onde os doentes teriam uma vida privilegiada, devido aos recursos advindos dos sucessivos legados régios, que foram sendo concedidos a esta causa até D. Afonso V (século XV). O autor refere-se em especial à "riquíssima" gafaria de Coimbra, onde havia «casas, jardim, pomar, horta, vinha e olival, um cortinhal para recreio e para agricultarem, e onde os doentes tinham cama, mesa, roupa lavada, calçado (pois era-lhes proibido andarem descalços), enfermaria, capela privada, tudo isso a tempo e a horas em abundância.»[73]

Como definiu Manuel Sílvio Conde a ambivalência dos sentimentos da sociedade medieval perante os leprosos define-se segundo três binómios bastante expressivos: execração/atração, horror/compaixão e repugnância/socorro.[74] Os gafos eram excluídos das convivência das cidades e vilas indo viver para as gafarias, mas dentro destas eram alvo da caridade e compaixão, recebendo doações e esmolas para a sua sobrevivência. Estas instituições, apesar do afastamento, estavam integradas como parte da paisagem urbana. A Lepra era uma doença terminal, para a qual não existia cura nem tratamentos, nem recuperação possível, e as leprosarias eram consequentemente, assim como grande parte dos hospitais medievais, locais de residência em vez de centros de tratamento médico.[75]

---

[71] José Mattoso, «Espaços e Lugares: Marginalidade e Marginais» in *História da Vida Privada em Portugal: A Idade Média*, pp.181-182.

[72] Derek W Hall, op. cit.

[73] M. Santos Silva, op. cit., p.9.

[74] Manuel Sílvio Alves Conde, *Subsídios para o Estudo dos Gafos de Santarém (Séculos XIII-XV)*, Estudos Medievais, nº 8, 1987.

[75] Françoise Bériac, *Histoire des lépreux au Moyen Age : une société d'exclus*, Imago: Diffusion P.U.F, Paris, 1988.

Europe.

NATIONALITÉS.	POPULATION.	SUPERFICIE.	NOMBRE des lépreux.	DATE du recensement ou de l'évaluation.	PROPORTION des lépreux par rapport à la population.	PROPORTION des lépreux par rapport à la superficie, évaluée en kilomètres.
	Habitants.	Kilom. carrés.				
Norvège	2 240 000	325 429	525	1902	1/4 266	1/619
Islande	70 927	104 785	133	1901	1/533	1/787
Russie	105 400 000	5 515 000	864 (1)	1901-1903	1/122 000	1/6 383
Roumanie	6 250 000	131 020	276	1904	1/22 645	1/474
Ville de Constantinople	900 000		600	1897	1/1 500	
Bosnie-Herzégovine	1 568 000	51 110	133	1897	1/11 789	1/384
Grèce	2 433 800	64 679	110	1897	1/22 000	1/588
Crète	300 000	8 618	600	1902	1/500	1/14
Italie	32 500 000	286 648	120	1904	1/270 000	1/2 388
Espagne	18 089 500	504 903	Plusieurs centaines.		?	?
Portugal	5 021 657	88 954	600	1900	1/8 369	1/148

(1) Renseignements fort incomplets. — En 1897, Petersen estimait le nombre des lépreux à 1 200 ; Grebenschitschikow, en 1899, à 1 669.

fig. [II.41]

fig. [II.41] _Valores da prevalência da Lepra na Europa apresentados na obra *Étiologie et prophylaxie des maladies transmissibles* de 1912. Estes números foram baseados nos dados apresentados nas primeiras duas Conferências Internacionais de Lepra de Berlim (1897) e Bergen (1909). A partir dos países apresentados percebe-se que não existe uma correlação direta em termos geográficos que coloquem as condições climatéricas como fator de prevalência da doença.

1.2. Leprosarias a partir do século XIX

No século XVI, a lepra foi considerada praticamente extinta na Europa, não só pelo facto dos seus doentes se encontrarem isolados evitando o contágio epidémico, mas também pelo facto de a fome e a peste ter dizimado as populações, em especial aquelas que tinham a saúde mais fragilizada, caso dos leprosos.

Porém, é certo que a doença não desapareceu, tendo os doentes que resistiram contribuído para o reaparecimento da doença, e sobretudo, com os Descobrimentos, para a sua exportação, e subsequente importação através de soldados e colonos. O primeiro hospital para leprosos a ser construído no continente Americano, foi em 1528, no México.

Será a partir do século XVIII que a comunidade médica, alarmada pelo contínuo aumento de doentes, inicia o estudo mais aprofundado da doença, procurando as suas causas e possíveis tratamentos. «Em 1821, o Dr. Bernardino António Gomes redigiu uma notável memória em que solicitava providências, tendo-se promovido um inquérito que revelou existirem, já então, 1553 doentes [em Portugal].»[76] A doença, para além de se espalhar pelas colónias, viria também a reaparecer em países do Norte Europeu, como a Escandinávia, a Escócia e a Islândia. Foi nestes países que se iniciaram os estudos que trarão importantes desenvolvimentos para o entendimento da lepra. Em 1847, são concretizados os primeiros estudos sobre a doença, por dois noruegueses em colaboração, Danielssen e Boeck, tendo publicado o tratado "Spedalskhed" (palavra norueguesa que significa Lepra), e onde defendiam a hereditariedade da doença. O isolamento da vítimas mantinha-se como única ação possível, para prevenir que os doentes tivessem filhos. Finalmente, em 1871, Amauer Hansen, outro investigador norueguês, descobriu o bacilo que causa a doença, refutando a teoria da hereditariedade e consolidando assim o conceito de que a lepra era infeciosa, transmissível por contágio e tendo por agente um germe que adquiriu o nome do seu descobridor: mico-bactéria de Hansen ou Mycobacterium leprae.

> Assim tão peremptória e definitivamente reabilitado o conceito de que a lepra apenas se propaga pelo contágio, e não existindo, então, qualquer terapêutica eficaz – compreende-se a unanimidade de vistas a favor do isolamento dos hansenianos, como único meio e fulcro onde haviam de convergir todas as linhas de rumo das medidas para combate à doença.[77]

Com as novas descobertas sobre a doença (agora) de Hansen, ocorre em Berlim, a primeira Conferência Internacional sobre a Lepra, a outubro de 1897, reforçando-se a necessidade

[76] M. Santos Silva, op. cit., p.11.
[77] Idem, p.14.

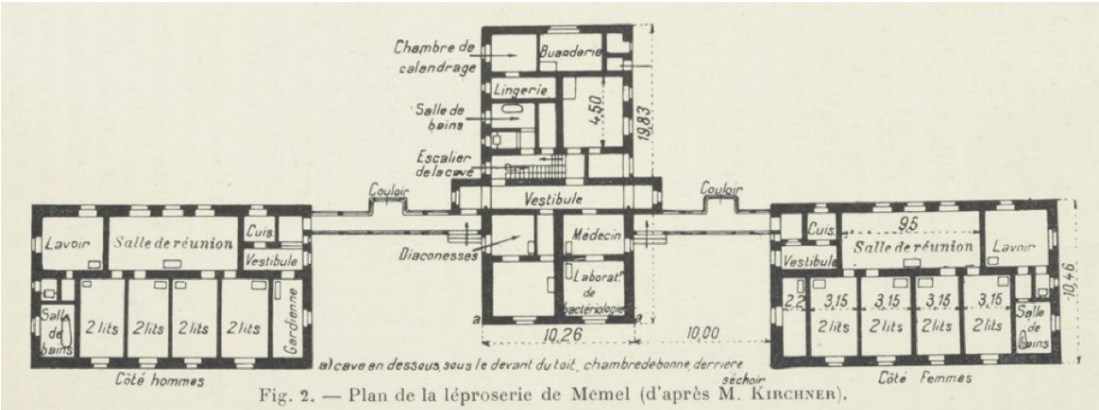


Fig. 2. — Plan de la léproserie de Memel (d'après M. Kirchner).

fig. [II.43]

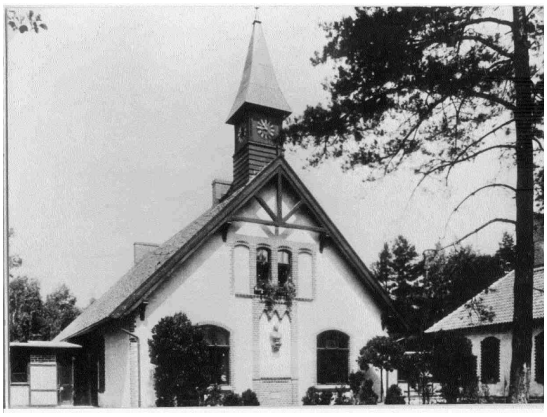


fig. [II.44]



fig. [II.45]

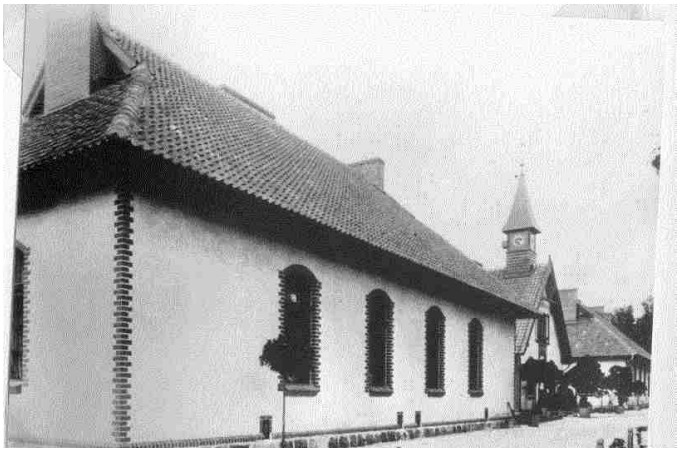


fig. [II.46]



fig. [II.42]

fig. [II.42] _Mapa da localização de Memel. fig. [II.43] _Planta da organização interior da Leprosaria de Memel. É de salientar a pequena escala a que foi construída, com apenas 8 dormitórios de duas camas cada. fig. [II.44] _Foto do volume central da leprosaria onde se situa a entrada e alguns serviços. fig. [II.45] _Foto da parte posterior da leprosaria.fig. [II.46] _Foto de um dos volumes onde se situavam os dormitórios.

da prevenção do contágio através do «sequestro dos doentes»[78] nos locais onde a Lepra constituísse problema. É então, a partir desta época, e até ao aparecimento de tratamentos efetivos, que a construção de leprosarias volta a ser uma realidade por toda a Europa, prolongando-se também pelos restantes continentes. Ao longo dos anos vão sendo realizados Congressos de Leprologia, onde se discutem os diversos métodos de tratamento, com especial atenção para a necessidade de uma educação sanitária das populações, e a necessidade de cuidar dos filhos e familiares dos leprosos, tendo sido idealizados para esse efeito os preventórios e as creches. Foi crescendo ao longo dos congressos, por alguns médicos e investigadores, a ideia de que o tratamento por isolamento compulsório poderia não ser a via ideal, promovendo o tratamento ambulatório em dispensários, evitando assim a segregação social e familiar.

No final do século XIX, surgem duas propostas distintas do método de isolamento dos leprosos. O "Modelo Alemão" de Robert Koch «era composto por leprosários que possuíam dois princípios: respeitar ao máximo as diversidades e individualidades de seus internos, e ser ao máximo auto-sustentável financeiramente».[79] Este modelo foi aplicado nas colónias africanas da Alemanha e no Lar de Leprosos de Memel na Prússia (atualmente Klaipeda, Lituânia). A leprosaria de Memel foi construída devido ao aparecimento de alguns casos da doença nesta zona, tendo capacidade para 22 internos em 1909.

O "Modelo Norueguês" baseava-se na experiência do combate à doença no seu território, e foi apresentado na primeira Conferência da Lepra de Berlim, com o intuito exclusivo de extinguir a doença que era considerada como o «principal problema social»[80] da Noruega no século XIX. Este seria apresentado por algumas interpretações historiográficas, como um modelo que se baseava em medidas sanitárias estruturadas e educativas e um isolamento voluntário que contava com a participação de vários setores da sociedade. Mas segundo Becheler[81], as medidas realmente aplicadas seriam centralizadoras e impositivas, e como terá comprovado o próprio Armauer Hansen, houve isolamento obrigatório e compulsório com recurso a ação policial. A Lepra é considerada como desaparecida da Noruega em 1920, e será por isso, que o caso norueguês se considerou modelo exemplar a ser repetido. Existem hoje estudos sobre o impacto do isolamento no desaparecimento da Lepra na Noruega, e a conclusão é incerta, não se sabendo o seu real contributo para o declínio da doença através da interrupção da sua transmissão.[82]

---

78 Id., ibid.

79 Reinaldo Guilherme Becheler, *Isolamento compulsório de leprosos: percalços de um paradigma*, Mimesis, Bauru, vol. 29, nº 2, 2008, p.14.

80 Idem, p.19.

81 Idem, p.21.

82 Abraham Meima, Lorentz M Irgens, Gerrit J van Oortmarssen, Jan H Richardus e J Dik F Habbema, *Disappearance of leprosy from Norway: an exploration of critical factors using an epidemiological modelling approach*, International Journal of Epidemiology, Great Britain, 2002.

[II.47] e [II.48]

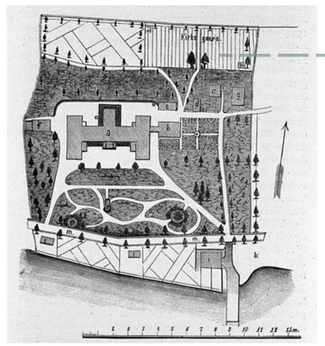




Reitgjerdet em Trondheim

[II.49] e [II.50]





Reknes em Molde

[II.51]

[II.53]

Pleiestiftelsen for Spedalske nº1

[II.54]

[II.55]

Lungegardshospitalet

St. Jorgens em Bergen

[II.56] e [II.57]

[II.52]

esq. [II.05] _As leprosarias construídas na Noruega durante o séc. XIX representam uma transição das gafarias da idade média para as leprosarias que viriam a ser construídas durantes os séculos XIX e XX pela Europa e pelos outros continentes. A relação de proximidade que estas instituições estabeleciam com as cidades, enquadrando-se na sua paisagem, continuava semelhante às gafarias da idade média, e a sua escala seria adaptada à realidade de cada cidade. No caso de Bergen, foram construídas nesta época duas novas leprosarias, e duas outras em toda a Noruega, respondendo às necessidades territoriais. O desenho destas instituições refletiu já a evolução dos conceitos de saúde e de arquitetura hospitalar. fig [II.47] e [II.48] _Leprosaria Reitgjerdet, em Trondheim. fig [II.49] e [II.50] _Leprosaria Reknes, em Molde. fig [II.51] _Mapa da parte sul da Noruega. fig [II.52] _Planta da cidade de Bergen, de 1877. fig [II.53] _ Leprosaria Pleiestiftelsen for Speldaske nº1. fig [II.54] _Foto das Leprosarias Pleiestiftelsen for Speldaske nº1 (à esqueda) e Lungegardshospitalet (à direita). fig [II.55] _Leprosaria Lungegardshospitalet. fig [II.56] e [II.57] _Leprosaria St. Jorgens de fundação medieval, e daí a sua estrutura associada a uma igreja.

Das leprosarias construídas na Noruega, é possível tirar algumas conclusões relativas à evolução do desenho deste tipo de instituições. O hospital de St. Jørgens em Bergen é de fundação medieval, mas manterá a sua função até ao final do século XIX. Será com o aumento de lepra no século XVIII, devido às condições de pobreza em que vivia a população norueguesa, que se inicia um movimento político que viabilizará o estabelecimento de quatro leprosarias, um censo para averiguar o número de doentes no país e uma Comissão para investigar o problema da Lepra. Através de censos ad hoc, o índice de prevalência diagnosticava um problema de saúde pública: em 1836 de 5 infetados em 10.000 pessoas; em 1845 de 8 em 10.000 e em 1852 de 11 em 10.000. A leprosaria Pleiestiftelsen for Spedalske nº1 foi fundada em 1857 em Bergen, assim como a Leprosaria Lungegardshospitalet em 1849. Outras duas instituições para leprosos foram construídas em localidades a norte de Bergen: Reknes em Molde que abre em 1861 e no mesmo ano Reitgjerdet em Trondheim.[83]

A arquitetura hospitalar, a partir dos finais do século XVII, representa a transição para uma nova forma de pensar os cuidados de saúde e os edifícios em que estes são prestados. A reformulação fundamental da tipologia hospitalar foi impelida em parte pelo reconhecimento do ar limpo e de condições higiénicas como contribuidores para a saúde, especialmente em ambientes hospitalares. A partir desta premissa surgiram duas propostas arquitetónicas: uma solução radial e um sistema pavilhonar.[84] A tipologia pavilhonar era geralmente constituída por um corredor primário, para a circulação de pessoas e provisões, que serviria as várias enfermarias que se estendiam a partir dessa "coluna dorsal". Uma estrutura de edifícios estreitos que permitiria a penetração de luz e ar fresco e a vista sobre jardins e a envolvente.

As novas leprosarias construídas na Noruega já seriam de uma estrutura semelhante, privilegiando uma localização e um desenho que permitissem a entrada de ar fresco e de uma vista privilegiada. As cinco leprosarias norueguesas mencionadas tinham capacidade, em conjunto, para 1000 pacientes.

A partir da informação encontrada é possível destacar outras leprosarias desta época em território europeu, em especial em Espanha, pela proximidade geográfica ao caso de estudo deste trabalho. Foram identificadas quatro instituições das quais duas nunca chegaram a funcionar como leprosarias. Em Espanha, a primeira estatística oficial do número de leprosos é de 1851 identificando 286 casos «y en 1878 el número de afectados había aumentado a 521 con una clara preferencia por la región valenciana».[85] Será na zona de Alicante em 1909 que se inaugura a leprosaria mais importante desta época em Espanha, chamada Sanatorio de Fontilles. O vale onde foi construída a leprosaria era um «lugar apartado de centros urbanos y separado de

83 *The Leprosy Archives in Bergen*. Consultado em http://digitalarkivet.uib.no/lepraarkiv/

84 Heather Burpee, *History of Healthcare Architecture*, Integrated Design Lab Puget Sound, 2008.

85 José Terencio de las Aguas, *Historia de la lepra en España*, Piel, 2005.



fig. [II.58]

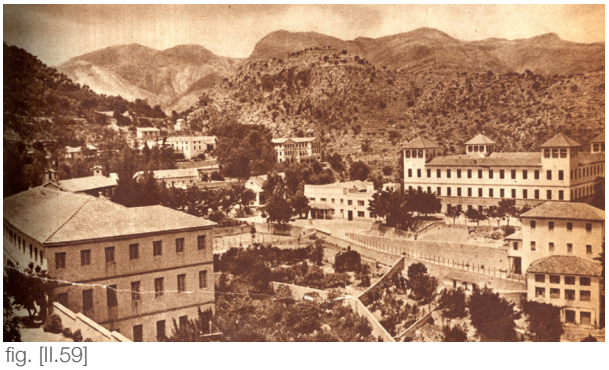


fig. [II.59]



fig. [II.60]



fig. [II.61]

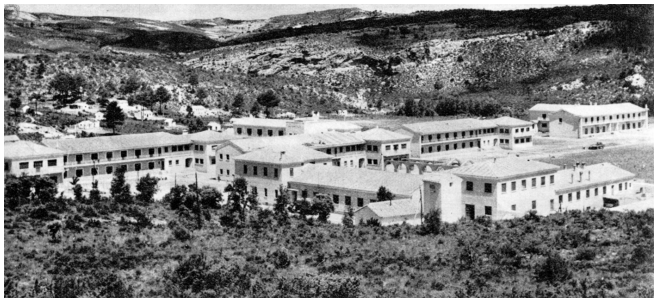


fig. [II.62]



fig. [II.63]



fig. [II.64]



fig. [II.65]

fig. [II.58] e [II.59]_Sanatório de Fontilles, fotos antigas. fig. [II.60] e [II.61]_Foto e esquema organizacional atual do Sanatório de Fontilles. fig. [II.62]_Sanatório de Trillo em Guadalajara fig. [II.63], [II.64] e [II.65]_Leprosaria de Tenerife inacabada.

caminos y pasos frequentados»[86] e era considerado "excelente, por la abundancia de agua y la benignidade del clima" permitindo assim funcionar como uma colónia agrícola. Este complexo tinha uma extensão de 739.000 m^2 que estava cercada por uma muralha de 3 metros de altura e cerca de 3,5km de perímetro. Conforme a necessidade foram sendo acrescentados edifícios, sem um desenho de conjunto definido e unitário. Em 1943 inicia-se uma época com uma média assistencial de 300 doentes, com serviços interligados das várias áreas da medicina e como um centro de investigação e formação na luta contra a Lepra. Durante a Guerra Civil de Espanha o número de leprosos agrava-se, promovendo a construção de outra leprosaria: o Sanatorio de Trillo em Guadalajara, que iniciará as suas funções em 1943. A Leprosaria em Tenerife projetada em 1941 não chegou a ser terminada devido ao avanço dos tratamentos para a lepra. Resistem os seus edifícios abandonados, percebendo-se uma estrutura que tem como elemento central a igreja de fachada monumental de estilo franquista. Este recinto estaria dividido por zonas de doentes e sãos, e por sexos. A zona dos doentes contava com refeitórios, serviços, hospital, espaços de recreio e a parte residencial junto da igreja e das escolas. A outra leprosaria espanhola referida, não chegou a ser construída, tendo o seu projeto sido alterado para se tornar um sanatório psiquiátrico em 1959. Esta teria sido a Leprosaria del Noroeste de España em Toén, resiste uma maquete do projeto do arquiteto Manuel Conde Fidalgo de 1929, arquiteto de outras obras na área hospitalar.[87]

A localização das leprosarias construídas a partir do século XIX, será regida pela convicção da "necessidade" de isolar os doentes longe das populações sãs, estando por norma em zonas afastadas dos centros urbanos. Excetuando os casos das leprosarias de Bergen na Noruega, que à semelhança das gafarias medievais se encontram junto de um acesso importante à cidade. A colónia de leprosos estabelecida em 1903 em Spinalonga (fig. [II.68]), Creta, é um exemplo claro do isolamento na sua forma mais marcante: uma pequena ilha como leprosaria, não muito longe da costa, permitindo o fácil transporte das pessoas e mercadorias e ocupando as casas abandonadas deixadas pelos muçulmanos. As leprosarias do século XIX e XX, ao contrário do que acontecia na idade média, tornaram-se hospitais de grande dimensão, pontuais no território, concentrando números elevados de internados e procurando localizar-se nas zonas de maior endemia. Ainda assim é transversal, desde a idade média, a necessidade de construir leprosarias como colónias agrícolas, com esta atividade como principal meio de ocupação e/ou subsistência.

Por proximidade evidente, propõe-se uma análise da ação na luta contra a Lepra no

86 Josep Mestre e Teresa Artigues, *Lepra y sociedad en la España de la primera mitad del siglo XX: La Colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República*, p.297.

87 David Simón, *Loucura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*, Fundación Cabaleiro Goás, Xunta Galicia, 2005.


fig. [II.66]

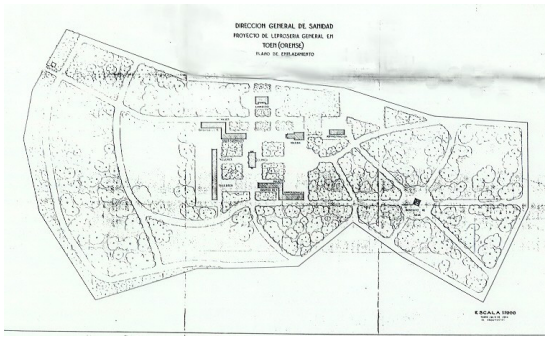


fig. [II.67]


fig. [II.69]


fig. [II.68]


fig. [II.70]


fig. [II.71]



fig. [II.72]



fig. [II.73]



fig. [II.74]

fig. [II.70]_Foto do Asilo de Leprosos de Umirisal, Manaus, Amazonas. Inaugurado em 1908. fig. [II.71] _Vista aérea da Leprosaria Modelo de Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes. fig. [II.72]_Pavilhão de Leprosas solteiras (lotação 150), leprosaria Modelo de Santo Ângelo. fig. [II.73] _Três pavilhões para leprosos celibatários, leprosaria Modelo de Santo Ângelo. fig. [II.74] _ Tipo de casa para família leprosa, leprosaria Modelo de Santo Ângelo. fig. [II.66] _Maquete do projeto da *Leprosaria del Noroeste de España* em Toén.fig. [II.67] _Planta do projeto da *Leprosaria del Noroeste de España* em Toén. fig. [II.68] _Ilha Spinalonga em Creta, atualmente. fig. [II.68] _Doentes de lepra junto da entrada da leprosaria de Spinalonga.

Brasil, com enfâse na construção de leprosarias. As medidas tomadas no Brasil neste âmbito podem ser divididas em três fases, sendo a última a qual terá mais interesse comparativo, pela semelhança com o caso de estudo do presente trabalho. A primeira fase, antes do século XX, ainda durante o período colonial e do Império no Brasil, foram construídos asilos ou hospitais de lázaros que tentavam responder às necessidades das zonas em que a doença era considerada endémica, este fator tinha uma relação direta com a concentração populacional. Entre 1640 e 1889, segundo Leonardo Curi, foram construídos no Brasil 17 hospitais[88] deste género, mas a sua ação não estava ainda regulada por uma estrutura política de saúde pública.

Foi com a transição para a República (1889), que se iniciou a organização dos serviços sanitários que teria consequências na luta contra a lepra já no século XX. Nos primeiros anos republicanos foram construídos onze espaços de isolamento para leprosos, entre 1905 e 1911, e nove leprosarias a partir de 1923 das quais sete em São Paulo. As leprosarias desta época eram caracterizadas por uma estrutura de pequeno porte, com capacidade em média para 50 doentes[89], um conjunto arquitetónico formado por casas para leprosos, para os que deles tratavam e uma capela, recebiam atendimento médico periódico, e não existiam impedimentos físicos para a clausura dos doentes (vedação por exemplo). (fig. [II.70])

Foi em 1918, no 8º Congresso de Medicina e 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Syphiligrafia, no Rio de Janeiro, que foi apresentado um projeto de um «leprosário-modelo»[90] assente na experiência adquirida noutras leprosarias, tanto brasileiras como estrangeiras. A Leprosaria Modelo de Santo Ângelo, construída em Mogi das Cruzes (São Paulo), fundada em 1928, representou uma nova forma de pensar estas leprosarias, não só como espaços de isolamento, mas também como centros de investigação científica sobre a lepra, os seus tratamentos e uma possível cura. (fig. [II.71 a II.74]) Segundo Elizabeth Castro, as características a salientar deste modelo são:

Localização da Leprosaria e de seus edifícios:

O terreno escolhido tinha uma cota alta, porém não estava submetido ao rigor dos ventos frios do sul. Todas as edificações seguiam uma orientação e uma implantação de forma a aproveitar melhor a insolação dos ambientes e evitar sombras. As vias de circulação da colônia não apresentavam fortes desníveis, o que facilitava o tráfego interno.

Setorização das diversas atividades:

Conforme orientação da época, havia compartimentação das atividades e serviços. Para os doen-

88 Luciano Marcos Curi, *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*, p.259.

89 Elizabeth Amorim de Castro, *O Leprosário São Roque e a Modernidade*, p.53.

90 Idem, p.57.

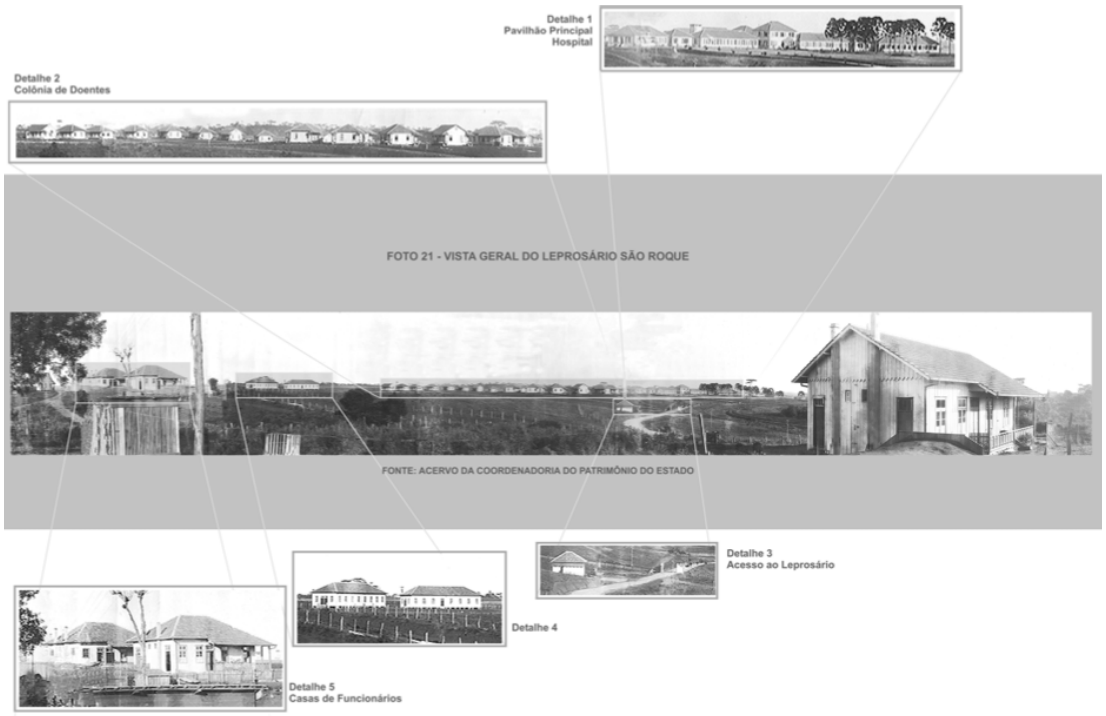


fig. [II.75]



fig. [II.76]

fig. [II.75]_Vista geral do Leprosário São Roque (esquema de Elizabeth Castro). fig. [II.76]_Vistas panoramicas do Leprosário São Roque. A foto de cima da fachada frontal e a de baixo da posterior.

tes havia enfermarias, a zona de solteiros, de casados, de contribuintes, de crianças e de alienados, sempre com separação de sexos. Os outros sectores: médico, de pesquisa, administrativo, de apoio, residências de funcionários, área de recreação, igreja, cemitério, estábulos e cadeia.

Presença da Igreja:

A Leprosaria tinha sua própria igreja e a presença permanente de um capelão. A administração e o atendimento aos doentes eram feitos por freiras.

Saneamento Básico:

O abastecimento de água era viabilizado pela proximidade de córregos. Quanto ao esgoto, foi executada uma estação de tratamento, baseada na depuração e esterilização de resíduos.[91]

«A fase moderna»[92] da luta contra a lepra no Brasil iniciou-se em 1920, seguindo a experiência da Leprosaria Modelo (que já só foi construída em 1928), estabelecendo em legislação a definição destes estabelecimentos que seriam construídos como colónias agrícolas, seguindo outros exemplos europeus já referidos. Estas leprosarias, para além da «bastante amplitude»[93] deveriam estar dotados de hospital, creche, orfanato e asilo. Foram construídas onze leprosarias segundo estas normas, como o Lazarópolis do Prata, inaugurado em 1924 no Pará, que procurou estruturar-se segundo uma malha quadriculada, assemelhando-se a um bairro urbano. Outro exemplo será o Leprosário de São Roque (1926, Paraná), localizado a 25km de Curitiba, numa zona de pouca população, mas com ligação aos caminhos de ferro. Outras condicionantes relacionadas com a saúde foram importantes na sua localização tais como um clima ameno, a abundância de água e uma ventilação constante. Esta Leprosaria foi projetada pelo engenheiro civil Jorge Meissner e seguiu as conceções de um isolamento humanitário, proporcionando condições de habitabilidade e de trabalho que se pretendiam comparar a uma cidade, com cinema, campo de futebol, correio, telefone, água potável, energia elétrica, produção agrícola e pecuária. «O conceito de uma arquitectura panóptica, ou de vigilância, foi sem dúvida aplicado. O terreno plano e limpo, a predominância da horizontalidade e o despovoamento do local confirmam tal opção, permitindo o controle visual dos doentes ali internados.»[94] O conjunto arquitetónico seguia o modelo pavilhonar, possibilitando uma maior separação, ou mesmo segregação dos diversos espaços e edifícios. O conjunto desenvolve-se a partir de um corpo central simétrico onde se localizam os serviços administrativos, as enfermarias, o refeitório, a cozinha e a capela,

91 E. A. Castro, *São Roque: um exílio. Uma análise do papel do Hospital São Roque, Piraquara, na história da hanseníase no Paraná*, Monografia (Especialização em Análise Ambiental), Departamento de Geografia, Setor de Ciências da Terra da Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2003.

92 Elizabeth Amorim de Castro, op. cit.

93 Do decreto de lei que definia os princípios reguladores destas instituições. Decreto Federal nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, Brasil.

94 Elizabeth Amorim de Castro, op. cit., p.69.



fig. [II.77]

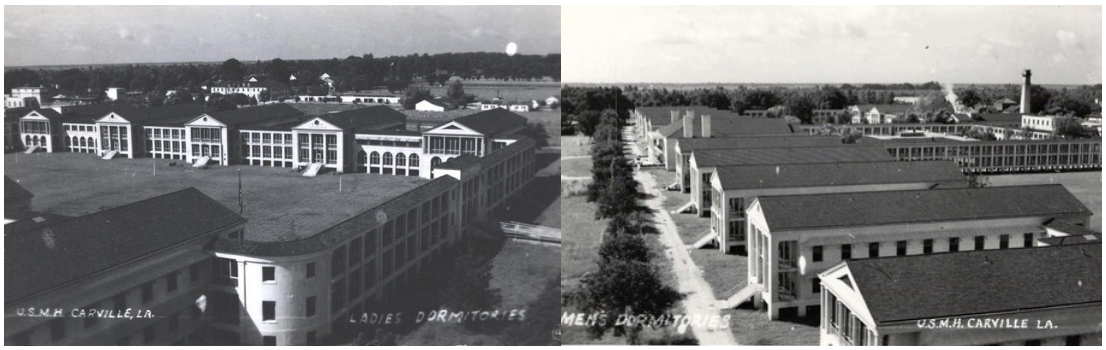


fig. [II.78]



fig. [II.79]



fig. [II.80]

fig. [II.77]_Vista geral da Colónia de Leprosos de Carvile, Louisiana. Uma leprosaria contruída em 1894 que viria a influenciar o desenho de muitas outras leprosarias, especialmente no Brasil. fig. [II.78]_Postais da Leprosaria de Carville. fig. [II.79] e [II.80]_Imagens do Leprosaria de Aimorés, inaugurado em 1933 e que demonstra a influência do desenho de Carville, em particular na organização dos diversos pavilhões e pelas galerias que os interligam.

e ainda a residência das irmãs e do padre. A implantação dos restantes edifícios procura uma hierarquização dos espaços, e a localização dos acessos promovem o eficaz controlo da circulação das pessoas.

A configuração interior procura uma otimização funcional e baseia-se no modelo pavilhonar de Florence Nightingale. Os pavilhões do edifício central da leprosaria estão interligados por galerias cobertas que se afastam do alinhamento frontal do edifício, e em conjunto com o desencontro criado pelos sanitários, garantem um desenho mais leve e mais unitário com os restantes edifícios do recinto hospitalar, procurando uma escala mais pequena e mais humana. O desenho dos edifícios revê-se em alguns conceitos modernistas: na inexistência de quaisquer elementos decorativos, numa simplicidade e até mesmo economia, revelando apenas o necessário. Aqui «a arquitectura se coloca (...) como a técnica a serviço da ciência e nessa condição os excessos são desnecessários».[95] As opções formais estão ao serviço da função, e estão certamente ao serviço de questões económicas.

A realidade sócio-económica portuguesa, da primeira metade do século XX, era devastadora, as populações viviam na miséria, em condições sanitárias, habitacionais e mesmo alimentares degradantes. A fome, a promiscuidade e a falta de limpeza, promoveram a propagação da Lepra por entre as camadas de população mais pobre, exigindo medidas de atuação. Foi através da iniciativa do Dr. Bissaya-Barreto, que se promoveu a construção de um hospital que acolhe-se os doentes de Lepra portugueses. Escrevendo artigos na revista “A Saúde”, desde os finais da década de 1930, segundo o slogan “Acudamos aos Leprosos”, Bissaya-Barreto, conseguiu criar a Leprosaria Nacional Rovisco Pais, que viria a ser inaugurada em 1947.

É durante a época da II Guerra Mundial, em 1941, que se iniciam as experiências de tratamento da doença com as sulfonas, através da investigação do médico Faget, na Leprosaria de Carville (fig. [II.77] e [II.78]) , Louisiana, e onde se encontraram propriedades que detinham as infeções do bacilo de Hansen e ainda permitiam a regressão nas lesões que este já tinha provocado. A partir das experiências com sulfonas, e devido à sua eficácia comprovada, coube também, e pela primeira vez em Portugal, na Leprosaria Rovisco Pais, em 1947, a utilização desta terapêutica. Em 31 de dezembro de 1961 eram conhecidos, no território nacional, 2760 doentes, tendo no Hospital-Colónia Rovisco Pais já sido internados, desde a sua abertura, 2298.

No Seminário Panamericano sobre a profilaxia da lepra, realizado em 1958 no Brasil, foi formalmente condenado o isolamento compulsório e obrigatório dos doentes em leprosarias, e defendida a integração desta doença nos serviços gerais de saúde pública.

Os tratamentos foram evoluindo ao longo dos anos, onde as leprosarias como centros

95 Idem, p.74.



fig. [II.81]

fig. [II.81]_Vista geral da Leprosaria Sungei Buloh (1930) da Malásia. Destaca-se as grandes dimensões deste complexo hospitalar.

de investigação promoveram o seu desenvolvimento. A falência do tratamento existente, pela resistência do Mycobacterium leprae às sulfonas, é demonstrada pela primeira vez, em 1964, na Leprosaria Sungei Buloh na Malásia[96], e tornou necessário encontrar outra abordagem para o tratamento da doença iniciando-se assim os estudos sobre a associação de diferentes medicamentos, culminando, apenas no final dos anos 70 num tratamento eficaz.

Os resultados positivos dos novos tratamentos de poliquimioterapia (PQT), iniciariam o processo final de encerramento das leprosarias, acompanhado pelas já anteriores conclusões, da necessidade de abolição do internamento dos doentes nestes hospitais. É, neste sentido, considerada pela World Health Organization, como uma conquista de sucesso na luta contra a Lepra, o encerramento das Leprosarias em todo o mundo.[97]

96 WHO, *Fifty Years of the World Health Organization in the Western Pacific Region*, Report of the Regional Director to the Regional Committee for the Western Pacific, WHO, Genebra, 1998, p.152.

97 Idem, p.154.

CAPÍTULO III. Leprosaria Nacional Rovisco Pais.

1. Enquadramento da construção da Leprosaria.
2. Análise dos edifícios e dos espaços exteriores da Leprosaria.
    2.1 O Programa, o Anteprojeto e o Projeto Final.
    2.2 A Leprosaria Nacional Rovisco Pais construída.
    2.3 Espaços interiores e mobiliário.
        As preocupações estéticas no desenho da Leprosaria.
3. A Leprosaria enquanto dispositivo de regeneração física e moral.
4. Análise comparada de Sanatórios para Tuberculosos portugueses.



Após uma aproximação aos temas que permitem uma compreensão mais completa e abrangente do tema do presente trabalho, será agora levada a cabo uma análise mais próxima e aprofundada ao caso de estudo – A Leprosaria Nacional Rovisco Pais –.

A iniciativa que proporcionou a construção desta leprosaria, assim como a Comissão de Obras que delineou o seu programa e a projetou serão os temas seguintes a abordar, permitindo no subcapítulo seguinte uma análise dos edifícios e dos espaços exteriores do hospital mais pormenorizada.

Num contexto de consolidação do regime ditatorial em Portugal a situação socioeconómica revelava-se degradante, onde as populações viviam na miséria com forte incidência nas zonas rurais, em habitações sem condições mínimas de conforto ou sanitárias. Cerca de 80% dos portugueses viviam fora dos centros urbanos, nessas zonas rurais onde passavam fome e trabalhavam arduamente, famílias inteiras que viviam em casas mínimas. O setor era dominado pelo lobby agrícola, não permitindo melhoria das condições de trabalho e salariais destas famílias. A miséria ligada à falta de higiene e às carências alimentares permitiu a propagação de doenças como a tuberculose ou a lepra. A lepra, doença que ao longo dos séculos foi alvo de diversas medidas assistenciais como, durante a idade média, a construção de gafarias e a criação de normas para o comportamento dos contagiados, tomou durante os séculos XIX e XX, e em Portugal, proporções preocupantes e para as quais era necessário agir.

Através do Inquérito efetuado a pedido do Dr. Bernardino António Gomes, durante o século XIX em Portugal, foram contabilizados 1403 doentes[98] de Lepra, com maior incidência na região centro litoral, contando com os valores mais altos em Coimbra, Aveiro e Viseu, seguidos

98 Augusto da Silva Carvalho, *História da Lepra em Portugal*, Epidemiologia Portuguesa, 1932.

de Lisboa, Santarém, Braga, Leiria, Guarda, Faro, Porto, Bragança e Portalegre. O mesmo autor compara a realidade portuguesa com os restantes países europeus, afirmando que à mesma data:

A Noruega não tinha mais de 300 doentes; a Suécia continental, 70 averiguados e 5 suspeitos; a Islândia 158; a Holanda, 30; a Bélgica apenas 4; em Inglaterra e Irlanda, o apuramento de todos os casos ocorridos durante um período de dez anos deu apenas 96; na França havia trezentos e tantos casos; em Espanha os últimos cálculos davam 1.000 a 1.200; a Alemanha tinha 49, sendo 15 na Província de Memel (...); a Suiça tinha apenas 2 casos; na Áustria notava se raridade extrema; a Itália acusava 256 casos; a Rússia europeia 785; a Sérvia 3; Roménia 208; Grécia continental 110 e as ilhas 99; Creta cerca de 200; a Turquia, com o principal foco na capital, 300 a 600.[99]

Através deste longo apontamento sobre a incidência da Lepra na Europa, percebe-se que, tendo em conta o número de habitantes de cada país relativamente ao número de casos, Portugal é um dos países com maior incidência da doença. É possível verificar, através mesmo dos casos já identificados no capítulo anterior, que em muitos destes países foram construídas leprosarias como resposta ao problema do contágio. No caso de Espanha, salientam-se os Sanatórios de Fontilles e de Trillo, leprosarias de grande escala do tipo colónia agrícola, e por outro lado o caso de Memel (que pertencia à Alemanha na época), uma leprosaria de pequena escala do tipo lar ou asilo. A adaptação ao número de casos de doentes em cada país, é bem visível nos dois exemplos referidos.

A assistência hospitalar dos doentes de Lepra em Portugal, até à abertura da Leprosaria Rovisco Pais, era prestada no Hospital Joaquim Urbano (Porto) e nos Hospitais Civis de Lisboa, estes últimos com 20 lugares para o sexo feminino e 35 para o masculino no pavilhão Curry Cabral do Hospital do Rego.[100]

Em "Uma Obra Social" de Bissaya-Barreto é possível aferir os temas que o preocuparam e quais medidas procurou aplicar para a resolução das carências sociais e médicas que afligiam a sociedade portuguesa e em especial as populações da Beira Litoral da época. Foi sensivelmente a partir dos anos 30, após a sua eleição na Junta Geral do Distrito de Coimbra que assumiu a responsabilidade política de criar e implantar equipamentos de natureza assistencial. Sob o tema «A Luta Contra a Lepra»[101], Bissaya relembra artigos publicados em A Saúde em que procurou alertar a necessidade de se tomarem medidas no sentido de ajudar os doentes de Lepra e proteger os sãos do possível contágio. Bissaya colocará ainda a assistência aos leprosos como avaliador «[d]o grau de civilização dum Povo» e afirmava ainda que «Portugal é

99 M. Santos Silva, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: Última leprosaria do continente português*, p.10.

100 M. Santos Silva, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: Última leprosaria do continente português*, p.10.

101 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, vol.2, Coimbra Editora, Coimbra, 1970.

o único País europeu em que essa assistência não existe!»[102] Numa publicação de março de 1938 reclama: «Necessitamos, com urgência, dum Dispensário antileproso, base de combate indispensável para agirmos com método, com inteligência e Ciência.»[103] Estava aqui já subentendida a necessidade de criar equipamentos que pudessem servir esta causa, no sentido da profilaxia[104], ou seja no sentido da prevenção da propagação da doença, devido à inexistência de cura ou tratamentos eficazes. Como terá mais tarde explicado na Lição do Curso Internacional de Leprologia em 1960, o início da política na luta contra a lepra em Portugal, nos anos 30, procurou estabelecer-se em quatro princípios basilares, que poderão ser simplificados em dois. Por um lado a necessidade de organizar "o equipamento preciso e suficiente" para combater a doença – entendendo-se assim uma atuação no sentido de criar infraestruturas que permitissem o isolamento e/ou tratamento dos doentes e também dos seus familiares, tais como: Dispensário e Serviço Social; Creche, Preventório e Casas de Educação; Hospital-Colónia; Asilos; e Brigadas Móveis. Por outro lado organizar sob o ponto de vista médico o tratamento dos doentes e providenciar uma assistência social a estes e aos seus familiares.

Em maio de 1938, Bissaya afirma já a resolução tomada de construir uma leprosaria em Portugal, tendo sido efetuada, nesse mesmo mês, a primeira visita com entidades políticas à Quinta da Fonte Quente, por sugestão do então Ministro do Interior Dr. Mário Pais de Sousa, a fim de fazer o reconhecimento de uma possível localização para a construção da leprosaria.

«Com efeito, estamos habituados a ouvir dizer que as leprosarias devem ficar instaladas em ilhas: semelhante critério foi defendido e adoptado durante muito tempo; mas tudo muda na vida; a experiência vem mostrar que, na prática, se deve considerar hoje como erróneo, antiquado.»[105] Refutando a ideia das leprosarias em ilhas, Bissaya qualifica a Quinta visitada «pela sua situação geográfica, pelas condições climáticas, pela área, pelas características do terreno, pela sua localização em relação ao centros populacionais vizinhos e ainda pelas vias de comunicação de que dispõe, a Quinta da Fonte Quente é um achado (...)».[106] A criação da Leprosaria foi autorizada pelo Decreto-Lei nº.29.122 de 15 de novembro de 1938. Para a sua construção seria aplicada a herança de Rovisco Pais que este deixou em Setúbal para uma iniciativa social, e em sua memória, o hospital chamou-se "Leprosaria Nacional Rovisco Pais".

A Quinta da Fonte Quente com aproximadamente 122 hectares[107] localiza-se na Tocha,

---

102 Idem, pp.505 e 506.

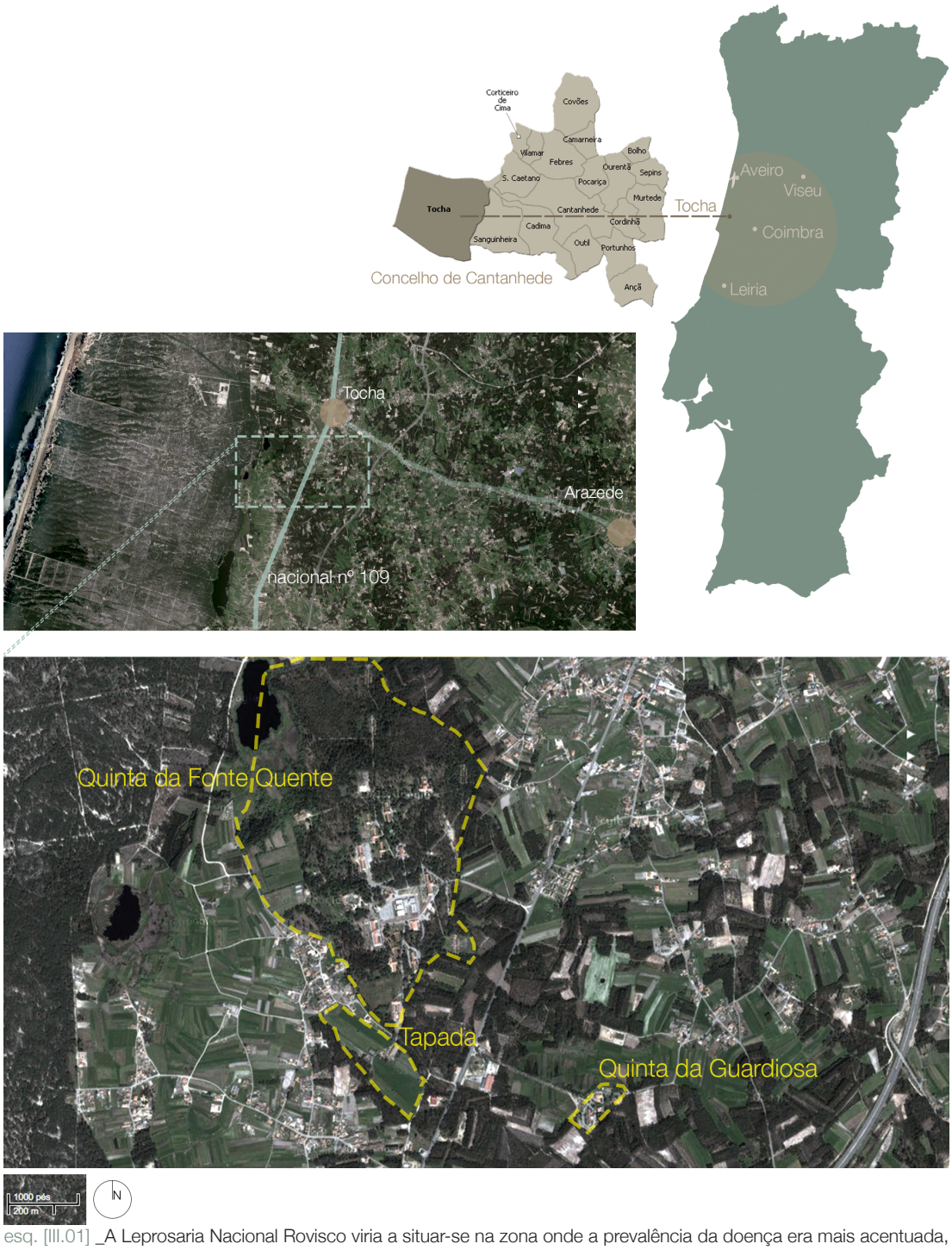
103 Idem, p.500b.

