Faculdade de Arquitetura
Universidade de Lisboa



vivências fragmentadas

projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

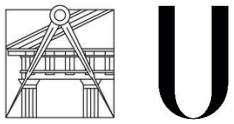
Rodolfo Maurício Capeto Coelho
(Licenciado)

Mestrado Integrado em Arquitetura
Projeto final para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura

Orientação científica
Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Júri
Presidente: Professor Doutor Pedro Janeiro
Vogal: Professor Doutor Hugo Farias
Orientador: Professor Doutor Jorge Mealha

Documento definitivo
Lisboa, FA-ULisboa, Dezembro de 2019



Faculdade de Arquitetura
Universidade de Lisboa

vivências fragmentadas

projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

Rodolfo Maurício Capeto Coelho
(Licenciado)

Mestrado Integrado em Arquitetura
Projeto final para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura

Orientação científica
Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Júri
Presidente: Professor Doutor Pedro Janeiro
Vogal: Professor Doutor Hugo Farias
Orientador: Professor Doutor Jorge Mealha

Documento definitivo
Lisboa, FA-ULisboa, Dezembro de 2019

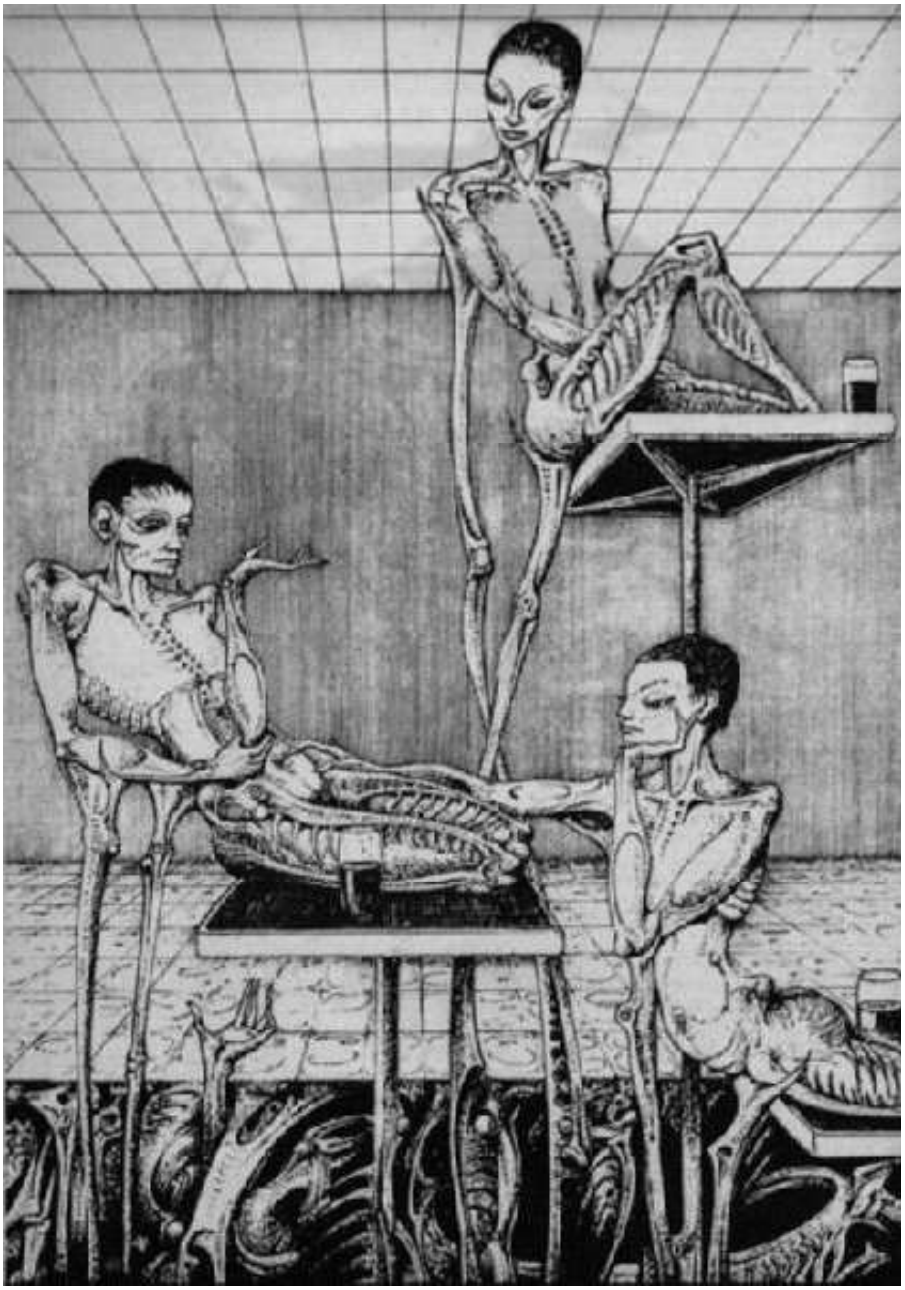


Fig.1 - *Um festim para a psiquiatria*, (1966) , H. R. Giger

"Que a loucura é o nosso medo mais profundo e arcano, eu sei, tu sabes, eles sabem.

Também sabemos que os hospícios são lugares que queremos bem longe de nós, nos arrabaldes das cidades da distância, lá bem enclausurados atrás dos muros altos onde apenas habitam os deportados desta vida, sobre isso, não teremos todos nós, idem aspas, a menor dúvida.

E quanto mais esses muros forem construídos com blocos de cimento bem resistentes, se possível até armado e com vigas que bem os sustentem como esqueletos de aço, melhor será, que mais tranquilos ficamos, da parte de fora."

ANDRADE, 2015, p.7

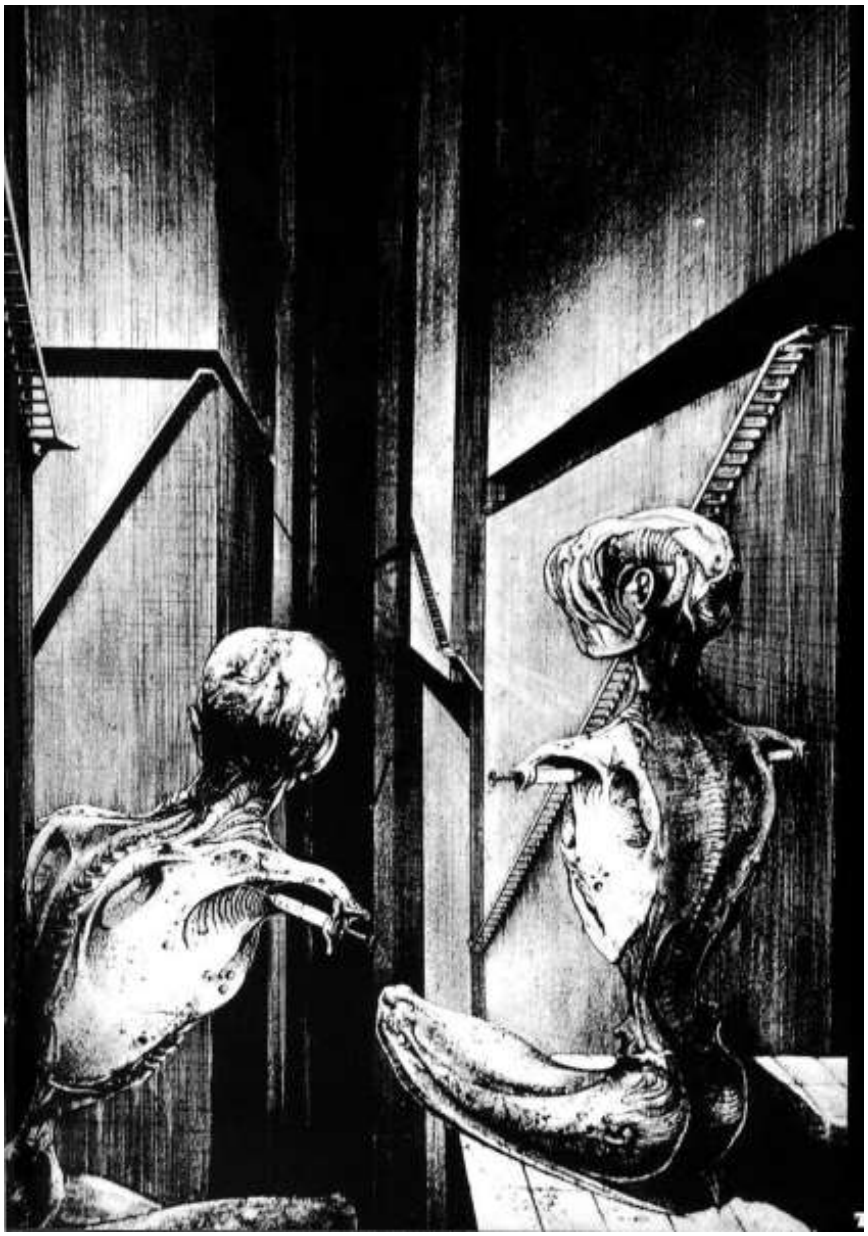


Fig.2 - *O poço* 6 (1964), H. R. Giger

"(...) E quanto mais esses muros forem construídos com blocos de cimento bem resistentes, se possível até armado e com vigas que bem os sustentem como esqueletos de aço, melhor será, que mais tranquilos ficamos, da parte de fora."

ANDRADE, 2015, p.7

Resumo

Ao longo da nossa história sempre se notou uma certa marginalização entre a pessoa sã e a pessoa enferma, nomeadamente aquela que sofra de uma doença mental. Tal caráter é refletido na arquitetura, sendo o desenho de tais instituições mais semelhante ao local de enclausuramento, como uma prisão, do que propriamente um local de cura.

Com a evolução natural da ciência, medicina e pensamento humano, esta mentalidade tem sido alterada, de tal modo que os arquitetos de instituições de saúde mental têm procurado, cada vez mais, um desenho parecido com o da habitação. Tal mudança de paradigma deveu-se, provavelmente, ao facto destes edifícios muitas vezes resultarem na derradeira residência de muitos pacientes psiquiátricos, que não possuam níveis de independência suficientes para viverem sozinhos, sendo a falta de qualidade notada em tais construções. Em vez de uma clínica, ou de um hospital, as instituições psiquiátricas tornam-se em verdadeiras residências.

Neste trabalho, é feita uma proposta de um projeto para uma Clínica de Reabilitação Psiquiátrica em Évora, acompanhada de uma investigação teórica sobre as instituições de saúde mental. Daqui parte-se à procura da melhor maneira de estreitar a ponte entre o equipamento estéril e institucional, que é um hospital psiquiátrico com o ambiente confortável, familiar e cheio de vida das nossas casas.

Partindo do ponto em que cada cultura tem os seus padrões habitacionais, é ainda investigada a habitação típica Alentejana e como trazer tais ideais para um equipamento de saúde mental.

Palavras-chave
Psiquiatria | Saúde Mental | Healing Architecture | Domesticidade | Casa alentejana | Évora

Abstract

For all of our history there has been a certain marginalization between healthy and ill people, namely with the mentally ill. Such character is reflected in architecture, being that the design of these buildings is more similar to that of a inprisoning space, as a prison, than a proper healing place.

With the natural evolution of science, medicine and human thought, this mentality has been altered, in a way that the architects of mental health buildings, have been searching for a design more similar with that of a housing building. Such paradigm shift probably happened due to the fact that these buildings often result as the last residency of many psychiatric patients that don't have enough independency levels to live on their own, such that the lack of quality in these buildings is often noticed. Instead of a clinic, or a hospital, psychiatric institutions become true housing complexes.

In this work is shown a proposal for a Psychiatric Rehabilitation Clinic project, in Évora, accompanied by a theoretichal investigation about mental health institutions. From here is studied the best way to tighten the gap between the institutional and sterile building that is a psychiatric hospital, and the comfortable, familiar and full of life environment of our houses

Starting from the fact that each culture has it's own housing patterns, the typical house of Alentejo is investigated, as also the best way to bring these ideas unto a mental health building.

Keywords
Psychiatry | Mental health | Healing Architecture | Domesticity | Alentejo house | Évora

Agradecimentos

Obrigado à minha irmã, Inês e ao Filipe, ambos Psiquiatrs de profissão, a quem ouvi inúmeras histórias de pacientes, maioritariamente engraçadas, bem como lamentos sobre as condições de trabalho existentes e que me inspiraram a seguir este tema.

Obrigado aos meus pais por o serem e pelo constante apoio que sempre demonstraram.

Obrigado a todos os professores com quem me deparei ao longo desta viagem pela Faculdade de Arquitetura, que me ajudaram a crescer como pessoa e como arquiteto.

Obrigado aos Professores Jorge Mealha e José Luís Crespo, por terem aceite embarcar comigo nesta aventura e cuja persistência e infinito conhecimento, deixaram que esta chegasse a bom-porto.

Obrigado à extensa lista de amigos, colegas, companheiros e conhecidos, pelas noitadas a trabalhar, tardes no bar e horas a rir. Obrigado ao 1ºD que foi evoluindo ao longo dos anos, mudando o número, mas mantendo sempre a essência de amizade que uma turma precisa. Obrigado ao(s) João(s), André(s), Zé, Rui, Bruno, Tiago, Marcus, David, Luís(es), Francisco(s), Pedro(s), Youri, Amaro, Marisa, Íris, Inês(es), Sofia(s), Rodrigo, Tomás, Beatriz e todos os demais que ficam nas entrelinhas; a lista é extensa e as páginas não chegam...

Obrigado ao Siza, ao Mies, ao Koolhas, ao Corbu, aos Aires Mateus, ao Souto de Moura e tantos outros, por me terem feito gostar de arquitetura. E obrigado a todos os professores de projeto por me terem feito gostar de fazer arquitetura.

Obrigado aos Black Sabbath, Iron Maiden, Metallica, Slayer, John Coltrane, Miles Davies, Charles Mingus, Thelonious Monk, Wes Montgomery, Bach, Chopin e praticamente a todo o meu alfabeto musical pela eterna companhia dos dois lados da cabeça.

Obrigado a toda a minha família, não só a de sangue, mas principalmente a que foi criada a partir de setembro de 2013.

A tudo e a todos, obrigado.

