

**DANIEL FILIPE DE CAMPOS PINHAL**

**ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO**  
**UM PERCURSO PELAS IRMANDADES E ORDENS TERCEIRAS**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências e Tecnologia  
Curso de Arquitectura e Urbanismo

Porto  
2008

# ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO

**DANIEL FILIPE DE CAMPOS PINHAL**

**ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO**  
**UM PERCURSO PELAS IRMANDADES E ORDENS TERCEIRAS**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências e Tecnologia  
Curso de Arquitectura e Urbanismo

Porto  
2008

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO

**DANIEL FILIPE DE CAMPOS PINHAL**

**ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO**  
**UM PERCURSO PELAS IRMANDADES E ORDENS TERCEIRAS**

.....

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Arquitectura e Urbanismo.

Orientador:

Arquitecto Pedro Santiago

## Sumário

Com base na discussão em torno do conceito e do papel na prática e na teoria da arquitectura e urbanismo, elabora-se um instrumento analítico com vista a reconhecer a evolução da arquitectura hospitalar, como instrumento fundamental no desenvolvimento das cidades europeias medievais. Verifica-se então, como essa evolução e inter-relação, se reflecte nos edifícios hospitalares das Irmandades e Ordens Terceiras e na cidade do Porto, usando-se para tal, o estudo de caso, de duas instituições – Irmandade de Nossa Senhora do Terço e caridade e a Ordem Terceira da Santíssima Trindade. Conclui-se, que o percurso evolutivo da arquitectura hospitalar destas instituições, na cidade do Porto, se repete ao das restantes cidades europeias medievais, submetendo-se a particularidades explicadas pelas características do desenvolvimento histórico, social, demográfico e económico, próprias da cidade do Porto.

**Palavras-chave:** Irmandade, Ordens Terceiras, hospital, Porto, organização, fluxo, inter-relação, evolução, factores de localização.

**Abstract**

Based on discussion, around the concept and role in the practice and in the architecture and urbanism theory, has been elaborated an analytical instrument with the objective to recognize the evolution of the hospital architecture, as a basic instrument in the development of the European cities with medieval origins. It's verified, how this evolution and interrelation, is projected into the hospital buildings which belonged to "Irmandades" and "Ordens Terceiras" and into the city of Porto, using for that propose, the case study, of two institutions – "Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade" and "Ordem Terceira da Santíssima Trindade". It is concluded, that the evolution of the hospital architecture that belonged to these institutions, in Porto, resembled the one's founded on the remaining medieval European cities, submitted however to the singularity explained by the historical, social, demographic and economical characteristics, proper of Porto.

**Key-words:** "Irmandades" and "Ordens Terceiras"; hospital; Porto; flow, organization; interrelation; evolution; localization factors.

**Dedicatória**

A toda família, pelo seu suporte, com especial atenção, para a “princesa” Gabriela, o meu amor, a minha filha, dada a minha ausência neste momento inicial da sua vida.

## **Agradecimentos**

Ao Arquitecto Pedro Santiago, orientador cujo apoio foi fundamental, pela confiança, pela compreensão e pelas orientações precisas que mantiveram o trabalho sobre uma linha de pesquisa objectiva.

À família (em particular, a minha mãe, pelo incentivo em colocar-me em contacto com a pesquisa académica, pelo estímulo e pelo carinho) e amigos, pela paciência, apoio e motivação.

Esta dissertação é o resultado de uma pesquisa desenvolvida ao longo de seis meses, e precisou da ajuda de muitas pessoas para que fosse concluída. Correndo o risco de ser traído pela memória, deixando de citar alguns nomes, agradeço a todos envolvidos directa ou indirectamente com este trabalho.

**Índice**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1. OBJECTIVO GERAL E OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	11
2. JUSTIFICAÇÃO DA PESQUISA .....	11
3. METODOLOGIA E CONTINGÊNCIAS .....	12
4. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	13
<b>I. CIDADE DO PORTO.....</b>	<b>15</b>
1. ANÁLISE URBANA .....	15
i. Introdução.....	15
ii. Período Medieval: até ao século XVII .....	15
iii. Período Barroco: século XVII e 1ª metade do século XVIII.....	24
iv. Almadas: 2ª metade do século XVIII e início do século XIX.....	27
<b>II. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR .....</b>	<b>29</b>
1. ANÁLISE URBANA .....	29
2. ANÁLISE ARQUITECTÓNICA .....	34
<b>III. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO PORTO .....</b>	<b>41</b>
1. ANÁLISE URBANA .....	41
2. ANÁLISE ARQUITECTÓNICA .....	46
<b>IV. ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>51</b>
1. PROCESSO DE ANÁLISE .....	51
i. Análise histórica .....	51
ii. Análise urbana .....	51
iii. Análise arquitectónica .....	51
2. IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DO TERÇO E CARIDADE .....	51
i. Análise histórica .....	51
ii. Análise urbana .....	56
iii. Análise arquitectónica .....	58
2. ORDEM TERCEIRA DA SANTÍSSIMA TRINDADE.....	74
i. Análise histórica .....	74
ii. Análise urbana .....	79
iii. Análise arquitectónica .....	81
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
1. CARTOGRAFIA DO PORTO.....	105
2. DESENHOS DA IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DO TERÇO E CARIDADE .....	107
3. DESENHOS DA ORDEM TERCEIRA DA SANTÍSSIMA TRINDADE ....	111

**Índice de Figuras**

Figura 1 – Primeiros povoamentos .....	16
Figura 2 – Vias romanas .....	16
Figura 3 – Primeiros aglomerados .....	17
Figura 4 – Malha radiocêntrica .....	19
Figura 5 – Portas da muralha medieval .....	19
Figura 6 – Crescimento urbano .....	20
Figura 8 – Judiaria – exemplo de urbanização com base ortogonal .....	22
Figura 7 – Portas da muralha Fernandina .....	22
Figura 9 – Principais intervenções do século XVI .....	23
Figura 10 – Freguesias no final do século XVI .....	24
Figura 11 – Evolução radial .....	25
Figura 12 – Princípios urbanísticos do barroco .....	27
Figura 13 – Intervenção dos Almadás .....	28
Figura 14 – Proximidade dos estabelecimentos hospitalares, em relação às zonas edificadas .....	30
Figura 15 – Expansão das cidades e o novo conceito dimensional dos hospitais .....	30
Figura 16 – Nova dimensão e ocupação periférica, e elemento caracterizador no crescimento das cidades .....	31
Figura 17 – Eixos de circulação, como factor de localização e de polarização, das actividades .....	32
Figura 18 – Novos hospitais e o enquadramento com novas avenidas e novas praças ..	32
Figura 19 – Enfermarias colectivas, Hotel de Dieu de .....	35
Figura 20 – Enfermaria projectada por Casimir para o Hospital de Montpellier. ....	36
Figura 21 – Planta do Hospital Lariboisière, Paris .....	37
Figura 22 – Hospital Geral Etobicoke, em Toronto, Canadá .....	38
Figura 23 – Salão de fisioterapia de um dos hospitais da rede SARAH .....	39
Figura 24 – Expansão da cidade e proliferação de albergarias .....	41
Figura 25 – Disposição das albergarias ao longo das vias e zonas mais movimentadas	42
Figura 26 – Hospital de D. Lopo de Almeida .....	43
Figura 27 – Aumento da densidade dos núcleos urbanos e aparecimento de novas instituições – Irmandades e Ordens Terceiras .....	44
Figura 28 – Padrão de localização e influência das – Irmandades e Ordens Terceiras ..	46
Figura 29 – Desenvolvimento cronológico dos Hospital do Terço .....	47
Figura 30 – Desenvolvimento cronológico do Hospital da Trindade .....	47
Figura 32 – Tipologia complexa vs Racionalidade .....	48
Figura 31 – Função hospitalar das Irmandades e Ordens Terceiras, como elemento importante na evolução hospitalar da cidade do Porto .....	48
Figura 33 – Princípio organizador e inter-relações funcionais .....	49
Figura 34 – Igreja do Terço, Porto .....	52
Figura 35 – Escola e Sopa dos Pobres, Porto .....	52
Figura 36 – Hospital do Terço, Porto .....	54
Figura 37 – Hospital do Terço, Porto .....	55
Figura 38 – Hospital do Terço, Porto .....	56
Figura 39 – Hospital do Terço, Porto .....	56
Figura 41 – Linguagem visual dos edificios. Rua do Cimo de Vila .....	58

Figura 40 – Parcelamento intensivo e ramificado .....	58
Figura 42 – Edifícios que compõem a Irmandade.....	59
Figura 43 – Estilo flamengo, rua do Cimo de Vila.....	59
Figura 44 – Igreja do Terço, rua do Cimo de Vila .....	61
Figura 45 – Interior da igreja do terço.....	62
Figura 48 – Planta geral – geometria.....	63
Figura 46 – Hospital, rua do Cimo de Vila.....	63
Figura 47 – Hospital, travessa do Cimo de Vila.....	63
Figura 49 – Esquema de pisos .....	64
Figura 48 – Esquema de pisos .....	64
Figura 50 – Zonamento, piso -1 .....	65
Figura 51 – Fluxos funcionais, piso -1 .....	66
Figura 52 – Zonamento, piso 0.....	67
Figura 53 – Fluxos funcionais, piso 0 .....	68
Figura 54 – Zonamento, piso 1 .....	69
Figura 55 – Fluxos funcionais, piso 1 .....	70
Figura 56 – Zonamento, piso 2.....	71
Figura 57 – Fluxos funcionais, piso 2 .....	71
Figura 58 – Zonamento, piso 3.....	72
Figura 59 – Fluxos funcionais, piso 3 .....	73
Figura 60 – Zonamento, piso 4.....	73
Figura 61 – Fluxos funcionais, piso 4 .....	74
Figura 62 – Local de implantação em 1676 .....	75
Figura 63 – Local de implantação em 1755 .....	75
Figura 64 – Local de implantação em 1786 .....	76
Figura 65 – Local de implantação em 1803 .....	77
Figura 66 – Nave – Igreja da Trindade.....	78
Figura 67 – Evolução dos edifícios .....	79
Figura 68 – Requalificação urbana.....	80
Figura 69 – Edifícios que compõem a Ordem da Trindade.....	81
Figura 70 – Igreja da trindade, Praça da trindade.....	82
Figura 71 – Hospital da Trindade, rua da Trindade.....	82
Figura 72 – Hospital da Trindade, rua Alferes Malheiro .....	86
Figura 73 – Esquema de pisos, Ordem da Trindade.....	88
Figura 74 – Zonamento, piso 0.....	89
Figura 75 – Fluxos funcionais, piso 0 .....	90
Figura 76 – Zonamento, piso 1 .....	91
Figura 77 – Fluxos funcionais, piso 1 .....	92
Figura 78 – Zonamento, piso 2.....	93
Figura 79 – Fluxos funcionais, piso 2 .....	93
Figura 80 – Zonamento, piso 3.....	94
Figura 81 – Fluxos funcionais, piso 3 .....	95
Figura 82 – Zonamento, pisos 4 e 5 .....	96
Figura 83 – Fluxos funcionais, pisos 4 e 5 .....	96
Figura 84 – Zonamento, pisos 6 e 7 .....	97
Figura 85 – Fluxos funcionais, pisos 6 e 7 .....	97

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Síntese da análise hospitalar ..... 99

## INTRODUÇÃO

### 1. OBJECTIVO GERAL E OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

A presente dissertação tem como objectivo principal, a descrição e análise do processo evolutivo dos hospitais ligados às instituições religiosas situadas na zona histórica do Porto e suas imediações e que ao mesmo tempo tenham conseguido manter o seu carácter hospitalar, até ao presente. Nesta base identificam-se os factores indutores das mudanças e singularidades do contínuo processo evolutivo.

O desenvolvimento do trabalho de pesquisa requereu a realização de objectivos específicos de carácter instrumental, tanto no campo teórico-conceptual, quanto no terreno do empírico. Por um lado, focou-se a evolução histórica da própria cidade com base nas principais contribuições teóricas na área do urbanismo. Por outro lado, focou-se a evolução histórica do conceito de hospital no mundo ocidental, de modo a que o trabalho se enquadre num contexto previamente formulado.

Em relação a objectivos de natureza empírica, foi necessário fazer um levantamento histórico do surgimento dos hospitais/congregações na cidade do Porto, sistematizando as definições urbano-arquitectónicas, recuperar informações que caracterizem o contexto sócio-económico urbano e da política pública nacional para o sector da saúde.

### 2. JUSTIFICAÇÃO DA PESQUISA

*“Os desafios de uma paixão complexa.”<sup>1</sup>*

A área da arquitectura hospitalar é por si só, um tema aliciante para qualquer arquitecto. Quando a arquitectura passa para um nível mais social, faz com que um simples técnico, não apenas o arquitecto, mas também o engenheiro, o médico, o cientista, ..., adquira maiores responsabilidades.

A responsabilidade de proporcionar ambientes acolhedores, reconfortantes, familiares, faz com que os mesmos técnicos procurem algo mais na arquitectura do que o simples construir. É esta preocupação pelo bem-estar do próximo, objectivo pelo qual a religião tenta cumprir, não apenas pelas igrejas, mas também pelos hospitais que criam, hospitais esses que derivam de acções sociais de apoio à comunidade.

---

<sup>1</sup> Francisco de Araújo em “Da Arquitectura Terapêutica”.

A religião ocidental, ao criar este tipo de edifícios, nem sempre teve como principal preocupação a questão arquitectónica dos espaços, edifícios, e sistemas de gestão, adoptando na sua generalidade por edifícios demasiadamente básicos para a complexidade funcional dos hospitais. Por outro lado e a contrapor-se a esta linha básica, surgem alguns que pecam pela complexidade.

Hoje em dia, a arquitectura hospitalar, é um tema que começa a suscitar um maior interesse a nível político local, resultante de novas exigências globais. A adequação às novas exigências e à nova realidade, os hospitais estão neste momento numa fase de extrema importância quanto ao seu rumo.

O aspecto evolutivo mostra-se de extrema importância, pelo facto de que apesar do caso concreto destas instituições que se encontram em Portugal, neste caso na cidade do Porto, o modelo em análise não se encontra limitado a um único ponto geográfico, mas sim a um nível global.

### 3. METODOLOGIA E CONTINGÊNCIAS

A pesquisa incide na cidade do Porto, em articulação com os equipamentos de saúde resultantes das Ordens Religiosas na sua relação com a cidade.

O campo de pesquisa é feito por: Deslocação aos Ministérios (saúde, obras públicas); à Câmara do Porto; aos hospitais de estudo; a congregações religiosas; a bibliotecas; Internet; reuniões com técnicos; e arquivo histórico.

Recursos:

A tipologia utilizada na pesquisa é do tipo exploratória. Esta tipologia divide-se em duas partes distintas. Uma delas, pela pesquisa bibliográfica e a outra pelo estudo de casos, nomeadamente a Ordem da Trindade e Irmandade do Terço.

Vertentes de recolha de dados para a pesquisa:

- Recolha directa, que consiste na obtenção de dados a partir de visitas ao local, fotografias/imagens e observação;
- Recolha indirecta, que consiste na obtenção de informação através de livros, artigos, papers, decreto-lei, desenhos técnicos, Internet.

Os hospitais:

- Hospital da Irmandade do Terço, sito na travessa do Cimo de Vila nº19, 4000-171 Porto;
- Hospital da Ordem da Trindade, sito na rua da Trindade, nº 115, 4000-541 Porto;

A escolha das duas instituições, tem como base alguns critérios que mostram ser importantes para a análise.

- Dimensão e forma do hospital.
- O percurso ao longo da malha urbana.
- A localização dentro/fora das muralha Fernandina.
- Diferença de arquitectura.

Para além destes critérios, o facto desta pesquisa apenas incidir em apenas duas, prende-se pela dificuldade na obtenção de informação necessária, que sustentasse a análise das restantes. Desta forma, e procurando manter um trabalho objectivo e bem fundamentado, opta-se por direccionar a investigação nas duas instituições, cuja a informação obtida, mostrou ser relevante.

#### 4. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente trabalho encontra-se estruturado de acordo com o processo metodológico seguido pelo trabalho de pesquisa. Desta forma, encontra-se estruturado em seis capítulos.

O primeiro capítulo destina-se à introdução.

O segundo capítulo é reservado ao estudo da cidade do Porto no plano urbanístico, analisando dados demográficos, económicos e sociais.

O terceiro capítulo, aborda a evolução da assistência hospitalar, com particular incidência em hospitais pertencentes a Irmandades e Ordens Terceiras, contextualizando-os com o desenvolvimento das cidades europeias. O quarto capítulo, analisa a assistência hospitalar na cidade do Porto, de acordo com a abordagem feita no terceiro capítulo.

O quinto capítulo, será ocupado com o estudo de caso, onde será feita a análise histórica, urbana e arquitectónica, da Irmandade do Terço e da Ordem da Trindade.

Por sua vez, o sexto e último capítulo apresenta os resultados relevantes obtidos no curso do projecto de pesquisa conducente à elaboração desta dissertação.

## I. CIDADE DO PORTO

### 1. ANÁLISE URBANA

De acordo com La Blache<sup>2</sup> (cit. In Orlando 1970), a geografia é «la science des lieux et non celle des hommes». (...), tomando a frase como expressão de um critério fundamental tornou-se lógico que devíamos estudar em primeiro lugar a *paisagem* urbana do Porto (Oliveira 2007).

#### i. Introdução

Procura-se enquadrar o estudo da cidade do Porto desde os primeiros indícios de povoamento até ao início do século XIX. Este enquadramento procura mostrar a evolução da cidade do Porto, até ao momento em que passa a haver uma consolidação intencional e clara ao nível do urbanismo e da consciência cívica. Deste modo e apesar de ser uma evolução contínua, destacam-se três períodos maioritariamente marcantes, de nível histórico, político e social – Período Medieval, Barroco e a época dos Almadás.

#### ii. Período Medieval: até ao século XVII

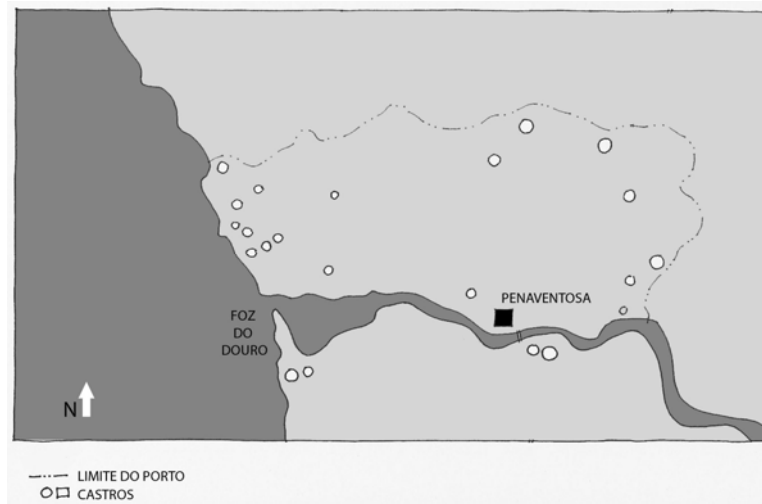
Os primeiros vestígios na área do Porto datam da época megalítica, tendo-se incidido com mais força no planalto noroeste, e posteriormente, no neolítico final ao longo das zonas ribeirinhas do Porto. No segundo caso (neolítico final), e conforme Ferrão (1997, p.129) trata-se:

(...), dum importante fenómeno ocorrido em todo o noroeste da Península Ibérica durante a idade do Bronze (2.000 a 800 a.C.), decorrente de movimentos migratórios e responsável pelo estabelecimento de numerosos povoados fortificados situados no alto de montes – os castros – reutilizados mais tarde., (...), a estrutura topográfica das margens do sector final do rio Douro terá propiciado esse fenómeno, (...).

Existindo ainda hoje alguns indícios de ocupação nas eminências ribeirinhas, como por exemplo a elevação da Penaventosa (Sé) (Figura 1).

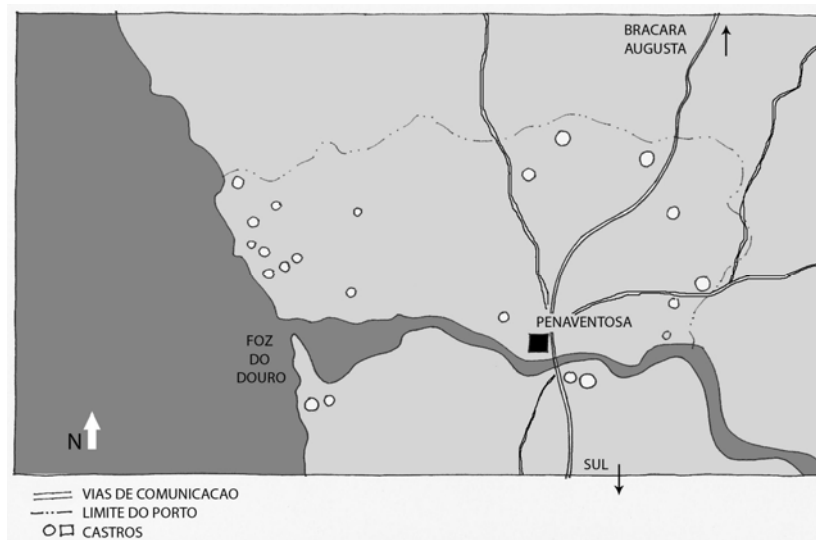
---

<sup>2</sup> Geógrafo francês (1845-1918)



**Figura 1 – Primeiros povoamentos**

A partir da romanização, surge um novo reordenamento urbano. Ao longo deste período são criadas vias estratégicas que no início ligavam centros administrativos e posteriormente visavam servir também a economia local e regional (Figura 2). Exemplo claro desta estratégia é a estrada que vinha do sul até Bracara Augusta<sup>3</sup> e que se define como elemento estruturante. Em paralelo, tendem a sobressair no processo de reordenamento urbano, os aglomerados implantados no morro e na zona ribeirinha.



**Figura 2 – Vias romanas**

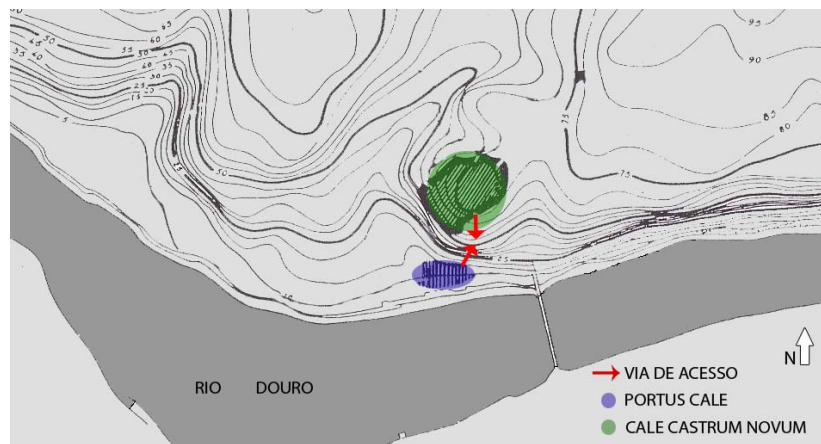
<sup>3</sup> Bracara Augusta (actual Braga) – Cidade romana fundada pelo imperador César Augusto por volta de 16 a.C.

Em 476, com a invasão dos povos árabes, cai o império Romano. Como consequência, fixam-se inicialmente na zona Portuense, os Suevos<sup>4</sup>, que por meio de Hermenerico I, rei suevo, estendem os muros do castelo, que haviam fundado no morro da Pena Ventosa (onde actualmente se ergue a Sé), edificando à sua volta casas para as tropas.

Este burgo, de nome, *Cale Castrum Novum* (castelo novo de Cale) designar-se-ia de *civitas*. Ao fundo desse morro existia o *Portus Cale* (porto de Cale, actual Ribeira), que deu origem ao nome *Portucale*, nome dado ao castelo novo, e que ficaria a designar a cidade a partir dos finais do século IV (Figura 3).

O séc. V (com a ocupação galaico-romana no morro da Penaventosa), viria a ser um período em que se iria cimentar a função de acrópole militar. A existência destes dois pólos de desenvolvimento (*Castrum Novum* – acrópole militar e *Portus Cale* – Ribeira) do Portucale, e conforme argumenta Ferrão (1997, p.133), fica comprovada:

Em crónica contemporânea, da autoria do bispo flaviense Idácio, morto em 472. (...); nesta leitura do velho texto afirma-se que «...Portucale era uma povoação (locus) fortificada (castrum) com seu porto no estuário do rio (portus)...».



**Figura 3 – Primeiros aglomerados**

Sendo assim e reconhecendo a estrutura urbana no Portucale a norte do Douro, pode-se caracterizar por um lado, o *Portus Cale* como núcleo urbano sem fortificação, com elevado índice de população e servindo de *porto*, e por outro lado, *Castrum Novum*, núcleo urbano fortificado e de baixa densidade populacional.

<sup>4</sup> Suevos – Povo germano

Com a elevação desta urbe a sede episcopal entre 572 e 589, este núcleo fortificado veria crescer a sua população, e que em alguns momentos servia de refúgio dos habitantes de *Portus Cale*. Reconhece-se então uma relação de complementaridade que se faz sentir pela via romana, topografia local e pelo nível funcional dos dois núcleos.

Segundo Ferrão (1997, p.133), este é o princípio básico da formação das cidades medievais:

Desenvolvendo-se o burgo baixo numa perspectiva portuária e/ou comercial e assumindo o núcleo alto, não só um carácter religioso como também um valor de posição, que os tempos que se avizinhavam justificariam plenamente.

Nesta perspectiva, e a partir do ano de setecentos Portucale afirmava-se como um importante entreposto marítimo. Durante a centúria oitocentista e por todo o século X, o território portugalense mantinha-se numa situação instável, e conforme Ferrão (1997, p.133):

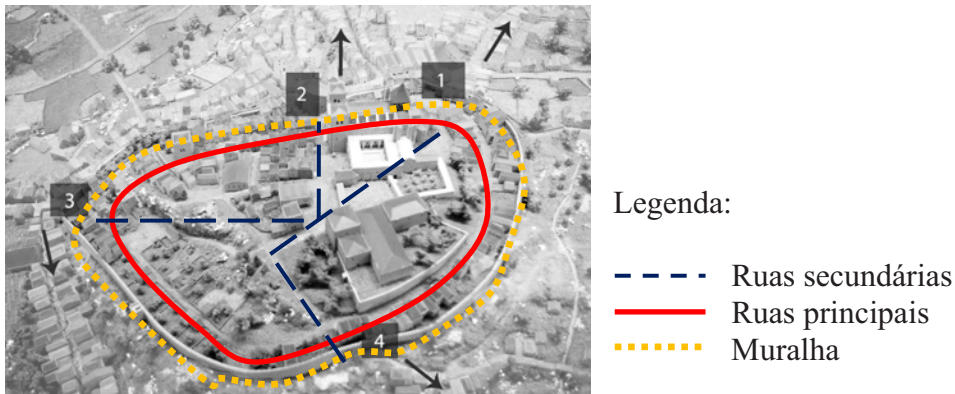
De resto, será a luta prolongada em torno de uma fronteira – o rio Douro – que poderá justificar neste período a reconstrução duma cintura defensiva porventura pré-existente, danificada ou destruída, e até a sua eventual ampliação.

Em vez de ampliar os aglomerados pré-existentes, a reconquista cristã fomentou a criação de novos e pequenos focos urbanos. Esses novos focos viriam a definir o desenvolvimento da cidade.

Segundo o foral outorgado de 1123, a jurisdição do burgo e do território circundante ficaria da responsabilidade da igreja. Este acto viria a proporcionar, liberdade, direitos, garantias e a exploração fiscal do território, o que veio trazer uma maior dinamização da actividade económica da urbe. Outros factores de extrema importância para o desenvolvimento urbano de Portucale, dão-se com a reconquista de cidades mais a sul (Coimbra e Santarém e mais tarde Lisboa) durante o séc. XII e com a independência de Portugal. Por esta altura a urbe passa a designar-se por Porto.

É portanto natural que a área urbanizada do Porto tenha crescido durante o século XII, alcançando uma população a rondar os 3.000 e os 4.000 habitantes. Desta maneira acentuam-se as zonas habitadas no interior do burgo, nas quais eram ligadas entre si por um conjunto de ruas, vielas, pequenos largos e becos adaptados à topografia, que por sua vez, ou seguiam o traçado das curvas de nível, ou seguiam perpendicularmente a

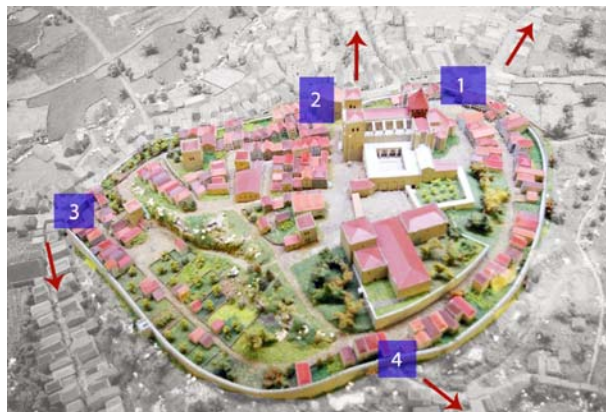
estas. Nesta malha radiocêntrica dissimulada, reconhece-se um padrão em que as ruas importantes (amplas) partem de um ponto central em direcção às portas da fortificação, e em que as ruas secundárias de forma circular, procuravam ligar as principais ruas (Figura 4).