104 s. v. «profilaxia»: Med. Parte da medicina que estabelece medidas preventivas para a preservação da saúde da população. In Dicionário Português Atual Houaiss.

105 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.506.

106 Id., ibid.

107 Área apresentada na Memoria Descritiva e Justificativa do anteprojeto para a Leprosaria, da C.O., BAHOP; é referido geralmente em bibliografia como tendo 140 ha, valor que possivelmente pretende referir-se ao conjunto dos vários terrenos, mas mesmo esse valor no total, segundo a C.O. é de 132.3514 ha.



esq. [III.01] _A Leprosaria Nacional Rovisco viria a situar-se na zona onde a prevalência da doença era mais acentuada, numa zona relativamente isolada, onde na época existiam apenas pequenas aldeias. Ainda assim, era uma zona com bons acessos, como a nacional nº109 e a cerca de 10km estações de caminhos de ferro.
fig [III.01] _A freguesia da Tocha situa-se no extremo Este do concelho de Cantanhede. fig [III.02] _A relação geográfica da Tocha com os distritos onde a doença da Lepra afetava um número maior de população. fig [III.03] _O território da Tocha é caraterizado por alguns elementos naturais como a sua frente marítima, as matas que lhe são adjacentes e ainda pelas lagoas que o pontuam. Por outro lado a estrada nacional nº109 representa uma ligação importante com a envolvente. fig [III.04] _A amarelo encontram-se marcadas as várias parcelas de território que viriam a pertencer à Leprosaria Nacional.

a 15km do seu concelho, Cantanhede, e a 35km do seu distrito, Coimbra. A freguesia da Tocha com uma área de 77,4km^2, é caracterizada pela sua frente marítima, pelas lagoas e as matas de pinheiros. Esta localização respondia a uma necessidade regional, pois situava-se numa posição central relativamente aos distritos onde a incidência da doença era mais acentuada: Coimbra, Leiria, Aveiro e Viseu. «Os arredores de Coimbra, Figueira da Foz, Cantanhede, Mira, Goís, Arganil, Soure e Vieira de Leiria, eram grandes focos de lepra.»[108] Será também de grande importância o facto deste local ser isolado, mas ainda assim com fáceis acessos: a estrada nacional nº109 passava junto da Quinta e as estações de Caminho de Ferro de Lemede-Cadima e Arazede encontram-se a 10km de distância. Como afirmou Bissaya-Barreto em carta para o Ministério das Obras Públicas e Comunicações, em 1941, «só a cerca de dois kilómetros deste centro se encontra[va] qualquer abrigo».[109]

A Quinta, situada no extremo sudoeste da freguesia, dispunha nos seus terrenos das condições necessárias para um 'hospital-colónia', onde o ambiente agradável permitiria aos doentes desenvolver diversas atividades: «as suas formosíssimas lagoas, os canais, que delas partem, sulcando e irrigando os campos, a extensa mata, os terrenos de cultura tão facilmente aproveitáveis, em parte, para parques, jardins e hortas-jardins (...)». As condições climáticas poderão ser também consideradas favoráveis a uma vida saudável, apesar de na época ainda não se saber quais os climas mais favoráveis ao tratamento, e por consequência, cura da lepra. O local estaria ainda assim protegido dos ventos dominantes, teria uma boa permeabilidade do terreno, uma temperatura média não muito baixa, nem muito elevada, uma insolação regular e uma luminosidade moderada.[110] Com um clima marítimo ameno (apenas a 7km do mar) e com terrenos férteis, a Quinta dispunha de uma «boa situação topográfica, boa água potável e era servida por energia elétrica».[111] Foram ainda integrados aos terrenos da Quinta da Fonte Quente, a parcela da Tapada que lhe era contígua com cerca de 10 hectares, e separada pela Estrada nacional nº109, mas ainda assim a curta distância, a parcela da Guardiosa, com 1 hectare.

Após o censo aos leprosos de Portugal foi nomeada uma comissão, constituída pelo Prof. Doutor Bissaya Barreto e o Arquiteto Carlos Ramos, que estudou em linhas gerais as valências que seriam prestadas pela Leprosaria Nacional a construir: «isolamento dos casos contagiantes, tratamento e vigilância dos casos negativos e em alta, exame periódico e sistemático dos comunicantes, assistência aos filhos dos hansenianos e educação sanitária da

108 Susana Maria Cavaleiro Meira, *O Hospital Rovisco Pais: um espaço de inovação: a sua importância na estrutura do povoamento da Tocha*, p.62.

109 Correspondência expedida pela C.O., de Bissaya-Barreto para o MOPC a 15 de março de 1941. BAHOP

110 Susana Maria Cavaleiro Meira, op. cit., p.62.

111 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.518.

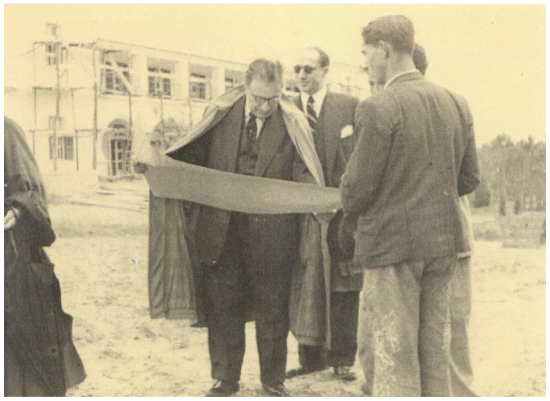


fig. [III.05]



fig. [III.06]



fig. [III.07]



fig. [III.08]

fig. [III.05]_Ao centro encontra-se Bissaya durante as obras, provavelmente a observar um desenho da Leprosaria. fig. [III.06]_Bissaya-Barreto nas obras da Leprosaria. fig. [III.07]_Carlos Ramos e Bissaya-Barreto nas obras da Leprosaria. fig. [III.08]_Bissaya-Barreto nas obras da Leprosaria.

população».[112]

Será em 1940 pelo Ministro das Obras Públicas que, para dar cumprimento ao programa referido, se nomeou e tomou posse a Comissão de Obras, com os objetivos de «estudar os projetos e erguer as construções»[113] da Leprosaria Nacional. Esta Comissão era constituída pelo Prof. Doutor Bissaya-Barreto enquanto Presidente, e o Engenheiro Maçãs Fernandes e o Arquiteto Carlos Ramos como vogais. Será a partir desta Comissão que se estabelecerão as linhas definidoras do projeto deste Hospital-Colónia, do desenho dos seus edifícios, dos seus espaços exteriores, e a forma como as diversas partes funcionam no conjunto hospitalar.

A escolha de Bissaya-Barreto para a presidência da Comissão de Obras é facilmente entendida na medida em que este foi responsável por toda a iniciativa e durante anos publicou apelos para a resolução do problema da Lepra. Foi ainda através da sua influência junto do poder político, em particular de Salazar, e a sua posição na Junta Geral do Distrito de Coimbra e posteriormente na Junta de Província da Beira Litoral, que se proporcionaram as condições para a construção da Leprosaria. Como anteriormente foi referido, Bissaya-Barreto mantinha uma relação muito próxima com o projeto e desenvolvimento das obras que promovia, como afirma José Bandeirinha a propósito do Portugal dos Pequenitos, «sabe-se que Bissaya-Barreto gostava bastante de interferir no projecto».[114]

Bissaya-Barreto, refere-se à sua inicial hesitação relativamente à escolha do Arq. Carlos Ramos, criticando logo na primeira reunião a única obra que conhecia deste -o Liceu D. João III de Coimbra, que pertencia às obras iniciais de Ramos de influência internacional modernista-, comparando-a ao Instituto Superior Técnico (obra de Pardal Monteiro, terminada em 1937). Para Bissaya estas obras «gritavam um[a] e outr[a] pelo número e grandeza de janelas», e mostrando a sua posição em relação à arquitetura moderna, acrescenta «o estilo era novo e eu temia que o Arq. Carlos Ramos estivesse embevecido por ele...E então, logo na primeira reunião de contacto e de conhecimento, eu avancei numa apreciação desagradável de aquele género de construção, que me parecia impróprio para a Leprosaria e lembrava que, na Quinta da Fonte Quente existia o Conventinho (...)».[115]

Carlos Ramos teve uma formação marcada «pela convivência com inconformistas dos "futurismos" dos anos 20, caldeada, no início da década de 30, pela frequência de uma plêiade de médicos notáveis, e no ajudar na laboração das primeiras linhas mestras de programas hospitalares – o que lhe proporcionou então a visita e o estudo a novas e modelares unidades

112 Id., ibid.

113 Id., ibid.

114 José A. O. Bandeirinha, op. cit., p.57.

115 M. Santos Silva, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: Última leprosaria do continente português*, p.17.

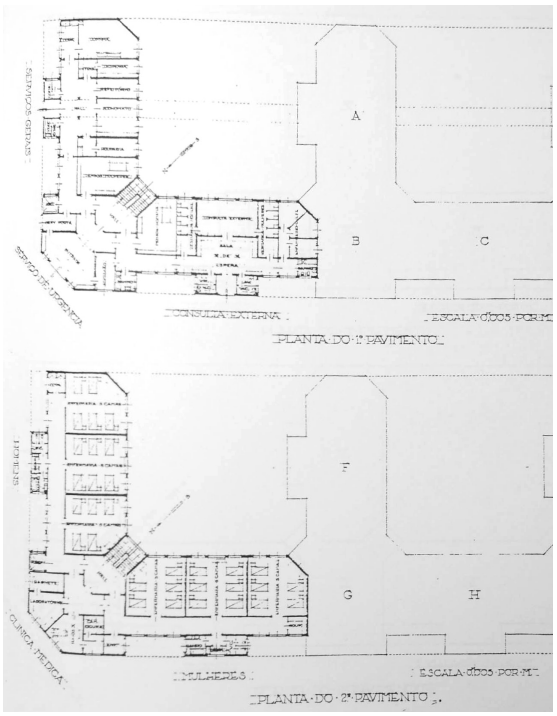


fig. [III.09]



fig. [III.10]

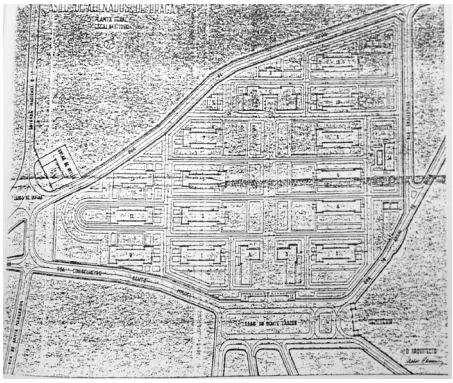


fig. [III.11]

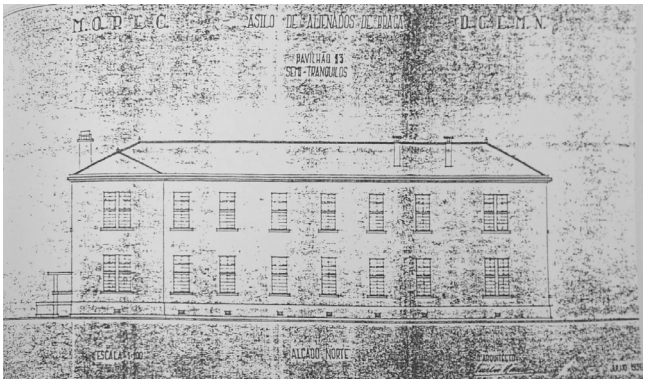


fig. [III.12]

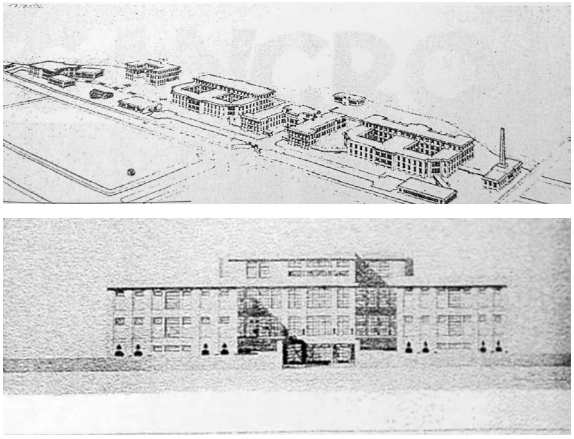


fig. [III.13] e [III.14]

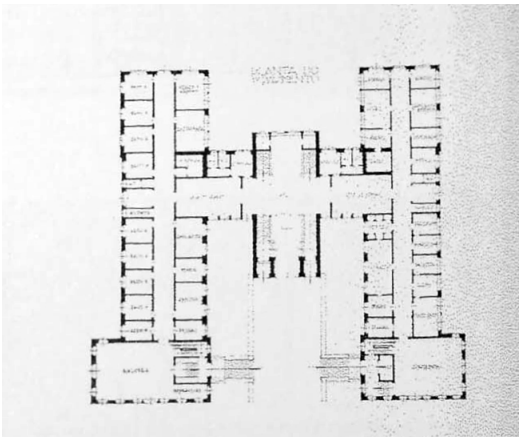


fig. [III.15]

fig. [III.09] e [III.10]_Projeto do Hospital da Santa Casa da Misericódia de Cascais (1933): plantas do 1º e 2º pavimentos; desenhos do alçado norte, corte AB e alçado sul (de cima para baixo). fig. [III.11] e [III.12]_Projeto do Asilo de Alienados em Braga (1936): planta do conjunto hospitalar e alçado do pavilhão para semi-tranquilos. fig. [III.13], [III.14] e [III.15]_Projeto para o conjunto do Instituto Português de Oncologia (1934): desenho de conjunto e primera proposta para o edifício central (fachada principal e planta do 1º pavimento).

de saúde na Europa.»[116] Esta experiência viria a determinar o percurso de Carlos Ramos, e relativamente ao caso de estudo, para a sua nomeação para a Comissão de Obras, como afirmou Bissaya: «Ramos afirma-se como um dos principais arquitetos da sua geração a refletir sobre arquitectura hospitalar e a projectar edifícios e complexos hospitalares.»[117]

Depois do Pavilhão do Rádio do Instituto de Oncologia (1933), a sua primeira experiência no campo hospitalar, Ramos projeta na mesma época o Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Cascais (1932-33) e integra a Comissão de Obras do Novo Manicómio de Lisboa, contratado pelo Ministério das Obras Públicas também em 1933. Estes projetos, assim como a contribuição de Ramos para a adaptação das instalações do Hospital de Infias em Braga para um hospital de alienados (1936)(fig. [III.11] e [III.12]), serão caracterizados por uma abordagem racional, com um desenho de projeto resultado não de critérios estéticos, mas de razões funcionais. As preocupações com uma organização funcional, no caso do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Cascais (fig. [III.09] e [III.10]), são visíveis na disposição em V do complexo hospitalar, que permitia a diminuição da ação dos ventos diretamente sobre as fachadas, resguardando os serviços principais dos ventos do norte, e ainda as galerias de comunicação interiores são concebidas com preocupações acústicas. A expressão arquitetónica do Hospital resulta da organização interior. Os dois sanatórios para doentes mentais, em Lisboa e em Braga, abrem assim, uma nova abordagem na área hospitalar que Carlos Ramos ainda não tinha trabalhado, relacionada com um programa destinado a doentes com diferentes níveis ou estados da doença. Este aspeto reflete-se num complexo hospitalar dividido em pavilhões diferenciados e implantados no terreno de modo a reduzir ao mínimo a comunicação com o exterior. Uma arquitetura de exclusão que também dividia os doentes por sexo, e na qual assume um papel importante o desenho urbanístico do local e o ordenamento dos acessos viários. A utilização, nos projetos referidos, de uma linguagem modernista, é lida em elementos como os vãos horizontais, na marcação dos acessos verticais por um corpo envidraçado que se salienta na volumetria geral, pela racionalidade funcional e formal e pelos materiais construtivos, como o betão.

Em 1934, Carlos Ramos vence o concurso para os dispensários a construir pela Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) que funcionaria como projeto-modelo para ser implantado em todas as sedes de concelho. Este projeto dava indicações quanto à disposição interior dos espaços e dos materiais a aplicar na sua construção, os quais deveriam ser os da região em que se implantaria. O desenho deste projeto revela já alguns elementos de cariz tradicionalista e regionalista, no «pequeno alpendre» e nas «paredes de alvenaria, tijolo ou granito (...) sempre

116 Otávio Lixa Filgueiras, «A Escola do Porto (1940/69)» in *Carlos Ramos, exposição retrospectiva da sua obra*, p.4 (do capítulo).

117 Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição*, p.96.

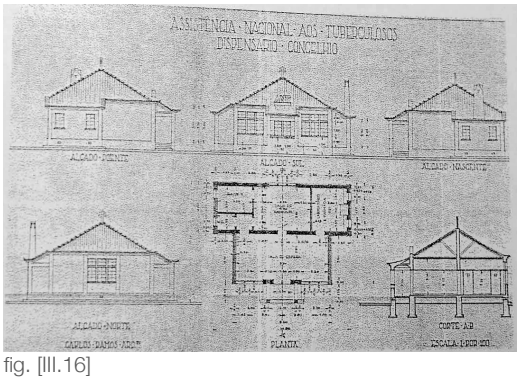


fig. [III.16]

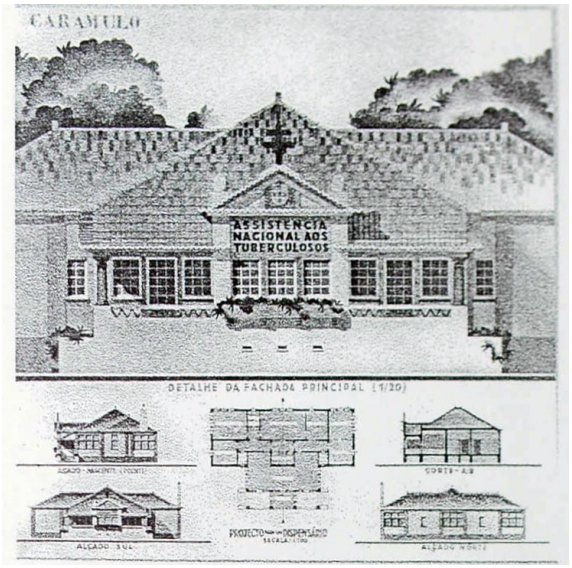
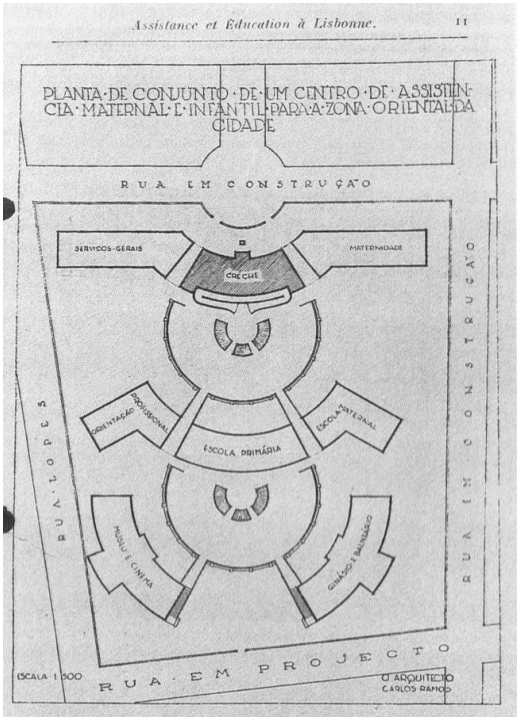


fig. [III.17]



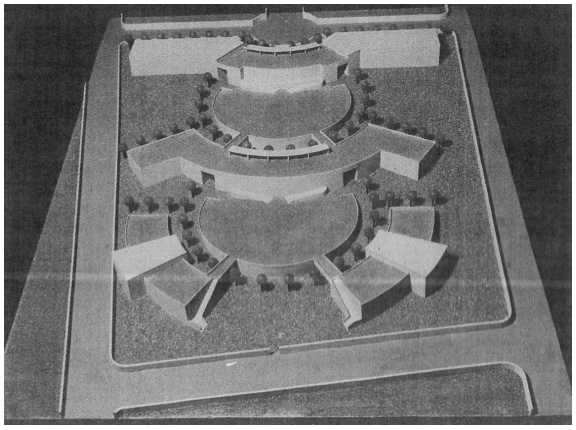
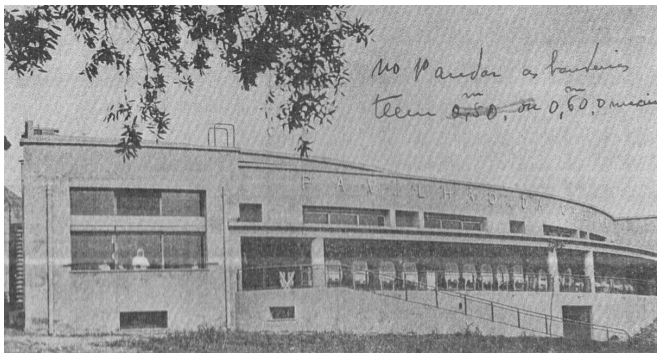


fig. [III.18] e [III.19]



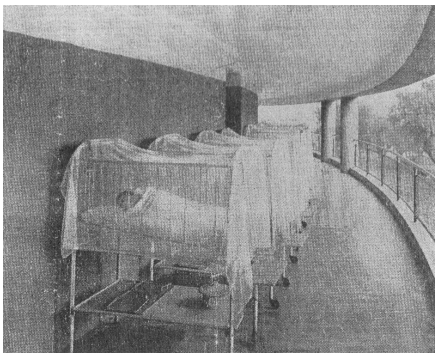


fig. [III.20] e [III.21]

fig. [III.16]_Dispensário Concelhio do ANT: alçados, cortes e planta tipo. fig. [III.17]_Desenhos de projeto do dispensário do ANT no Caramulo. fig. [III.18] e [III.19]_Projeto do Centro de Assistência Maternal e Infantil de Lisboa (ou Centro Maternal e Infantil Júlia Moreira) de 1934: planta e maquete de conjunto. fig. [III.20] e [III.21]_Fotos do Pavilhão da Grávida do Centro de Assistência Maternal e Infantil de Lisboa.

encimadas por um beirado de telha à portuguesa».[118] O Centro Maternal e Infantil Júlia Moreira em Lisboa, construído entre 1934 e 1936, apesar de se basear em conceitos conservadores e tradicionalistas da família, revela uma expressão arquitetónica moderna e racionalista, «onde Ramos consegue, de um modo analítico e simbólico, acentuando as linhas curvas (...) traduzir arquitetonicamente a génese do corpo feminino.»[119] Neste projeto, a pureza dos volumes, os vãos horizontais, os terraços na cobertura, demonstram o domínio da linguagem modernista, em particular do vocabulário funcionalista de Gropius.

Em 1940, como já foi referido, Carlos Ramos integra a Comissão de Obras para a Leprosaria Nacional Rovisco Pais, e colabora na definição do programa da leprosaria, no anteprojeto e projeto definitivo de todos os edifícios, traça o mobiliário a utilizar, estuda o restauro do Convento dos Crúzios e elabora o plano urbanístico de toda a área, indicando o posicionamento exato das várias construções, das zonas arborizadas e jardinadas, dos arruamentos e circulações, fiscalizando as obras até à data da sua inauguração (1947). Esta obra é também o reflexo da época, assim como já antevia o projeto-modelo do Dispensário do ANT, na mudança de uma arquitetura modernista para um tradicionalismo arcaizante e que recorre a elementos da arquitetura regional e ruralizantes. Esta atitude, imposta pelo regime, seria também partilhada por Bissaya-Barreto, o qual não se identificava com a arquitetura moderna, e que demonstrou as suas preferências artísticas de pendor retrógrado, apesar da sua visão moderna da assistência social. A posição de Carlos Ramos será, a par de quase todos os arquitetos seus contemporâneos, seguir a arquitetura oficial, desenhando a Leprosaria Rovisco Pais segundo os conceitos que caracterizam esta arquitetura.

> Em 47-49 ou nos anos 50, foram infelizes o seu [de Carlos Ramos] projeto ruralista para a Leprosaria Rovisco Pais e a sua proposta para a monótona ordenação monumentalista da Praça Marquês de Pombal, em Lisboa.[120]

Caberá, portanto, através de uma análise mais aprofundada do desenho da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, procurar identificar os diferentes contributos que terá recebido tanto de Bissaya como de Ramos, e de que forma este conjunto hospitalar serviu o seu propósito, não só como espaço de isolamento, mas nas vida dos seus doentes, e na vida também de uma região. Para além disso, poderá servir para pensar o possível diálogo entre modernismo e a arquitetura oficial do regime, e ainda algumas questões sociológicas associadas a um espaço deste tipo.

---

118 Memória descritiva e justificativa do Dispensário do Concelhio – Assistência Nacional aos Tuberculosos, Espólio Carlos Ramos, 1934.

119 Bárbara dos Santos Coutinho, op. cit., p.103.

120 José-Augusto França, *A Arte em Portugal no Século XX*, p. 230.

O Programa da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, elaborado pela Comissão de Obras, foi aprovado pelo Ministro do Interior, por despacho a 13 de março de 1940, e seguia, segundo esta Comissão «as normas rigidamente modeladas e cuja aceitação é geral»[121] para uma instituição deste tipo. Este programa foi criado, procurando uma «economia judiciosa, não exagerando despesas além das indispensáveis, mas não deixando também que, por excesso, pudesse vir a ser prejudicada a sua concepção».[122] A leprosaria, segundo este programa desenvolvido durante o ano de 1939, foi pensada para 600 doentes, «cerca de 50% da totalidade existente em Portugal»[123], o que previa nesta fase inicial, a construção de dois estabelecimentos idênticos, para suprir as necessidades de todo o país.

Segundo o programa, e se virá a verificar na sua construção, a Leprosaria ficaria organizada em três secções distintas, e que se diferenciam pelos diferentes tipos ou estados dos doentes de Lepra. Desta divisão conta-se o Hospital para 120 doentes, o Asilo para 168 doentes, e a Colónia para 312 doentes, o que perfaz os já referidos 600 doentes, como capacidade da Leprosaria. Indispensável complemento deste conjunto, era considerada a criação de uma Creche para 50 bebés e de um Preventório, para 140 crianças. Estas diversas partes estariam ligadas a um conjunto de serviços gerais, tais como: serviços administrativos; economato e rouparia geral; armazéns de géneros; lavandaria; cozinha central; pequeno balneário; central térmica e a vapor; central elétrica; e habitações.

Seguindo uma experiência de leprosarias, que já vinha desde as gafarias medievais, o

121 Programa de 14 de junho de 1939, elaborado pela C.O., aprovado pelo Ministro do Interior a 13 de março de 1940, p.1. BAHOP.
122 Id., ibid.
123 Id., ibid.

programa contemplava também a necessidade de dotar a instituição de condições para a sua autossubsistência através da exploração agrícola e pecuária, que seria levada a cabo pelos doentes válidos. Nesse sentido o programa compreendia a necessária aquisição de material e instalações agrícolas como garagens, cocheiras, oficinas, estábulos, capoeiras, pocilgas, etc.

Sob o ponto de vista de preocupações de assistência social, e pelo carácter de isolamento da Colónia, o programa previa também a existência de «distrações que contribuíssem para atenuar e suavizar o regímen de (...) isolamento».[124] Deveriam, desta forma, construir-se uma Sala de Espetáculos, um Campo de Jogos e uma Capela.

«Uma pequena capela bem implantada não deixaria também de contribuir para os transportar [aos doentes], ainda que por momentos, a um ambiente de paz e liberdade relativa».[125]

Inserindo-se na primeira fase de trabalhos da Comissão de Obras, este programa funcional exigiu uma revisão e complementação, com o objetivo de «baixar a estimativa»[126], e para o qual propuseram uma simplificação, agrupando serviços e instalações. Desta alteração resultaram os edifícios e grupos de edifícios que foram descritos de forma minuciosa, e da qual se cita:

Hospital

População Hospitalar – 120 doentes – 60 de cada sexo.

Este edifício deverá ser constituído por 2 pavimentos. No 1º instalar-se-ão todos os serviços de consultas, tratamentos, internamento prévio ou lazareto, anatomia patológica, análises clínicas e investigação científica. No 2º as infermarias, isolamentos, serviço de cirurgia, salas de tratamentos, salas de estar, galerias e serviços gerais.

Asilo

População – 168 doentes – 84 de cada sexo.

A cada sexo corresponderá um edifício para 84 doentes – incuráveis ou em estado de invalidez. Constituído por 2 pavimentos, a cada um deles corresponderão idênticos serviços:

6 quartos a 4 camas -------24

3 quartos a 3 camas --------9

2 quartos a 2 camas --------4

4 quartos a 1 cama --------4

1 quarto para isolamento ---1

total de 42 doentes por pavimento

Além destas instalações, cada pavimento comportará ainda os serviços gerais de uso corrente, sala de estar, refeitório, galerias e terraços, elementos cuja expressão deverá traduzir o mais carinhoso

124 Idem, p.3.

125 Idem, p.3.

126 Id., ibid.

aspecto e conforto.

Colónia

População – 312 doentes

Destes 312 doentes, 81 casais serão instalados em pequenas casas de habitação constituídas por um quarto de cama, uma casa de jantar e de estar com lareira, uma arrecadação e uma retrete, além de uns pequenos recintos ajardinados e de cultura, o primeiro dos quais anexo à fachada principal e o segundo à posterior ou de serviço.

Os restantes 150 doentes, serão distribuídos por 6 núcleos habitacionais – 3 para cada sexo – de 25 doentes. Estes serão compostos de um pavimento único e os doentes agrupados em 5 quartos a quatro camas e 5 quartos a uma cama. A sala de estar, refeitório, galerias e serviços gerais completam o programa. (...)

Créche

Para crianças até aos 2 anos de idade. Além de 2 salas para 20 leitos e uma sala para 10 berços será este edifício constituído pelos serviços usuais em instalações desta natureza. Cosinha de leite, balneário, vigilantes, isolamentos, rouparia, despejos, salas de brinquedos e galerias-solários.

Preventório

Para 120 crianças dos 2 aos 7 anos de idade. Este edifício, em 2 pavimentos, será constituído por 4 camaratas a 30 camas, com 5 “boxes” a 6 leitos. Enfermaria, lazareto, refeitórios, salas de aula e de ginástica, serviços gerais e galerias solários.[127]

Esta organização descrita pela Comissão de Obras, virá a sofrer alterações, como se verificará ao longo deste capítulo, com especial incidência no Hospital. O programa contempla também uma parte que trata a ideal localização das várias partes da Leprosaria nos terrenos disponíveis (Quinta da Fonte Quente, a Tapada e a Guardiosa). Com um total aproximadamente de 132ha, existia uma larga extensão para a disposição das distintas partes da instituição, dos seus edifícios e para a atividade agrícola. A Quinta da Fonte Quente, compreendendo o grosso da herdade (122ha), foi considerada o local ideal para instalar o núcleo primário da Leprosaria, reservando a parcela da Tapada para a instalação do núcleo agrícola e a Guardiosa para a instalação da Creche e do Preventório.

Os terrenos referidos eram caracterizados pela presença de um pinhal «com 60 anos de idade»[128], de uma grande lagoa, de uma fonte «cujo débito, na presença de uma exploração rudimentar, [era] (...) de cerca de 3000 litros por hora»[129], e pela fertilidade dos solos devido à sua fraca consistência. Estes, enquanto terrenos arenosos, consentiam a existência de um

127 Idem, pp.4-6.
128 Idem, p.8.
129 Id., ibid.

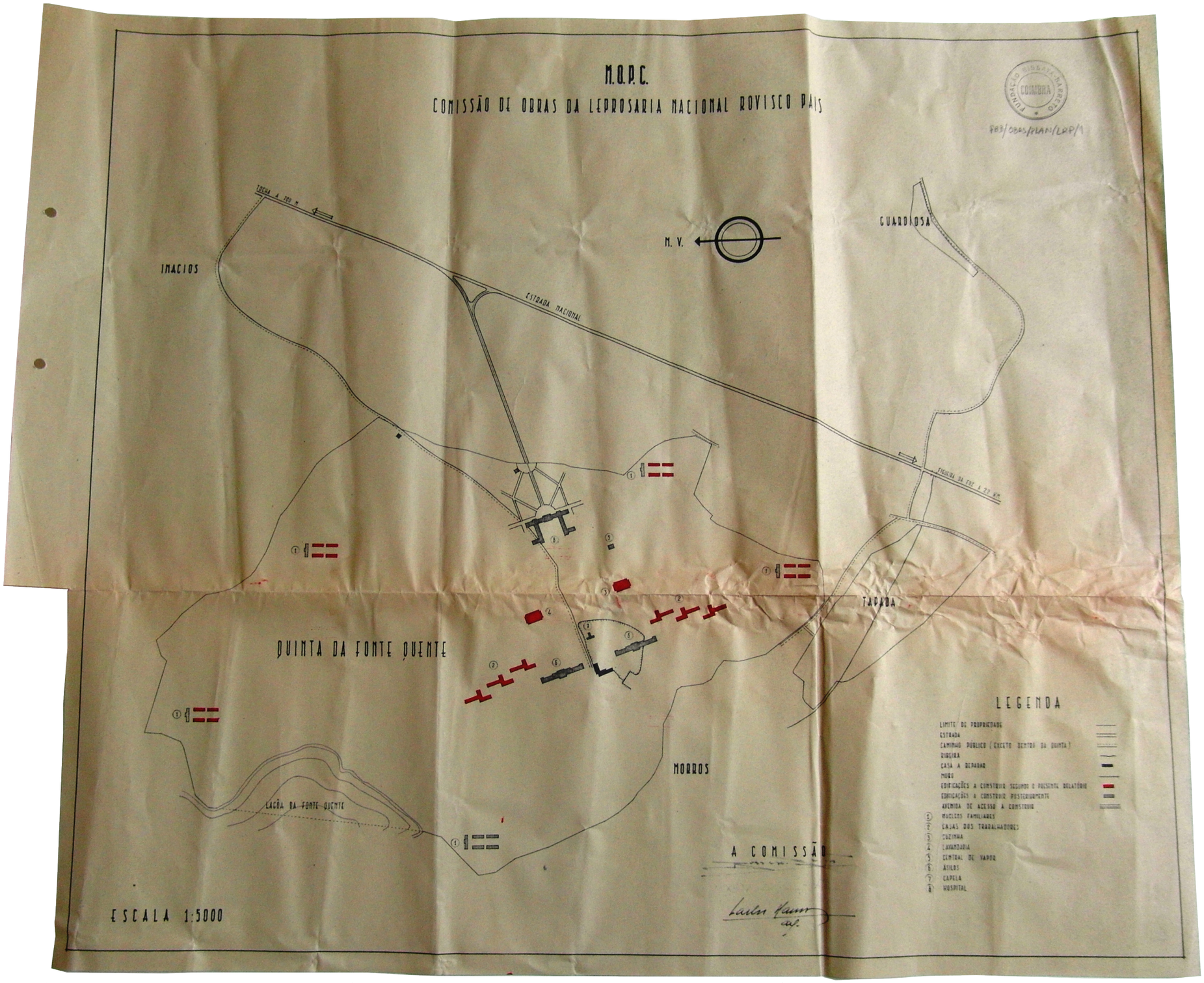


fig. [III.22]_Planta que se considerou, tanto pelo desenho dos seus edifícios como pela sua implantação, como de uma primeira fase de projeto. Nesta planta é relevante a intenção inicial de simetria entre o percurso de entrada e a estrutura que organiza os edifícios, com exceção dos núcleos familiares. Planta da C.O. assinada por Bissaya-Barreto e Carlos Ramos, sem data.

permanente lençol de água a pequena profundidade e seria desta forma, necessário localizar os edifícios numa zona de terrenos mais consistentes. À semelhança do Convento dos Crúzios, edifício pré-existente em ruínas, os edifícios deveriam ser implantados na zona elevada da Quinta da Fonte Quente, local de afloramentos rochosos e de piçarro compacto, onde «se procedia à exploração de magnífico saibro e de boa pedra de alvenaria. (...) É, pois, nesta crista consistente, orientada de Nordeste para Sudoeste, que deverão assentar os edifícios de maior volume e os que, por assim dizer, necessitam e exigem mesmo condições particulares de implantação.»[130]

A título de curiosidade, a estimativa do custo das obras da Leprosaria nesta fase de trabalhos era no total de 12,693,262$10, incluindo os diversos edifícios, o mobiliário e apetrechamento, a rede de águas, de esgotos, de energia elétrica e ainda 3% para “estudos e administração”. Esta estimativa é posteriormente aumentada, não só devido ao agravamento dos preços dos materiais e das condições económicas em geral em tempo da 2º Guerra Mundial, mas também pelas alterações que sofrerá o projeto deste Hospital-Colónia.

Na memória descritiva e justificativa do ante-projeto, são contemplados três aspetos que a Comissão de Obras se preocupa em apontar: «o funcional, o construtivo e o estético».[131]

Numa abordagem do carácter funcional, ou por outro lado, do carácter prático das condições materiais e de trabalho que oferece o local, são ressaltados alguns fatores que contribuíram para que a construção da Leprosaria, fosse levada a cabo com a maior das economias. Destes fatores apontados, salientam-se os seguintes: a mão de obra excecionalmente barata, a existência de pedreiras, saibreiras, areias e água em abundância, e ainda a proximidade relativa aos centros industriais de abastecimento de materiais de construção diversos e especiais em Coimbra, Aveiro, Pampilhosa e Figueira da Foz.

Como exigências para os métodos construtivos a aplicar nas obras da Leprosaria, a Comissão de Obras fixou alguns princípios gerais e económicos na seguinte ordem:

1º - deveria empregar-se o maior volume possível de boas alvenarias hidráulicas e ordinárias, respectivamente em fundações e em elevação.

2º - deveria o emprego do cimento armado ser restringido ao mínimo e indispensável.

3º - deveriam os edifícios ser protegidos, no seu envasamento, uma vez que se verifica a existência de lençóis de água relativamente superficiais, por forro de pedra desbastado e trabalhado a picar.

4º - deveriam empregar-se, na sua maioria, estruturas de madeira, quer em pavimentos sobre elevados quer em coberturas.

5º - deveria abolir-se todo o sistema de contraplacagem em limpos de carpintaria, preferindo-se a

130 Id., ibid.

131 Memória Descritiva e Justificativa para a 1ª fase de trabalhos de 15 de março de 1941, elaborado pela C.O., BAHOP, p.1.

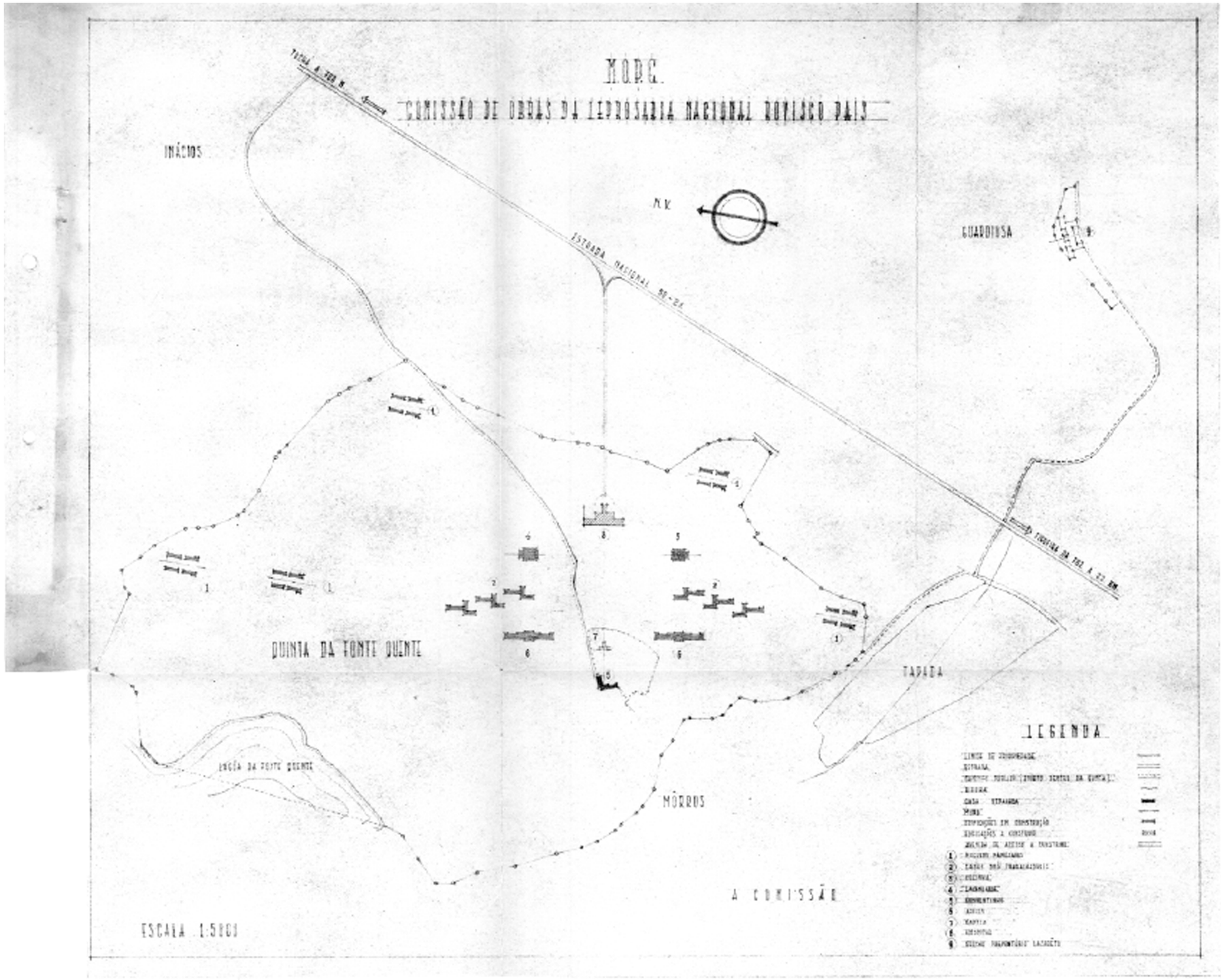


fig. [III.23]_Planta que se considerou, em comparação com as restantes disponíveis, como de uma segunda fase de projeto. Nesta planta é relevante a alteração da implantação dos edifícios relativamente à fase anterior de projeto. Mantem-se a intenção inicial de simetria. Planta da C.O., sem data.

este o de engradados e almofadados, de acordo com as possibilidades locais.