à minha avó Alzira,
e ao meu avô Jacinto

Índice

Resumo p. xi
Abstract p. xiii
Agradecimentos p. xv

Índice p. xxi
Índice de figuras p. xxv

Introdução p. 5

I| Psiquiatria e arquitetura p. 15

1| As doenças psiquiátricas p. 19
1.1| Patologias p. 22
1.2| Terapias p. 25

2| Evolução da arquitetura de saúde mental p. 26
2.1| Uma breve história da arquitetura de saúde mental p. 26
2.2| Conceitos contemporâneos p. 31
2.2.1| Healing Architecture p. 31
2.2.2| Evidence-Based Design p. 33
2.2.3| Wayfinding p. 34

3| Projetos de referência p. 38
3.1| Principais exemplos portugueses p. 38
3.1.1| Hospital Miguel Bombarda p. 38
3.1.2| Centro Hospitalar Conde de Ferreira p. 41
3.1.3| Hospital Júlio de Matos p. 43
3.2| Principais exemplos internacionais p. 46
3.2.1| Alvar Aalto - Sanatório de Paimio p. 46
3.2.2| Le Corbusier - Hospital de Veneza p. 52
3.2.3| Nickl & Partner - Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo p. 60

Síntese I p. 63

II| Domesticidade do ambiente hospitalar p. 65

4| Memória, sensação e perceção p. 70
4.1| Memória p. 71
4.1.1| Cultura p. 73
4.2| Sensação e perceção p. 75
4.2.1| Introdução à fenomenologia da arquitetura p. 75
4.2.2| A esfera social p. 77
4.2.3| Arquitetura dos sentidos p. 78
4.2.4| Psicologia da cor p. 81
4.2.5| "O olho que tudo vê": observação/proteção p. 98

5| Homem, natureza e arquitetura p. 100
5.1| *Biofilia* p. 100
5.1.1| Jardins terapêuticos p. 101
5.2| Cultura e natureza p. 103
5.3| Arquitetura orgânica p. 116

6| A casa p. 118
6.1| O habitar p. 118
6.2| A casa portuguesa p. 124
6.3| A casa alentejana p. 130
6.4| A rua p. 146
6.5| A simplificação da casa alentejana - Ecorkhotel p. 152

Síntese II p. 159

III| Vivências fragmentadas p. 163

7| Évora p. 167
7.1| A evolução da cidade p. 168
7.1.1| Bairro Cenáculo p. 177
7.1.2| Casas-pátio em Évora p. 177
7.2| Serviço de psiquiatria do Hospital do Espírito Santo p. 179

8| *Ebora in posterum* p. 181
8.1| Planos contemporâneos p. 181
8.2| Ambiente urbano e higiene mental p. 183

9| Componente projetual p. 186
9.1| Local de intervenção p. 186
9.2| Proposta urbana p. 188
9.3| Clínica de reabilitação psiquiátrica p. 194
9.3.1| A Chegada p. 194
9.3.2| A Clínica p. 198
9.3.3| A Terapia p. 205
9.3.4| O Espaço público p. 210
9.3.5| As Residências p. 212

Conclusão p. 225

Bibliografia p. 233

Anexos p. 241

Índice de figuras

Imagem de capa - edição do autor

Fig.1 - *Um festim para a psiquiatria*, (1966) , H. R. Giger p. iii
(Giger [2018], p. 19)

Fig.2 - *Poço 6* (1966), H. R. Giger p. ix
(Giger [2018], p. 36)

Fig.3 - *Metempsicose Biomecânica* (1980), H. R. Giger p. 3
(Giger [2018], p. 11)

Fig.4 - *Poço 4* (1964), H. R. Giger p. 13
(Giger [2018], p. 35)

Fig.5 - *O Filho do Homem* (1964), René Magritte p. 17
(https://en.wikipedia.org/wiki/The_Son_of_Man)

I| Psiquiatria e arquitetura

Fig.6 - *Melancolia I* (1514), Albrecht Dürer p. 18
(https://images.metmuseum.org/CRDImages/dp/original/DP820348.jpg)

Fig.7 - *O Grito* (1893), Edvard Munch p. 21
(https://www.edvardmunch.org/images/paintings/the-scream.jpg)

Fig.8 - *Archiatric: Esquizofrenia*, Federico Babina p. 22
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig.9 - *Archiatric: Depressão*, Federico Babina p. 22
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig.10 - *Archiatric: Bipolaridade*, Federico Babina p. 22
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig.11 - *Archiatric: Ansiedade*, Federico Babina p. 23
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig.12 - *Archiatric: Transtorno obsessivo-compulsivo*, Federico Babina p. 23
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig.13 - *Archiatric: Transtorno dissociativos*, Federico Babina p. 23
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig.14 - *Archiatric: Transtorno de identidade sexual*, Federico Babina p. 24
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig. 15- *Archiatric: Alzheimer*, Federico Babina p. 24
(http://www.bastanteinteressante.pt/artista-usa-arquitetura-explicar-16-doencas-mentais-disturbios/2/)

Fig. 16- Pessoas a comunicarem em Terapia de grupo p. 27
(https://www.talkspace.com/blog/wp-content/uploads/2018/11/What-is-Group-Therapy-and-How-Can-It-Help-You_660W_PP-1.png)

Fig. 17- Planta do novo Hôtel-Dieu p. 29
(Melendres [2011], p. 30)

Fig. 18- Hôtel-Dieu, em Paris p. 29
(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paris_-_H%C3%B4tel-Dieu_-_20110712_(2).jpg)

Fig. 19- Esquema de evolução das tipologias hospitalares p. 30
(Melendres [2011], p. 32)

Fig. 20- Righopsitalet, Copenhaga, Nickl & Partner, exemplo de Healing Architecture p. 31
(https://www.archdaily.com/238191/rigshospitalet-hospital-expansion-3xn-architects)

Fig. 21- Diagrama dos novos conceitos p. 32
(imagem do autor)

Fig. 22- Diagrama Evidence Based Design p. 35
(https://i1.wp.com/buddhajeans.com/wp-content/uploads/2016/11/evidence-bassed-design-1600.png?fit=1600%2C1611&ssl=1)

Fig. 23- Diagrama - Wayfinding p. 38
(http://www.designbyccd.com/wp-content/uploads/2016/11/Picture1.png)

Fig. 24- Hospital Miguel Bombarda p. 40
(http://images-cdn.impresa.pt/expresso/users-2277-227740-2014-10-03-miguel-bombarda-10-5933.jpg/original/mw-860)

Fig. 25- Balneário do Hospital Miguel Bombarda p. 40
(http://2.bp.blogspot.com/-5TSUOI7vSxA/U2EI8lpePII/AAAAAAAAD9w/fsiq4DQOOns/s1600/unnamed+(1).jpg)

Fig. 26- Panótico do Hospital Miguel Bombarda p. 41
(https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT_8lYGJcZHxCfrDADhJ_eJMOjDqqR5vwxWHfqsL7zm8RPK5bRl)

Fig. 27- Hospital Conde de Ferreira p. 43
(http://1.bp.blogspot.com/-YG504zVkmwo/U5YsMCTE56I/AAAAAAAAPyA/fMnUAJuulpw/s1600/HOSPITAL+CONDE+DE+FERREIRA.jpeg)

Fig. 28- Panótico do Hospital Conde de Ferreira p. 44
(http://3.bp.blogspot.com/-Mmp_QmEoBGk/UCxO3Xgi9SI/AAAAAAAAAcs/e6f44TuIyFQ/s320/DSC09659.JPG)

Fig. 29- Hospital Júlio de Matos p. 45
(http://mediaserver2.rr.pt/newrr/hospital_julio_de_matos_foto_dr391359c3.jpg)

Fig. 30- Hospital Júlio de Matos, vista exterior 1 (1942), p. 46
fotografia: Estúdio Mário Novais
arquitetos: Leonel Gaia e Carlos Chambers Ramos
(https://c1.staticflickr.com/8/7234/7285870332_4e08bd86f0_b.jpg)

Fig. 31- Hospital Júlio de Matos, vista exterior 2 (1942), p. 47
fotografia: Estúdio Mário Novais
arquitetos: Leonel Gaia e Carlos Chambers Ramos
(https://c1.staticflickr.com/9/8020/7285869716_fcd3f198ff_b.jpg)

Fig. 32- Sanatório de Paimio, entrada p. 48
(https://flockler.com/thumbs/sites/3187/paimion-parantola1_s748x0_q80_noupscale.jpg)

Fig. 33- Sanatório de Paimio, alçado sul p. 48
(https://flockler.com/thumbs/sites/3187/paimion-parantola3_s748x0_q80_noupscale.jpg)

Fig. 34- Sanatório de Paimio, linóleo amarelo: área de circulação p. 49
(https://flockler.com/thumbs/sites/3187/paimion-parantola18_s748x0_q80_noupscale.jpg)

Fig. 35- Cadeira de Paimio, Alvar Aalto p. 49
(https://www.moma.org/media/W1siZiIsIjkzOTUiXSxbInAiLCJjb252ZXJ0IiwiLXJlc2l6ZSAyMDAweDIwMDBcdTAwM2UiXV0.jpg?sha=c830b3fe49feb7e4)

Fig. 36- Sanatório de Paimio,planta tipo p. 51
(https://i.pinimg.com/originals/a1/04/3c/a1043c89d28deb9901e3b59605e61d47.jpg)

Fig. 37- Sanatório de Paimio, corte p. 53
(https://www.architectural-review.com/pictures/1240x826/5/6/7/3046567_palmiodrawingindex.jpg)

Fig. 38- Le Corbusier: Hospital de Veneza, maqueta 1 p. 54
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_1331.jpg?r=0)

Fig. 39- Le Corbusier: Hospital de Veneza, maqueta 2 p. 55
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_1328.jpg?r=0)

Fig.40- Le Corbusier: Hospital de Veneza, quartos dos pacientes, planta e corte p. 56
(http://socks-studio.com/img/blog/venice-hospital-le-corbusier-02.jpg)

Fig. 41- Le Corbusier: Hospital de Veneza, quartos dos pacientes, planta p. 56
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_2762.jpg?r=0)

Fig. 42- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº2 p. 57
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_2765.jpg?r=0)

Fig. 43- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº3 p. 57
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_2766.jpg?r=0)

Fig.44- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº4 p. 58
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_2767.jpg?r=0)

Fig.45- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº6 p. 58
(http://www.fondationlecorbusier.fr/CorbuCache/900x720_2049_2768.jpg?r=0)

Fig. 46- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta funcional p. 59
Amarelo: circulação
Vermelho: quartos dos pacientes
(https://images.adsttc.com/media/images/57b1/7e12/e58e/ce64/5300/0019/slideshow/hospitalvenezia_ad002.jpg?1471249935)

Fig. 47- Le Corbusier: Hospital de Veneza, cortes e alçados p. 59
(http://socks-studio.com/img/blog/venice-hospital-le-corbusier-13.jpg)

Fig. 48- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta do piso térreo pp. 60-61
(http://www.quondam.com/31/3141ji05.jpg)

Fig. 49- Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo, renderização interior, Nickl & Partner (https://www.nickl-partner.com/wp-content/uploads/2013/10/Nickl-und-Partner_STPETERSBURG_MMZ_04_ls-1024x576.jpg) p. 62

Fig. 50- Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo, renderização exterior, Nickl & Partner (http://mmi-group.de/wp-content/uploads/2014/01/NP_St.-Petersburg_heller-e1391165663792.jpg) p. 62

Fig.51- Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo, renderização aérea, Nickl & Partner (https://backstage.worldarchitecturenews.com/wanawards/uploads/award-entry/large/2014/1398691799_1460_01.jpg) p. 63

II| Domesticidade do ambiente hospitalar

Fig. 52 - *O Jardim das Delícias Terrenas - O Inferno* (1504), Hieronymus Bosch (https://en.wikipedia.org/wiki/The_Garden_of_Earthly_Delights) p. 69

Fig. 53- *Persistência da memória* (1931), Salvador Dali (https://www.culturagenial.com/a-persistencia-da-memoria-de-salvador-dali/) p. 73

Fig. 54 - *O Semeador* (1890), Van Gogh (http://www.panachao.com.br/imagens/fotoobra229.jpg) p. 75

Fig. 55 - *Ceifeiras*, Costa Araújo (https://www.diariodosul.com.pt/m/p/600x338/media/files/960-media.JPG) p. 75

Fig. 56 - *Pastor* (1924) (http://www.tribop.pt/MB/cav/alentejo/figuras/Pastor%20-2%20Nik.jpg) p. 75

Fig. 57 - Diagrama da fenomenologia (imagem do autor) p. 78

Fig. 58- Crianças em bolhas de plástico a brincar. Analogia à "esfera social" (http://media.cleveland.com/business_impact/photo/bubble-1-of-1jpg-3ad6c00360719 26b.jpg) p. 79

Fig. 59 - Diagrama da sensação (imagem do autor) p. 81

Fig. 60 - Espetro visível (https://image.shutterstock.com/image-vector/spectrum-portion-electromagnetic-that-visible-260nw-1154529736.jpg) p. 73

Fig. 61 - Roda cromática (https://i1.wp.com/www.poeticmind.co.uk/wp-content/uploads/2012/04/colour-wheel-Gil-Dekel.jpg) p. 84

Fig. 62 - Vermelho no espaço (imagem do autor) p. 86

Fig. 63 - Laranja no espaço (imagem do autor) p. 87

Fig. 64 - Amarelo no espaço (imagem do autor) p. 88

Fig. 65- Verde no espaço (imagem do autor) p. 89

Fig. 66 - Azul no espaço (imagem do autor) p. 90

Fig. 67 - Roxo no espaço (imagem do autor) p. 91

Fig. 68 -Cor-de-rosa no espaço (imagem do autor) p. 92

Fig. 69 - Castanho no espaço (imagem do autor) p. 93

Fig. 70 - Branco no espaço (imagem do autor) p. 94

Fig. 71 - Preto no espaço (imagem do autor) p. 95

Fig. 72 - Cinzento no espaço (imagem do autor) p. 96

Fig. 723 Diagrama de preferência cromática - depressão e esquizofrenia (imagem do autor) p. 99

Fig. 74- Exemplo de prisão com panótico (https://porlaanarquia.espivblogs.net/files/2015/12/PANOPTICO.jpg) p. 100

Fig. 75- Pavilhão de segurança, Hospital Miguel Bombarda (http://aparteoutsider.org/wp-content/uploads/2012/07/X-08-1024x822.jpg) p. 101

Fig. 76- Rapariga a brincar com um cão p. 102
(https://img.huffingtonpost.com/asset/56727e851f-0000c000e9c03e.jpeg?cache=l3QYyTktas&ops=scale-fit_720_noupscale)

Fig. 77- Pessoa a caminhar pela natureza p. 103
(https://rushfaster.com.au/blog/wp-content/uploads/2016/11/topo_outdoor_hero-1024x623.jpg)

Fig.78- KTP Hospital, foto exterior 1 p. 104
(https://images.divisare.com/images/f_auto,q_auto,w_800/v1487241271/qjxqkkt9iuw2tptaliey/rmjm-khoo-teck-puat-hospital.jpg)

Fig. 79- KTP Hospital, foto exterior 2 p. 104
(https://images.divisare.com/images/f_auto,q_auto,w_800/v1487241277/wvcmgfjbtpu3x0lyq4ux/rmjm-khoo-teck-puat-hospital.jpg)

Fig. 80- *O Sobreiro* (1905), Carlos de Bragança (Rei D. Carlos I) p. 105
(https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/f/fe/Carlos_de_Bragan%C3%A7a_01.jpg/250px-Carlos_de_Bragan%C3%A7a_01.jpg)

Fig. 81- KTP Hospital, foto interior pp. 106-107
(https://images.divisare.com/images/f_auto,q_auto,w_800/v1487241308/d0om2fcmxqccnltlmnut/rmjm-khoo-teck-puat-hospital.jpg)

Fig. 82- Savana africana pp. 108-109
(http://www.unser-planet-erde.de/images/content/savanne.jpg)

Fig. 83- Central Park, Manhattan pp. 110-111
(http://mahogany.com.br/blog/wp-content/uploads/2017/04/centralpark.jpg)

Fig. 84- Azinheira p. 112
(https://www.recordfm.pt/wp-content/uploads/2019/03/Azinheira-M%C3%A9rtola.jpg)

Fig. 85- Sobreiro p. 113
(https://brigadadafloresta.abae.pt/wp-content/uploads/2018/03/DSC_3623.jpg)

Fig. 86- Oliveira p. 114
(https://www.tveuropa.pt/cnt/uploads/F16AV001-1.jpg)

Fig. 87- Carvalho p. 115
(https://brigadadafloresta.abae.pt/wp-content/uploads/2017/12/Quercus_robur_JPG.jpg)

Fig. 88- Castanheiro p. 116
(https://www.cm-sabugal.pt/wp-content/uploads/2016/01/cm-sabugal133.jpg)

Fig. 89- Eucalipto p. 117
(http://www.timbeter.com/wp-content/uploads/2018/02/Measuring-Eucalyptus-and-Pulpwood.jpg)