**Figura 4 – Malha radiocêntrica**  
**Fonte: CRUARB**

No burgo alto é reconstruída a muralha, onde também as portas da fortificação se adaptam à topografia. Esta fortificação apresentava quatro portas (Figura 5):

1. Porta de Vandoma: em frente da actual Rua Chã, era a porta mais nobre e larga, a única que permitia a entrada de carros;
2. Porta de São Sebastião: perto da Antiga Casa da Câmara;
3. Porta de Sant'Ana: na Rua de Sant'Ana;
4. Porta das Mentiras, que a partir do século XIV viria a se chamar Porta das Verdades: nas Escadas das Verdades;



**Figura 5 – Portas da muralha medieval**  
**Fonte: CRUARB**

Porém, é o século XIII que representa o período em que o Porto cresce para fora da muralha. Fora de portas, a cidade tende a expandir-se em quatro núcleos, onde cada um apresentava justificativas próprias.

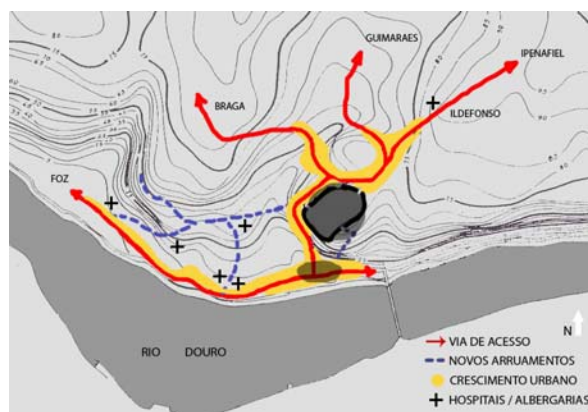
1. Chã de Eiras – relacionado com o desenvolvimento agrícola;
2. Cidade – relacionado com estabelecimento de judeus.
3. O aglomerado ribeirinho – que tinha como base a actividade portuária e comercial;
4. O burgo religioso – com a sua expansão religiosa em direcção ao rio;

Tal como no interior do burgo, as novas zonas habitadas faziam-se guiar por ruas, vielas, pequenos largos e becos que se adaptavam à topografia.

No início do séc. XIV, o Porto cria fortes laços comerciais com várias cidades do noroeste português, polarizando a actividade económica regional. Esta actividade económica era controlada por uma nova burguesia. Em 1339, surge o Conselho da cidade, e em paralelo, vê-se uma clara luta contra a nobreza que fica proibida de residir na cidade.

O aumento comercial e o significativo aumento da população<sup>5</sup> que daí adivinha, provoca uma caótica expansão urbana. Face a isto, em 1316, D. Dinis endereça uma carta-sentença ao Conselho da cidade. De acordo com Ferrão (1997, p.138):

(...); ali se fornecem indicações normativas relativas à urbanização do aglomerado e se reconhece da necessidade de o domínio público prevalecer sobre o privado, responsabilizando-se aquele conselho pela preservação dos espaços tidos como públicos, o que se pressupõe a consciência da sua função e significado e, determinando-se também que o traçado de novos arruamentos seja objecto da sua prévia deliberação, o que faz subentender uma prática, ainda que empírica, do ordenamento urbano. (...). Por outro lado assiste-se nesta época ao aparecimento de uma significativa rede de hospitais e albergarias, que garantem, para além do seu significado específico, a generalização e estabilização da malha urbana (Figura 6).



**Figura 6 – Crescimento urbano**

<sup>5</sup> Que passaria de cerca de 4.000 para cerca de 10.000 habitantes num período compreendido entre os séculos XIII e XIV.

Um facto que pressupõe um planeamento pensado é o surgimento, a partir de 1325, de novas vias com função de drenagem portuária, servindo como alternativa ao antigo eixo (Figura 7).

Dá-se então a abertura da Rua Nova (recta, larga, paralela ao rio) que procurava ligar a zona ribeirinha a Miragaia, através de uma forma clara, e que ao mesmo tempo consolidava uma visível urbanização marginal. Com a Rua Nova, surgem pela primeira vez as preocupações tipológicas das habitações, como também o ordenamento conjunto das fachadas dos arruamentos.

Em 1376, e sob o reinado de D. Fernando fica concluída a nova cintura de muralhas (muralha Fernandina). Esta dispunha de 17 portas e postigos, dos quais alguns se abriam para o rio e os outros, que associados às vias de expansão, garantiam o contacto com o território envolvente (Figura 7).

Estes faziam com que estas vias (arruamentos) se transformassem em verdadeiras estradas que ligavam o Porto, a Braga, Guimarães, Penafiel.

O seu traçado seguia pela margem ribeirinha do Douro até ao limite com Miragaia, subia pelo Caminho Novo e São João Novo até ao cimo do Morro do Olival; depois tomava a direcção leste passando junto às hortas do bispo e do cabido e continuava para Cimo de Vila; a seguir contornava os morros da Cividade e da Sé por nascente e descia pela escarpa dos Guindais até à Ribeira, próximo da saída do tabuleiro inferior da actual Ponte Luís I<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> [http://saber.sapo.ao/wiki/Hist%C3%B3ria\\_do\\_Porto.](http://saber.sapo.ao/wiki/Hist%C3%B3ria_do_Porto.), [consultado em 14/09/2008]

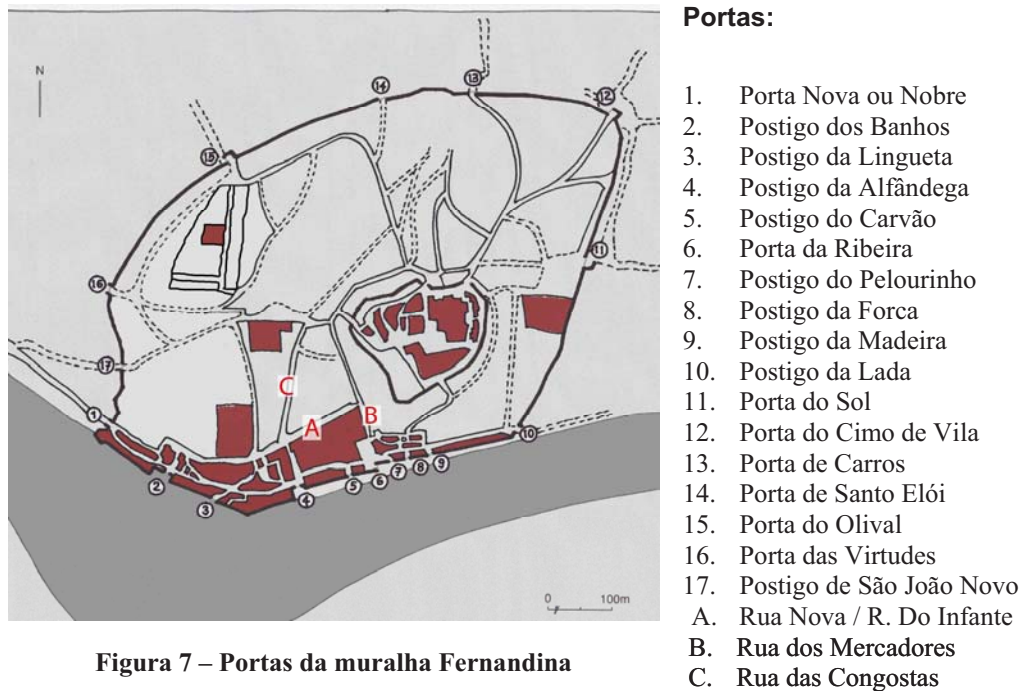


Figura 7 – Portas da muralha Fernandina

Este contorno que apresenta uma forma irregular, teria obedecido a questões táticas, à topografia, à intenção de unir a nova urbanização (extramuros) com a vila baixa, como também incorporar áreas agrícolas e florestais. Serve como caso de exemplo, a Rua Chã das Eiras, que ligava o núcleo primitivo a Ildefonso e/ou Amarante e que sempre conseguiu manter um papel importante ao longo da evolução da cidade. Outra importante porta era a Postigo de Carros (designa-se de porta de carro a partir de 1521), em que se fazia direccionar pela estrada que ia para Guimarães.

A preocupação de se conseguir praticar um planeamento pensado a partir do séc. XIV faz-se prolongar pelo séc. XV. Continua-se com a ampliação das áreas de urbanização tradicional, com a consolidação do traçado já existente. Esta consolidação fazia-se também guiar pelo surgimento novos pólos de desenvolvimento urbano e intra-muros ordenados por uma malha ortogonal (Figura 8).

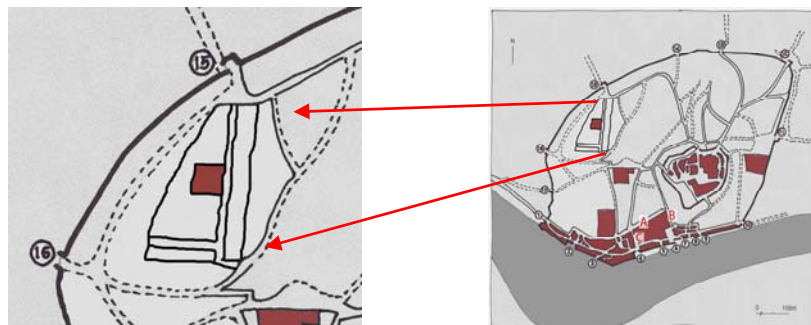
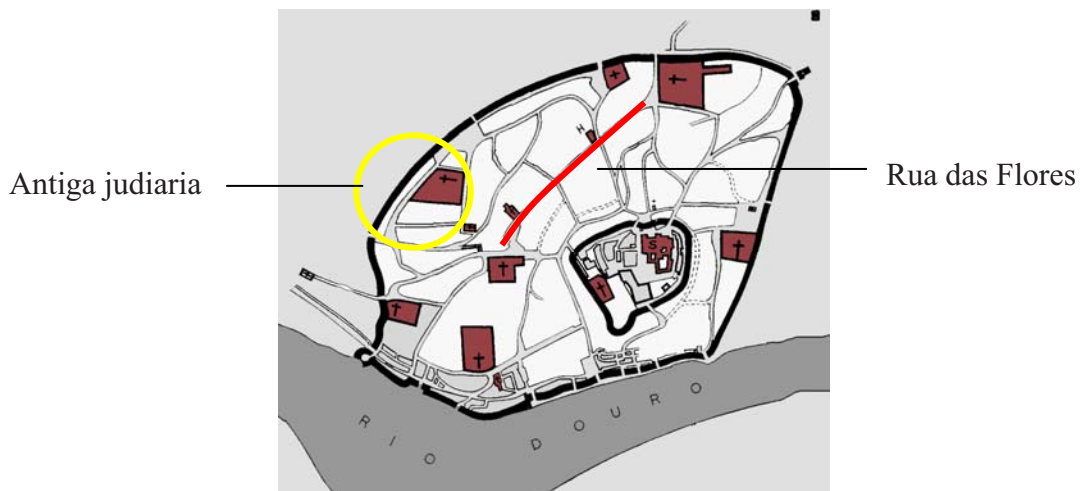


Figura 8 – Judiaria – exemplo de urbanização com base ortogonal

No urbanismo renascentista, identificam-se também, outros pólos importantes para o crescimento urbano. Por um lado, os conventos construídos dentro e/ou fora do perímetro fortificado, por outro, o hospital da Misericórdia (1521) e o de D. Lopo (1584) que demonstram uma certa estabilização urbana.

A intensificação da actividade mercantil por esta altura, viria provocar problemas ao nível do fluxo viário, o qual já se apresentava saturado. A fim de resolver este problema, viu-se surgir um novo ordenamento durante todo o século XVI.

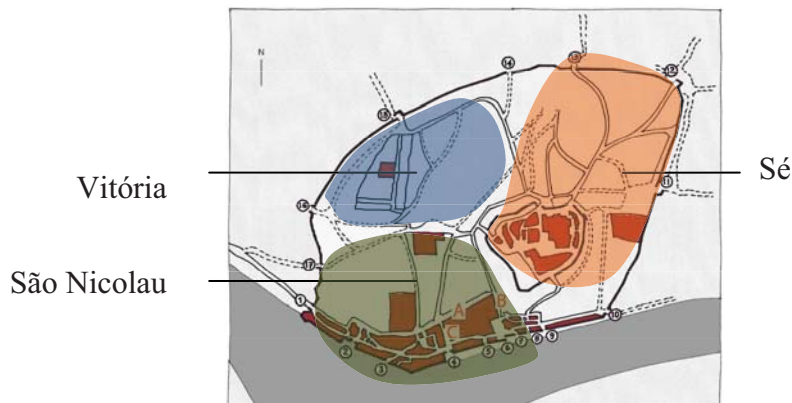
Dois momentos chave deste período dão-se a quando da criação da Rua de St<sup>a</sup> Catarina das Flores e o parcelamento da área da antiga judiaria (Figura 9).



**Figura 9 – Principais intervenções do século XVI**

A rua de St<sup>a</sup> Catarina das Flores viria a servir de eixo alternativo aos velhos percursos, criar uma nova relação entre o cais e a região que esta atravessa, e por fim melhorar as condições de acesso à estrada de Braga e Penafiel.

No final do século XVI, a Sé (única freguesia até então) seria dividida em três partes – Sé, Vitória e S. Nicolau (Figura 10).



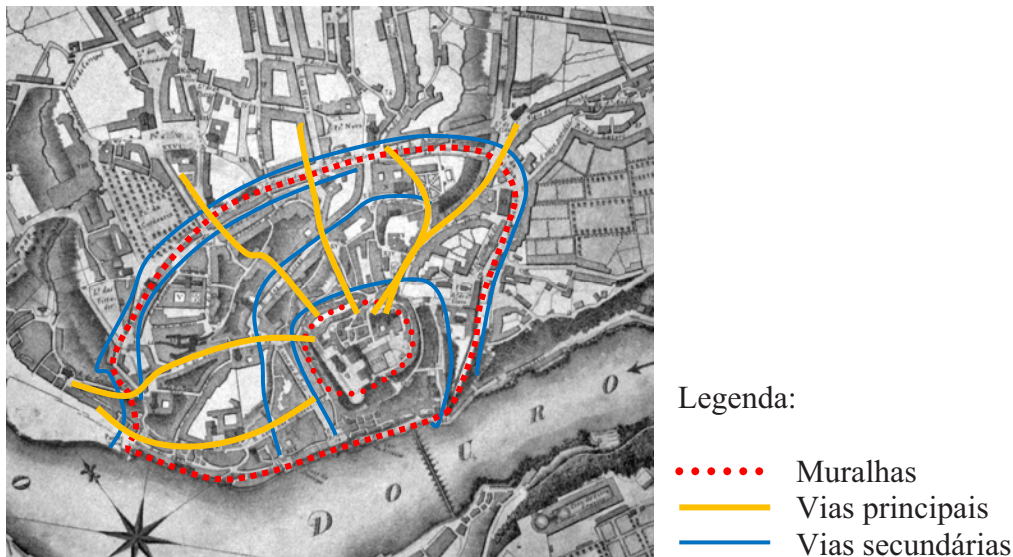
**Figura 10 – Freguesias no final do século XVI**

Nota-se já um pensamento racional na divisão administrativa. As três freguesias associam-se aos três principais pólos urbanos. A Sé fica ligada ao burgo alto; Vitéria fica ligada à antiga judiaria; São Nicolau fica ligado com ao pólo ribeirinho.

É natural que com esta evolução, os espaços internos da área fortificada rareassem por esta altura. Este factor conduz a um forte incremento urbano das zonas exteriores adjacentes à fortificação, sobretudo em dois locais. Em primeiro, Miragaia dando continuidade à faixa urbanizada ribeirinha, e em segundo no exterior da porta de Cimo-de-Vila, especificamente em St<sup>o</sup> Ildefonso. Nas restantes zonas exteriores, a expansão da cidade apresentar-se-ia mais lenta e mais dispersa.

### iii. Período Barroco: século XVII e 1<sup>a</sup> metade do século XVIII

Assemelhando-se ao processo de expansão extramuros ocorrido no período medieval, em que o formato da fortificação causou uma malha radiocêntrica, a muralha Fernandina permitiu com esse mesmo padrão radial continuasse no seu interior, mesmo que não fosse claramente visível. No exterior da muralha, as vias adquiriam inicialmente uma linguagem rectilínea que com o passar do tempo converter-se-iam ao padrão radial num processo de intersecção com novas vias e da criação de novos espaços. Nota-se assim que se trata de um processo cíclico entre as malhas radiais e rectilíneas, que por sua vez irão servir de suporte ao futuro desenvolvimento (Figura 11).



**Figura 11 – Evolução radial**

Fonte – Arquivo Histórico do Porto, mapa de George Black, 1813

O séc. XVII, fica marcado urbanisticamente, pela preocupação com o lazer e saúde pública. Aparecem assim os primeiros espaços públicos – praças – no qual iriam ver a sua caracterização formalizada através da construção de edifícios religiosos, assistenciais e do rompimento de novas alamedas arborizadas. Este período veio mostrar também importantes e iniciais preocupações na área do saneamento e no abastecimento de água à cidade, aspectos que até então não se tinham feito notar.

O tecido urbano da cidade resulta também de uma nova arquitectura burguesa. As novas casas por esta altura eram feitas de pedras, apresentavam-se com dois a três pisos e com coberturas de quatro águas. Apesar desta evolução arquitectónica, as casas apresentavam algumas características encontradas nas casas do século anterior. As casas mantinham uma tipologia estreita e profunda, mantendo-se agrupadas em banda ao longo das diversas vias, adaptando-se assim aos diferentes tipos de terreno – nivelado e/ou acentuado.

Após a Restauração<sup>7</sup>, a cidade viria atravessar um período de franca prosperidade quer a nível do comércio, quer a nível do desenvolvimento agricultura, e ainda, ao nível da produção vinícola. Este momento viria a provocar um elevado aumento populacional,

---

<sup>7</sup> Revolta iniciada em 1 de Dezembro de 1640 contra a tentativa de anulação da independência do Reino de Portugal por parte da dinastia filipina, e que vem a culminar com a instauração da Dinastia Portuguesa da casa de Bragança em 1668.

por força do próprio crescimento populacional, quer pelos movimentos migratórios das populações rurais em busca de trabalho e pela fixação de comerciantes estrangeiros.

Por esta altura verificava-se uma maior densidade dos núcleos urbanos pertencentes ao interior da fortificação, como também nos dois principais pólos urbanos no exterior da fortificação – Miragaia e Ildefonso. Verifica-se também mas de uma forma mais dissimulada, a ocupação das restantes áreas envolventes à cidade.

Conforme Lavendan<sup>8</sup> (1959, p.53) argumenta, “ (...) o urbanismo barroco apresentava três princípios fundamentais: a linha recta, a perspectiva monumental, e a uniformidade.”

De acordo com Goitia (1996, p.136-137):

A linha recta fixa a perspectiva, a uniformidade subordina o particular à lei do conjunto, única forma de manter o predomínio da perspectiva. (...). A perspectiva pressupõe a contemplação do mundo de um único ponto de vista, com um único olho que abarca todo o panorama.

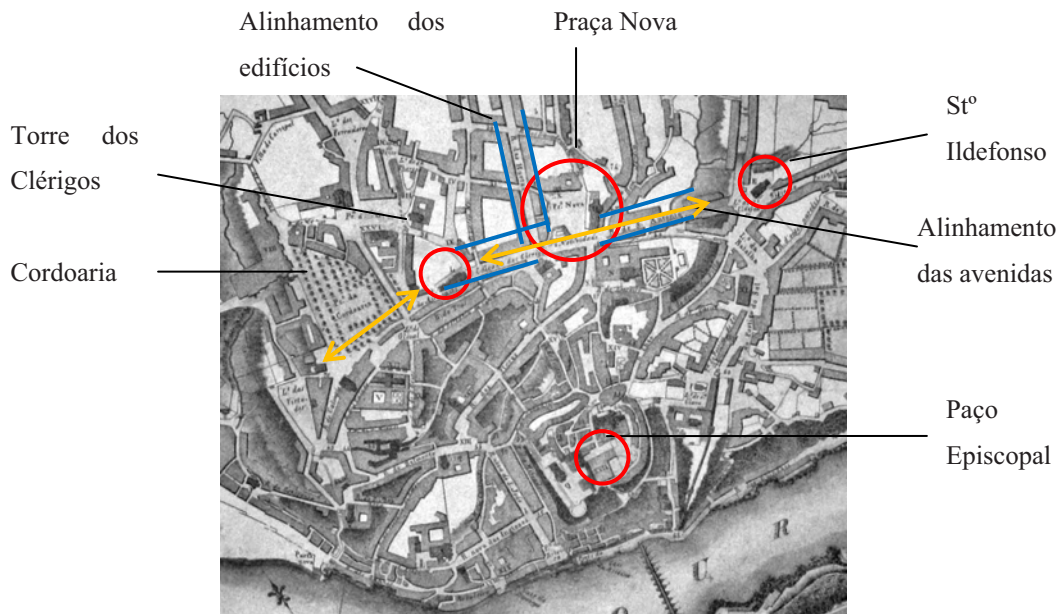
O desenvolvimento urbano que se fez sentir na primeira metade do século XVIII fica marcado pela participação do arquitecto Nicolau Nasoni<sup>9</sup> e pela execução da Praça Nova em 1721. Sob influência de Nasoni a cidade viria a redefinir a sua imagem.

De todos os edifícios projectados por Nasoni, destacam-se a Torre dos Clérigos, onde o seu local de implantação procurava criar um ponto de referência e estabelecer um equilíbrio puro entre o largo de Stº Ildefonso e a Cordoaria; e o Paço episcopal, como um momento de unidade urbana. A Praça Nova, apresentava também esta característica, na qual viria a influenciar os futuros alinhamentos da cidade (Figura 12).

---

<sup>8</sup> Lavedan, Pierre (1885-1982), um dos primeiros historiadores do urbanismo.

<sup>9</sup> Nicolau Nasoni, arquitecto italiano do século XVIII.



**Figura 12 – Princípios urbanísticos do barroco**  
**Fonte – Arquivo Histórico do Porto, mapa de George Black, 1813**

iv. Almadás: 2ª metade do século XVIII e início do século XIX

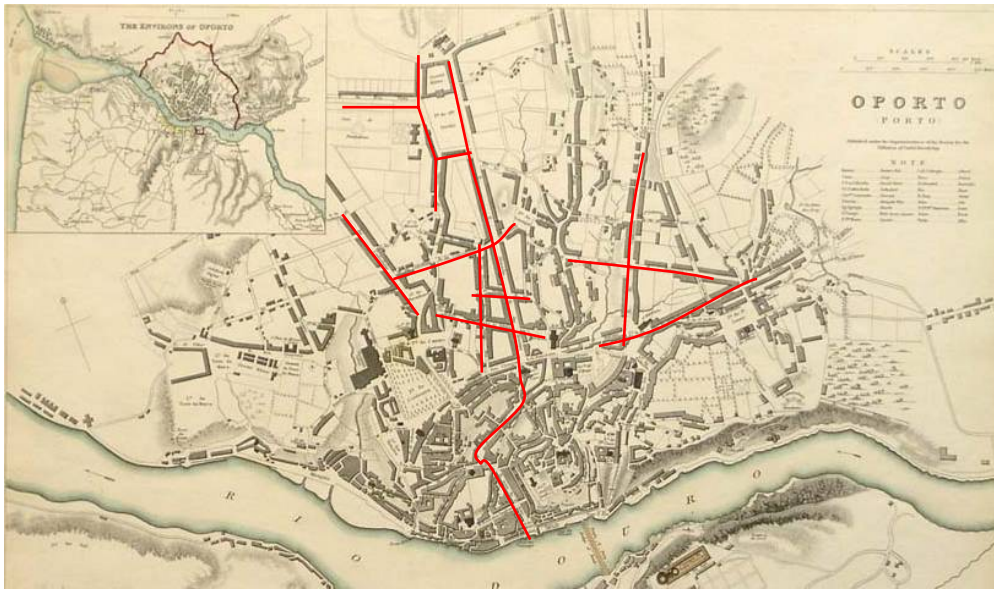
Para Oliveira (2007, p.264-265):

É necessário chegarmos à segunda metade do século XVIII para atingirmos um período verdadeiramente notável da expansão e urbanização do Porto. Na realidade, com a obra notável dos Almadás<sup>10</sup> a cidade conheceu um impulso renovador de cunho moderno no qual se somou toda uma série de esforços impregnados de visão do futuro.

A época de João de Almada viria a coincidir com a criação da Junta das Obras Públicas (1763). O surgimento da Junta das Obras Públicas, presidida por João de Almeida, estabeleceria planos rigorosos nos quais se dava valor ao conjunto arquitectónico, deixando para o segundo plano valores arquitectónicos individuais. Deste modo conseguia-se estabelecer uma abordagem racional no desenvolvimento da cidade.

Por um lado, esta abordagem consistia numa redefinição da cidade antiga, por outro lado, consistia em ordenar o crescimento da cidade fora muralha Fernandina. Desta forma, foram introduzidas preocupações relacionadas com a higiene, salubridade, saúde, como também a redefinição das principais vias, tornando-as mais amplas (Figura 13).

<sup>10</sup> João de Almada e Melo, de 1758 a 1786 e Francisco de Almada e Mendonça de 1786 a 1804.



**Figura 13 – Intervenção dos Almadas**  
Fonte – Arquivo Histórico do porto, mapa de W.B.Clarke, 1833

Toda esta contínua transformação levaria a que a muralha Fernandina fosse desaparecendo ao longo dos tempos, permitindo assim, uma maior permeabilidade entre o Porto Medieval e o Porto Clássico.

Por esta altura fazia-se a transição do barroco para o neoclássico. Desta forma começaram a aparecer edifícios com características neoclássicas, onde se sobressaem o Hospital de Santo António, o Palácio da Bolsa, a Reitoria da Universidade do Porto e as igrejas da Lapa e da Trindade.

Esta reflexão sobre uma cidade melhor para os seus habitantes, com preocupações a nível social e ao nível da saúde fica comprovada pela disponibilidade assistencial e hospitalar das Irmandades e Ordens Terceiras.

## II. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

### 1. ANÁLISE URBANA

Conforme Labasse (1982, p.202) afirma:

Na cidade, a localização de uma actividade ou de um aglomerado populacional nunca é neutra nem feita ao acaso. A cidade, resulta da sobreposição de espaços funcionais homogêneos e heterogêneos, que correspondem a uma lógica derivada da convergência de vários factores, políticos, económicos, sociais e psicológicos. Assim, cada actividade escolhe o seu espaço, o transforma e o desenvolve de acordo com as considerações dos seus responsáveis. (tradução do autor<sup>11</sup>)

Ainda, e conforme Labasse (1982, p.205):

A organização tradicional das cidades europeias assenta em três elementos fundamentais – a catedral, o burgo e o mercado. Os dois primeiros situam-se dentro do recinto delimitado pela muralha medieval e o último fora desta. Assim sendo, a localização do “hospital” apresenta-se bastante diferenciada, fazendo-se implantar desde o centro do burgo até à sua periferia.

Desta forma, enquadrando-se numa das mais antigas funções inerentes à cidade, a actividade hospitalar é a mais dispersa. Nas pequenas e médias cidades e tendo em conta a superfície urbanizada, os edificios hospitalares aparecem mais dispersos. Com o decorrer dos séculos e com o aumento da densidade das áreas urbanizadas das cidades, o valor de dispersão diminui, graças a permanência dos antigos estabelecimentos que foram conseguindo satisfazer as crescentes necessidades, e ao surgimento de novos estabelecimentos.

Estando vinculados directamente à cidade (burgo), os estabelecimentos de carácter hospitalar, mantêm-se próximos das zonas edificadas (Figura 14), e mesmo que não estimulem um desenvolvimento particular, estes representam pontos de referência, capazes de influenciar no crescimento dos aglomerados, e na fisionomia e organização dos bairros.

Assim, o hospital como elemento ligado à cidade urbana, relaciona-se com três critérios fundamentais: a população, a importância da cidade, e o poder de atracção da cidade como centro de serviços e comércio.

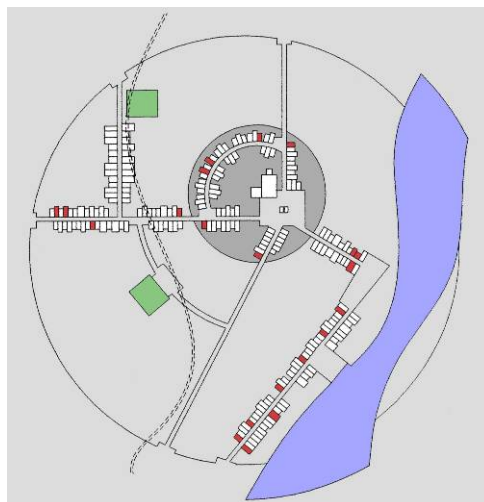
---

<sup>11</sup>Todas as citações presentes neste trabalho, à excepção de referências cujo idioma original seja o português, foram traduzidas pelo autor.