6º - deveriam reduzir-se ao indispensável os revestimentos ricos e impermeabeis em paredes, preferindo-se que, na sua maioria, fossem simplesmente rebocados e caiados todos os seus paramentos interiores e exteriores.[132]

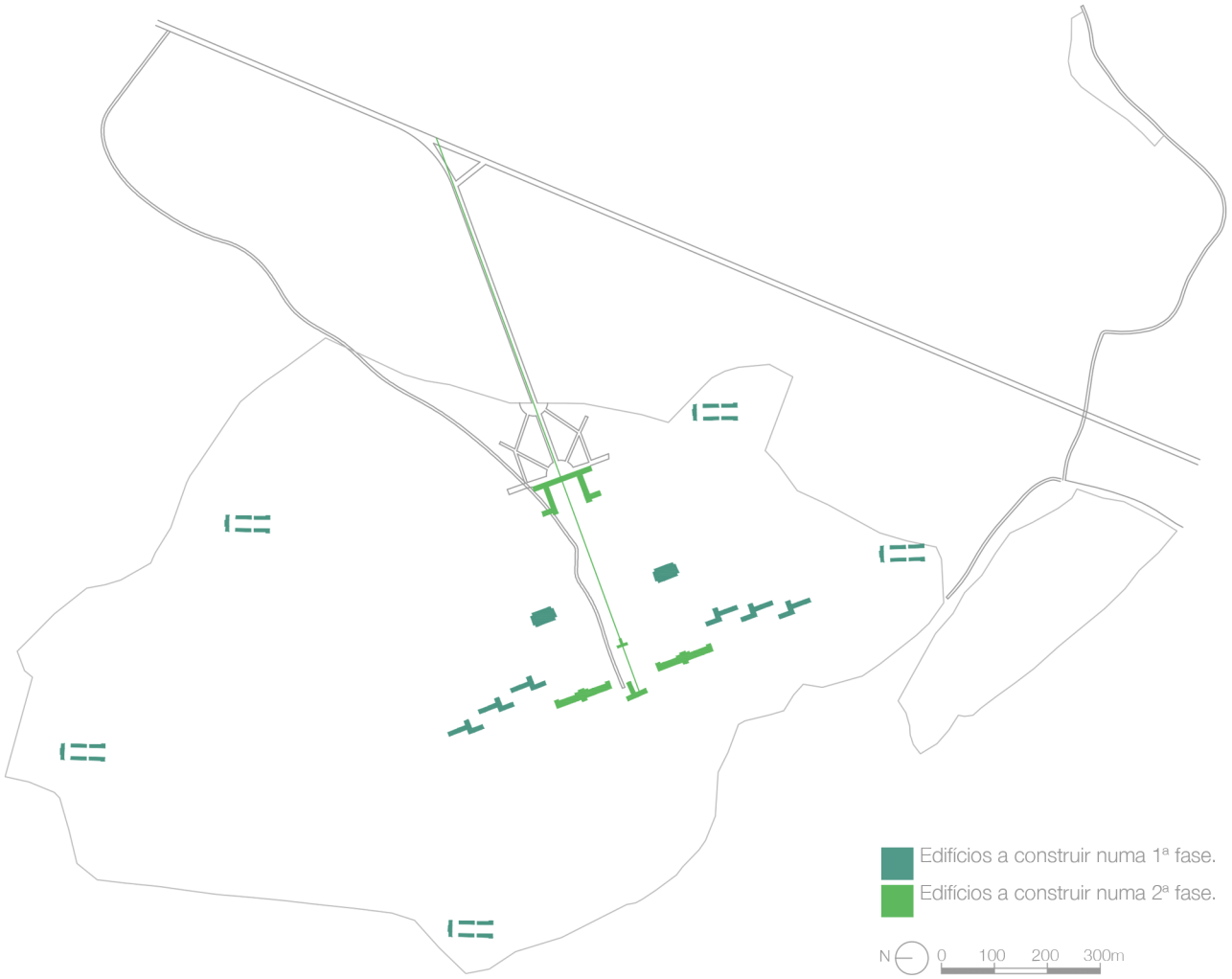
É claro o carácter tradicionalista que está implícito nos métodos construtivos a aplicar na construção dos edifícios, e este é também evidente nas preocupações estéticas definidas nesta memória. Seguindo os padrões da arquitetura imposta pelo Estado Novo, e ainda os gostos pessoais do Presidente da Comissão de Obras, Bissaya-Barreto, os edifícios seriam dotados de um desenho geral e de alguns elementos pontuais de carácter regionalista, o que era justificado pela necessidade de «não afastar o leproso de um meio ao qual ele estava já de antemão habituado e adaptado».[133]

«Fomos obrigados a imprimir às instalações projetadas aspectos um tanto diversos.»[134]

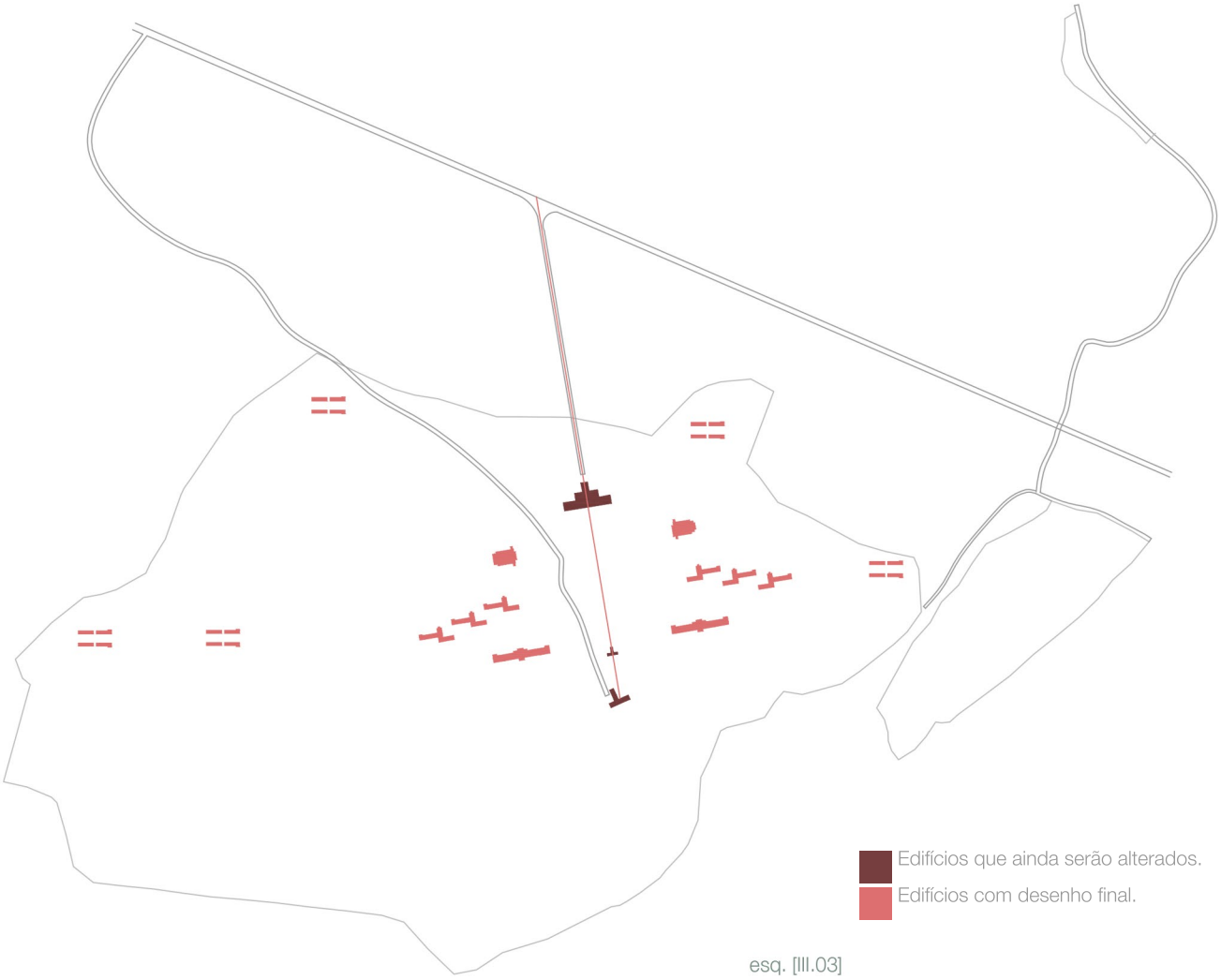
Esta afirmação deixa antever a forma como encarou a Comissão de Obras algumas das suas preocupações "estéticas", e fica subentendido que a utilização de "aspetos (...) diversos" foi apenas em casos por "obrigação". Era, portanto, procurado um fio condutor nas opções formais para os diferentes edifícios, e as diferenças tipológicas, como é o caso entre Casas de Trabalhadores e Núcleos Familiares, "obrigavam" a um desenho que se adaptasse à escala e ao programa dos edifícios. Com mais facilidade nos Núcleos Familiares, a Comissão, procurou aplicar «um aspecto a um tempo acolhedor e domestico».[135] Este carácter tradicional e regional no desenho desta arquitetura, foi estendido a todos os edifícios, e foi justificado pela procura de uma afinidade arquitetónica com o Convento dos Crúzios, edifício pré-existente da Quinta da Fonte Quente. Após decisão da Comissão de Obras em restaurar e adaptar este Convento, «foi precisamente a este edifício que se foram buscar todos os elementos em jogo na composição dos edifícios a construir de novo».[136]

Para uma primeira fase de construção, considerada pela necessidade de acelerar o processo de isolamento de doentes (e que não será concretizado até 1947), seriam edificados apenas uma das três partes referidas anteriormente e ainda a Cozinha e a Lavandaria. A secção Colónia, ou seja as Casas de Trabalhadores e os Núcleos Familiares, com maior capacidade, e pensada para doentes válidos, era de construção mais simples, com edifícios térreos, e que facilitariam uma construção mais célere nesta primeira fase. Na planta, que se pensa reportar a este

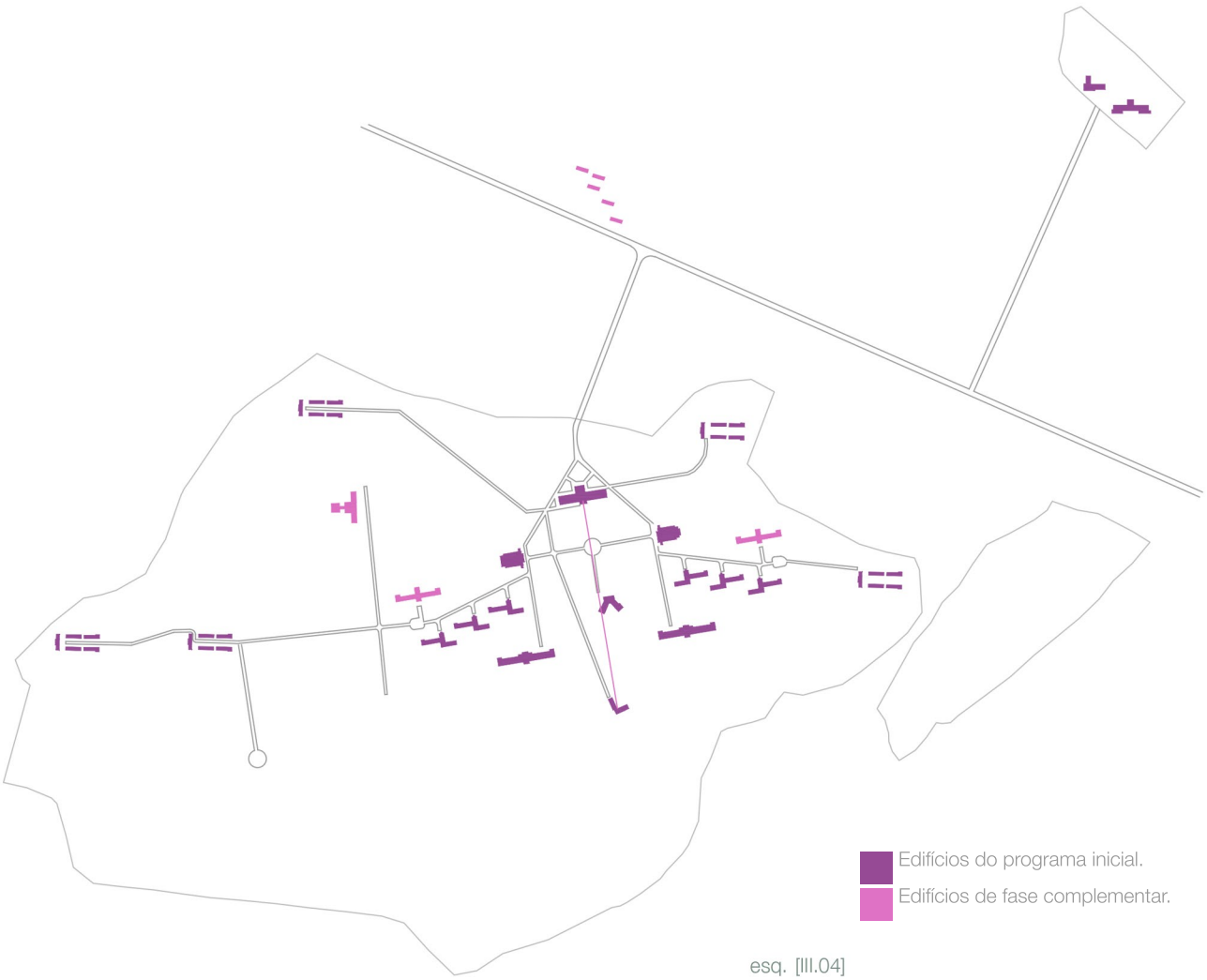
132 Memória Descritiva e Justificativa para a 1ª fase de trabalhos de 15 de março de 1941, elaborado pela C.O., BAHOP, pp.2 e 3.
133 Idem, p.3.
134 Id., ibid.
135 Idem, p.4.
136 Id., ibid.



esq. [III.02] _Desenho esquemático da planta da primeira fase de projeto da Leprosaria Nacional Rovisco Pais. Salienta-se a distribuição dos Núcleos Familiares e o desenho da entrada na leprosaria, do Hospital e da Capela.
esq. [III.03] _Desenho esquemático da planta da segunda fase de projeto da Leprosaria Nacional Rovisco Pais. Salienta-se a simetria que se procura estabelecer entre todo o conjunto e o percurso de entrada, que se encontra também no esquema [III.02] mas segundo uma orientação distinta. (Em transparência).
esq. [III.04] _Desenho esquemático da planta da terceira fase de projeto da Leprosaria Nacional Rovisco Pais e que refelte o que realmente foi construído. Salienta-se a alteração preponderante do percurso de entrada que reforça a desvinculação do conjunto relativamente ao exterior. (Em transparência).


Edifícios que ainda serão alterados.
Edifícios com desenho final.

esq. [III.03]


Edifícios do programa inicial.
Edifícios de fase complementar.

esq. [III.04]

ante-projeto (Fig. [III.22]), os números 1, 2, 3 e 4 ou os edifícios a vermelho, seriam os da primeira fase de construção. A partir da sobreposição das três plantas distintas que foi possível ter acesso, verifica-se uma evolução tanto no desenho do conjunto assim como em grande parte dos edifícios. Apesar dos edifícios da Colónia já aparentarem o seu desenho final, a sua implantação foi alterada, assim como de todos os outros edifícios propostos. Nesta comparação, percebe-se ainda uma alteração preponderante que terá sofrido, o desenho deste conjunto hospitalar no edifício do Hospital (tanto no seu desenho como na sua implantação). O Hospital, enquanto elemento organizador, assumia uma posição central, e que em conjunto com a Capela, criava um eixo de simetria para todo o conjunto edificado. Esta relação geométrica, como se verá mais à frente, não será mantida com este rigor de desenho inicial.

O programa final, enquadrado no tipo Hospital-Asilo-Colónia, estrutura já identificada no ante-projeto, permitiria receber os doentes nas diferentes fases de evolução da doença, possibilitando a aplicação da terapêutica mais eficiente. Deste modo, as construções a serem levadas a cabo seriam o Hospital, dois Asilos, seis Casas de Trabalhadores, oito Núcleos Familiares com dezassete casas cada, a Creche e a Casa de Educação e Trabalho (Preventório), os Serviços Centrais (Lavandaria, Cozinha, etc), as residências para o pessoal e a Capela.

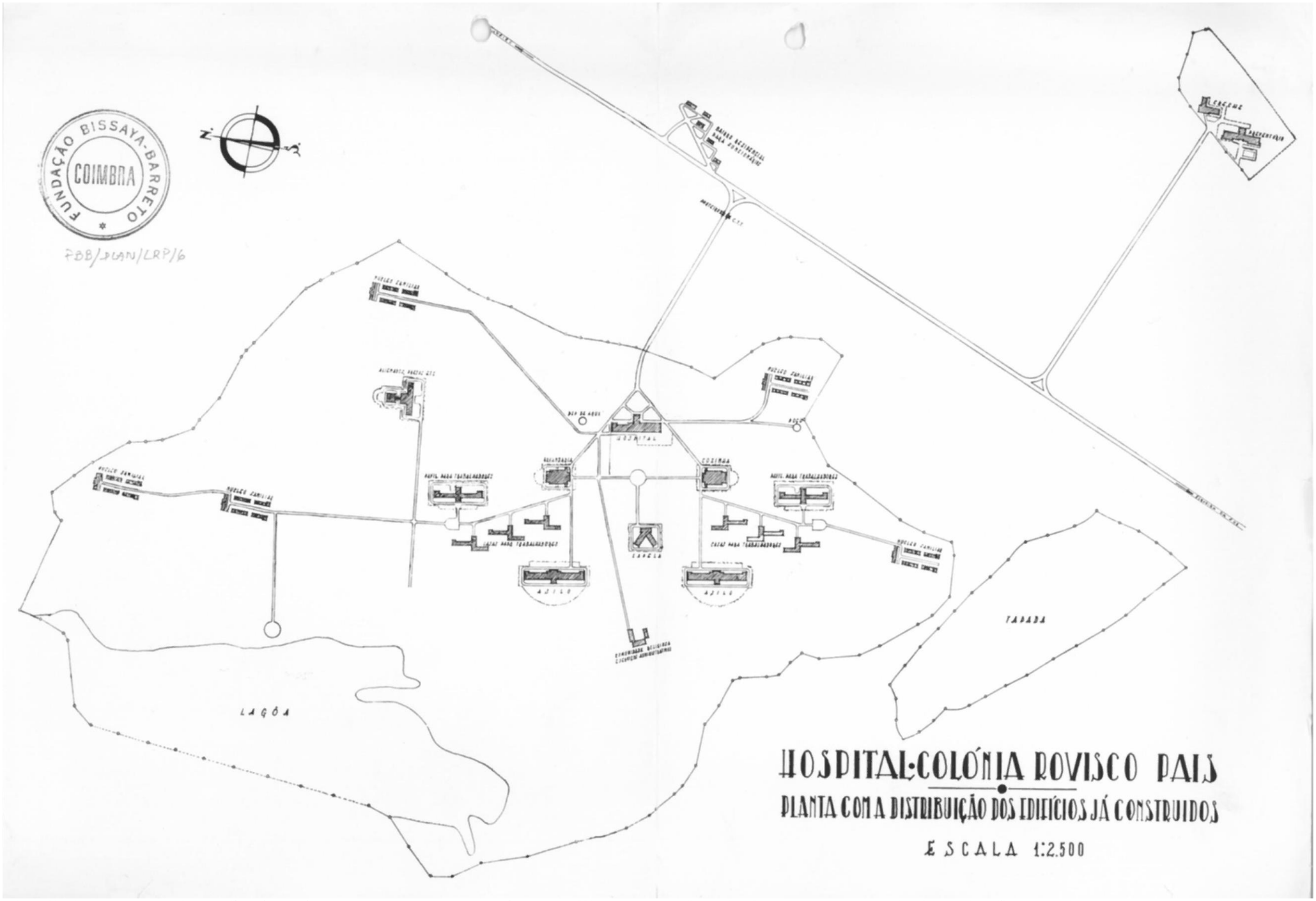


fig. [III.24]_"Planta com a distribuição dos edifícios já construídos" de data desconhecida, mas que será posterior a 1954, data da inauguração dos Pavilhões para Trabalhadores e do Pavilhão para Infecto-Contagiosos, Doentes Mentais e Indisciplinados. Planta sem autor, sem data. Não se encontra à escala original.

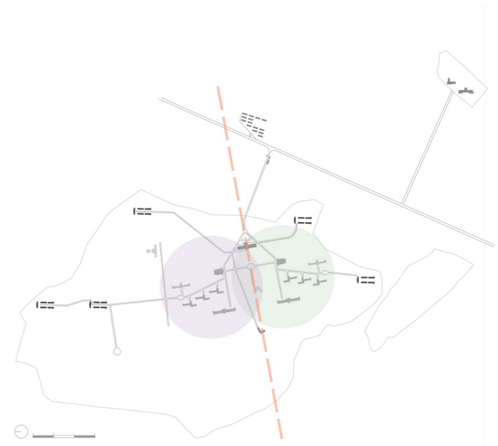
2.2. A Leprosaria Nacional Rovisco Pais construída

As obras da Leprosaria Nacional Rovisco Pais começaram em janeiro de 1941 e terminam em agosto de 1947. No dia 27 de setembro de 1947, a leprosaria iniciou as suas atividades e no dia 1 de outubro começou a receber os primeiros doentes. A sua capacidade possibilitava o internamento de cerca de 600 doentes (vindo depois a aumentar para 1000 com a construção de novos pavilhões), o que comparativamente a alguns dos exemplos internacionais apresentados, em especial com as leprosarias construídas durante os séculos XIX e XX, permite entender a escala a que esta foi construída. Pensada à escala nacional, a organização espacial da Leprosaria, definia-se pela separação entre «zona infetada», «zona sã» e «zona intermediária»[137]. Correspondendo a "zona infetada" à zona mais extensa e de maior importância, era aqui que se situavam as secções definidas no programa como Hospital-Asilo-Colónia e os Serviços Centrais e Administrativos. A "zona sã", constituída pelas residências dos funcionários da Leprosaria, encontrava-se separada da área dos doentes pela estrada nacional nº109, aproximadamente a 500m. A "zona intermediária", a cerca de 2km da "zona infetada", na parcela da Guardiosa, compreendia a Creche e o Preventório.

A "zona infetada", como centro da Leprosaria, compreendia um grande número de edifícios, destacando-se destes o Hospital como elemento organizador do conjunto. Foi a partir deste edifício que se criou um eixo de simetria para a organização dos dois Asilos, das seis Casas de Trabalho e dos dois Pavilhões para Trabalhadores (construídos mais tarde), divididos por sexos- a norte situava-se a zona masculina e a sul a zona feminina-. De forma semelhante, a Lavandaria e a Cozinha assumiam também essa simetria, e apesar de programas diferentes a sua implantação e o seu desenho eram muito semelhantes. O eixo de simetria criado pelo Hospital estabelecia uma relação com a Capela e com o Conventinho que, apesar de não ser exatamente de alinhamento geométrico central, lhes permitia essa condição de centralidade, tanto pela sua implantação como pelo seu programa. Foi, nesta zona central, como já tinha sido referido anteriormente, que se situava a zona de cota alta, criada por um afloramento rochoso, local de implantação do edifício pré-existente do Convento dos Crúzios. Aqui se implantou também o edifício que necessitava de maior suporte de fundações -o Hospital-, este estabelecia ainda a relação com a cota baixa, criando o piso das consultas e análises clínicas. À semelhança do hospital, todos os edifícios que compunham o conjunto da Leprosaria, orientavam a sua fachada "principal" para Oeste[138], à exceção dos serviços (Cozinha e Lavandaria) e dos Núcleos Familiares. Desta forma, a implantação de edifícios como os Asilos no limite do conjunto construído, e

137 *Hospital-Colónia Rovisco Pais: E assim nasceu a Tocha...*, p.8.

138 Irá considerar-se a Oeste, apesar desta orientação não ser rigorosa e geometricamente alinhada a Oeste/Este, sendo apenas uma indicação aproximada. Esta opção será aplicada ao restante trabalho.

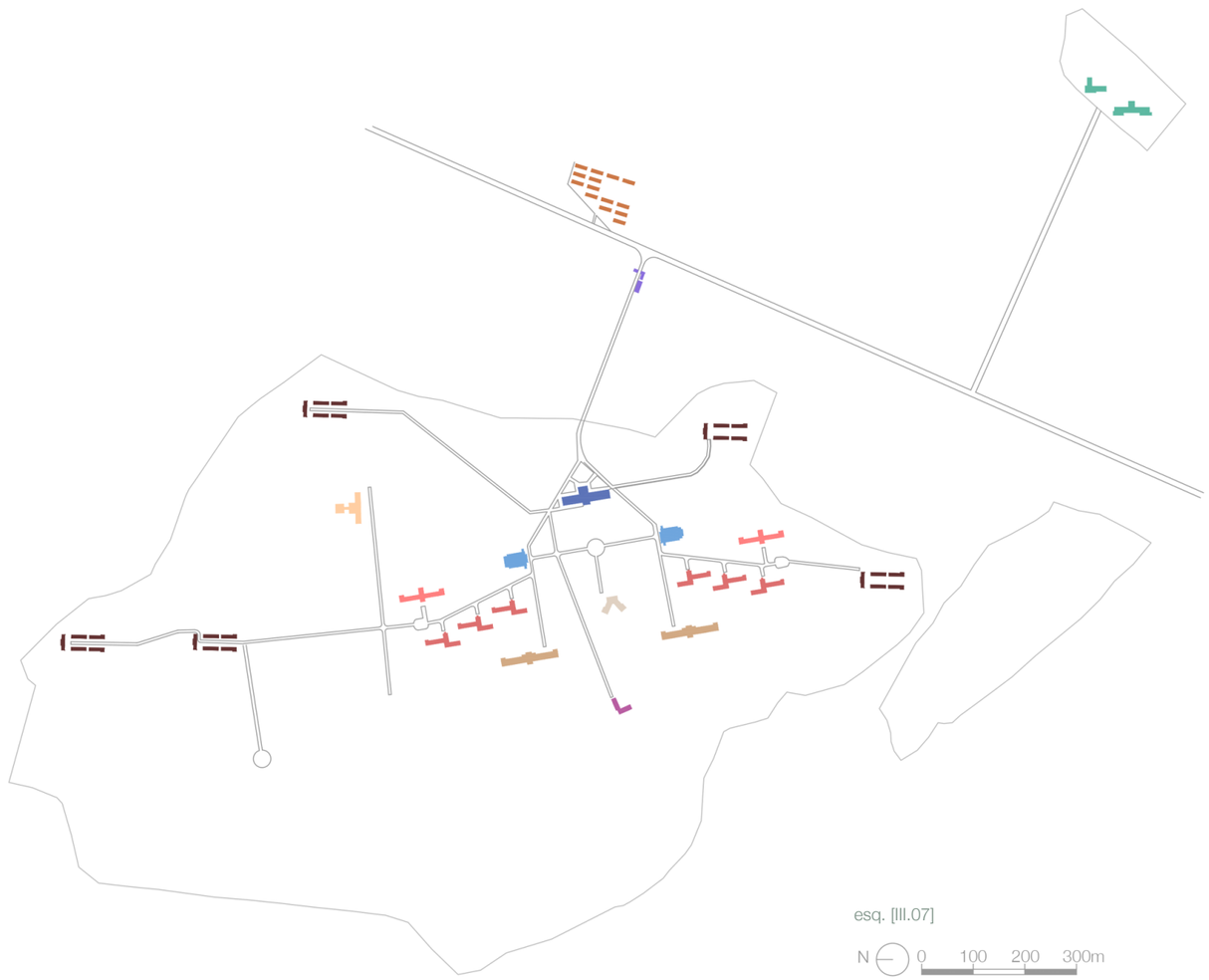


esq. [III.05]

Zona Masculina
Zona Feminina

esq. [III.06]

"Zona Infectada"
"Zona Intermediária"
"Zona Sã"



esq. [III.07]

N 0 100 200 300m

Hospital
Cozinha (sul) e Lavandaria (norte)
Conventinho ou Convento dos Crúzios
Capela
Asilos
Pavilhões para Trabalhadores
Casas para Trabalhadores
Núcleos Familiares
Portaria, Casa do Porteiro e Locutório
Creche (norte) e Preventório (sul)
Bairro de Funcionários
Pavilhão Infeto-Contagiosos, etc.

esq. [III.05] _Esquema da divisão entre zonas masculina e feminina. esq. [III.06] _Esquema da separação da Leprosaria entre zonas. esq. [III.07] _Esquema da localização dos diferentes edifícios no conjunto hospitalar.

com a sua fachada “principal” orientada a Oeste, parece reforçar o isolamento, não só enquanto conjunto, mas também entre edifícios.

O percurso que estabelecia a ligação entre a Portaria e a “zona infetada”, foi desenhado perpendicularmente à Estrada Nacional nº109, e por conseguinte de forma indireta e sem relação visual com o Hospital, que era o primeiro edifício do conjunto. Este afastamento é reforçado pelo “virar de costas” do Hospital a esse percurso, que orientava a sua fachada “principal” e de entrada no sentido contrário, a Oeste.

Os cinco Núcleos Familiares construídos, incluindo-se neste conjunto central da Leprosaria, foram implantados sem relação com o eixo de simetria, distribuindo-se junto dos limites da herdade da Quinta da Fonte Quente e com alinhamento Norte/Sul.[139] Este afastamento permitiria às famílias que ali viviam, o usufruto de certa calma e independência.

Será com as obras já terminadas dos edifícios descritos, que se projetarão em fase complementar os dois Pavilhões para Trabalhadores, um para cada sexo e aumentando a capacidade da Leprosaria em 200 doentes válidos, e ainda, o Pavilhão para o isolamento e tratamento de outras doenças infetocontagiosas, para doentes mentais e para indisciplinados. São ambos inaugurados no dia 27 de junho de 1954 e será durante os anos 60 que se constroem outras pequenas dependências. Em 1961, o ministro das Obras Públicas, alerta para a premência de se construir um novo pavilhão destinado à instalação de Mulheres e Crianças, o que não se virá a concretizar. Será pela necessidade de reintegração dos doentes na sociedade que, em 1962, a Leprosaria Nacional Rovisco Pais passa a dispor de um Centro de Recuperação ou Reabilitação, com capacidade para 100 doentes, e que se instala em Espariz, no concelho de Tábua a cerca de 80km da Leprosaria, e que se dedicava aos doentes do sexo masculino com uma terapêutica ocupacional, principalmente orientada para a vertente agrícola. Este Centro é apenas pensado nesta época, uma vez que a estrutura delineada 20 anos antes não previa a reintegração dos doentes no seu núcleo familiar.

139 À exceção do que acontece nos restantes edifícios, aqui a orientação é rigorosa com o eixo Norte/Sul.

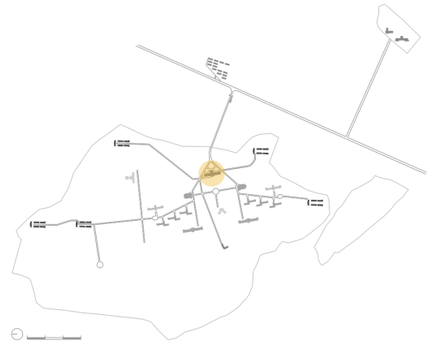


fig. [III.26]

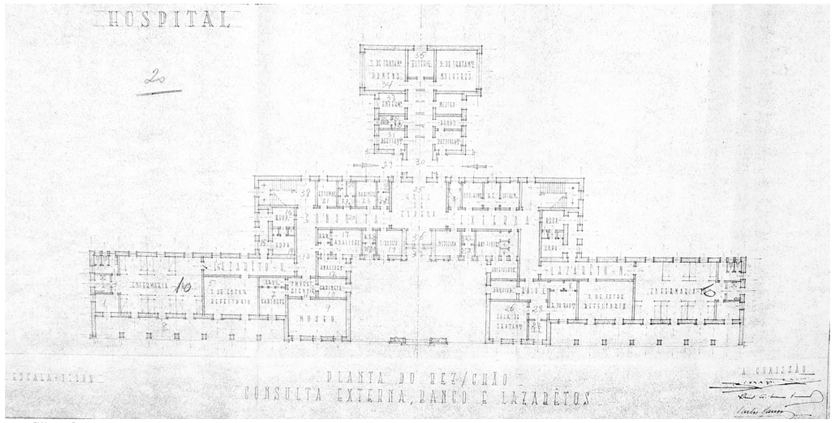


fig. [III.25]





fig. [III.27]



fig. [III.28]



fig. [III.29]

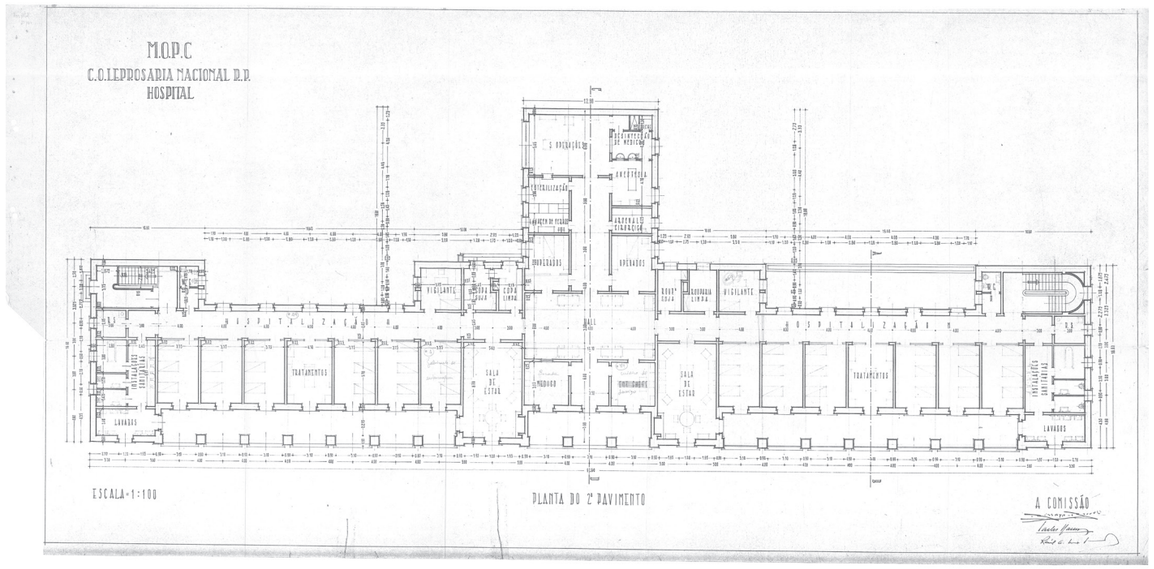


fig. [III.30] e [III.31]

fig. [III.25]_Planta da 2ª fase de projeto dao Hospital. fig. [III.26]_Implantação do Hospital no conjunto hospitalar. fig. [III.27] _Foto antiga da fachada posterior do Hospital tirada a partir da entrada da “zona infectada”. [III.28]_Foto antiga da fachada principal do Hospital. fig. [III.30] e [III.31]_Fachada principal e planta do 2º pavimento do Hospital.
Mais desenhos no ANEXO A e fotos no ANEXO B.

O Hospital

Projetado como «Centro activo»[140] de tratamento da Lepra, de estudos e investigações científicas, servindo todo o conjunto hospitalar, o Hospital teve uma implantação inicialmente mais alargada e em forma de U, e que se foi desenvolvendo para uma progressiva simplificação, como se comprova pelas plantas das diferentes fases. O desenho final do Hospital que se veio a concretizar foi a sua versão mais simplificada. A relação que este edifício estabelece com a entrada, como já foi referido, é preponderante na organização de toda a Leprosaria, e sofreu alterações importantes no seu desenvolvimento: passando de uma relação direta e de perpendicularidade com o percurso que liga o Hospital (e todo o conjunto) à entrada, para um acesso indireto e sem relação visual, reforçando o carácter de isolamento.

O Hospital ficou sintetizado num pavilhão retangular marcado pela irregularidade volumétrica a Este, o que em conjunto com o desenho das fachadas, reforça a distinção entre fachadas "posterior" e "principal" e esse "virar de costas" para a entrada.

Para a organização interior do edifício, a Comissão de Obras procurou, à semelhança dos restantes edifícios, uma otimização funcional e económica, concentrando serviços em três pavimentos. Destinado a hospitalizar 72[141] doentes, o Hospital estava dotado de enfermarias distribuídas nas alas laterais dos 2º e 3º pavimentos, divididas por sexo segundo um eixo central de simetria. Os quartos das enfermarias marcavam o ritmo estrutural de todo o edifício, funcionando como módulo de 4 metros, com exceções nos gavetos e junto à entrada principal para o edifício, onde os módulos eram de 5 metros. Esta estrutura modular refletia-se no ritmo criado pelas galerias ou varandas na fachada principal, e para as quais os quartos tinham acesso direto. «As pequenas enfermarias com aquecimento, apetrechadas com mobiliário moderno necessário para dar ao doente toda a comodidade, conforto e bem-estar, possuem no recanto mesas onde lhes é permitido comer a quando da convalescença (...).»[142] As enfermarias tinham uma sala de pensos a meio e as instalações sanitárias encontram-se nas extremidades do edifício, assim como os acessos verticais, presentes na volumetria da fachada posterior. A lógica funcional, era de alguma forma posta em causa, na inexistência de um acesso vertical junto da entrada principal, sendo necessária a deslocação até aos topos do edifício. Este Hospital compreendia um corpo central onde se encontravam o bloco operatório (2º pavimento) e a capela (3º pavimento) e outras dependências, como a área de funcionários. O 1º pavimento, criado pelo desnível do terreno, compreendia as consultas externas e de especialidades (estomatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, roentgendiagnóstico), as análises clínicas, a zona de admissão de doentes e

140 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.519.

141 Memória Descritiva e Justificativa do edifício do Hospital de 30 de outubro de 1943, elaborado pela C.O., BAHOP, pp.1 e 2.

142 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social,* p.520.



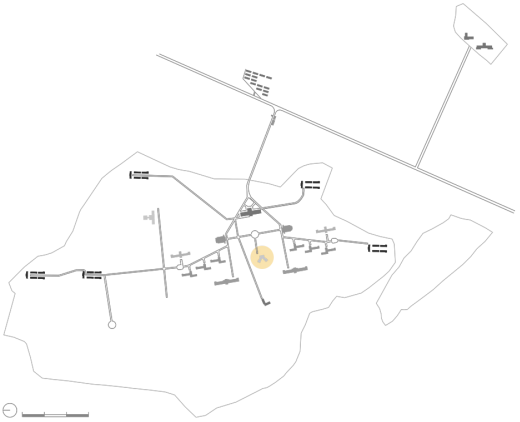


fig. [III.32] e [III.33]

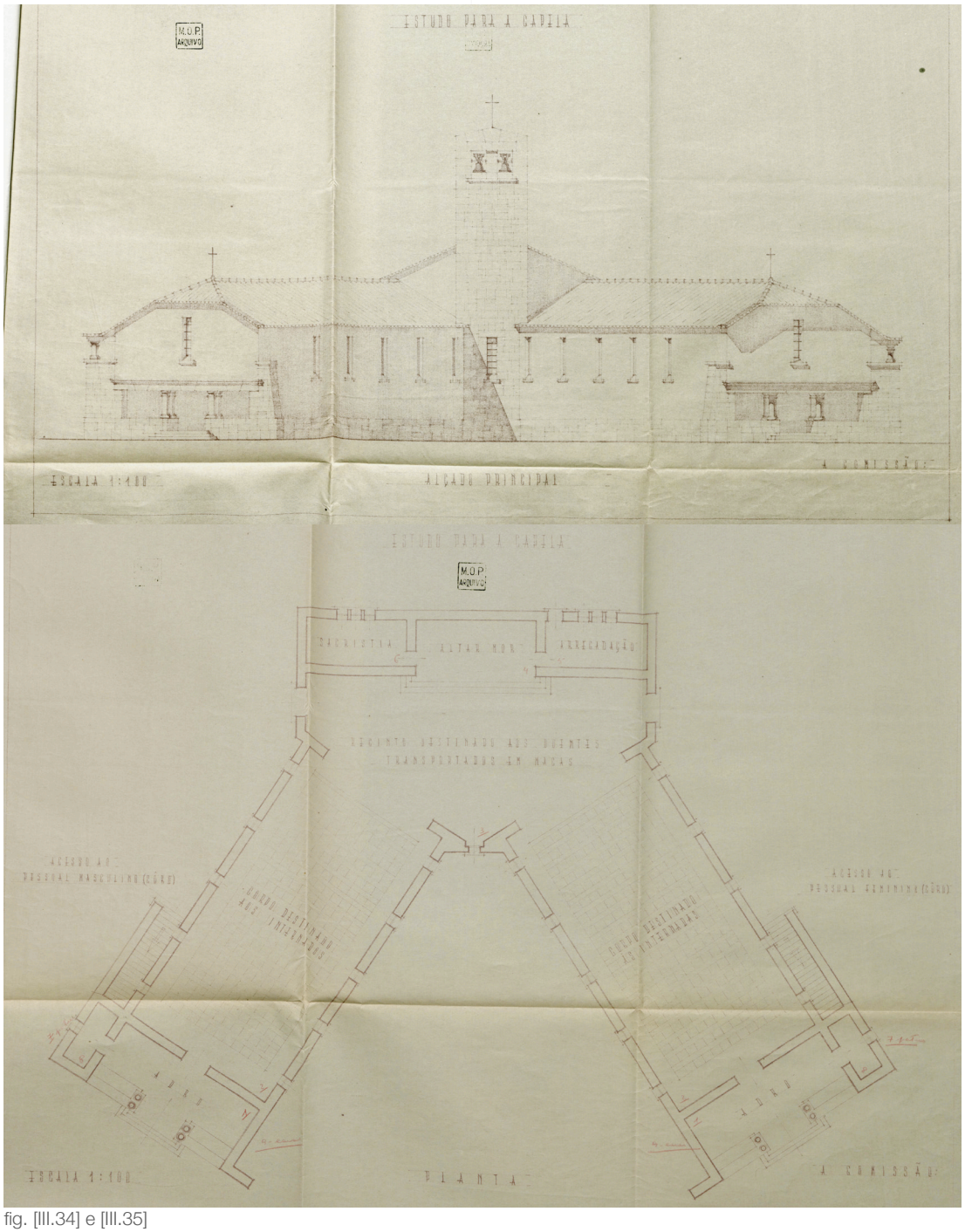


fig. [III.34] e [III.35]

fig. [III.32]_Foto antiga de uma das naves vista através da zona do altar. fig. [III.33] _Implantação da Capela no conjunto hospitalar. fig. [III.34] e [III.35]_Fachada principal e planta do 1º pavimento da Capela.
Mais desenhos no ANEXO A e fotos no ANEXO B.

a farmácia que funcionava de forma independente, com acesso apenas pelo exterior.

Conforme informação recolhida no Arquivo Histórico das Obras Públicas, foi possível perceber a pormenorização, a uma escala aproximada, de alguns espaços da Leprosaria, destacando-se o Bloco Operatório. Como seria de esperar pelas razões evidentes da necessidade de detalhe em todos os equipamentos que iria receber, foram recebidos inúmeros orçamentos e propostas para este espaço e serviços anexos. A sala de operações é revestida a mármore de Estremoz, e é servida pela sala de lavatórios, sala de anestesia, serviços de esterilização, arsenal cirúrgico, quartos de operados, respondendo assim às exigências da «moderna técnica de construções hospitalares».[143]

A Capela

A Igreja ou Capela, pois encontra-se referida das duas formas em diversa bibliografia, é o reflexo das preocupações que moldaram todo o conjunto hospitalar: permite uma divisão entre sãos e doentes, dentro de estes por sexo, e ainda conforme o estado de evolução da doença.

«sóbria, elegante, bem lançada, de estilo português, representa um refúgio acolhedor, onde se isolam aqueles que, sem esperança nos benefícios da Terra, procuram, na elevação do seu espírito, remédio, conforto e consolação.»[144] Existe aqui, uma identificação com antigos conceitos religiosos e de caridade, que remontam à Idade Média, nessa relação de piedade com o doente de Lepra, e que se entende pela inexistência de cura e pelo estigma que continuava a causar. A citação respira de um conservadorismo ligado em especial à religião, e de um pensamento retrógrado, no que toca em especial ao "tradicional portuguesismo" da arquitetura. Conhecendo o percurso da arquitetura portuguesa nesta época, é simples entender o enquadramento do pensamento geral, e em particular de Bissaya-Barreto que, por um lado projeta a Capela e que por outro vem mais tarde descrevê-la.

A Capela organizava-se em duas naves completamente independentes e sem relação visual, em forma de V, estabelecendo-se na sua convergência o recinto para doentes transportados em macas, e no topo Este o altar e suas dependências: sacristia e arrecadação. Em cada nave existia um coro, com acesso independente por uma escadaria no exterior, que servia para os funcionários sãos assistirem à missa, separando-os dos doentes.

A relação visual de cada nave para o altar era enquadrada por um vão em arco apontado, com um pequeno murete, não permitindo assim a passagem para a zona das macas. Desta forma cada zona era dotada de entrada independente, incluindo o altar que tinha uma entrada pela arrecadação.

A Capela, com o seu desenho singular, poderá ser exemplo claro, da já referida atitude

143 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.520.

144 Idem, p.519.



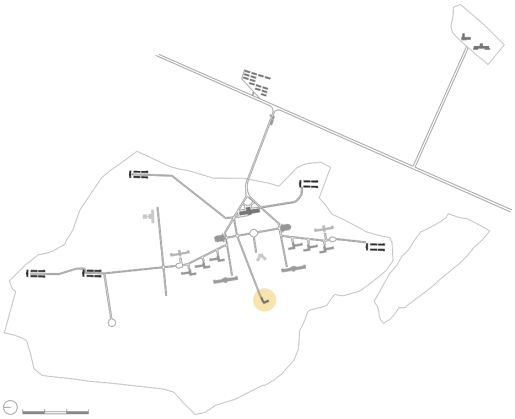
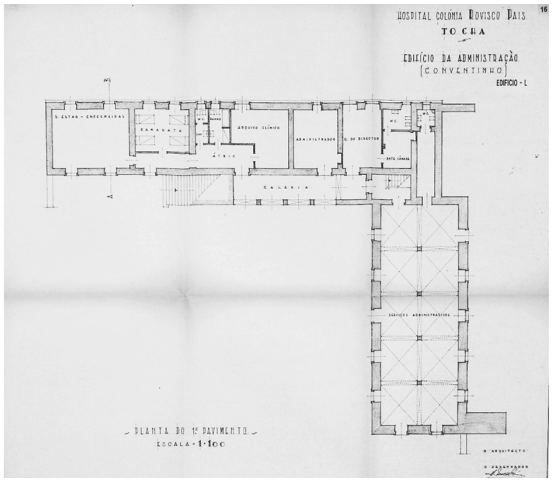


fig. [III.36] e [III.37]



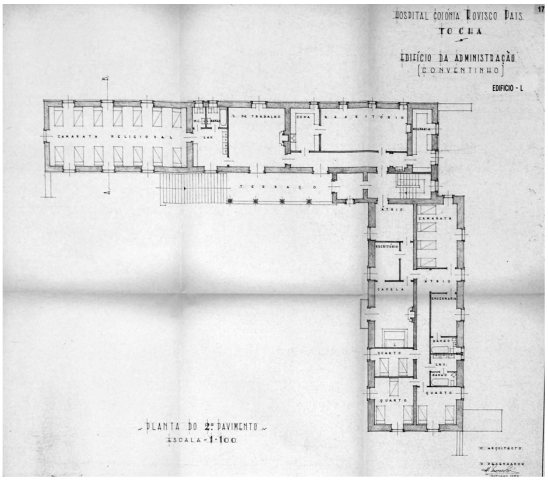


fig. [III.38] e [III.39]

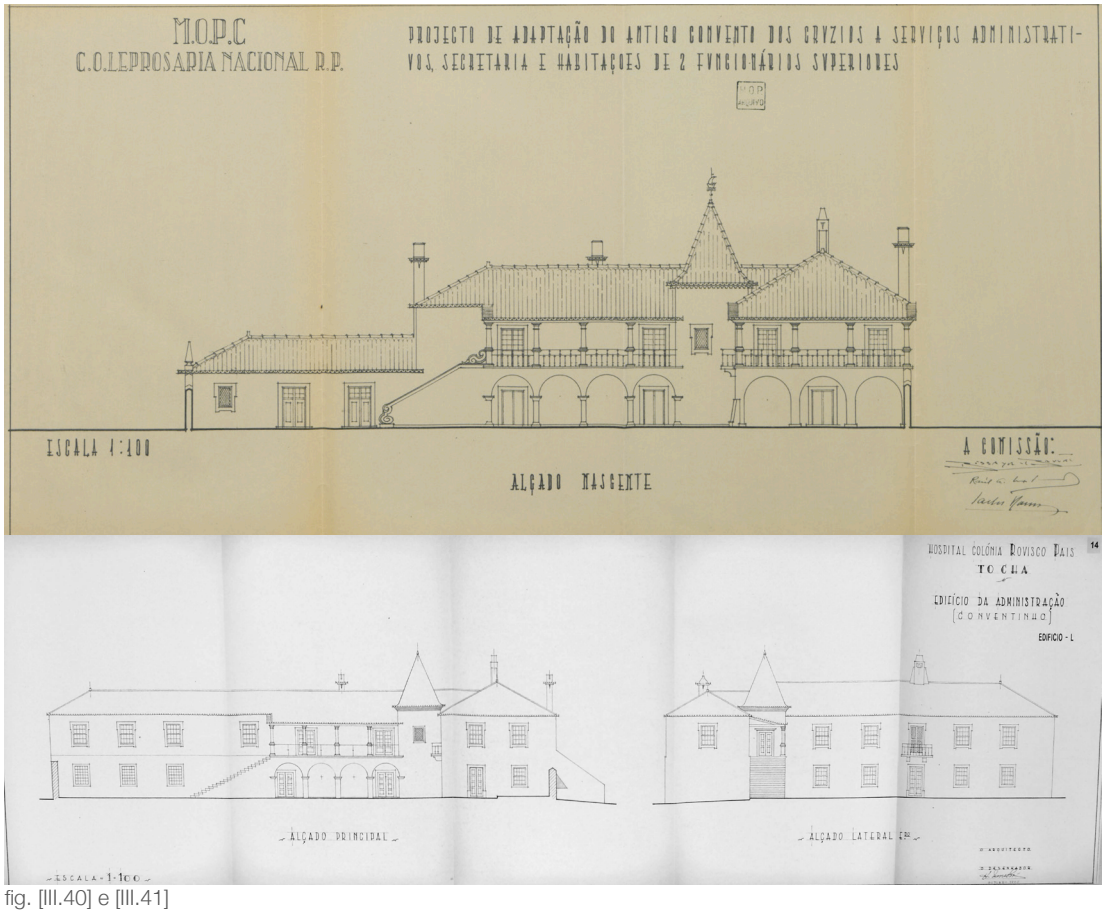


fig. [III.40] e [III.41]

fig. [III.36]_Foto antiga da reabilitação do Convento dos Crúzios. fig. [III.37] _Implantação do Conventinho no conjunto hospitalar. fig. [III.38] e [III.39]_Planta do 1º e 2º pavimentos do Conventinho como foram construídos. fig. [III.40]_Fachada principal da 1ª fase de projeto do Conventinho. fig. [III.41]_Fachada principal e lateral que representam o que foi construído de 1962. Mais desenhos no ANEXO A e fotos no ANEXO B.

do Arq. Carlos Ramos, em que a forma segue a função. Claro está, que isto apenas se aplica à organização dos seus espaços, sendo de resto, o edifício construído de acordo com os preceitos formais similares a todo o conjunto hospitalar. A aplicação dos elementos da arquitetura "tradicional" portuguesa, encontra-se, por exemplo, no "adro" construído na entrada para cada nave. Este adro para a entrada de doentes estava integrado na volumetria da nave, era construído com um muro baixo que desenhava um banco na parte interior e o acesso era ladeado por pilastras duplas. A utilização de azulejo começava no adro, e a partir daí formava um lambri que se estendia para o interior da capela, adaptando-se à altura do altar. O teto era revestido a madeira, e a iluminação do espaço era assegurada por pequenos rasgos ao longo das naves. O volume vertical, que marcava a localização da igreja na envolvente e acolhia os dois sinos, resolvia o encontro entre as duas naves. Este elemento era revestido a pedra, à semelhança do enbasamento deste edifício, e de todos os que completam a Leprosaria Rovisco Pais.

O Convento dos Crúzios ou Conventinho

A Reabilitação deste Convento não fazia parte do programa inicial realizado pela Comissão de Obras, mas reconhecida como uma solução "economicamente justificável" decidiram a sua restauração para habitação de dois funcionários superiores – diretor e subdiretor da Leprosaria –, para parte dos serviços administrativos e algumas arrecadações.

Numa perspetiva menos funcional, a recuperação deste Convento serviria para a manutenção de um "edifício de aspeto interessante e de tradições locais", e que foi utilizado, segundo a Comissão de Obras, como modelo estético para os novos edifícios a construir.

Durante a investigação para o presente trabalho foram encontrados dois conjuntos de desenhos relativamente diferentes do Conventinho. Por um lado o que parece ser um projeto de fase inicial, e que terá servido de modelo para o desenho tradicionalista e regionalista do conjunto hospitalar, e por outro lado desenhos datados de 1962, que representam o que realmente foi construído. Em comparação, percebe-se que a alteração programática, apesar de não transformar a organização interior significativamente, alterou a configuração dos elementos exteriores ditos "tradicionais", na redução de galerias com arcadas, e numa simplificação ou talvez economia no desenhos dos pormenores.