Fig. 90- Fallingwater, Frank Lloyd Wright p. 118
(https://www.khanacademy.org/humanities/ap-art-history/later-europe-and-americas/modernity-ap/a/frank-lloyd-wright-fallingwater)

Fig. 91- Casa em Monsaraz, Aires Mateus p. 118
(https://jg.photography/wp-content/uploads/2018/07/HOUSE-IN-MONSARAZ_AMA_102-1798x1200.jpg)

Fig. 92- Diagrama de expansão da esfera social pelo espaço vertical e pelo espaço horizontal p. 119
(imagem do autor)

Fig. 93- Típica casa alentejana, exterior p. 122
(http://4.bp.blogspot.com/-gvFlr8yhZow/Tter04IUOYI/AAAAAAAAAaE/lP-b3v_NWPc/w1200-h630-p-k-no-nu/casa+alentejana.jpg)

Fig. 94 - Típica casa norueguesa, exterior p. 122
(http://photo.nicolasgrevet.com/storage/cache/images/000/084/IMG-1087,large.1469418137.jpg)

Fig. 95- Diagrama das eternas relações entre o sujeito e a habitação e as ações que um tem no outro p. 122
(imagem do autor)

Fig. 96- Mies Van der Rohe: Farnsworth House, exterior p. 122
(https://i1.wp.com/www.cgarchitect.com/content/portfolioitems/2012/05/52397/Farnsworth_House_V09_large.jpg)

Fig. 97 - Típica casa alentejana, interior p. 123
(https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ2qc8ZRLUFlpoouYlZTXLp-vhloiCk_wIYvLjOroJdeOh6AVZsgA)

Fig. 98 - Típica casa norueguesa, interior p. 123
(http://www.kakslauttanen.fi/assets/2013/09/MAJOITUS_Perinnetalo_1.jpg)

Fig. 99- Mies Van der Rohe: Farnsworth House, interior p. 123
(http://www.architecture.org/learn/resources/buildings-of-chicago/building/farnsworth-house/)

Fig. 100 - O espaço comum e anónimo vs. o pessoal e individualizado p. 124
(imagem do autor)

Fig. 101 - Quartos comuns vs. quartos individuais p. 125
(imagem do autor)

Fig. 102 - Planta tipo de uma Domus romana p. 127
(http://www.parlandosparlando.com/picture_library/domus_romana/domus_romana_planimetria.jpg)

Fig. 103 - Axonometria seccionada de uma Domus romana p. 127
(http://3.bp.blogspot.com/-duRciHpIIXw/TuoFe5bFe5I/AAAAAAAAA0A/vbWyYf_b2yQ/s1600/roma2.jpg)

Fig. 104 - Jardim da Casa do Cipreste, Raul Lino p. 128
(http://2.bp.blogspot.com/_VubtEILIn6M/S8s8VcNvygI/AAAAAAAABVY/JEhIDCae7Lc/s400/9x12+003+copy.jpg)

Fig. 105 - Pintura da Casa Suburbana no Sul, Raul Lino p. 128
(Lino [1998], p. 149)

Fig. 106- Planta da Casa do Cipreste, Raul Lino p. 129
(http://tracodoarquiteto.cm-sintra.pt/images//RaulLino/casadocipreste/ciprestepLanta.jpg)

Fig. 107 - Planta da Casa Suburbana no Sul p. 129
(Lino [1998], pg. 150)

Fig. 108 - Planta de um das Casas-Pátio em Matosinhos, Eduardo Souto de Moura p. 130
(El Croquis [2005], p. 70)

Fig. 109 - Planta da Casa na Serra da Arrábida, Eduardo Souto de Moura p. 130
(El Croquis [2005], p. 122)

Fig. 110 - Casa Pátio em Matosinhos, Eduardo Souto de Moura p. 131
(El Croquis [2005], p. 71)

Fig. 111 - Casa na Serra da Arrábida, Eduardo Souto de Moura p. 131
(El Croquis [2005], p. 124)

Fig. 112 - Pintura de umas ceifeiras p. 133
(http://4.bp.blogspot.com/-_h97OpuTp1k/UHNKSih49cI/AAAAAAAABa0/KU7uHxdoWII/s1600/384209_514877338536364_1530782434_n.jpg)

Fig. 113 - Pintura de uma casa alentejana p. 134
(http://2.bp.blogspot.com/-0MZ-fgS6eEU/VJTCAlaHunI/AAAAAAAAKJc/MOa0zrytYoU/s1600/10405301_840154439339924_4830476542145020225_n.jpg)

Fig. 114 - Perspetiva interior de uma casa alentejana p. 134
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 194)

Fig. 1145 Parede exterior caiada p. 135
(https://www.cliquearquitetura.com.br/public/Painel/midia/imagem/full/pintura_com_cal_5954.jpg)

Fig. 116 - Parede de taipa p. 135
(http://www.asquaredstudios.com/wp-content/uploads/2017/12/nMsRonXsSMSd0HWd4B62w.jpg)

Fig. 117 - Parede interior em tijolo burro p. 135
(https://tecnicoemedificacoes.files.wordpress.com/2014/07/parede-com-tij-com.jpg)

Fig. 118 - Exemplo Casa Alentejana 1 - corte p. 136
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 200)

Fig. 119- Exemplo Casa Alentejana 2 - corte p. 136
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 204)

Fig. 120 - Exemplo Casa Alentejana 3 - corte p. 136
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 224)

Fig. 121 - Exemplo Casa Alentejana 4 - corte p. 137
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 190)

Fig. 122 - Exemplo Casa Alentejana 5 - corte p. 137
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 192)

Fig. 123- Exemplo Casa Alentejana 6 - corte p. 137
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 194)

Fig. 124 - Exemplo Casa Alentejana 7 - corte e alçado p. 138
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 235)

Fig. 125 - Exemplo Casa Alentejana 8 - planta p. 138
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 204)

Fig. 126 - Exemplo Casa Alentejana 9 - corte e planta p. 139
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 183)

Fig. 127 - Exemplo Casa Alentejana 10 - planta p. 139
(Sindicato Nacional dos Arquitectos [1961], p. 224)

Fig. 128- Quinta da Malagueira, Álvaro Siza Vieira p. 140
(https://i.pinimg.com/originals/d3/b0/4a/d3b04a0f3c6d8c-6fe57800a995d6bfcb.jpg)

Fig. 129 - Plano de Urbanização da Quinta da Malagueira, Álvaro Siza Vieira (http://home.fa.utl.pt/~jduarte/malag/Plan/Pic/uses/uses-gel_on.jpg) p. 141

Fig. 130 - Variações de tipologias habitacionais da Quinta da Malagueira, Álvaro Siza Vieira (https://www.drawingmatter.org/media/images/Malagueira_siza_02.width-1500.jpg) pp. 142-143

Fig. 131 - Perspetiva exterior Casa em Melides, Aires Mateus (El Croquis [2011], p. 63) p. 144

Fig. 132 - Perspetiva interior Casa em Melides, Aires Mateus (El Croquis [2011], p. 62) p. 144

Fig. 133 - Desenhos da Casa em Melides, Aires Mateus (El Croquis [2011], p. 60) p. 145

Fig. 134- Desenhos Hotel da Biscaia, Aires Mateus (El Croquis [2011], p. 136) p. 146

Fig. 135 - Fotos de maquetes do Hotel da Biscaia, Aires Mateus (El Croquis [2011], p. 137) p. 147

Fig. 136- *Rua Bavor, Honfleur* (1864), Monet (https://arthive.com/res/media/img/oy800/work/bbc/334293@2x.jpg) p. 148

Fig. 137 - Rua na Quinta da Malagueira 1 (https://images.adsttc.com/media/images/54c8/bd58/e58e/ce45/7a00/018f/large_jpg/d.jpg?1422441811) p. 149

Fig. 138- "Ruas" e "alpendres" em The Drie Hoven, Holanda (Hertzberger [2005], p. 40) p. 150

Fig. 139 - Desenho do esquema de "ruas" e "alpendres" em the Drie Hoven, Holanda (Hertzberger [2005], p. 40) p. 150

Fig. 140 - Rua na Quinta da Malagueira 2 (https://images.adsttc.com/media/images/54c8/bd50/e58e/ce99/0100/0181/large_jpg/a.jpg?1422441801) p. 151

Fig. 141 - Bairro da Bouça, Álvaro Siza Vieira. (El Croquis [2008], p. 76-77) pp. 152-153

Fig. 142 - Ecorkhotel, o "Castelo", edifício de serviços (foto do autor) p. 154

Fig. 143 - Ecorkhotel, "bairro de *bungalows*" (foto do autor) p. 155

Fig. 144 - Ecorkhotel, planta de implantação (https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto) pp. 156-157

Fig. 145- Ecorkhotel, perfil (https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto) pp. 156-157

Fig. 146 - Ecorkhotel, planta piso 0 edifício principal (https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto) p. 158

Fig. 147 - Ecorkhotel, alçados edifício principal (https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto) p. 158

Fig. 148 - Ecorkhotel, planta *bungalow* (https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto) p. 159

Fig. 149- Ecorkhotel, alçados *bungalow* (https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto) p. 159

III| Vivências fragmentadas

Fig.150 - *Galatea das Esferas* (1952), Salvador Dalí (https://www.elo7.com.br/poster-salvador-dali-galatea-das-esferas-mulher-rosto-60x80/dp/10169117) p. 167

Fig. 151- Trecho da planta da cidade d'Évora indicando a Muralha Romana (https://i.pinimg.com/originals/7a/5f/e2/7a5fe-26913324844427b1e17f46b0f49.jpg) p. 170

Fig. 152- Planta de Évora de Manuel Joaquim de Mattos (Abel [2008], p.81) p. 171

Fig. 153- Carta de Portugal; Direção Geral dos Trabalhadores Geodésicos do Reino, 1875 (Abel [2008], p.66) p. 172

Fig. 154- Planta de Évora de 1928 (Abel [2008], p.83) p. 173

Fig. 155- Plano de Étienne De Gröer, 1945 (Abel [2008], p.89) p. 174

Fig. 156- Plano de 1985 p. 176
(Abel [2008], p.106)

Fig. 157- Plano de 2000 p. 178
(Abel [2008], p.111)

Fig. 158- Hospital do Espírito Santo de Évora, Edifício do Patrocínio p. 182
(https://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/historia/)

Fig. 159- Planta de zonamento PUE 2011 p. 184
(CME [2011])

Fig. 160- Jardim Público de Évora p. 187
(https://www.tripadvisor.co.za/LocationPhotoDirectLink-g189106-d7139914-i226792446-Evora_Public_Garden-Evora_Evora_District_Alentejo.html)

Fig. 161- Planta situação atual p. 189

Fig. 162 - Troço PUE p. 191
(CME [2011])

Fig. 163 - Proposta urbana pp. 193-195

Fig. 164- Planta de implantação p. 197

Fig. 165 - Planta piso térreo pp. 198-199

Fig. 166 - Diagrama Clínica: Bloco C p. 201

Fig. 167 - Entrada p. 201
(esquisso do autor)

Fig. 168 - Planta Clínica pp. 200-201

Fig. 169 - Diagrama Clínica: Bloco B p. 202

Fig. 170 - Função-Circulação-Vazio-Circulação-Função p. 202

Fig. 171- Aqueduto da Água de Prata p. 203
(https://olhares.sapo.pt/aqueduto-da-agua-de-prata-de-evora-foto7918951.html)

Fig. 172- Diagrama Clínica - Bloco D p. 203

Fig. 173- Lareira funcionários p. 203
(esquisso do autor)

Fig. 174- Diagrama Clínica - Bloco E p. 203

Fig. 175- Jardim Exterior e Jardim Interior no esquema de Função-Circulação-Vazio-Circulação-Função p. 205

Fig. 176- Quarto de internamento Tipo p. 205

Fig. 177- Diagrama Clínica - Bloco F p. 206

Fig. 178- Entrada quartos de internamento p. 206
(esquisso do autor)

Fig. 179- Entrada zenital no espaço da Água p. 206
(esquisso do autor)

Fig. 180- Diagrama Clínica: Bloco A p. 207

Fig. 181- Bloco A: mercado à esquerda; café à direita p. 207

Fig. 182- Planta Terapia e Hospital de Dia p. 208

Fig. 183- Diagrama Terapia - Fogo p. 209

Fig. 184- Lareira da Terapia p. 209
(esquisso do autor)

Fig. 185- Diagrama Terapia - Terapia cultural p. 210

Fig. 186 Terapia: corredor/galeria expositiva p. 210

Fig. 187- Diagrama Terapia - Oficinas p. 210

Fig. 188- Diagrama Terapia - Água p. 211

Fig. 189- Diagrama Terapia - Auditório p. 211

Fig. 190- Palco do auditório p. 212
(esquisso do autor)

Fig. 191- Diagrama Espaço público - Jardim p. 212

Fig. 192 Planta espaço público/vazio p. 213

Fig. 193- Diagrama Espaço público - Espaço ecuménico p. 213

Fig. 194- Espaço ecuménico p. 213
(imagem do autor)

Fig. 195- Diagrama Espaço público - Hortas p. 214

Fig. 196- Diagrama Espaço público - Canil e Gatil p. 214

Fig. 197- Planta das Residências p. 215

Fig. 198- Diagrama das Residências - Avenida p. 216

Fig. 199- Diagrama das Residências - Casa dos funcionários e Casa do guarda p. 216

Fig. 200- Diagrama das Residências - Quartos de cuidados continuados (residências) p. 217

Fig. 201- Diagrama das Residências - Tipologia A p. 218

Fig. 202- Tipologia A p. 219

Fig. 203- Diagrama das Residências - Tipologia B p. 220

Fig. 204- Tipologia B p. 221

Fig. 205- Diagrama Residências - Tipologia C p. 222

Fig. 206- Tipologia C p. 223

Fig. 207- Diagrama Residências - Ruas p. 224

Fig. 208- Função-Circulação-Vazio-Circulação-Função p. 224

Fig. 209- A rua p. 225
(esquisso do autor)

Conclusão

Fig. 210- Alice e o Gato p. 229
(CARROL, [1998], p. 91)

"Never build a hospital"

"Nunca construa um hospital[1]*."*

Mies Van der Rohe[2]

1 Tradução livre do autor, versão inglesa à esquerda
2 https://junghyejin.tistory.com/entry/20110606Never-build-a-hospital

"Diante de um doente atingido profundamente, tem-se a primeira impressão de um déficit global e maciço, sem nenhuma compensação: a incapacidade de um sujeito confuso de se localizar no tempo e no espaço, as rupturas de continuidade que se produzem incessantemente na sua conduta, a impossibilidade de ultrapassar o instante no qual está enclausurado para atingir o universo do outro ou para se voltar para o passado e futuro, todos estes fenómenos levam a descrever a sua doença em termos de funções abolidas; a ***consciência*** *do doente está desorientada, obscurecida, limitada,* ***fragmentada****. "*

FOUCAULT, 1975, p. 16



Fig.3 - *Metempsicose Biomecânica* (1980), H. R. Giger
O sujeito dividido nesta imagem representa uma comparação a mente fragmenta do paciente psiquiátrico

Introdução

O indivíduo que padece de uma doença sempre foi marginalizado do resto da população. Visto que a arquitetura é moldada pelos ideais da sociedade, tal marginalização é refletida nos edifícios destinados a receber tais pessoas. No contexto da doença mental, esta marginalização é ainda mais agravada, provavelmente pelo estigma que fora sempre associado a tais pessoas, de serem vistos como seres instáveis, até à própria crença de serem possuídos por demónios. Por estes motivos, os equipamentos para tratamento de pessoas com doenças mentais foram recebendo um desenho arquitetónico mais remanescente de uma prisão do que propriamente um hospital, pretendendo-se isolar ainda mais estes indivíduos do resto da sociedade.