**Figura 14 – Proximidade dos estabelecimentos hospitalares, em relação às zonas edificadas**

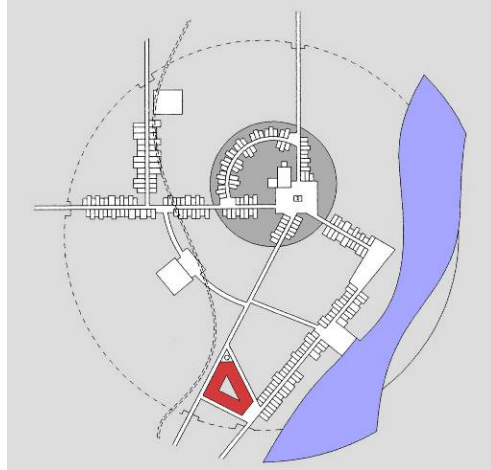
A expansão das cidades e o desfazer das suas muralhas que se dá a partir do século XVI (até então a cidade que se mostrava confinada às muralhas, destinava-se a proteger os seus habitantes) faz com que sejam adicionados novos terrenos à periferia. Esta abertura da cidade para fora da muralha, proporciona ao hospital uma nova e ampla ocupação da periferia, um novo conceito dimensional, quer em área, quer em volume, contribuindo assim para uma melhoria de condições. Desta forma, a imagem do hospital, torna-se ainda mais vinculada ao meio urbano (Figura 15).



**Figura 15 – Expansão das cidades e o novo conceito dimensional dos hospitais**

Esta nova dimensão dos hospitais, pode ser confirmada pelo estudo dos hospitais das Irmandades e Ordens Religiosas, construídos na periferia das cidades até ao século XIX. Ocupando actualmente terrenos localizados nos centros urbanos, estes terrenos,

apresentam frequentemente uma área com cerca de 5 Ha (resultante da agregação de edifícios contíguos, tomando na maioria dos casos, a ocupação de um quarteirão inteiro). Esta disposição quase sempre periférica, fornece ao hospital um atributo importante para a análise das diferentes etapas de crescimento da cidade (Figura 16).



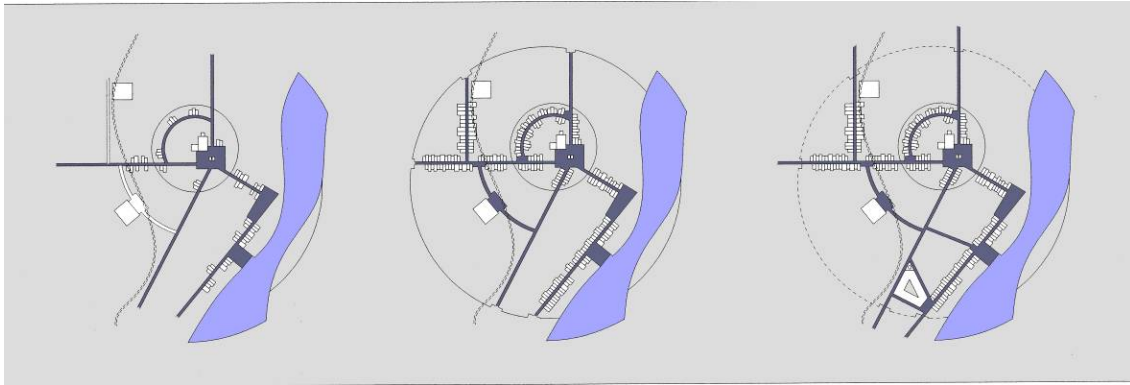
**Figura 16 – Nova dimensão e ocupação periférica, e elemento caracterizador no crescimento das cidades**

Contudo, e apesar da sua maior ou menor dispersão e da disponibilidade de novos terrenos, os principais factores na localização do hospital na cidade, são os eixos de circulação. Desta forma, quer se tratem de vias principais ou de cursos de água (na altura em que os banhos eram o único meio conhecido para o tratamento da pele, exigindo assim a proximidade de uma fonte de água), estes factores sempre acompanharam a história dos hospitais. Desta forma, é natural que estes eixos (nomeadamente as principais avenidas) apresentem um carácter polarizador (Figura 17).

Identifica-se desde o início da actividade hospitalar, a instalação de albergarias (apoio a viajantes, comerciantes,...) ao longo das principais vias, enquanto o hospital (conventos), assume um papel de expurgo junto às portas da cidade, procurando garantir a segurança das cidades. A especialização dos estabelecimentos que se dá a partir do século XII<sup>12</sup>, viria a acentuar o vínculo com a circulação.

---

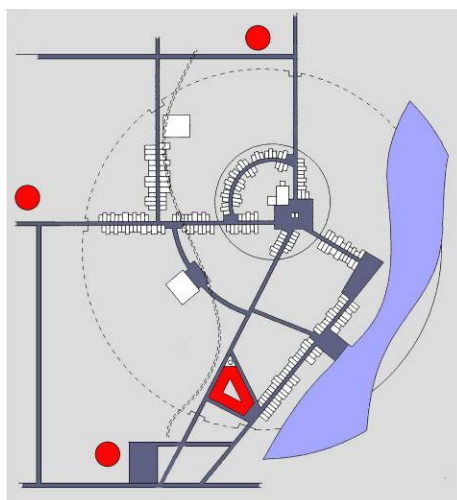
<sup>12</sup> Como exemplo tem-se as leprosas e os lazarentos, que saem do recinto fortificado, em redor das ruas em que se difundem as epidemias, criando uma área de protecção, e isolando-os os enfermos do resto da comunidade.



**Figura 17 – Eixos de circulação, como factor de localização e de polarização, das actividades**

A evolução das cidades, com o desaparecimento das muralhas proporciona também o aparecimento de novas avenidas e/ou até mesmo o prolongamento das já existentes na cidade intramuros, fazendo com que surjam novos hospitais em novas zonas, contribuindo assim para uma maior dispersão global dos mesmos (Figura 18). Apesar das diferentes localizações e da relação de reciprocidade, estas instituições criam, antes de tudo, uma composição urbana que procura traduzir as necessidades individuais de funcionamento e de relação com o centro da cidade.

Com o afastamento do núcleo urbano denso, estas instituições que aparecem enquadradas pelas amplas avenidas e por praças contribuem para uma valorização da fachada visual e das zonas circundantes (no qual ainda é possível encontrar-se uma ocupação residencial dispersa e arejada), expandindo assim, a percepção que se tem de uma instituição cuja presença causa um certo sossego.



**Figura 18 – Novos hospitais e o enquadramento com novas avenidas e novas praças**

A fase renascentista (aproveitando esta expansão da cidade ainda num estado embrionário) cria um ponto de viragem no conceito de bem-estar colectivo. O renascimento trouxe consigo uma preocupação racional pelo bem-estar da sociedade, que procurava converter a cidade num mecanismo que se deve “medicar e curar”, através da aplicação de disciplinas sociais, urbanas e arquitectónicas.

Situados na cidade mais antiga, na sua periferia ou nas zonas mais recentes, os hospitais são antes de tudo, sensíveis aos serviços de comunicação, à qualidade do meio ambiente, e à qualidade social, daí o urbanismo que surge, visa lutar contra as doenças, mediante o conhecimento das funções e dos tecidos urbanos, do meio ambiente, do controle de novos assentamentos, do abastecimento de água, saneamento, ventilação e iluminação.

Esta mentalidade – higienista – faz com que a arquitectura e o urbanismo se tornem racionais, a partir de uma reflexão, sobre o meio ambiente que combate a proliferação de “*camas*” na casa burguesa normal (casas particulares). (Labasse 1982).

O renascimento cria um estágio, no qual os estilos seguintes de uma forma mais próxima ou mais distante se irão basear. Mesmo se aplicando como conceito intelectual para uma melhoria colectiva da sociedade e do lugar, as instituições privadas das quais as congregações religiosas caritativas fazem parte, transpuseram para si este conceito, visando também elas quer interna quer exteriormente contribuir da melhor maneira para uma sociedade mais saudável. Desta forma, é natural que este novo pensamento se prolongue e se adapte naturalmente pelos séculos seguintes.

Porém, e apesar da sua contribuição, a vida destas instituições apresentava uma certa instabilidade e algumas condicionantes. Rivalidades individuais ou entre as próprias Ordens Religiosas, a insuficiência de donativos, e pressões políticas, provocaria o encerramento e/ou a transformação das mesmas.

A dispersão destas instituições responde a uma lógica racional resultantes na maioria das vezes de donativos por parte de benfeitores, resultando em localizações (edificadas ou não) não escolhidas pelas instituições. Recebendo estas doações e consoante a sua disponibilidade financeira, estas, adaptavam ou demoliam e construíam novos edifícios de forma a garantirem a sua expansão, adquiriam os edifícios anexos aos seus, constituindo no final um quarteirão inteiro (Figura 16).

Esta ocupação a partir de edifícios antigos explica as numerosas localizações centrais na cidade. As disposições arquitectónicas tradicionais mostram-se pouco apropriadas para se adaptarem às actividades correspondentes às necessidades permanentes de uma sociedade.

## 2. ANÁLISE ARQUITECTÓNICA

De acordo com Toledo (*cit. in AI*<sup>13</sup>),

(...), as práticas médicas e os edifícios hospitalares sofreram transformações importantes decorrentes, (...), do acelerado processo de incorporação tecnológica por que passaram a medicina, os métodos e os materiais construtivos. (...), e das mudanças de objectivos da medicina hospitalar.

Ainda segundo o mesmo autor, estas mudanças gerariam [num período compreendido entre a Idade Média e o século XXI] quatro modelos hospitalares: o hospital de confinamento, o terapêutico, o tecnológico, e o contemporâneo.

Desde o início da Idade Média, até à primeira metade do século XVIII, os hospitais, caracterizavam-se principalmente pela sua assistência religiosa e pelo seu carácter confinante. Estas instituições pretendiam de algum modo, proteger a sociedade de alguma “ameaça” (doenças contagiosas, malignidade) e auxiliar os pobres.

Neste período, a arquitectura dos edifícios, reproduziam a arquitectura simplificada dos templos (em nave ou cruciforme), onde proliferavam as enfermarias colectivas, cabendo ao médico, o papel de simples observador (Figura 19).

---

<sup>13</sup> AI #28 – Arquitectura ibérica nº 28, Saúde.



**Figura 19 – Enfermarias colectivas, Hotel de Dieu de Paris**  
**Fonte: AI – Arquitectura Ibérica #28**

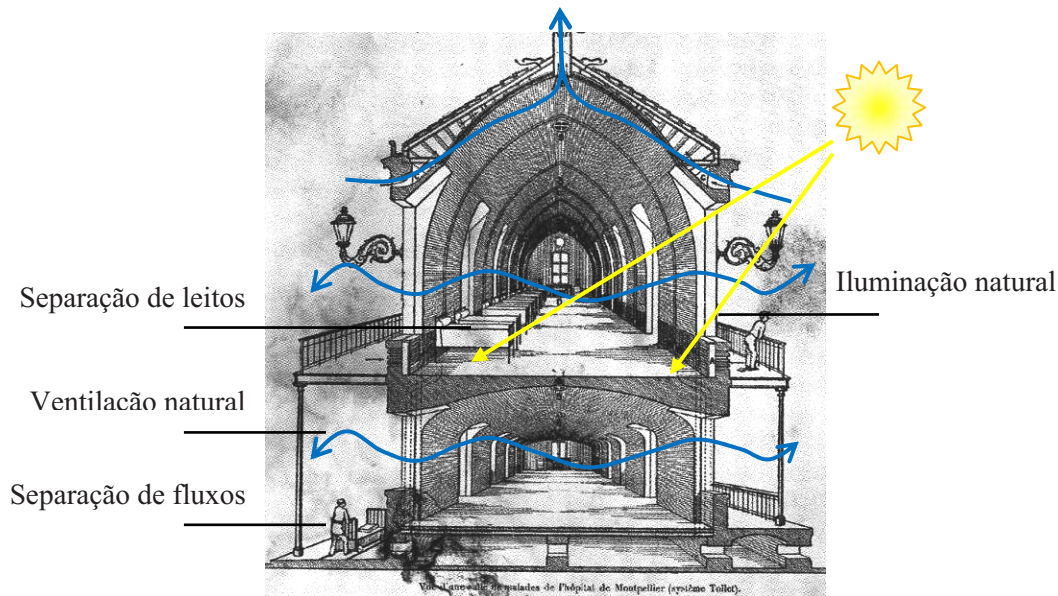
Com a evolução da medicina e sua introdução e exercício no espaço hospitalar, viu-se a partir da segunda metade do século XVIII, à transformação do hospital. Este, deixa de ter uma função confinante e espiritual, passando a funcionar como uma instituição terapêutica (destinado à cura), fazendo-se estender até à primeira metade do século XIX.

Para Rosen (*cit. in* Antunes 1991), a transformação do hospital, que emergiu da secularização das entidades cristãs, deu-se pela,

(...) introdução da medicina profissional em seus recintos; a redefinição do seu perfil institucional; a especificação de suas atribuições terapêuticas; o aproveitamento racional dos recursos disponíveis, e outros, como os avanços científicos.

A investigação feita pelo médico francês Jacques Tenon (1724-1816), com intenção de disciplinar o edifício hospitalar, estabelece directrizes para o seu desenvolvimento. Estas directrizes tinham como principal objectivo, a organização do fluxo de pessoas e materiais, da racionalidade espacial e da lotação controlada dos espaços.

Segundo estas directrizes, começa a haver a separação de pacientes segundo a sua patologia, a separação de diferentes fluxos, preocupação pela ventilação e iluminação naturais, e a separação de leitos (Figura 20).



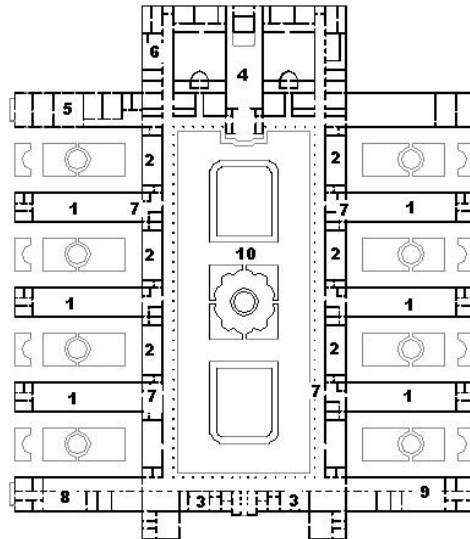
**Figura 20 – Enfermaria projectada por Casimir para o Hospital de Montpellier.**  
**Fonte: AI – Arquitectura Ibérica #28**

Outro contributo importante, para a mudança do hospitalar, deve-se ao cientista francês, Louis Pasteur (1822-1895). Este cientista, que com as suas descobertas ao nível da compreensão sobre o mecanismo de transmissão de doenças, proporcionaria o surgimento de hospitais especializados e a implantação estruturada de actividades funcionais.

Para Foucault (*cit. in Antunes 1991*),

(...) uma transformação do saber médico permitiu que o poder disciplinar passasse a ser confinado a esta figura. A modificação do hospital deve ser considerada a partir da “disciplinarização” do espaço hospitalar e da transformação do saber e da prática médica.

Absorvendo todos estes contributos, que tinham como objectivos a cura dos indivíduos e a humanização do espaço, o edifício hospitalar transforma-se por esta altura num novo modelo arquitectónico, pavilhão (Figura 21). Este modelo, dispunha e dividia as enfermarias por meio de pátios, contribuindo como barreira física, contra a proliferação de infecções. O espaço interior e exterior respondem a uma dialéctica de contraste (positivo/negativo), cuja visibilidade na paisagem hospitalar não é obrigatoriamente evidente, porém constitui o mesmo fundamento da concepção arquitectónica.



**Figura 21 – Planta do Hospital Lariboisière, Paris**  
**Legenda: (1) enfermarias; (2) refeitórios; (3) escritórios; (4) capela; (5) aposentos das religiosas; (6) cirurgias; (7) posto de enfermagem; (8) cozinha; (9) farmácia; (10) pátio**

Esta barreira, através da relação com o exterior, viria ao longo do tempo a estabelecer-se internamente, por meio de vestiários-barreira, de antecâmaras, e de corredores exclusivos.

Estas soluções espaciais e construtivas, de acordo com Toledo (*cit. in AI*), proporcionavam o isolamento de pacientes portadores de doenças contagiosas, a ordenação de fluxos hospitalares e o conforto ambiental.

A industrialização de germicidas e o surgimento de antibiótico, contribuíram para o decréscimo das barreiras físicas, em prole da adoção de técnicas de assepsia, e uma consequente alteração da função terapêutica por parte da arquitectura.

A adoção das diferentes inovações, do novo modelo arquitectónico e o conceito de hospital terapêutico, seria a característica fundamental dos hospitais tecnológicos e contemporâneos.

Este momento, levaria ao aparecimento da “máquina de curar”, o hospital tecnológico, desenvolvendo-se maioritariamente entre os finais do século XIX e o início do século XX.

A arquitectura hospitalar, procura agora, atender à complexidade crescente das práticas médicas e à sofisticação dos métodos construtivos e da infra-estrutura de apoio exigida

pelo hospital tecnológico. Impõe novas formas, estruturas flexíveis, capazes de se adaptarem a qualquer tipo de mudança.

Esta mudança define o hospital, como centro de pesquisa, de diagnóstico e de tratamento. A racionalidade que é imposta, quer pela função (na definição programática), quer pela forma (utilização óptima do espaço), origina novos espaços internos. Estes espaços passam a adquirir um carácter fixo (laboratórios, bloco operatório, espaços técnicos,..., e mais recentemente o raio-x) e um carácter flexível (ambulatório, administração, espaços de apoio,...).

Com o hospital tecnológico, surge um novo modelo arquitectónico: o monobloco vertical (Figura 22), que de acordo com Toledo (*cit. in AI*),

O uso intensivo de estruturas metálicas e, posteriormente, do betão armado estimulavam a verticalização dos edifícios hospitalares, viabilizados com o uso de elevadores que tornavam muito mais confortável o trânsito de pessoas e materiais pelo hospital. As técnicas de condicionamento de ar suprimiam a necessidade de janelas em todos os ambientes, facilitando a construção de pavimentos de grandes dimensões, cuja a área central geralmente não tinha nenhum contacto com o exterior.



**Figura 22 – Hospital Geral Etobicoke, em Toronto, Canadá**

De acordo com Toledo (*cit. in AI*), o hospital contemporâneo,

(...) corresponde, por um lado, a um certo esgotamento do paradigma curativo, por outro, a uma forte mudança nos quadros nosológicos em decorrência do aparecimento de novas doenças, do retorno de patologias que pareciam ter sido erradicadas e, principalmente, pelo crescimento do número de doenças ligadas à velhice, resultante do aumento da expectativa de vida da população.

Destinados a curar e a cuidar de pacientes, os hospitais tornam-se incapazes de dar resposta às novas exigências, tornando-se obsoletos. Como forma de inverter este quadro negativo, aparecem, a par com o surgimento do hospital contemporâneo, um conjunto de terapias complementares, visando acentuar a vertente colectiva e cultural nos hospitais, e a criação de ambientes hospitalares humanizados e diferenciados (cromoterapia, música, oração) (Figura 23).

Conforme Duarte (*cit. in AI*) argumenta,

Os romanos tinham um lema “mente sã em corpo são”, dando importância à identidade mental e física do indivíduo, pelo que também os ambientes onde se desenvolvem os programas necessitam de ter um tratamento especial que atenda a dimensão psicológica desses espaços, à fenomenologia da sua experimentação, envolvendo princípios de harmonia em termos de proporções, cores, iluminação, materiais e textura.

Com o hospital contemporâneo, surge um maior equilíbrio entre os meios tecnológicos e a humanização e personalização da medicina e do edifício hospitalar, que suportado pelo contributo técnico-científico dos profissionais de saúde, arquitectos, engenheiros, administradores, e pelos seus utentes (pacientes e visitantes), “*assume um papel activo na regeneração do ser humano*” (Araújo *cit. in AI*).



**Figura 23 – Salão de fisioterapia de um dos hospitais da rede SARAH**  
Fonte – Acervo Rede SARAH

De acordo com Jorge (*cit. in AI*),

Independentemente de servir propósitos práticos ou funcionais, a obra de arquitectura serve também o deleite de quem observa e usa, daí que, independentemente da experiência

no campo da realização destas estruturas, qualquer hospital ou derivado é mais do que um esquema distributivo. Além deste ponto, entra o virtuosismo do seu arquitecto. (...) se a funcionalidade o hospital exige um esquema distributivo, o modo como este se materializa põe à prova a mestria do arquitecto.

Esta materialização, por parte do arquitecto, permite uma maior liberdade e um maior rigor em relação ao conceito e à forma do edifício hospitalar. Porém esta maior liberdade, traz consigo uma maior responsabilidade, que para além de responder à materialização, procura responder aos mais íntimos anseios das pessoas.

### III. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO PORTO

#### 1. ANÁLISE URBANA

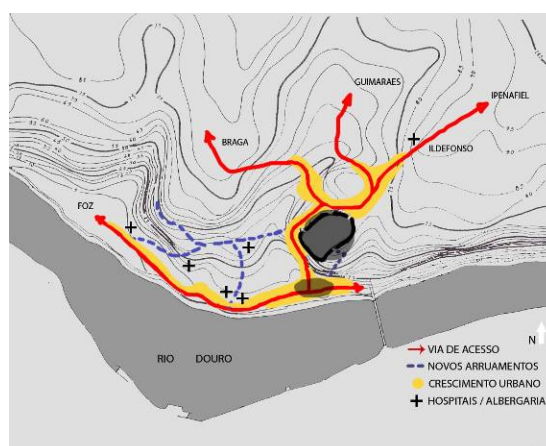
O Porto, à semelhança de outras cidades europeias de origem medieval que assentam nos três elementos fundamentais que as caracterizam, assistiu ao aparecimento da actividade hospitalar desde cedo, constituindo assim uma mais valia no estudo da actividade hospitalar.

Documentalmente, esta actividade inicia-se durante o século XII, período em que o burgo e todo o território circundante ficaram a cargo da igreja, através da Carta Foral de 1123, e pela independência de Portugal. Estes factos proporcionaram um maior dinamismo do Porto, que por esta altura contava com cerca de três mil habitantes.

Como resultado a cidade expande-se em quatro direcções (fora da muralha), permitindo a proliferação até ao final do século XV (altura em que a cidade contava já com cerca de catorze mil habitantes) de inúmeros pequenos hospitais, que nada mais eram de que espaços de albergue, geridos por entidades religiosas, por confrarias e mesteres, por particulares e pelo Estado (Figura 24).

De acordo com Pacheco (2006, p.9):

A assistência e organização caritativa do burgo medieval portuense centrava em medidas municipais e privadas, laicas ou religiosas. As mais antigas referências documentais revelam-nos doações de 1185 (...). No século XIV, alguns destes modestos hospitais situavam-se junto da zona ribeirinha, entre a Ribeira e Miragaia, “para dar socorro pronto às gentes embarcadas”.



**Figura 24 – Expansão da cidade e proliferação de albergarias**

As albergarias que apresentam um carácter mais citadino, localizam-se inicial e maioritariamente ao longo dos principais trajectos, entre a Ribeira e Miragaia, onde a vida era mais intensa. Contudo, em menor escala e mais dispersos, aparecem outros estabelecimentos situados nos restantes eixos de comunicação, que ligavam a cidade a outros aglomerados urbanos.

Para além das albergarias, faziam parte também algumas Leprosarias, que por imposição, se situavam afastadas de toda a comunidade. Na área (actualmente pertencente à freguesia de S. Nicolau) onde a urbanização ainda não se encontrava consolidada, mas onde havia relação de reciprocidade (comércio) entre a zona rural e os burgos mais activos, surgem os mosteiros, que praticavam a “*cura divina*”.

Este período vê aparecer, um número significativo de pequenos estabelecimentos hospitalares, ligados principalmente a Confrarias, e que conforme acontece com as albergarias, fazem-se dispor pelas principais vias de comunicação e nas zonas mais movimentadas - rua nova, rua da biquinha, rua dos mercadores e rua das congostas (Figura 25).

Outros pontos de extrema importância na localização dos hospitais, são as portas da cidade, que se fazem distribuir ao longo da muralha Fernandina. Enquadrada ainda neste período, é a localização singular de uma albergaria na zona da judiaria velha.



Vias de comunicação:

- A. Rua Nova / R. Do Infante
- B. Rua dos Mercadores
- C. Rua das Congostas
- D. Rua da Biquinha
- E. Judiaria velha

**Figura 25 – Disposição das albergarias ao longo das vias e zonas mais movimentadas**

O período compreendido pelos séculos XVI e XVII, presenciaria o acentuar do número de “pequenos” hospitais pertencentes à Misericórdia, como também a diferentes confrarias e a diferentes patronos, que conforme Pacheco (2006) afirma, “(...)«feitos e ordenados principalmente para a cura e agasalho dos pobre e enfermos».”

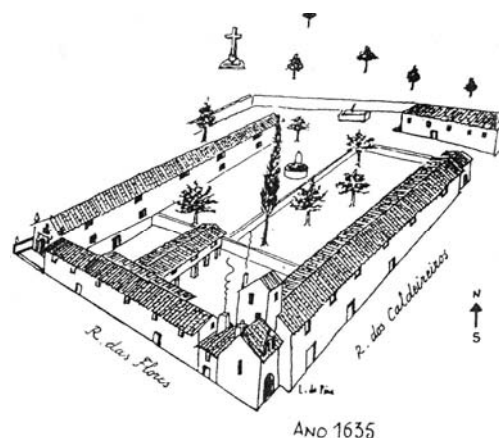
Contudo, nem todos os pequenos hospitais sobrevivem ao tempo. Uns simplesmente encerram, deixando puramente de existir, outros porém, por pertencerem e/ou por serem administrados pela Misericórdia, ou a confrarias devotas a um mesmo santo, são obrigados judicialmente a juntarem-se. Estes últimos que tiveram que se unir, e que apresentavam uma morada física individual, viriam agora com a união, a localizarem-se numa única morada.

Esta atitude, de juntar num único lugar vários pequenos hospitais, em que antes se localizavam espalhados pela cidade, faria com que passassem a designar-se de “Hospitais Menores”.

Conforme Pacheco (2006, p.9) argumenta:

Em 1682, as duas Confrarias dos Ferreiros – de Cima e, a atrás citada, de Baixo – foram obrigadas judicialmente a juntarem-se, transferindo a primeira o seu Hospital de Santa Catarina, do Largo de S. João Novo para um edifício (ainda existente) na rua de trás, nas traseiras do edifício-sede da Irmandade, com o qual tinha (e tem) ligação. Citam-se ainda as albergarias Nova, de S. Lourenço e de Antanhol, o Hospital de Roncesvales, dos Entrevados (para «albergar inválidos desta natureza»), ou o de N<sup>a</sup>. S<sup>a</sup>. Do Amparo, de Cima de Vila, e ainda o dos Lázaros, de Mijavelhas (na actual zona de S. Lázaro).

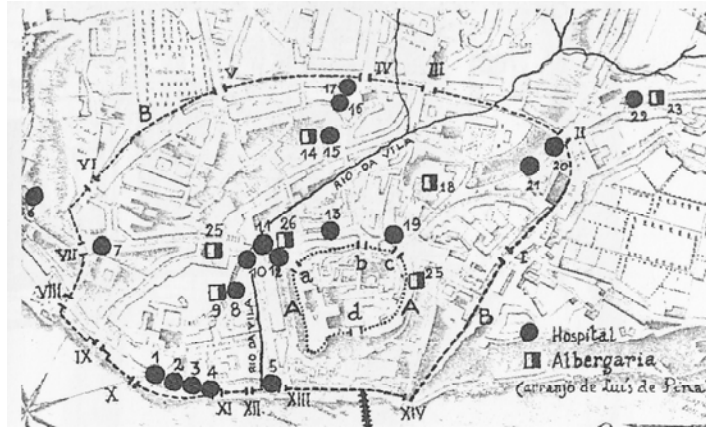
Este período da cidade, que no final contava já com cerca de dezanove mil habitantes, viria a ter um momento de extrema importância, com o surgimento do primeiro grande hospital da cidade – o hospital de D. Lopo de Almeida (Figura 26).



**Figura 26 – Hospital de D. Lopo de Almeida**

O século XVIII, que fica marcado pelo aumento económico da cidade, pelo acentuado crescimento demográfico (cerca de trinta mil habitantes em 1732 e cerca de quarenta e

seis mil habitantes em 1787), pelo aumento de densidade dos núcleos urbanos no interior da fortificação, e pela expansão da cidade para fora da muralha Fernandina, fica também marcado pelo aparecimento de instituições que abraçavam os hábitos, convicções e religiosidade caras à mentalidade burguesa cada vez mais poderosa e rica – Irmandade e Ordens Terceiras (Figura 27).



**Figura 27 – Aumento da densidade dos núcleos urbanos e aparecimento de novas instituições – Irmandades e Ordens Terceiras**

O Porto “das Irmandades e Ordens Terceiras”, à semelhança do que se passou noutros países europeus, presenciou de igual forma a vida difícil e conturbada destas Instituições.

A fundação destas Irmandades e Ordens Terceiras encontram-se ligadas aos vários devotos, movidos pela intenção de erguer na cidade, Instituições que invoquem os seus Santos de eleição. Desprovidas de bens materiais e financeiros, estas dependiam profundamente de Benfeitores, no qual pudessem contribuir com mais valias (doações a nível de Bens e a nível financeiro).