Outrora residência de verão dos frades Crúzios de Coimbra, a quem a quinta pertencera, e não seguindo o programa projetado inicialmente, o 2º pavimento do Conventinho viria a servir de habitação à comunidade de religiosas de S. Vicente de Paulo, que prestavam serviço aos internados. Estavam aqui também instalados os serviços administrativos e sociais, a biblioteca, o arquivo clínico, o gabinete do diretor e dispunha ainda de alojamento para enfermeiras.





fig. [III.43], [III.44] e [III.45]

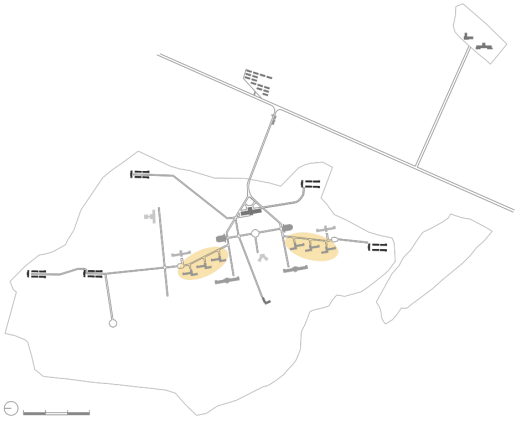
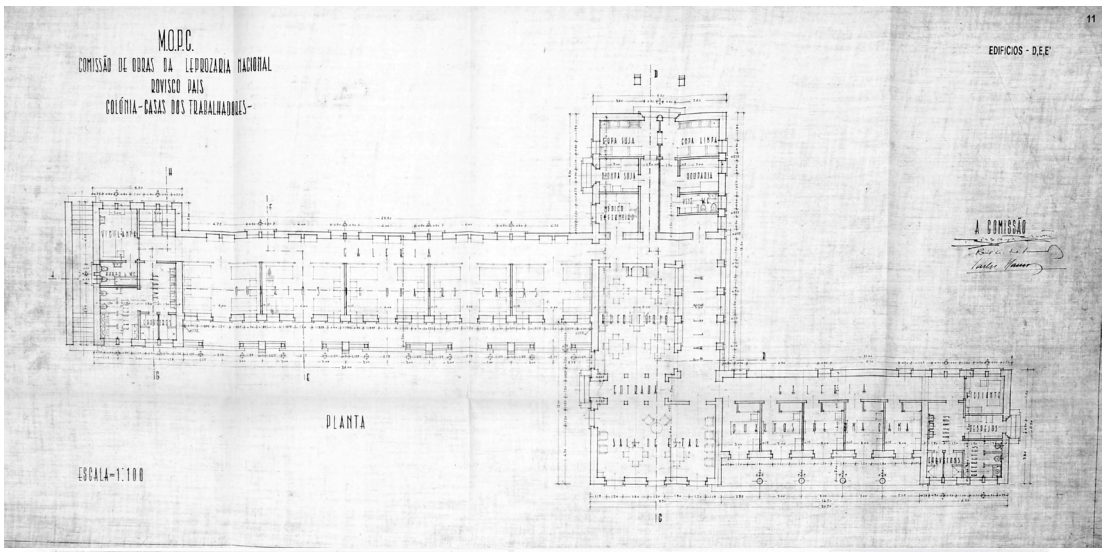


fig. [III.42]





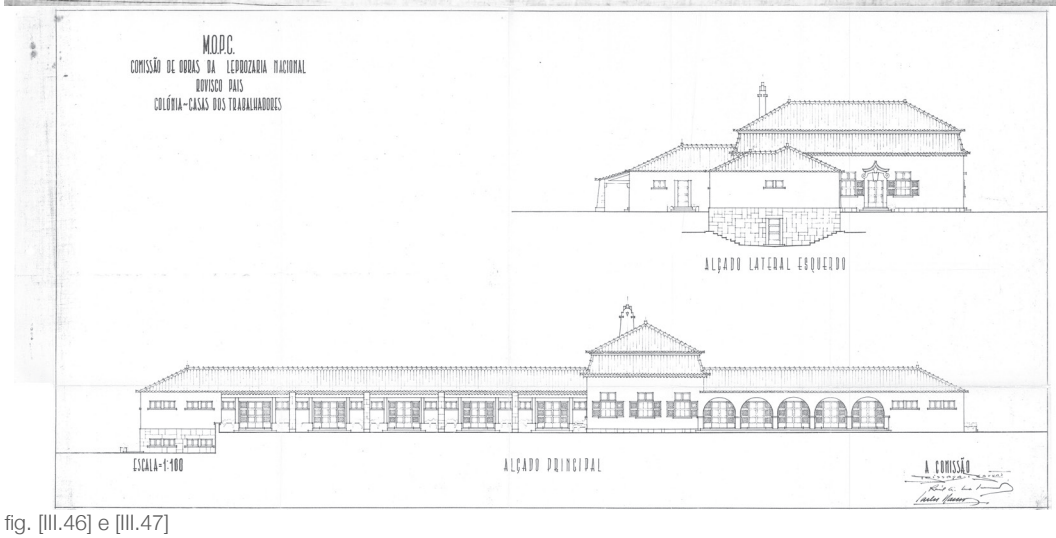


fig. [III.46] e [III.47]

fig. [III.42] _Implantação das Casas dos Trabalhadores no conjunto hospitalar. fig. [III.43], [III.44] e [III.45]_Fotos antigas das Casas dos Trabalhadores. fig. [III.46]_Planta dos Casas Trabalhadores. fig. [III.47]_Fachada principal e lateral esquerda das Casas dos Trabalhadores.
Mais desenhos no ANEXO A e fotos no ANEXO B.

Casas de Trabalhadores

Dedicadas aos doentes válidos, e fazendo parte do conjunto designado de Colónia, foram construídas seis Casas de Trabalhadores, distribuídas simetricamente três para cada sexo. Estas Casas foram pensadas pela Comissão de Obras, pela necessidade de ocupação dos doentes: «O trabalho não constitui (...) somente uma fonte de energia moral, mas meio terapêutico, que em muito contribui para facilitar a cura dos doentes.»[145]

Preparadas cada uma para vinte e cinco leprosos apenas num piso (total de 150), estes estavam distribuídos por cinco quartos individuais e cinco dormitórios de quatro camas em cada Casa. Estes quartos eram os elementos organizadores do desenho de todo o edifício, e da distribuição dos espaços interiores, situando as instalações sanitárias e as acomodações para vigilantes nos extremos do edifício, e os espaços comuns e serviços associados no volume do centro que ligava às duas alas de quartos.

A área central, marcada pelo pé-direito mais elevado, era constituída pela sala de estar, pelo refeitório e pela entrada principal do edifício. Estes espaços estabeleciam uma relação de continuidade pela utilização das arcadas como elemento de permeabilidade e ao mesmo tempo de delimitação dos espaços. É também nesta zona que é criada uma “galeria de repouso” em ligação com o jardim anexo, onde os doentes se poderiam recolher em dias de inverno.

O desenho de todo o edifício foi organizado pela malha de 3m criada pelos quartos individuais, que estabeleciam a modulação estrutural, mas que em espaços como os dormitórios ou as salas comuns se alterava para o dobro (6m). O desenho distinto entre as galerias exteriores adjacentes aos quartos e aos dormitórios, estava associado à referida diferença de ritmo modular. A galeria dos quartos individuais é desenhada, à semelhança do que acontece nos outros edifícios da Leprosaria no piso térreo, com uma arcada, já no caso dos dormitórios os pilares são “triplicados”, diminuindo o vão entre pilares, e recriando a modulação regular de 3m.

As preocupações “estéticas” da Comissão de Obras nas Casas de Trabalhadores, estão claras na utilização dos arcos que se estendem ao desenho de diversos espaços e elementos: nas galerias exteriores, na divisão entre entrada e salas comuns, no teto da galeria de inverno e ainda no desenho de alguns vãos. A porta de entrada, estranha pela posição que assume nos volumes do edifício, procura marcar o acesso pela sua ornamentação.

145 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.521.

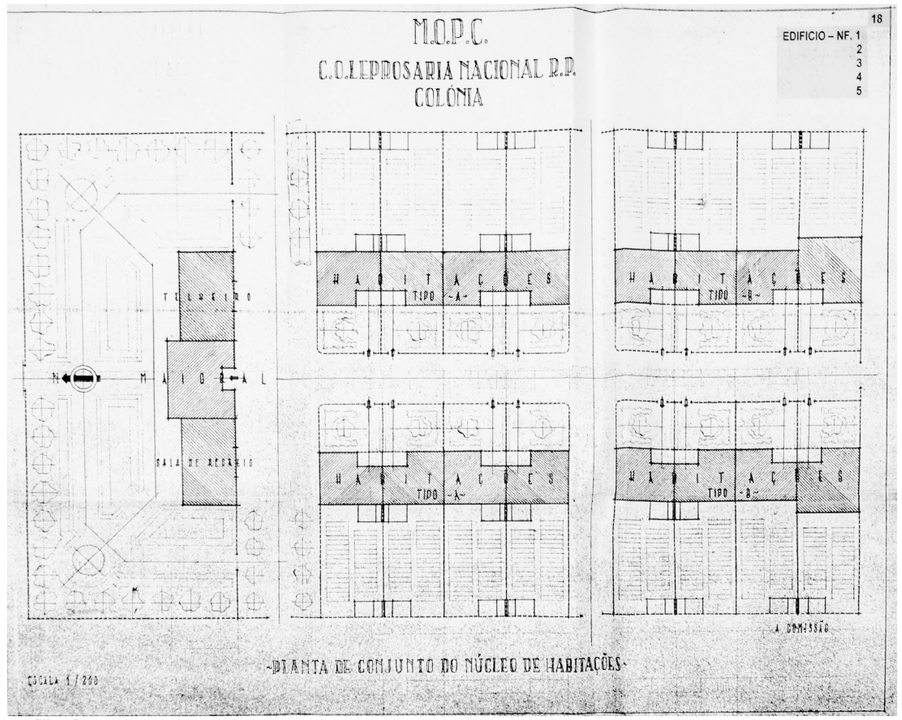


fig. [III.48]



fig. [III.50]



fig. [III.51] e [III.52]

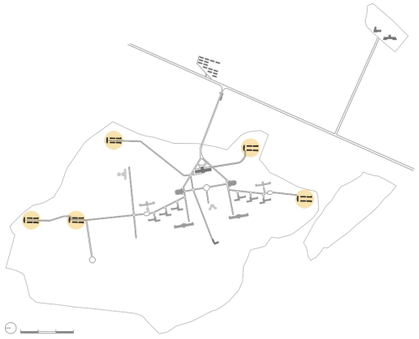
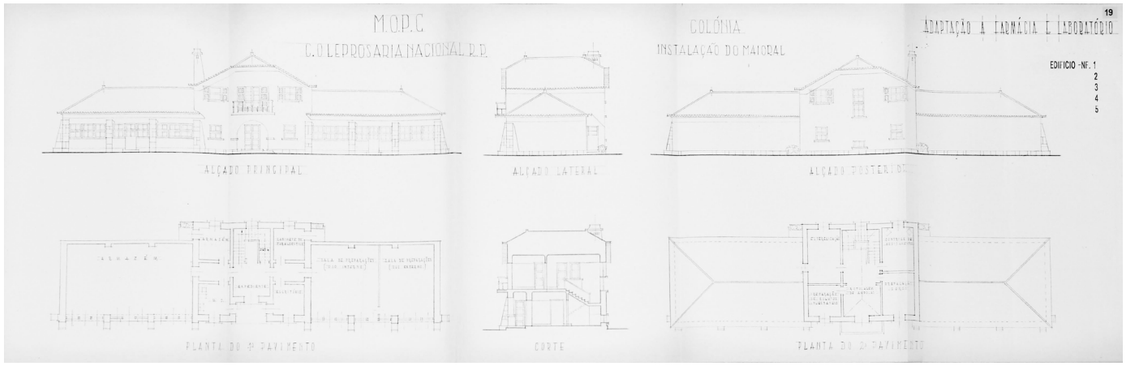
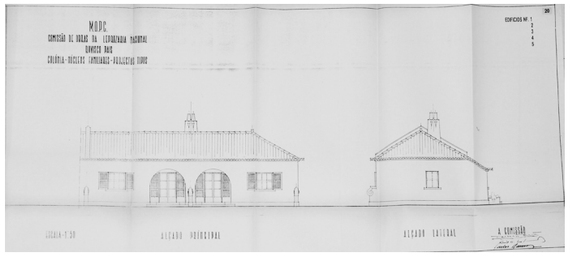
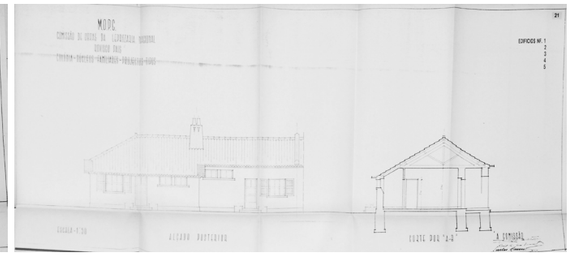


fig. [III.49]







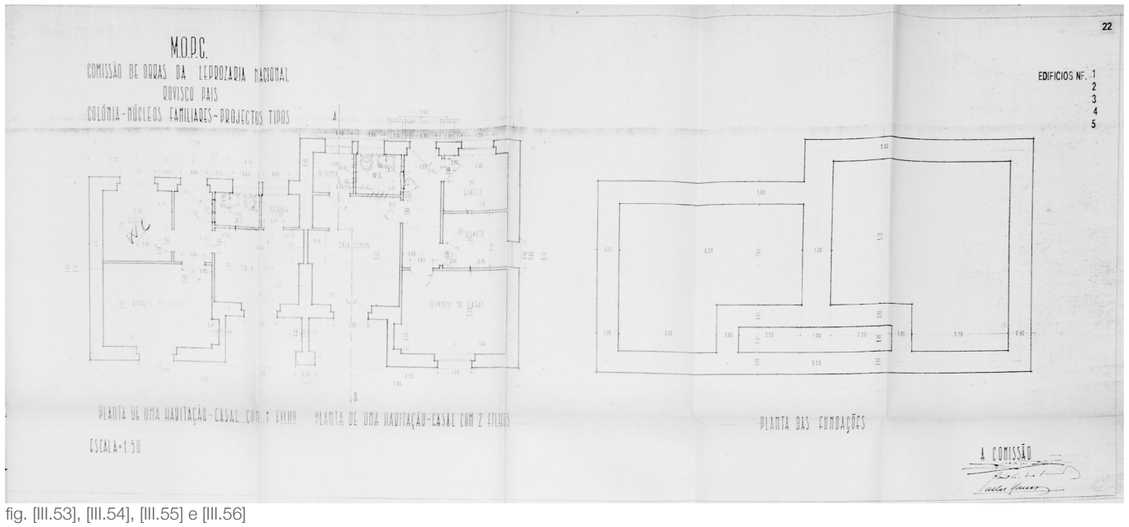


fig. [III.53], [III.54], [III.55] e [III.56]

fig. [III.48] _Planta geral tipo dos Núcleos Familiares. fig. [III.49] _Implantação dos Núcleos Familiares no conjunto hospitalar. fig. [III.50], [III.51] e [III.52]_Fotos antigas dos Núcleos Familiares. fig. [III.53]_Desenhos da Casa do Maioral. fig. [III.54] e [III.55]_Alçados e corte da habitação-tipo dos Núcleos Familiares. [III.56]_Planta de uma habitação-tipo para casal com um filho, habitação-tipo para casal com dois filhos e planta de fundações. Mais desenhos no ANEXO A e fotos no ANEXO B.

Núcleos Familiares

A construção dos núcleos familiares é justificada pela existência de famílias inteiras doentes, como terá mostrado o censo aos leprosos. Permitindo assim a manutenção da estrutura familiar, são construídos cinco núcleos de 17 habitações, constituídos por 14 habitações-tipo, 2 habitações com três quartos no topo sul e, no topo norte, a Casa do Maioral.

Cada Núcleo organizava-se simetricamente formando uma rua central para a qual convergiam as entradas de todas as habitações, com destaque para a Casa do Maioral que assumia a posição central no topo norte da rua. Esta habitação distinguia-se das outras pela sua implantação, mas também pelo seu desenho: um edifício com dois pisos, que albergava para além da habitação do maioral, um telheiro para recolha de alfaias agrícolas e uma outra «dependência, larga e espaçosa, convenientemente mobilada, que serv[ia] de casa de reunião dos habitantes do respectivo núcleo».[146] O maioral era também ele um doente, mas este assumia a responsabilidade de «assistir a comunidade do seu núcleo, gerindo medicamentos através de uma farmácia em sua casa.»[147]

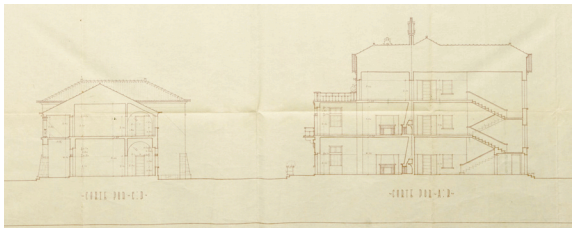
As habitações-tipo eram constituídas por dois quartos: a divisão maior da casa - o quarto de casal com 11,4m^2, e o quarto para um filho ou dois do mesmo sexo com 6m^2 . Os outros espaços da casa, eram também de dimensões muito pequenas, tal como a sala comum com cerca de 8m^2 que servia de cozinha e zona de refeições, e ainda uma pequena despensa e um W.C. (1,78m^2), sem zona de banho ou duche. A entrada na casa era feita através da sala comum onde existia uma zona de acesso coberta dotada de um banco, que serviria também como extensão da sala comum como zona de estar no exterior. Cada habitação era constituída de um pequeno jardim com uma cerca, que permitia a entrada pela rua central, e de uma horta de maiores dimensões com arrumos e galinheiros, na zona posterior da casa e para a qual esta também tinha acesso direto, por uma porta na fachada posterior. A exceção a este modelo, foi criado a pedido do Ministério das Obras Públicas e Comunicações[148], para permitir o acolhimento de famílias com filhos de sexos diferentes, e que para isso necessitavam de quartos separados. Estas habitações, carecendo de maiores dimensões, criavam um desalinhamento na fachada posterior relativamente às habitações-tipo, permitindo assim acrescentar o quarto extra.

Todas as divisões, nas duas tipologias de habitação, tinham iluminação natural: no caso da despensa e do W.C., com pequenos vãos a cerca de dois metros de altura, permitindo uma maior privacidade, e no caso da sala comum o vão servia para iluminação natural mas também como porta de acesso à casa. Estas habitações estavam acima da cota da rua, existindo para o efeito dois degraus junto das portas de entrada. Este desnível marca a altura até à qual existe

146 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.522.

147 Susana Maria Cavaleiro Meira, op. cit., p.71.

148 Segundo correspondência expedida a 1 de abril de 1941 da C.O. para o MOPC, BAHOP.



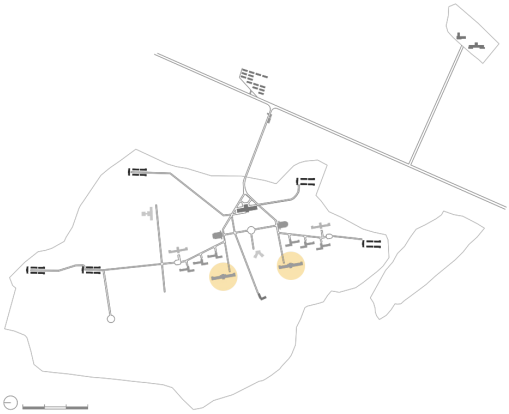


fig. [III.57] e [III.58]







fig. [III.59], [III.60] e [III.61]

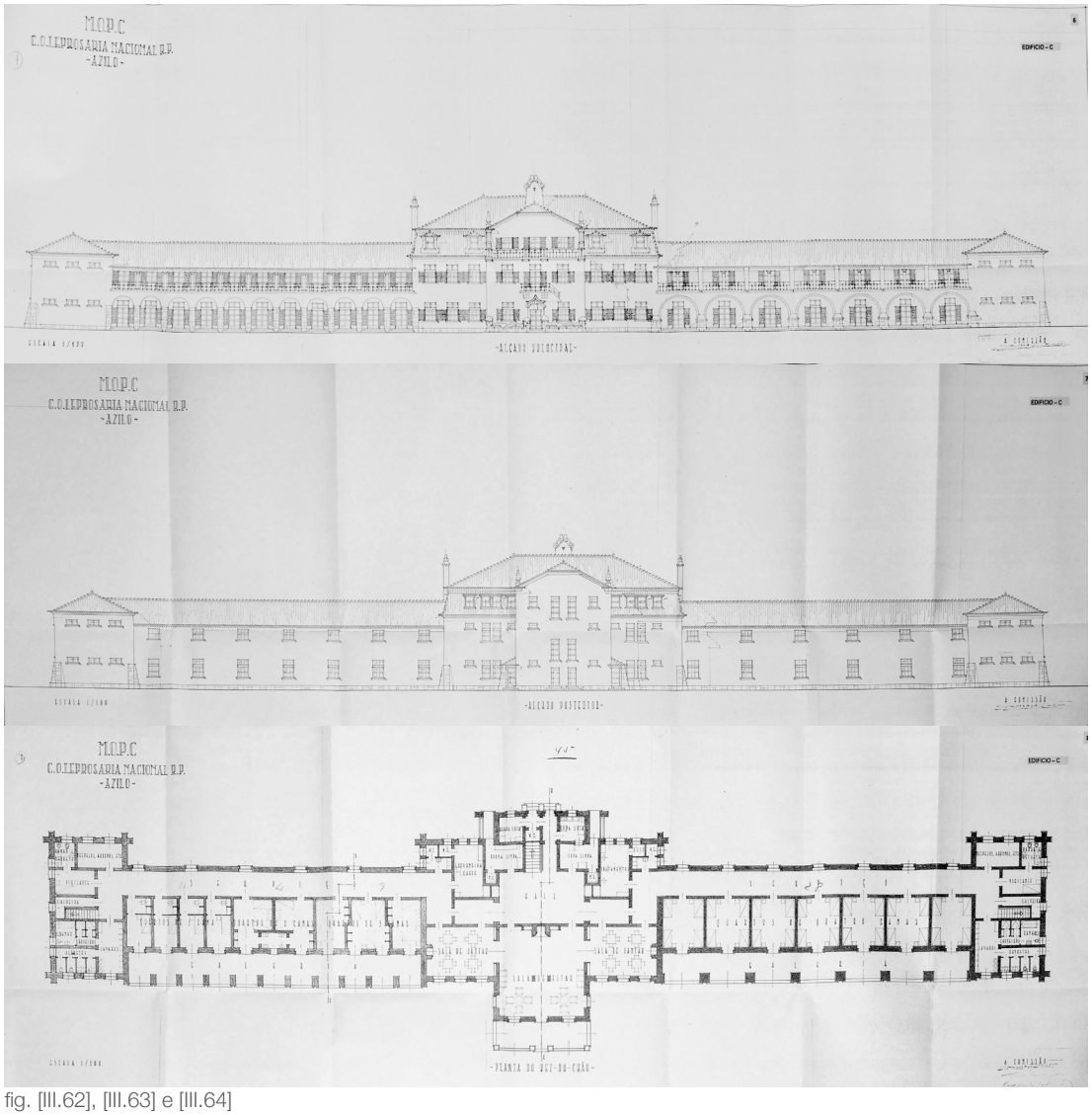


fig. [III.62], [III.63] e [III.64]

fig. [III.57] _Cortes do Asilo. fig. [III.58] _Implantação dos Asilos no conjunto hospitalar. fig. [III.59], [III.60] e [III.61]_Fotos antigas dos Asilos. fig. [III.62]_Fachada principal do Asilo. fig. [III.63]_Fachada posterior do Asilo. [III.64]_Planta de rés do chão do Asilo.
Mais desenhos no ANEXO A e fotos no ANEXO B.

um envasamento em pedra, possivelmente pelas preocupações já referidas da permeabilidade dos terrenos, e seguindo, claro, os preceitos regionalistas da arquitetura portuguesa.

Como elementos formais de ligação com o restante conjunto hospitalar, estas habitações associadas duas a duas simetricamente, eram caracterizadas pelo arco na transição interior/exterior, na zona de acesso às casas, criando uma ligação com as galerias de arcadas dos restantes edifícios.

Asilos

«Grandes edifícios de três pavimentos deslumbram pela harmonia da sua arquitetura, pelo equilíbrio das suas frontarias, pelo sabor dum antigo modernizado e na sua traça se adivinha a influência do antigo Conventinho, (...).»[149]

Pensados para doentes inválidos, os Asilos são os maiores pavilhões de todo o conjunto, com capacidade para 115 doentes cada, distribuídos por três andares. À semelhança do edifício do Hospital, estes organizavam os serviços e zonas comuns num volume destacado ao centro e nos extremos do edifício. Igualmente, eram caracterizados pelas galerias com arcadas no piso térreo e pelas varandas com pilares no primeiro andar, todas elas contíguas aos quartos. Distinguindo-se do Hospital, os Asilos, sendo cada um só para o sexo feminino ou para o masculino, não existia a necessidade de replicar funções e por isso não eram simetricamente iguais: tendo numa ala quartos de quatro camas e na outra quartos de uma, duas e três camas. Esta variação entre alas tem consequência direta no desenho da fachada, alterando a modulação organizativa e estrutural. A ala dos quartos de quatro camas, organizada por uma modulação de maiores dimensões, cria um ritmo entre pilares mais espaçado relativamente à ala oposta, e por isso arcos maiores.

A entrada para os Asilos parece ser menosprezada, não tanto pela sua localização que é ao centro e orientada à semelhança de outros edifícios, mas pela sua escala e desenho. A sua marcação é feita pela ornamentação que remata a porta, e pela mudança de pavimento e de um pequeno murete com floreiras no exterior. Ainda assim, estes elementos perdem a importância num conjunto como o dos Asilos. Dentro do edifício, a zona de entrada ficou algo dispersa nas zonas comuns do rés do chão, tendo sido colocado o “hall” junto ao acesso vertical, situado no centro do edifício. Em cada piso existem espaços comuns e serviços, como salas de estar, refeitórios, instalações sanitárias e de rouparia, que evitam deslocações dos doentes com maior invalidez, como se comprova mesmo no 2º andar, que apesar de só ter capacidade para vinte doentes, dispunha de todas as dependências referidas.

149 Bissaya-Barreto, op. cit., p.521.

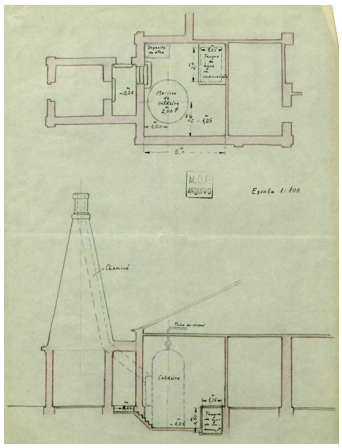


fig. [III.66]

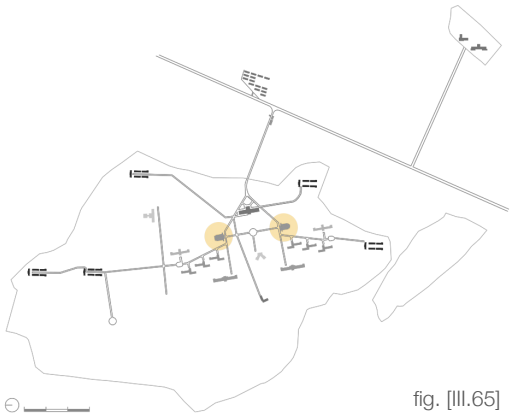
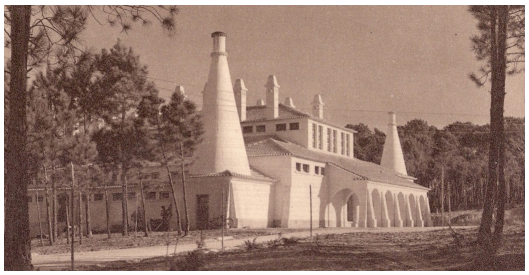


fig. [III.65]



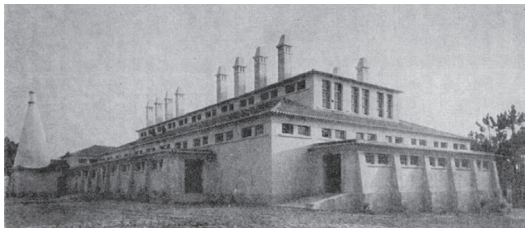






fig. [III.67], [III.68], [III.69] e [III.70]

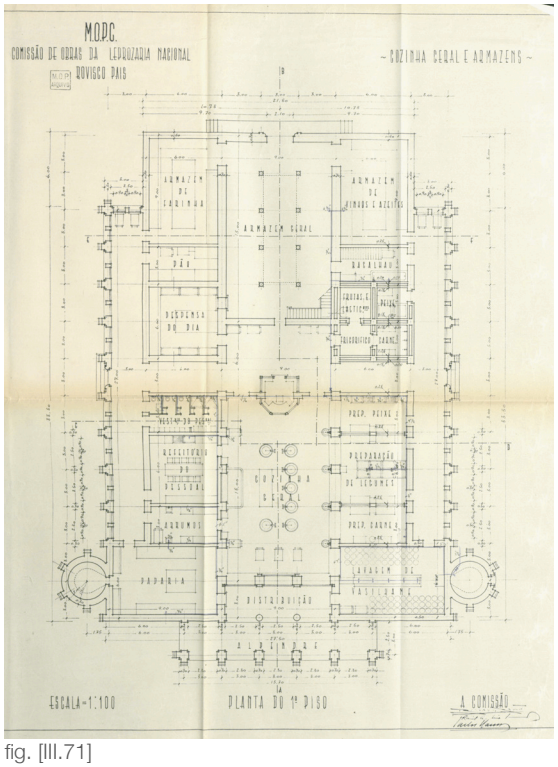


fig. [III.71]

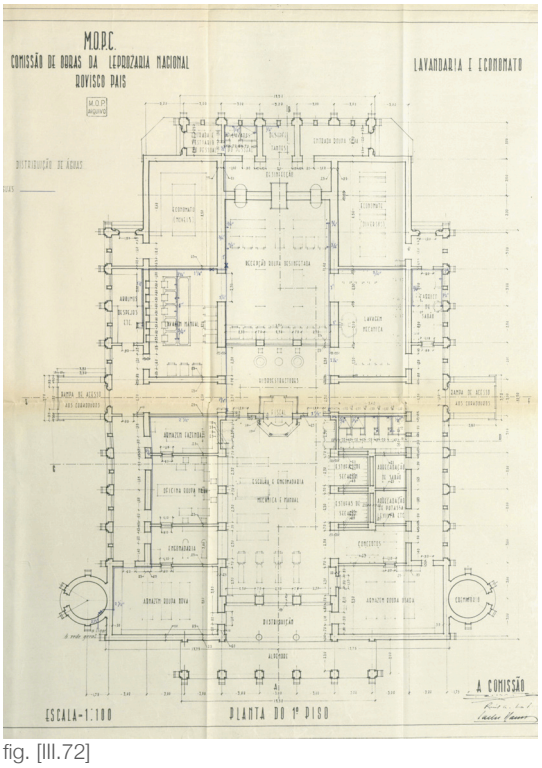


fig. [III.72]

fig. [III.65] _Implantação da Cozinha (a sul) e Lavandaria (a norte) no conjunto hospitalar. fig. [III.66] _Proposta para instalação de caldeira na Lavandaria. fig. [III.67], [III.68] e [III.69]_Fotos antigas da Lavandaria. fig. [III.70]_Foto antiga do interior da Cozinha Geral. fig. [III.71]_Planta da Cozinha Geral e Armazéns. fig. [III.72]_Planta da Lavandaria e Economato.

Cozinha e Lavandaria

A Cozinha e a Lavandaria, aglomeravam em si um conjunto de serviços, associados à sua função principal, e encontravam-se implantadas simetricamente, a cozinha na zona feminina, e a lavandaria na zona masculina.

A Cozinha, construída de forma a suprir as necessidades alimentares de todos os internados que não viviam em regime familiar e dos funcionários da instituição, era constituída por duas zonas: uma para a confeção de alimentos e área de pessoal, e outra de armazéns. A primeira referida era organizada em: cozinha geral que funcionava a vapor e a óleos, padaria, áreas específicas de preparação de peixe, legumes, carnes, de lavagem de vasilhame, arrumos e ainda um refeitório e vestiário do pessoal. A distribuição dos alimentos, que seriam transportados para os outros edifícios do complexo, era feita pelo alpendre existente na fachada "principal" orientada a Norte. A zona de armazéns, localizada na parte "posterior" do edifício, era servida por um acesso com 2,10m de largura, permitindo a entrada de diversas mercadorias. Esta zona estava dividida por armazém geral, armazém de vinhos e azeites, armazém de farinha, armazém de bacalhau e uma área frigorífica dividida entre carne, peixe e frutas e laticínios. Relacionadas com as duas zonas, a despensa do dia e do pão, funcionavam como ligação entre os armazéns, a cozinha central e a padaria.

A cozinha e o armazém gerais situados ao centro do edifício, compreendiam os espaços de maiores dimensões e correspondiam ao volume central de maior altura, permitindo a entrada de luz, e a existência de uma galeria superior, da qual não foi possível perceber a funcionalidade. Em ambos os lados deste corpo central encontram-se as diversas dependências já referidas e junto das fachadas laterais uma galeria de serviço, de ligação entre os espaços e o exterior.

A modulação espacial é feita no sentido Norte/Sul, definindo um eixo de simetria de desenho interior e exterior, e em especial a configuração volumétrica escalonada, que permitia a iluminação natural de todos os espaços, pelas diferenças de pé-direito, criando assim uma hierarquização dos espaços. A utilização das pequenas chaminés ao longo do volume central, é apenas em alguns casos funcional, sendo grande parte ornamental à semelhança do que acontece na Lavandaria. Revelava-se aqui uma preocupação com a composição formal, em detrimento das preocupações funcionais e económicas, que preocupavam a Comissão de Obras. Os elementos mais imponentes que caracterizavam estes dois edifícios eram as duas grandes chaminés que ladeavam a fachada principal. Estas chaminés encimavam pequenos volumes quadrangulares, que em alguns casos tinham uma função clara, como por exemplo forno de pão no caso da cozinha junto da padaria, ou na Lavandaria como crematório com acesso apenas pelo exterior. Foi possível perceber também, através de uma proposta para instalação de uma caldeira na Lavandaria (fig. [III.67]), que seria construída uma «chaminé de ligação entre caldeira e a

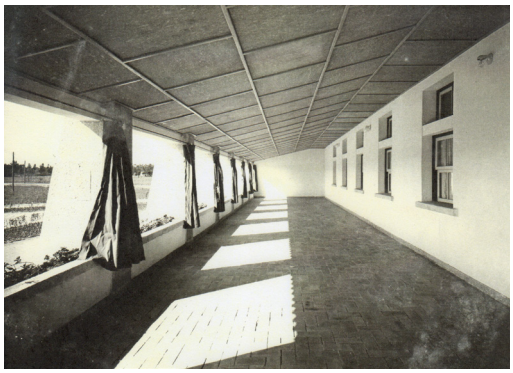


fig. [III.74]

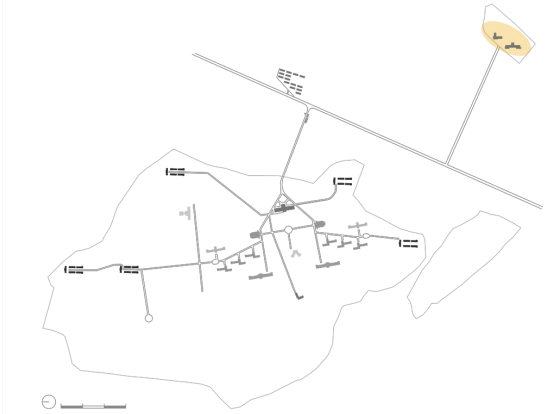


fig. [III.73]

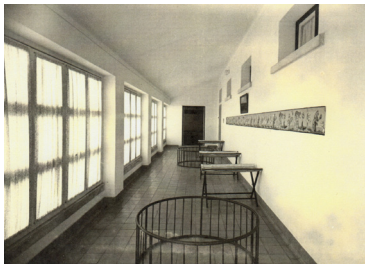


fig. [III.75]



fig. [III.76]



fig. [III.77]

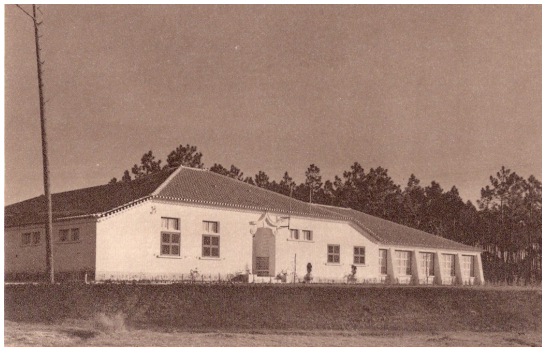


fig. [III.78]



fig. [III.79]

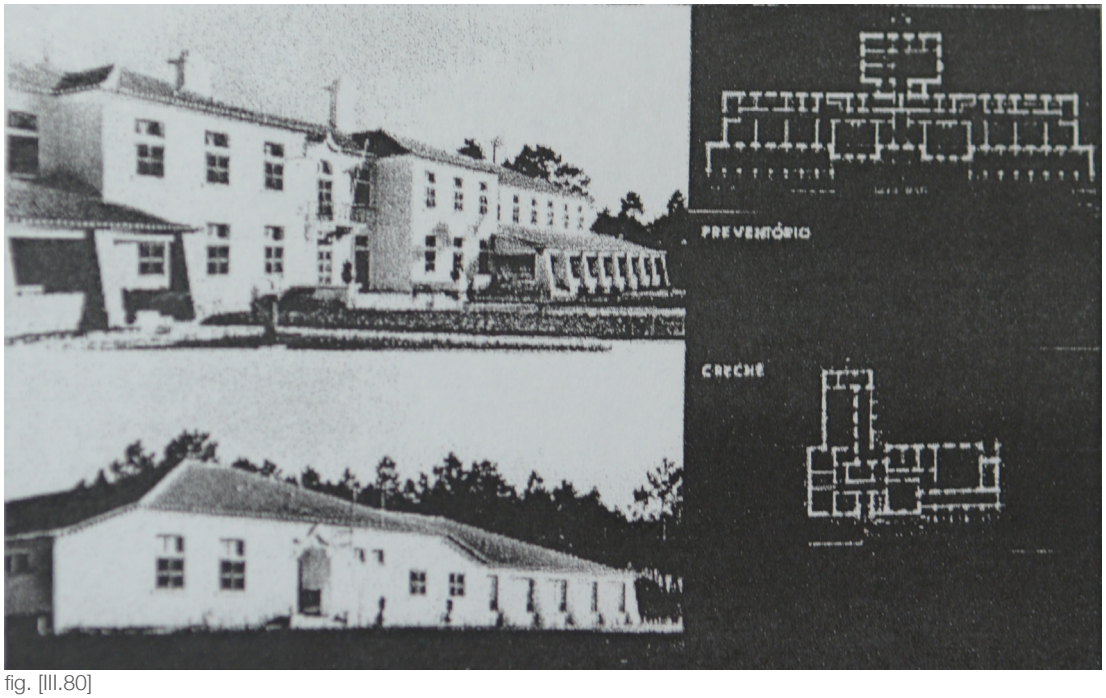


fig. [III.80]

fig. [III.73] _Implantação da Creche (a norte) e Preventório (a sul) na Quinta da Guardiosa. fig. [III.74] _Foto antiga da galeria do Preventório. fig. [III.75] _Foto antiga da galeria encerrada da Creche. fig. [III.76] e fig. [III.77]_Fotos antigas da Creche e do Preventório. fig. [III.78]_Foto antiga do exterior da Creche. fig. [III.79]_Postal do Preventório. fig. [III.80]_Plantas do Preventório (em cima) e da Creche (em baixo). Mais fotos no ANEXO B.

tôrre».[150] O desenho destes elementos transporta o repertório ornamental revivalista utilizado na época, baseando-se nas conhecidas chaminés cónicas existentes no Palácio da Vila em Sintra. Estas são portanto imagem clara dos preceitos da arquitetura oficial de evocação historicista e nacionalista.

De desenho estrutural, organizacional e volumétrico muito semelhante à Cozinha, a Lavandaria diferenciava-se pela área específica para desinfeção da roupa na fachada posterior do edifício. Servindo as funções de Lavandaria foram instaladas as seguintes dependências: zonas de organização, lavagem mecânica e manual, engomadaria mecânica e manual e de concertos de roupa, servidas por armazéns de roupa nova e roupa usada, junto da zona de distribuição na fachada principal. Funcionando independentemente da Lavandaria e com acesso apenas pelo exterior, existiam os economatos, de um lado de móveis e do outro de diversos.

Creche e Preventório

Estes dois edifícios poderão ser explicados através das fotografias e descrições encontradas em bibliografia ficando, por não ter sido possível recolher as suas plantas e alçados, de alguma forma comprometida a sua compreensão e análise de forma completa.

A Creche e o Preventório situavam-se na "zona sã", na parcela da Guardiosa, a uma distância de 2km da "zona infetada", e eram destinadas aos filhos sãos de pais leprosos, «que não possam ser criados e educados no lar do progenitor sadio, nem confiados a pessoas de família ou famílias idóneas, que estejam em condições de prover ao seu sustento e educação.»[151] Compreendendo uma das vertentes de assistência social prestadas aos leprosos e à sua família, estas instituições tinham como objetivos uma assistência integral, isto é, médica, alimentar, educacional e moral. Esta condição é considerada «em todos os países como primordial, fundamental mesmo, para evitar que os filhos dos leprosos, que não nascem leprosos, se contagiem.»[152]

A Creche com capacidade para 40 crianças dos 0 aos 2 anos e o Preventório ou Casa de Educação e Trabalho com capacidade para 80 crianças dos 2 aos 7 anos, eram dotados de diversas dependências como: berçários, dormitórios, cozinhas, copas, refeitórios e instalações para pessoal vigilante e sanitários. No caso da Creche pela idade das crianças que albergava e pelas suas necessidades estava apetrechada com dependências de puericultura. O Preventório, era um edifício de maiores dimensões, que albergava para além das zonas já referidas, as escolas infantis e primárias, capela, gabinetes de médicos e serviço especial de estomatologia.

A organização destes espaços terá recebido influência de toda a experiência de Bis-

150 Esta "tôrre", como se pode identificar no desenho que acompanhava a proposta, era a chaminé cónica. Correspondência entre a Agência Internacional de Representações, Lda (que efetuou a referida proposta da caldeira para a Lavandaria) para a C.O., de 11 de setembro de 1946.

151 Bissaya-Barreto, Uma Obra Social, p.522.

152 Idem, p.523.



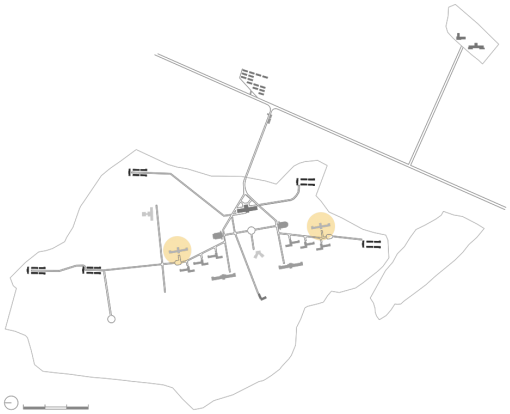
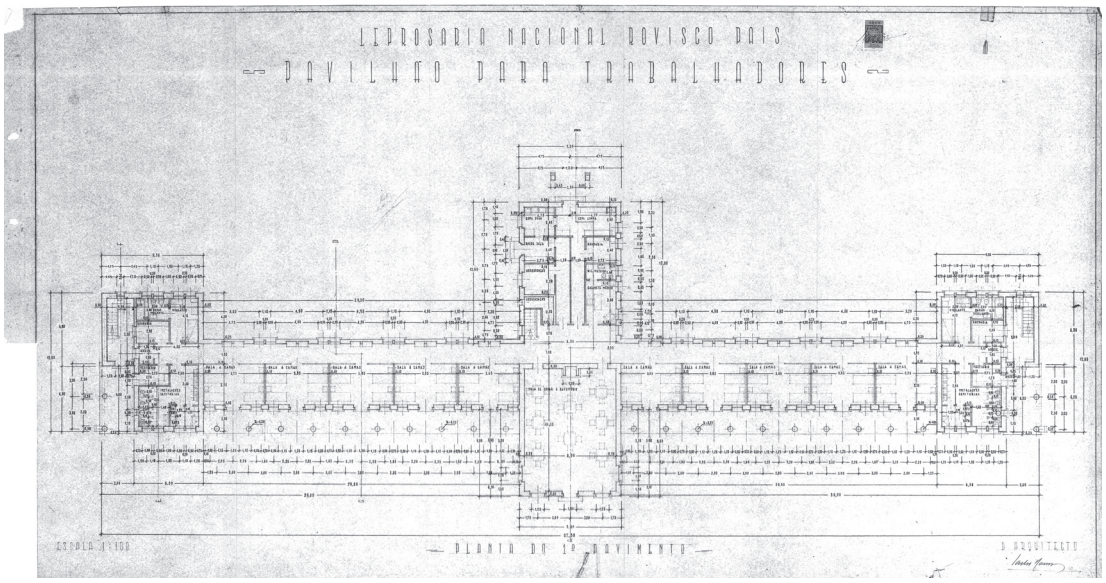


fig. [III.81] e [III.82]



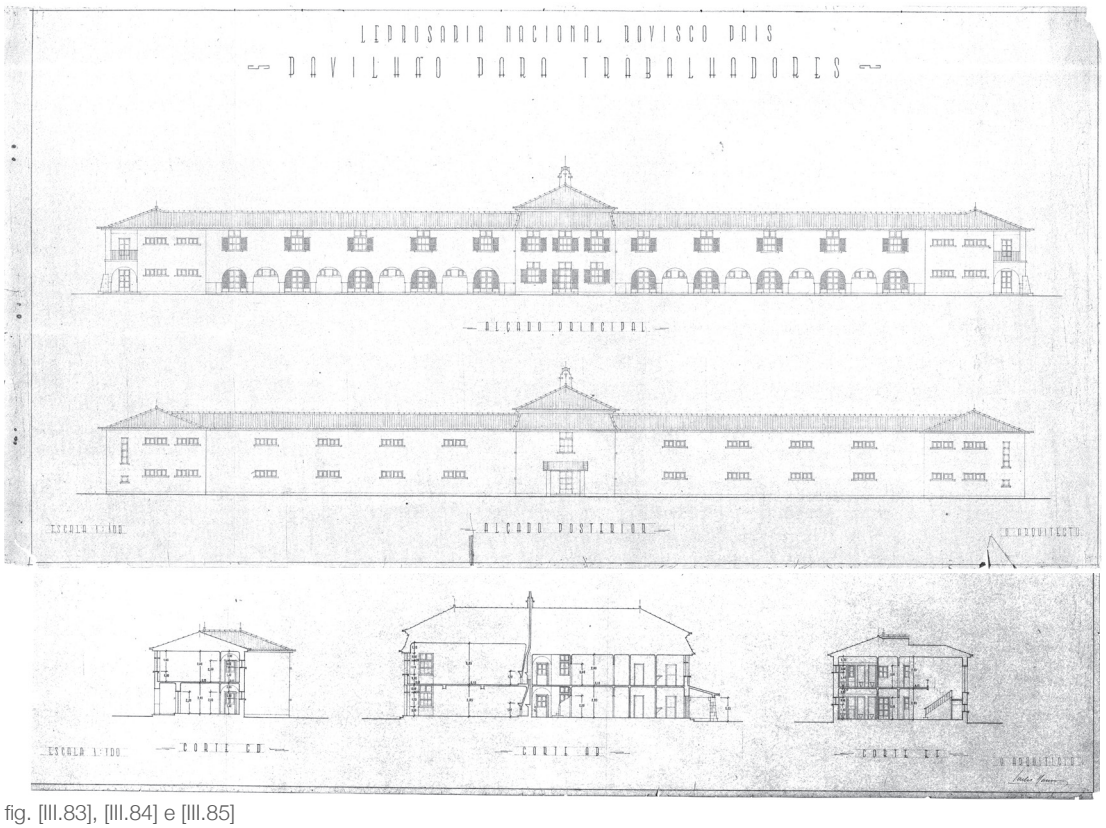


fig. [III.83], [III.84] e [III.85]

fig. [III.81] _Implantação dos Pavilhões para Trabalhadores no conjunto hospitalar. fig. [III.82]_Foto atual do antigo Pavilhão para Trabalhadores na zona masculina. fig. [III.83]_Planta do 1º pavimento do Pavilhão para Trabalhadores. fig. [III.84]_Alçado principal e posterior do Pavilhão para Trabalhadores. fig. [III.85]_Cortes do Pavilhão para Trabalhadores onde se pode observar as diferenças de pé direito. Mais desenhos no ANEXO A.

saya-Barreto no âmbito das Casas de Criança, e outras relacionadas com a maternidade e o apoio infantil. O desenho do Preventório, edifício semelhante na sua volumetria a outros edifícios construídos na Leprosaria (Asilo ou Hospital), era organizado em dois pavimentos e caracterizado pelas amplas galerias cobertas existentes no rés do chão da fachada "principal" que se orientava a Poente. A Creche, edifício de apenas um pavimento, com implantação em forma de L, caracteriza-se pelo espaço no topo sul do seu edifício, que semelhante às galerias do Preventório, eram encerradas por caixilharia, permitindo uma boa iluminação e ainda o controlo térmico de um espaço dedicado a bebés. Grande parte dos espaços interiores, em ambos os edifícios, eram caracterizados pelo friso ornamental de dimensões variáveis, com padrões florais ou desenhos infantis, e que se situavam por norma alinhados pelo topo das portas ou com pequenas variações conforme os espaços.