Na segunda metade do século passado, com os avanços da medicina e da própria arquitetura, começou-se a notar uma diferença de mentalidade, abraçando uma noção mais humanista e científica do tratamento de tais pessoas do que a que se tinha verificado até então. Hoje em dia, os hospitais psiquiátricos estão a começar a assemelhar-se mais a hotéis de luxo e residências bem desenhadas, do que a prisões. Todavia, um dos maiores problemas para os próprios pacientes é o choque da transição da sua casa para um corpo entranho e usualmente infértil, denota-se uma aposta cada vez maior no processo de domesticidade do ambiente hospitalar, de modo a estreitar a ponte entre a casa do paciente e o hospital.

Em Portugal, a oferta de saúde encontra-se altamente centralizada nos grandes polos urbanos litorais como Lisboa e Porto, pelo que na região do Alentejo se encontra uma certa deficiência de apoio apropriado a pessoas que padeçam de psicopatologias, muitas sem possibilidade de se deslocarem às grandes urbes e muitos dos serviços locais sem condições apropriadas à população existente e às práticas contemporâneas. Sendo Évora o grande polo urbano do Alentejo, com uma localização mais centralizada e com grande potencial de crescimento urbano, é escolhida para a implantação do projeto de uma *Clínica de Reabilitação Psiquiátrica*, desenvolvido ao longo deste trabalho.

Objetivos

O presente trabalho pretende identificar quais foram os erros do passado presentes no desenho de tais equipamentos e de como se poderá hoje desenhar um projeto para o futuro, assente nos conceitos e práticas contemporâneas mais recentes.

O objetivo principal deste trabalho e, do projeto que o acompanha, é de compreender o processo de domesticidade de um equipamento, que tem sido tão ostracizado pela sociedade ao longo dos séculos e investigar de que forma se pode tornar num edifício semelhante à nossa casa. Visto que cada cultura tem os seus padrões habitacionais, o processo de domesticidade torna-se ainda mais sensível consoante a sua localização, pelo que são estudados os padrões habitacionais Alentejanos e a maneira de os transferir para o equipamento em estudo.

Metodologia

O processo de trabalho teve origem em conversas informais com psiquiatras que exercem a profissão no Hospital Júlio de Matos e no Serviço de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta e Hospital de São José, servindo as mesmas como ponto de partida para os assuntos a investigar, tal como as limitações arquitetónicas necessárias para o abrigo de tais pacientes e a resolução dos problemas identificados nos locais de trabalho, que permitiriam uma prática mais profícua. Estas conversas foram acompanhadas de visitas ao Hospital Júlio de Matos e ao Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portalegre.

Foi realizada uma investigação extensiva sobre a evolução das tipologias arquitetónicas dos edifícios de saúde mental, quais as necessidades e limitações de tais equipamentos e os conceitos desenvolvidos na contemporaneidade, indo do entendimento da *Fenomenologia* à *Teoria da Cor* e *Healing Architecture*, passando pela *Biofilia* e a leitura de grandes arquitetos como Fernando Távora e Álvaro Siza Vieira. Foi também feita uma análise das tipologias habitacionais e dos padrões culturais referentes à região do Alentejo. No fim, foi feita uma análise urbana e o estudo do Plano de Urbanização de Évora e do Plano Diretor Municipal de Évora, em vigor, de modo a entender a melhor maneira de inserir um novo projeto na cidade.

Estrutura

O presente trabalho é divido em três partes principais, subdivididas em 3 capítulos cada, sendo estes capítulos subdivididos em subcapítulos. No final de cada parte é apresentada uma Síntese.

A primeira parte, intitulada ***Psiquiatria e arquitetura***, apresenta um pequeno levantamento das doenças psiquiátricas mais comuns, os seus tratamentos e necessidades. É também descrita a evolução dos equipamentos de saúde mental desde a Grécia Antiga até à contemporaneidade e feita uma exposição de casos de referência tanto portugueses, como estrangeiros.

Na segunda parte, intitulada ***Domesticidade do ambiente hospitalar***, é feita uma investigação dos conceitos a ter em conta no desenho de um equipamento de saúde mental contemporâneo, passando pela cultura, cor e fenomenologia, tal como a melhor maneira de desenhar o espaço interior. É, ainda, explicada a importância da relação da natureza com os seres humanos, indo do jardim terapêutico à relação da natureza com a arquitetura. No final, é investigada a casa alentejana, desde a sua origem até exemplos de projetos de arquitetos portugueses contemporâneos.

Na terceira parte, ***Vivências fragmentadas,*** é feita uma análise da morfologia urbana da cidade de Évora ao longo dos anos, indo dos planos medievais até ao PUE (Plano de Urbanização de Évora). Esta terceira parte termina com a descrição da proposta de Projeto Urbano e do Projeto Arquitetónico, o qual se apresenta como o resultado final de toda a investigação descrita ao longo deste trabalho.

No final do documento, são apresentados alguns anexos que servem como complemento ao entendimento do projeto e do trabalho no geral.

"Quem é o terceiro que caminha sempre ao teu lado?
Quando conto, estamos apenas eu e tu juntos
Mas quando olho pela rua branca acima
Está sempre mais alguém a caminhar ao teu lado
Deslizando envolto num manto Castanho, encapuzado
Não sei se homem ou mulher
- Mas quem é esse do teu outro teu lado?"[3]

ELLIOT, 1922, estrofes 359-366

"Who is the third who walks always beside you?
When I count, there are only you and I together
But when I look ahead up the white road
There is always another one walking beside you
Gliding wrapt in a Brown mantle, hooded
I do not know whether a man or woman
- But who is that on the other side of you?"

3 Tradução livre do autor, versão original à direita



Fig.4 - *Poço 4* (1964), H. R. Giger
A sombra da doença mental a pairar pelas paredes da consciência, "(...) *o terceiro que caminha sempre ao teu lado*" (Elliot, 1922)

I

psiquiatria e arquitetura

O Filho do Homem, (1964), de René Magritte.
Como dizia o próprio Magritte, "há um interesse naquilo que está escondido e o que o visível não mostra"[4] .
Qualquer um de nós sente-se atraído ao desconhecido, mesmo sem compreender porquê. O que foge à norma desperta interesse no peão mundano, impelindo-o numa aventura de querer descobrir o encoberto.
A analogia que se pretende exemplificar é a de a conceção dos espaços de tratamento dos pacientes psiquiátricos ao longo dos séculos. Do enclausuramento dentro de Igrejas , ao Asilo e às práticas Contemporâneas, e a restrição de informação que foi sendo transposta para o público comum. sobre os habitantes dos devidos espaços. A tentativa de encobrir os "loucos" do resto do mundo, mas deixando que uma réstia infíma saísse para fora, de modo a avisar as pessoas que tais indivíduos eram diferentes do resto da população.
Quem estará atrás de tais altos muros e portas pesadas?

4 https://pt.wikipedia.org/wiki/O_Filho_do_Homem



Fig.5 - *O Filho do Homem* (1964), René Magritte



Fig.6 - *Melancolia I* (1514), Albrecht Dürer

1| As doenças psiquiátricas

Podemos atribuir a origem da noção de doença mental, à Grécia Antiga. A *Doutrina de Humores* de Hipócrates defendia que o comportamento do corpo humano era estabelecido por quatro humores: sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma (Lopes, 2016).

Da bílis negra – substância produzida pelo baço, fria e seca – resultava a melancolia; do excesso de secreção desta substância resultavam severos problemas mentais – a origem da depressão – e até um derramamento de bílis negra pelos olhos, "*O indivíduo ficava literalmente cego pela abundância do fluxo desta substância. Isso deu origem a um simbolismo primordial do melancólico como ser sombrio e abatido*" (Lopes, 2016, p.16).

Para além da *Doutrina dos Humores*, também havia a crença que os astros afetavam a personalidade de uma pessoa, sendo que os melancólicos (deprimidos) eram regidos por Saturno (Lopes, 2016), e os histriónicos pela lua; resultando na pessoa "lunática", aluada.

Com o desenvolvimento científico e o advento da psiquiatria e da psicologia, estas crenças anciãs foram deitadas por terra em prol de um pensamento mais assertivo e pragmático em torno dos "aluados e melancólicos".

A psiquiatria desenvolve-se com a prática da medicina que trata dos distúrbios da saúde mental associados a patologias específicas, separando estes distúrbios em três grandes grupos: dificuldades de aprendizagem, distúrbios de personalidade e doenças mentais. Podemos referir que as dificuldades de aprendizagem, mais comumente evidenciadas a partir do início da aprendizagem escolar, podem ser detetáveis logo à nascença; os distúrbios de personalidade começam a desenvolver-se na infância e na adolescência, evidenciando-se a partir da entrada na idade adulta; já as doenças mentais apresentam-se como puras doenças, sendo precedidas por um funcionamento mental normal, sem grandes evidências da possibilidade de existência de distúrbios, anterior à ocorrência da doença.

As patologias mentais podem ainda ser subdivididas de modo a facilitar o diagnóstico do paciente, estratificando-as em: distúrbios de personalidade, distúrbios de ansiedade (nos quais se incorporam a ansiedade generalizada, pânico, distúrbios obsessivo-compulsivos,

síndrome de stress pós-traumático, etc.), distúrbios de humor (ex.: bipolaridade, depressão psicótica), distúrbios psicóticos (esquizofrenia) e distúrbios orgânicos (ex.: delírio, demência) (Cooper *et al*, 2012).

A todas estas doenças, tendo cada uma a sua distinta origem, somam-se ainda cuidados diferenciados a ter em conta. Como exemplo, podemos referir que um indivíduo que sofra de esquizofrenia não terá a necessidade de receber o mesmo nível de cuidados que uma pessoa com alzheimer necessitará. Por norma, as instituições psiquiátricas recebem pacientes com as mais variadas patologias mentais e terão de obedecer às mais variadas necessidades, tanto a nível de cuidados por outrem (enfermeiros, médicos) como de espaço. Cabe, por isso, ao arquiteto, o papel de desenhar os espaços apropriados para o cuidado das diferentes necessidades, tal como os riscos de segurança a ter em conta.

No ramo da psicologia, temos de destacar os desenvolvimentos de Freud na psicanálise. Para Freud, a mente humana é separa pelo consciente e o inconsciente, sendo cada uma destas partes responsáveis pelas nossas ações diárias. Sendo por exemplo, a receção de informações um ato consciente (Freud, 1923).

Freud dividiu o consciente e o inconsciente entre o Id, o Ego e o Superego. O Id era o inconsciente puro, a parte primitiva e instintiva da personalidade; o Ego fazia a ponte entre o Id e o mundo pelo que formava o sistema pré-consciente, era o fazedor de decisões; e uma gradação do Ego, ainda menos ligada à consciência, apresentava-se como o Superego, o qual trazia a moralidade social ao sistema consciente-inconsciente, apresentava a nossa maneira ideia de ser também conhecido como o Ego Ideal. (Freud, 1923).

Enquanto o Id atuava por instinto, o Ego atuava por meio da razão, enquanto o Superego controlava o Id e trazia uma noção mais moralista ao Ego, atenuando o seu realismo. O Superego fazia a ligação entre o Id e o Ego, dando uma sensação de reprimenda caso o Ego sucumbisse aos desejos do Id, ou sensações de prazer caso o Ego correspondesse aos objetivos do Superego (Freud, 1923).

Daqui podemos retirar a noção de "melancolia" (depressão), em que o sujeito sucumbe sem luta às reprimendas do Superego, eliminando por

completo o Ego e, de certa forma, a "realidade" do indivíduo, levando ao último fim, o suicídio, ou "autodestruição" (Freud, 1923), a única maneira de trazer a realidade de volta ao indivíduo. Com o paciente neurótico acontece algo semelhante, o Superego toma posse do Ego, mas nunca por completo, de forma a que este nunca irá percorrer os caminhos do suicídio (Freud, 1923), mas sim viver numa constante incerteza. No caso do paciente bipolar, esta relação sufocante sobre o domínio do sistema consciente-inconsciente, pela perseguição do Superego às atuações do Ego em relação ao Id, nunca tem um fim próprio, o Superego nunca captura completamente o Ego e o Ego nunca resiste completamente ao Superego, estando o paciente Bipolar num estado de constante incerteza humorística (Freud, 1921).

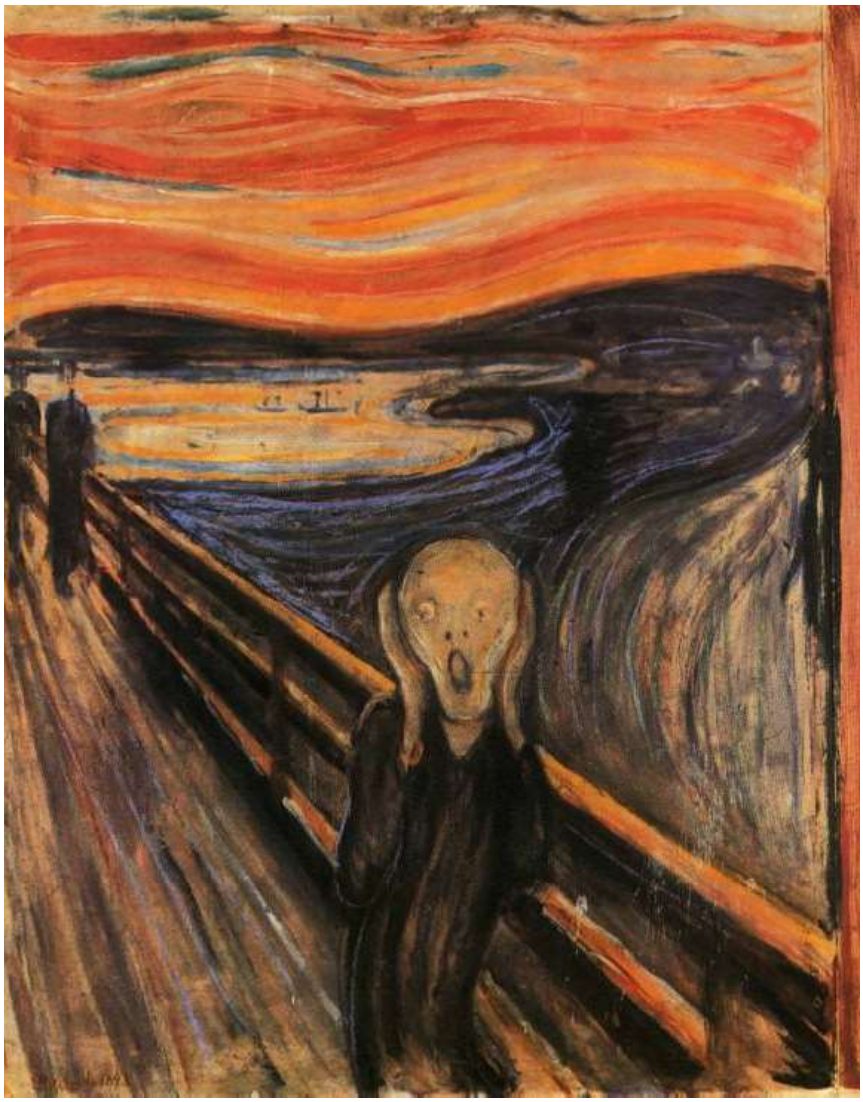


Fig.7 - *O Grito* (1893), Edvard Munch
Munch lidava no seu dia-adia com doença mental, nomeadamente com deperssão, utilizando a pintura como forma de expressar os seus temores

1.1| Patologias



Fig.8 - *Archiatric: Esquizofrenia*, Federico Babina

Esquizofrenia

A esquizofrenia apresenta-se na sociedade como a mais comum associação às doenças mentais, embora tenha das mais baixas prevalências na população, apenas 15-20/100000 pessoas sofrem da patologia.