Não tendo instalações nem meios próprios para o conseguirem, estas, por meio dos seus Benfeitores, adquirem edifícios e/ou terrenos, nos quais pudessem exercer a sua actividade. Para além da doação de Bens, estas contribuições passam também pelo nível financeiro, no qual permitiria, a compra de imóveis e/ou terrenos, ou então que pudessem custear as várias obras das Instituições.

Conforme Barreira (2002, p.420) argumenta:

As instituições (...) agregavam, como confrades, os mais variados extractos da sociedade portuense, desde os mais dominantes – eclesiásticos, altos funcionários do Estado, homens

de negócios – até aos mais humildes membros das artes e ofícios, trabalhadores indiferenciados, criados. As Mesas, que dirigiam as instituições, eram através dos seus cargos mais importantes, controladas pelas elites dominantes.

Este interesse em receber nos seus quadros pessoas influentes (como ainda hoje acontece), possibilita a que estas instituições pudessem ultrapassar períodos de maior dificuldade, como também exercer maior influência na cidade.

Porém, a obtenção destas doações e o colocar de pessoas influentes nas suas Mesas, levaria a conflitos internos ou entre instituições. Por um lado, levaria à ruptura interna de algumas destas, levando-as a dividirem-se em duas instituições distintas. Esta divisão, levava à partilha de bens, e à procurar de um novo local para que uma das instituições se pudesse instalar.

Em certos casos, algumas das Instituições mais antigas e enraizadas na sociedade portuense, que deste modo poderiam de alguma forma exercer uma maior influência sobre o Estado, dificultavam e inviabilizavam a implantação de outras instituições, quando sentiam que estas últimas, de alguma forma lhe pudessem “roubar” devotos (equivalente a receitas) e com isso protagonismo.

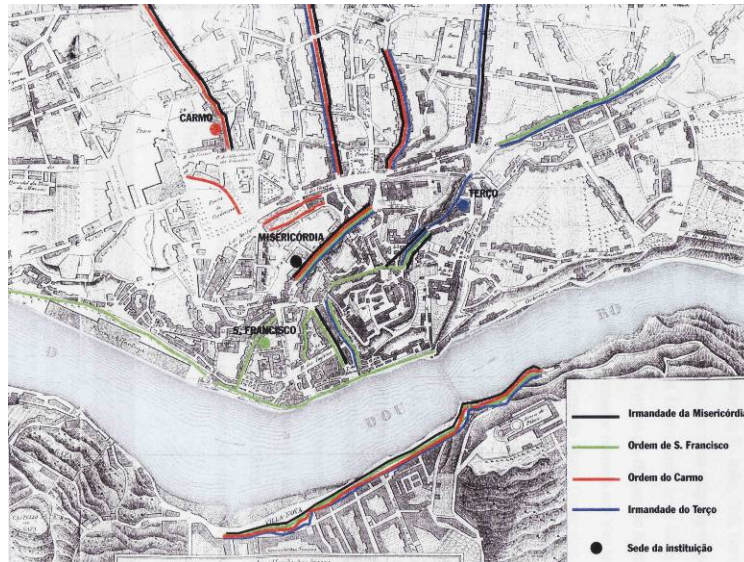
Deste modo, seriam obrigadas a escolher outros locais que pela evolução da cidade, se localizariam nas zonas exteriores e um pouco afastadas da muralha Fernandina, em que a urbanização ainda se apresentava numa fase inicial da sua evolução.

Porém esta “segregação” resultava num ponto positivo. Estes novos locais, davam às novas Instituições, a possibilidade de influenciarem e cativarem novos Benfeitores e novas gentes, que a pouco e pouco iam caracterizando e compondo este novo espaço urbano.

Conforme Pacheco (2006, p.7) argumenta:

Neste quadro social e economicamente dominado por permanentes contradições políticas, seguido de um período de progresso e estabilidade (Regeneração) que começaria a transformar o País, assistimos ao aparecimento e ascensão de novo tipo de patronos e impulsionadores de instituições hospitalares (e não só): os capitalistas “brasileiros”. Com eles, o Porto ganharia algumas obras de relevo, quer construídas de raiz, quer através de ampliação e renovação dos hospitais das Ordens e Irmandades, incluindo o da Misericórdia.

Este aspecto de dispersão, em que as instituições mais antigas se encontram inseridas no centro histórico do Porto, e em que instituições novas, conforme vão surgindo, vão-se instalando cada vez mais afastadas desse mesmo centro, leva a que se consiga definir um certo padrão de localização e influência que estas Instituições exerciam (Figura 28).



**Figura 28 – Padrão de localização e influência das – Irmandades e Ordens Terceiras**  
**Fonte: Barreira, 2002**

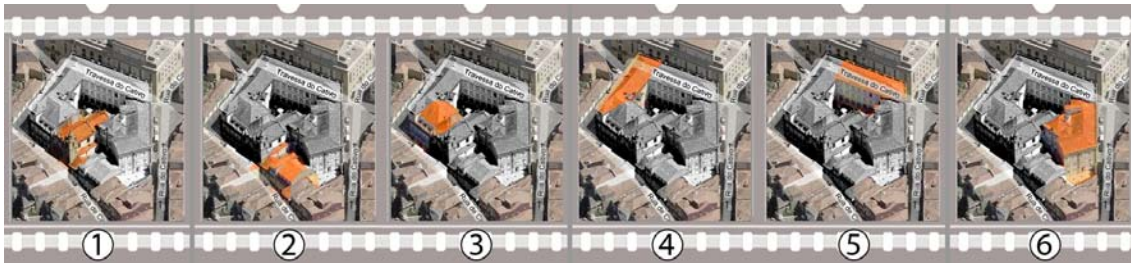
Contudo, e em consequência dos diferentes conflitos e de novas regras impostas às Instituições com carácter hospitalar, levaria a que muitas destas instituições viessem a fechar, tendo chegado até aos nossos dias apenas cinco delas – Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade, Venerável Ordem Terceira da Nossa Senhora do Carmo, Ordem Terceira de São Francisco, Venerável Irmandade de Nossa Senhora da Lapa, e Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade.

## 2. ANÁLISE ARQUITECTÓNICA

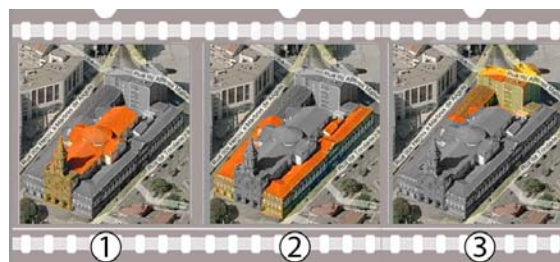
Cronologicamente, o primeiro edifício a ser erguido pelas Irmandades e Ordens Terceiras, seria a Capela, dedicada ao culto dos seus Santos. Esta escolha prende-se ao facto de ser este o edifício que faria representar ideologicamente e publicamente as Instituições, permitindo-lhes a angariação de fundos.

Depois, surgiam os restantes edifícios, anexos à capela/igreja, que possibilitava a estas, o exercício das restantes funções que lhes são reconhecidas – educativa, social, e

hospitalar (até aos nossos dias, esta última viria a sobressair das restantes funções) (Figura 29 e Figura 30).



**Figura 29 – Desenvolvimento cronológico dos Hospital do Terço**  
**1. Igreja 2. Apoio Social 3. Hospital (início) 4/5. Hospital (evolução) 6. Hospital (conclusão)**

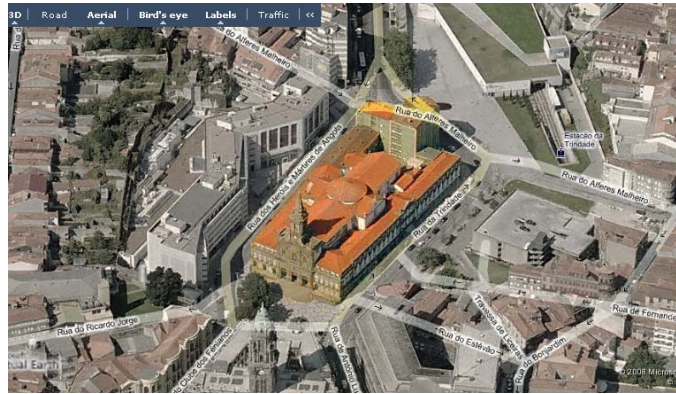


**Figura 30 – Desenvolvimento cronológico do Hospital da Trindade**  
**1. Igreja 2. Apoio Social e Hospital (início) 3. Apoio Social e Hospital (conclusão)**

Os hospitais do Porto, por esta altura destinavam-se aos pobres. Mesmo estando estas instituições ligadas principalmente a um extracto social médio alto, não impede que, a certa altura (por volta de 1850, e por questões financeiras), estas alterem os seus estatutos e comecem a receber, mediante pagamento, doentes estranhos a si.

Esta devoção aos mais pobres viria a acontecer mais tarde dada à sua situação particular (sobrevivência através de donativos). Desta forma aceitavam no mesmo espaço hospitalar, doentes, idosos, hóspedes vitalícios (estes, como ainda hoje acontece). Assim os hospitais de cura, e de recolhimento permanecem sob um mesmo tecto.

A função hospitalar reforça o papel importante que estas instituições (que se conseguiram manter até aos nossos dias) tiveram na evolução dos hospitais do Porto. Os hospitais pertencentes às Irmandades e Ordens Terceiras, conseguem demonstrar de uma forma geral, os diferentes estágios de evolução (vividos) de um hospital, a influência e intervenção enquanto infra-estrutura urbana (foram e ainda são marcantes no progresso e enriquecimento urbano), através do seu contributo arquitectónico (enquanto edifício, e sua evolução tipológica) (Figura 31).



**Figura 31 – Função hospitalar das Irmandades e Ordens Terceiras, como elemento importante na evolução hospitalar da cidade do Porto**

Constituídos por edifícios pertencentes a épocas diferentes, (identificados pela imagem que apresentam) os hospitais tiveram que adequar alguns espaços à nova medicina. Este adequar, nem sempre se apresentou pacífico, onde por vezes a tipologia complexa dos edifícios mais antigos se mostra inapropriada, dificultando a tentativa de se criar uma racionalidade organizativa de funções e fluxos. Esta dificuldade de certa forma, não impede a concretização de uma racionalidade (porém perceptível numa análise mais cuidada), nem o estabelecer de uma comparação entre o hospital e a cidade (Figura 32).



**Figura 32 – Tipologia complexa vs Racionalidade**

Os hospitais, apresentam um princípio organizador do espaço, cujo motivo é produzir um conjunto eficiente, racional e produtivo que possa expandir suas partes, em tempo e intensidades diferentes, sem afectar o conjunto. A organização, segue uma hierarquização funcional das actividades em zonas (internamento, clínica, apoio, técnicas, administrativa) espalhadas de carácter dependente e independente. Estas zonas são distribuídas, segundo as suas inter-relações funcionais, formando um todo concentrado (Figura 33).



**Figura 33 – Princípio organizador e inter-relações funcionais**

A circulação principal faz a ligação entre as zonas seguindo o fluxo sequencial de procedimentos. Os fluxos de pacientes externos e internos, funcionários, resíduos, materiais, encontram-se separados e hierarquizados nos edifícios mais recentes, contudo, nos edifícios mais antigos, a relação entre fluxos de pacientes externos e internos, funcionários, apesar de se apresentarem hierarquizados, aparecem na maior parte das vezes misturados.

Esta atitude, confere ao hospital propriedades características aos “Seres Vivos”, à Natureza, e às Cidades (a contínua evolução, adaptação, e relação de proximidade). Desta forma, quando se analisa um hospital, há que o perceber como um organismo complexo, com passado, presente e futuro, do qual não sobrevive por si só, mas, através da sua relação com o mundo que o rodeia, à comunidade que serve e influencia, evoluindo e reajustando-se às novas exigências e necessidades.

Outro ponto de extrema importância para a análise dos hospitais, é o contributo que estas instituições, estimuladas por uma capacidade de inovação, tiveram para o avanço médico e tecnológico da medicina. Desde a sua origem que os hospitais pertencentes às Irmandades e Ordens Terceiras, se mantiveram na vanguarda da medicina. Estes, presenciaram os primeiros e mais importantes acontecimentos da medicina.

Referenciando o Hospital da Venerável Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade, Pacheco (2006, p.28) afirma,

Desde os primórdios, o Hospital do Terço foi provido em pessoal técnico que, com o tempo, incluiria alguns conceituados clínicos portuenses. Nas suas instalações ocorreram factos relevantes nas práticas médicas do país. Assim, em 1782, «o cirurgião da casa» João Marques e o seu colega José Pereira ali realizaram a considerada primeira operação cesariana ocorrida em Portugal.

(...), em 1856 seria criada a primeira sala de operações, apetrechada com cadeira-leito e inúmeros objectos operatórios que constituíram uma inovação nos hospitais de todo o País.

A influência e intervenção destas instituições, estimuladas pela capacidade de inovação, pelos parâmetros assistenciais, pelos avanços médicos e tecnológicos que foram introduzindo e adaptando, e pelo contributo arquitectónico, foram e ainda são marcantes no progresso e enriquecimento hospitalar e urbano.

Assim, e atendendo às evidências pode-se considerar que o século XVIII fica ligado à acção assistencial e hospitalar das Irmandades e das Ordens Terceiras que sobreviveram, como também pela Misericórdia (que daria início neste mesmo século, às obras do hospital de Santo António).

O século seguinte traduz-se em novos desafios no quadro hospitalar. A abolição do antigo Regime, o surgimento de governos liberais, e o crescimento acentuado da população (cerca de cinquenta e nove mil habitantes em 1838 e cerca de cento quarenta e sete mil habitantes em 1890), faz com que a assistência hospitalar passe a ser um dever da administração pública.

Conforme Pacheco (2006, p.7) argumenta:

O século XX (...) trouxe-nos uma história multiforme. Assim, assistimos à permanência das grandes instituições, sete e oitocentistas, adaptadas às mudanças do mundo e da cidade; (...) e ao aparecimento de grandes instituições, tanto ligadas – uma vez mais – à Misericórdia como ao sector da Medicina Estatal, que vieram alterar (e ampliar) a paisagem hospitalar da cidade. (...) a pós-modernidade ainda nos reservaria o alargamento do campo de análise, com o aparecimento dos hospitais privados associados a grupos económicos investindo no *mercado* de saúde.

O século XX e início do século XXI ficam marcados por três importantes factores. o crescimento da cidade, o crescimento populacional (em 1900 o número de habitantes era de 167.955, em 1991 atingia os 309.000 habitantes e em 2001 chega a 1.260.680 de habitantes). Este último valor, prende-se ao terceiro factor, nova realidade regional – o Grande Porto.

Com suporte nestes factores, dar-se-á a permanência e evolução dos hospitais existentes, adequando-se a novas exigências e necessidades, contudo, sendo insuficientes à nova escala (a nível da cidade, e a nível regional) vêem-se surgir de novas unidades hospitalares espalhados pela área urbana do Porto.

## IV. ESTUDO DE CASO

### 1. PROCESSO DE ANÁLISE

#### i. Análise histórica

Sendo a Instituição um elemento caracterizador no processo evolutivo da cidade do Porto, pretende-se assim, identificar no espaço e no tempo os momentos mais importantes dessa mesma Instituição. Procura-se do mesmo modo, identificar e compreender as razões e princípios que levaram à sua criação e direcção vocacional.

#### ii. Análise urbana

Pretende-se estudar a Instituição e a sua envolvente. Desta maneira a análise permitirá criar elementos de avaliação que possibilitam estabelecer uma relação directa ou indirecta com a realidade urbana circundante. Assim sendo, a aplicação destes elementos permitirá compreender como a cidade e a instituição se influenciam e articulam entre si.

#### iii. Análise arquitectónica

Nesta análise, pretende-se enquadrar a morfologia, tipologia e estilo encontrados na Instituição ao longo da sua evolução. Procura-se também identificar a composição organizacional (actual) da mesma Instituição de forma a compreender a inter-relação funcional das diferentes actividades.

### 2. IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DO TERÇO E CARIDADE

#### i. Análise histórica

Conforme Barreira (2002, p. 116) argumenta:

Em 21/11/1754, o Padre Geraldo Pereira, morador em S. Domingos, legalizava, em nota do tabelião José da Costa Peixoto, a compra de duas casas com quintal, foreiras à Câmara do Porto, que, pelo valor de 420 000 réis, fizera ao Padre Teobaldo de Lemos Sousa e Távora, residente no lugar das Quintas da freguesia de S. Pedro do Castelo de Penalva, bispado de Viseu. Nesse terreno, localizado em Cimo da Vila, propunha-se erguer uma Capela dedicada ao culto de Nossa Senhora do Terço (Figura 34).



**Figura 34 – Igreja do Terço, Porto**

**Fonte: <http://maps.live.com>, 2008**

Em 5/03/1755, foi autorizada a escritura por parte da Câmara da cidade. Em 19/08/1755, o Dr. José Pedro Virgolino, arcebispo da Sé Catedral do Porto, concedeu a licença eclesiástica para a construção da capela. A capela de Nossa Senhora do Terço foi construída com recurso a esmolas dos devotos, e a doações de beneméritos. Desde o início era ideia do Padre Geraldo fundar uma irmandade ligada à devoção do terço. Em 1756, a fim de tornar as instalações mais amplas e para futuros alargamentos, o Padre Geraldo comprou um pardieiro que se alongava desde a Rua do Penedo até à rua de Cima de Vila. Seria também em 1756 que a Irmandade viria a ser institucionalizada (Figura 35).



**Figura 35 – Escola e Sopa dos Pobres, Porto**

**Fonte: <http://maps.live.com>, 2008**

Como devoção da reza do Terço do Rosário, que na capela se exercia, se não tivesse irmandade regularizada, juntaram-se trinta devotos no dia 16 de Maio de 1762 sob a presidência do chantre da Sé de Lamego, António José de Andrade Belêsa, deliberando suplicar às justiças de S.M., tanto seculares como eclesiásticas, autorização para a constituir. Foi-lhe conferida, ficando essa irmandade com a mesma invocação de Nossa Senhora do Terço, acrescida do designativo de Caridade (Vitorino *cit. in* Barreira 2002).

A fundação da Irmandade data de 19/10/1766 e apenas pode ser estabelecida através do livro de entradas de irmãos. Neste, aparecem inscritos os primeiros irmãos, estando o Padre Geraldo Pereira inscrito como o primeiro Irmão e se elegeu a primeira missa, sendo assim de se considerar esta data como o dia de Fundação da Irmandade.

Apesar do Padre Geraldo Pereira ser o fundador da Irmandade, os estatutos também mencionam Manuel da Silva Galvão como fundador da mesma Irmandade. Sendo que Manuel da Silva Galvão teve um papel importante, pelo facto de ter dado continuidade à obra iniciada pelo Padre Geraldo Pereira.

Ao contrário das outras instituições similares, o Terço começou como Capela e só depois surgiu como Irmandade.

Conforme o próprio nome indica, a prática de obras de caridade constituía como principal preocupação da Irmandade da Nossa Senhora do Terço e Caridade. Esta prática abrangia áreas tais como a solidariedade social, educação, e a saúde. Ao longo dos tempos a área da saúde viria a ter maior relevo, tendo-se tornado na principal preocupação da Irmandade em relação as restantes áreas de intervenção.

Porém a prestação de todas estas obras de caridade pautava-se pela irregularidade, dependente das disponibilidades económicas da instituição e da benemerência pública.

A irmandade de Cima de Vila assumia-se, assim, através de duas vertentes – a espiritual, de que a reza do terço era o símbolo maior, e a social, exteriorizada na prática das obras de caridade.

A vertente Social da Irmandade procurava corresponder aos numerosos problemas que afectavam a sociedade portuense. Assim e de acordo com (Barreira, p. 126):

## ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO

A acção da instituição passou pelo apoio à velhice (esmolas e entrevados), à orfandade (educação e dotação de órfãos), aos necessitados (esmolas e alimentos a carenciados), aos presos (libertação e jantares), aos filhos de Irmãos (criação de escolas) e aos doentes (assistência hospitalar e pecuniária).(…) Informações relevantes e que documentem a fundação do hospital são escassas, de onde se destaca o desaparecimento das primeiras actas. Contudo e em carta de 1783 na qual dirigida ao Papa Pio VI, a Irmandade do Terço destacava como acção caritativa desenvolvida pela instituição a libertação de presos e a assistência hospitalar aos Irmãos enfermos.

Segundo Vitorino (1928, p.40), “(...) a ideia da construção do hospital deve-se ao Irmão Manuel Joaquim Ramos.”

Dado importante acerca do nascimento do hospital, é a existência de um quadro existente na irmandade e que faz referencia ao dia da fundação do hospital do terço e o nome do seu fundador. No quadro encontra-se escrito: “Joze Maria de Souza Cónego Capitular da Santa Se Cathedral desta cidade Cavaleiro da Ordem de Christo sendo provedor desta Irmandade foi o primeiro fundador deste hospital e seu benfeitor e deu princípio ao curativo em o 1<sup>o</sup> de Dezembro de 1781. Faleceo em 4 de Dezembro de 1811”.

Construído em edifício próprio e de modesta aparência o hospital é inaugurado em 1 de Dezembro de 1781 (Figura 36). Inicialmente designado como hospital da Caridade, este surge numa época em que a situação hospitalar no Porto era ainda deficiente.



**Figura 36 – Hospital do Terço, Porto**  
Fonte: <http://maps.live.com>, 2008

Não fugindo à regra das obras de solidariedade, o hospital também enfrentou diversas dificuldades dado que dependia fundamentalmente de acções beneméritas. Dessas acções beneméritas salientam-se algumas pessoas, como é o exemplo de Manuel

Joaquim Simões e as irmãs Ana Bernardina de Santos Tomás, Engrácia Ana da Madre de Deus e Francisca Rita Simões, que em 13/11/1781 doaram à Irmandade algumas casa térreas que combinavam a Nascente com as casas do doutor Francisco Pereira Machado, a norte com a viela dos entrevados e a poente com a mesma Irmandade, para que deste modo a própria Irmandade continuasse com o hospital (Figura 37).



**Figura 37 – Hospital do Terço, Porto**  
Fonte: <http://maps.live.com>, 2008

Em 1799, os cónegos José Maria de Sousa e seu irmão Francisco Viterbo e Sousa doaram uma elevada quantia monetária, na qual permitiu que a Irmandade comprasse algumas propriedades sitas na viela dos entrevados (Figura 38).

Passadas sensivelmente duas décadas o hospital é ampliado. De facto, e conforme Pacheco e Ribeiro (2006, p. 28) argumentam:

Em 1805 estava concluída a ala Norte, para onde deita o acesso nobre, sobre cuja porta se lê: “Em honra da Virgem Maria e socorro dos pobres enfermos fundaram e dotaram este Hospital os piedosos irmãos José Maria de Souza e Francisco Viterbo de Souza e esta irmandade amplia anno MDCCCV”.

Em 1816 grande parte do edifício já se encontrava concluída.



**Figura 38 – Hospital do Terço, Porto**  
 Fonte: <http://maps.live.com>, 2008

Ao longo dos anos o hospital foi alvo de ampliações, que aconteceram na parte virada para a rua do Cativo. Esta nova ala teve como projectista o arquitecto José Geraldo Sardinha, tendo sido inaugurada em 1878 (Figura 39).



**Figura 39 – Hospital do Terço, Porto**  
 Fonte: <http://maps.live.com>, 2008

ii. Análise urbana

O conjunto edificado da Irmandade do Terço (hospital, igreja, escola e sopa dos pobres) actualmente encontra-se na zona central da freguesia da Sé, pertencente à cidade do Porto, tendo como morada física – Travessa Cimo Vila 19, 4000-171 Porto. Situa-se, portanto numa área em que o tecido urbano, se faz notar com bastante intensidade e com uma longa história.

Encontra-se numa das colinas do Porto, denominada de Cimo de Vila, sendo uma área de enorme importância metropolitana, em função da presença da estação de comboios de São Bento, metro, teatros, igrejas, comércio, e da presença de várias culturas oriundas de todos os cantos do mundo, originando um ambiente multicultural e dinamizador do espaço.

O conjunto está implantado em um terreno de aproximadamente 2,5 ha, delimitado a W pela Rua do Cimo de Vila, a N pela Travessa do Cimo de Vila, a E pela travessa do cativo e a S pela rua do cativo.

Este conjunto integra, desta forma um quarteirão que foge inteiramente do parcelamento urbano do entorno, rompendo um padrão caracterizado por quarteirões constituídos por talhões de pequenas dimensões onde se encontram edificações marcadamente verticais, compreendidas entre os três e os quatro pisos, e que na sua generalidade apresentam um carácter habitacional nos pisos superiores, um carácter comercial nos pisos térreos. A excepção acontece na Travessa do Cativo, onde o hospital faz frente com o teatro nacional São João.

O quarteirão onde se encontra implantado o hospital distingue-se dos outros quarteirões, não só pelo tamanho das parcelas que o compõem, como também pela imponência da construção, pelo significado histórico e pela homogénea linguagem construtiva. Deste modo funciona como um verdadeiro ponto de referência e de interesse turístico, levando turistas no local.

Mantendo uma altura semelhante à dos edificios circundantes, este origina uma imagem “limpa”. Essa atitude é marcada pela continuidade dos edificios (diferentes alas). É marcada também pelo contraste determinante imposto pela singularidade de cada edificio vizinho e pela degradação dos mesmos o que cria uma degradação urbana e a um ambiente suspeito e de segregação.

O parcelamento intensivo e ramificado (Figura 40) em constante evolução favoreceu ao longo do tempo, o aparecimento de inúmeras edificações (Figura 41) geralmente com a mesma linguagem visual; estreitas, construídas sobre o mesmo alinhamento, afastamentos mínimos sobre a rua, pequenos jardins na parte traseira, com cobertura, revestimentos, materiais de construção, vãos, tipologia semelhante.



**Figura 40 – Parcelamento intensivo e ramificado**  
Fonte – <http://maps.google.com>



**Figura 41 – Linguagem visual dos edifícios.**  
Rua do Cimo de Vila.

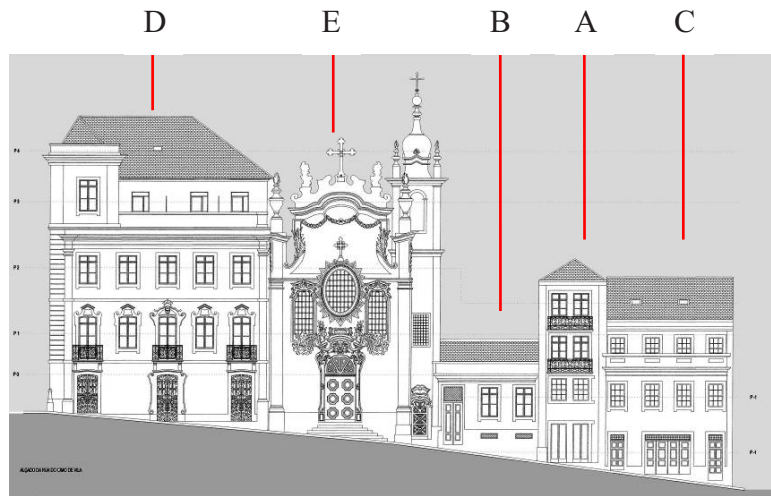
Apesar de positiva, a relação funcional apresenta alguns aspectos problemáticos quando examinadas com maior detalhe as relações espaciais entre o complexo hospitalar e o seu entorno imediato. Dado se encontrar numa zona histórica, a permeabilidade criada pela estrutura urbana, onde se identificam arruamentos estreitos, ainda adaptados a um passado recente, permite uma fácil circulação pedestre e uma complicada circulação viária, mesmo que esta última esteja orientada em sentidos únicos.

Esta situação favorável do ponto de vista histórico/urbanístico, em que a malha ramificada que se faz transportar até aos dias de hoje se assemelha fortemente com a ocupação intramuros da Instituição (ligações entre as diversas áreas que compõem o espaço hospitalar).

### iii. Análise arquitectónica

A estrutura de análise debruça-se sobre todos os edifícios (Figura 42) que compõem Irmandade: A – edifício armazém, B – edifício “sopa dos pobres”, C – escola, D – hospital, E – igreja. Esta abordagem prende-se com o facto da Irmandade apresentar um

conjunto de edifícios diferentes, que no entanto, e em simultâneo, se complementam entre si.

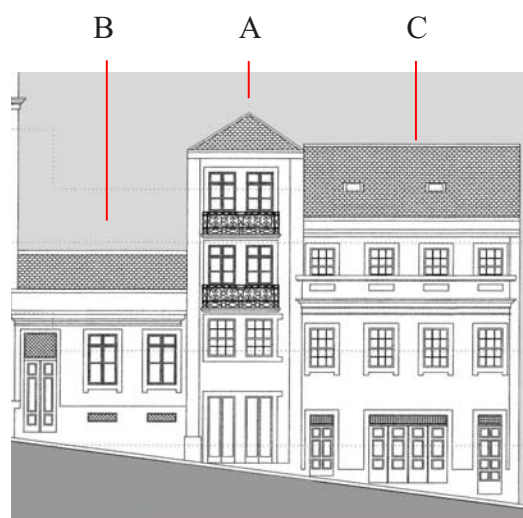


**Figura 42 – Edifícios que compõem a Irmandade**  
**Fonte – Irmandade do Terço**

a. Enquadramento artístico:

Identifica-se três influências artísticas – Barroco, Pombalina e Neoclássico. Para além destas, identificou-se também uma outra influência importante – o estilo flamengo. Opta-se por criar esta separação pelo simples facto de que este último estilo surge não por preocupações artísticas, mas sim pela própria vivência das pessoas.