Pavilhões para Trabalhadores

Os Pavilhões para Trabalhadores, projetados mais tarde, relativamente aos edifícios até agora descritos, foram inaugurados em 1954, para a habitação coletiva de doentes válidos, e com capacidade, cada um, para 100 doentes. Estes pavilhões, enquadrando-se na parte de Colónia da Leprosaria, implantaram-se a Este das Casas de Trabalhadores, estabelecendo-se na sua proximidade e com conexão ao arruamento que as liga ao conjunto.

À semelhança de pavilhões como o Hospital ou os Asilos, estes edifícios vão organizar ao centro e nos topos os serviços e espaços comuns, com reflexo na volumetria do edifício. Todo o edifício parece ter sido desenhado de forma "económica", o que pela comparação com os outros edifícios, significa uma aglutinação de espaços, que normalmente eram aqueles que tinham recebido um desenho mais pormenorizado, como é o caso das salas de estar e dos refeitórios. Nestes pavilhões estes dois espaços são um só, e apesar de no 1º pavimento, ser através deste espaço que se faz a o acesso principal, o desenho do espaço em nada se altera, nem mesmo na colocação do mobiliário. Esta economia parece ter sido estendida ao número e dimensões dos vãos, sobretudo na fachada principal e nas zonas dos dormitórios. Ainda assim, o espaço comum no 2º pavimento tem um pé-direito de 3,85m, procurando essa hierarquização dos espaços, alteração que não se repete no 1º pavimento (2,85m à semelhança de todos os outros espaços). Através da análise dos cortes destes pavilhões, percebe-se que o pé-direito interior é igual nos dois pisos nas zonas dos dormitórios, mas o desenho exterior das arcadas parece refletir uma desproporção entre os dois pavimentos. O que estará relacionado com o desenho dos vãos e a proporção das arcadas.

A modulação estrutural destes edifícios é de 3m, marcada pelos pilares das arcadas, e estabelecendo o desenho dos dormitórios de quatro camas no 1º pavimento, e de seis camas no segundo. A alteração das dimensões do módulo dos dormitórios no 2º pavimento é permitida



fig. [III.86]

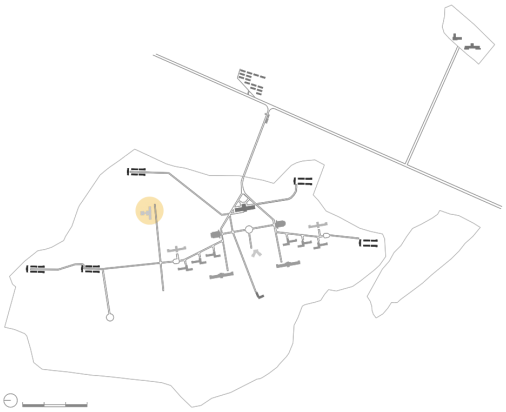


fig. [III.87]

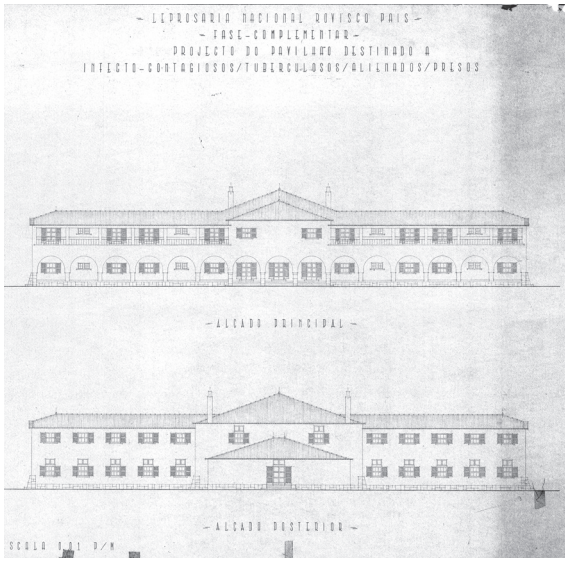


fig. [III.88]

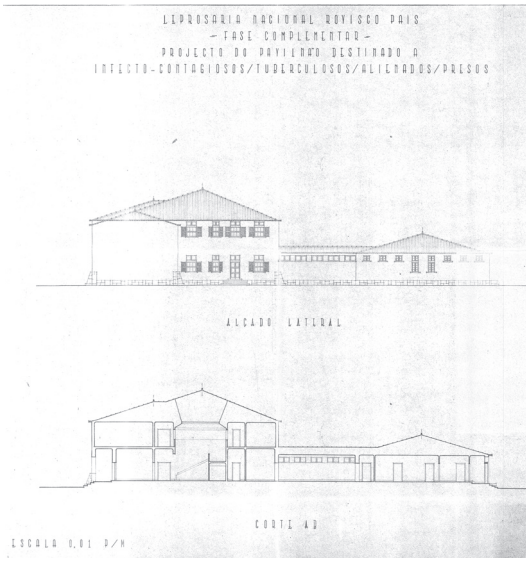


fig. [III.89]

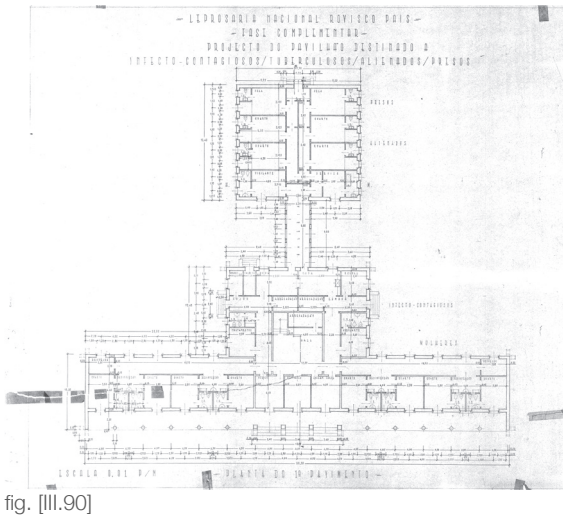


fig. [III.90]

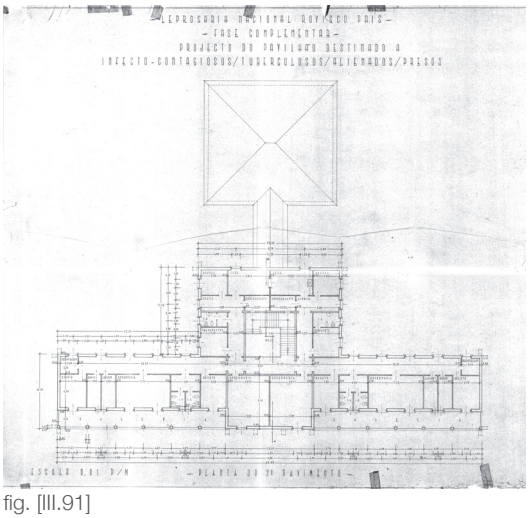


fig. [III.91]

fig. [III.86]_Postal da fachada principal do Pavilhão. fig. [III.87] _Implantação do Pavilhão para Infetocontagiosos, Doentes Mentais e Indisciplinados no conjunto hospitalar. fig. [III.88]_Alçado principal e posterior do Pavilhão para Infetocontagiosos. fig. [III.89]_Alçado lateral e corte transversal do Pavilhão para Infetocontagiosos. fig. [III.90] _Planta do 1º pavimento do Pavilhão. fig. [III.91]_ Planta do 2º pavimento do Pavilhão.

pela ocupação da área da galeria que apenas se estabelece no piso inferior. A continuidade entre galerias em arcadas no piso térreo e varandas no piso superior, que se aplicava em edifícios como o hospital ou os asilos, é quebrada neste projeto, o que se poderá explicar pela aparente necessidade de rentabilização de espaço e recursos. Ainda assim, poderá afirmar-se que esta adaptação a necessidades possivelmente económicas, provoca uma perda de qualidade, em especial na vivência dos espaços interiores, e por consequência na relação destes com o exterior e no desenho das fachadas.

Pavilhões para Infetocontagiosos, Doentes Mentais e Indisciplinados

Com o fim de prover às necessidades de isolamento e tratamento de outras doenças infetocontagiosas que pudessem verificar-se nos doentes de lepra, consequência da sua situação imunológica fraca, foi necessária a construção de um pavilhão onde estes pudessem ser isolados dos restantes doentes. Desta forma foi projetado um pavilhão a ser instalado na "zona infetada", em dois pisos, cuja lotação comportava 42 leitos, e que se destinavam a doentes dos dois sexos. «Em contiguidade com este edifício construíram-se acomodações destinadas a doentes mentais e aos indisciplinados, cuja lotação normal [era] de 18 lugares.»[153]

A implantação deste edifício é de alguma forma estranha a todo o complexo hospitalar no qual se insere, não estabelecendo qualquer alinhamento, e orientando a sua fachada "principal" a Sul, de forma semelhante à Lavandaria. Como edifício que alberga os dois sexos, deveria estar instalado na zona central do conjunto, mas foi antes localizado na zona Norte (masculina) afastado e sem qualquer tipo de relação visual com os restantes edifícios. Procurando, de certa forma, desligar-se desta lógica de conjunto, justifica-se a sua localização e consequente desenho pela sua necessidade de isolamento.

Este Pavilhão era constituído por dois volumes, que separavam o programa, e que possibilitava o funcionamento independente, ou pelo menos a entrada de doentes sem que estes se cruzassem. Desta forma o volume principal e de maiores dimensões, compreendia a parte dos doentes infetocontagiosos, e desenvolvia-se em dois pisos, com quartos, enfermarias, instalações para vigilantes e em especial diversas zonas de desinfeção e de instalações sanitárias que se distribuíam por todo o edifício. Ao contrário do que acontece nos outros edifícios da Leprosaria, as instalações sanitárias criam aqui a modulação estrutural e organizativa, e repetem-se nos dois pisos. As fachadas repetem a lógica de galeria com arcada no piso térreo e a varanda no 2º pavimento, mas neste caso os espaços interiores do 1º pavimento não têm acesso à galeria, retirando-lhe o sentido funcional. O desenho dos vãos, é à semelhança do que acontece nos Pavilhões para Trabalhadores, de pequenas dimensões, o que é reforçado pela existência na

153 M. Santos Silva, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: Última leprosaria do continente português*, p.22.

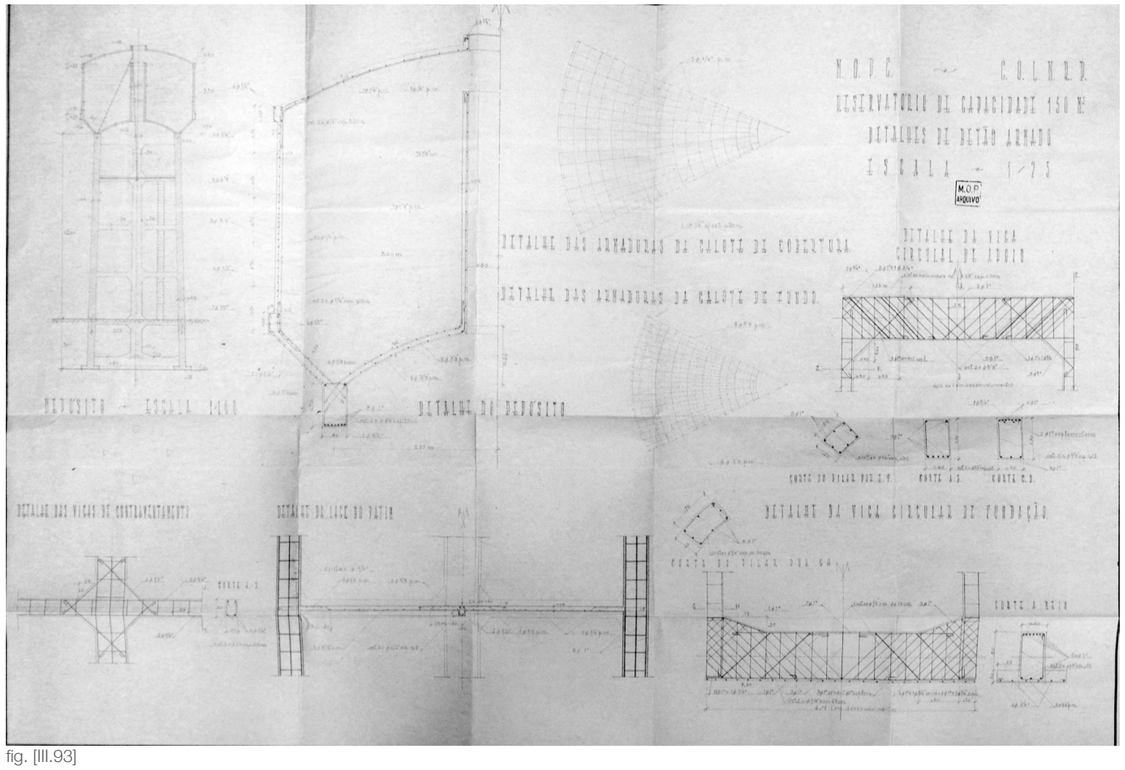


fig. [III.93]

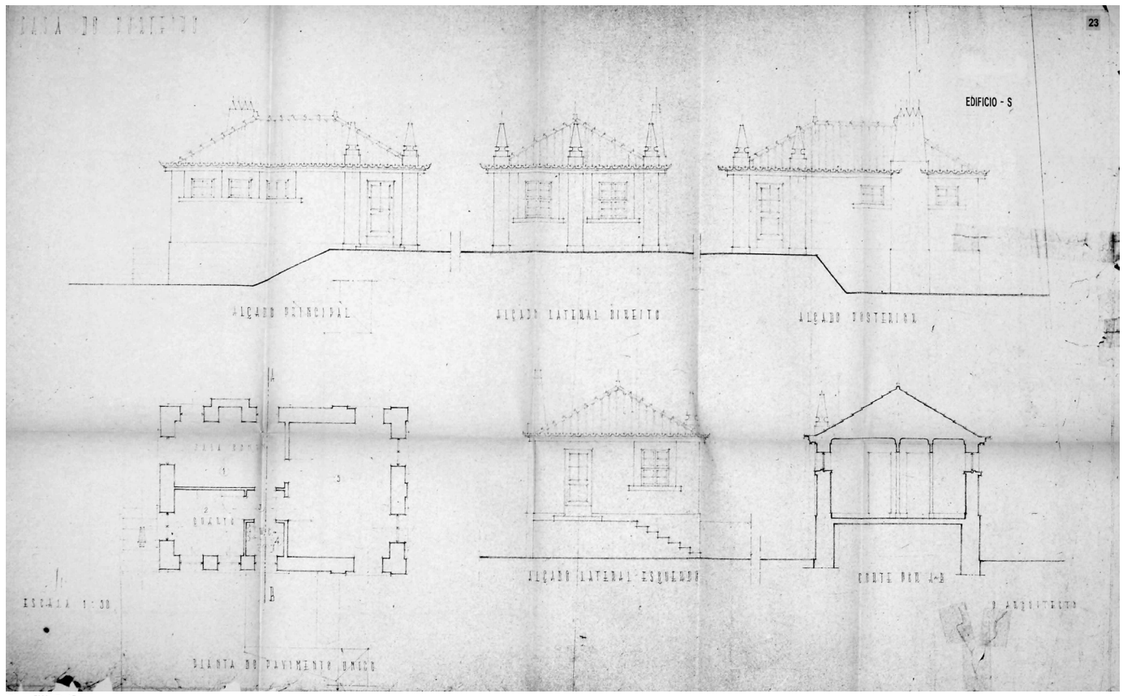


fig. [III.94]

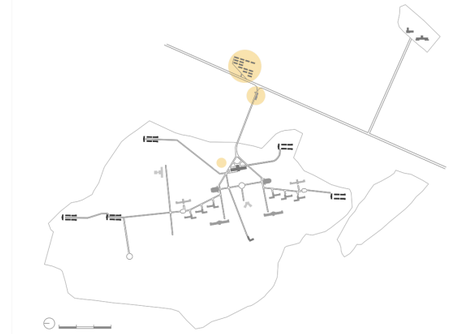


fig. [III.92]

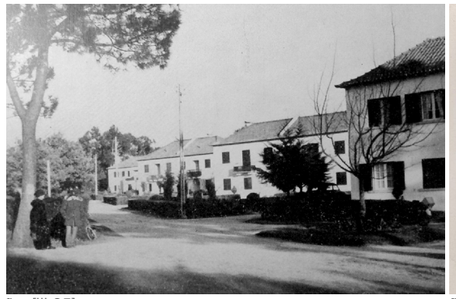


fig. [III.95]



fig. [III.96]



fig. [III.97]



fig. [III.98]



fig. [III.99]



fig. [III.100]

fig. [III.92] _Implantação do Bairro de Funcionários, da Portaria e do Reservatório de água no conjunto hospitalar. fig. [III.93]_Desenhos de projeto do Reservatório de Água. fig. [III.94]_Desenhos da Casa do Porteiro. fig. [III.95]_Foto do Bairro de Funcionários. fig. [III.96] _Foto de uma das equipas de futebol de doentes. fig. [III.97] _Foto do teatro de amadores dos doentes. fig. [III.98], [III.99] e [III.100]_ Trabalhos realizados pelos doentes.

fachada “principal” de janelas correspondentes às instalações sanitárias.

O volume correspondente aos doentes mentais e aos “alienados” ou indisciplinados, era apenas de um piso, e tanto os quartos como os espaços designados de “celas” não tinham qualquer distinção no seu desenho. Para acesso aos diversos quartos era criada uma estrutura de corredores, que procuravam criar não só barreiras à passagem como visualmente. Para as celas existia um acesso na fachada “posterior” independente. O acesso aos quartos para doentes mentais era feito através de um volume que estabelecia a relação entre as duas partes do Pavilhão.

Seguindo a lógica subjacente também aos Pavilhões de Trabalhadores, este edifício apresenta uma diminuição na utilização de elementos ornamentais, o que se expressa no desenho das arcadas e das suas colunas e ainda na marcação do acesso ao edifício.

O Bairro Residencial e outras Infraestruturas

O Bairro Residencial para funcionários localizava-se separado da “zona infetada” pela Estrada Nacional nº109, mas ainda assim estava suficientemente próximo para deslocações rápidas do pessoal. Foram, numa primeira fase, construídas dez moradias, habitadas em 1951. A construção das restantes foi completada em 1962, aumentando assim este Bairro para 24 moradias familiares geminadas de várias classes, e mais duas para habitação coletiva, cada uma delas para nove funcionários do mesmo sexo. A implantação dos primeiros cinco pavilhões paralela à Estrada Nacional, criou uma estrutura urbana de Bairro, que viria então a ser alongada para receber os restantes nove edifícios.

Foram construídas, para além dos edifícios já descritos, diversas infraestruturas que serviam o conjunto hospitalar, algumas delas associadas à de rede energia elétrica, de água canalizada e de saneamento básico instaladas na Leprosaria. A construção de alguns destes edifícios ou estruturas, está associada a uma escala de conjunto, e em especial pela procura de uma autossubsistência, isolamento e independência, de forma a criar uma estrutura fechada em si mesma. Destas destacam-se a portaria e locutório, o reservatório de água, o posto de transformação, oficinas, arrumos e outras dependências associadas à atividade agrícola e pecuária levada a cabo pelos doentes. Das anteriormente referidas, foi possível encontrar os projetos da Casa do Porteiro e ainda do Reservatório de Água. A casa do porteiro encontrava-se junto da portaria, ladeando o ponto de entrada da “zona infetada”. Em 1962[154] foi construído o locutório junto da portaria, permitindo as visitas de familiares aos internados, assegurando assim a saúde dos sãos. Seriam ainda garantidos a esterilização de correspondência e o expediente de correios e telefones.

154 M. Santos Silva, Hospital-Colónia Rovisco Pais: Última leprosaria do continente português, p.26.



fig. [III.101]



fig. [III.102]

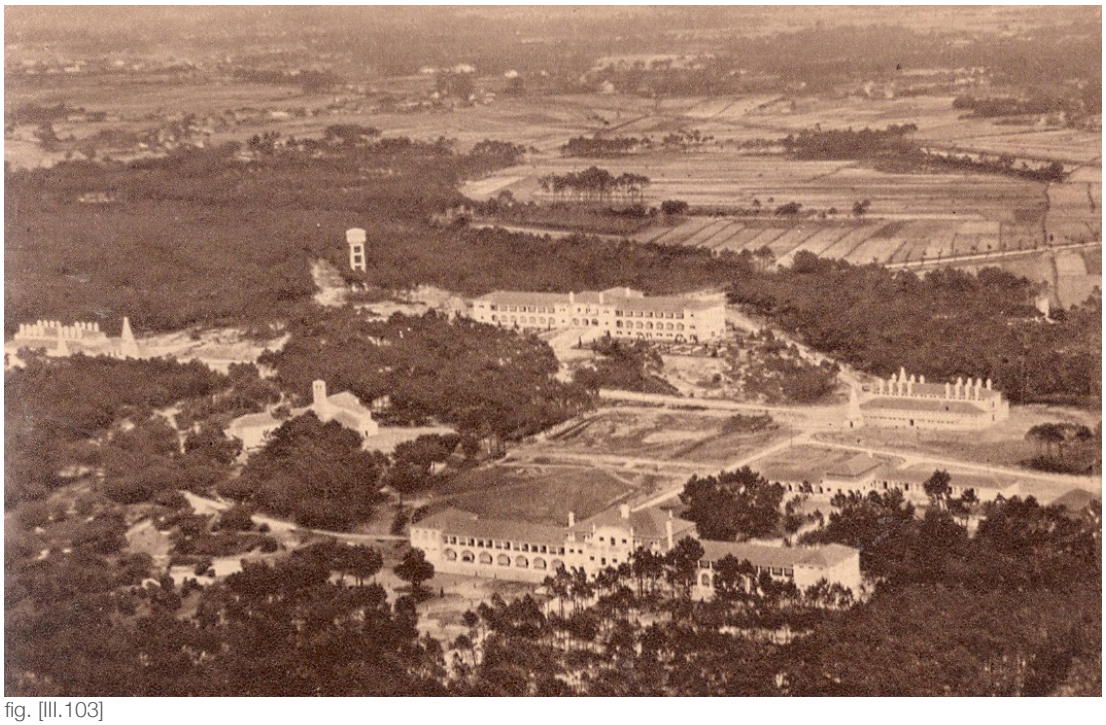


fig. [III.103]

fig. [III.101]_ Foto antiga aérea. fig. [III.102]_ Desenho de representação do conjunto. fig. [III.103]_ Foto antiga aérea. As três figuras permitem observar alguns dos percursos que interligam os edifícios e as zonas verdes, especialmente o pinhal que rodeia grande parte do conjunto.

A Leprosaria Nacional Rovisco Pais foi ainda dotada de alguns espaços dedicados a atividades lúdicas, como foi o caso do espaço ao ar livre para a projeção e assistência de cinema, para o qual se terá construído um pequeno edifício de forma a responder às necessidades de projeção cinematográfica e de eventuais encenações teatrais. Será a partir de 1953 que a Leprosaria terá disponível a «máquina de projetar para recreio dos internados» oferecida por Bissaya-Barreto[155]. O Hospital-Colónia será ainda dotado de um campo de jogos e outras dependências associadas às atividades desenvolvidas pelos internados tais como: escriturários, carpinteiros, sapateiros, pintores, pedreiros, costura e as agropecuárias, e para a qual seriam remunerados.

O desenho dos espaços exteriores

«A zona doente é delimitada por uma simples e precária sebe viva. Tanto vale dizer que a sua vedação é pouco mais do que simbólica. Todavia, é norma que todo o movimento de pessoal, visitas e doentes se faça pela portaria, situada a poucos metros da estrada nacional nº109.»[156]

A função desta sebe, quando foi pensada e mandada plantar não seria, como é afirmado na citação, de importância apenas simbólica: «Como se trata de um estabelecimento de leprosos e há toda a conveniência em que a vedação seja perfeita, deveriam de preferência ser escolhidas espécies que melhor possam impedir as tentativas de fugas. Ao mesmo tempo, como algumas delas são destinadas à separação dos recintos de serventia dos vários pavilhões, conviria que essas sebes apresentassem um aspecto agradável e possivelmente, até decorativo.»[157] Mas como se sabe, houve ao longo dos anos tentativas de fugas da Leprosaria, e por isso se construíram as celas no Pavilhão dos Infetocontagiosos. Através de relatos de doentes ex-hansenianos sabe-se também que existiriam elementos da GNR nas instalações da Leprosaria que mantinham a vigilância.

A construção dos arruamentos, que interligam os diferentes edifícios que constituem a Leprosaria, foram completados até 1956, tendo sido os que se encontram desenhados na fig. [III.24] com cobertura betuminosa. Os restantes percursos, fariam parte de uma estrutura criada pelo desenho dos jardins tratados pelos internados. Os arruamentos de betuminosa foram essencialmente desenhados para o serviço dos edifícios o que se entende pela relação que estes estabelecem com eles - geralmente dando acesso direto às entradas de serviço dos edifícios

155 Correspondência de Bissaya-Barreto para o Ministério das Finanças de 30 de dezembro de 1953, CDBB.

156 M. Santos Silva, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: Última leprosaria do continente português*, p.24.

157 Correspondência expedida pela C.O. de 22 de outubro de 1940, BAHOP.


fig. [III.104]


fig. [III.105]


fig. [III.106]

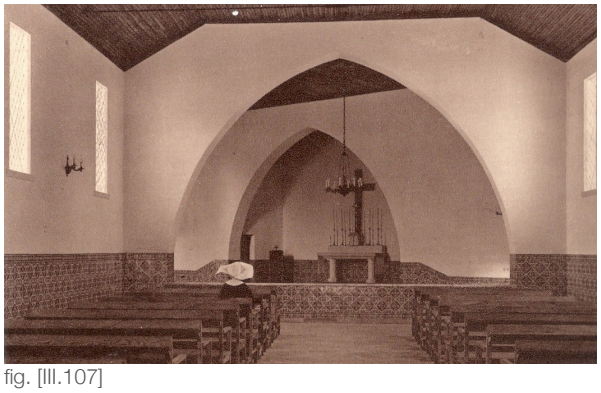

fig. [III.107]


fig. [III.108]


fig. [III.109]


fig. [III.110]


fig. [III.111]


fig. [III.112]


fig. [III.113]


fig. [III.114]



fig. [III.115]


fig. [III.116]

fig. [III.104] e fig. [III.105]_ Dispositivos de vigilância nos dormitórios (Hospital e Casas dos Trabalhadores). fig. [III.106]_ Espaço interior da Creche. fig. [III.107]_ Vista interior da Capela. fig. [III.108], fig. [III.109], fig. [III.110] e fig. [III.111]_ A utilização do arco em diversos edifícios da Leprosaria (da esquerda para a direita: Hospital, Conventinho, Núcleo Familiar e Casa dos Trabalhadores). fig. [III.112], fig. [III.113], fig. [III.114], fig. [III.115] e fig. [III.116] _ Materiais e elementos de caráter ruralista e tradicionalista na Leprosaria (da esquerda para a direita: Casa dos Trabalhadores, Capela, Núcleo Familiar, Portaria e Interior de uma Casa dos Trabalhadores).

(Casas de Trabalhadores, Asilos, Hospital, etc.). Ainda assim, existiam pavilhões, que pelo seu programa e organização interior, necessitavam de arruamento em toda a sua envolvente (Asilos, Pavilhões para Trabalhadores, Cozinha, Lavandaria, etc.).

2.3. O desenho dos espaços interiores e do mobiliário. As preocupações estéticas no desenho da Leprosaria.

Os espaços interiores, o seu apetrechamento e mobiliário, foram também alvo de projeto e pormenorização, de forma a servirem os objetivos específicos de cada espaço ou edifício. Alguns elementos respondem ao controlo e vigilância 'necessários' dentro de uma instituição deste tipo, de forma a garantir a ordem e a disciplina. O convívio entre sexos, era expressamente proibido assim como as saídas do recinto hospitalar. A vigilância era, desta forma, constante e os espaços e os elementos que os compunham permitiam a sua eficácia. As instalações dos vigilantes estavam geralmente localizadas junto dos acessos dos edifícios, e esta vigilância era garantida até mesmo nos quartos ou dormitórios. No caso dos dormitórios ou enfermarias, a compartimentação para a galeria de acesso, era feita através de uma divisória em madeira que não encerrava o espaço na parte superior. Este dispositivo integrava uma porta de acesso e permitia a entrada de luz através de uma vasta área envidraçada, que à altura do olhar permitia a visão para o espaço interior. (fig. [III.104]) Este método foi alargado também às portas dos quartos, que eram completamente fechadas, com exceção para a faixa envidraçada, a «janela de Judas»[158] (fig. [III.105]) que permitia essa constante vigilância. Também no sentido do controlo dos internados, a Leprosaria foi dotada de um sistema de som que permitia a difusão dos discursos proferidos pelo diretor clínico.

A economia e a simplificação regeram a construção desta leprosaria, mas é possível identificar um maior investimento em determinados espaços interiores, como as salas comuns, ou no exterior nas fachadas "principais". Este investimento, para além de pretender criar uma «(...) ridente aldeia, alegre, cheia de higiene e até com certa beleza»[159], encaixava na regeneração moral que os internados receberiam, regida pela ideologia ruralista, tradicionalista e especialmente impositiva do regime do Estado Novo. As preocupações estéticas que caracterizaram a arquitetura da Leprosaria, centraram-se nessa ruralidade que importava incutir aos seus internados. A utilização de elementos de pendor historicista como o arco, a coluna, ou o contraforte, contribuíram para criar uma unidade de conjunto, estabelecendo uma leitura de continuidade

158 Alice Cruz, *O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória*, p.420.

159 Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social*, p.502.



fig. [III.117]



fig. [III.118]



fig. [III.119]

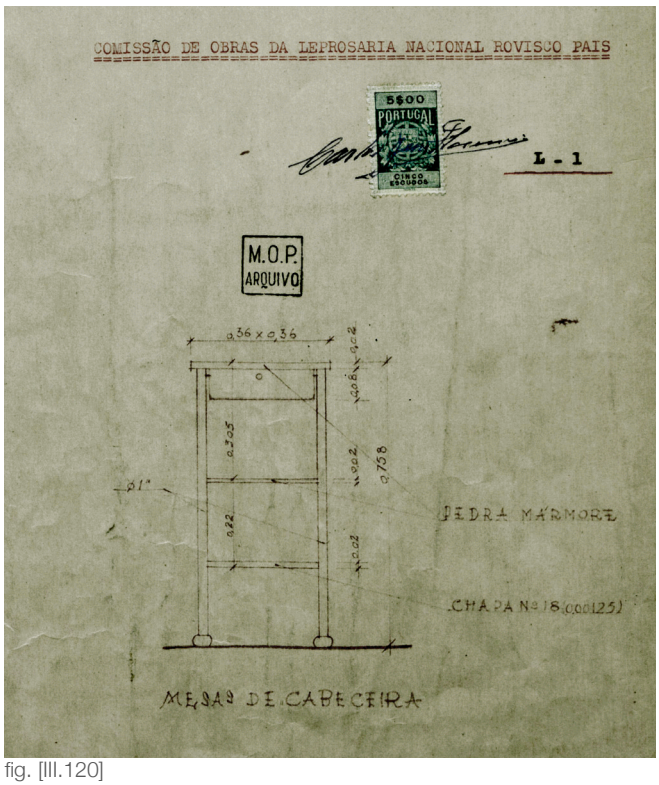


fig. [III.120]

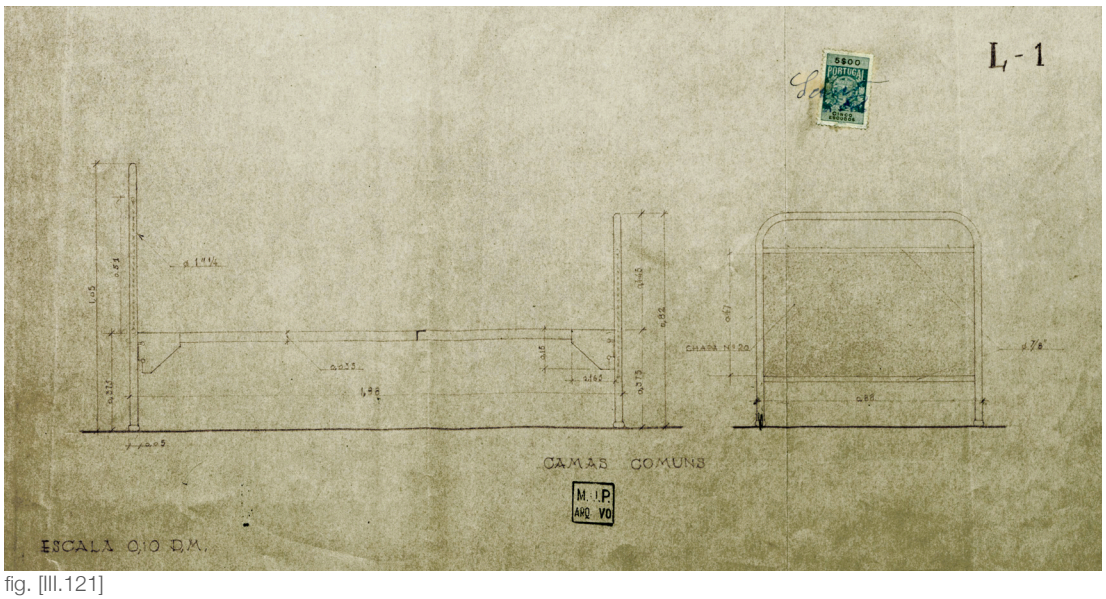


fig. [III.121]

fig. [III.117]_ Marcação da entrada nas Casas dos Trabalhadores. fig. [III.118]_ A utilização de chaminés, na Lavandaria (na foto) e na Cozinha, onde um grande número delas não tinha função. fig. [III.119]_ Um dos adros da Capela, caraterizado pelas pilastras duplas na entrada, pelo banco e pela utilização do azulejo. fig. [III.120] e fig. [III.121]_ Desenhos de projeto de mobiliário: mesa de cabeceira e cama comum.

entre edifícios, reforçada pelo desenho das coberturas de águas ao estilo 'português'. Outros elementos são ainda de desenho meramente ornamental, como a marcação de algumas entradas ou a colocação de chaminés sem função.

Os materiais utilizados na construção contribuíram também para o carácter ruralista pretendido para esta Leprosaria: a cantaria de pedra, em especial pedra "de picar" no enbasamento dos edifícios e nos contrafortes; as caixilharias em madeira, em particular de guilhotina ou as portadas; as coberturas em telha de barro; o azulejo em lambris, na Igreja ou em pequenos apontamentos; etc.

O mobiliário utilizado em todo o conjunto hospitalar foi desenhado pela Comissão de Obras, encontrando-se diversos orçamentos de empresas para a sua fabricação.[160] Este mobiliário incluía mesas, cadeiras, armários de vários géneros, camas, berços, mesas de cabeceira, etc. O mobiliário foi pensado para ser económico mas também durável, e por isso foi desenhado tanto em ferro como em madeira.

Na Leprosaria Nacional Rovisco Pais foi também instalado um sistema de aquecimento central, e diversos equipamentos médicos, para tratamentos, desinfeção, etc.

160 Dessa documentação encontram-se disponíveis diversos exemplos na BAHOP.

Até agora procurou-se levar a cabo uma análise integrada, edifício a edifício, e de todo o conjunto, das questões funcionais, formais, construtivas e estéticas. Verificou-se a integração do programa num desenho de projeto e a sua consequente concretização. A atitude formal, estética e até mesmo ornamental, estava enraizada não só numa arquitetura que era "oficial", como nos objetivos específicos do seu idealizador (Bissaya), e na adaptabilidade do arquiteto às exigências de quem o emprega.

Bissaya viria a afirmar que «O Hospital Rovisco Pais foi idealizado e projetado com uma superior visão por Carlos Ramos; ninguém nessa época, no nosso país, o suplantaria. O programa havia sido estudado com muita ponderação e objectividade.»[161] Será no entanto Bissaya -Barreto, que à semelhança das muitas obras de sua iniciativa e supervisão, terá tido um papel preponderante na definição de toda a Leprosaria, integrando-o no seu "projeto político-científico" e de assistência social, que levou a cabo na zona litoral centro de Portugal. A Leprosaria Nacional Rovisco Pais, decorre do modelo de "isolamento norueguês" aconselhado nos Congressos Internacionais sobre a Lepra desde 1897, e terá como exemplos a seguir toda a experiência da construção de Leprosarias na Europa, e noutros continentes em especial no Brasil. Com maior semelhança ao caso português, poderão ser referidos os exemplos da Leprosaria que não chegou a ser terminada em Tenerife (Espanha) e alguns Asilos-Colónias brasileiros, como o Leprosário de São Roque de 1926. A organização e divisão dos doentes por sexos e estado de evolução da doença, e ainda pelos serviços e dependências de que dispunham as leprosarias brasileiras, eram em muito semelhantes à leprosaria portuguesa, apesar da diferença temporal de contrução.

161 *Hospital-Colónia Rovisco Pais: E assim nasceu a Tocha...*, p.15.

Seguindo o modelo de colónia agrícola, a Leprosaria Nacional Rovisco Pais assentava numa organização pavilhonar, onde cada edifício se desenhava e implantava, de certa forma, desligado do conjunto. Ainda assim, todos eles eram dependentes dos serviços centrais de Cozinha, Lavandaria, Hospital e Capela, que os interligavam funcionalmente. Bissaya-Barreto, a propósito da organização deste Hospital-Colónia, refere que esta se assemelha a um «falanstério, a uma cidade ideal, radial e concêntrica, com edifícios colectivos, como igreja, refeitórios, cozinhas, no centro e com extensos terrenos envolventes para agricultura, oficinas, habitação colectiva e casas unifamiliares.»[162] O conceito de falanstério, criado por Charles Fourier durante o século XIX, assentava num complexo sistema de organização social que resolveria os problemas da sociedade, funcionando como uma comunidade urbana e ao mesmo tempo rural, isolada e autossuficiente do resto da sociedade. Este falanstério, era associado a conceitos de liberdade individual sendo as pessoas que os integravam voluntárias. A associação que Bissaya faz ao conceito de falanstério, poderá ser considerada apenas quando se analisam as questões de funcionamento da Leprosaria, enquanto conjunto hospitalar que procura o isolamento e a autossuficiência. Bissaya-Barreto terá afirmado em oposição à ideia de leprosaria-aprisionamento: «Queremos que os doentes fujam para a leprosaria, não queremos que os doentes fujam da leprosaria.»[163]

Mas o Hospital-Colónia Rovisco Pais, funcionou antes, como é afirmado em diversa bibliografia sobre estudos sociais, como um dispositivo, «recorrendo-se à formulação de Foucault sobre poder disciplinar, que terá procurado implementar um projeto de regeneração moral da população portuguesa»[164] onde a família, o trabalho e a ruralidade se constituíam signos matriciais desse modelo.[165] Os indivíduos internados na Leprosaria, para além de viverem com o estigma da doença, eram confinados numa instituição intencionalmente oclusa do espaço público. A Leprosaria pertencia ao modelo de instituições fechadas que combinava exclusão e disciplina, tal como noutras instituições referidas por Foucault (prisões, manicómios, sanatórios, etc.). Goffman definiu este tipo de estabelecimento sob o conceito de instituição total: «Uma instituição total pode ser definida como lugar de residência e de trabalho em que um grande número de indivíduos que partilham uma mesma situação, separados da sociedade por um período considerável de tempo, leva em comum vida segregada e formalmente administrada.»[166]

---

162 Sandra Xavier, *Em diferentes escalas: as políticas da saúde na configuração arquitetónica de uma leprosaria portuguesa*, p.5-6.

163 Fundação Bissaya-Barreto, *Bissaya-Barreto: Um Homem de Causas*, p.95.

164 Alice Cruz, *O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória*, p.408.

165 Susana Pereira Bastos, *O estado Novo e os seus vadios: contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão*, Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1997.

166 Goffman apud Alice Cruz, *O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória*, p.414.

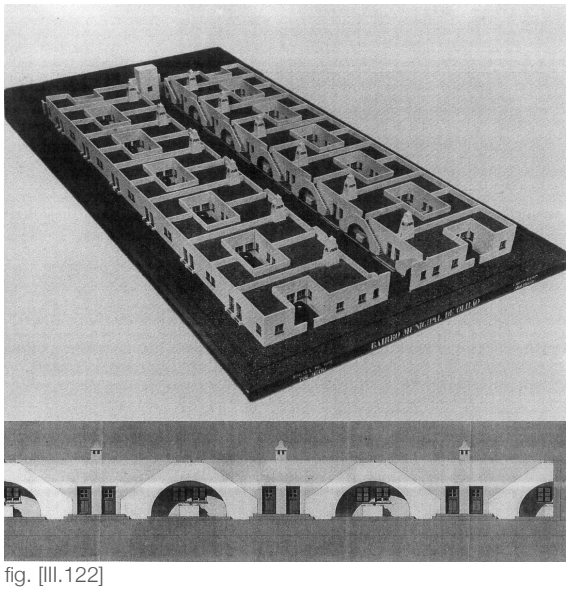


fig. [III.122]

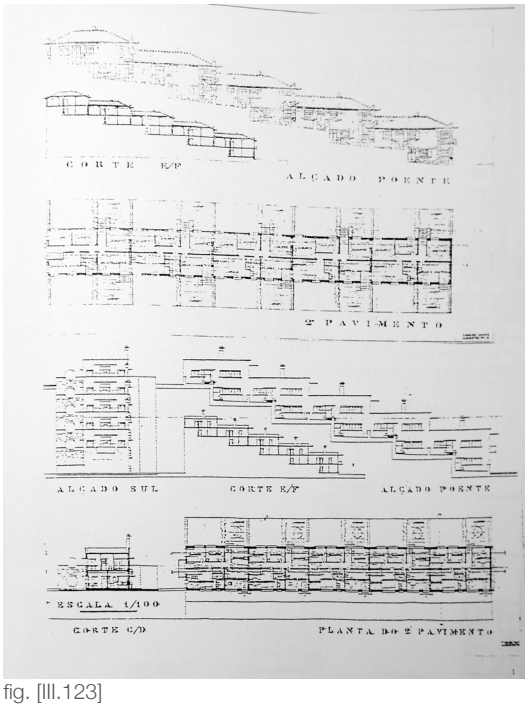


fig. [III.123]

fig. [III.122]_ Projeto do Bairro Operário de Olhão (1925) de Carlos Ramos. fig. [III.123]_ Projeto do Bairro Económico do Funchal (1931) de Carlos Ramos.

Os doentes para além de segregados da sociedade por se constituírem uma ameaça à ordem social eram alvo de uma imposta regeneração física e moral. Essa regeneração assentava na ideologia paternalista e ruralista do regime do Estado Novo.

«A arquitectura apresentava-se para Bissaya-Barreto de acordo com os seus pressupostos higienistas como um instrumento de promoção de saúde física e moral da sociedade portuguesa.»[167] O desenho do conjunto arquitetónico da Leprosaria Rovisco Pais conjugava o modelo médico e de assistência moderno, cujas preocupações funcionais remetem à salubridade e à profilaxia, ao estilo revivalista e tradicionalista da arquitetura "oficial" do regime. Bissaya-Barreto afirmou que «da parte do Arquiteto Carlos Ramos, [coube] o arranjo, cuidado das dependências interiores com amplas galerias, larguesa de longos e largos corredores interiores, à maneira de salas de estar improvisadas podendo os doentes movimentar-se em cadeiras de rodas ou em muletas, quando entrevados. De resto, há sempre salas de convívio, de leitura, de jogos e distrações com a preocupação de que a vida não fosse demasiadamente monótona e pesada.»[168]

Como foi possível verificar na análise arquitetónica do complexo hospitalar, este projeto foi caldeado entre preocupações económicas e funcionais e a intenção de criar um ambiente rural e tradicional português que transmitisse esses ideais aos doentes. Alguma da racionalidade subjacente ao desenho de alguns edifícios ou espaços, seguindo apenas preocupações funcionais, permitiu criar espaços como as casas dos Núcleos Familiares, onde estas são reduzidas à habitação mínima. O desenho destes núcleos, contou com a experiência de Carlos Ramos em Bairros Económicos, como o de Olhão (1925) ou o do Funchal (1931) (fig. [III.122] e [III.123]), onde este demonstra a sua duplicidade de pensamento, num funcionalismo racional que engloba elementos e materiais tradicionais e regionais. Os Núcleos Familiares da Leprosaria, seriam já definitivamente, no percurso de Carlos Ramos, ligados ao ideário da arquitetura "oficial" do Estado Novo, na sua concretização formal e construtiva.

Inerente a toda a sua obra arquitectónica está a procura em ultrapassar a aparente contradição entre os conceitos de modernismo e nacionalismo. Ao defender que nacionalismo não passa do conhecimento exato do espaço em que vivemos e modernismo a consciência exata do nosso tempo, Carlos Ramos procura encontrar, sem sucesso, a expressão arquitectónica que resultasse da articulação dos princípios funcionalistas com a especificidade nacional. Contudo, ao defender este princípio, antecipa o Regionalismo crítico dos anos cinquenta. [169]

---

167 Sandra Xavier, op. cit., p.2.

168 *Hospital-Colónia Rovisco Pais: E assim nasceu a Tocha...*, p.15.

169 Bárbara dos Santos Coutinho, "Carlos Ramos" in Instituto Camões - Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2010.



fig. [III.124]



fig. [III.125]

fig. [III.124] e fig. [III.125]_ Sanatório Sousa Martins na Guarda.

De forma a tecer algumas comparações, foram selecionados exemplos no território nacional, que permitiriam perceber algumas linhas de continuidade na arquitetura hospitalar e de isolamento portuguesa, e ainda nas intervenções de reconversão a estes edifícios foram sujeitos. Por um lado escolhem-se dois exemplos de Sanatórios para Tuberculosos que se assemelham no desenho do seu conjunto, na sua escala, ou tipologia dos seus edifícios, com a Leprosaria Nacional Rovisco Pais: o Sanatório Sousa Martins na Guarda e a Estância Sanatorial do Caramulo. Por outro lado escolhem-se os exemplos dos atuais Centros de Medicina de Reabilitação do Norte e do Sul, que, com uma pré-existência semelhante, também Sanatórios para Tuberculosos, vieram a assumir a mesma função que o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. Neste capítulo são levadas a cabo as comparações com os dois primeiros Sanatórios, ficando os Centros de Reabilitação para o capitulo seguinte, enquadrando-se no tema ai abordado: "Processos de Reabilitação".

Sanatório Sousa Martins

O Sanatório Sousa Martins para Tuberculosos, foi inaugurado na Guarda em 1907, a uma altitude de 1039 metros, numa zona verde de 27 hectares[170]. Como primeira do seu tipo em Portugal, era constituída por diversos pavilhões, nos quais se encontravam os alojamentos dos doentes, divididos por sexo; um pavilhão de isolamento para doenças intercorrentes; seis "chalets" para famílias; e outros onde se localizavam os serviços, a administração, etc. Esta instituição era dotada também de infraestruturas modernas: com abastecimento de água potável; drena-

170 Susana Maria Cavaleiro Meira, *O Hospital Rovisco Pais: um espaço de inovação: a sua importância na estrutura do povoamento da Tocha*, p.66.



fig. [III.126]



fig. [III.127]

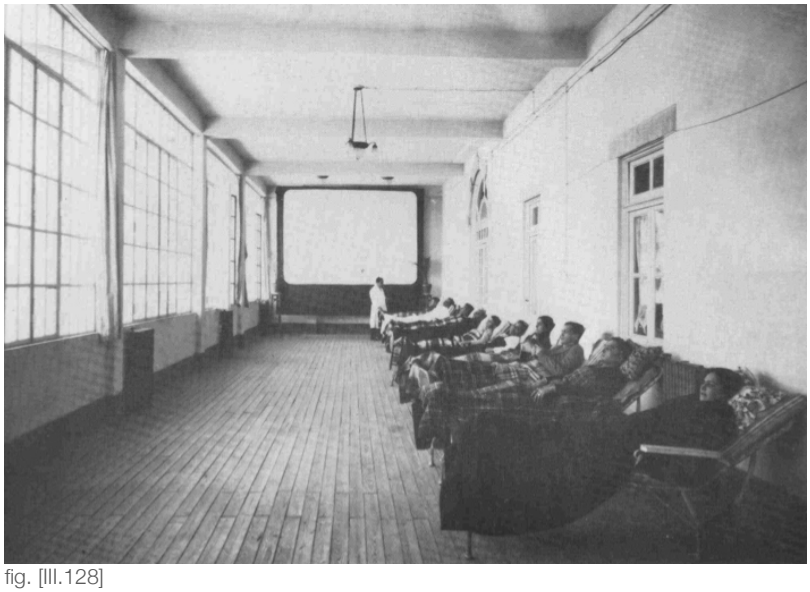


fig. [III.128]

fig. [III.126]_ Vista aérea da Estância Sanatorial do Caramulo. fig. [III.127]_ Grande Hotel da estância sanatorial do Caramulo,foto de 1928. fig. [III.128]_ Galeria de cura de inverno da estância sanatorial do Caramulo,foto de 1938.

gem de esgotos através de uma rede de canalizações que se dirigiam para tanques sépticos americanos; iluminação elétrica nos edifícios e nas ruas; uma rede telefónica que interligava os diversos pavilhões; assim como instalações sanitárias, como quartos para banhos de imersão. Outra característica a destacar seriam as galerias de cura envidraçadas, com acesso direto dos quartos dos doentes, e que serviriam particularmente no inverno.