A doença define-se pela presença de alterações do pensamento, ideias delirantes e/ou alterações dos limites do Eu, e alterações da perceção, sobretudo alucinações auditivas na terceira pessoa (Cooper et al, 2012). Devido às características inerentes à doença, é necessário um ambiente seguro e espaçoso, preferindo os doentes habitualmente estarem isolados que na companha de outros. O tratamento passa pela administração de antipsicóticos sendo pertinente também o recurso a psicoterapia individual ou de grupo, podendo ser necessário recorrer a electroconvulsivoterapia em casos refratários.



Fig.9 - *Archiatric: Depressão*, Federico Babina

Depressão

A depressão define-se pela presença de tristeza mantida ao longo do tempo, diminuição da autoestima e autoconfiança (Cooper, et al, 2012), podendo acontecer em qualquer fase da vida (incluindo na primeira infância), sem que exista necessariamente uma causa conhecida.

Os pacientes depressivos beneficiam de um ambiente seguro, sendo importante a vigilância quando existe ideação suicida (Cooper et al, 2012), com vãos rasgados de modo a não transtornar o ritmo circadiano.

O tratamento passa pela administração de antidepressivos e psicoterapia, podendo em casos sem resposta recorrer-se as terapias não farmacológicas como a electroconvulsivoterapia ou a estimulação magnética transcraniana, surgindo atualmente outras promessas como a utilização de quetamina.

Doença Bipolar

A doença bipolar caracteriza-se por fases de alteração mantida do humor com duração de dias as meses (fases depressivas e fases maniformes, podendo ainda existir episódios mistos). Os episódios depressivos são sobreponíveis aos da depressão unipolar (já acima descritos), consistindo os episódios maniformes sobretudo na elevação persistente do humor, aumento de energia, diminuição da necessidade de dormir e desinibição. (Cooper et al, 2012).

Os pacientes bipolares necessitam de um espaço aberto e seguro, com alta penetração solar de modo a não perturbar o ritmo circadiano.

O tratamento passa pela utilização de estabilizadores do humor, sendo importante a psicoeducação para a doença. Em casos mais graves poderá ser necessário recorrer a electroconvulsivoterapia. (Cooper et al, 2012).



Fig.10 - *Archiatric: Doença bipolar*, Federico Babina

Reações de stress

Por reação de stress define-se qualquer reação extrema a eventos inesperados, como o luto, ou perturbações de adaptação, podendo os casos mais graves evoluir para perturbação de stress pós-traumático (Cooper et al, 2012).

O tratamento é preferencialmente com psicoterapia.

Perturbações de ansiedade

Definem-se por um estado emocional desagradável, medo subjetivo, desconforto corporal, seguido de sintomas físicos. As causas são variadas (Cooper et al, 2012).

Dentro das perturbações de ansiedade encontram-se: perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada e as mais diversas fobias.

O tratamento é realizado com fármacos antidepressivos e ansiolíticos (Cooper et al, 2012).



Fig.11 - *Archiatric: Ansiedade*, Federico Babina



Fig.12 - *Archiatric: Transtorno obsessivo-compulsivo*, Federico Babina



Fig.13 - *Archiatric: Transtorno dissociativos*, Federico Babina



Fig.14 - *Archiatric: Transtorno de identidade sexual*, Federico Babina

Perturbação Obsessiva Compulsões

POC, como é mais comumente conhecida, define-se pela presença de obsessões e/ou compulsões que ocupem uma grande parte do dia do paciente (Cooper et al, 2012).

O tratamento é composto por administração de fármacos antidepressivos e psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental. Embora surja mais frequentemente na idade adulta pode manifestar-se logo na infância (sobretudo no sexo masculino) ou adolescência.

Perturbações de personalidade

Divididas em três grupos, as perturbações da personalidade têm as mais variadas apresentações sintomáticas e comportamentais. Dividem-se em: Grupo A - paranóico, esquizóide, esquizotípico; Grupo B - borderline/ emocionalmente instável, histriónico, narcísico, antissocial/dissocial; Grupo C – evitante, anancástico, dependente (Cooper et al, 2012).

O tratamento é essencialmente através de psicoterapia, podendo por vezes ser necessária a administração de psicofármacos.

Tal como nas outras perturbações, estes pacientes necessitam de um ambiente seguro e aberto, longe de espaços confinantes e grande penetração solar de modo a não perturbar o ritmo circadiano.

Perturbações psicossexuais

Por perturbações psicossexuais define-se qualquer problemática associada ao desempenho sexual (podendo ser relacionado com outras doenças mentais, como a depressão), perturbações da preferência sexual (parafilias como a pedofilia, fetichismo), surgindo como uma das mais relevantes a perturbação de identidade de género (disforia de género) (Cooper et al, 2012).

As causas das duas últimas são ainda desconhecidas, sendo realizado essencialmente tratamento através de psicoterapia. Na disforia de género é habitualmente realizado o processo de reatribuição de género, recorrendo para tal a tratamento hormonal e cirúrgico.

Demências

As demências têm as mais variadas causas, sendo mais frequentes a demência vascular, a demência de Alzheimer e a demência fronto-temporal; surgem ainda por exemplo quadros demenciais secundários a abuso continuado de álcool ou à deposição de corpos de Lewy (demência de corpos de Lewy e demência associada a Parkinson) (Cooper et al, 2012).

A demência define-se pela deterioração global irreversível de funções corticais na consciência, perda de memória, orientação, capacidades linguísticas e de compreensão, podendo manifestar-se conjuntamente com apatia, agressividade, desinibição, impulsividade, ansiedade e depressão, podendo ainda surgir sintomas psicóticos (delírios e alucinações) (Cooper et al, 2012).

Atualmente não existe cura para a demência, pelo que os pacientes precisam de um seguimento atento por parte de pessoas significativas, profissionais de saúde e assistentes sociais de forma a ajudar nas actividades de vida diária.

No caso de internamento, a necessidade espacial é a mesma que no resto das perturbações mentais, espaços abertos e seguros com grande penetração solar para não perturbar o ritmo circadiano.

É aconselhável o desenho de espaços de convívio de modo a que os pacientes estejam sempre em companhia, pois a solidão é bastante associada às demências (Chrysikou, 2014).

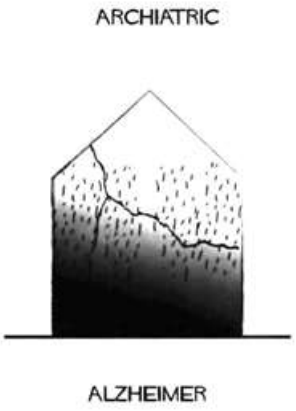


Fig. 15- *Archiatric: Alzheimer*, Federico Babina

1.2| Terapias

As terapias mais correntes no tratamento das perturbações mentais, para além da administração de psicofármacos, são as psicoterapias (em grupo ou individuais) e a eletroconvulsivoterapia[5] (Cooper et al, 2012). As terapias de grupo poderão consistir numa discussão em grupo, caso do método das terapias comportamentais, como a Terapia Cognitivo-Comportamental ou Terapia Dialética (Cooper et al, 2012).

A terapia ocupacional apresenta uma grande eficácia no tratamento/seguimento de pacientes com perturbações mentais, promovendo as atividades em grupo e o desenvolvimento de competências pessoais. Para além da terapia ocupacional como artes plásticas, teatro ou até dança, a terapia animal também mostrou grandes desenvolvimentos no tratamento de pacientes depressivos (Chrysikou, 2014).

A eficiência destas terapias de grupo, poderá ser retirada dos pensamentos de Freud sobre as atuações de um indivíduo num grupo. Segundo Freud, enquanto pertencente a um grupo, um indivíduo adquire acesso a uns instintos que, por norma, se encontram obstruídos enquanto ele se apresenta como mero indivíduo (Freud, 1921).

Enquanto num grupo, o indivíduo sente-se mais confortável consigo próprio e é capaz de libertar estes instintos, tornando-se mais vulnerável a influências externas. Um grupo poder-se-á comportar como uma identidade própria, respondendo a uma mais alta identidade (Freud, 1921) – o terapeuta – facilitando, assim, o seu tratamento e o dos seus colegas.

5 Eletroconvulsivoterapia é uma terapia médica altamente eficaz que consiste na aplicação de estímulos elétricos no cérebro, provocando assim uma crise. O paciente encontra-se anestesiado e sob relaxante muscular, encontrando-se sempre adormecido e imóvel e durante a crise, pelo que esta é apenas detectada através da leitura de eletroencefalograma no momento. (http://www.saudemental.pt/electroconvulsivoterapia-ect/4593010592)



Fig. 16- Pessoas a comunicarem em Terapia de grupo

2| Evolução da arquitetura de saúde mental

2.1| Uma breve história da arquitetura de saúde mental

Poder-se-á dizer que a arquitetura de saúde teve a sua origem na arquitetura religiosa, visto que, ao longo de grande parte do primeiro milénio, as identidades religiosas consideravam que qualquer patologia era causada por ação maligna, podendo, ainda, este facto ser constatado quase desde a origem da Humanidade.

Esta relação simbiótica de medicina-religião só seria temporariamente quebrada na Grécia Antiga com o nascimento da medicina racional por Hipócrates, o qual refutava qualquer intervenção divina em prol de um raciocínio mais pragmático. Foi aqui que, nomeadamente no séc.VI a.C., se começaram a manifestar as primeiras tipologias de carácter hospitalar, para tratemento dos enfermos. Havia, nessa altura, três tipologias diferentes: uma de carácter público com edifícios reservados a habitantes da cidade de Tebas, um privado onde os medicos tratavam os seus pacientes e um terceiro de âmbito religioso. Estes edifícios localizavam-se fora das cidades, perto de templos religiosos, alta vegetação e água corrente. Tal afastamento do resto da população servia como modo de evitar o contágio, o que promovia ainda mais mais o afastamento e rejeição do enfermo por parte do são (Melendres, 2011).

A relação intrínseca entre medicina e religião, iria voltar a ser tomada como lei durante o período de domínio da igreja cristã na Europa, a Idade Média. Aconteceu, contudo, algo de positivo nessa altura: o aparecimento de ordens religiosas, instaladas em mosteiros, que viriam a contribuir para avanços da investigação na área da medicina (Melendres, 2011). Os mosteiros funcionavam também como local de asilo e tratamento de enfermos que, como se pode constatar pelo exemplo da peste negra, só resultou no agravamento da doença (Chrysikou, 2014). No caso de pessoas que sofriam de patologias mentais, era acreditado que estas estavam possuídas por demónios, refutando completamente os princípios hipocráticos da Idade Clássica, e, por isso, necessitariam de ser, literalmente, exorcizadas dos seus demónios.

Os primeiros edifícios que se poderão assemelhar ao conceito de "hospital" só começaram a aparecer nos meados do século VII, d.C., sobre a forma

do "Hôtel-Dieu" em Paris[6], servindo mais como abrigo dos pobres e dos enfermos, do que propriamente como um hospital funcional.

O pensamento racional, o retorno da quebra da relação religião-medicina e a aparição dos primeiros hospitais, só se deu no século XVI servindo, também, como o aparecimento das primeiras instituições especializadas para pacientes psiquiátricos, sendo exemplo o já referido Hôtel-Dieu , em Paris. Embora se trate já de um equipamento hospitalar, o Hôtel-Dieu, também representa a primeira instância de "asilo", ou "manicómio"; os pacientes eram quase tratados como gado, numa arquitetura profundamente claustrofóbica e remetente para as ideologias prisionais, contando com pouca, ou nenhuma, reflexão sobre os direitos humanos, já que os pacientes estavam completamente isolados da sociedade (Chrysikou, 2014).

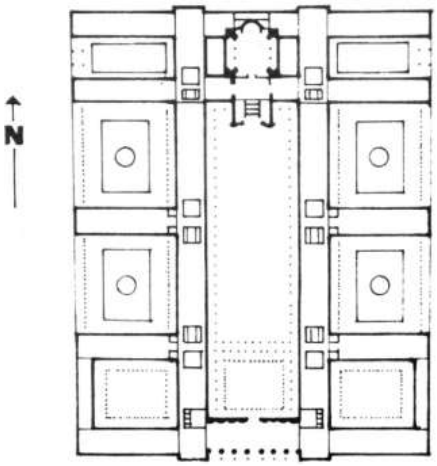


Fig. 17- Planta do novo Hôtel-Dieu



Fig. 18- Hôtel-Dieu, em Paris

O século XVIII veio trazer uma nova maneira de desenhar os asilos. Passam a ser desenhados sobre o modelo de "pavilhões", proporcionando espaços abertos de modo a que os corredores fossem mais ventilados e confortáveis, proporcionando, assim, um melhor sistema de visitas e de liberdade ambulatória para os pacientes. Com este modelo, os pacientes também começaram a ser segregados segundo as suas patologias, não só para facilitar o trabalho dos funcionários, mas também de modo a minimizar a propagação de infeções.

6 O Hôtel-Dieu em Paris, foi o primeiro hospital francês, com início de construção em 651. Atualmente encontra-se associado à Faculdad de Medicina da Université Paris-Descartes (https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4tel-Dieu_de_Paris)

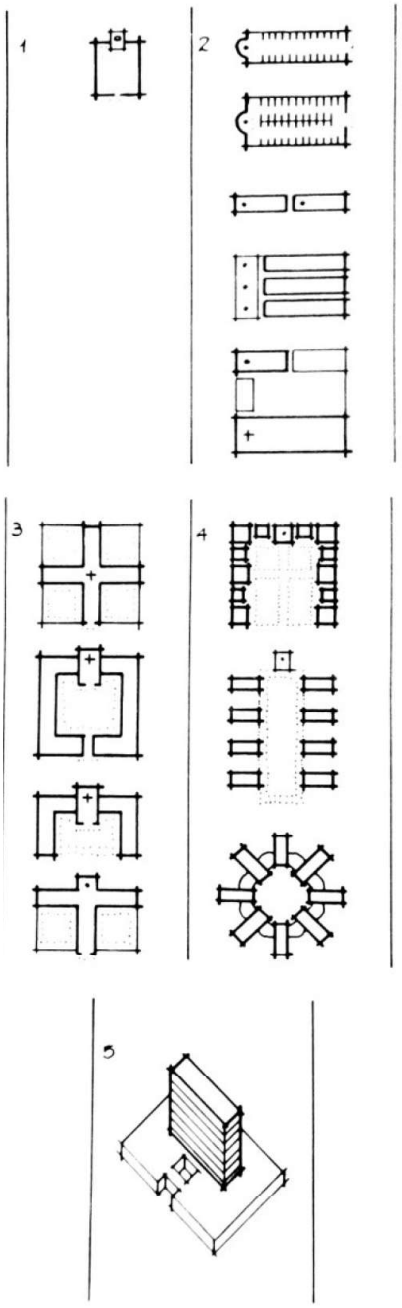


Fig. 19- Esquema de evolução das tipologias hospitalares

O conceito de asilo prisional iria continuar até ao início do século XX, em que o asilo foi refutado em detrimento de hospitais apropriados. Os pacientes psiquiátricos passaram a ser vistos como pessoas normais que sofriam de determinadas doenças e a perceber-se que isso poderia acontecer a qualquer um, e não como "loucos". Introduziu-se, então, o conceito de "hospital de dia", em que os pacientes poderiam simplesmente frequentar os hospitais durante o regime de dia, de modo a serem tratados por meios de terapia ocupacional ou, simplesmente, terem algum local onde passar os seus dias com companhia, sob o olhar atento de funcionários especializados. Este modelo advém da ideia de que os pacientes psiquiátricos, como é o caso da esquizofrenia, poderiam ser integrados na sociedade como membros funcionais, dando-lhes tarefas simples, como servir cafés ou fazer limpezas.