Desta forma identifica-se o estilo flamengo nos edifícios (Figura 43) – sopa dos pobres, armazém e escola.



**Figura 43 – Estilo flamengo, rua do Cimo de Vila**  
**Fonte – Irmandade do Terço**

Este tipo de construção, como o próprio nome indica, é de origem Holandesa. Classifica-se como uma casa urbana que se difundiu por todos os Portos europeus e à qual fica ligada claramente à classe burguesa. Conforme Oliveira e Galhano (2000, p.319) argumentam,

“(...) é caracteristicamente a casa popular e burguesa, estreita por economia de terreno e de manutenção e pelas exigências de espaço, cujo carácter híbrido e independente é atestada pela existência, sem excepção, de pelo menos duas portas, uma, de residência, e outra, da loja; e também, muitas vezes, de soluções especiais de comunicação entre aqueles dois sectores, tais como escadas privativas ou alçapões entre os andares superiores e o rés-do-chão.”

Estas habitações são marcadas pela verticalidade – edifício A (Figura 43) e pela forma estreita da fachada e da planta. Compostas por três a quatro pisos, estes edifícios apresentam a função comercial e habitacional, sendo o piso inferior destinado ao comércio e os superiores para fins habitacionais. Geralmente apresentam duas portas no piso inferior (uma para habitação e outra para a loja), nos pisos superiores apresentam dois vãos de janela. A cobertura característica é a de quatro águas, podendo-se encontrar clarabóias alinhadas com os vãos de escadas.

Por vezes, a aplicação deste modelo de tendência flamenga era comprometido pelas dimensões de alguns talhões e pelo seu nível funcional, desta forma surgem edifícios claramente diferentes. Assim sendo a percepção destes edifícios passa por uma abordagem subjectiva – edifício B e C (Figura 43). Mesmo diferentes, estes edifícios apresentam indícios claros: acesso lateral para a habitação, piso inferior destinado a actividades comerciais e/ou de armazenamento e o piso superior para habitação. A cobertura é de duas águas, pelo facto de estar limitada lateralmente por dois planos verticais mais altos.

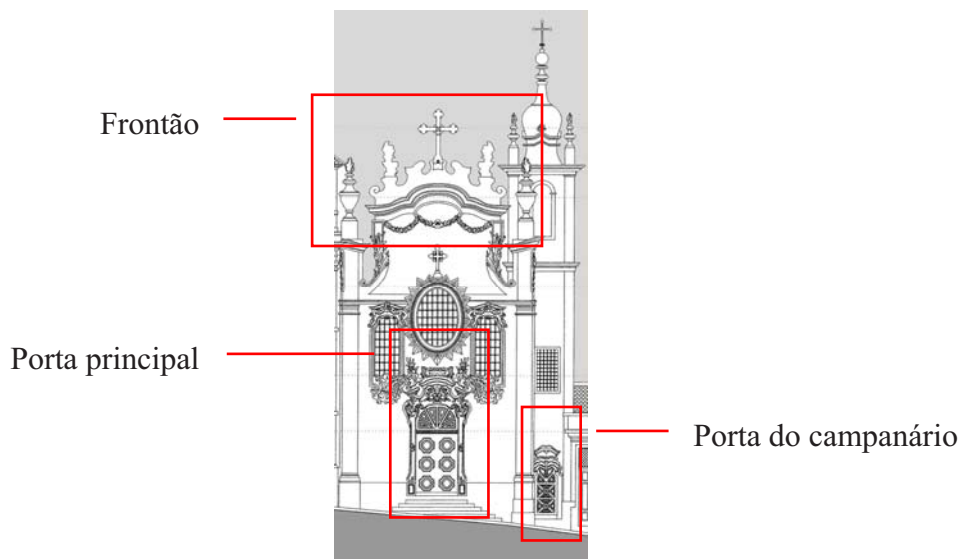
A igreja (Figura 44) representa claramente as intenções surgidas com o Barroco. Este movimento procurava romper com o conceito clássico do renascimento. Por todo o seu período artístico, o barroco procurava emocionar e comover os espectadores. Em paralelo preocupava-se com os factores de surpresa e de teatralidade. A descoberta do estilo pelo clero provoca um momento chave na história da arte barroca. A religiosidade marcante do estilo acabou por classificar o barroco como a arte da contra-reforma, em oposição ao classicismo pagão. A igreja de então buscava um enaltecimento do mundo católico.

O homem barroco dividia-se entre os apelos da alma, que incluíam a salvação da mesma e os apelos do corpo físico (carnais e materiais). Desta forma as obras da igreja (através dos arquitectos, pintores, escultores), procuravam promover a conciliação entre a matéria e o espírito, a luz e a sombra, essenciais para o equilíbrio dos dramas humanos.

De acordo com Gombrich (1999, p.436)

Quanto mais os protestantes pregavam contra a ostentação nas igrejas mais se empenhava a Igreja romana em recrutar o poder do artista. Assim, a Reforma e toda a molesta questão das imagens e seu culto, que tinham influenciado tão frequentemente o curso da arte no passado, também tiveram um efeito indirecto sobre o desenvolvimento do barroco.

Existe uma associação entre elementos rectos e elementos curvos. A fachada (Figura 44) torna-se visualmente dinâmica, onde a decoração fica centrada em pontos estratégicos. Pode-se identificar esta decoração nos pontos de entrada (porta principal e a porta do campanário) adquirindo uma certa monumentalidade exagerada, que joga com várias formas. O frontão reflecte o dinamismo do barroco, através da sua forma ondulada e quebrada.



**Figura 44 – Igreja do Terço, rua do Cimo de Vila**  
**Fonte – Irmandade do Terço**

O interior da igreja (Figura 45) exhibe também a tal decoração exagerada que se encontra na fachada. Os elementos decorativos encontram-se em pontos de união e no cruzamento dos principais planos. O efeito luz adquire uma enorme importância, buscando enaltecer os efeitos de claro–escuro e de luz–sombra.



**Figura 45 – Interior da igreja do terço**

O facto do hospital ter nascido através de um processo evolutivo faz com que o hospital apresente mais que uma influência artística – Barroco, Pombalino e/ou Neoclassicismo. Coloca-se esta interrogação entre o pombalino e o neoclassicismo, pelo facto de que as primeiras ideias neoclássicas (não arquitectónicas, mas racionais) surgiram na época pombalina.

A arquitectura pombalina reflecte o espírito do iluminismo e um forte carácter neoclássico, ainda sem ordens arquitectónicas clássicas, mas submetendo o acessório à razão. No edifício pombalino a simplicidade é integral. Este espírito de funcionalidade impõe uma sobriedade racional, eliminando tudo o que é supérfluo, incluindo a decoração.

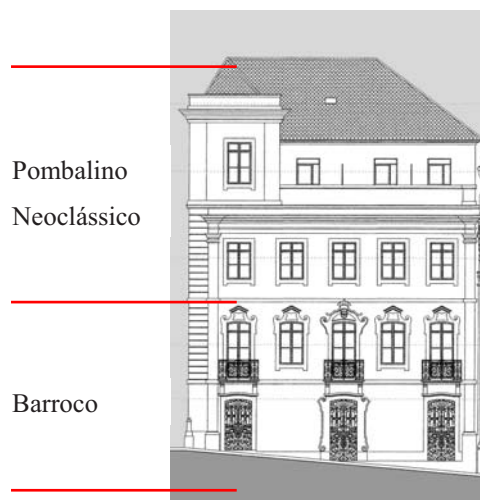
Como foi mencionado anteriormente, a arquitectura neoclássica portuguesa é uma continuação lógica da arquitectura pombalina. Neste sentido traduz-se numa recriação orientada pela razão, fundamentada num conhecimento científico inspirado em cânones estruturais, formais e estéticos da arte clássica.

Dada a influência pombalina e neoclássica representarem um mesmo princípio, optou-se por resumir ambas numa só – neoclássica. Esta escolha justifica-se pelo facto dos modelos/cânones se encontrarem consolidados nesta fase artística.

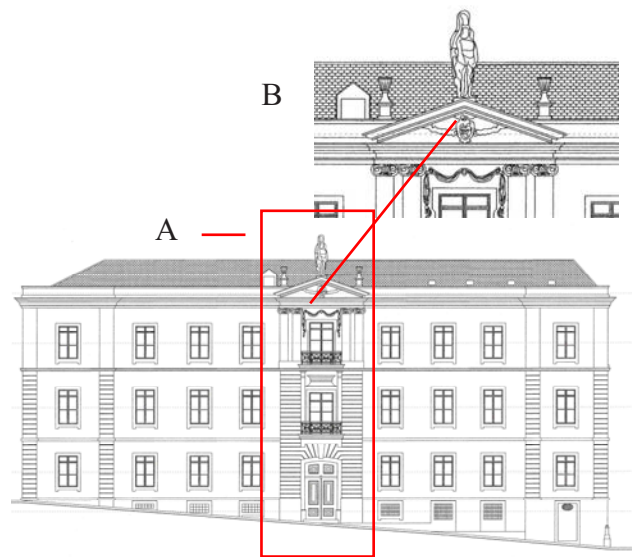
A fachada (Figura 46) virada para a rua do Cimo de Vila apresenta características barrocas e neoclássicas. Identifica-se o estilo barroco nos dois primeiros pisos, visível

através das molduras trabalhadas em volta das janelas e portas. Os restantes pisos superiores simbolizam neoclássico, através de formas racionais.

As fachadas (Figura 47) viradas para a travessa do Cimo de Vila, travessa do Cativo e rua do Cativo, apresentam características neoclássicas. A fachada do hospital adquire uma planimetria e geometria rigorosa conduzindo a uma monumentalidade de escala. A decoração apresenta-se simples, acentuando-se apenas o corpo central da fachada (A). Caracterizados pela gramática formal clássica (B), voltam os frontões triangulares e as colunas simples.

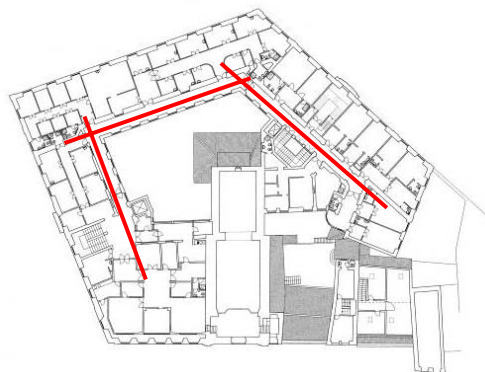


**Figura 46 – Hospital, rua do Cimo de Vila**  
**Fonte – Irmandade do Terço**



**Figura 47 – Hospital, travessa do Cimo de Vila**  
**Fonte – Irmandade do Terço**

Com o regresso aos ideais clássicos, as plantas (Figura 48) adquirem uma simplicidade organizacional e distributiva em sequência da aplicação de uma geometria rigorosa. As vertentes organizacionais e estruturais prevalecem sobre a vertente decorativa.



**Figura 48 – Planta geral – geometria**  
**Fonte – Irmandade do Terço**

b. Organização espacial

A Irmandade abrange a actividade religiosa, hospitalar, educacional e social. De acordo com site de Internet da Irmandade<sup>14</sup>.

Na actualidade a Venerável Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade possui na sua actividade as seguintes vertentes: **Cirurgia:** Cirurgia Pediátrica, Cirurgia em Ambulatório, Cirurgia Oral, Cirurgia Geral, Cirurgia Ginecológica/Obstetrícia, Cirurgia Laparoscópica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Cirurgia Urológica. **Especialidades:** Fisiatria, Cirurgia Geral, Gastrenterologia – Endoscopia digestiva, Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Urologia, Pediatria. **Cuidados continuados:** Prestação humanizada e individualizada de cuidados de saúde, alimentação, higiene e conforto, apoio social, com o objectivo de melhoria de condições de vida e bem-estar dos idosos. **Acordos:** O hospital mantêm acordos com diversas instituições, seguradoras empresas privadas e estatais.

No seu conjunto a Irmandade divide-se por cinco edifícios com funções distintas. Na sua relação entre edifícios, a Irmandade faz-se apresentar por seis pisos (Figura 49).

Para melhor se compreender as diferentes funções e inter-relações dos pisos, opta-se por fazer uma análise individual de cada um deles, em paralelo, cria-se uma paleta de cores para identificar diferentes grupos de actividades e fluxos.

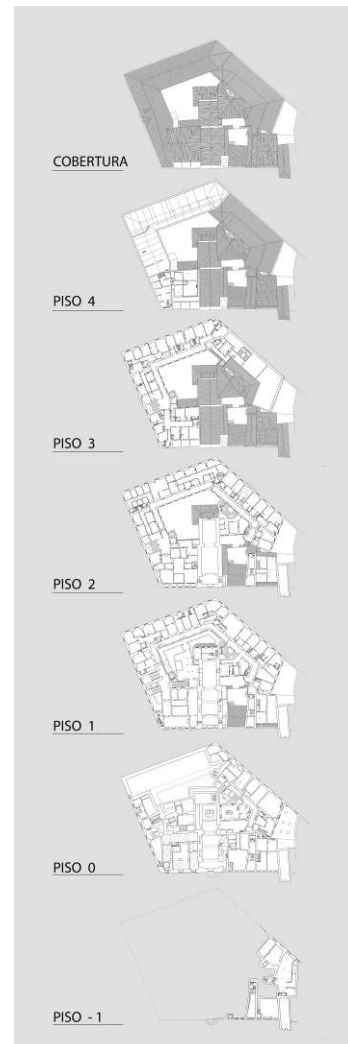


Figura 50 – Esquema de pisos








Paleta de cores: ZONAMENTO

Corredor	Actividade	Actividades de Apoio
Parede	Actividade Técnica	Escada
Actividade Administrativa	Actividade Científica	Ascensor
Actividade Religiosa	Cuidados Continuados	Comércio

<sup>14</sup> Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade. [Consultado em 01/10/2008]. Disponível na WWW: < [http://www.terco.com.pt/\\_especialidades\\_e\\_acordo.html](http://www.terco.com.pt/_especialidades_e_acordo.html) >.

Paleta de cores: FLUXOS FUNCIONAIS

---

	FE		FIS – Funcionários
	FIP – Funcionários		FIS – Utentes
	FIP – Utentes		FIS – Misto
	FIP – Misto		

---

FE – Fluxo Externo / FIP – Fluxo Interno Principal / FIS – Fluxo Interno Secundário

---

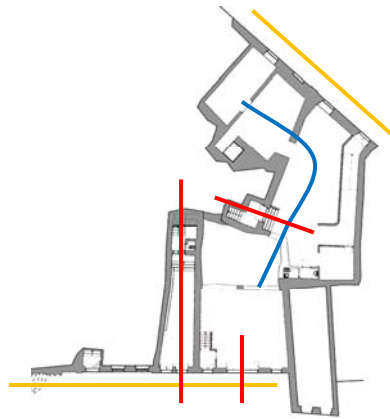
Piso -1

Este piso estende-se por três edifícios diferentes. Um, virado para a Rua do Cativo, e os outros dois virados para a Rua do Cimo de Vila (Figura 50).



**Figura 51 – Zonamento, piso -1**

Neste piso encontram-se áreas de apoio – Estacionamento, e áreas técnicas – Posto de Transformação (PT), e recolha de lixo. Percebe-se que, que existe no geral uma independência entre as diferentes actividades, tendo estas os seus próprios acessos, quer para o piso superior através de escadas, quer para o exterior. Porém identifica-se uma relação de dependência em relação ao compartimento onde se encontra o PT e o estacionamento, já que o único acesso ao PT, passa obrigatoriamente pelo estacionamento. A comunicação entre os pisos, faz-se por meio de escadas.



**Figura 52 – Fluxos funcionais, piso -1**

Neste piso (Figura 51), encontra-se o FE, de carácter independente em relação aos restantes fluxos e que passa pela rua do Cimo de Vila e rua do Cativo. O FIP – funcionários, estabelece a ligação entre o exterior e o interior e proporciona a ligação entre pisos, e o FIS – funcionários, como distribuição funcional interna.

#### Piso 0

Este piso estende-se praticamente por todos os edifícios da Irmandade, com excepção do edifício virado para a Travessa do Cativo (Figura 52). Dada à multidisciplinaridade dos vários edifícios, começa já a surgir neste piso, uma ennumera variedade de actividades – Religiosa, Apoio, Técnica, Terapêutica e Científica.

#### **Legenda:**

- A Igreja.
- B Oficina, oxigénio, esterilização, gerador, caldeira, casa de máquinas e arrumos.
- C Recepção do hospital, posto de transformação, arquivo, vestiário e depósito de água.
- D Cozinha, copa e arrumos.
- E Refeitório (sopa dos pobres), copa, despensa e central térmica.
- F Escola e jardim.
- G Economato e refeitório.
- H Rouparia.
- I Sacristia, arrumos, casa mortuária.
- J Serviço de Urologia.



**Figura 53 – Zonamento, piso 0**

Verifica-se já uma preocupação organizacional, embora feita de retalhos devido ao cruzamento dos vários edifícios onde diferentes zonas se complementam entre si através de relação funcional, porém também se encontram zonas independentes. Assim, como zonas independentes tem-se (F e J), os espaços (B, C, D, E, F, G e H) como áreas de apoio funcional ao hospital. O acesso principal ao hospital faz-se pela travessa do Cimo de Vila através da zona (C), pela rua do Cativo existem dois acessos, um para a zona (J) e outro para a zona (G) e pela rua do Cimo de Vila existem outros dois acessos, uma para a zona (B) e outro para a zona (A). A comunicação entre pisos faz-se por meio de inúmeras escadas dispersas nas diferentes zonas, e por dois ascensores. Apesar de não haver um percurso interno homogéneo, consegue-se identificar numa parte do hospital voltada para a rua do Cativo, e conforme Goes (2004 p. 71) define, “*corredor duplamente carregado*”<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Corredor duplamente carregado: Quando as enfermarias e apartamentos localizam-se em ambos os lados do corredor, as funções de apoio e circulações verticais são colocadas na lateral do lado menor da unidade de internação.

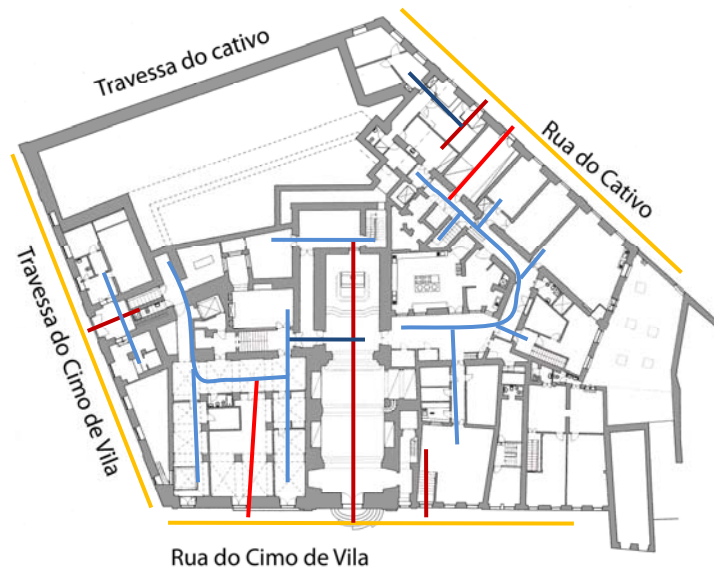


Figura 54 – Fluxos funcionais, piso 0

Neste piso (Figura 53) encontra-se o FE, de carácter independente em relação aos restantes fluxos e que passa pela – rua do Cativo, travessa do Cimo de Vila e rua do Cimo de Vila. Do FE, derivam quatro FIP – mistos e dois FIP – funcionários, onde é estabelecida a ligação entre o exterior e o interior, fazendo-se prolongar pelos diferentes espaços internos através dos FIS – funcionários e FIS – misto.

#### Piso 1

Este piso estende-se praticamente por todos os edifícios da Irmandade (Figura 54). Neste piso podem-se encontrar as actividades Administrativa, Apoio, Terapêutica, Cuidados Continuados e Científica.

#### Legenda:

- A Secretaria, provedoria, serviços administrativos, gabinetes e arquivo.
- B Fisioterapia.
- C Laboratório, Ginecologia/Obstetrícia, Gastrenterologia – Endoscopia digestiva.
- D Quartos vitalícios.
- E Consultório e sala.
- F Copa, gabinete técnico, quarto vitalício e arrumos.
- G Biblioteca e despacho.
- H Quartos.
- I Jardim interno.



Figura 55 – Zonamento, piso 1

Verifica-se já uma racionalidade organizacional onde se identifica claramente todas as diferentes zonas. Nota-se também uma separação de actividades, recorrendo a uma clara e lógica sequência distributiva. A clareza na distribuição espacial evidencia os pontos de ligação entre pisos (ascensores e de vãos de escadas), nos quais permitem com que estas zonas sejam apoiadas ou apóem por outras zonas dos restantes pisos. Esta distribuição faz-se através de um corredor interno que se faz percorrer ao longo da fachada interna do edifício hospitalar, caracterizando-se, conforme Goes (2004 p. 71) argumenta, de *“corredor simplesmente carregado fechado”*<sup>16</sup>.

A composição organizativa da zona referente à actividade administrativa (A) mantém-se fiel à forma de que provem (piso inferior e antigo claustro). Este piso apresenta apenas um ponto de contacto com exterior, virado para a travessa do Cativo. Esta porta serve apenas como porta de emergência.

<sup>16</sup> Corredor simplesmente carregado: quando as enfermarias e apartamentos localizam-se em um dos lados do corredor e outro lado não possui utilização. As funções de apoio e circulações verticais são colocados noutra local do setor da internação.



**Figura 56 – Fluxos funcionais, piso 1**

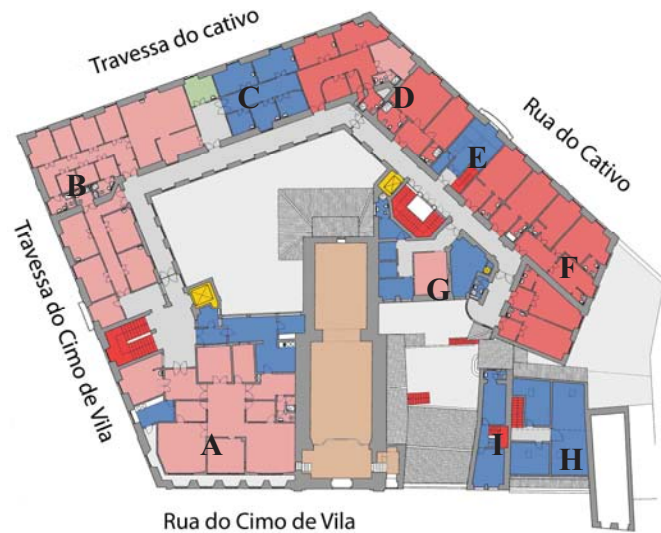
Neste piso (Figura 55) identifica-se o FE, que passa pela travessa do Cativo. Deste fluxo, deriva o FIP – funcionários, fazendo assim a ligação entre exterior e interior. virado para a travessa do Cimo de Vila, por onde se faz o acesso principal do hospital, encontra-se o FIP – misto, que para além de fazer a ligação entre exterior e interior, estabelece também a ligação entre o piso e o piso inferior. Os FIS – funcionários e FIS – misto, apresentam-se através de uma forma linear estabelecida pelo corredor interno.

#### Piso 2

Este piso estende-se praticamente por todos os edifícios da Irmandade (Figura 56). Neste piso podem-se encontrar as actividades Administrativa, Apoio, Terapêutica e Cuidados Continuados, prevalecendo as actividades Terapêuticas e Cuidados Continuados.

#### **Legenda:**

- A Bloco operatório, recobro, copa, arrumos, preparação de médicos e telefonista.
- B Fisioterapia.
- C Serviço farmacêutico e director clínico.
- D Quartos de doentes e gabinete de médico de urgência nocturna.
- E Arrumos.
- F Quarto de doentes.
- G Enfermaria, copa e arrumos.
- A Arquivo.
- I Espaço subaproveitado.



**Figura 57 – Zonamento, piso 2**

A racionalidade organizacional encontrada no piso anterior estende-se a este piso (Figura 56), identificando-se também aqui uma clara diferenciação das zonas. Recorrendo a uma clara distribuição espacial, as actividades que prevalecem são interrompidas pelas restantes actividades, nas quais vão servindo de complemento.

Neste piso apenas se encontram acessos internos que se fazem percorrer de forma idêntica aos encontrados no piso inferior, ao longo da fachada interna do edifício hospitalar. A ligação a este piso faz-se através de escadas e ascensores, encontrando-se colocados no ponto central das principais zonas, tendo usos distintos. A preocupação em manter esta centralidade prende-se com o facto desta distribuição permitir uma ligação racional entre pisos.



**Figura 58 – Fluxos funcionais, piso 2**

Neste piso (Figura 57), apenas se encontram os fluxos internos. O FIP – misto, centrado com o volume voltado para a travessa do Cimo de Vila, e o FIP – funcionários, centrado com o volume voltado para a rua do cativo, estabelecem a ligação entre pisos. O FIS – misto faz-se prolongar ao longo do piso, do mesmo modo que o encontrado no piso inferior.

### Piso 3

Este piso estende-se principalmente pelos edifícios virados para as travessas do Cativo e do Cimo de Vila (Figura 58). Neste piso podem-se encontrar as actividades Terapêuticas, Cuidados Continuados e de Apoio, prevalecendo as duas primeiras.

#### Legenda:

- A Quartos da maternidade, farmácia, rouparia e telefonista.
- B Quartos da maternidade, gabinetes de enfermeiras e sala de partos.
- C Quartos de vitalícios.
- D Copa e arrumos.

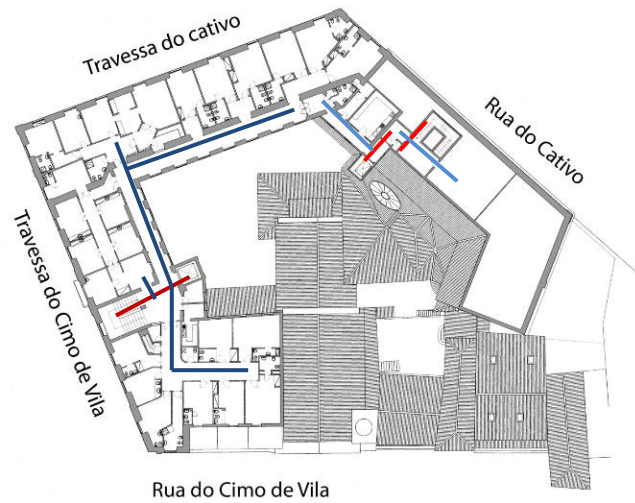
Aqui (Figura 58) também se faz notar a preocupação organizacional posicionando as diferentes áreas de acordo com a proximidade funcional criando claramente zonas de uso distinto. Começa-se a notar já neste piso um aproveitamento de espaços secundários – sótão do hospital.



Figura 59 – Zonamento, piso 3

Apenas se encontram percursos internos que percorrem ao longo da fachada interna do edifício hospitalar, semelhante ao encontrado nos pisos inferiores. As principais actividades deste piso (Figura 58) ligam-se aos restantes pisos através de escadas e

ascensores que se encontram no edifício virado para a travessa do Cimo de Vila. O outro ascensor e vão de escadas destinam-se à zona de apoio.

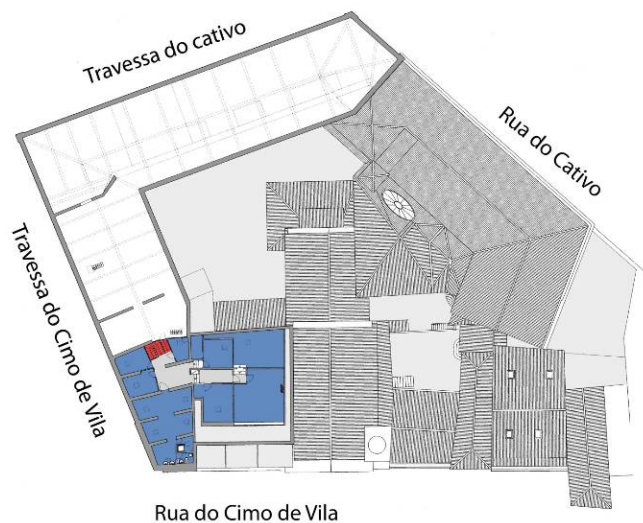


**Figura 60 – Fluxos funcionais, piso 3**

Neste piso (Figura 59) encontram-se os fluxos internos. O FIP – misto, centrado com o volume voltado para a travessa do Cimo de Vila, e o FIP – funcionários, centrado com o volume voltado para a rua do cativo, estabelecem a ligação entre pisos. O FIS – misto faz-se prolongar ao longo do piso, do mesmo modo que o encontrado no piso inferior, sendo interrompido pelo FIS – funcionários, enquadrado com o FIP – funcionários.