A situação geográfica e as especificidades climatéricas associadas granjearam a construção deste Sanatório neste local, tendo certificado e rentabilizado as condições naturais da cidade para o tratamento da tuberculose. Helder Sequeira lembra que a Guarda foi, naquela época, «uma das cidades mais procuradas de Portugal, afluência que deixou inúmeros reflexos na sua vida económica, social e cultural».[171] Este espaço faz agora parte do Hospital Sousa Martins, mantendo assim a sua função na área da saúde, mas grande parte dos seus pavilhões estão inutilizados e em mau estado de conservação.

Estância Sanatorial do Caramulo

O exemplo do Grande Hotel Sanatório do Caramulo, que inicia as suas funções como estância sanatorial para tuberculosos em 1928, demonstra como instituições de assistência social e médica, através de iniciativa particular, se tornam em casos excecionais no território português. O seu fundador, Jerónimo Lacerda, mostrou-se desde o início determinado a dotar a Estância de infraestruturas e equipamentos à época excecionais, revelando um raro sentido de modernidade e um grande interesse pela inovação. Das referidas infraestruturas destacam-se: a rede de estradas que permitiriam uma ligação eficaz com o território; a autonomia de abastecimento de energia elétrica através da construção de uma pequena barragem; um centro de tratamento de lixos e esgotos com eficácia sanitária, pois estes eram aproveitados para rega e adubo, o qual se considera o primeiro saneamento básico no território nacional; dotada de uma vacaria e de uma central leiteira, que abasteceria todos os sanatórios; um centro meteorológico que enviava informações para Lisboa; e ainda a primeira rede automática de telefones do país.[172] Como estância sanatorial que acolhia doentes que ali permaneciam durante muito tempo, era dotada também, para entretenimento dos seus internos, de uma biblioteca, uma sala de jogos, zonas de convívio, jardins e parques verdes, uma sala de cinema e uma rádio que estava a cargo dos próprios doentes. No ano de 1938, a Estância do Caramulo, situada a 800 metros de altitude, era composta por 20 sanatórios com uma capacidade superior a 1100 camas.[173] Ofe-

171 Lusa, 17-05-2013, «Guarda assinala 106 anos da inauguração do Sanatório Sousa Martins» in www.guarda.pt consultado em 31 de julho de 2013.

172 Isabel Costa Santos, *Jerónimo de Lacerda e o Caramulo,* Sociedade do Caramulo, 1989.

173 Susana Maria Cavaleiro Meira, op. cit., p.64.

recia uma grande variedade de serviços clínicos modernos para a época e prestaria já serviços de Medicina Social, tratando gratuitamente doentes de classes baixas. A história da Estância do Caramulo ficou também intimamente ligada aos acontecimentos do Estado Novo e revelou profundas marcas das diversas fases do longo consulado salazarista.

A localização do Grande Hotel foi escolhida pelos seus "bons ares", zona para onde iriam, já antes da sua criação, pessoas com problemas pulmonares. A sua construção e evolução veio permitir um grande desenvolvimento da região, pois pessoas de todas as classes eram acolhidas nesta instituição. O aparecimento da vacina BCG e dos antibióticos, levaram ao declínio da Estância a partir dos anos 60, tendo o último dos seus sanatórios encerrado em 1986.

Talvez esta tradição relacionada com a saúde e o bem-estar, tenha justificado a reabilitação desta Estância Sanatorial numa moderna unidade hoteleira que, em articula um conjunto de serviços de turismo, saúde e aventura. É neste contexto que surge no Caramulo, em 1998, o Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO), uma associação sem fins lucrativos na área da investigação e do desenvolvimento. Os diversos programas permitiram uma integração e sinergia que produz uma oferta diferenciada e que dinamiza toda a região com um novo e significativo fluxo de visitantes. A permanência das preocupações com saúde neste local estão agora ligadas a novos programas relacionados com o turismo.

A experiência dos Sanatórios para Tuberculosos e a sua comparação com a Leprosaria Nacional Rovisco Pais

Estas instituições que recebiam um grande número de doentes exigiam uma dinâmica local de abastecimentos e mão de obra, que permitiram um desenvolvimento da região onde se instalavam. O reflexo da construção da Leprosaria Nacional Rovisco Pais para o povoamento da Tocha, foi à semelhança do caso da Guarda e do Caramulo, elemento dinamizador de crescimento e desenvolvimento. Teve desta forma uma importância na estrutura do povoamento da Tocha, que foi analisada por Susana Meira[174], e onde esta percebeu o impacto da Leprosaria, no território ao longo dos anos. «A partir das cartas militares de 1947, 1977, e 1999 (...) foi possível verificar que, ao longo dos anos, novos lugares vão surgindo no espaço, reflexo do progressivo aumento de população.»[175] Este aumento populacional é justificado, a partir do inicio das obras da Leprosaria, como resposta à necessidade de mão de obra para as obras, e ainda, a partir da sua abertura, de funcionários e familiares que se deslocaram para a região. Este aumento populacional proporcionou o aparecimento de novas vias de comunicação que dinamizaram e estruturaram esse novos lugares, e toda a região.

A diferença que ressalta na comparação entre os casos escolhidos, é a data da cons-

174 Susana Maria Cavaleiro Meira, op. cit.

175 Idem, p.180.

trução destas instituições: no caso do Sanatório Sousa Martins -1907-, a Estância Sanatorial do Caramulo -1928- e a Leprosaria Nacional Rovisco Pais de 1947, tendo sido projetada, em parte, já em 1941. Apesar da diferença temporal, os pontos de convergência entre casos de estudo são diversos, em especial na estrutura organizativa dos complexos hospitalares. Funcionam em localizações relativamente isoladas, tanto os Sanatórios como a Leprosaria, e procuram também uma implantação com condições benéficas para a saúde particular dos doentes que acolhem. A organização pavilhonar é também ela semelhante, e o conjunto de infraestruturas que servem toda a estrutura hospitalar, representam um nível de qualidade de conforto e de habitação, excecionais no território português. Estas qualidades não estariam presentes nas habitações, em particular, da população que seria internada na Leprosaria, pois como já foi analisado, pertenciam ao estrato de população pobre.

Os dispositivos arquitetónicos definidores dos edifícios, eram as galerias de cura, nos Sanatórios e as galerias associadas aos dormitórios, na Leprosaria.

As preocupações higienistas e sanitárias, e em especial no caso de doenças contagiosas como a tuberculose ou a lepra, exigiam equipamentos e serviços para a desinfeção e esterilização, tanto nas lavandarias como nas cozinhas, e estes existiam nos dois Sanatórios de Tuberculosos referidos, assim como na Leprosaria Rovisco Pais.

CAPÍTULO IV. Processos de Reabilitação e Perspetivas de Futuro

1. Uma primeira proposta de reestruturação de 1974.
2. Processos de transformação e adaptação a novos programas.
    2.1 Análise comparada de Centros de Reabilitação portugueses.
    2.2 Possibilidade de novos programas, perspetivas de futuro.



Cabe no presente capítulo, a identificação dos processos de reabilitação a que a Leprosaria Nacional Rovisco Pais foi submetida, e que se justificam no âmbito do decréscimo acentuado e progressivo de doentes de Hansen em Portugal. Como já foi explicado, será a partir de 1958, no Seminário Panamericano sobre a profilaxia da lepra, que se inicia o processo de condenação do isolamento compulsório e obrigatório dos doentes em leprosarias, mas que levará alguns anos a se tornar efetiva pelos avanços e recuos da eficácia dos tratamentos. As leprosarias funcionariam também como centros de investigação científica, onde se iam analisando os resultados dos tratamentos de forma direta. Será já, durante os anos 70 que os resultados positivos dos novos tratamentos de poliquimioterapia (PQT), iniciariam o processo final de encerramento das leprosarias. Em 1962, havia 859 doentes internados na Leprosaria Nacional Rovisco Pais, em 1972 eram 548 e em 1976 de 200, tendo sido neste ano publicado o Decreto-Lei nº547/76 de 10 de julho que termina com o internamento compulsivo dos doentes de Lepra.

Em 1974, será produzido o «Relatório do grupo designado para o estudo da reconversão do Hospital Colónia Rovisco Pais», e é justificado pela «diminuição da necessidade de internamento dos hansenianos, quer em virtude da maior liberalização de tratamento que a descoberta de terapêuticas eficazes veio permitir; quer ainda a consequente e gradual sub-ocupação»[176] da Leprosaria. Este grupo estabeleceu três pontos basilares sobre os quais deveria incidir este estudo: que a reconversão deveria ser parcial; definia ainda como seria efetuada essa divisão, e por fim que destino seria dado à zona reconvertida.

O primeiro ponto considera a reconversão apenas parcial, pela necessidade de prestar

176 Relatório do grupo designado para o estudo da reconversão do Hospital Colónia Rovisco Pais, 1974, CDBB.

apoio a antigos casos de doentes de Lepra e novos que pudessem aparecer, reservando assim algumas instalações para esse fim. Por outro lado, no segundo ponto, a preocupação centrou-se em decidir que edifícios se manteriam ao serviço do Instituto de Assistência aos Leprosos e quais poderiam ser libertados para outros fins. Dessa forma, como é apresentado na planta produzida nesse relatório, o complexo seria dividido em dois setores que deveriam coexistir paralela mas isoladamente, definindo o setor sul o que serviria um novo programa. Para este setor seriam libertadas 543 camas do total de 1026 da capacidade global da Leprosaria.[177] Seriam consideradas para utilização conjunta dos dois setores a cozinha e suas dependências. No terceiro ponto, foram encarados três setores como destino para a zona a reconverter, considerados como prioridades nos «Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento»[178]: o Setor da Psiquiatria, o Setor dos Hospitais e o Setor da 3ª Idade. A partir duma análise mais aprofundada este grupo designou como incompatível o Setor da Psiquiatria com os doentes de Hansen, pela necessidade que estes têm de "se aproximar de quem eventualmente o[s] rodeie". Pelo contrário, os outros dois setores foram considerados como compatíveis, e que poderiam funcionar em conjunto prestando apoio como Hospital de Retaguarda do Centro Hospitalar de Coimbra, como apoio às atividades a seguir descriminadas:

Primeira Fase de Reconversão:

-Pavilhão nº.7 – destinado a retaguarda do Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil, para internamento de hemiplégicos, paraplégicos e outros.

-Pavilhão de Santa Luísa – destinado a retaguarda do Hospital Ortopédico de Recuperação da Gala, para internamento de doentes de recuperação problemática ou arrastada.

- Casas de trabalhadores nºs. 1,2 e 3 – destinadas a "lares" da 3ª idade, umas para homens outras para mulheres, enviados através do Centro Hospitalar de Coimbra.

- Núcleos Familiares [e Casas dos maiorais] nºs. 4 e 5 – destinados a receber casais idosos, através do Centro Hospitalar de Coimbra.

(...)

Segunda Fase de Reconversão:

- Pavilhão nº 9 – destinado a doentes cardiovasculares, pulmonares e coronários crónicos e outro casos especiais, cuja permanência se não justifique no Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil.

- Núcleo Familiar [e Casa do Maioral] nº 3 – destinada a receber casais idosos, através do Centro Hospitalar de Coimbra.[179]

177 Idem, p.5.

178 Id., ibid.

179 Idem, p.10-11.

Este relatório apresentará ainda como recomendação que a utilização da Creche e do Preventório abrangesse também a família dos funcionários da Leprosaria Rovisco Pais, como a dos funcionários da zona reconvertida e ainda a população local e da área de influência do Centro de Saúde de Cantanhede. Relativamente ao bairro residencial, o relatório pretende manter a sua função inicial, reiterando a sua utilização por funcionários tanto da Leprosaria como da área de reconversão.

A solução como Hospital de Retaguarda, será reiterada por outras Comissões em 1975 e 1976, nunca tendo sido posta em prática.

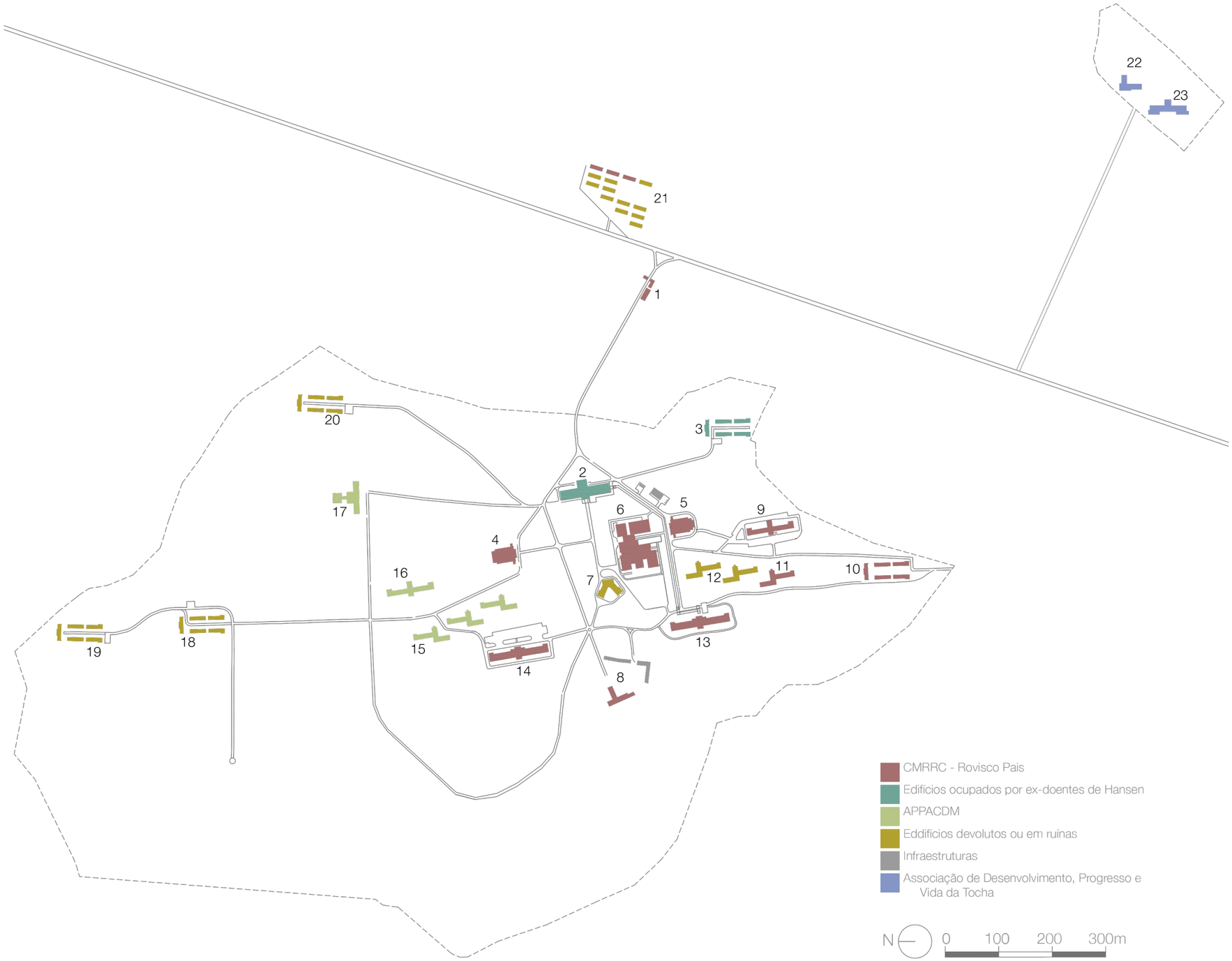
Centro de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP) e a APPA-CDM

Em 1994, pelo Despacho nº 255 de 4 de novembro, o Ministério da Saúde procedeu à nomeação de uma Comissão de Planeamento de Medicina Física e de Reabilitação. Através da sua análise territorial, a Comissão concluiu que a cobertura do país, nesta área da Medicina, era nitidamente deficitária. Como resultado da sua análise foi concluída a necessidade de criar Centros de Reabilitação distribuídos no território que funcionassem ligados à Rede de Referenciação Hospitalar permitindo uma articulação entre Centros de Saúde, Hospitais de Nível I, Hospitais Distritais Gerais e os Hospitais Centrais e Especializados.[180]

Pela necessidade de tempos de intervenção mais prolongada, nomeadamente em regime de internamento, e pela complexidade de muitas das situações obrigando à intervenção de uma equipa de reabilitação multidisciplinar, justifica-se para os casos mais graves, mas com potencial de recuperação e reabilitação, a existência de Centros de Reabilitação (por exemplo: graves perturbações secundárias, traumatismos e doenças do foro neurológico, reumatológico, ortopédico, cardiovascular e pneumológico).[181]

Este Centros de Reabilitação funcionariam para uma reabilitação ativa, dinâmica e intensiva, com vista a uma reintegração socioprofissional plena, sempre que possível. A única estrutura com características semelhantes existentes no nosso país antes da criação dos novos Centros de Reabilitação, era o Centro de Reabilitação de Alcoitão, o qual já não conseguia res-

180 Direção de Serviços de Planeamento, Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação, Direção-Geral da Saúde, Lisboa, 2003.
181 Idem, p.15.



esq. [IV.01]_Planta da antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais na atualidade, integrando os seus novos programas.
Legenda de cada edifício: 1_ Portaria; 2_ antigo Hospital atualmente ocupado por ex-doentes de Hansen; 3_ antigo Núcleo Familiar atualmente ocupado por ex-doentes de Hansen; 4_ Lavandaria; 5_ Cozinha e Refeitório; 6_ Pavilhão Dr. Santana Maia; 7_ Capela; 8_ Conventinho; 9_ Unidade de Internamento de Medicina Física e de Reabilitação; 10_ Unidade de Apoio e Formação para Acompanhantes de Doentes Internados em Reabilitação; 11_ Pousadinha; 12_ antigas Casas dos Trabalhadores em ruínas; 13_ Unidade de Cuidados Continuados; 14_ Unidade Especializada de Investigação e Apoio à Reabilitação de Lesionados Vertebromedulares; 15_ Pousadas da APPACDM; 16_ "Hotel Branco" da APPACDM; 17_ Centro Funcional da Tocha da APPACDM; 18, 19 e 20_ antigos Núcleos Familiares em ruínas; 21_ Bairro de Funcionários; 22 e 23_ Associação de Desenvolvimento, Progresso e Vida da Tocha, respetivamente, Creche e Lar de Idosos.

ponder às diversas solicitações vindas de diferentes pontos do país.

Foi neste sentido que se decidiu a necessidade de criar quatro Centros de Reabilitação: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.[182]

A Região de Saúde do Centro, constituída pela área coincidente com a dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, dispunha apenas de seis camas no Hospital Distrital de Leiria e vinte e seis camas no Hospital Distrital de Viseu. Mesmo nos casos referidos, estes Hospitais não dispunham de meios necessários para garantir a sua reabilitação integrada, permitindo a sua reeducação e readaptação para uma reinserção socioprofissional. A criação deste Centro de Reabilitação na zona centro permitiria ainda a libertação de camas de diversas especialidades hospitalares que colaboram na prestação de cuidados pós-agudos a estes doentes, como a ortopedia, traumatologia, neurotraumatologia, etc.

O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais é criado em 1996 pelo decreto-lei nº. 203/96 (de 23 de outubro), e viria a ocupar a localização da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, reaproveitando assim um complexo hospitalar que entrava em decadência, e que pela sua estrutura e dimensões permitia o acolhimento de um Centro deste tipo.

A proposta de reconversão em Hospital de Retaguarda de 1974, não viria, desta forma, a concretizar-se assim como outras propostas que foram surgindo até 1996 como por exemplo hospital especializado de SIDA e centro de tratamento de toxicodependentes. A longa espera entre a progressiva desocupação da Leprosaria e tomada de decisão relativamente ao seu futuro (1974-1996), viria ainda a ser prolongada até dezembro de 2002, ano em que o Centro de Reabilitação da Região Centro recebe os primeiros doentes.

O CMRRC-Rovisco Pais[183] funciona, desde de 2002, como hospital de nível central, especializado na prestação de cuidados diferenciados, de Medicina Física e de Reabilitação, à população dos distritos de Viseu, Guarda, Castelo Branco, Aveiro, Coimbra e Leiria.

O Programa Funcional para este Centro de Reabilitação, aprovado em 1997, definia diversos projetos de beneficiação, remodelação e construção de novos edifícios. Permitindo uma ocupação por fases, foram sendo reabilitados os edifícios que permitiam uma ocupação mais rápida. Nesse sentido, foi reabilitado o Pavilhão para Trabalhadores da zona feminina da Leprosaria, para nele se instalar a Unidade de Internamento de Medicina Física e de Reabilitação em 2002. Será já em 2005, que é reabilitado o Núcleo Familiar nº5, para funcionar como Unidade de Apoio e Formação para Acompanhantes de Doentes Internados em Reabilitação. Na proximidade da Unidade de Internamento, esta nova unidade funciona no sentido da readaptação dos internados à sua nova realidade e ainda para formar os seus acompanhantes. Esta Unidade dispunha de 16 residências em T1, e a antiga Casa do Maioral, que funciona como Centro de

182 Id., ibid.

183 CMRRC-RP abreviatura de Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais.



fig. [IV.01]



fig. [IV.02]



fig. [IV.03]



fig. [IV.04]



fig. [IV.05]



fig. [IV.06]

fig. [IV.01]_ Unidade de Internamento de Medicina Física e de Reabilitação (edifício 9). fig. [IV.02]_ Unidade de Apoio e Formação para Acompanhantes de Doentes Internados em Reabilitação (edifício 10). fig. [IV.03] e fig. [IV.04]_ Pavilhão Dr. Santana Maia (edifício 6). fig. [IV.05]_ Vista aérea do Pavilhão Dr. Santana Maia. fig. [IV.06]_ Cyber Car junto do Pavilhão Dr. Santana Maia.

Formação onde se desenvolvem as ações de formação dirigidas aos profissionais de saúde. A adaptação das casas do Núcleo Familiar para o ensino de auto-cuidados informais, necessitou de assegurar a acessibilidade universal a cada casa, visto que estas tinham um pequeno desnível. Desta forma, a cota da rua foi elevada para a cota da entrada principal das habitações, invertendo a lógica anterior da rua central com jardins junto das casas, para um jardim central e a duplicação dos acessos junto das casas. A organização interior foi mantida na sua estrutura geral, tendo no caso das habitações-modelo sido necessária a utilização do espaço exterior que fazia a transição interior/exterior, para aumentar as dimensões do espaço interior.

Nesta fase (2005), o Centro de Reabilitação tinha uma capacidade de internamento de apenas 36 doentes quando se previa instalar 156 camas. Seguindo o processo evolutivo deste centro hospitalar, foram, criados três concursos no ano de 2005, prevendo, um, a construção de um novo edifício para instalação de área terapêutica e ambulatório, a remodelação de uma cozinha e refeitório, outro, e a primeira fase de arranjos exteriores, o terceiro.[184]

Foi necessária a construção de um edifício novo, destinado à área terapêutica e ambulatório, devido às características específicas dos espaços que a compõem. Este edifício inaugurado em dezembro de 2007, encontra-se implantado dentro do setor onde se pretendia situar a generalidade das dependências relacionadas com o Centro de Reabilitação, no setor sul, numa área desocupada delimitada entre o antigo Hospital, Cozinha, Capela e Asilo feminino. A uma cota mais baixa, relativamente ao Hospital e à Capela, este edifício ocupa uma área de implantação de grandes dimensões, distinguindo-se claramente dos edifícios da Leprosaria, em especial na relação que estabelece no desenho de conjunto. Vindo a receber a designação de Pavilhão Dr. Santana Maia, esta unidade dispõe dos seguintes serviços: consultas externas, núcleo de exames especiais anexo às consultas externas, e a área de tratamento com dependências para terapia da fala, ortótica, terapia ocupacional, atividades de vida diária, fisioterapia e hidroterapia, cinesiterapia/ginásio, eletroterapia, cinesiterapia respiratória, reabilitação cardíaca e ginásio lúdico/desportivo. Este edifício apenas de piso térreo, estabelece-se por uma adição de volumes, e está organizado a partir da entrada principal. Criando uma divisão, a zona de entrada neste pavilhão, estabelece a ligação, a Oeste com a zona de ambulatório, onde se concentram as consultas externas e suas dependências, e a Este toda a área terapêutica, caracterizada pelos dois volumes de pé-direito maior, os ginásios e a piscina, que utilizam os espaços intersticiais para garantir a iluminação natural dos espaços. Este pavilhão insere-se ainda, numa rede de percursos que permitem a deslocação dos doentes entre as enfermarias e os centros de tratamentos, através da utilização de Cyber Cars. Este veículo elétrico auto-guiado assegura esse transporte de forma flexível e autónoma.

184 Jornal de Notícias, “Ministro defende mais valências no Rovisco Pais”, notícia publicada em 2005/06/14.



fig. [IV.07]



fig. [IV.08]



fig. [IV.09]



fig. [IV.10]



fig. [IV.11]



fig. [IV.12]



fig. [IV.13]



fig. [IV.14]



fig. [IV.15]



fig. [IV.16]

fig. [IV.07]_ Cozinha e Refeitório (edifício 5). fig. [IV.08]_ Unidade Especializada de Investigação e Apoio à Reabilitação de Lesionados Vertebromedulares (edifício 14). fig. [IV.09] e fig. [IV.10]_ Desenhos de projeto da Unidade de Cuidados Continuados. fig. [IV.11]_ Foto do interior da Unidade de Cuidados Continuados. fig. [IV.12]_ Unidade de Cuidados Continuados (edifício 13). fig. [IV.13]_ Foto do interior da Pousadinha. fig. [IV.14]_ Pousadinha (edifício 11). fig. [IV.15] e fig. [IV.16]_ antigas Casas dos Trabalhadores em ruínas (edifícios 12).

Igualmente inaugurada em dezembro de 2007, a Unidade Especializada de Investigação e Apoio à Reabilitação de Lesionados Vertebromedulares, foi instalada no antigo Asilo masculino situado no setor norte. A escolha do edifício estará relacionada com a facilidade, rapidez, economia e adaptabilidade que permitia este pavilhão na sua reconversão. Esta unidade é dotada com camas para internamento e várias estruturas de apoio à reabilitação: ginásio terapêutico, salas de treino específico e diversos laboratórios (marcha, urodinâmica, etc.). A reabilitação deste edifício foi caracterizada pela clara manutenção da estrutura geral do edifício, sem alterações no seu exterior, adaptando a sua organização interior às novas necessidades.

A antiga Cozinha da Leprosaria, foi também reabilitada mantendo a sua função original e servindo também como refeitório.

Com um projeto do atelier de arquitetura d-solution iniciado em 2008, foi reabilitado o antigo Asilo feminino para instalar a Unidade de Cuidados Continuados, inaugurada em maio de 2011. Segundo os autores «a intervenção partiu de três premissas fundamentais: procurar manter o esquema funcional do edifício; respeitar os valores plásticos presentes no envelope exterior ou elementos interiores mais notáveis e sempre que possível reabilitá-los; assumir com clareza e sem mimetismos aquela que seria a nossa intervenção de forma a cumprir o novo programa funcional.»[185]

Esta Unidade de convalescença destina-se a doentes de AVC e de Ortopedia que necessitem de reabilitação intensiva, e tem uma capacidade de 60 camas, distribuídas entre quartos individuais e duplos, com casa de banho privativa para cada um. O esquema organizativo do edifício original foi significativamente mantido, em especial na distribuição das funções gerais no volume central e nos topos do edifício, e na instalação dos quartos nas alas laterais. A adaptação necessária para a manutenção, em parte, da estrutura modular original, e por outro lado, as exigências programáticas, passou pela alteração para um corredor central de apoio aos quartos em ambas as fachadas. Como alteração preponderante, relativamente ao projeto original, considera-se a marcação da entrada no edifício, criando uma zona coberta de transição entre interior e exterior, através da construção de uma pala e de uma pérgula em madeira.

Das Casas dos Trabalhadores do setor feminino, foi reconvertida, a Casa situada mais a sul, em Pousadinha, funcionando como centro de férias e lazer dos beneficiários dos SSAP (Serviços Sociais da Administração Pública) e ainda como refeitório para os funcionários do CMRRC. As outras duas Casas encontram-se em estado de degradação avançado, tendo sido previsto originalmente a transformação de uma delas em Oficina de Próteses e de Bioengenharia. O Hospital e o Núcleo Familiar nº4 funcionam como residência para os ex-hansenianos idosos, que reivindicaram o direito de permanecer no local onde viveram toda a sua vida, e a receber

185 Vasco Alves, *Preto no Branco: experiências inerentes à prática profissional*, Prova final de Licenciatura em Arquitetura, Departamento de Arquitetura da FCTUC, Coimbra, 2009, p.136.



fig. [IV.16]



fig. [IV.17]



fig. [IV.18]



fig. [IV.19]



fig. [IV.20]



fig. [IV.21]



fig. [IV.22]



fig. [IV.23]



fig. [IV.24]

fig. [IV.16]_ Antigo Hospital atualmente ocupado por ex-doentes de Hansen (edifício 2). fig. [IV.17]_ Antigo Núcleo Familiar atualmente ocupado por ex-doentes de Hansen (edifícios 3). fig. [IV.18]_ Pormenor do antigo Núcleo Familiar (edifícios 3). fig. [IV.19]_ Conventinho (edifício 8). fig. [IV.20]_ "Hotel Branco" da APPACDM (edifício 16). fig. [IV.21]_ Centro Funcional da Tocha da APPACDM (edifício 17). fig. [IV.22], fig. [IV.23] e fig. [IV.24]_ Pousadas da APPACDM (edifícios 15).

apoio médico e social. Ainda assim, poucas são as casas ocupadas do Núcleo Familiar, encontrando-se algumas delas devolutas. O Hospital, apresenta também marcas de degradação, nunca tendo sido alvo de reabilitação. O Conventinho mantém a sua função original, servindo de residência a duas Irmãs que continuam a prestar assistência aos ex-hansenianos, e albergando os Serviços Administrativos do CMRCC-Rovisco Pais. Sem qualquer alteração, mantém-se também a Capela, que segundo o programa funcional, previa-se a sua preservação enquanto lugar de culto em parte, e a sua transformação em «auditório, anfiteatro, centro de documentação e sala de aula».[186]

Os restantes edifícios do setor norte, são também eles pertença do CMRCC-Rovisco Pais, mas estão cedidos, desde 1987, à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM). Esta associação, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos, que se destina à defesa e promoção dos direitos do Cidadão Deficiente Mental, através de um conjunto integrado de serviços de apoio. A "Quinta da Fonte Quente – Turismo Social", presta vários serviços na área da educação especial, formação profissional, produção e comercialização de produtos de agricultura biológica (Agronatura) e turismo social. Parte das instalações da APPACDM, funcionam como uma Quinta Pedagógica, um centro de férias que disponibiliza 138 camas, sala de refeições, bar/discoteca, salas de convívio, salas de reuniões, auditório e restantes dependências, distribuídas pelo "Hotel Branco" (antigo Pavilhão para Trabalhadores masculino) e pelas Pousadas, constituídas pelas três Casas de Trabalhadores masculinas. Em complementaridade com estas instalações, e tirando partido do espaço exterior da Quinta da Fonte Quente, foi criado um Parque Aventura e campos de jogos tradicionais. O antigo Pavilhão dos Infetocontagiosos foi convertido em Unidade Funcional da Tocha do APPACDM, funcionando como Centro de Atividades Ocupacionais, Formação Profissional, Lar Residencial, e Centro de Recursos para a Inclusão.[187] Para servir os novos propósitos todos os edifícios foram remodelados, mas não sofreram alterações preponderantes no seu desenho geral.

Os três Núcleos Familiares do setor Norte encontram-se em ruínas e a Lavandaria e as duas dependências mantém a sua função, sendo explorada pelos Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH). O Bairro Residencial, da mesma forma, serve os funcionários do CMRRC-Rovisco Pais, sendo propriedade dos Serviços Sociais do Ministério da Saúde.

Em síntese, o CMRRC-Rovisco Pais estabeleceu-se na antiga Leprosaria Nacional, e permitiu que os seus edifícios adquirissem um novo significado ainda que igualmente relacionado

186 Susana Maria Cavaleiro Meira, op. cit., p.119.

187 Site da APPACDM, consultado a 14/07/2013 em http://www.appacdmcoimbra.pt/TOCHA/QuemSomos.aspx.



fig. [IV.25]



fig. [IV.26]



fig. [IV.27]



fig. [IV.28]



fig. [IV.29]



fig. [IV.30]



fig. [IV.31]

fig. [IV.25], fig. [IV.26] e fig. [IV.27]_ Antigos Núcleos Familiares em ruínas (edifícios 18, 19 e 20 respetivamente). fig. [IV.28]_ Lavandaria (edifício 4). fig. [IV.29]_ Portaria (edifícios 1). fig. [IV.30] e fig. [IV.31]_ Bairro de Funcionários (edifícios 21).

com a assistência e a saúde. Manteve-se, a função primordial, mas alterou-se a sua organização enquanto conjunto construído, estabelecendo novas relações entre pavilhões. A distância entre edifícios não representa o desenho aconselhado para esta tipologia de centros de reabilitação, onde as distâncias, os desníveis, e em geral os obstáculos à acessibilidade são inconvenientes. O isolamento dos pavilhões implica a necessidade de encontrar soluções alternativas para a deslocação dos doentes da forma mais autónoma possível. A reconversão do antigo Asilo masculino situado no setor Norte em Unidade Especializada de Investigação e Apoio à Reabilitação de Lesionados Vertebromedulares, intensificou a desconexão do CMRRC, enquanto complexo hospitalar integrado numa lógica de conjunto. As novas necessidades de um centro deste tipo, exigiram também a adaptação de alguns espaços exteriores para zonas de estacionamento, e de alguns percursos para a circulação de veículos, alterando de forma preponderante a lógica urbana que estava subjacente à Leprosaria Nacional Rovisco Pais: o isolamento entre edifícios acentuado pela existência apenas de percursos de serviço ou informais criados pelos jardins. Desta adaptação surgiu uma rede de percursos, que foram sendo criados conforme a necessidade, mas que por isso perderam o sentido de lógica de conjunto. Da antiga “zona infetada” da Leprosaria, encontram-se sete edifícios (dos quais um é de construção nova) e um Núcleo Familiar dedicados ao CMRRC-Rovisco Pais, cinco edifícios à APPACDM e o Hospital e um Núcleo Familiar aos ex-hansenianos. Os restantes três edifícios e três Núcleos Familiares encontram-se devolutos ou em ruínas.

Associação de Desenvolvimento, Progresso e Vida da Tocha

A Quinta da Guardiosa, localização dos antigos edifícios da Creche e do Preventório, foi cedida em 1994 à Associação de Desenvolvimento, Progresso e Vida da Tocha, para instalar aí uma Creche e Jardim de Infância e um Lar de Idosos.

A Freguesia da Tocha, a mais populosa do concelho, não possuía uma instituição de Solidariedade Social , tendo sido criada em 27 de dezembro de 1994 a Associação de Desenvolvimento, Progresso e Vida da Tocha, com a finalidade de dar resposta às necessidades sentidas pelas populações.

Como objetivos estatutários esta Instituição visa promover ações de Solidariedade Social, nomeadamente atividades de proteção à Infância e Juventude, Família, Comunidade e População Ativa, aos Idosos e Deficientes, apoiar a Educação, Formação e Valorização das crianças e jovens. As principais intervenções desta IPSS inserem-se no âmbito da ação social como o apoio a idosos, com as valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário Integrado. Intervêm ainda no apoio à Infância com as valências de Creche e ATL.[188]

Relativamente ao antigo edifício da Creche é mantida a sua função original, recebendo crianças dos 0 aos 6 anos, já o Preventório é transformado em Lar de Idosos, funcionando como tal desde 1997. Esta transformação permite uma resposta a uma necessidade regional.

188 Site da Câmara Municipal de Cantanhede, consultado a 14/07/2013 em http://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/Content/?MID=7&ID=2860&MIID=390

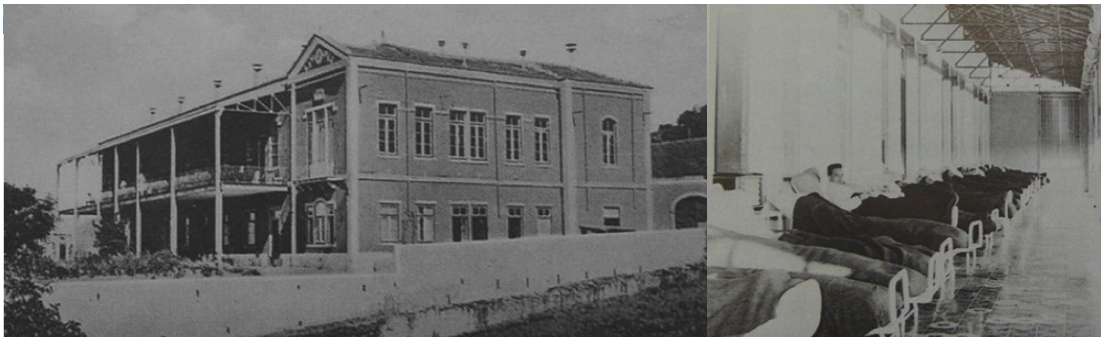


fig. [IV.32]



fig. [IV.33]



fig. [IV.34]

fig. [IV.32]_ Fotos antigas do Sanatório Vasconcelos Porto, salientando-se a galeria de cura. fig. [IV.33]_ Atual Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, vendo-se à esquerda o antigo Sanatório reabilitado. fig. [IV.34]_ Atual Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, vista da entrada.

2.1. Análise comparada de Centros de Reabilitação portugueses.

Cabe no presente capítulo, a identificação dos casos dos Centros de Medicina de Reabilitação construídos no território português. São escolhidos os casos dos centros do Sul e do Norte, ambos criados depois do CMRCC-Rovisco Pais, e com um passado semelhante de assistência a doenças infetocontagiosas.

Antigo Sanatório Vasconcelos Porto, atual Centro de Medicina de Reabilitação do Sul

As campanhas de assistência sanitária aos ferroviários nos Caminhos de Ferro do Estado, foram iniciadas em 1913, por Carlos Vasconcelos Porto, Chefe de Serviço de Fiscalização e Estatística dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste, e do qual adotou o nome. São da sua responsabilidade os primeiros esforços no sentido de se construírem sanatórios exclusivamente destinados aos funcionários da CP que tivessem contraído a Tuberculose. Será a partir da sua iniciativa que se inaugura em 1918 o primeiro sanatório deste tipo, em S. Brás de Alportel, que foi instalado numa casa de uma quinta especialmente transformada para o efeito. São outros exemplos destas campanhas o Sanatório das Penhas da Saúde (Covilhã) com projeto de Cottinelli Telmo, situada a uma altitude de 1600 metros e construída entre 1928 e 1936, e o dispensário anti-tuberculoso num dos maiores centros ferroviários do país, no Entroncamento.

O Sanatório Vasconcelos Porto foi localizado, assim como se pode verificar em grande parte dos exemplos de Sanatórios para Tuberculosos, numa zona com "bons ares para os doentes do peito", assim como, com uma boa orientação solar. Situado no Vale do Alportel, funcionava como uma espécie de casa de repouso onde os doentes se poderiam isolar do ar viciado que respiravam nos grandes centros urbanos e o seu tratamento resumia-se a uma boa alimentação, cura através do ar que respiravam e, sobretudo, ao repouso, em especial passado na galeria de cura.

A cura de ar era feita durante o dia e a noite, fosse de verão ou de inverno: durante o dia a cura era sempre feita na galeria, parcialmente coberta por vidros que protegiam os doentes do vento, do sol e da chuva; à noite a cura era feita nos próprios quartos, para tal estes foram apetrechados com um tipo de janelas que, abrindo horizontalmente, poderiam permanecer abertas durante toda a noite, com excepção do momento em que se deitavam e se levantavam.[189]

Este Sanatório exerceu as suas funções até 1991, data a partir da qual viveu vários anos

189 Maria da Fé David Brás e Celso Barbosa, *Sanatório Vasconcelos Porto: Um Esboço Histórico.*

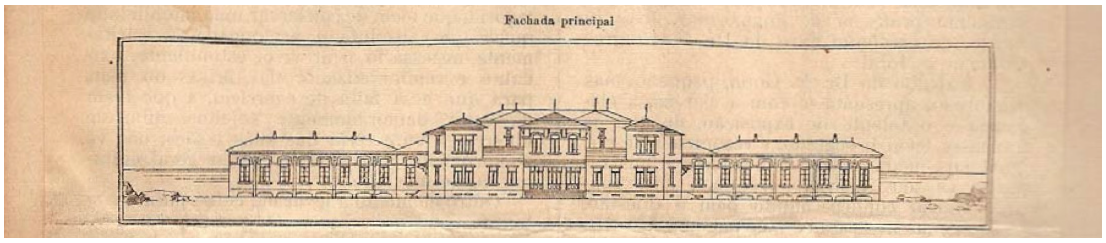


fig. [IV.35]

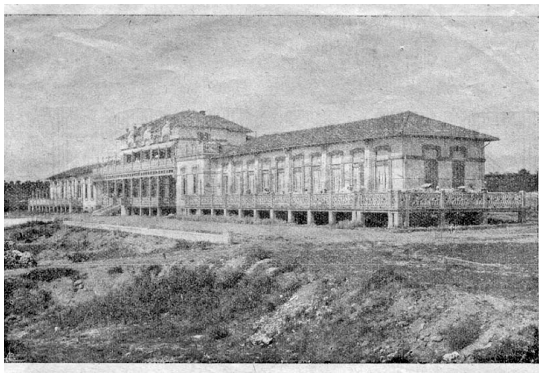


fig. [IV.36]



fig. [IV.37]



fig. [IV.38]



fig. [IV.39]



fig. [IV.40]



fig. [IV.41]



fig. [IV.42]

fig. [IV.35]_ Desenho do alçado principal do Sanatório Marítimo do Norte do arquiteto Oliveira Ferreira. fig. [IV.36], fig. [IV.37] e fig. [IV.38]_ Postais antigos do Sanatório Marítimo do Norte. fig. [IV.39] e fig. [IV.40]_ Desenhos de projeto do Centro de Reabilitação do Norte. fig. [IV.41] e fig. [IV.42]_ Vistas aéreas do Centro de Reabilitação do Norte.

de constante declínio, tanto nas suas atividades clínicas, como na degradação das suas instalações, chegando mesmo a ser perspetivada a sua saída do Serviço Nacional de Saúde com um protocolo que o entregava a uma instituição privada de solidariedade social. A partir de então, foi efetuado um programa funcional para adaptar este espaço a Centro de Medicina Física de Reabilitação.

O Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, aberto ao público em 2007, está implantado em parte no edifício (atualmente remodelado e alvo de ampliação) que acolheu durante décadas o Sanatório Vasconcelos Porto. À reconversão do edifício pré-existente foram acrescentados outros edifícios novos, para responder às necessidades do programa de Reabilitação Física: no Centro são tratadas patologias como «lesão medular, traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral e outras (lesões cranianas não-traumáticas, lesões medulares não-traumáticas doenças neurológicas, politrauma-major, guillian barré…) em regime de ambulatório e internamento».[190] Por forma a preservar a história deste equipamento de saúde, o novo Centro de Medicina de Reabilitação alberga um espaço museológico onde podem observar-se alguns dos objetos do antigo sanatório e conhecer uma síntese informativa.

Antigo Sanatório Marítimo do Norte, atual Centro de Medicina de Reabilitação do Norte

Em 1916 procedeu-se à construção do Sanatório Marítimo do Norte, em Valadares, Vila Nova de Gaia, projetado pelo arquiteto Francisco de Oliveira Ferreira, este igualmente no âmbito da Luta contra a Tuberculose. A sua proximidade com a praia, faz com que se insira dentro da tipologia de sanatórios ligadas aos tratamentos associados aos ares do mar, em contraponto com os sanatórios associados a elevadas altitudes. Tal como os exemplos referidos anteriormente a importância da luz e do ar no tratamento dos tuberculosos, exigia nos edifícios varandas, ou galerias de cura e um grande número de vãos de grandes dimensões.

A par dos outros exemplos escolhidos e como acontecia em grande parte dos casos, este tipo de instituições eram de iniciativa privada, e era através de contribuições, também elas privadas, que eram construídos. O projeto do Sanatório Marítimo do Norte foi oferecido pelo arquiteto e propunha-se «reunir na máxima simplicidade, todas as condições de um edifício modelar no género, (...) [com] gabinete de raio X, apllicação eléctrica, laboratório, pharmacia, salas de gymnastica, orthopedica, operações, banhos, etc [...]».[191] Este Sanatório sucedeu a Colónia Sanatorial Marítima da Foz do Douro (1915), e caracterizava-se pela varanda/solário em betão armado que se situava no lado poente das enfermarias e com acesso direto destas, para

190 Site do Centro de Medicina de Reabilitação-Sul consultado a 01/08/2013 em http://cmrsul.galileisaude.pt/gpsCMR/Menu/Servicos/OqueTratamos/

191 «O Commercio do Porto» de 10 de junho de 1915 apud Nuno Ferreira, *O Sanatório Marítimo do Norte e a Clínica Heliantia de Valadares. Arquitectura, Património e Saúde*.

a aplicação da helioterapia, utilizada na época no tratamento dos tuberculosos. Este Sanatório foi criado para o tratamento de crianças com Tuberculose, ou problemas respiratórios.

Um soberbo edifício, construído sob todas as exigências cientificas que semelhantes estabelecimentos exigem, e o grande sol creador entrou de exercer a sua bemfazeja influencia sobre a pobre colónia sofredora dos pequeninos doentes (...) revela ao visitante deslumbrado uma verdadeira maravilha de conforto, higiene e organização. Tudo ali é branco, como a alma ingénua da população que abriga- os doentinhos e as enfermeiras carinhosas que os tratam.(...) Depois foi uma visita demorada e minuciosa ás enfermarias ao laboratório magnifico, ás cozinhas espaçosas e claras, de reluzentes metaes e azulejos de espelhante brancura, á lavanderia, á rouparia e ao balneário.[192]

Foi também, determinante na localização do Sanatório em Valadares a proximidade com o apeadeiro dos Caminhos de ferro em Francelos que possibilitava a ligação, mais fácil e rápida na altura, entre todo o país e mesmo com a Galiza.

Inaugurado em 1917, o sanatório esteve em funcionamento até 1978, ano em que foi doado ao Estado Português por Álvaro Ferreira Alves, filho do fundador. Após esta data foi cedido à Associação S. João de Deus, que estava ligada ao Presidente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, com o objetivo de ali instalar um equipamento de apoio a enfermeiros aposentados, projeto que nunca foi posto em prática, servindo apenas de residência ao Presidente dessa Associação e respetiva família, caso que gerou diversas polémicas. Sem manutenção, o edifício foi-se degradando, situação que se resolveu com a decisão governamental de instalar ali o Centro de Reabilitação Física do Norte. A cerimónia de lançamento da "primeira pedra" desta nova fase teve lugar em 26 de junho de 2010.

Com abertura prevista para 2012, o Centro de Reabilitação está ainda por abrir pela alegada falta de "viabilidade" económica e financeira, nas palavras do ministro da saúde, Paulo Macedo, «não basta ter uma obra, é essencial saber como a manter».[193]

O programa funcional, aprovado a 25 de setembro de 2007 por Correia de Campos, foi elaborado por um grupo de trabalho, constituído por profissionais das diferentes especialidades da Medicina, e ainda Fisiatras, Enfermeiras de Reabilitação, Fisioterapeutas, Arquitetos e Engenheiros. Segundo os especialistas, como pode ler-se no documento do programa funcional, a decisão de construir este Centro no antigo sanatório de Francelos foi «tomada após uma ampla discussão técnica sobre as alternativas possíveis, tendo em conta os terrenos disponíveis e as

192 «O Século» de 22 de outubro de 1917, Espólio ESJGFA apud Anabela A. C. Amaral, Vivências Educativas da Tuberculose no Sanatório Marítimo do Norte e Clínica Heliântia (1917-1955), Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2007.

193 Jornal de Notícias, «Centro de Reabilitação do Norte abre até ao final do ano», notícia publicada em 2013-03-28 em www.jn.pt.

suas áreas de construção, acessibilidades, população abrangida versus tempos de deslocação, condições envolventes e a articulação com outras instituições hospitalares».[194]

De acordo com o programa funcional, os objetivos do Centro de Reabilitação do Norte não se devem esgotar na resposta à necessidade assistencial. O centro de reabilitação terá também uma vocação formativa e de investigação, bem como uma vocação social, de interação com as famílias, as associações de doentes e a comunidade em geral. Estas três vertentes serão asseguradas, pelas instalações específicas de reabilitação, pela possibilidade de internamento com familiar, permitindo, ao mesmo tempo, a formação e o apoio às famílias, assim como facilitar a readaptação dos doentes à sua nova realidade. A preocupação em formar, por exemplo, os familiares dos doentes reflete-se na proposta para as instalações do internamento: com uma lotação de 100 camas divididas por cinco áreas, estão previstos quartos com duas camas e instalações sanitárias, que podem ser ocupados por dois doentes ou por um doente e um familiar, já no caso da pediatria, os quartos são individuais, mas com a possibilidade de acolher um acompanhante.