O fim da segunda guerra mundial veio trazer um aumento considerável do número de pacientes psiquiátricos, tanto vítimas da guerra, como soldados, aumentando, consequentemente, a procura de instituições psiquiátricas. Houve, então, a necessidade de implementar departamentos de psiquiatria nos hospitais gerais, levando a novos desenvolvimentos nos ramos da psicoterapia e integração social.

A partir dos anos '60, foi introduzida uma nova maneira de ver a arquitetura de hospitais psiquiátricos. Estes já não deveriam remeter aos ideais do "asilo", mas sim relembrar ao máximo o ambiente doméstico, pretendendo-se aumentar o conforto dos pacientes. Os novos modelos também deveriam fornecer quartos para internamento temporário e novos métodos de terapia ocupacional, tal como oficinas para atividades promovidas por agentes externos ao hospital. O número de camas também diminuiu drasticamente nas instituições psiquiátricas, das 1000 camas do Hotel-Dieu, passa para as 120 nos novos edifícios especializados (Chrysikou, 2014).

Entendia-se que os novos edifícios deveriam estar corretamente integrados na malha da cidade, preferencialmente, numa localização centralizada que fornecesse acesso a serviços locais. Pretendia-se que os pacientes residentes pudessem continuar as suas vidas normais, sem as restrições de um complexo amuralhado na periferia da cidade. Não só serviria como um modo de reconfortar os pacientes, mas também como

uma maneira de os voltar a integrar na sociedade. Os pacientes já não eram enviados para fora da cidade, para estarem longe dos olhares do homem comum, simplesmente, eram levados para uma "nova casa", no fim da rua.

No final do século XX, o número de instituições psiquiátricas aumentou de maneira considerável, oferecendo uma panóplia de opções desde os quartos especializados nos hospitais de caráter geral, a hospitais psiquiátricos com serviço de dia e clínicas de tamanho modesto, as quais proporcionavam residências permanentes aos mais necessitados.

Embora o número de opções tivesse aumentado nestes anos, as instituições continuaram com um ambiente demasiado pragmático e funcional, optando pelo controlo de higiene e de custos, em detrimento do conforto dos pacientes (Chrysikou, 2014).

O final do século passado e o início do novo milénio vieram trazer uma mudança de paradigma do projeto arquitetónico hospitalar, com um desenho mais focado no paciente como ser humano, promovido pelos avanças tecnológicos, sociológicos e antropológicos (Melendres, 2011). Estes avanços deram origem a novos conceitos como o *Evidence Based Design* e, mais recentemente, a *Healing Architecture* (Nickl-Weller e Nickl, 2013) e *Wayfinding*. Cabe ao imaginário do arquiteto, utilizando as novas tecnologias e os materiais disponíveis, conjugando o conforto dos pacientes com a funcionalidade do espaço e dos serviços, concretizar o objetivo final do conforto e recuperação do utente. As novas construções hospitalares, no âmbito psiquiátrico, remetem mais para um ambiente doméstico e desenho hoteleiro, do que propriamente do hospital comum (Chrysikou, 2014., apresentando, cada vez mais, opções culturais, como salas, auditórios, SPAs e espaços de restauração de qualidade considerável.



Fig. 20- Righopsitalet, Copenhaga, Nickl & Partner, exemplo de Healing Architecture

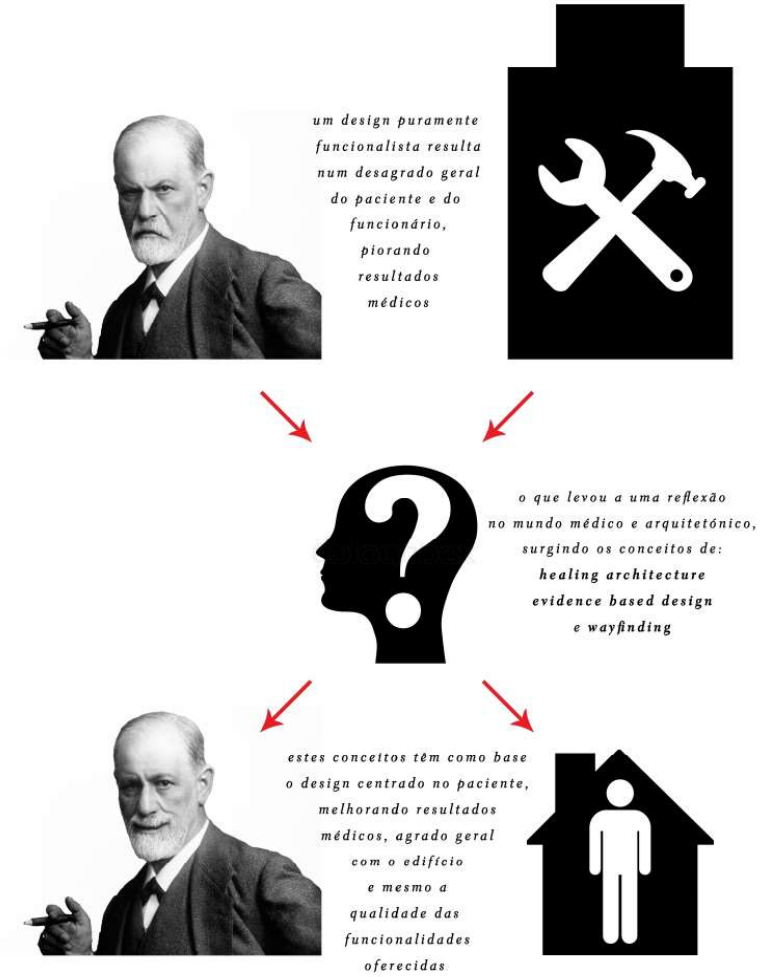


Fig. 21- Diagrama dos novos conceitos

2.2| Conceitos contemporâneos

Com a evolução dos tempos, novas práticas arquitetónicas foram introduzidas, tal como novas necessidades relativas ao desenho dos edifícios de saúde, nomeadamente, a relação entre o ambiente construído e o paciente internado.

Dentro destas novas práticas, destacam-se os conceitos de *Evidence-Based Design*, *Healing Architecture* e *Wayfinding*. Podendo o carácter notório de um design verdadeiramente humanista apenas ser obtido através da interligação e relação simbiótica destes três conceitos.

Estes conceitos vieram tentar colmatar a necessidade existente de albergar as mudanças de tratamentos, reduzir os elementos indutores de stress nos pacientes e funcionários, incluindo barulhos irritantes que possam produzir insónias e aumentar o ritmo cardíaco (Vasconcelos, 2004), entre outros. Essencialmente, criam noções de como desenhar ambientes de carácter funcionalista que tenham a preocupação centrada no paciente (Ulrich, 2001).

Estes três conceitos formam a base do processo de humanização das instituições de saúde (Melendres, 2011), neste caso de saúde mental, também referido como "domesticidade", que irá ser abordado na Parte II deste trabalho.

2.2.1| *Healing Architecture*

O novo conceito de *Healing Architecture* veio trazer essa questão do desenho de equipamentos de saúde a uma nova luz. Com um desenho mais atraente, lembrando a planta da habitação comum e o uso de materiais com um teor mais confortável, como é o caso da madeira, será, evidentemente, possível desenhar um ambiente doméstico no âmbito hospitalar, pelo menos ao nível dos quartos da residência, visto que será aqui que muitos dos pacientes passarão a maior parte dos seus dias, o que se apresenta como o fator da clínica mais importante a ter em conta, em relação ao tratamento do ambiente doméstico. Este ambiente também

deverá ser aplicado nos espaços comuns, como os átrios, as salas de estar e de refeição, tal como nas salas de terapia, de modo a que os pacientes sintam que se encontram numa "grande casa", na medida em que poderá levar à ocorrência de graus mais elevados de ansiedade e maior dificuldade de integração na vivência do hospital.

Healing Architecture é um novo conceito arquitetónico, tendo sido desenvolvido há pouco tempo por arquitetos especializados e altamente descodificado no livro *Healing Architecture*, dos arquitetos alemães Hans Nickl e Christine Nick-Weller[7]. Nesta obra, são exemplificados vários projetos, não só da sua autoria, mas também por outros arquitetos de todas as partes do mundo, nos quais o conceito de "Healing Architecture" é o motor principal da conceção do projeto.

Este conceito poderá ser traduzido como "Curar por Arquitetura", ou "Arquitetura de Cura", pois os princípios da *Healing Architecture* regem-se por isso mesmo, por criar uma arquitetura que cura. Pelo estudo histórico das instituições de saúde, esta equipa de arquitetos, entre outros, procurou desenvolver um conceito de hospital que se adeque às necessidades do ser humano contemporâneo, pondo em evidência os problemas observados nos equipamentos já existentes, que são a relação funcionário – paciente, a materialidade estéril, a primazia da funcionalidade e a imagem que as pessoas atribuem aos hospitais. Tendo isto em conta, desenvolveram um protótipo hospitalar regido por inúmeros pátios repletos de vegetação, colocando os serviços de funcionários num local centralizado do edifício, de modo a terem melhor acessibilidade aos pacientes e repensaram a materialidade pela qual o hospital pode ser composto. Em vez de utilizarem materiais brancos, metálicos, com aparência fria e estéril, optaram por utilizar materiais orgânicos, a madeira, tal como cores mais quentes e carácter mais divertido e confortável. A *Healing Architecture* põe de lado os pressupostos dos hospitais seculares, implementando uma nova maneira de projetar, pondo o conforto e a saúde dos pacientes em primeiro lugar e trazendo a domesticidade a que estamos habituados, para o contexto dos hospitais (Nickl-Weller e Nickl, 2013).

7 Hans Nick, Christine Nick-Weller, casal fundador do atelier Nick & Partner. Dentro das inúmeras obras incluem-se o Rigshospitalet, em Copenhaga e o Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo

2.2.2| *Evidence-Based Design*

"*Evidence Based Design*" é a prática de "Desenhar por Evidência", ou seja, é um conceito multidisciplinar que toma por base o estudo prévio de exemplos históricos, contemporâneos e pessoais, em vez dos regulamentos implementados, antigamente.

Este conceito surgiu do movimento de constatação com o carácter institucional comumente associado aos edifícios de saúde que, ao invés de procurar produzir uma arquitetura puramente funcional respetiva ao programa desenvolvido, teve como principal preocupação o cuidado do paciente humano (Scupelli e Hanington, 2014). *Evidence-Based Design* (EBD) é isso mesmo, é a aglomeração de uma investigação prévia sobre o tema em questão, baseada em estudos relevantes que ponham as melhores intenções relacionadas com uma melhor experiência arquitetónica e cuidado do paciente em primeiro lugar (Melendres, 2011).

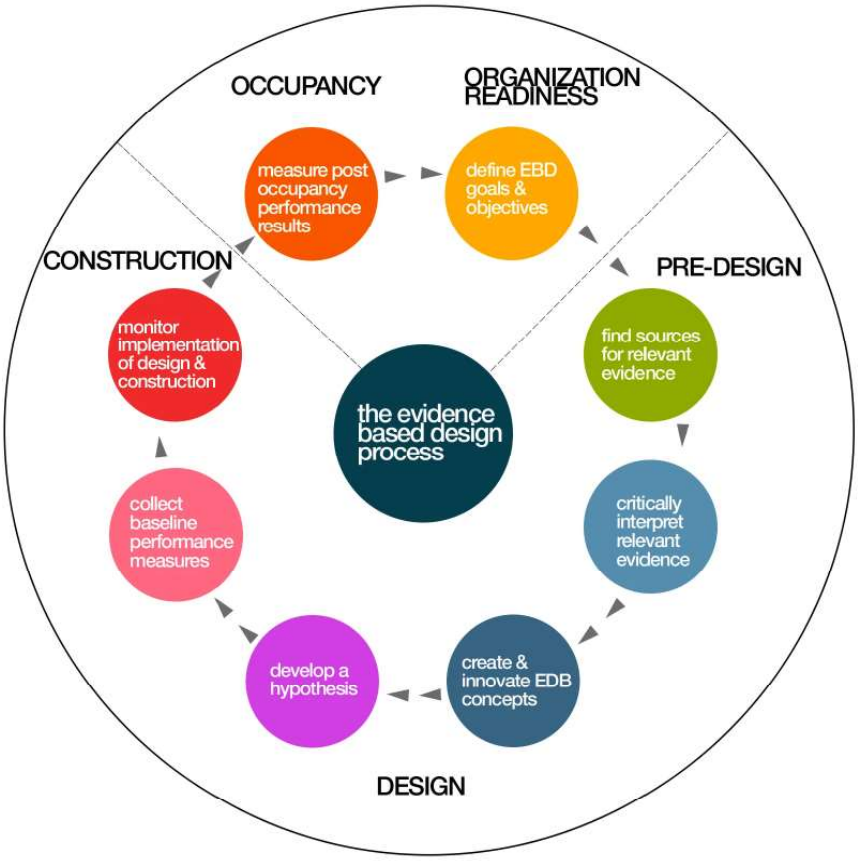


Fig. 22- Diagrama Evidence Based Design

O EBD põe em causa o hospital histórico como lugar fechado e estéril, simplesmente regido pelo funcionalismo e necessidades mecânicas do projeto, remetendo para o último lugar os funcionários e os pacientes, sendo este exemplo mais agravado nas instituições psiquiátricas, em que os pacientes são quase tratados como prisioneiros, sem questionarem os seus direitos humanos. Um lugar fechado e segmentado, regido pelo isolamento da patologia.

O EBD veio introduzir uma nova prática, a de observação prévia. Graças a esta prática, já foi possível constatar um melhor desenvolvimento entre os pacientes que, visando a sua privacidade e a minimização do risco de contágio, se alojam em quartos individuais. O objetivo não é o seu isolamento dos demais, até porque podem optar por se juntarem ao resto das pacientes nas salas comuns (Chrysikou, 2014).

Um exemplo, provado pelo uso do EBD, é a necessidade de janelas nos quartos de internamento, devido à manutenção do ritmo circadiano e da vitalidade trazida pela radiação solar (Ulrich, 2000). Algo que poderá parecer óbvio hoje em dia, mas não tanto há décadas atrás.

2.2.3| *Wayfinding*

Um dos pontos de partida para o conceito de *Wayfinding*, é de que qualquer pessoa, seja ela qual for, cria um mapa mental dos espaços que visita e habita, a partir da informação acessível no ambiente, que vai simplificar os percursos existentes e os caminhos a tomar (TSO, 2005). É por este mapa mental que uma pessoa se guia num edifício, onde descobre caminhos, e relembra outros aquando da sua segunda visita ao mesmo local, da mesma maneira. Da maneira que nos lembramos de onde encontrar a nossa casa, a casa da nossa avó, o gabinete médico, o quarto onde o familiar se encontra internado.

O conceito de *Wayfinding* teve a sua origem nos estudos do *Evidence-Based Design* e a sua aplicabilidade nos edifícios de saúde (Devlin, 2014). Segundo o EBD, quanto mais fácil for de encontrar um determinado espaço ou sala, neste caso numa instituição de saúde, menos stressado o utente fica (Devlin, 2014).