Piso 4

A zona útil deste piso faz-se estender apenas na zona do hospital onde a rua do Cimo de Vila e a travessa do Cimo de Vila se cruzam (Figura 60).



**Figura 61 – Zonamento, piso 4**

Neste piso encontra-se apenas zonas de Apoio. Nesta zona de apoio pode-se encontrar os vestiários do pessoal de enfermagem e arrumos. O seu acesso faz-se por meio de escadas, que delimitam a zona útil, da zona subaproveitada, o sótão.



**Figura 62 – Fluxos funcionais, piso 4**

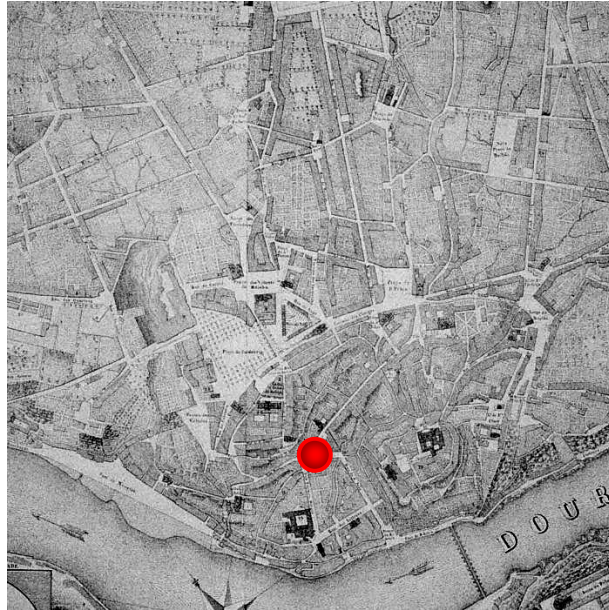
No piso 4 (Figura 61) encontra-se apenas o FIP – funcionários, que tem como função, estabelecer a ligação entre pisos.

## 2. ORDEM TERCEIRA DA SANTÍSSIMA TRINDADE

### i. Análise histórica

A fundação da Archiconfraternidade da Santíssima Trindade da Redenção de Cativos (actual Ordem Terceira da Santíssima Trindade) data de 14 de Maio de 1755, por bula do papa Bento XIV, tendo vindo a suceder a Ordem Terceira do Patriarca S. Domingos, datada de 1676. Porém somente a 15 de Março de 1781 é que a Instituição foi Institucionalizada, através da confirmação da bula papal por parte da rainha D. Maria I.

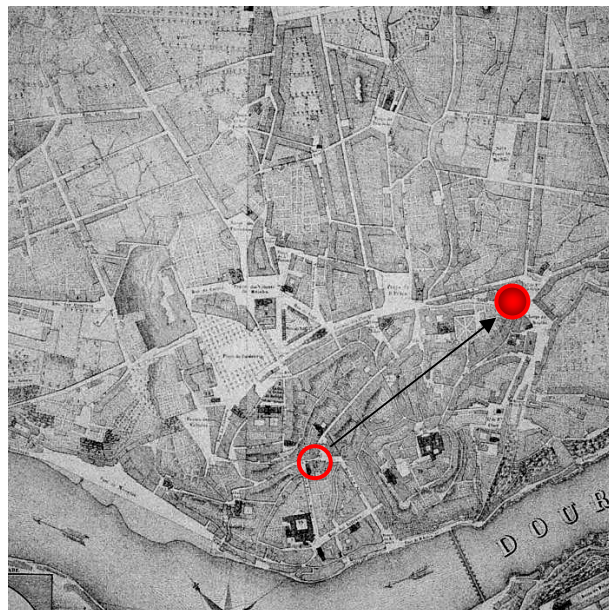
Ao longo dos anos, desde o seu surgimento até ao ano de 1803, em que apresenta em definitivo uma sede, a Ordem havia apresentado várias sedes desta vez de carácter temporário. Em 1676, encontrava-se implantada no extinto e desaparecido (durante o cerco do Porto, e da extinção das ordens Religiosas) mosteiro de S. Domingos, nos terrenos hoje ocupados pelos edifícios da ex-Companhia de Seguros Douro e pelo antigo Mercado Ferreira Borges (Figura 62).



**Figura 63 – Local de implantação em 1676**  
**Fonte – Arquivo histórico**

Em 1755, após diversos conflitos entre as duas Instituições, resulta na extinção e substituição da Ordem Terceira por uma nova Ordem terceira – Ordem da Trindade, vendo-se obrigada a procurar outro local de implantação (Figura 63). De facto e segundo Barreira (2002, p. 111) argumenta:

A recém-criada Ordem Terceira da trindade, sem casa, recolheu-se no dia de Todos os Santos de 1755 na Capela de Nossa Senhora da Batalha, situada junto às muralhas, em frente da Igreja de Santo Ildefonso.

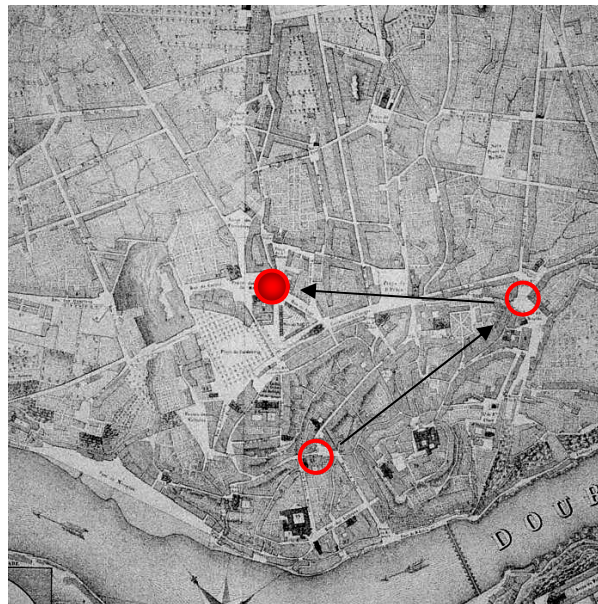


**Figura 64 – Local de implantação em 1755**  
**Fonte – Arquivo histórico**

Contudo, por volta de 1786, a Irmandade das Seringueiras (propriedade da Capela da Batalha) recusou-se a continuar a acolhe-los. Como consequência, a ordem transfere-se para a Capela do Calvário da Cordoaria, pertencente à Confraria do Senhor Jesus (Figura 64).

Segundo Barreira (2002 p. 111) refere:

Por contrato da nota de Luís Pinto Rosa de 1 de Dezembro de 1786, ficamos a saber que a Confraria cedia as instalações com todas as pertenças, alfaias, ornamentos e espólios, podendo os seus membros entrar como professos na Ordem da Trindade, livres de despesas e remidos dos anuais, com excepção do pagamento das propinas do Director, dos sacristães e do mestre de noviços. (...). Em resultado do acordo estabelecido, a Ordem poderia efectuar as obras que entendesse nas instalações que passava a ocupar.



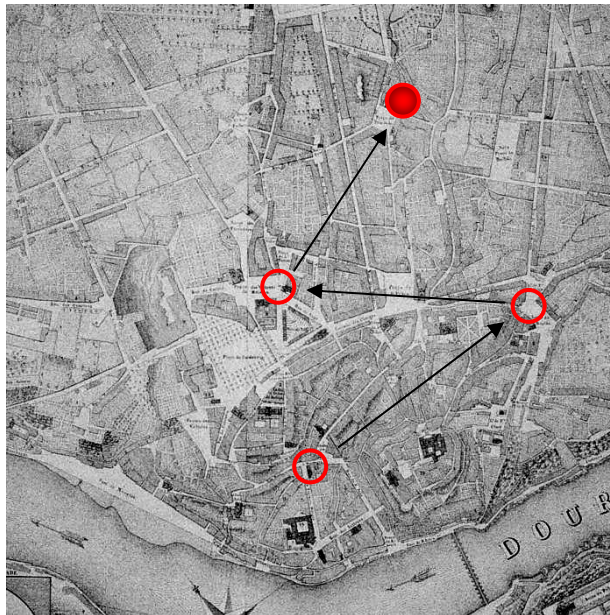
**Figura 65 – Local de implantação em 1786**  
**Fonte – Arquivo histórico**

A junção da Ordem da trindade com a Confraria do Senhor Jesus viria a tornar as instalações exíguas. Este facto faria com que houvesse uma necessidade real de ampliar as instalações, contudo surge a oposição dos frades do Mosteiro de Santo António do vale de Piedade, os quais possuíam um hospício junto às instalações da Confraria. Exercendo uma maior influência, os frades do Mosteiro de Santo António conseguiram embargar as obras (então iniciadas) em 18 de Março de 1796 perante aviso régio, levando a Ordem da Trindade a procurar outro lugar para sede da Instituição. Após negociações com as Autoridades públicas, a Ordem viria a mudar-se em definitivo para a antiga Praça do Laranjal (Figura 65).

De facto, e conforme Barreira (2002 p. 113) argumenta, “Com a solução concordou também o regente D. João que autorizou a compra dos terrenos necessários ao novo templo, com recurso se necessário à expropriação.”

Desta forma, a Ordem da Trindade apenas viria a ter sede própria e definitiva no decorrer do ano de 1803, em que segundo Barreira (2002, p. 113) refere:

Em resultado da resolução do Definitório de 6 de Fevereiro de 1803 foram comprados no laranjal terrenos de José de Gouveia da Porta de Carros, em 23/03/1803, por 1 100 000 réis, de José António Ribeiro de Sousa e mulher do Bonjardim, em 23/03/1803, por 1 650 000 réis, de Maria Josefa pereira Coelho, em 23/03/1803, por 300 000 réis, de António José da Silva Pereira, morador em Vila Nova de gaia, em 27/05/1803, por 624 735 réis, de Filipe Nery Ferreira e mulher, em 1/12/1803, por 600 000 réis, de José Dias de Lima e mulher, em 11/08/1805, por 480 000 réis e de Francisco Ferreira de Barbedo, em 22/08/1805, por 68 000 réis.



**Figura 66 – Local de implantação em 1803**

**Fonte – Arquivo histórico**

A construção da igreja iniciou-se em 17 de Abril de 1803, tendo sido finalizada em 1892, a quando da conclusão da capela-mor. Apesar da sua conclusão em 1892, em 1841 a igreja já havia aberto as portas aos seus crentes, estando na altura apenas concluída a nave da mesma (Figura 66).



**Figura 67 – Nave – Igreja da Trindade**  
**Fonte – Arquivo histórico**

Como todas as outras instituições similares da cidade, a Ordem fazia-se reger também pela assistência espiritual e material dos Irmãos.

De facto, e conforme Barreira (2002, p.114) argumenta:

A ideia de construção de um hospital esteve desde o início no espírito dos dirigentes da Ordem da Trindade. Por isso, ao mesmo tempo que progrediam as obras da Igreja, iam avançando, como se verá, aquelas que se destinavam ao estabelecimento hospitalar. A assistência médica domiciliária aos Irmãos pobres foi praticada desde o início pela Ordem da trindade.

Assim, a concretização do hospital teria o seu começo no início do séc. XIX, acompanhando a construção da igreja da Ordem (Figura 66). De facto, e conforme Pacheco e Ribeiro (2006, p. 34) referem, “Um Termo de 1815 revela-nos a «demolição das casas do lado poente para se poder continuar a obra do Hospital da nossa Ordem». É a data oficial da sua fundação.”

Ao longo dos anos, de modo a fazer face aos custos da obra do hospital, foram realizadas algumas festas de “benefício”, contribuições e/ou colaboração, e peditórios (junto dos Portuenses ricos estabelecidos no Brasil).

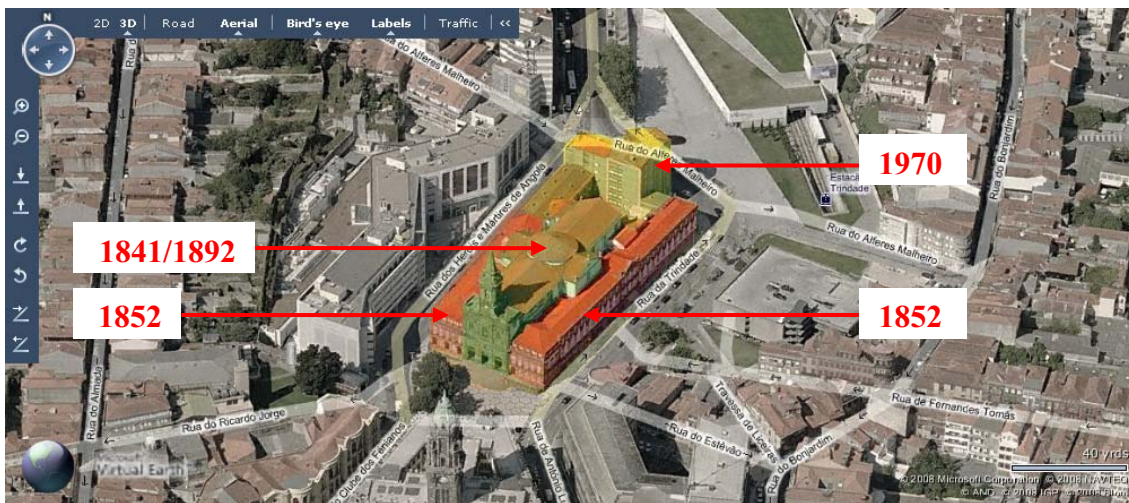
Segundo Pacheco e Ribeiro (2006, p. 35) afirmam:

Muitos brasileiros (sobretudo José António de Sousa Bastos, a quem viria a ser atribuído o título de Visconde da Trindade) responderam generosamente ao apelo enviado em forma de carta que, entre outros considerandos referia: «a Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade da Cidade do Porto é de todas as Ordens desta cidade a que se acha mais falta de recursos, porque os seus únicos rendimentos são as esmolas dos benfeitores e as entradas dos irmãos (...).»

No final, após as contribuições direccionadas ao hospital, este seria inaugurado a 6 de Junho de 1852. Com o natural crescimento e volume de serviços prestados pela

Instituição, levaram à construção em 1960, de uma nova ala na parte norte da instituição, tendo sido inaugurada em 1970 (Figura 67).

Na construção dos edifícios da Ordem, destacam-se quatro arquitectos. O arquitecto Carlos da Cruz Amarante, que deu início à planta da igreja; o arquitecto João Francisco Guimarães, que completou o desenho da planta e a executou; o arquitecto José Geraldo da Silva Sardinha, que projectou e dirigiu as obras do primeiro hospital (ala nascente e poente); e por fim o arquitecto Márcio de Freitas, como projectista da ala norte do hospital.



**Figura 68 – Evolução dos edifícios**  
**Fonte: <http://maps.live.com>, 2008**

## ii. Análise urbana

A ordem da Trindade (igreja, hospital, lojas, clínicas e sopa dos pobres), encontra-se situada na freguesia de Ildefonso, pertencente à cidade do Porto, tendo como morada física – Rua da Trindade 115, 4000-541 Porto.

Encontra-se implantada numa área de aproximadamente 5,8 ha, delimitado a Oeste pela Rua dos Heróis e Mártires de Angola, a Este pela Rua da Trindade, a Norte pela Rua Alferes Malheiro e a Sul pela Praça da Trindade.

Situa-se na área central da cidade do Porto, coincidindo com o seu importante eixo de entrada e saída. Nesta área podem-se encontrar: os principais serviços públicos e privados, redes de transportes públicos e privados, comércio e habitação.

O tecido urbano desta área é caracterizado por uma mistura de edificações e traçados que foram sendo criados ao longo dos anos, servindo de elementos renovadores à própria cidade, fazendo com que esta se vá adaptando às diferentes realidades urbanas.

As intervenções mais recentes que se fizeram sentir na área que circunscreve a Ordem vieram estabelecer uma semelhança parcelar com o quarteirão da Ordem, interrompendo e escalonando um padrão constituído por talhões mais pequenos, onde edifícios antigos e novos se misturam, adquirindo uma mesma linguagem formal e funcional semelhante à encontrada no centro histórico da cidade.

Servindo como ponto de referência da área da cidade onde se insere, o quarteirão distingue-se dos restantes pelo significado histórico dos edifícios que o compõem, fazendo referência a diferentes fases artísticas.

A requalificação (Figura 68) da zona da Trindade origina um desafogo da mesma, através da criação de espaços amplos (exterior do metro e percursos pedonais largos). Sendo esta um ponto importante de entrada da cidade (estação do metro, autocarros), reconhece-se à zona um momento introdutório receptivo, renovado e captador de interesse, visando assim contrariar com as numerosas áreas subproveitadas e/ou de carácter segregador.



**Figura 69 – Requalificação urbana**  
Fonte – <http://maps.google.com>

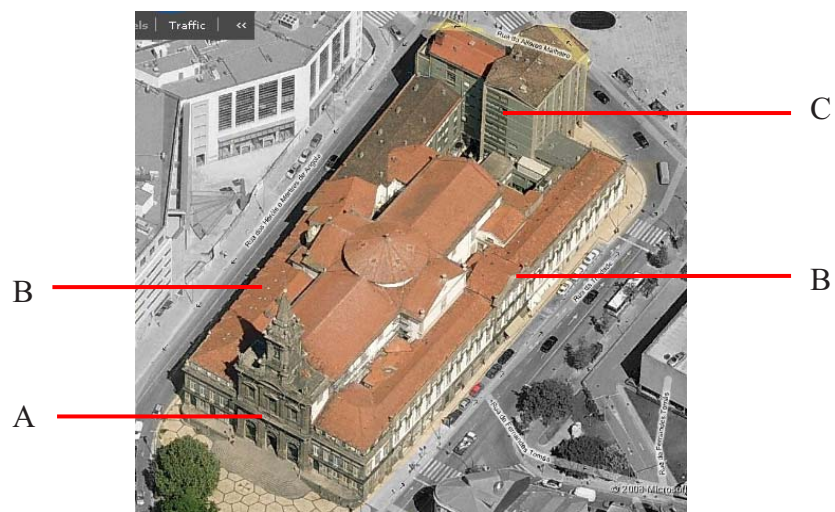
A relação funcional entre a Ordem e a sua envolvente, apresenta-se positiva. A Ordem encontra-se enquadrada numa estrutura urbana exterior à muralha Fernandina, em que

se identificam arruamentos amplos e adaptados ao presente, permitindo uma fluida circulação pedestre e viária.

À semelhança do ponto de vista histórico/urbanístico em que se encontra uma regrada e lógica malha urbana, esta lógica transporta-se nitidamente para interior da Ordem.

iii. Análise arquitectónica

A Ordem da trindade é composta por: A – Igreja, B – Hospital (1852), C – Hospital (1970) (Figura 69).



**Figura 70 – Edifícios que compõem a Ordem da Trindade**  
Fonte – <http://maps.live.com>

a. Enquadramento artístico:

No conjunto de edifícios da Ordem, podem-se encontrar duas influências artísticas – a Neoclássica e o Modernismo. A igreja (A) e a primeira fase do hospital (B) são edifícios de características neoclássicas, sendo que a parte mais recente do hospital (C) apresenta características do modernismo. Em primeiro lugar é feita a análise aos edifícios sob influência neoclássica, por último é feita a análise ao edifício sob influência do modernismo.

A fachada principal da igreja (Figura 70) é em cantaria de granito, dividida em dois andares e três panos, prolongada por torre sineira central que quebra a horizontalidade dos volumes. O frontispício da igreja é ladeado por dois volumes simétricos de três pisos cada, ritmados por cinco vãos. A planta da igreja apresenta a forma em cruz latina,

nave única, transepto com braço prolongado por capela octogonal e capela-mor profunda. O interior traduz-se num espaço amplo, de fácil leitura formal e volumétrica, justificada pela clareza das linhas e contenção decorativa.

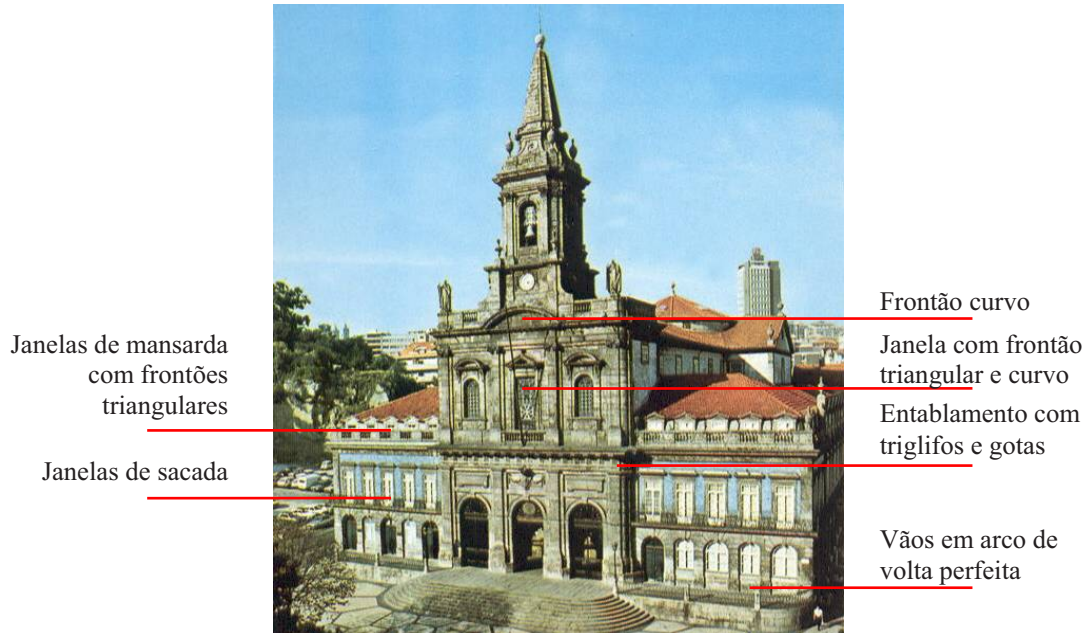


Figura 71 – Igreja da trindade, Praça da trindade  
Fonte - <http://maps.live.com/>

A fachada Este (Figura 71) do hospital é composta por um corpo central sobrelevado, delimitado por pilastras e rematado por frontão triangular, sendo lateralizado por dois panos horizontais ritmados por dez vãos por piso. A fachada Oeste é composta por um único pano horizontal ritmado por onze vãos por piso. Ambos os edifícios apresentam uma planta rectangular e telhados de duas e quatro águas.



Figura 72 – Hospital da Trindade, rua da Trindade

Em síntese, ambos os edifícios apresentam uma contenção na planimetria, e linhas sóbrias, recorrendo a elementos clássicos.

O modernismo, procura continuar com a filosofia neoclássica, depurando o edifício de tudo o que seja supérfluo, em prole da funcionalidade. Desta forma, estes dois conseguem manter uma boa articulação entre si, onde o modernismo, que por meio dos novos materiais construtivos, adquire uma maior flexibilidade e uma certa “leveza”, permitindo-se moldar ao conceito de imagem (por vezes não explicitamente) do neoclássico.

De igual modo, e suportado na flexibilidade modernista, o conceito espacial entre o modernismo e o neoclássico, torna-se permeável, permitindo minimizar os possíveis conflitos internos, que até então, se mostravam comuns na arquitectura, aquando dois movimentos distintos se cruzavam.

De acordo com Habermas<sup>17</sup> (*cit. in* Malard), a arquitectura moderna é o primeiro estilo unificador desde o classicismo, o único movimento arquitectónico a emergir do espírito da vanguarda.

O Movimento traz a modernidade à arquitectura e ao urbanismo, libertando-os dos estilos, símbolos e signos característicos das elites – o ecletismo burguês - e estabeleceu uma nova estética formulada por um novo estatuto da forma de edifícios e cidades, no qual tenta unificar a arte, a funcionalidade e a técnica - o fruir, o usufruir e o construir - em atendimento às demandas populares por habitação, escola e hospitais, e inspirada na racionalidade industrial.

De acordo com Habermas (*cit. in* Malard) a ordem moderna,

(...) constituída de elementos geométricos simples e desprovida de ornamentos, foi feita à imagem e semelhança, (...) de um mundo presente e tangível: as máquinas industriais. (...). A estética da máquina - sua aparência para o mundo - é ela própria, tal como é, tal como precisa ser. A máquina não é para ser apreendida pelos sentidos, mas para servir uma necessidade. Sua beleza reside na sua capacidade de servir. Foi essa analogia que os modernistas tentaram e, aqueles de talento, conseguiram.

---

<sup>17</sup> Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão nascido em Düsseldorf a 18 de Junho 1929.

De todos os arquitectos modernistas, à que destacar três. O seu contributo, não só através das suas obras, mas sobretudo pela reflexão literária que deixaram, serve de suporte à arquitectura modernista, e suas variantes.

Talvez o que tenha contribuído maioritariamente para a formulação de uma nova linguagem arquitectónica para o século XX, foi Le Corbusier, sintetizando-a em cinco pontos fundamentais: “Pilotis” (intenção de criar uma nova perspectiva no ambiente urbano, relação interno-externo); terraço-jardim (o surgimento do betão armado torna possível que a cobertura se torne plana, tornando-se assim num espaço de lazer, com vida); planta livre (os espaços internos, libertam-se da concepção estrutural. Esta separação é suportada pelo sistema de vigas e pilares dispostos em grelhas ortogonais, produzindo a necessária flexibilidade na definição espacial interna); fachada livre (o recuo dos pilares em relação à fachada, torna-a flexível, e libertando-a da função estrutural); e “fenêtre en longueur” (o surgimento do betão armado traz uma nova escala às janelas. Estas, fazem-se estender ao longo de toda a fachada).

O maior mérito de Corbusier, foi o de ter conseguido manter todo o seu trabalho em função da razão e da comunicação. Para ele, a sua arquitectura não passava apenas por ser interessante e sugestiva, tinha também que ser útil e aplicável em todo o mundo (uma arquitectura universal). Contudo, Corbusier não procurou impor a sua arquitectura, procurou sim, demonstrar a sua teoria.

Segundo Adolf Loos (*cit in Mitchell*), a arquitectura não é uma arte, pois qualquer coisa que sirva a um objectivo se exclui do âmbito da arte. Ainda, segundo este arquitecto (*cit in Münz e Kunstler*), a evolução da civilização é sinónimo de eliminação do ornamento do objecto de uso.

O seu contributo, trouxe à arquitectura, uma evidente preocupação em adequar cada parte da obra a uma função, não a entregando ao gratuito e ao inexplicável, ainda que a lógica organizativa do conjunto possa não ser imediatamente visível. Precursor desta nova objectividade, este, procurou sempre a solução mais simples para seus projectos e métodos de construção, empregando apenas ocasionalmente motivos ornamentais como elementos articuladores.

Outro arquitecto de extrema importância para o modernismo, é Ludwig Mies van der Rohe. A sua arquitectura reduzia-se, como ele afirmava, em “less is more”. Segundo Benevolo (1999 p.953), Mies era:

(...) capaz de reduzir cada problema à sua mínima expressão, ao essencial, renunciando o “excesso” que os arquitectos sempre colocaram nos edifícios (...). assim, seria capaz de coordenar e controlar, com rigor lógico, todas as operações inerentes à realização de um edifício, mantendo fixas, todas as coisas que não representam motivos de mudança, e alternando, apenas aquelas que correspondem às novas exigências de cada caso.

Para Mies, as obras eram resultado da redução dos elementos construídos à forma mais elementar. Para cada obra, estabelece um “mínimo” em relação à organização espacial, que desta forma, cria um “máximo” no controlo da forma e da distribuição.

A evolução construtiva do século XX, fundamenta-se no progresso técnico dos materiais de construção e do desenvolvimento e aperfeiçoamento de sistemas.

Segundo Tostões (2002) afirma,

A utilização dos materiais seguiu três padrões. Em primeiro lugar, o processo de industrialização aplicado a alguns materiais (tais como a alvenaria de pedra, a madeira ou o vidro) sem alterar significativamente a sua natureza potenciou quer o acesso destes materiais ao mercado, quer uma surpreendente eficácia na sua utilização. Em segundo lugar, a crescente utilização do tijolo e depois do cimento usado sob a forma de betão conduziu a que rapidamente substituíssem os materiais tradicionais. Finalmente, a mais importante influência foi protagonizada pelos materiais estruturais: o ferro, o aço e o betão armado. Foram eles que permitiram o desenvolvimento de novas formas de edificação, que por sua vez respondiam às também novas necessidades de um mundo em modernização.

Com o desenvolvimento de novas formas, as edificações adquirem uma linguagem construtiva racional (Figura 72) – coberturas planas, as paredes rasgadas em vidro, superfícies rebocadas e lisas, o ritmo modulado pela estrutura, e volumes cúbicos e puros.



**Figura 73 – Hospital da Trindade, rua Alferes Malheiro**

Esta secção do hospital, encontra-se num terreno em “U”, onde os blocos voltados para Oeste e Este se encostam e se alinham à ala neoclássica do hospital, prolongar as suas proporções horizontais.

O volume voltado a Norte, monobloco vertical, quebra com a linguagem horizontal, predominante no hospital, representando uma imagem reflectida da igreja (a Sul), criando assim, o equilíbrio volumétrico do conjunto, e a imagem fundamental da Institucional. De um lado, a igreja assume o carácter religioso, do outro, o hospital assume o carácter terapêutico.