Todos os edifícios constituintes do Centro de Reabilitação do Norte serão destituídos de todas e quaisquer barreiras arquitetónicas, de forma a privilegiar as acessibilidades aos utentes portadores de incapacidade, assim como a sinalética existente deverá ser clara, pormenorizada e bem visível, de forma a evitar qualquer dúvida na orientação dos utentes e reduzir a possibilidade de entropia no sistema. Idêntica situação se coloca nas instalações sanitárias, particularmente no respeitante aos acessos às mesmas, que não deve interferir com a circulação de utentes e pessoal.[195] Os amplos espaços exteriores a este Centro, incluindo cerca de 40 mil metros quadrados de arranjos exteriores deverão, segundo o programa, ser aproveitados de modo a criar condições de deambulação e inclusive locais específicos de treino de adaptação a atividades de vida diária, nomeadamente a concretização de percurso para treino de deambulação de cadeira de rodas e pista de "endurance física". Procurando ainda adotar uma nova forma de atendimento, mais adaptada a doentes funcionalmente dependentes, o Centro disporá de oito gabinetes para consultas externas, que deverá funcionar segundo o conceito "one-day clinic" , que concentra as consultas, exames e tratamentos no mesmo dia para evitar deslocações múltiplas. O edifício do antigo Sanatório Marítimo do Norte, em vias de ser classificado como património municipal, será readaptado para acolher ginásios para as diferentes terapias (incluindo piscina para hidroterapia), salas, cabinas e gabinetes.

Este projeto de reabilitação de um espaço que desde a sua génese foi assistencial, procura agora a manutenção dessas preocupações readaptando-se às novas necessidades da

194 Fernando Timóteo e Inês Schreck, *Ex-Sanatório de Francelos foi escolhido para acolher o Centro de Reabilitação do Norte*, consultado em 31/07/2013 em http://www.ajudas.com/notver.asp?id=1755.

195 Administração Regional de Saúde do Norte, *Programa Funcional: Centro de Reabilitação do Norte*, p.3.

população.

Comparação entre os Centros de Reabilitação do Centro, do Sul e Norte

Os três Centros de Reabilitação do Centro, Sul e Norte partilhando um passado semelhante, fazem parte da Rede de Referenciação Hospitalar, integrando com o Centro de Reabilitação de Alcoitão, o conjunto de centros hospitalares dedicados a uma reabilitação ativa, dinâmica e intensiva, com vista a uma reintegração socioprofissional dos seus doentes. Estes centros funcionam ainda como centros de investigação na área da Reabilitação.

Construídos em antigos Sanatórios para Tuberculosos, os Centros de Reabilitação do Sul e do Norte, reaproveitaram os edifícios pré-existentes, um pavilhão em cada caso, e construíram novas instalações para albergar o grosso do programa. No caso de estudo deste trabalho, apenas foi construído um edifício novo, pois o complexo hospitalar da Leprosaria, construído à escala nacional, era dotado de diversos pavilhões. De programas muito semelhantes, os diferentes centros de reabilitação foram permitindo, uma evolução tanto no seu programa, como na sua concretização construída. O CMRRC-Rovisco Pais, construído em diversas fases, é caracterizado pelo seu conjunto disperso, que não estabelece uma organização urbana integrada e unitária. Já no caso dos dois Centros de Reabilitação do Sul e do Norte, a organização do programa que os constitui é estabelecida apenas em duas partes: o sanatório reabilitado e um novo edifício de grandes dimensões.

A escolha das diversas pré-existências para funcionarem como Centros de Reabilitação, está relacionada com a sua localização, por um lado, em zonas com algum afastamento dos centros urbanos, mas ainda assim com boas acessibilidades, e por outro a relação que estes estabelecem com a envolvente, favorecendo zonas calmas e que permitam a utilização de espaços exteriores. Todos estes fatores estavam assegurados em espaços como os Sanatórios para Tuberculosos e na Leprosaria da Tocha.

2.2. Possibilidade de novos programas, Perspetivas de Futuro.

O enquadramento histórico dos exemplos internacionais no campo das leprosarias, permite também no presente capítulo, a análise da transformação programática destes espaços, dedicados na sua génese ao isolamento de doentes de Hansen. Com o aparecimento de tratamentos e mais tarde da cura para a Lepra, deu-se início a um processo de transformação das Leprosarias, em especial programática, e que teve impacto no modo de funcionamento dos diversos edifícios e de todo o seu conjunto.

As leprosarias norueguesas, que criaram o "modelo norueguês" de isolamento de doentes de Lepra, foram alterando as suas funções, mas mantiveram na sua maioria um programa relacionado com a saúde. Dentro destas, a mais antiga, St. Jørgen Hospital, funciona hoje como Museu da Lepra (Lepramuseet) relatando o papel da doença na história da Noruega. O Pleiestiftelsen for Spedalske nº1 recebeu até 1955, os doentes vindos das outras leprosarias norueguesas que, ao longo do tempo, foram encerrando, transformando-se, nesta data, em Centro de Reabilitação.[196]

Tendo contribuído no campo da investigação para a cura da Lepra, a antiga leprosaria Norte-Americana de Carville (Louisiana Leper Home,1894) funciona hoje como museu, o National Hansen´s Disease Museam, e acolhe ainda alguns pacientes que sofreram da doença de Hansen, e que pela desvinculação com a sociedade e o mundo exterior necessitaram de permanecer nas suas instalações, à semelhança do que se acontece no caso de estudo deste trabalho. Os edifícios que pertenciam a esta leprosaria albergam ainda um Hospital Militar e as instalações da Louisiana National Guard. O museu apoia o National Hansen´s Disease Program no sentido da educação e sensibilização do público sobre a história da Lepra, em particular sobre aquela instituição, com exposições e recreações de alguns espaços que a compunham.

O Sanatório de Fontilles em Espanha, à semelhança de Carville e do Rovisco Pais, acolhe ainda hoje 43 ex-hansenianos, garantindo-lhes os cuidados geriátricos necessários. Com mais de 100 anos (desde 1909), esta instituição funciona hoje como centro de investigação e formação da doença de Hansen, que apesar da existência de cura, e da sua prevalência ser residual na Europa, é muito abundante em África, Ásia e América do Sul.[197] Neste sentido, encontra-se aqui sediada a Associação Fontilles, uma ONG que desenvolve programas no sentido da erradicação da Lepra e outras doenças associadas à pobreza, com projetos de cooperação sanitária. Estão também aqui instalados o Centro Geriátrico Borja e uma «estancia temporal hos-

196 Leprosy Archives in Bergen, consultado a 15/07/2013 em http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/webmeny.exe?slag=visside&kat=lepra-eng&n1=1&dok=intro.htm.

197 Àngels Gallardo, *La última leprosería de Europa cumple 100 años estigmatizada*, notícia de 21 de janeiro de 2009 em www.elperiodico.com.

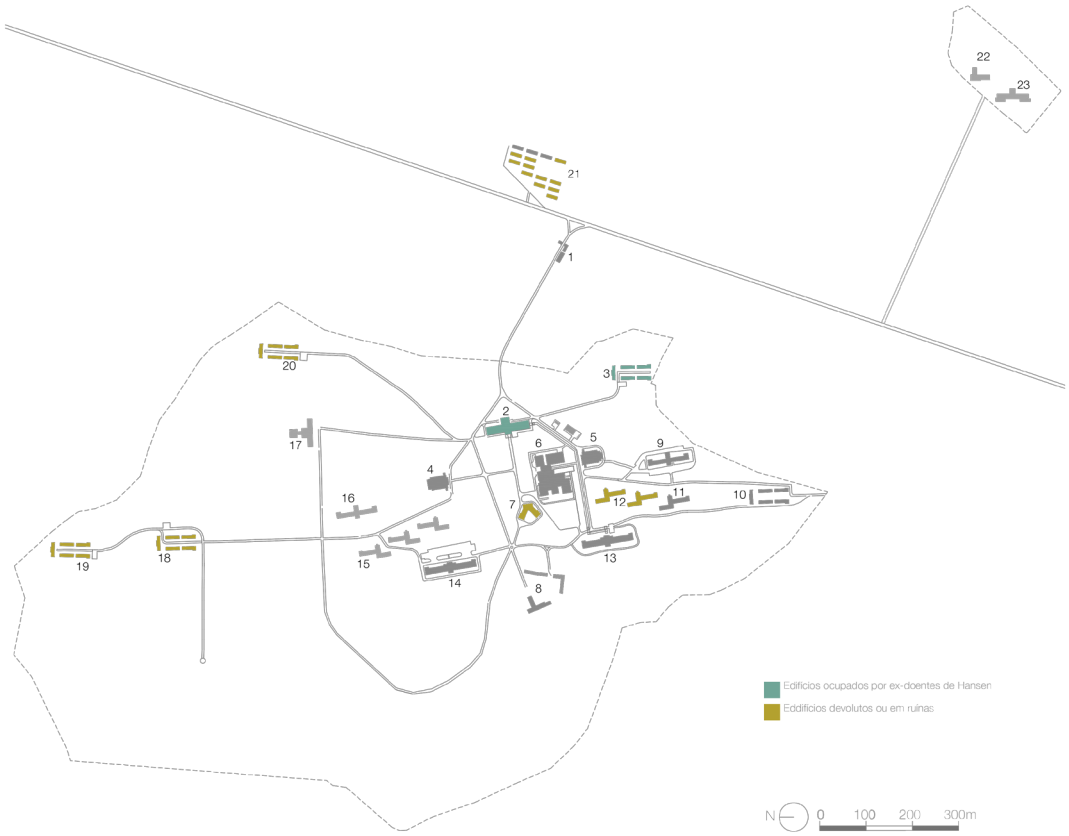


fig. [IV.43]



fig. [IV.44]



fig. [IV.45]



fig. [IV.46]



fig. [IV.47]

fig. [IV.43]_ Esquema dos edifícios em ruína, sem função, ou ainda, tal como o Hospital, que se necessitam de reabilitação e de repensar dos seus programas. fig. [IV.44]_ Foto de uma casa-tipo de um Núcleo Familiar em ruína. fig. [IV.45]_ Foto de uma Casa do Maioral de um Núcleo Familiar em ruína. fig. [IV.46]_ Foto do exterior da Capela. fig. [IV.47]_ Foto do interior de uma das naves da Capela.

pitalaria»[198] prestando serviços sócio-sanitários em períodos pós-operatórios, convalescença, patologias crónicas, etc.

No Brasil, do grande número de leprosarias construídas (cerca de 70[199]), estão hoje apenas 22 parcialmente ativas, mantendo a função de tratamento da Lepra (sem isolamento), sendo o Brasil o segundo país do mundo com maior número de casos -com 34 mil novos casos registados em 2011-. Dos exemplos já referidos no capítulo de identificação tipológica, o Leprosário São Roque foi transformado em 1987 em Centro de Produção e Pesquisa Imunológica (CPPI) e o Leprosário Modelo Santo Ângelo é atualmente o Hospital Colónia Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalganti que trata pacientes com doenças crónicas, e ainda 162 ex-hansenianos (em 2012) que continuam a viver nas suas instalações.

A permanência do programa ligado à saúde é transversal às antigas leprosarias referidas tendo sofrido, na maior parte dos casos, pequenas adaptações sem alterações preponderantes na sua configuração de conjunto e desenho de edifícios.

Em muitas das antigas leprosarias permanece também uma pequena comunidade de ex-doentes de Lepra, que por desvinculação com a sociedade exterior e necessitando muitos deles de cuidados especiais devido às sequelas deixadas pela doença, exigiram (no caso específico português) a possibilidade de ficar e de receber os apoios necessários.

O aparecimento de novas realidades, como é o caso da Medicina de Reabilitação Física e de toda a investigação científica relacionada com o tratamento e cura de doenças, deu novos significados às antigas leprosarias e aos sanatórios para tuberculosos. As leprosarias, enquanto conjuntos hospitalares de grandes dimensões, e construídas para servir um grande número de população, perdem hoje o seu carácter monofuncional e permitem a convivência de programas diferenciados e complementares. Nos diversos casos analisados, são criados museus e arquivos, permitindo a manutenção da memória e a possibilidade desta contribuir para novas investigações no âmbito da medicina, da sociologia, etc.

A antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais transformada em Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro permitiu o prolongamento da sua função original, no sentido da saúde e da assistência. A preocupação com doentes que necessitam de uma recuperação prolongada é assim mantida, num lugar caracterizado pelo seu ambiente envolvente. Este lugar tem também, pelas qualidades ambientais que apresenta, uma associação ao turismo, como já foi explicada, relativamente à APPACDM e à Pousadinha. Ainda assim existe um grande número de edifícios devolutos, e que, no caso do Hospital tenderá para perder a sua função atual, neces-

198 Fontilles, informação sobre o Sanatório consultada a 27/07/2013 em www.fontilles.com.

199 Valor aproximado conforme a tabela apresentada por Elizabeth Castro em «O Leprosário de São Roque e a Modernidade», p.44.

sitando o repensar das suas funções. Considerar-se-á, no presente texto, as possibilidades de adição de novos programas e de complementaridade aos existentes, permitindo a reabilitação de edifícios e espaços exteriores em decadência. Neste sentido serão consideradas as vertentes da Saúde, do Turismo e do Desporto, procurando a sua complementação e integração. A clara facilidade de associação entre as três vertentes consideradas, e ainda as diversas possibilidades que se podem considerar exige um esclarecimento mais pormenorizado de intenções. Desta forma consideram-se os três binómios possíveis: Saúde-Turismo, Turismo-Desporto e Saúde-Desporto.

O CMRRC-Rovisco Pais, representando o conceito de Saúde, poderá ser associado a uma área de turismo em crescimento: o Turismo de Saúde. Através da reabilitação dos Núcleos Familiares em ruínas do setor Norte, seria possível o desenvolvimento deste conceito de Turismo de Saúde num local distante dos grandes aglomerados populacionais, com uma relação profunda com o ambiente e a natureza, com características geográficas, climatéricas e paisagísticas favoráveis a esta atividade. O desenho dos antigos Núcleos Familiares, permite também uma associação com o Turismo Rural, pelas características das suas pequenas casas, e claro está pela sua envolvente. As antigas Casas do Maioral, poderiam neste sentido funcionar como centros de tratamentos, servindo os alojamentos na sua proximidade.

A associação entre a Saúde e o Desporto, estaria relacionada especialmente com a utilização dos espaços exteriores do complexo hospitalar. O objetivo seria a criação de um centro de treinos para Desporto Adaptado, que deveria funcionar em parceria entre o CMRRC e a Federação Portuguesa de Desporto para pessoas com deficiência (FPDD), procurando não apenas a promoção do desporto adaptado, como também, a estimulação à independência, à interação com os outros, melhoria e evidenciação do espírito de autoestima. Promovendo assim, a sua reabilitação, inclusão e integração. Este Centro poderia ainda, ter uma vertente específica de desenvolvimento da prática desportiva juvenil, associada a uma Unidade de Reabilitação Pediátrica do CMRRC-Rovisco Pais.

Em complementação do Centro de Reabilitação, seriam reabilitadas as duas antigas Casas de Trabalhadores do setor feminino, para funcionarem, como já tinha sido previsto no programa funcional (Oficina de próteses e Bioengenharia), como centros de investigação e de desenvolvimento de tecnologias relacionadas com a Medicina de Reabilitação. O antigo edifício do Hospital, seria convertido, para aumentar a capacidade de internamento de Centro de Reabilitação.

A associação entre Turismo e Desporto, já existe na Quinta Pedagógica da APPACDM, mas considera-se possível a sua extensão deste tipo de atividades, como serviço disponível para o Turismo Rural dos Núcleos Familiares.

Mantendo a intenção original do Plano Funcional, relativamente à Capela, reforça-se a

necessidade da sua transformação em centro de Memória. Pelo seu desenho é possível manter a zona do altar, como uma pequena capela, acessível para todas as valências que ocupem a Quinta da Fonte Quente. As duas naves, que funcionam independentemente, permitiriam a criação por um lado de uma zona de exposição/biblioteca, onde estariam disponíveis diversa bibliografia e documentação, tanto sobre a Lepra como sobre a Reabilitação, funcionando como centro de pesquisa especializado. Em complementaridade seria criado o Arquivo tanto da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, como do atual Centro de Reabilitação, possibilitando a recuperação e organização de ampla documentação relativa à Leprosaria, que se encontra atualmente dispersa e sem possibilidade de contribuir para investigações na área. Por outro lado, a outra nave funcionaria como espaço multifuncional: como sala plana para conferências e seminários; como sala de espetáculos, permitindo um intercâmbio cultural entre as diversas instituições presentes na Quinta e na região; etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como ponto de partida para o tema em estudo na presente Dissertação, foi escolhida a antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais, pela sua especificidade no território nacional, permitindo assim para além da análise do conjunto hospitalar português, uma aproximação à realidade arquitetónica pouco estudada dos espaços dedicados ao isolamento de doentes de Lepra. A construção de Leprosarias, durante o século XIX e XX, e em que se insere o caso de estudo do trabalho, foi baseada, na experiência medieval das gafarias, onde os leprosos eram segregados da sociedade em pequenas propriedades e onde desenvolviam a agricultura e a mendicidade como modos de subsistência. Através do enquadramento histórico das gafarias medievais, foi possível entender, a dualidade da relação que a sociedade estabelecia com os doentes de Lepra: por um lado eram encarados como impuros e pecadores, e por outro eram os redentores da sociedade, alvo da sua caridade e piedade. Isto refletia-se no desenho dos seus espaços de isolamento, e em especial na sua localização, que apesar de se situarem fora das cidades, as gafarias encontravam-se implantadas em zonas de passagem, contrariando assim a segregação e permitindo a mendicidade para a angariação de esmolas. As gafarias eram construídas à escala local, numa relação de proximidade com as povoações ou junto de vias de comunicação importantes, justificando-se desta forma a sua proliferação por toda a Europa, tendo sido identificadas cerca de 70 só em Portugal. A Lepra, e a consequente construção de leprosarias proliferou entre os séculos XI e XV, tendo a doença sido praticamente extinta na Europa no século XVI. A clarificação do significado do termo lazareto, permitiu a identificação de uma diferente tipologia de arquitetura de isolamento para doenças contagiosas que apareceu em Veneza no século XV, mas que em muito se diferencia das gafarias ou leprosarias. Através de uma contaminação linguística o termo lazareto criou diversas confusões, devido especialmente

à sua relação etimológica com S. Lázaro, padroeiro dos leprosos. Estes lazaretos funcionavam como estabelecimentos de quarentena portuária para passageiros e mercadorias com suspeita de doenças contagiosas (em especial a peste bubónica), diferenciando-se tanto na sua função como no seu desenho das leprosarias. Durante os séculos XVIII e XIX, os lazaretos serão desenhados segundo uma tipologia fundamentada na multiplicação e estrita divisão das várias unidades constituintes, que procurava através do afastamento dos edifícios e da criação de zonas diferenciadas favorecer o controle das doenças e a manutenção de uma atmosfera limpa em todo o recinto. Esta alteração nos pressupostos que definiam estes espaços de isolamento teve como base a evolução da arquitetura hospitalar da época.

Será já durante os séculos XIX e XX que a doença da Lepra ressurge na Europa, e que suportada pela emergente pesquisa científica e pelos novos conceitos higienistas e de assistência social, se reabilita o conceito de leprosaria, iniciando uma nova fase de construção desta tipologia hospitalar. O esquema organizacional pavilhonar, apoiado na importância de um ambiente saudável nos espaços de saúde será a base para o desenho das leprosarias. Estas deixam de ser, na sua maioria, pequenos estabelecimentos locais, para funcionarem a uma escala regional ou nacional, distribuindo o seu programa em diversos pavilhões, permitindo essa relação com o ar fresco, a luz natural e o ambiente envolvente. Assente na descoberta do bacilo causador da Lepra por Armaeur Hansen em 1871 e na consequente experiência norueguesa no isolamento de doentes em leprosarias, a Lepra é situada definitivamente no grupo das doenças contagiosas, e a construção de leprosarias é aconselhada e vista como único meio de luta contra a doença. As leprosarias europeias desta época, assim como outras construídas nas colónias europeias, funcionavam geralmente como colónias agrícolas, isoladas dos aglomerados populacionais importantes, e organizavam-se segundo uma estrutura pavilhonar que dividia entre sãos e infetados, e dentro destes últimos, entre sexos. Estas colónias eram constituídas por diversas dependências, permitindo funcionarem independente e isoladamente da sociedade.

O caso de estudo deste trabalho, a Leprosaria Nacional Rovisco Pais, absorveu de toda a experiência da construção de leprosarias, tanto europeia como brasileira, e foi claramente influenciada pela conjuntura do país, dos anos 30 e 40. Num contexto de consolidação do regime ditatorial em Portugal a situação socioeconómica revelava-se degradante, onde as populações viviam na miséria com forte incidência nas zonas rurais, em habitações sem condições mínimas de conforto ou sanitárias. O setor era dominado pelo lobby agrícola, não permitindo uma melhoria das condições de trabalho e salariais das famílias. A miséria ligada à falta de higiene e às carências alimentares permitiu a propagação de doenças como a tuberculose ou a lepra. A assistência à saúde e a ação social, tendo origem numa sociedade-previdência tenderia a ser descentralizada e a assumir singularidades locais, de modo que é possível reconhecer especificidades dentro do contexto nacional. Exemplo disso é o vasto projeto assistencialista de

Bissaya-Barreto, professor e médico-cirurgião da Universidade de Coimbra e o principal ideólogo e artífice da Leprosaria Nacional.

Bissaya-Barreto afastava-se do assistencialismo caritativo que se praticava em Portugal, aproximando-se do higienismo moderno europeu ao estipular a doença, no sentido lato, como um problema social e defendendo o seu combate na comunidade por meio da transformação das condições de vida das populações.[200] A obra de Bissaya Barreto conciliava elementos adversos, uns de inspiração modernista, outros de contornos fascistas, refletindo tanto o progressismo do seu pensamento, evidenciado pela permanente articulação científica com o exterior (inusitada no contexto autista do Estado Novo), quanto o seu compromisso político com o reformismo autoritário de pendor moralizante do mesmo regime.[201] Esse compromisso estendia-se à sua visão da arte e da arquitetura, e da relação que estabelecia com os arquitetos que projetavam as obras de sua iniciativa. A Leprosaria viria assim a ser construída segundo esta dualidade, que estabelecia não só a sua organização funcional, como também a sua concretização formal. Neste sentido terá contribuído o arquiteto Carlos Ramos, que integrou a Comissão de Obras deste complexo hospitalar, a par de Bissaya Barreto e do engenheiro Maças Fernandes.

A Leprosaria surge como resposta a um problema nacional, e nesse sentido foi construída à escala do país, permitindo o isolamento de cerca de mil doentes. Localizou-se na região centro litoral do país, onde a doença da Lepra tinha maior incidência. A sua estrutura organizativa definia-se em três setores, entre "zona infetada", "zona intermédia" e "zona sã". A "zona infetada", que compreendia o grosso das construções, assentava numa organização pavilhonar, onde cada edifício se desenhava e implantava, de certa forma, desligado do conjunto, apesar de dependentes dos serviços centrais. Esta organização refletia o programa de higienização e as preocupações sociais de Bissaya, e a sua concretização formal, representava o compromisso entre a arquitetura "oficial" do Estado Novo e o funcionalismo racional de Carlos Ramos. A economia e a simplificação no desenho do conjunto hospitalar, contribuíram para essa racionalidade funcional, e que, através da simetria espelha uma proximidade das formulações arquitetónicas clássicas. De um modo geral, as preocupações estéticas que caracterizaram a arquitetura do Hospital-Colónia, centraram-se nos conceitos de ruralidade e tradicionalistas do regime, utilizando elementos de pendor historicista e revivalista como o arco, a coluna, ou o contraforte. Toda a nação portuguesa é manifestada nos pormenores decorativos do Hospital-Colónia e estes, por seu turno, são configurados como elementos representativos de Portugal inteiro.

Os doentes para além de segregados da sociedade por se constituírem uma ameaça à ordem social eram alvo de uma imposta regeneração física e moral. Essa regeneração assenta-

200 Jorge Pais Sousa, *Bissaya Barreto: ordem e progresso*, Minerva-Historia, Coimbra, 1999, p.164.

201 Alice Cruz, *O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a* última *leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória*, p.410.

va na ideologia paternalista e ruralista do regime do Estado Novo, e a arquitetura da Leprosaria promovia o ideário moralizante da modesta e ordeira casa portuguesa, com especial enfâse nos Núcleos Familiares. A Leprosaria Nacional Rovisco Pais representa o enlace entre assistência e controlo social, tendo "Bissaya Barreto [recorrido] (...) à arquitetura como uma técnica de intervenção sobre o corpo mas também sobre o espírito."[202]

A transformação da Leprosaria, após o seu declínio, em Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro em 1996, significou uma alteração preponderante, não nos seus edifícios e espaços constituintes, mas no funcionamento do conjunto entre si e na sua relação com o exterior. A escala do recinto hospitalar da Leprosaria, representou nesta nova fase, a possibilidade de convivência entre diversos programas. Para além do CMRRC-RP, utilizam edifícios da antiga Leprosaria, a APPACDM e a Associação de Desenvolvimento, Progresso e Vida da Tocha, para além dos ex-doentes de Hansen, que permanecem no edifício do antigo Hospital recebendo cuidados geriátricos.

A antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais transformada em Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro permitiu o prolongamento da sua função original, no sentido da saúde e da assistência. A preocupação com doentes que necessitam de uma recuperação prolongada é assim mantida, mas a clara possibilidade de complementação destas funções com programas diferenciados, é o ponto de partida para o pensamento sobre o futuro, dos edifícios sem utilização e devolutos. A complementação entre Saúde, Turismo e Desporto afirma-se como um caminho que, para além de reabitar diversos edifícios e espaços exteriores, permitirá uma integração e sinergia entre programas e que produzirá uma oferta diferenciada que dinamizará toda a região. A transformação da Capela em espaço multifuncional, com zona de exposições, arquivo, biblioteca, sala plana, etc., permitiria a manutenção de uma história relativamente próxima de um hospital de especificidade singular no território nacional, contribuindo para novos estudos e investigações na área da saúde, estabelecendo uma relação direta com a área da Medicina de Reabilitação.

A antiga Leprosaria enquanto arquitetura de isolamento, caracterizada pela desvinculação com a sociedade e com a sua envolvente, transformou-se através do avanço científico e dos conceitos médicos e sociais, num espaço habitado por programas inclusivos e que procuram estabelecer-se num sistema territorial, tornando-se um núcleo dinamizador de atividades diferenciadas e com potencialidades estruturadoras de uma nova realidade, de crescimento da zona da Tocha e toda a região. A íntima relação entre os conceitos da Memória e da Reabilitação, tanto médica como arquitetónica, integrou-se neste estudo, na necessidade da preservação da história e do Património, e na possibilidade da integração de novos usos e programas que, respeitando o passado, respondam ao presente e ao futuro.

202 Sandra Xavier, *Em diferentes escalas: as políticas da saúde na configuração arquitetónica de uma leprosaria portuguesa*, p.10.



Referências Bibliográficas

BANDEIRINHA, José António Oliveira, *Quinas Vivas. Memória Descritiva de alguns episódios significativos do conflito entre fazer moderno e fazer nacional na arquitectura portuguesa dos anos 40*, FAUP Publicações, Porto, 1996.

BASTO, Pedro Magalhães, *Para a história da luta contra a lepra em Portugal*, Porto, 1956.

-------. *Vinte e cinco anos de actividade do Hospital Rovisco Pais (Análise da acção sanitária e evolução da endemia leprosa em Portugal Metropolitano).*

BISSAYA-BARRETO, *Subsídios para a História: A Política da Lepra em Portugal*, Vol.5, Coimbra, 1960.

-------. *Uma Obra Social: a luta contra a lepra*, vol.2, p.500-715, Coimbra Editora, Coimbra, 1970.

BASÍLIO, Marco, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, Trabalho realizado para a disciplina de História da Arquitectura Contemporânea da Licenciatura de Arquitectura da FCTUC, Coimbra, 1999.

COUTINHO, Bárbara dos Santos, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição*, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2001.

CRUZ, Alice, *A Lepra entre a opacidade do véu e a transparência do toque: interstícios de sentido na última leprosaria portuguesa*, Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

-------. *A máscara por detrás do véu do estigma: cabe o pensamento de Lévi-Strauss numa reflexão sobre a experiência da lepra?*, Antropologia Portuguesa 24/25, 2007/2008: 47-72.

-------. *O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória*, História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol.16, nº2, pág. 407-431, Rio de Janeiro, Abril-Junho, 2009.

FERNANDES, José Manuel, *Português Suave – Arquitecturas do Estado Novo*, IPPAR, Lisboa, 2003.

FERNANDEZ, Sergio, *Arquitectura Portuguesa:1930/1974*, FAUP Publicações, Porto, 1988.

FILHO, Artur Portela, *Salazarismo e Artes Plásticas*, Instituto de Cultura e Língua Portuguesa, Ministério da Educação e das Universidades, 1982.

FRANÇA, José-Augusto, *Os anos 40 na Arte Portuguesa*, Vol. 6, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1982.

-------. *A Arte em Portugal no Século XX – 1911-1961*, Bertrand, Lisboa, 1974.

Fundação Bissaya-Barreto, *Bissaya-Barreto, Um Homem de Causas*, Fotobiografia, Coimbra, 2008.

MATTOSO, José (Dir.), *História de Portugal,* volume *"Estado Novo"*, Círculo de Leitores,1994.

-------. *História da Vida Privada em Portugal: A Idade Média,* Círculo de Leitores, 2010.

MEIRA, Susana Maria Cavaleiro, *O Hospital Rovisco Pais: um espaço de inovação: a sua importância na estrutura do povoamento da Tocha*, Dissertação de Mestrado em Geografia Humana – Território e Desenvolvimento da FLUC, Coimbra, 2008.

NEVES, Hermano, *Visita à Leprosaria de Carville*, 1965.

PEREIRA, Nuno Teotónio, *A Arquitectura do Estado Novo, de 1926 a 1959* in *O Estado Novo – das Origens ao Fim da Autarcia, 1926-1959*; vol. II, p. 323-357, Estudos, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1986.

PEREIRA, Paulo, *História da Arte Portuguesa*, vol.3, Circulo de Leitores, Lisboa, 1995.

PIMENTEL, Irene Flunser, *Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40*, Análise Social, vol. XXXIV (151-152), 1999.

PORTAS, Nuno, *A Evolução da Arquitectura Moderna em Portugal: uma Interpretação* in Bruno Zevi, *História da Arquitectura Moderna*, vol.2 , Ed. Arcádia, Lisboa,1970-79.

RAMOS, Carlos, *Exposição retrospectiva da sua obra*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1986.

SILVA, Manuel dos Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: última leprosaria do continente português*, Separata da Revista portuguesa da Doença de Hansen, vol.1, nº3, Setembro-Dezembro, 1962; Coimbra, 1962.

-------. *O passado e o presente em Leprologia,*

TOSTÕES, Ana; WANG, Wilfried, *Portugal: arquitectura do século XX*, Prestel, Munchen, 1997.

ZEVI, Bruno, *História da Arquitectura Moderna*, prefácio de Nuno Portas, Arcádia, 1973.

WOOLF, Stuart, *Fascismo e Autoritarismo: em busca de uma tipologia do Fascismo Europeu* in *O Estado Novo – das Origens ao Fim da Autarcia, 1926-1959*, vol.1, Estudos, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1986.

Publicações online

AGUAS, José Terencio de las, *Historia de la lepra en España*, Piel, 2005.

ALVES, Vasco, *Preto no Branco: experiências inerentes à prática profissional*, Prova final de Licenciatura em Arquitetura, Departamento de Arquitetura da FCTUC, Coimbra, 2009

AMARAL, Anabela A. C., *Vivências Educativas da Tuberculose no Sanatório Marítimo do Norte e Clínica Heliântia (1917-1955)*, Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2007.

BECHELER, Reinaldo Guilherme, *Isolamento compulsório de leprosos: percalços de um paradigma*, Mimesis, Bauru, vol. 29, nº 2, 2008.

BONASTRA, Quim, *Recintos sanitarios y espacios de control. Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria*, Dynamis, 2010.

BRODMAN, James William, “Chapter 5: Hospitals and Disease in the Medieval City”, *Charity and Welfare: Hospitals and the poor in Medieval Catalonia*, The Library of Iberian Resources Online.

BURPEE, Heather, *History of Healthcare Architecture*, Integrated Design Lab Puget Sound, 2008.
CARVALHO, Augusto da Silva, História da Lepra em Portugal, Epidemiologia Portuguesa, 1932.

CASTRO, Elizabeth Amorim de, *O Leprosário São Roque e a Modernidade, Dissertação de Mestrado em Geografia*; Universidade Federal do Paraná; Curitiba; 2005.

-------. *São Roque: um exílio. Uma análise do papel do Hospital São Roque, Piraquara, na história da hanseníase no Paraná*, Monografia (Especialização em Análise Ambiental), Departamento de Geografia, Setor de Ciências da Terra da Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2003.

CURI, Luciano Marcos*, Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*, Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

GRAÇA, Luís, *Hospitais e outros estabelecimentos assistenciais até ao final do século XV* in *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica*, Lisboa, 1996.

-------. *A política velha do Estado Novo em matéria de saúde* in *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica*, Lisboa, 1996.

HALL, Derek W., *Archaeological excavations at St Nicholas Farm, St Andrews, 1986-87*, Tayside and Fife Archaeological Journal, vol. 1, 1995.

JEANSELME, KELSCH et al., Étiologie *et prophylaxie des maladies transmissibles*, 1912.

JULIEN, C. e DAGOT Jp., *La Léproserie Saint-Lazare de Linas*, Chronique du Vieux Marcoussy,2008.

LAGET, Pierre-Louis, *Les lazarets et l’émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXe et au début du XXe siècle*, In Situ [En ligne], 2 | 2002, mis en ligne le 23 avril 2012.

MEIMA, Abraham, INGERNS, Lorentz M., et al., *Disappearance of leprosy from Norway: an exploration of critical factors using an epidemiological modelling approach*, International Journal of Epidemiology, Great Britain, 2002.

MESTRE, Josep e ARTIGUES, Teresa, *Lepra y sociedad en la España de la primera mitad del siglo XX: La Colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República*, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiahmque Historiam Illustrandarn. vol. 11, 1991, pp. 287-344.

PANDYA, S. S., *The first international leprosy conference, Berlin, 1897: the politics of segregation*, História, Ciências, Saúde - Manguinhos. vol. 10 (supplement 1): 161-77, 2003.

PICOT, Johan, *Histoire et histoires d’Auvergne, Notes brèves, La construction des retraits de la léproserie d’Herbet près de Montferrand à la fin du XVe siècle*.

SANTOS, Isabel Costa, *Jerónimo de Lacerda e o Caramulo*, Sociedade do Caramulo, 1989.

SILVA, Cristina Emília R., *Portugal Pequenino*, Resdomus, Grupo FCT Atlas da Casa, Centro de Estudos de Arquitetura e Urbanismo, Porto, 2010.

XAVIER, Sandra, *Em diferentes escalas: as políticas da saúde na configuração arquitetónica de*

uma leprosaria portuguesa, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

WHO, *Fifty Years of the World Health Organization in the Western Pacific Region*, Report of the Regional Director to the Regional Committee for the Western Pacific, WHO, Genebra, 1998.

Documentos

Documentos cedidos pelo Centro de Documentação Bissaya Barreto (CDBB)

Correspondência de Bissaya-Barreto para o Ministério das Finanças de 30 de dezembro de 1953.

Hospital-Colónia Rovisco Pais, Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952, Coimbra Editora, Coimbra, 1953.

Hospital-Colónia Rovisco Pais: E assim nasceu a Tocha...; Sep. De: Revista portuguesa da Doença de Hansen, vol.XI, nº3, Julho a Setembro, 1972; Coimbra, 1972.

”Relatório das Actividades Clínicas, do ano de 1964”, pelo Diretor Clínico Pedro M. C. Magalhães Basto, Hospital-Colónia Rovisco Pais, Ministério da Saúde e Assistência, Tocha, 1964.

“Relatório do grupo designado para o estudo da reconversão do Hospital Colónia Rovisco Pais”, Lisboa, 10 de Janeiro de 1974.

Documentos cedidos pela Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas (BAHOP)

Correspondência expedida pela C.O. de 22 de outubro de 1940.

Correspondência expedida pela C.O., de Bissaya-Barreto para o MOPC a 15 de março de 1941.

Correspondência expedida a 1 de abril de 1941 da C.O. para o MOPC.

Memória Descritiva e Justificativa do anteprojeto para a Leprosaria, da C.O.

Memória Descritiva e Justificativa para a 1ª fase de trabalhos de 15 de março de 1941, elaborado pela C.O.

Memória Descritiva e Justificativa para a 1ª fase de trabalhos de 15 de março de 1941, elaborado pela C.O.

Memória Descritiva e Justificativa do edifício do Hospital de 30 de outubro de 1943, elaborado pela C.O.

Programa de 14 de junho de 1939, elaborado pela C.O., aprovado pelo Ministro do Interior a 13 de março de 1940.

Websites

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais em http://www.rovisco-pais.min-saude.pt/

Centro de Medicina de Reabilitação do Sul em http://cmrsul.galileisaude.pt/gpscmr

Centro de Medicina de Reabilitação do Norte em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/Not%C3%ADcias/Centro%20de%20Reabilitação%20do%20Norte

The Leprosy Archives in Bergen. Consultado em http://digitalarkivet.uib.no/lepraarkiv/

História de Almada: Arquivo de Almada (2): O Lazareto de Lisboa em 1897, por António Frazão consultado em http://historiadealmada.blogspot.pt/2011/08/arquivo-de-almada-2-o-lazareto-de.html

Biografia de Bissaya Barreto em http://www.zurrar.blogspot.pt/

Luís Graça, *A saúde e a segurança do trabalho* em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/index.html

José Leite, *Restos de Colecção* em http://restosdecoleccao.blogspot.pt/

Imagens de Leprosarias Norueguesas em http://digitaltmuseum.no/

http://www.monumentos.pt/Site/APP_PagesUser/Default.aspx

FONTE DE IMAGENS

Capítulo I

[I.01]_ Anuário demográfico, INE, e Custódio Cónim, 1990, p.187 in *História de Portugal*, direção José Mattoso, vol.7, p.23.

[I.02]_ Hospital-Colónia Rovisco Pais*, Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952*, p.12.

[I.03]_ Hospital-Colónia Rovisco Pais, *Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952*, p.14.

[I.04]_ Custódio Cónim, 1990, pp. 255 e 256, in *História de Portugal*, direção José Mattoso, vol.7, p.23.

[I.05] e [I.06]_ Fototeca, Palácio da Foz, Arquivo O Século in *História de Portugal*, direção José Mattoso, vol.7, p.99.

[I.07]_ José Bandeirinha, *Quinas Vivas*, p.40.

[I.08]_ *Prof. Bissaya Barreto: um homem de futuro*, Suplemento do Jornal Centro, Novembro de 2008.

[I.09]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em http://postcards.delcampe.net/page/item/id,91480758,var,TROGEN--PESTALOZZI-DORF--TB,language,E.html#description

[I.10]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em http://1.bp.blogspot.com/_cjEs7XE5934/StkJY-fBlcpI/AAAAAAAACzE/W7B8Xd16PvI/s1600-h/SWScan0000100072.jpg

[I.11]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em http://www.yellowbustours.com/fotos/galerias/casa_museu_bissaya_barreto_0.99715600%201303925848.jpg

[I.12]_ Consultado a 22 de agosto de 2013 em http://4rts.files.wordpress.com/2010/02/01artdecogroot2.jpg

[I.13]_ Consultado em 3 de setembro de 2013 em http://restosdecoleccao.blogspot.pt/2011/06/cine-teatro-capitolio.html

[I.14]_ Consultado a 12 de setembro de 2013 em http://doportoenaoso.blogspot.pt/2010/09/os-planos-para-o-porto-dos-almadas-aos_28.html

[I.15]_ Consultado a 12 de setembro de 2013 em http://www.origens.pt/explorar/doc.php?id=2017

[I.16]_ *Casas Portuguesas*, de Raul Lino, Linha de Rumo, consultado a 12 de setembro de 2013 em http://linhaderumo.blogspot.pt/2011/12/leituras-64-casas-portuguesas-de-raul.html

[I.17]_ Arquivo JMF in José Manuel Fernandes, *Português Suave*, 2003, p.34.

[I.18]_ José Manuel Fernandes, *Português Suave*, 2003, p.45.

[I.19]_ Consultado a 12 de setembro de 2013 em http://biclaranja.blogs.sapo.pt/396673.html

[I.20]_ Consultado a 12 de setembro de 2013 em http://cvc.instituto-camoes.pt/conhecer/bases-tematicas/figuras-da-cultura-portuguesa/1403-carlos-ramos.html

[I.21] e [I.32]_ Consultado a 10 de julho de 2013 em http://lh3.ggpht.com/-RzOC9ddkOE8/TtilZylTTSI/AAAAAAAAOqE/9j-GgclYPhU/s1600-h/Barros--Santos-R.-do-Ouro3.jpg

[I.22], [I.23], [I.26], [I.27], [I.28], [I.29] [I.30] e [I.31]_ "O Arquitecto", *Carlos Ramos, Exposição retrospectiva da sua obra*, 1986.

[I.24] e [I.25]_ Consultado a 10 de julho de 2013 em http://doportoenaoso.blogspot.pt/2010/09/os-planos-para-o-porto-dos-almadas-aos_28.html

Capítulo II

[II.01] e [II.05]_ José Mattoso, *História da Vida Privada em Portugal: Idade Média*, 2007,pp.181 e 183.

[II.02], [II.04] e [II.07]_ M. Santos Silva, *O passado e o presente em Leprologia*, pp.4, 8 e 14.

[II.03]_ Laurinda Rosa Maciel*, "Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*, 2007, p.306.

[II.06]_ Foto tirada no Museu Ribes Vikinger, Ribe, Dinamarca in

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/54/Leprosy_bell.a.JPG

[II.08]_ Consultado a 14 de agosto de 2013 em http://www.museobiassono.it/Italiano/Mostre/GaetanoOsculati/ImmagineSingola.php?img=IsolaLazzarettoNuovoBig

[II.09]_ Planta de Benedetto Bordone, publicada em 1528. Consultado em 14 de agosto de 2013 em http://www.abitare.it/it/wp-content/uploads/2010/01/FOTO-1.jpeg_WEB.jpg

[II.10]_ Consultado a 7 de junho de 2013 em http://pages.shanti.virginia.edu/Venice_11Sp_ALAR/islands/the-lazzarettos-plague-and-trade/

[II.11]_ Consultado a 9 de junho de 2013 em http://cantinalacosta.com/2011/11/21/21-novembre-madonna-della-salute-pellegrini-dolcetti-e-castradine/

[II.12]_ Quim Bonastra, *Las formas de la reforma asistencial. El nacimiento de los lazaretos y de los hospitales renascentistas*, p.213.

[II.13]_ Consultado a 9 de junho de 2013 em http://www.storiadimilano.it/citta/Porta_Orientale/capp_lazzaretto_1630.jpg

[II.14]_ Quim Bonastra, *Recintos sanitarios y espacios de control. Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria*, p.28.

[II.15] e [II.16]_ Pierre-Louis Laget, *Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXe et au début du XXe siècle*, 2002.

[II.17] e [II.18]_ Quim Bonastra*, Recintos sanitarios y espacios de control. Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria*, p.39.

[II.19], [II.20] e [II.21]_ Rui Mendes, *Arquivo de Almada (2): O Lazareto de Lisboa em 1897*, por António Frazão, 2011, http://historiadealmada.blogspot.pt/2011/08/arquivo-de-almada-2-o-lazareto-de.html

[II.22]_ A. da Silva Carvalho, *História da Lepra em Portugal*.

[II.23]_ Anónimo, 1536-1599, https://www.rijksmuseum.nl/en/collection/RP-P-OB-78.519

[II.24]_ Consultado a 14 de agosto de 2013 em http://www.degroenevesting.nl/de-linie/113/pesthuis-en-kerkje-van-hintham.htm

[II.25]_ P.C. la Fargue, Het Leprooshuis, 1772, Haags Historisch Museum. http://www.haagsetijden.nl/entry/373/het-leprooshuis#.Ui3R-uCiqB0

[II.26]_ Het Rotterdamse Leeprooshuis, 1650, http://www.engelfriet.net/Alie/Aad/schavot.htm

[II.27]_ Archief van de Kamer van Charitate in http://www.virtueeldelftslexicon.nl/print.aspx?identifier=55622#

[II.28]_ Desenho de Willem Outgersz, 1628, Consultado a 12 de julho de 2013, http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Situatie_schets_van_dolhuys_ten_tijde_van_beleg_van_haarlem.JPG

[II.29]_ Mª João Neves, Mª Teresa Ferreira, Miguel Almeida e Sofia Wasterlain, *A Gafaria de Lagos: contributos para o conhecimento da Lepra no Portugal Moderno*.

[II.30] e [II.31]_ Susana Maria Cavaleiro Meira, *O Hospital Rovisco Pais: um espaço de inovação: a sua importância na estrutura do povoamento da Tocha*, pp.21 e 49.

[II.32]_ Lazarushuis, door A.Rademaker, Delft, Holanda. Consultado a 12 de Julho de 2013 em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lazarushuis,_door_A.Rademaker_-_Delft_-_20053279_-_RCE.jpg

[II.33]_ Adaptação da autora. Derek W Hall, *Archaeological excavations at St Nicholas Farm, St Andrews*, 1986-87, 1995, p.51

[II.34] e [II.37]_ Consultado a 10 de Maio de 2013 http://www.buildinghistory.org/articles/heritagemercy2.shtml

[II.35]_ Foto da antiga Leprosaria em Herentals (Bélgica), tirada entre 1920 e 1940. http://www.erfgoedbanknoorderkempen.be/collectie/13-bladeren-partnercollectie/10-stadsarchief-turnhout-tram-41/1766-oud-leprozenhuis

[II.36]_ Het Lazarushuis aan de Hogeweg te Amersfoort, 1740, http://www.hetutrechtsarchief.nl/beeld/Atlantis/122/_500/6122.jpg

[II.38]_ Consultado a 10 de julho de 2013 a http://www.thegreathospital.co.uk/history/medieval/background.shtml

[II.39]_ Desenho da autoria própria.

[II.40]_ Johan Picot, *Histoire et histoires d'Auvergne, Notes brèves, La construction des retraits de la léproserie d'Herbet près de Montferrand à la fin du XVe siècle*, p.87.

[II.41], [II.42] e [II.43]_ Jeanselme, Kelsch, et al., Étiologie *et prophylaxie des maladies transmis-*

sibles, 1912, pp.22, 72 e 73.

[II.44] e [II.46]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://wiki-de.genealogy.net/Lepraheim_in_Memel

[II.45]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://www.memelland-adm.de/Archiv/0504%20Gesundheitswesen/Seuchen/lepraheim_02.html

[II.47] e [II.48]_ Consultado a 10 de junho de 2013 em http://www.strindahistorielag.no/wiki/index.php?-title=Reitgjerdet_asyl

[II.49]_ Consultado a 26 de agosto de 2013 em http://digitaltmuseum.no/things/reknes-hospital-for-spedalske-i-molde/ROM/R.Fot.36737

[II.50]_ Consultado a 18 de junho de 2013 em http://digitaltmuseum.no/things/reknes-hospital-kart-over-omrdet-sj-3230-for/ROM/R.Fot.03231_1?query=reknes+kart&search_context=1&count=4&pos=0

[II.51]_ Consultado a 27 de agosto de 2013 em http://www.guiageo-europa.com/mapas/noruega.htm

[II.52]_ Consultado a 26 de agosto de 2013 em http://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Old_maps_of_Bergen

[II.53]_ Consultado a 10 de junho de 2013 em http://digitalarkivet.uib.no/lepra/pleiest.htm

[II.54]_ Lorentz M. Irgens, *The fight against leprosy in Norway in the 19th century*, 2010, p.314.

[II.55]_ Consultado a 10 de junho de 2013 em http://digitalarkivet.uib.no/lepra/lungegaard.htm

[II.56]_ Consultado a 14 de junho de 2013 em http://no.wikipedia.org/wiki/Fil:Reichborn_stjorgen.jpg

[II.57]_ Consultado a 26 de agosto de 2013 em http://www.photographersdirect.com/buyers/stockphoto.asp?imageid=1911290

[II.58]_ Consultado a 15 de novembro de 2012 em http://www.todocoleccion.net/postal-sanatorio-fontilles~x516519

[II.59]_ Consultado a 19 de junho de 2013 em http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=3835&option=com_joomgallery&Itemid=698

[II.60] e [II.61]_ Consultado a 15 de novembro de 2012 em http://www.fontilles.org/

[II.62]_ Consultado a 19 de junho de 2013 em http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=3943&option=com_joomgallery&Itemid=698

[II.63], [II.64] e [II.65]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://www.loquepasaenteneriffe.com/ocioycultura/16-03-2009/laciudadfantasma

[II.66] e [II.67]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.pt/2012/01/mas-sobre-el-cierre-del-hospital.html

[II.68]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://www.visitgreece.gr/en/greek_islands/crete/spinalonga

[II.69]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://www.leprosyhistory.org/graphics/gallery/Spinalonga%20entry%202.jpg

[II.70], [II.75] e [II.76]_ Elizabeth Amorim de Castro, *O Leprosário São Roque e a Modernidade*, 2005.