Uma maneira de facilitar a criação deste mapa mental, sem ajuda externa de sinalização especializada, é um desenho de planta do edificado simplificado, e de fácil entendimento, de forma a que a partir de pequenas informações, o utente possa formar o caminho que tem de percorrer. Outra maneira é a de desenhar o edifício o mais horizontalmente possível, pois a nossa visão estende-se pela direção horizontal, pelo que é mais fácil entendermos o nosso ambiente e que percurso tomar, se nos encontrarmos num espaço essencialmente horizontal e sem grandes obstruções visuais. Ao contrário, se nos encontrarmos num edifício verticalizado, é-nos mais difícil visualizar o caminho a tomar, pois este toma uma direção perpendicular ao nosso campo de visão, sem contar com o facto de só por o piso se encontrar acima do teto que se encontra após as nossas cabeças, já constitui um obstáculo ao nosso mapa mental. Por isso, caso o edifício tenha de ser verticalizado e os vários serviços distribuídos, os acessos verticais têm se ser bem visíveis, de maneira a que as pessoas descubram o seu caminho sem dificuldades (Devlin, 2014).

Agora, este mapa mental é concebido a partir da conjunção das informações empíricas presentes em qualquer ambiente, seja por um sinal bem iluminado, pelo som de um pássaro a cantar, ou pelo aroma agradável de um café. Cada espaço tem o seu marco sensorial específico, que ajuda a encontrar e identificar cada local (TSO, 2005).

Quando chegamos a um edifício novo, é normal sentirmo-nos perdidos. É uma situação nova, uma situação diferente, com informações diferentes de outros locais. Mas cada tipologia de edificado tem umas propriedades específicas que são transversais ao seu serviço, fazendo com que, aquando da visita a um hospital, escola, supermercado, criemos um mapa mental base dessa tipologia de edificado (TSO, 2005). Se acontecer visitarmos um edifício com o mesmo serviço, mas com uma disposição completamente diferente, e que não tenham marcos informativos bem delineados, o nosso mapa mental fica "corrompido", voltando-nos a sentir perdidos neste novo edifício.

De modo a que qualquer novo visitante, ou funcionário, se consiga orientar sem ter necessidade de importunar outrem, o edificado não pode ter demasiada informação a ser descarregada nos órgãos sensoriais do indivíduo, para que ele não fique confuso e perturbado. Se se tratar

de um grande complexo com vários edifícios, cada um necessita de ser identificado e diferenciado dos outros, seja por denominação própria, seja por código de cores, seja por uma morfologia diferente dos outros edifícios do complexo. Se um complexo tiver cinco edifícios e forem todos iguais, a mesma forma, o mesmo número de pisos, a mesma cor, vai ser muito difícil um visitante na primeira vez conseguir encontrar o seu destino. Deverá ser difícil até para visitantes recorrentes (TSO, 2005).

Uma maneira de facilitar o percurso do utente, é de marcar devidamente as entradas principais. Se a fachada apresentar vários vãos de iguais dimensões, todos iguais à entrada principal, o utente vai-se sentir perdido e frustrado (TSO 2005).

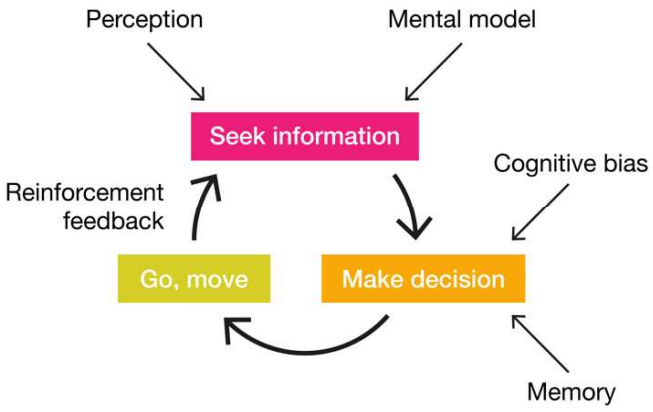


Fig. 23- Diagrama - Wayfinding

O conceito da entrada bem sinalizada pode também ser transposto para o interior do edifício, marcando as entradas dos diferentes departamentos e funções (restauração, receção, alas de internamento). Esta diferença pode ser auxiliada pela utilização de um código de cores, ao atribuir uma cor específica a um departamento específico (TSO, 2005); desta forma podemos saber que a consulta é azul e o internamento cor-de-rosa, por exemplo, ou a de utilizar a cor/materialidade para a diferenciação de funcionalidades num piso corrido, circulação vs. zona de estar, por exemplo. Outra forma de facilitar é a devida utilização de marcos, arquitetónicos ou não (TSO, 2005). Este aspeto é mais fácil de entender quando nos tentamos orientar numa cidade nova: "o centro comercial é duas ruas à esquerda do hotel de vinte pisos que se encontra depois

da praça com a fonte azul". Neste pensamento temos três marcos, que nos ajudam a identificar no espaço até ao nosso destino: o hotel (marco arquitetónico), a praça (marco urbano), a fonte (marco de mobiliário urbano); e, dentro desses três marcos, temos outros dois aspetos que nos ajudam a identificar ainda melhor o nosso percurso; os vinte pisos do hotel (marco morfológico) e a cor azul da fonte (marco cromático); estes cinco fatores adicionados às direções recebidas, criam na nossa mente o mapa que nos irá guiar ao nosso destino. Já que, de certa forma, um edifício de saúde se comporta como uma pequena cidade, estes marcos de fácil identificação também são pertinentes na orientação de um visitante, funcionário, ou paciente internado. O centro comercial é substituído pelo quarto que queremos visitar, as ruas são substituídas pelos corredores, o hotel é substituído por uma caixa de escadas e a praça por uma grande janela virada para o exterior. Este é apenas um exemplo, os marcos informativos podem aparecer de qualquer forma e maneira, tudo o que ajude a orientação de um indivíduo sem este necessitar de recorrer a um mapa desenhado, a variados sinais pendurados do teto ou importunar funcionários atarefados (TSO, 2005).

No caso de pessoas com perturbações cognitivas, nomeadamente, pacientes demenciados, os processos de *Wayfinding* precisam de ser ainda mais reforçados, quer pela já referida diferenciação dos espaços de circulação e espaços de estar pela utilização de cores ou materialidades diferentes[8], quer pela atribuição de uma prateleira pessoal à entrada de cada quarto, na qual os pacientes podem meter os seus pertences e mais facilmente identificar o seu quarto (Chriysikou, 2014).

Embora o conceito de *Wayfinding* pareça um pouco óbvio, a sua verdadeira utilidade e imposição no projeto arquitetónico apenas se deu a conhecer neste século, havendo equipas de design específico para tal efeito (Devlin, 2014).

8 Como é o caso do Sanatório de Paimio, de Alvar Aalto

3| Projetos de referência

3.1| Principais exemplos portugueses

3.1.1| Hospital Miguel Bombarda



Fig. 24- Hospital Miguel Bombarda

Inaugurado em Lisboa a 13 de dezembro de 1848, foi o primeiro hospital psiquiátrico em Portugal. Originalmente denominado de Hospital de Rilhafoles, ficou vulgarmente conhecido como Hospital Miguel Bombarda em homenagem ao seu diretor[9] (1892-1910).

O hospital cessou as funções em fevereiro de 2012.

O Hospital de Rilhafoles deve a sua origem ao marechal Duque de Saldanha. Devido à qualidade precária de serviços de saúde mental no Hospital Real de São José, o Duque ordena a criação de uma nova instalação, sendo concordado pela Rainha D. Maria II, que cedeu o Colégio Militar localizado na colina de Rilhafoles para o novo estabelecimento.

Altamente influenciado pelas práticas estrangeiras, o Hospital de Rilhafoles veio introduzir os melhores métodos do tratamento de pacientes psiquiátricos em Portugal.

Inicialmente, os pacientes eram divididos por classes (1ª, 2ª, 3ª, sendo os pacientes de 4ª classe os "indigentes"), adequadas à sua capacidade económica; sendo o hospital organizado adequadamente, fazendo a separação entre as classes, sexo, comportamento tranquilo/agitado e condições higiénicas.



Fig. 25- Balneário do Hospital Miguel Bombarda

A 29 de outubro de 1853, aniversário do rei D. Fernando II, é inaugurado o Balneário e a Casa das Caldeiras por ordem da rainha D. Maria II. Balneário este que servirá para terapias de imersão, duche, estufa por vapor ou banhos com aromas medicinais.

Desde a sua abertura que o hospital tinha entrado em decadência devido à sua sobrelotação (inicialmente previsto para o internamento de 300 pacientes, passados 15 anos, os números chegavam aos 500) e falta de mantimentos, levando o Dr. Guilherme Abranches à idealização da

9 Miguel Bombarda (1951-1910), foi médico, professor e ativista republicano, mais reconhecido pelas suas intervenções no Hospital de Rilhafoles, enquanto diretor clínico. Foi assassinado a 4 de outubro de 1910, por um paciente. (https://pt.wikipedia.org/wiki/Miguel_Bombarda)

construção de mais hospitais de âmbito psiquiátrico. O governo responde a este pedido ao só permitir o internamento a "doentes curáveis" e "incuráveis perigosos", sendo os restantes entregues ao cuidado das respetivas famílias.

Durante a direção de Miguel Bombarda, são erguidos novos edifícios, nomeadamente o Pavilhão de Segurança e o laboratório. Miguel Bombarda também foi responsável por destituir os meios de contenção e exigir que os doentes saíssem das enfermarias, de modo a poderem passear pelos espaços exteriores. Bombarda foi igualmente responsável por implementar novas oficinas terapêuticas, alamedas de passeio, sala de autópsias e casa mortuária.



Fig. 26- Panótico do Hospital Miguel Bombarda

Seguindo o modelo de Alt-scherbitz, na Alemanha, Bombarda ordenou a extensão do Hospital de Rilhafoles ao Convento de Santa Marta e a anexação dos terrenos da Quinta de Borba, de modo a assemelhar o tratamento dos pacientes a uma colónia agrícola. No entanto, tal projeto, nunca foi concretizado.

Júlio de Matos tomou o cargo de diretor em 1911, a seguir ao assassinato de Miguel Bombarda.

Em 1886 foi requisitada uma ampliação do hospital ao arquiteto José Maria Nepomuceno[10], sendo de realçar a construção de novas enfermarias com três alas, 85m de comprimento, cada, atravessadas transversalmente por outras alas com 60m de comprimento, havendo a presença de pátios ajardinados entre as separações das alas.

O Pavilhão de Segurança foi inaugurado em 1896, apresentando um conceito panótico, em voga na época, baseado nas ideias de Jeremy Bentham. O edifício define-se como um "edifício circular em torno de uma praça central descoberta [com 32m de diâmetro], no centro da qual se situava o posto de vigilância, local privilegiado para o controlo dos pacientes" (Cintra e Gil, 2016b, p.37). Este edifício funcionaria como uma enfermaria-prisão, para o internamento de criminosos que padecessem de psicopatologias. O edifício era constituído por 20 celas individuais, na zona mais próxima da entrada e seis dormitórios na mais afastada. O refeitório e a sala de reunião localizavam-se na zona intermédia, a zona de higiene localizava-se oposta à entrada.

10 José Maria Nepomuceno (1836-1895), foi um arquiteto graduado pela Academia de Belas-Artes de Lisboa, que realizou projetos para o Ministério de Obras Públicas (https://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Maria_Nepomuceno)

As celas eram definidas por óculos circulares nas portas para vigilância e fechaduras com ferrolhos. As paredes intermediárias cresciam de 60cm, na parte mais interior, para 90cm, na parte mais exterior. Embora o pavilhão tivesse sido idealizado para o internamento de 36 pacientes, os números chegaram aos 70 pacientes.

Na segunda parte do século XX, são introduzidas novas técnicas terapêuticas no hospital, tal como a administração de psicofármacos, electroconvulsoterapia, coma insulínico, a malarioterapia e o tratamento de aversão ao álcool, havendo uma predileção pela terapia ocupacional, como as oficinas de cartão, tecelagem, calçado e carpintaria. À parte da terapia ocupacional, o hospital também continha dois bares, um para uso do pessoal e outro para os doentes, tal como uma creche para os filhos dos funcionários. Nos espaços exteriores, existiam árvores de fruto e hortas de cultivo, pelo que os pacientes participavam na preparação das refeições. Também chegou a haver uma barbearia e uma cabeleireira para os pacientes.

O final do século passado assistiu ao crescimento do pessoal ao trazer novos psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros técnicos especializados.

Em 1999, abriu o Hospital de Dia Eduardo Luís Cortesão[11], com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian. O último diretor clínico foi o Dr. Rui Durval, atual diretor do Hospital de Dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Em 2009, o espaço onde se localizava o Hospital Miguel Bombarda, foi comprado pela Estamo, empresa que detém hoje posse do Hospital de S. José, do Hospital dos Capuchos, do Hospital de Santa Maria e do Hospital do Desterro Existe um plano para um projeto futuro, da autoria de Belém Lima, que prevê a construção de três edifícios de 10 andares, contendo 193 fogos, 3500m2 para comércio e 2500m2 para serviços. Dentro das condições da Câmara de Lisboa para a realização do plano, estavam o restauro do Balneário e do Pavilhão de Segurança (Cintra e Gil, 2016b).

11 Eduardo Luís Cortesão (1919-1991), foi um psiquiatra e professor ilustre lisboeta (https://www.infopedia.pt/$eduardo-luis-cortesao)

3.1.2| Centro Hospitalar Conde de Ferreira

A 24 de março de 1883, deu-se a abertura do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, no Porto. Até então, os pacientes psiquiátricos, no Norte, eram tratados nos porões do Hospital de Santo António, espaço reconhecido pelas parcas condições higiénicas e sanitárias.



Fig. 27- Hospital Conde de Ferreira

A sua origem remonta ao testamento de Joaquim Ferreira dos Santos, Conde de Ferreira, o qual, segundo sugestão do rei D. Pedro V, deixou 678000$000 réis para a construção de um novo hospital psiquiátrico. Na sua inauguração, o hospital era administrado por uma comissão eleita pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, a qual detinha propriedade do hospital. Devido a isto, o Hospital Conde de Ferreira desenvolvia-se no âmbito do setor privado.

O hospital situa-se a nordeste da cidade do Porto, sendo o projeto da autoria do Eng.º Manoel de Almeida Ribeiro, amigo do Conde de Ferreira, antigo professor de Arquitetura Civil na Academia Portuguesa de Belas Artes, apresentando influências do Hospício D. Pedro II. A planta apresenta um desenho em H, semelhante ao Hospital de Wakefield. Devido ao longo período de construção (10 anos) e a morte de Manoel Ribeiro, o projeto sofreu algumas alterações relativas ao plano original.

O edifício apresenta uma área de implantação de 120000m2, com áreas circundantes destinadas à jardinagem e ao cultivo agrícola, que foram aproveitadas para terapia e sustento financeiro. À semelhança dos hospitais da altura, encontrava-se divido por sexo, sendo a ala norte destinada aos homens e a sul às mulheres. Os corpos norte e sul serviam, então, para uso residencial dos doentes e o corpo central para os serviços gerais do hospital. Com 14 enfermarias e 329 camas, tal como no Hospital de Rilhafoles, também estes se encontravam distribuídos pela sua classe social e gravidade de enfermidade. Enfermarias estas que obedeciam aos três princípios higienistas dos Oitocentos: boa iluminação, ventilação e água, ao se apresentarem amplas e bem iluminadas.

Enquanto que Rilhafoles contava com um panótico, o Hospital Conde de Ferreira apresentava dois, sendo que um se encontra hoje demolido. Um destes fora ordenado por Júlio de Matos, em 1905, para o internamento de criminosos que sofressem de psicopatologias.