Para manter a contínua e coerente imagem horizontal em todo o hospital, o arquitecto arranja uma solução interessante. Mantém as lajes recuadas em relação ao plano de fachada, originando uma linha horizontal ao longo de todos os pisos, alinhada com o edifício neoclássico.

Parte do bloco frontal (Norte) assenta sobre “*pilotis*”, abrindo parte do terreno ao passeio público. Assim, forma uma área de acesso, onde o espaço semi-privado é projectado em função do relacionamento da área particular em relação à área pública – cidade. A projecção sobre o passeio, propõe uma alternativa ao espaço urbano convencional, concebido como o resultante dos limites das áreas privadas.

Os volumes do edifício, são suportados por uma estrutura tridimensional de betão armado aparente, servindo como sistema (com espaçamento racional) organizacional de colunas e vigas. Os volumes encontram-se fechados ao exterior, através de panos de alvenaria (ritmados pelo sistema estrutural), interrompidos pontualmente por vãos

modulares e de dimensão controlada. Desta forma, estes panos, são projectados para isolar o ambiente interno da poluição e ruídos externos (da vida mundana, da vida religiosa/terapêutica).

A cobertura, resume-se a duas águas, fazendo-se estender por todo o hospital, existindo um ponto de excepção, numa parte do volume mais alto, no sexto piso (onde se encontra a capela do hospital), onde a cobertura é inclinada. A laje deste mesmo piso serve de cobertura ao piso inferior, e de terraço ao sexto piso.

Com um programa de necessidades extenso e complexo, o hospital, é resolvido através de critérios de composição, que assentam na simplicidade de formas e volumes, e na continuidade espacial no interior. Este racionalismo, busca a síntese do processo construtivo (responde como elemento definidor espacial), em que busca abordar o projecto, desde a escala urbana, até à escala do edifício e sua composição interna, possibilitando a distribuição e alteração funcional dos diferentes espaços contínuos e modulados, que se encontram nivelados com a ala mais antiga do hospital e com o exterior).

#### b. Organização espacial

A Ordem abrange a actividade religiosa, hospitalar e social. De acordo com site de Internet da Ordem<sup>18</sup>.

Actualmente a Ordem Terceira da Santíssima possui na sua actividade as seguintes vertentes: **Cirurgia:** Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica, Neuro-cirurgia. **Especialidades:** Clínica Geral, Dermatologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Urologia, Oftamologia, Nutricionismo, Neuropsicologia, Neurologia, Imunoalergologia, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria, Reumatologia, Terapia da Fala, Otorrinolaringologia, Medicina Interna, Cardiologia. **Actividades Complementares:** Centro de Tratamento da Obesidade, Clínica Pediátrica, Imagiologia, Laboratório de Análises Clínicas. **Cuidados continuados:** Prestação humanizada e individualizada de cuidados de saúde, alimentação, higiene e conforto, apoio social, com o objectivo de melhoria de condições de vida e bem-estar dos idosos. **Acordos:** O hospital mantém acordos com diversas instituições, seguradoras empresas privadas e estatais.

---

<sup>18</sup>Ordem Terceira da Santíssima Trindade. [Consultado em 25/10/2008]. Disponível na WWW:<<http://www.ordemtrindade.pt/>>.

A Ordem faz-se apresentar por quatro edifícios, em que três deles são desempenhadas as funções hospitalares, e o terceiro pela função religiosa. Na sua relação entre edifícios, a Ordem faz-se apresentar por oito pisos (Figura 73).



Figura 74 – Esquema de pisos, Ordem da Trindade

Paleta de cores para identificar diferentes grupos de actividades e fluxos.

**Paleta de cores: ZONAMENTO**

Corredor	Actividade	Actividades de Apoio
Parede	Actividade Técnica	Escada
Actividade Administrativa	Actividade Científica	Ascensor
Actividade Religiosa	Cuidados Continuados	Comércio

**Paleta de cores: FLUXOS FUNCIONAIS**

FE	FIS – Funcionários
FIP – Funcionários	FIS – Utentes
FIP – Utentes	FIS – Misto
FIP – Misto	

FE – Fluxo Externo / FIP – Fluxo Interno Principal / FIS – Fluxo Interno Secundário

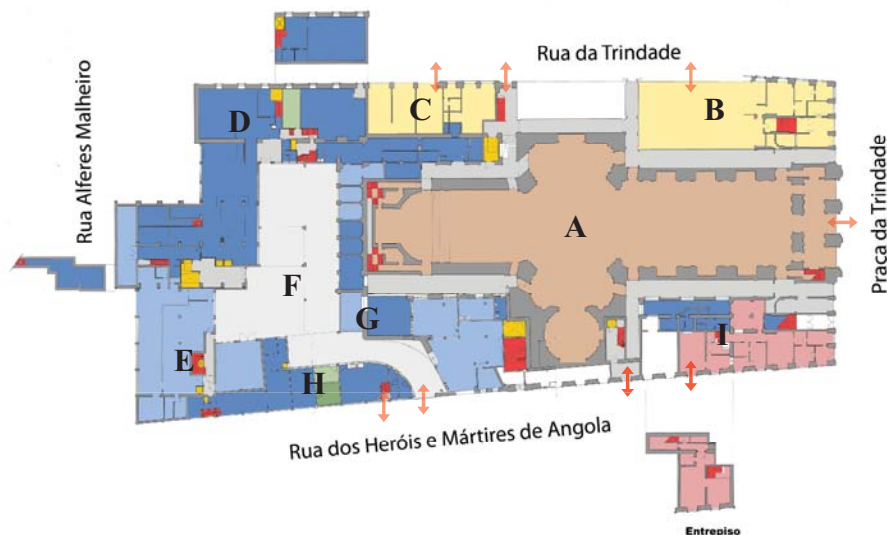
**Piso 0**

O piso 0 faz-se estender pelos quatro edifícios, virados para a rua da Trindade, praça da Trindade, rua dos Heróis e Mártires de Angola e rua Alferezes Malheiro (Figura 74).

Dada à multidisciplinaridade dos vários edifícios, este piso apresenta uma inúmera variedade de actividades – Religiosa, Apoio, Técnica, Terapêutica e Científica.

**Legenda:**

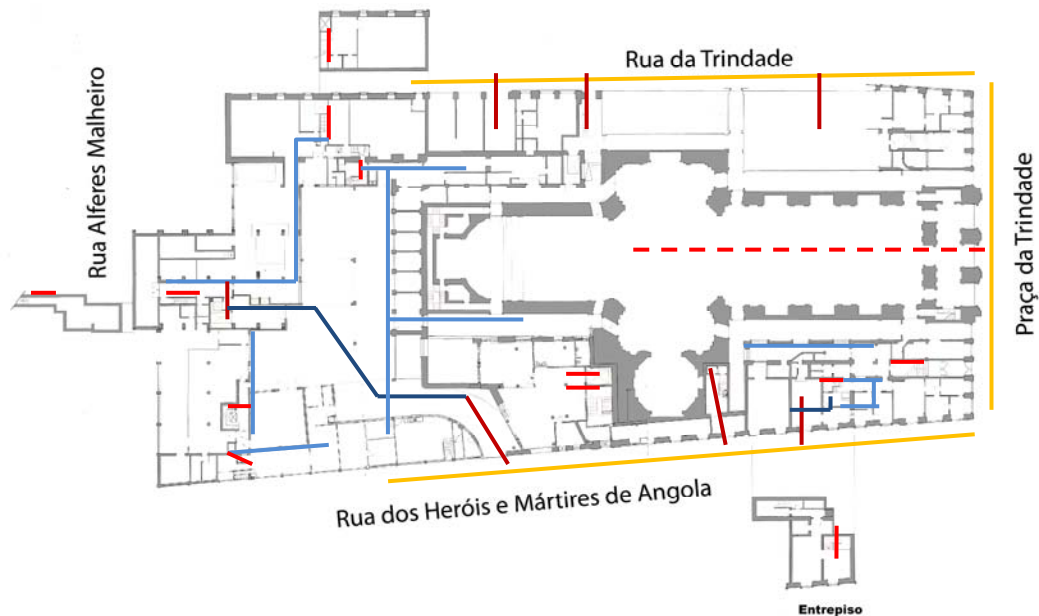
- A Igreja.
- B Comércio.
- C Comércio, e entrada para o ambulatório.
- D Cozinha, copa, refeitório, economato, arrumos, vestiário, gabinete, e oficinas.
- E Lavandaria, caldeira, vestiário, e grupo de bombagem.
- F Pátio e estacionamento.
- G Posto de transformação, arrumos, gases médicos.
- H Armazém, laboratório farmacêutico, gabinete, refeitório (sopa dos pobres), e guarita.
- I Laboratório de análises clínicas, e entrada para o centro de imagiologia e clínica de pediatria.



**Figura 75 – Zonamento, piso 0**

Começa já neste piso (Figura 74) a preocupação na organização de grupos de actividades de natureza funcional reunidas espacialmente. Assim sendo, tem-se (A) como elemento independente e unificador dos diferentes edifícios, e (B e C) virados para uma mesma rua, exercendo a mesma função. Os espaços (D,E,F,G e H) como áreas de apoio funcional a todo hospital, e (I), reservado a serviços externos do hospital.

A rua da Trindade dá acesso as diversas lojas deste mesmo piso, e dá acesso ao piso um, serviço de ambulatório. O acesso da igreja faz-se pela praça da Trindade. Pela rua dos Heróis e Mártires de Angola, faz-se o acesso ao laboratório de análises clínicas, ao pátio interno do hospital, e ao piso, um e dois, centro de imagiologia e clínica de pediatria respectivamente.



**Figura 76 – Fluxos funcionais, piso 0**

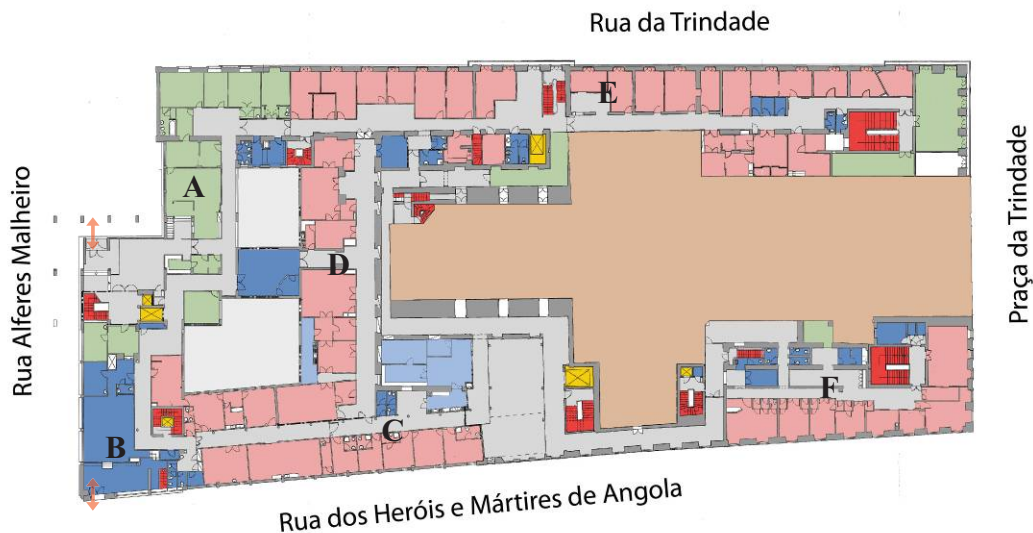
No piso zero (Figura 75) encontram-se o FE, de carácter independente em relação aos restantes fluxos e que passa pela rua da Trindade, Praça da Trindade e rua dos Heróis e Mártires de Angola, os FIP – funcionários e utentes, que estabelecem a ligação entre o exterior e interior, ou seja, servindo de ponte entre FE e FIS, que proporciona a ligação entre pisos, o FIP – funcionários, como ligação internas entre pisos, os FIS – funcionários e utentes, como elemento direccional, e o FIS – funcionários, fazendo a distribuição funcional interna.

#### Piso 1

Este piso estende-se pelos três edifícios que compõem o hospital, virados para a rua da Trindade, rua dos Heróis e Mártires de Angola e rua Alferes Malheiro (Figura 76). Pode-se encontrar as actividades – Administrativas, Apoio, Técnica e Terapêutica.

#### **Legenda:**

- A Gabinetes, serviços administrativos, recepção do hospital, arrumos, cafetaria e
- B Farmácia e gabinete.
- C Gabinetes, raio-x, salas de estar e de recobro, arrumos, esterilização, autoclave.
- D Bloco operatório – sala de operações, arrumos, sala de exames, sala de macas, lava-mãos e sub-esterilização.
- E Ambulatório – Gabinetes de consulta, salas de espera, enfermaria, pequena cirurgia, gabinetes e arrumos.
- F Imagiologia – gabinetes de exames e diagnósticos, gabinetes, sala de espera, recepção, arrumos e sala de ressonância.



**Figura 77 – Zonamento, piso 1**

Este piso (Figura 76) dá continuidade ao piso inferior, relativo à preocupação organizativa de actividades de natureza funcional. Assim, tem-se (A) como elemento introdutório e de recepção do hospital, em que se encontram actividades ligadas ao serviço administrativo. Em (B) encontra-se a farmácia, prestando serviço interno e externo. O espaço (C), corresponde à área que serve de complemento do bloco operatório (D). Enquadrado no espaço (E), fica o serviço ambulatorial. Em (F), funcionando de uma forma meio independente, situa-se o centro de Imagiologia.

Neste piso encontram-se dois pontos de entrada. Sendo o primeiro, pela rua Alferes Malheiro, correspondendo ao acesso principal do hospital, e o segundo, pela rua dos Heróis e Mártires de Angola, que dá acesso à farmácia.

Os acessos internos encontram-se espalhados nos pontos extremos e centrais das diferentes actividades. As diferentes actividades deste piso ligam-se aos restantes pisos através diversos conjuntos de escadas e ascensores. Relativo ao percurso interno, foram encontrados dois tipos, o corredor simplesmente carregado fechado e corredor duplamente carregado.

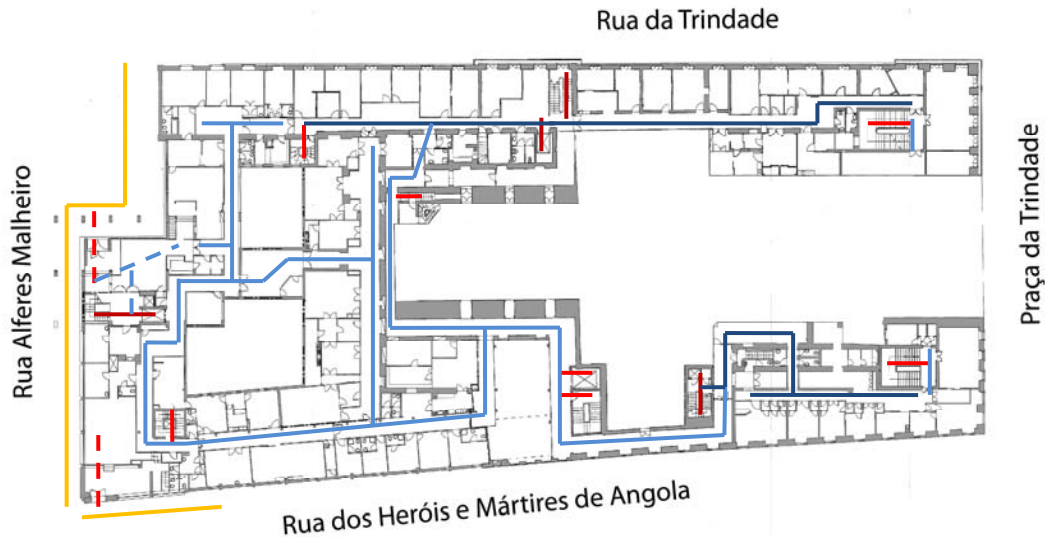


Figura 78 – Fluxos funcionais, piso 1

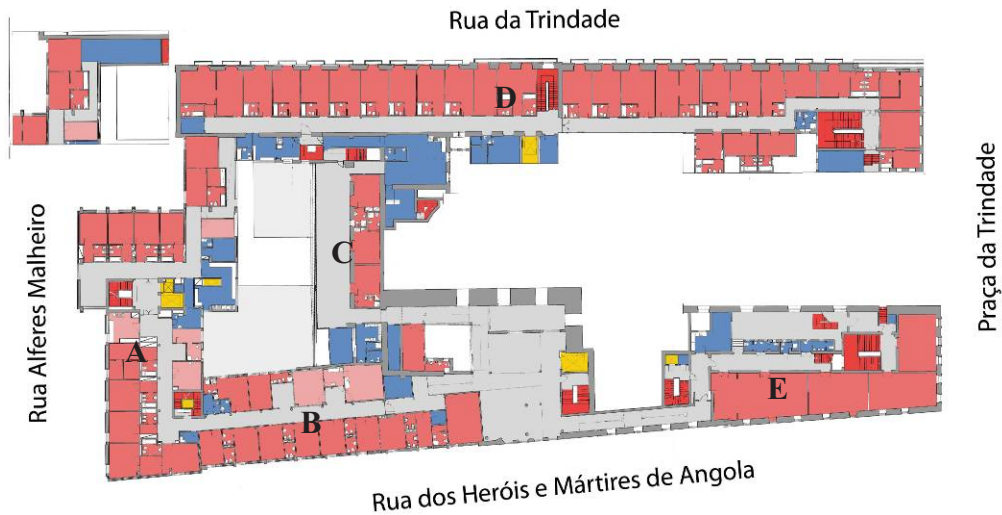
No piso um (Figura 77), encontram-se todos os tipos de fluxos. O FE, de carácter independente em relação aos restantes fluxos e que passa pela rua Alfredo Malheiro e pela rua dos Heróis e Mártires de Angola. Os FIP – utentes e funcionários e utentes, estabelecem a ligação entre o exterior e interior, como também a ligação entre pisos. O FIP – funcionários, como ligação internas entre pisos, mantendo um carácter reservado e de serviço. O FIS – utentes, adquire a função direccional. Os FIS – funcionários e funcionários e utentes, caracterizam-se como elementos motores na distribuição funcional interna.

#### Piso 2

Este piso estende-se pelos três edifícios que compõem o hospital, virados para a rua da Trindade, rua dos Heróis e Mártires de Angola e rua Alferes Malheiro (Figura 78). Podem-se encontrar as actividades – Cuidados continuados, Apoio, Terapêutica.

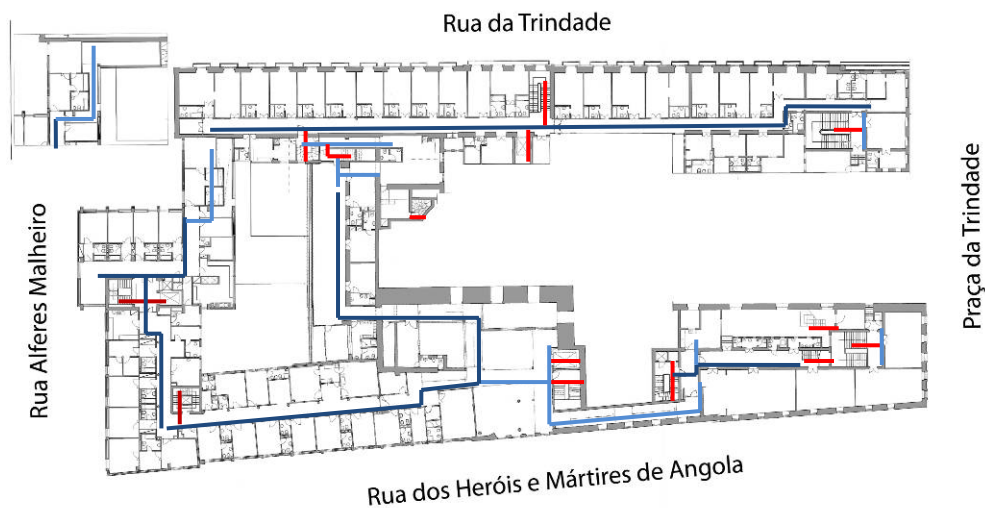
#### Legenda:

- A Obstetrícia – Quartos, sala, copa, sala de espera, sala de enfermagem, balseiro, quarto de enfermeiro e sala de tratamento.
- B Obstetrícia – Quartos, sala de espera, salas de parto, arrumos.
- C Obstetrícia – Quartos, vestiários e arrumos.
- D Lar de terceira idade – quartos, sala de estar e arrumos.
- E Pediatria – gabinetes, sala de espera, recepção, copa, arquivo e arrumos.



**Figura 79 – Zonamento, piso 2**

Este piso (Figura 78) mantém o mesmo princípio organizacional de actividades de natureza funcional. Assim, tem-se (A, B e C) como áreas reservadas ao serviço de obstetrícia, (D) reservado ao lar de terceira idade e (E) à clínica de pediatria. Os acessos internos encontram-se espalhados nos pontos extremos e centrais das diferentes actividades. As diferentes actividades deste piso ligam-se aos restantes pisos através de um conjunto de escadas e ascensores. Relativo ao percurso interno, apresenta-se semelhante ao encontrado no piso inferior, ou seja, corredor simplesmente carregado (aberto e/ou fechado) e corredor duplamente carregado.



**Figura 80 – Fluxos funcionais, piso 2**

No piso dois (Figura 79), encontram-se os FIP – funcionários e funcionários e utentes, estabelecem a ligação entre pisos. Em simultâneo, encontram-se também os FIS –

funcionários e funcionários e utentes, caracterizam-se como elementos motores na distribuição funcional interna.

### Piso 3

Este piso localiza-se no corpo vertical da ala norte do hospital, que fica virada para a rua Alferes malheiro e faz-se estender pela rua dos Heróis e Mártires de Angola (Figura 80). Neste piso predomina a actividade de Cuidados Continuados, existindo áreas terapêuticas e de apoio, como áreas complementares e de suporte à actividade de cuidados continuados.

#### Legenda:

- A Quartos, sala, copa, sala de espera, sala de enfermagem, balseiro, quarto de enfermeiro e sala de tratamento.
- B Sala de espera, quartos, enfermaria, arrumos, sala de enfermagem.
- C Quartos, vestiário e arrumos.
- D Arrumos (sem função específica).

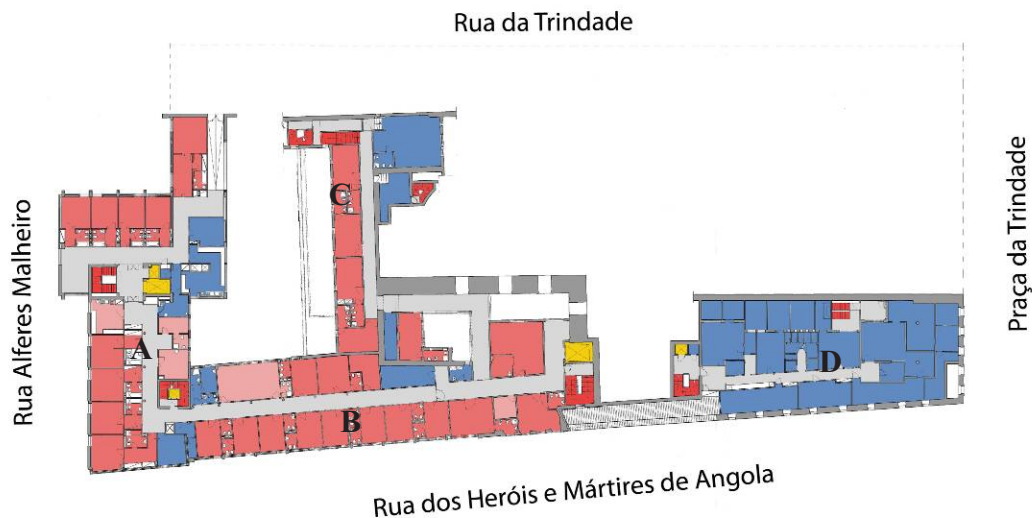


Figura 81 – Zonamento, piso 3

Este piso (Figura 80) mantém o mesmo princípio organizacional de actividades de natureza funcional. Assim, tem-se (A, B e C) como áreas reservadas aos cuidados continuados, e (D) actualmente sem uso. Relativo ao percurso interno, predomina o corredor duplamente carregado, existindo também o corredor simplesmente carregado fechado.

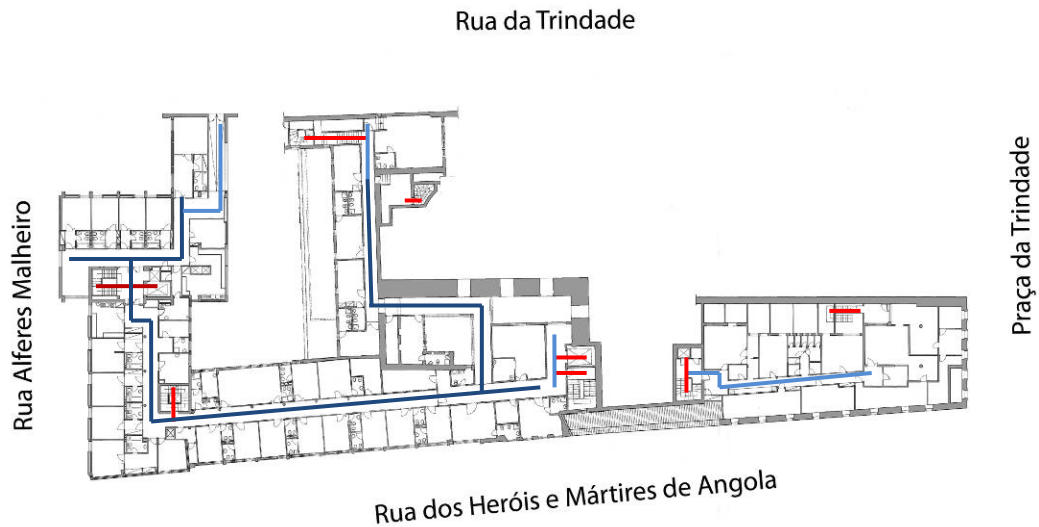


Figura 82 – Fluxos funcionais, piso 3

No piso dois (Figura 81), encontram-se os FIP – funcionários e funcionários e utentes, estabelecem a ligação entre pisos. Em simultâneo, encontram-se também os FIS – funcionários e funcionários e utentes, caracterizam-se como elementos motores na distribuição funcional interna.

#### Pisos 4 e 5

Estes pisos localizam-se no corpo vertical da ala norte do hospital, que fica virada para a rua Alferes malheiro (Figura 82). Ambos os pisos destinam-se aos cuidados continuados, existindo áreas terapêuticas e de apoio, como áreas complementares e de suporte à actividade de cuidados continuados.

#### Legenda:

- A Quartos e sala de espera.
- B Quartos.
- C Sala de enfermagem, sala de tratamento, copa, vestiário vigilante e balseiro.



**Figura 83 – Zonamento, pisos 4 e 5**

Os quartos localizam-se nas extremidades de ambos os pisos, as actividades complementares encontram-se centralizadas, procurando assim servir de forma racional e equilibrada. Os acessos internos encontram-se nos dois extremos das áreas de apoio. As diferentes actividades deste piso ligam-se aos restantes pisos através dois conjuntos de escadas e ascensores. O percurso interno de cada piso é do tipo corredor simplesmente carregado.



**Figura 84 – Fluxos funcionais, pisos 4 e 5**

Nos pisos quatro e cinco (Figura 83) encontram-se os FIP – funcionários e utentes, que estabelecem a ligação entre pisos, e o FIS – funcionários e utentes, fazendo a distribuição funcional interna. Em ambos os pisos encontram-se também os FIP – funcionários, fazendo a ligação entre pisos pela área de apoio, e os FIS – funcionários que proporciona uma continuidade do FIP correspondente.

Pisos 6 e 7

Estes pisos localizam-se no corpo vertical da ala norte do hospital, que fica virada para a rua Alferes Malheiro (Figura 84).

**Legenda:**

- A Quartos, copa, sala de estar e sala de refeições.
- B Arrumos, capela.
- C Arrumos, sala e casa da máquinas/elevadores.
- D Salas, arrumos e casa das máquinas/elevador.



**Figura 85 – Zonamento, pisos 6 e 7**

No piso seis encontram-se as actividades religiosa, cuidados continuados, técnica e de apoio. A área central do piso serve de elemento divisor entre as diferentes actividades. O piso sete destina-se essencialmente à actividade de apoio.



**Figura 86 – Fluxos funcionais, pisos 6 e 7**

No piso seis (Figura 85) encontram-se os FIP – funcionários e utentes, que estabelecem a ligação entre este mesmo piso e os pisos inferior e posterior, e o FIS – funcionários e utentes, fazendo a distribuição funcional interna. No piso sete (Figura 84) encontra-se o FIP – funcionários, que estabelece a ligação entre pisos, e o FIS – funcionários, fazendo a distribuição funcional interna.

## CONCLUSÃO

O trabalho de investigação que se traduz nesta dissertação, apresenta como suporte teórico-conceitual, os contributos de historiadores e investigadores, pelo qual, constituem fundamento da estrutura metodológica para esta dissertação. Assim, há que tecer algumas considerações neste último capítulo.