[II.71]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://www.igc.sp.gov.br/produtos/arquivos/aerofotos/Mogi_das_Cruzes_1521.jpg

[II.72], [II.73] e [II.74]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://icaatom.coc.fiocruz.br/index.php/;search?-query=santo+angelo

[II.77]_ Consultado a 17 de dezembro de 2012 em http://www.nxtbook.com/nxtbooks/leh/lcv-spring05/#/54

[II.78]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://blog.americanhistory.si.edu/.a/6a00e553a80e108834015434926c50970c-popup

[II.79] e [II.80]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://www.eneascorrea.com/index.php/2012-01-30-09-59-8/cristianismo/espiritismo-por-allan-kardec/divulgação/noticias-me/item/269-mov_esp_12072012/269-mov_esp_12072012?start=3

[II.81]_ Consultado a 17 de junho de 2013 em http://unmakingtheasylum.files.wordpress.com/2009/05/sungei-buloh-41.jpg?w=500&h=349

Capítulo III

[III.01]_ Consultado a 16 de Agosto de 2013 em http://www.jf-tocha.pt/images/mapa.gif

[III.02]_ Consultado a 16 de Agosto de 2013 em http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/79/Mapa_de_Portugal_-_Distritos_plain.png

[III.03] e [III.04]_ Consultado a 16 de Agosto de 2013 em https://maps.google.com/

[III.05], [III.06], [III.07] e [III.08]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.09], [III.11] e [III.12]_ Espólio Carlos Ramos in Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição.*

[III.10] e [III.13]_ Espólio Mário Novais in Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição.*

[III.14] e [III.15]_ *Portugal-Arquitectura Século XX* in Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição.*

[III.16] e [III.17]_ Espólio Carlos Ramos in Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição.*

[III.18], [III.19], [III.20] e [III.21]_ *Carlos Ramos, Exposição retrospectiva da sua obra*, 1986.

[III.22] e [III.24]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.23]_ Vasco Alves, *Preto no Branco: experiências inerentes à prática profissional*, Prova final de Licenciatura em Arquitetura, p.125.

[III.25]_ Marco Basílio, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 1999, anexos.

[III.26]_ Autoria própria.

[III.27]_ *Hospital-Colónia Rovisco Pais, Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952*, p.39.

[III.28], [III.30] e [III.31]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.29], [III.32] e [III.36]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.33]_ Autoria própria.

[III.34] e [III.35]_ Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

[III.37]_ Autoria própria.

[III.38], [III.39] e [III.41]_ Marco Basílio, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 1999, anexos.

[III.40]_ Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

[III.42]_ Autoria própria.

[III.43] e [III.44]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.45]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.46]_ Marco Basílio, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 1999, anexos.

[III.47]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.48], [III.53], [III.54], [III.55] e [III.56]_ Marco Basílio, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 1999, anexos.

[III.49]_ Autoria própria.

[III.50]_ Consultado a 20 de Janeiro de 2013 em http://restosdecoleccao.blogspot.pt/2012/01/leprosaria-nacional-rovisco-pais.html

[III.51] e [III.52]_ *Hospital-Colónia Rovisco Pais, Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952*, p.44.

[III.57]_ Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

[III.58]_ Autoria própria.

[III.59], [III.60] e [III.61]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.62], [III.63] e [III.64]_ Marco Basílio, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 1999, anexos.

[III.65]_ Autoria própria.

[III.66], [III.71] e [III.72]_ Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

[III.67] e [III.70]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.68]_ Bissaya-Barreto, *Uma Obra Social: a luta contra a lepra*, p.602.

[III.69]_ Consultado a 20 de Janeiro de 2013 em http://restosdecoleccao.blogspot.pt/2012/01/leprosaria-nacional-rovisco-pais.html

[III.74], [III.75], [III.76] e [III.77]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.73]_ Autoria própria.

[III.78]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.79]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.80]_ Espólio Mário Novais in Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição.*

[III.81] e [III.82]_ Autoria própria.

[III.83], [III.84] e [III.85]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.86]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.87]_ Autoria própria.

[III.88], [III.89], [III.90] e [III.91]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.92]_ Autoria própria.

[III.93]_ Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

[III.94]_ Marco Basílio, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 1999, anexos.

[III.95]_ Manuel dos Santos Silva, *Hospital-Colónia Rovisco Pais: última leprosaria do continente português*, p.45.

[III.97] e [III.99]_ *Hospital-Colónia Rovisco Pais, Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952*, p.50.

[III.96], [III.98] e [III.100]_ Fotos cedidas pela Dr.ª Maria Madalena Rico.

[III.101] e [III.103]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.102]_ Consultado a 20 de Janeiro de 2013 em http://restosdecoleccao.blogspot.pt/2012/01/leprosaria-nacional-rovisco-pais.html

[III.104] e [III.106]_ Centro de Documentação Bissaya Barreto.

[III.107]_ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

[III.105], [III.108], [III.109], [III.110], [III.111], [III.112], [III.113], [III.114], [III.115], [III.116], [III.117], [III.118] e [III.119]_ Autoria própria.

[III.120] e [III.121]_ Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

[III.122]_ *Carlos Ramos, Exposição retrospectiva da sua obra*, 1986.

[III.123]_ Espólio Carlos Ramos in Bárbara dos Santos Coutinho, *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção: a procura do compromisso entre o modernismo e a tradição.*

[III.124]_ Consultado a 20 de junho de 2013 em http://c1.quickcachr.fotos.sapo.pt/i/o9506a41f/8499740_5P6E8.jpeg

[III.125]_ Consultado a 20 de junho de 2013 em http://lh4.ggpht.com/_IYJi-lhses0/TCsKf_2NsRI/AAAAAAAABvM/KJ2yFKComHA/s1600-h/Guarda.1%5B11%5D.jpg

[III.126], [III.127] e [III.128]_ Isabel Costa Santos, *Jerónimo de Lacerda e o Caramulo, Sociedade do Caramulo*, 1989, pp.6, 7 e 11.

Capítulo IV

[IV.01], [IV.02], [IV.03], [IV.04] e [IV.06]_ Autoria própria.

[IV.05]_ Vista aérea do site http://www.bing.com/maps/

[IV.07], [IV.08], [IV.12], [IV.14], [IV.15] e [IV.16]_ Autoria própria.

[IV.09] e [IV.10]_ Vasco Alves, *Preto no Branco: experiências inerentes à prática profissional*, 2009, pp.153 e 139.

[IV.11]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em http://www.architizer.com/projects/unidade-de-cuidados-continuados-rovisco-pais/media/315150/

[IV.13]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em https://www.ssap.gov.pt/web/guest/pousadinha-da-tocha

[IV.17], [IV.18], [IV.19], [IV.20], [IV.21], [IV.22], [IV.23], [IV.24], [IV.25], [IV.26], [IV.27], [IV.28], [IV.29], [IV.30] e [IV.31]_ Autoria própria.

[IV.32]_ Vítor Matos e Ana Luísa Santos, *Living and dying with Tuberculosis: revelations from the archives of the Portuguese Sanatorium Carlos Vasconcelos Porto (1918-1991)*, CIAS, Coimbra.

[IV.33]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em http://www.sulinformacao.pt/wp-content/uploads/vista-areaCMRS.jpg

[IV.34]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em https://maps.google.com/

[IV.35], [IV.36], [IV.37] e [IV.38]_ Espólio ESJGFA in Anabela A. C. Amaral, *Vivências Educativas da Tuberculose no Sanatório Marítimo do Norte e Clínica Heliântia (1917-1955)*, pp.197, 212 e 213.

[IV.39] e [IV.40]_ ARS Norte, Centro de Reabilitação do Norte, p.6.

[IV.41]_ Consultado a 20 de agosto de 2013 em https://maps.google.com/

[IV.42]_ Consultado em 15 de Agosto de 2013 em http://www.vhm.pt/portfolio.asp?c=5

[IV.43], [IV.44], [IV.45], [IV.46] e [IV.47]_ Autoria própria.

Considerações Finais_ Autoria própria.

Todos os esquemas (exemplo esq. [II.01]) são de autoria própria.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A - Levantamento de desenhos de projeto da Leprosaria Nacional Rovisco Pais em complementação dos desenhos apresentados no corpo do trabalho.

ANEXO B - Levantamento de fotos antigas da Leprosaria Nacional Rovisco Pais em complementação das fotos apresentadas no corpo do trabalho.

(LNRP - Leprosaria Nacional Rovisco Pais)

Fontes:

BAHOP - Biblioteca e Arquivo Histórico das Obras Públicas.

CDBB - Centro de Documentação Bissya Barreto.

CMRRC-RP - Centro de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais.

Marco Basílio, LNRP - Basílio, Marco, Leprosaria Nacional Rovisco Pais, Trabalho realizado para a disciplina de História da Arquitectura Contemporânea da Licenciatura de Arquitectura da FCTUC, Coimbra, 1999.

ANEXO A

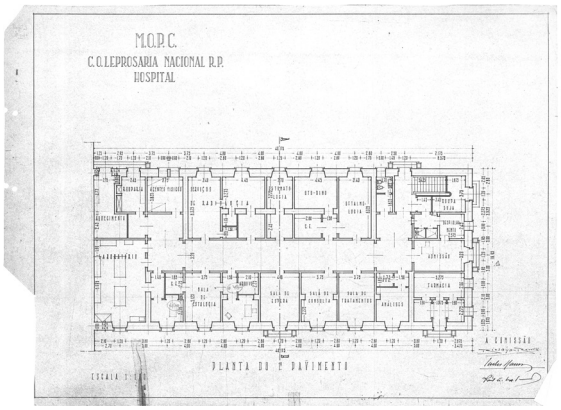


fig. [A.01]_ Planta do 1º pavimento do Hospital, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

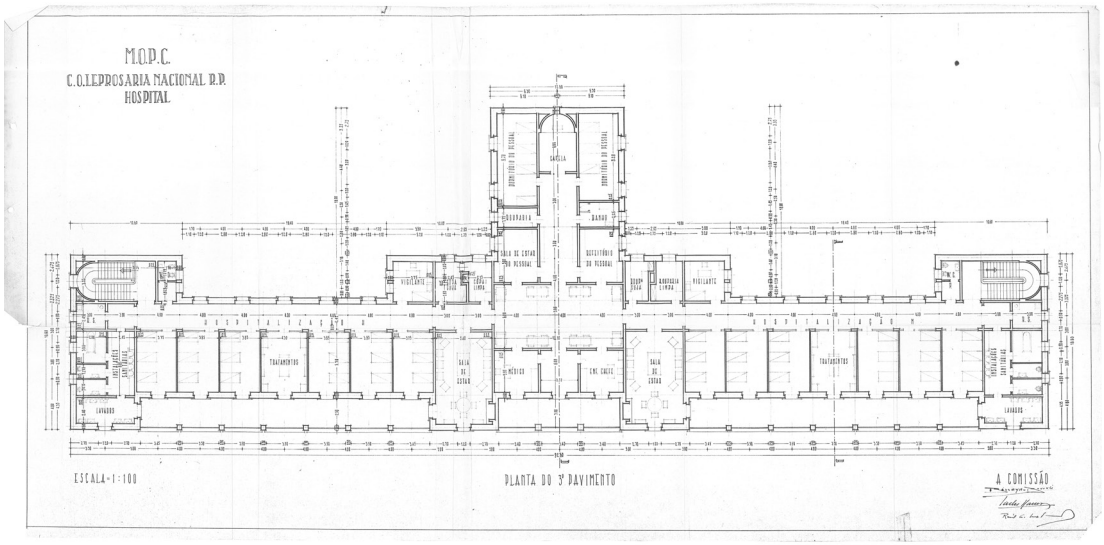


fig. [A.02]_ Planta do 3º pavimento do Hospital, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

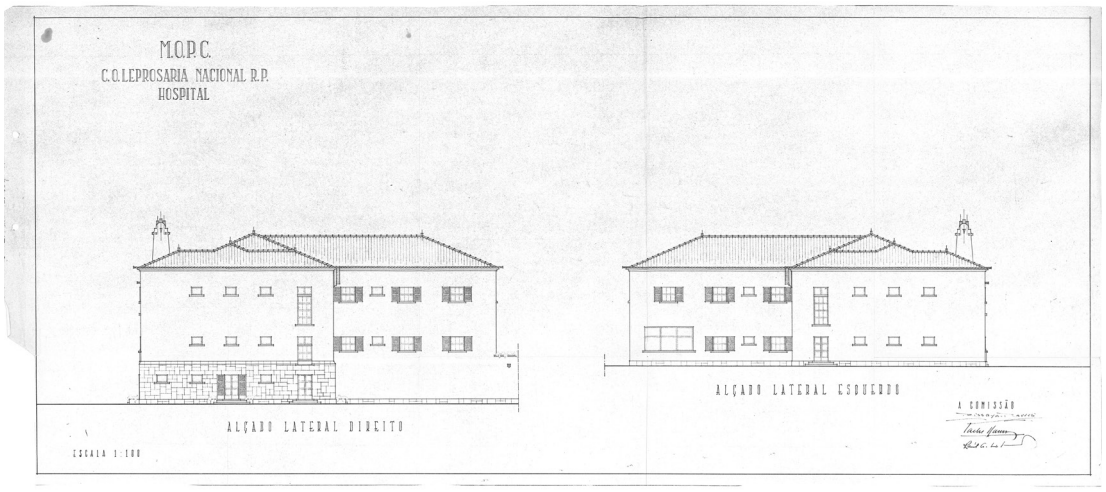


fig. [A.03]_ Alçados laterais do Hospital, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

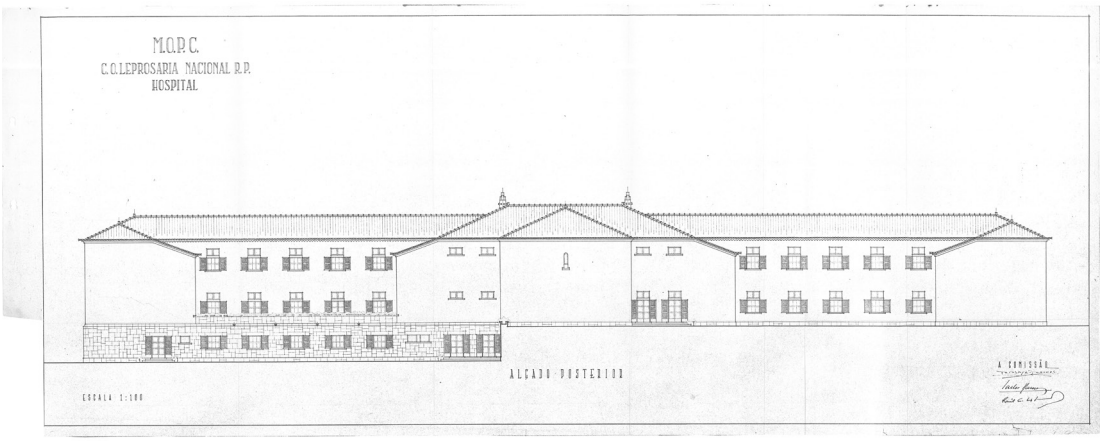


fig. [A.04]_ Alçado posterior do Hospital, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

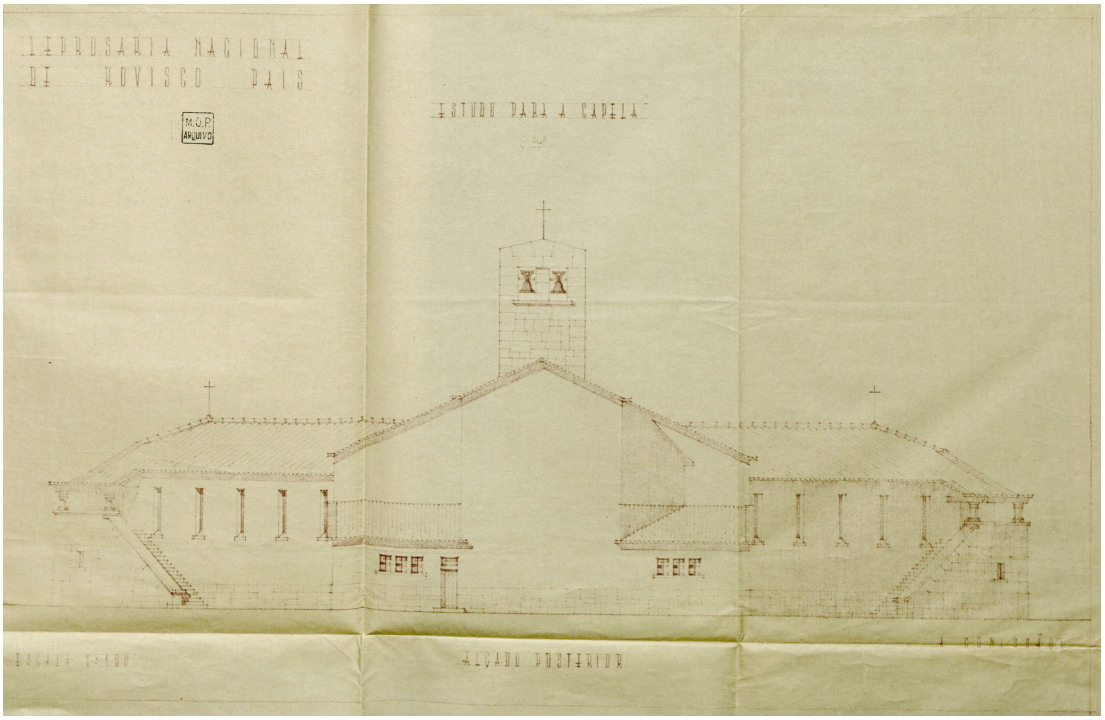


fig. [A.05]_ Alçado posterior da Capela, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

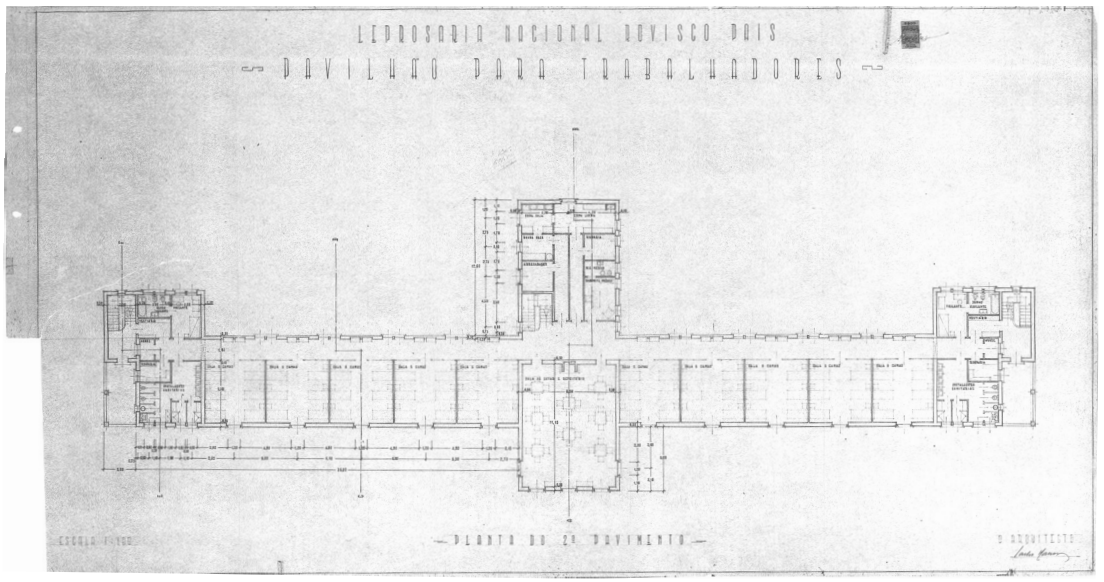


fig. [A.06]_ Planta do 2º pavimento do Pavilhão para Trabalhadores, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

ANEXO A

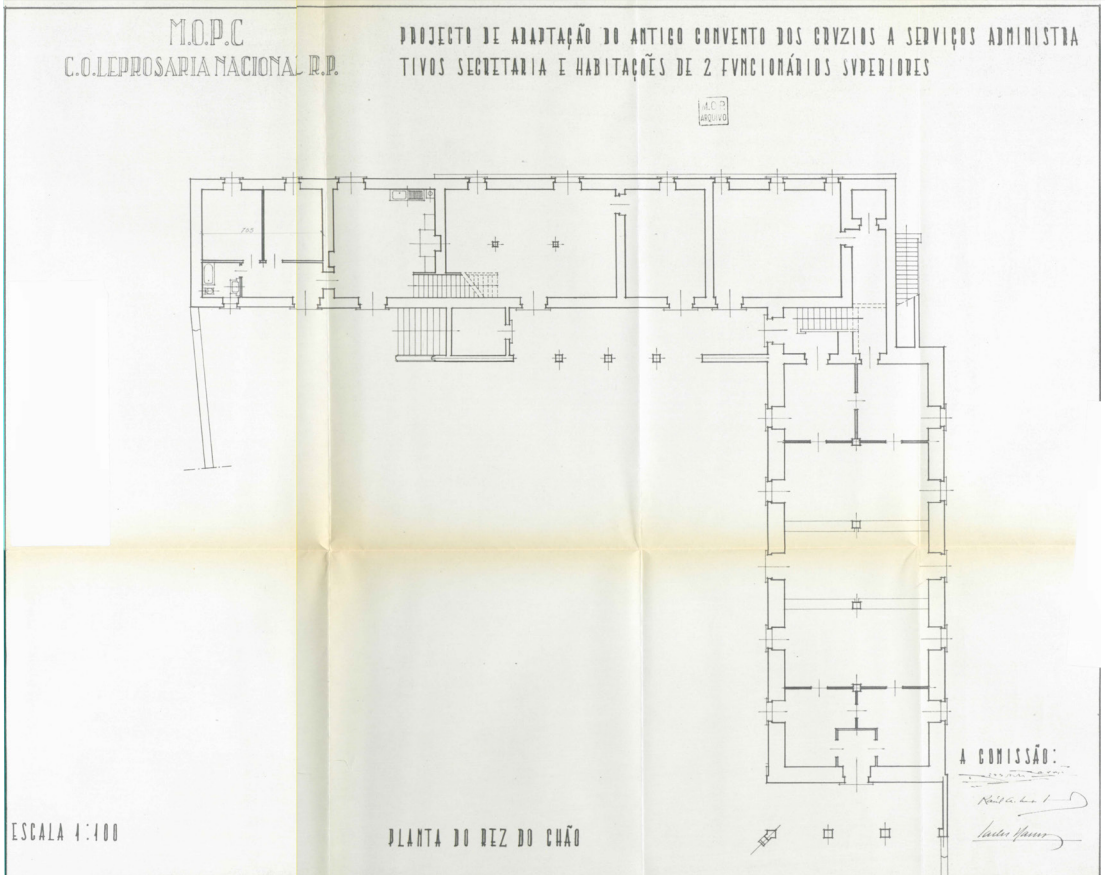


fig. [A.07]_ Planta do 1º pavimento do primeiro projeto do Conventinho, da LNRP. Fonte: BAHOP.

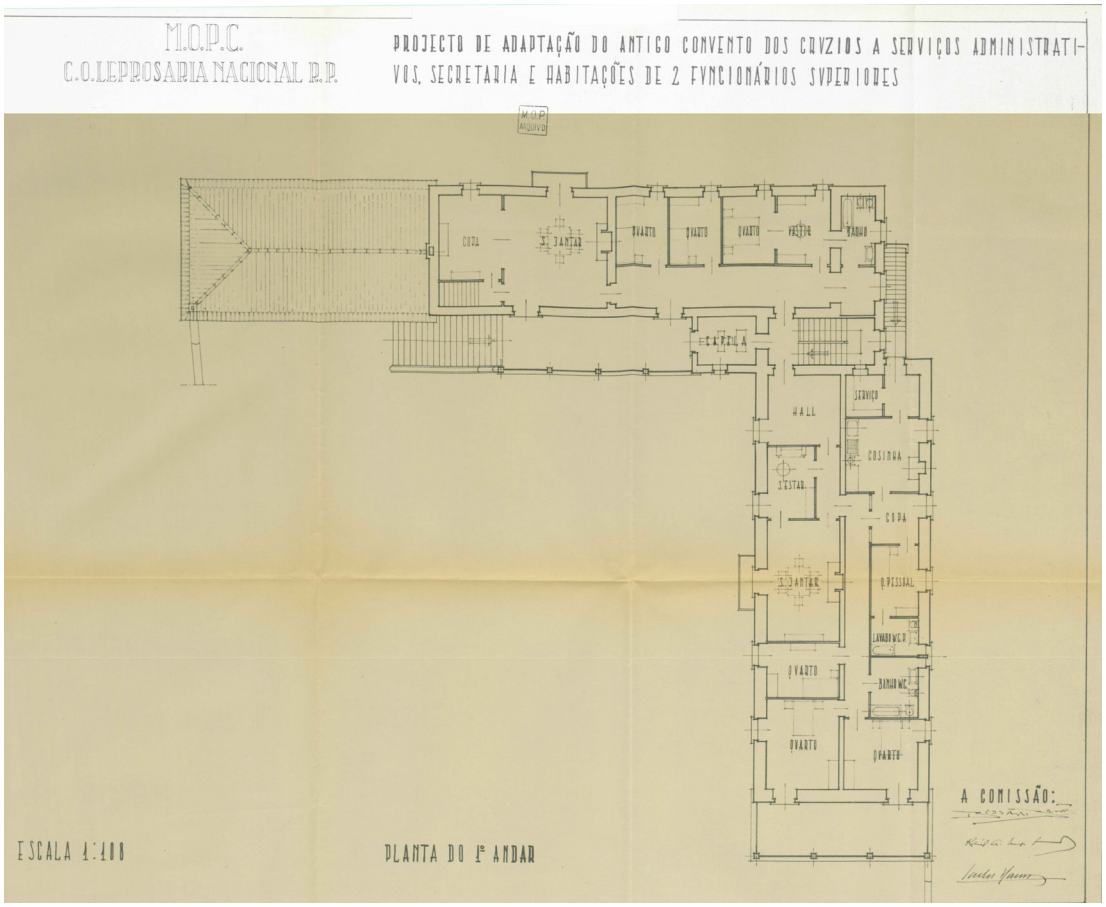


fig. [A.08]_ Planta do 2º pavimento do primeiro projeto do Conventinho, da LNRP. Fonte: BAHOP.

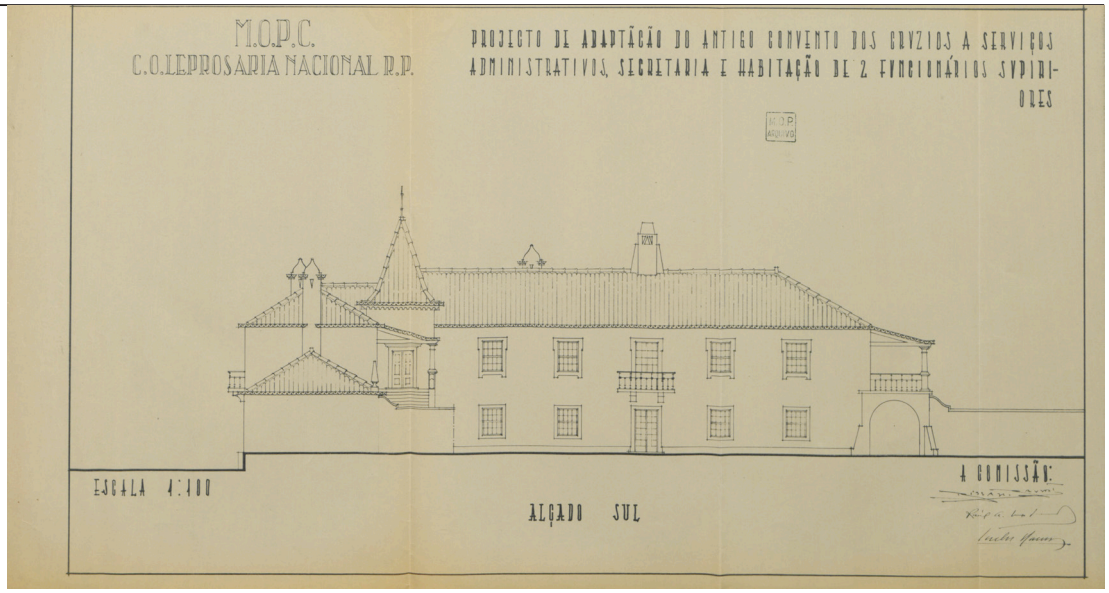


fig. [A.09]_ Alçado Sul do primeiro projeto do Conventinho, da LNRP. Fonte: BAHOP.

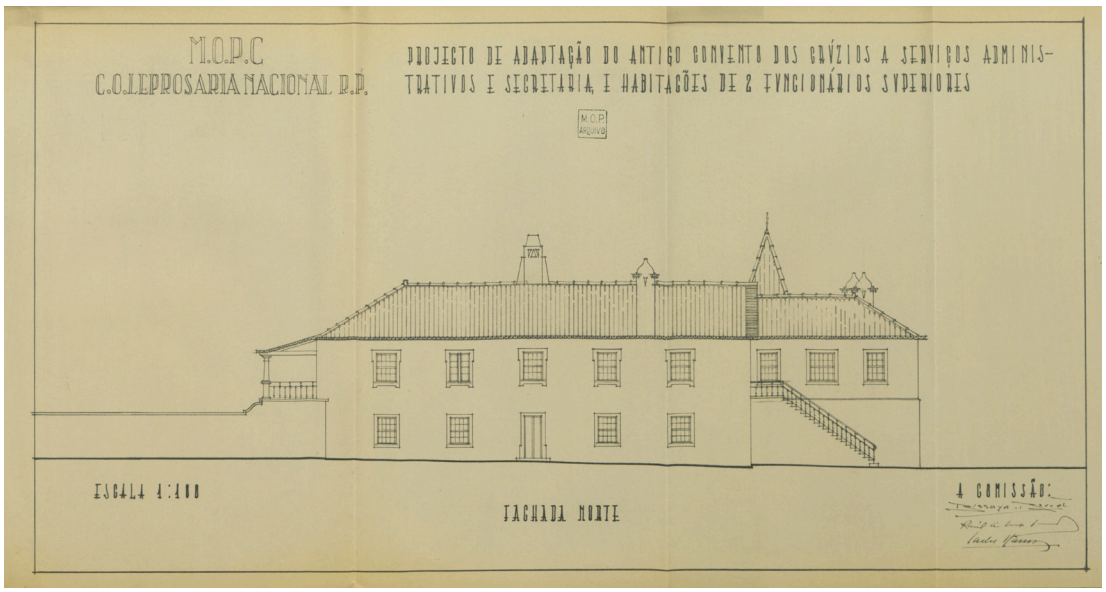


fig. [A.10]_ Alçado Norte do primeiro projeto do Conventinho, da LNRP. Fonte: BAHOP.

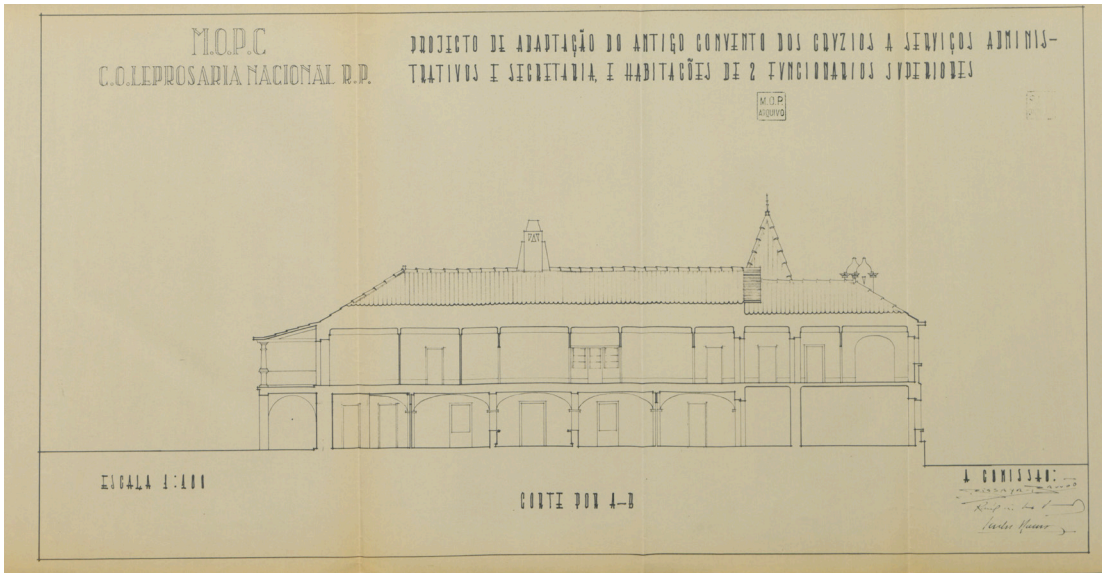


fig. [A.11]_ Corte por A-B do primeiro projeto do Conventinho, da LNRP. Fonte: BAHOP.

ANEXO A

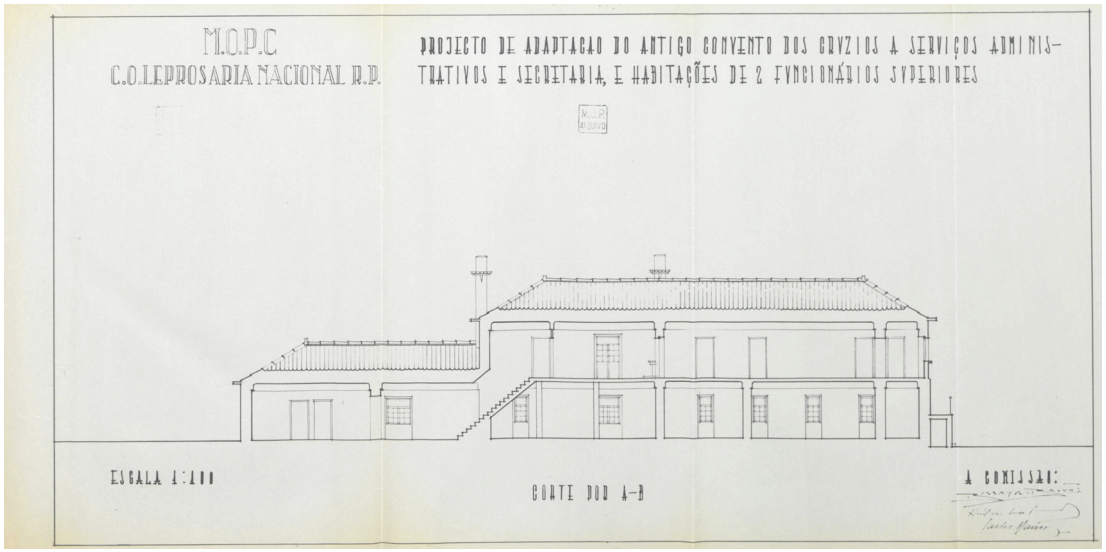


fig. [A.12]_ Corte por A-B do primeiro projeto do Conventinho, da LNRP. Fonte: BAHOP.

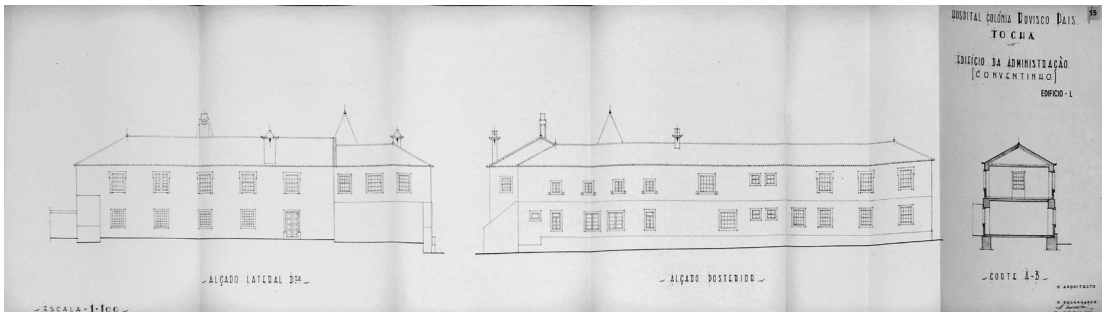


fig. [A.13]_ Alçados lateral e posterior do projeto final do Conventinho, da LNRP. Fonte: Marco Basílio, LNRP.

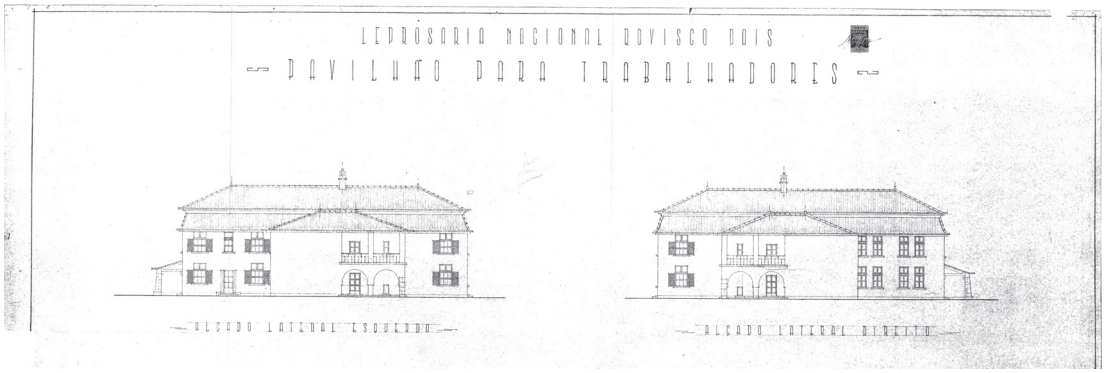


fig. [A.14]_ Alçados laterais do Pavilhão para Trabalhadores, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

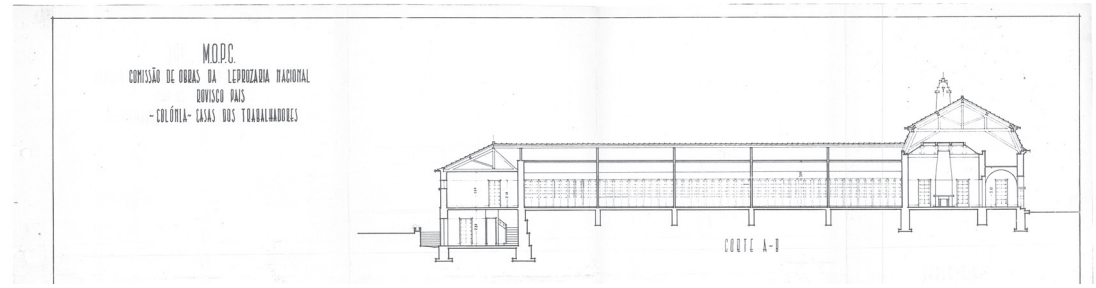


fig. [A.15]_ Corte A-B do Pavilhão para Trabalhadores, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

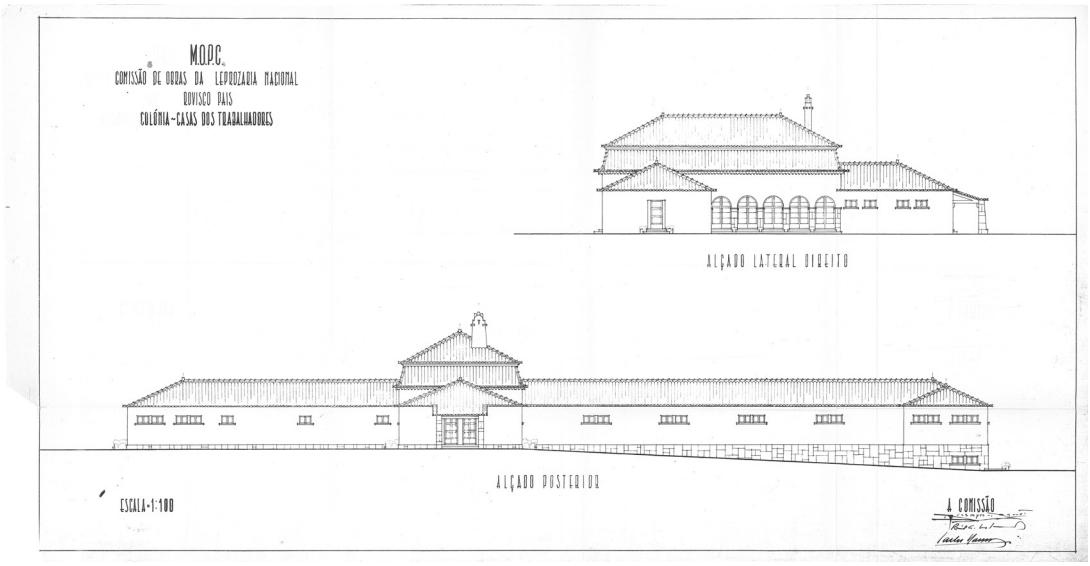


fig. [A.16]_ Alçados posterior e lateral direito do Pavilhão para Trabalhadores, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

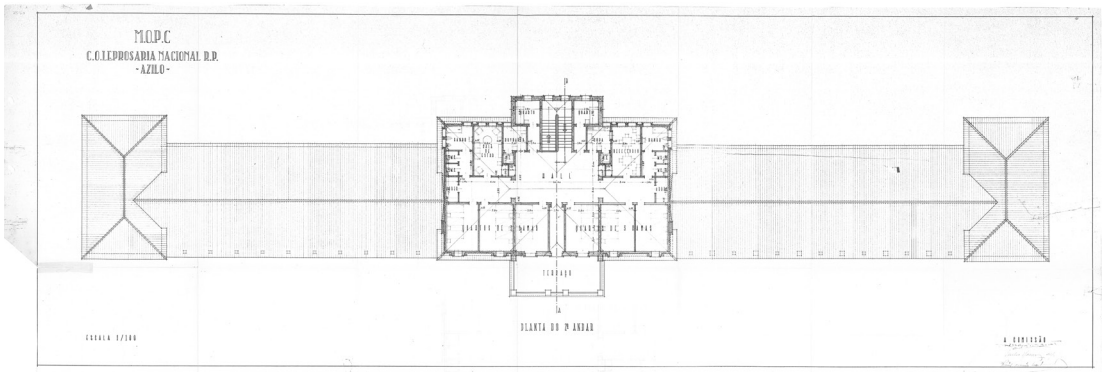


fig. [A.17]_ Planta do 3º pavimento do Asilo, da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

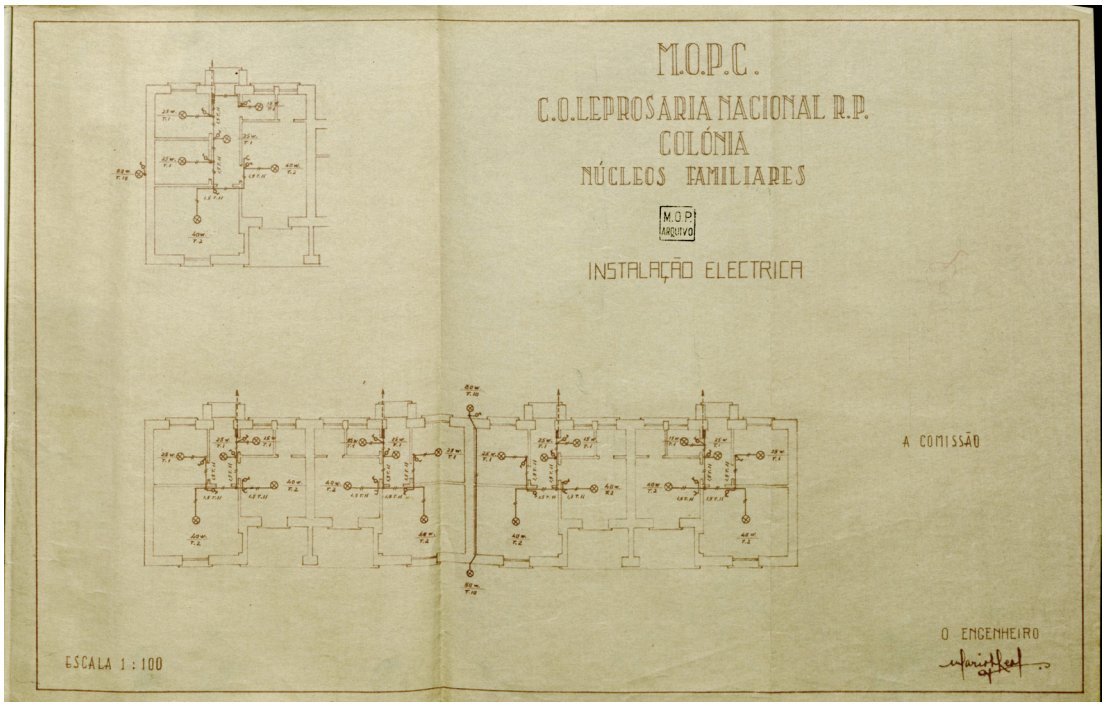


fig. [A.18]_ Planta da Instalação elétrica dos Núcleos Familiares, da LNRP. Fonte: BAHOP.

ANEXO B

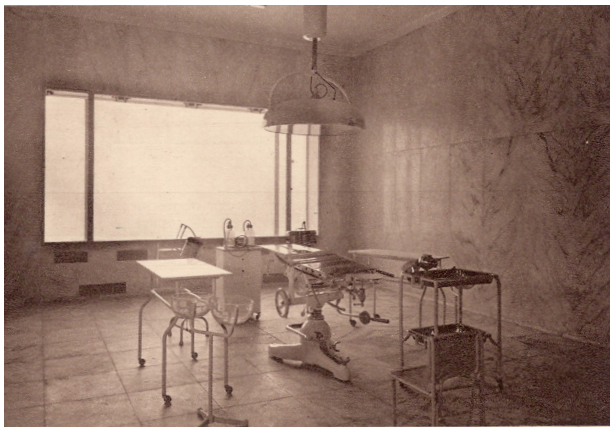


fig. [B.01]_ Sala de Operações do Hospital da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.



fig. [B.02]_ Capela da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.



fig. [B.03]_ Sala de Estar do Asilo da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.

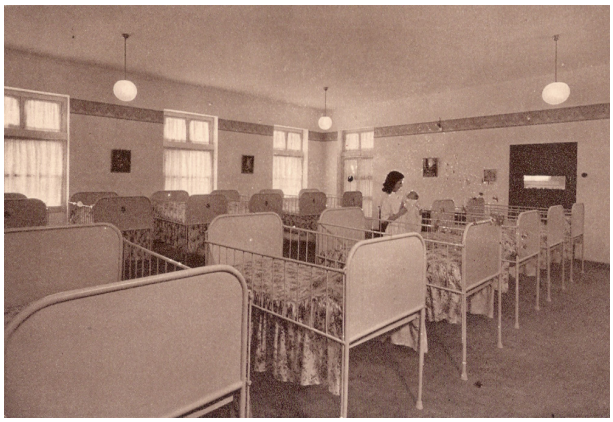


fig. [B.04]_ Dormitório do Preventório da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.



fig. [B.05]_ Preventório ou Casa de Educação e Trabalho da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.



fig. [B.06]_ Sala de Tratamento do Hospital da LNRP. Fonte: CDBB.

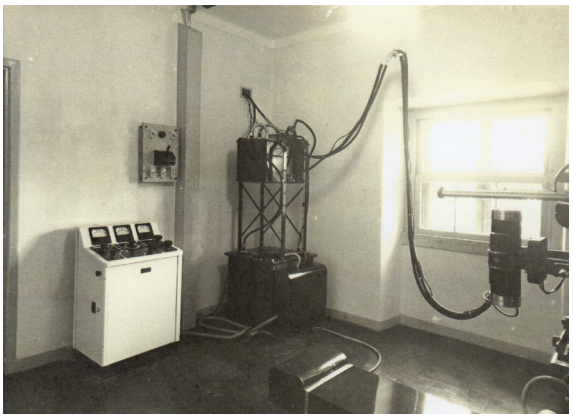


fig. [B.07]_ Sala de Tratamento do Hospital da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.08]_ Interior da Capela da LNRP. Fonte: CDBB.

ANEXO B



fig. [B.09]_ Dormitório do Hospital da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.10]_ Dormitório do Preventório da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.11]_ Sala de Estar do Asilo da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.12]_ Sala de Estar de Casa dos Trabalhadores da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.13]_ Interior de um dormitório do Asilo da LNRP. Fonte: CMRRC-RP.



fig. [B.14]_ Foto da construção da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.15]_ Foto da construção da LNRP. Fonte: CDBB.



fig. [B.16]_ Foto da construção da LNRP. Fonte: CDBB.