Estando o trabalho direccionado a uma área singular da arquitectura, a arquitectura hospitalar, houve a necessidade de criar um conceito contextual, que abordasse aspectos históricos culturais, económicos, políticos, sociais, demográficos e geográficos da cidade do Porto, ligados à saúde e aos hospitais, com o intuito de identificar de que forma estes aspectos serviram como contributo estimulante na configuração arquitectónica dos hospitais, quer ao nível da sua implantação, quer ao nível do seu desenvolvimento e transformação. Houve também a necessidade de descrever a arquitectura de acordo com o contexto histórico-geográfico, estabelecendo uma matriz de análise tipológica, aplicável à arquitectura hospitalar.

Com base nestes critérios de avaliação, verifica-se que o edificio hospitalar tem evoluído segundo um padrão (Tabela 1), em que o hospital Medieval (suportado pela religião) dá lugar ao hospital Renascentista (suportado pelo dever cívico), este por sua vez dá lugar ao hospital Iluminista (focado na salubridade do espaço), por último, cede ao hospital moderno e/ou contemporâneo (suportado pela racionalidade disciplinar).

Época	Periodos					
	Medieval		Modernismo / Contemporaneidade			
	Séc. XII	Até finais do sec. XV	Séc. XVI e XVII	Séc. XVIII	Séc. XIX	Séc. XX e inicio do séc. XXI
<b>População</b>	3.000	14.000	19.000	46.400	146.739	1.260.680
<b>Edifícios</b>	Casas Particulares	Albergues Hospitais	Albergues Hospitais	Hospitais	Hospitais	Hospitais
<b>Gestão</b>	Particular	Confrarias Mesteres Entidades Religiosas Particulares Câmara	Misericórdia	Irmandade Ordens Terceiras Misericórdia	Irmandade Ordens Terceiras Misericórdia Administração Publica	Irmandade Ordens Terceiras Misericórdia Sector Publico Sector Privado

**Tabela 1 – Síntese da análise hospitalar**

Constata-se, uma variação cíclica da iniciativa privada e pública, no financiamento, na gestão, e na implantação dos hospitais, explicada pelo, crescimento e desenvolvimento da cidade, pelas transformações políticas em relação às unidades hospitalares, e pela intensidade e forma com que a sociedade (utente) satisfaz as suas necessidades por meio do desembolso privado, e recentemente, por planos de saúde.

Neste contexto, os hospitais tornam-se nos edifícios que mais compromisso têm causado ao meio urbano.

Relacionado com o factor de localização dos hospitais, face à sua relação com a mancha urbana das cidade, constatou-se que a implantação hospitalar seguiu uma lógica de proximidade e/ou dispersão em relação às áreas urbanizadas, em função das características do hospital. Por um lado os hospitais privados, enquadrados nos núcleos urbanos densificados, desde cedo, buscam áreas com bons acessos e destinam-se a uma população pertencente às classes média e alta da sociedade, por outro, os hospitais públicos, desde cedo, que se enquadram em zonas mais periféricas, em zonas menos urbanas, perto da sua população alvo, população mais carente, e onde o seu crescimento não seja comprometido.

A implantação dos hospitais pertencentes a Irmandades e Ordens Terceiras, como instituições de carácter particular, cedo se enquadram nos parâmetros de localização dos hospitais privados, porém a sua localização, tentando seguir um padrão estabelecido por vários factores analisados, e em detrimento de uma melhor adequação ao terreno, contribuiu para o compromisso do seu desenvolvimento.

A sua implantação, quer dentro, quer fora da zona amuralhada da cidade do Porto, permite concluir, que desde cedo, estes hospitais, se encontram espacialmente limitados, dificultando e/ou impossibilitando o seu crescimento. Esta limitação, apresenta-se mais acentuada nos edifícios implantados no interior do recinto fortificado, dada a massiva edificação, ao conseqüente esgotamento da superfície edificável, e às restrições urbanísticas da zona histórica do Porto.

Os edifícios situados na zona exterior, conseguem assegurar espaços mais amplos. Ao mesmo tempo, não estando restringidos aos rigorosos planos urbanísticos encontrados no interior da muralha, permitindo que estes hospitais pudessem ter evoluído e edificado

novos edifícios, acoplando-os aos já existentes, de forma a se adequarem a uma nova realidade no serviço hospitalar.

A sua implantação, que ocorreu, maioritariamente de donativos, por questões políticas e de interesse, nem sempre se apresentou consensual, identificando-se desde logo, conflitos com a tendência expansionista da cidade, e com a proximidade de actividades incompatíveis com a actividade hospitalar.

A análise sobre os fluxos hospitalares do Hospital do Terço e do Hospital da Trindade, colocou em evidência as semelhanças e as diferenças entre ambos, ou seja, entre os hospitais de pequena e média dimensão. Percebe-se que os fluxos principais, são determinados pelos acessos aos hospitais, e pela comunicação entre pisos, cabendo aos fluxos secundários a ligação e consequente inter-relação entre zonas funcionais.

O dimensionamento atrofiado (resultante de um desenvolvimento complexo) do Hospital do Terço, e o seu tipo de evolução (em L), condiciona a individualidade de cada fluxo, provocando a sobreposição dos diferentes tipo de fluxos. Dado este, apenas conseguir desenvolver-se em linha contínua, sem ponto de retorno, dificulta a criação de fluxos próprios de cada zona funcional (intra-funcionais), como também dos fluxos que permitem estabelecer uma relação entre as diferentes zonas (inter-funcionais). Desta forma, fluxos que devem permanecer isolados, e/ou que se devem distribuir de forma hierárquica, se confundem e se misturam, originando conflitos nos percursos internos e entre zonas funcionais.

A condição dos fluxos encontrados no Hospital da Trindade, assemelha-se mais ao estereótipo do edificio hospitalar. Constituído por dois corpos horizontais e por um terceiro corpo vertical, o hospital, apresenta um formato evolutivo em forma de (U) com um pátio central. Este desenvolvimento proporciona uma melhor distribuição e uma melhor integração dos diferentes fluxos, fundamentando-os, através de critérios específicos de relacionamento directo ou indirecto entre as diferentes zonas funcionais, conseguindo-se identificar claramente a organização espacial das diferentes zonas funcionais, como também as diferentes actividades que as compõem.

Assim sendo, a análise dos fluxos hospitalares, mostrou-se importante, para a compreensão da organização espacial das zonas funcionais que constituem os hospitais, evidenciando-se a sua correspondência (que derivam das diferentes zonas, ou que para

elas se dirigem), constituindo assim numa das ferramentas mais importantes na elaboração do projecto hospitalar.

Constatou-se que a condição limitada do hospital do Terço, para além condicionar o bom desenvolvimento dos diferentes fluxos, condiciona também a organização espacial das diferentes actividades, já que estas (referenciado no parágrafo anterior) são suportadas directamente pelos fluxos. Esta condição, impossibilita o posicionamento mais correcto dos diferentes ambientes, tendo em vista a necessidade de aproximação e de afastamento que são determinados pelas áreas funcionais entre si.

Ao contrário, o Hospital da Trindade, consegue transmitir um reflexão estruturada dos diferentes ambientes, de acordo com o estereótipo hospitalar. Os diferentes ambientes articulam-se de forma racional através dos seus directos e indirectos fluxos (permitindo um bom funcionamento da instituição), conseguindo-se identificar a hierarquia clara de espaços, a par das suas funções.

Porém, e apesar destas evidentes diferenças entre estes edifícios, conseguiu-se estabelecer uma semelhança na distribuição funcional das actividades. Quando a distribuição horizontal se apresenta bastante diferenciada, afastando os dois hospitais, a distribuição vertical, por seu lado, aproxima-os. Verifica-se na distribuição vertical, que os principais serviços técnicos se localizam nos pisos inferiores, os principais serviços de apoio se situam nos pisos intermédios, e por último as actividades terapêuticas, de carácter mais reservado, se localizam nos pisos superiores. Desta forma identifica-se uma hierarquia vertical de acordo com o carácter reservado e funcional das diferentes actividades dos hospitais.

Conforme demonstrado, esta dissertação pretende ser um instrumento de auxílio para uma melhor compreensão da arquitectura hospitalar, ao longo dos séculos, na cidade do Porto, onde é salientada a especial contribuição que as Ordens Religiosas, em especial as Irmandades e Ordens Terceiras, tiveram, através dos seus hospitais e suas singularidades, no desenvolvimento hospitalar da cidade.

**BIBLIOGRAFIA**

ANTUNES, J. L. Ferreira. *Hospital: Instituição e História Social*, São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARQUITECTURA IBÉRICA: Saúde. Casal de Cambra: Caleidoscópio, ano 5, n. 28, Setembro 2008. 152 p.

BARREIRA, Aníbal. *A assistência hospitalar no Porto 1750-1850*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2002.

BENEVOLO, Leonardo. *Historia de la arquitectura moderna*, 8ª edición revisada y ampliada. Barcelona, 1999.

FERRÃO, Bernardo. *Projecto e Transformação Urbana do Porto na época dos Almadás, 1758/1813 – Uma contribuição para o estudo da cidade pombalina*. Porto: Publicações FAUP, 1997.

GÓES, Ronald de. *Manual Prático de Arquitetura Hospitalar*. São Paulo: Editora Edgard Blucher, Ltda. 2004.

GOITIA, Fernando Chueca. *Breve História do Urbanismo*. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

GOMBRICH, E.H. *A História da Arte*. Lisboa: Publico/Phaidon, 2005

LABASSE, Jean. *La ciudad y el hospital*, Edição Espanhola de 1982 do Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid: 1982.

LAVEDAN, Pierre. *Histoire de L'urbanisme: Renaissance et temps Modernes*. Paris: Henri Laurens, 1941.

LOOS, Adolf, OPEL, Adolf. *Ornament and Crime: Selected Essays*. California: Ariadne Press, 1997.

LUDWING, Münz, GUSTAVE, Kunstler. *Adolf Loos: Pioneer of Modern Architecture*. Nova Iorque: Praeger, 1966.

OLIVEIRA, J. M. Pereira de. *O espaço urbano do Porto – Condições naturais e desenvolvimento*, Edição Fac-similada da Edição original de 1973 do Instituto de Alta Cultura, Porto: Edições Afrontamento, 2007.

OLIVEIRA, Ernesto, GALHANO, Fernando. *Arquitetura Tradicional Portuguesa*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda., 2000.

ORLANDO, Ribeiro. *Ensaaios de Geografia Humana e Regional*. Lisboa: Livraria Sã da Costa Editora, 1970.

PACHECO, Hélder, RIBEIRO, Armando. *Os hospitais e a cidade*. Porto: Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia e Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, 2006.

TOSTÕES, Ana. *Cultura e Tecnologia da Arquitectura Moderna Portuguesa*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa, IST, 2002

VITORINO, Pedro. *Noticia Histórica da Venerável Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade da Cidade do Porto*. Porto: Imprensa Nacional, 1928.

**Internet:**

Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade. [Consultado em 01/10/2008]. Disponível na WWW: < [http://www.terco.com.pt/\\_especialidades\\_e\\_acordo.html](http://www.terco.com.pt/_especialidades_e_acordo.html)>.

MALARD, Maria. (2003). Forma, Arquitectura. Disponível em <http://www.arq.ufmg.br/eva/index.php?menu=5&coord=1>. Consultado em 23/10/2008.

Ordem Terceira da Santíssima Trindade. [Consultado em 25/10/2008]. Disponível na WWW:<<http://www.ordemtrindade.pt/>>.

ANEXOS

1. CARTOGRAFIA DO PORTO



Planta redonda da cidade do Porto  
George Black – 1813

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA CIDADE DO PORTO

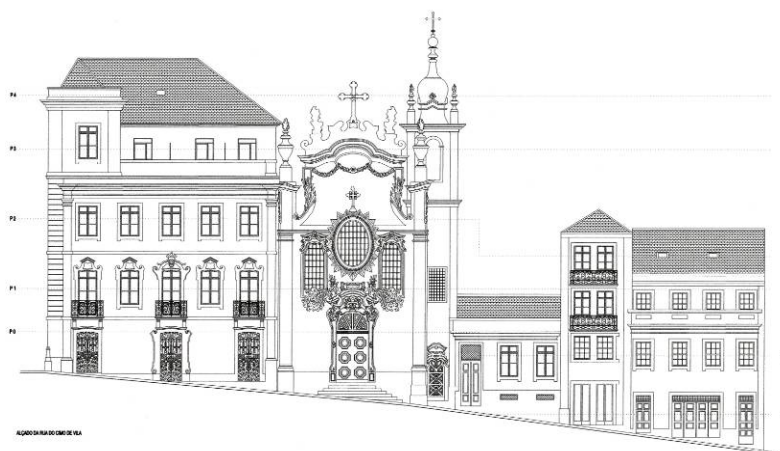


Planta da cidade do Porto  
W.B. Clarke - 1833

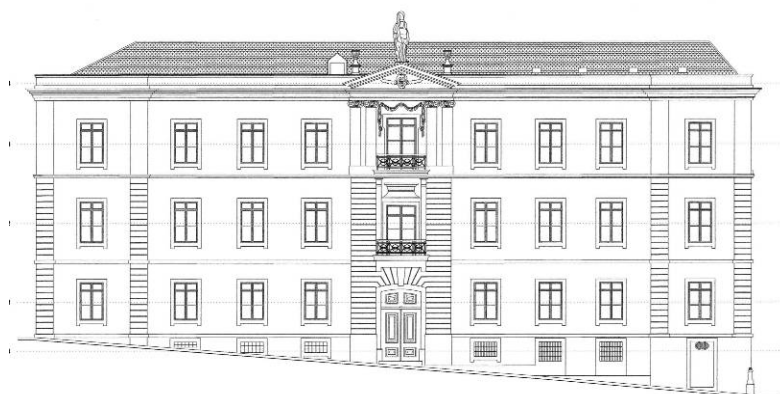


Planta da cidade do Porto  
Frederico Perry Vidal – 1865

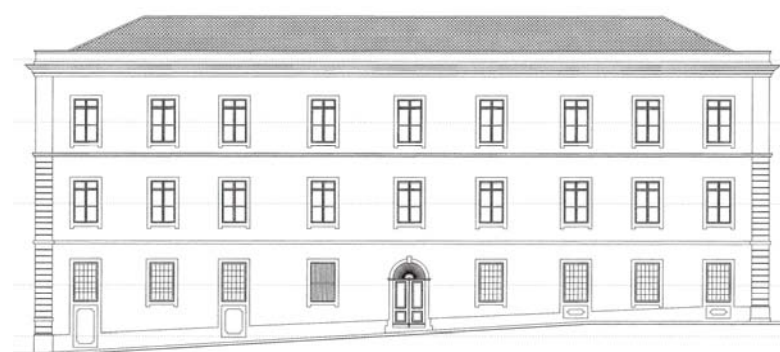
2. DESENHOS DA IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DO TERÇO E CARIDADE



**Alçado – Rua do Cimo de Vila**



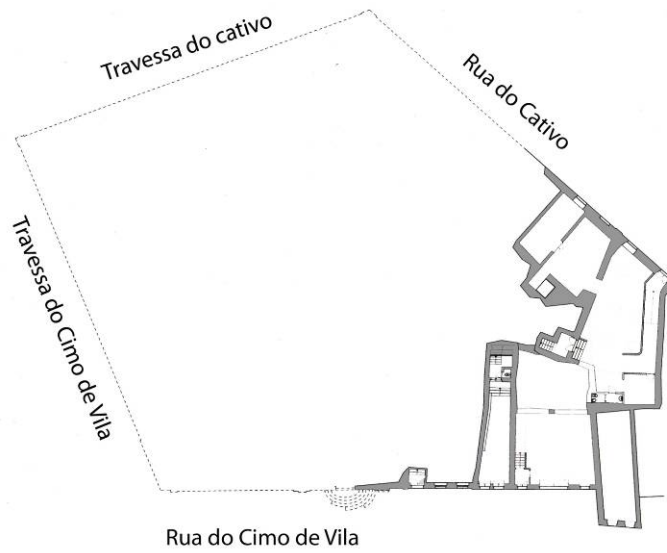
**Alçado – Travessa do Cimo de Vila**



**Alçado – Travessa do Cativo**



**Alçado – Rua do Cativo**



**Planta – Piso -1**



**Planta – Piso 0**



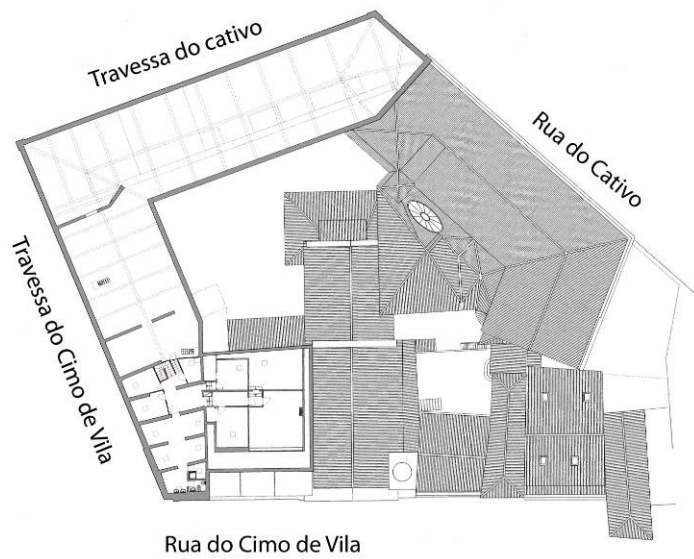
**Planta – Piso 1**



**Planta – Piso 2**

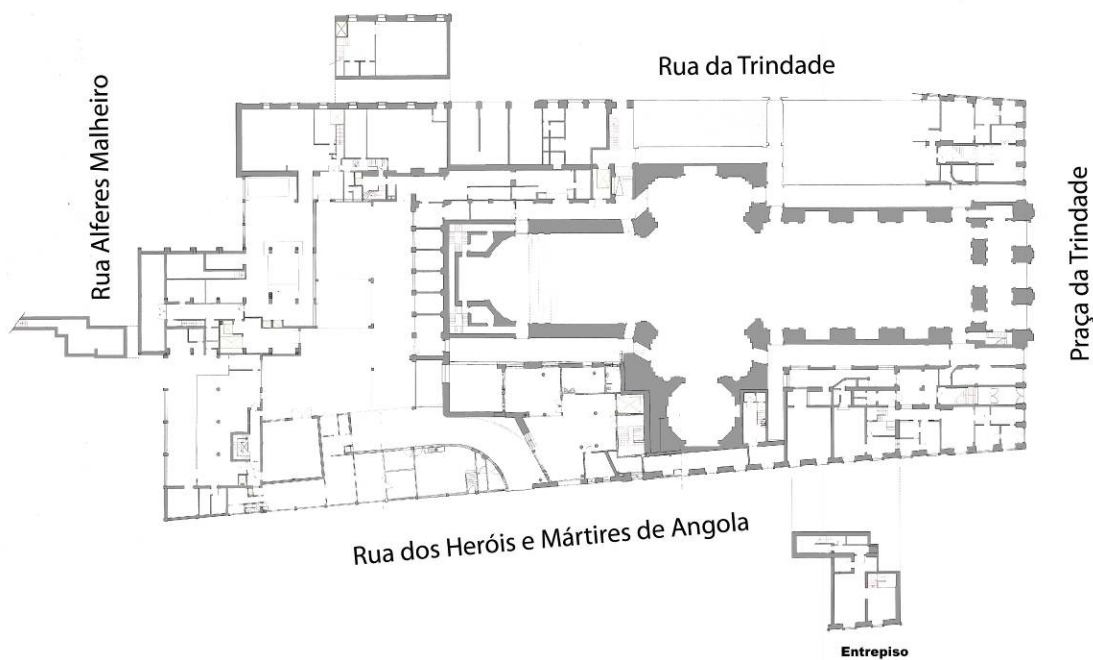


**Planta – Piso 3**

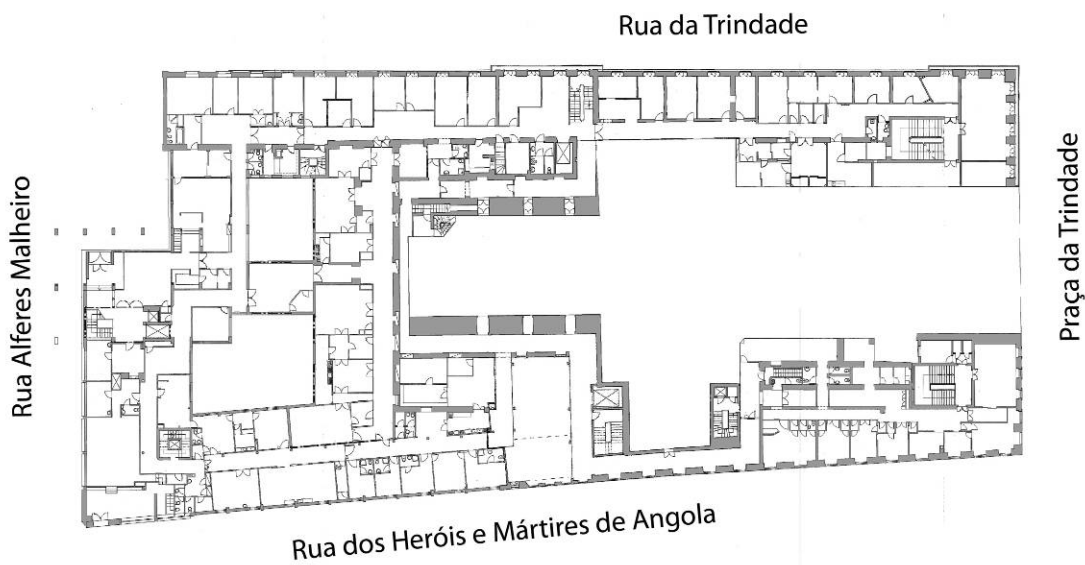


**Planta – Piso 4**

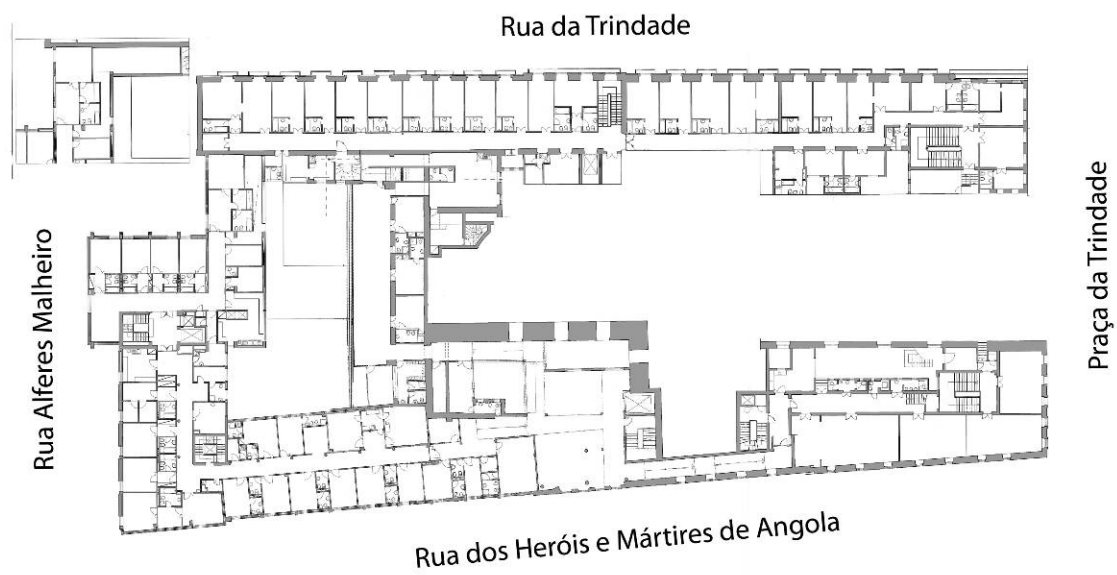
3. DESENHOS DA ORDEM TERCEIRA DA SANTÍSSIMA TRINDADE



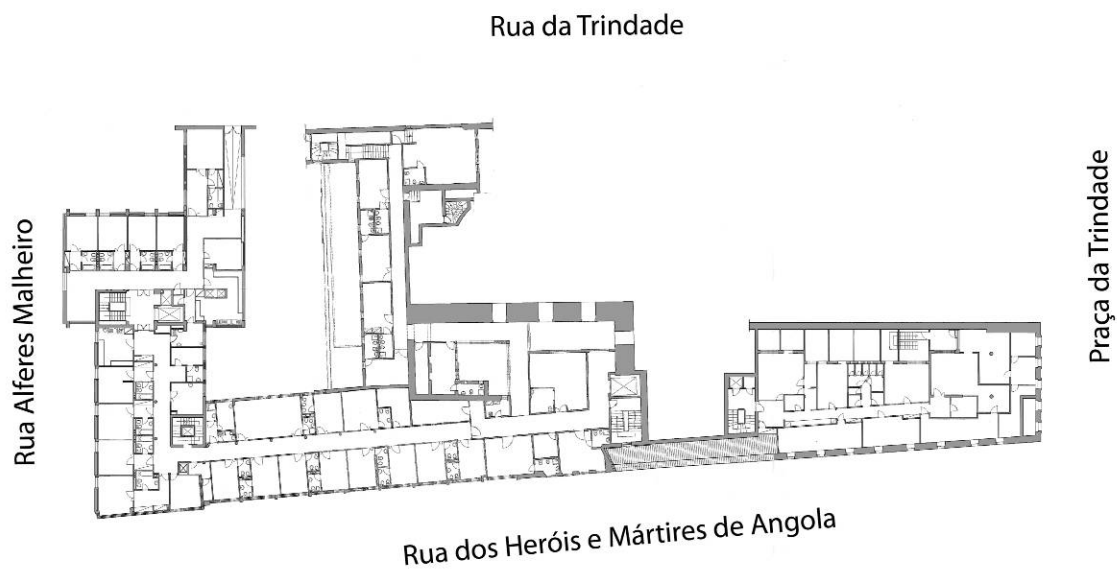
Planta – Piso 0



Planta – Piso 1

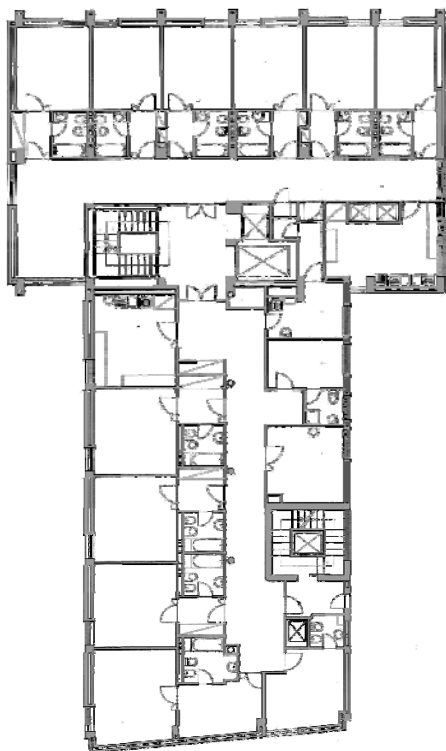


**Planta – Piso 2**



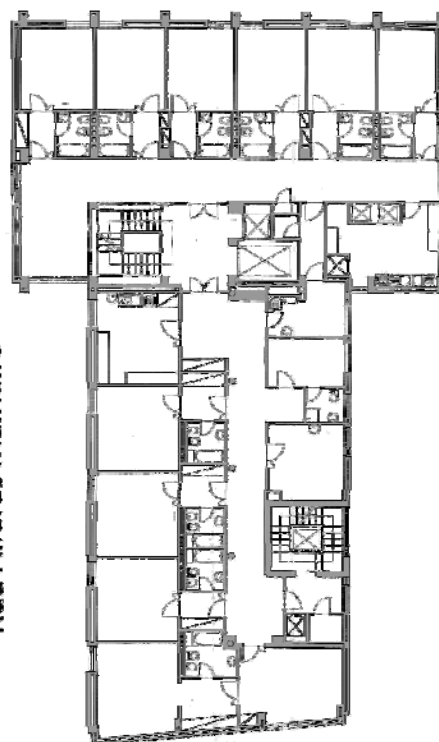
**Planta – Piso 3**

Rua Alferes Malheiro



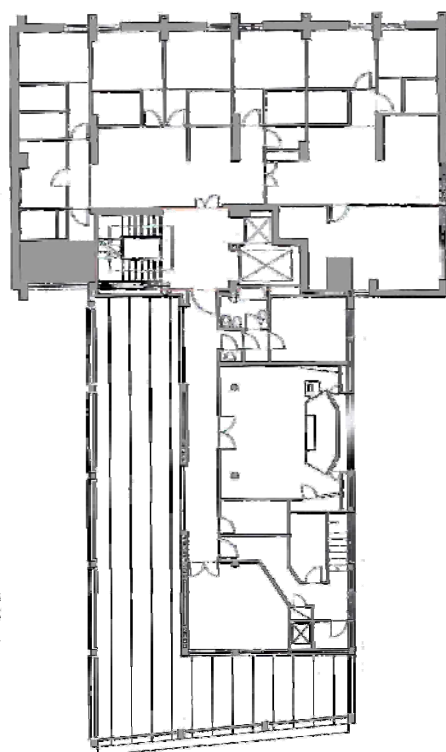
Planta – piso 4

Rua Alferes Malheiro



Planta – piso 5

Rua Alferes Malheiro



Planta – piso 6

Rua Alferes Malheiro



Planta – piso 7