Fig. 28- Panótico do Hospital Conde de Ferreira

António Maria de Sena veio introduzir novos princípios de tratamento de doentes psiquiátricos ao hospital, ao entendê-los como "[uma] forma orgânica defeituosa" (Cintra e Gil, 2016a, p.37), até apelidando as psicopatologias como "nódoas", e entendo que os pacientes não eram um ser humano por inteiro. Esta abstração da condição humana, facilitou o aparecimento de novos métodos de tratamento. Constavam nestes princípios: o isolamento, o respeito higiénico e dietético, tratamento moral e trabalho metódico como meio de tratamento. Sena também era defensor de apenas se usar meios brandos no tratamento dos pacientes.

A terapia dos doentes passava pelas oficinas ocupacionais (sapataria, cordoaria), limpezas, jardinagem e trabalhos agrícolas. Seguindo o exemplo de La Salpêtrière, foi desenhado um gabinete de fotografia. Dentro das terapias também existia um teatro, destinado não só a terapia dramática[12], mas também musical. Nesta altura, a hidroterapia também contava na oferta do hospital.

Mais tarde seriam implementadas outras oficinas: vassouraria, colchoaria, pichelaria e padaria. Por volta de 1897, os espaços agrícolas do hospital foram destinados à produção vinícola, árvores de fruto, aves e gado, para consumo interno.

A 24 de março de cada ano, aniversário da inauguração do hospital, era feita uma exposição dos trabalhos dos pacientes, aberta ao público. As oficinas tipográficas e de vassouraria foram premiadas em 1897 pela Exposição Industrial Portuguesa.

O ensino psiquiátrico em Portugal, foi promovido pelos diretores do hospital, conseguindo abrir cursos semestrais de Psiquiatria e Neurologia na Escola de Medicina do Porto, mas lecionados no Hospital Conde de Ferreira, a partir de 1908. Em 1911, com a elevação da Escola a estatuto de Faculdade, os cursos passaram a ser lecionados nas instalações da faculdade.

A António Maria de Sena, seguiu Júlio de Matos[13] como diretor do hospital, executando as funções de 1890 a 1911, data em que se mudou

12 Terapia por atividades teatrias; peças de teatro, "role-playing"

13 Júlio Xavier de Matos (1856-1922), foi um psiquiatra português de renome, tendo executado funções no Hospital Conde de Ferreira, Hospital Miguel Bombarda e iniciou a contrução do que viria a ser o Hospital Júlio de Matos. Conhecido pela reforma do ensino da Psiquiatria em Portugal (https://pt.wikipedia.org/wiki/J%C3%BAlio_Xavier_de_Matos)

para o Manicómio Bombarda, em Lisboa.

Após o 25 de abril, em 1976, o hospital deixa de pertencer à Santa Casa da Misericórdia do Porto, passando a ser propriedade do estado, resultando na abertura do Serviço de Urgência e o hospital começou a apostar na desinstitucionalização dos doentes crónicos.

Em 2002, o Hospital voltou ao setor privado, sendo devolvido à Santa Casa da Misericórdia do Porto. Nos dias de hoje, o Hospital continua a executar as suas funções, contando com 300 utentes (Cintra e Gil, 2016a).

3.1.3| Hospital Júlio de Matos

O Hospital Júlio de Matos deve a sua origem ao falso internamento de um paciente abastado, Salgado de Araújo, o qual, após o falso internamento forçado, foi seguido por Júlio de Matos. Salgado de Araújo deixou no seu testamento uma vasta quantia para a edificação do novo hospital psiquiátrico de Lisboa, deixando a verba a cargo de Júlio de Matos.



Fig. 29- Hospital Júlio de Matos

Em 1913, foram comprados uns terrenos, na periferia de Lisboa, destinados a tal feito, somando um total de 23 hectares de área.

Para o desenho do novo manicómio, foi seguido o modelo pavilhonar utilizado na Europa de então. O plano foi encarregue a vários arquitetos, sendo o mais notável Caldeira Cabral, o qual desempenhou o papel de desenhador paisagístico. No novo hospital, cada edifício corresponderia a uma funcionalidade específica, estando espalhados por um parque verde, com a intenção principal de proporcionar um ambiente tranquilo. A construção teve início em 1915, sendo só formalmente terminada em 1942. Esta lentidão na construção deveu-se, essencialmente, à participação de Portugal na Primeira Grande Guerra, a qual cortou o orçamento para a construção do novo hospital. A principal influência no desenho do hospital, foi o Hôpital Psychiatrique de Malévoz, Suíça, o primeiro hospital psiquiátrico de portas abertas. Desse mesmo hospital, vieram M. Guerratti e uma equipa de enfermeiras preparar o funcionamento do novo hospital. O polo do Júlio de Matos contava com

52 edifícios, todavia, apenas 30 eram destinados ao hospital, sendo os restantes distribuídos pelas outras 14 instituições existentes.



Fig. 30- Hospital Júlio de Matos, vista exterior I (1942),
fotografia: Estúdio Mário Novais
arquitetos: Leonel Gaia e Carlos Chambers Ramos

O Hospital Júlio de Matos foi oficialmente inaugurado a 2 de abril de 1942, sendo o seu primeiro diretor o Prof. António Flores. Para além de psiquiatria, o hospital continha na sua oferta, a neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, medicina interna, etc., sendo considerado o melhor hospital da Europa, nos primeiros anos desde a sua inauguração, embora tivesse sido conjurado como um motor de modernidade, os inícios foram conturbados, apresentando um ambiente quase carcerário para os seus pacientes. Um dos principais exemplos desta "falsa modernidade", era a separação intrínseca dos sexos, tanto de pacientes, como de funcionários. Esta separação foi cortada, segundo um ato de rebeldia por parte dos funcionários, que um dia, conjuntamente, decidiram atravessar a "linha imaginária" e conviver com o sexo oposto, acontecimento sem represálias para os funcionários.

Como na altura da sua inauguração, a maior parte do país participava em atividades agrárias, o hospital contava com uma grande área agropecuária, na sua oferta de tratamentos. Esta oferta foi sendo dizimada com o aparecimento de terapias ocupacionais mais apropriadas.

O Hospital Júlio de Matos apresentou uma grande aposta nas terapias de oficinas artísticas, como pintura e teatro, tendo havido, até exposições de arte surrealista na sala polivalente do hospital.

Foi pioneiro de novos tipos de psicoterapia como a psicofarmacologia, intervenções comunitárias, psicologia clínica, terapias comportamentais, teatro terapêutico, etc.

Na década de '90, foi idealizada a conceção de um Parque de Saúde de Lisboa, no local do Hospital Júlio de Matos, em contrapartida à possível venda de edifícios pertencentes ao polo a agências imobiliárias, resultando na implementação do Centro de Saúde de Alvalade, o Serviços de Utilização Comum dos Hospitais, o Instituto Nacional de Sangue, a Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende, o Infarmed e a Casa do Gil; ação que ajudou na desestigmatização do hospital psiquiátrico. Este novo polo denominar-se-ia de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Ainda como ações de desestigmatização do hospital, foram organizadas atividades culturais e artísticas, tal como a abertura do teatro terapêutico ao público.

A terapia cinge-se, essencialmente, pela obtenção de ganhos de autonomia na vida diária do paciente.

Juntamente com a Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia e Câmara Municipal de Lisboa, foi arrendada uma residência apropriada aos pacientes psiquiátricos, perto do hospital. Em 2003, o hospital contava com 550 camas, contrastando com as 1400 iniciais da sua abertura ao público. Os números voltariam a descer em 2007 até às 290 camas (Cintra e Gil, 2016b).



Fig. 31- Hospital Júlio de Matos, vista exterior 2 (1942),
fotografia: Estúdio Mário Novais
arquitetos: Leonel Gaia e Carlos Chambers Ramos

3.2| Principais exemplos internacionais

3.2.1| Alvar Aalto – Sanatório de Paimio



Fig. 32- Sanatório de Paimio, entrada

Completado em 1928, com estrutura em betão armado, o Sanatório para Tuberculose de Paimio foi a obra que elevou Alvar Aalto[14] ao nível dos grandes arquitetos modernistas do século passado.

O sanatório era, na altura, considerado como um grande exemplo da arquitetura moderna, devido às suas condições projetuais e a relação com o indivíduo. Os focos principais para o desenho de um sanatório na altura eram: maximizar insolação, permitir a circulação de ar fresco e grande relação com a natureza, pelo menos na Finlândia, focos que Aalto concretizou de maneira exemplar.

Influenciado pelo Sanatório de Zonnestraal de Duiker[15], o edifício é composto por uma série de blocos separados por função dispondo-se por uma forma irregular na natureza circundante.



Fig. 33- Sanatório de Paimio, alçado sul

Devido ao facto de não haver cura conhecida para a tuberculose na altura do projeto, este foi concebido de modo a proporcionar a melhor experiência de recobro para o paciente. Um destes exemplos são os terraços solares, aparecendo em todos os 8 pisos da ala dos pacientes, rodando estes, em comparação com a planta, de forma a estarem perfeitamente orientados a sul. Esta série de terraços é complementada com o último piso da ala, que é um terraço solar por completo. Terraços estes, que também contam com uma série de bandeiras, ali postas de modo a avisar o recobro de um paciente.

Os quartos dos pacientes encontram-se orientados a sudeste. As lajes foram dobradas nas pontas, de modo a combater o brilho das janelas, a junção entre o plano da parede e do chão era encurvado de modo a facilitar a limpeza e conta também com iluminação indireta, com candeeiros apontados para uma secção branca do teto, de modo a produzir um

14 Hugo Alvar Henrik Aalto (1898-1976), foi um ilustre arquiteto e designer finlandês, um dos pioneiros da veia modernista do século passado. Para além do Sanatório, um dos seus mais galardoados trabalhos, é a Biblioteca Municipal de Vipurii e o Auditório Finlândia (https://en.wikipedia.org/wiki/Alvar_Aalto)

15 Jan Duiker (1890-1935), foi um arquiteto holandês, responsável pelo Sanatório de Zonnestraal, em Hilversum, Holanda (https://en.wikipedia.org/wiki/Jan_Duiker/ https://en.wikipedia.org/wiki/Zonnestraal_(estate))

ambiente acolhedor e não ferir a vista dos pacientes. Os quartos contêm uma palete de cores simplista, de cinza e azul, para igualmente produzir uma sensação de conforto e acalmia, tal como janelas de vidro duplo em armação de madeira, ao invés das de aço encontradas no resto do edifício. Os corredores da ala de pacientes são demonstrados por vãos corridos corbusianos e os próprios quartos por grandes vãos quadrangualres, virados a sul.

É de realçar o mobiliário personalizado fabricado pela Korhonen, como por exemplo a "cadeira de Paimio", em contraplacado curvado e dobrado.

No resto do edifício, os pavimentos foram revestidos a linóleo, separado por duas cores: o amarelo e o cinza-quente; o amarelo servia para marcar zonas de movimento, como corredores e o cinza para áreas de repouso, de maneira a facilitar a compreensão do espaço pela parte dos pacientes. É de notar, também, que Aalto implementou o primeiro elevador de vidro na Finlândia, neste projeto.

O espaço de convívio ocorre essencialmente no refeitório, sendo este representado por uma parede de vidro duplo com pé-direito duplo na fachada Sul. A caixa de ar entre as folhas de vidro, poderia servir de estufa, com a possibilidade de alocar elementos vegetais. O ar fresco, de fora é trazido pela parte de baixo da parede, aquecido pela radiação enclausurada pela parede de vidro e pelo radiador, subindo e entrando na sala pela parte de cima da parede, evitando correntes de ar. Na ponta nascente, o refeitório encontra-se uma sala polivalente que poderia ser destinada a uso recreativo, palestras ou como capela. A entrada nestes espaços é feita por umas portas duplas, de vidro, com dobradiças silenciosas, de modo a não perturbar quem já estivesse na sala (McCarter, 2014).



Fig. 34- Sanatório de Paimio, linóleo amarelo: área de circulação



Fig. 35- Cadeira de Paimio, Alvar Aalto



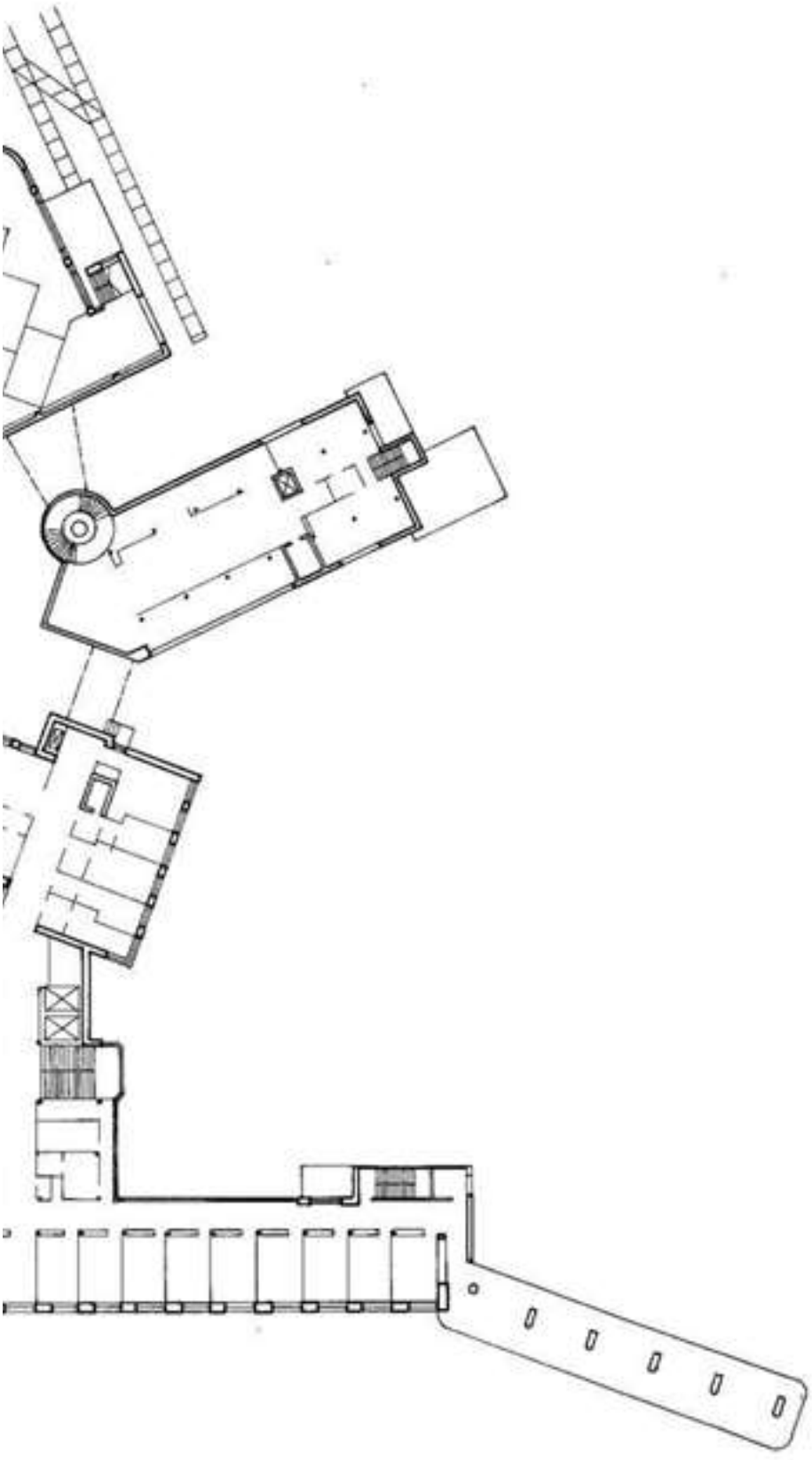
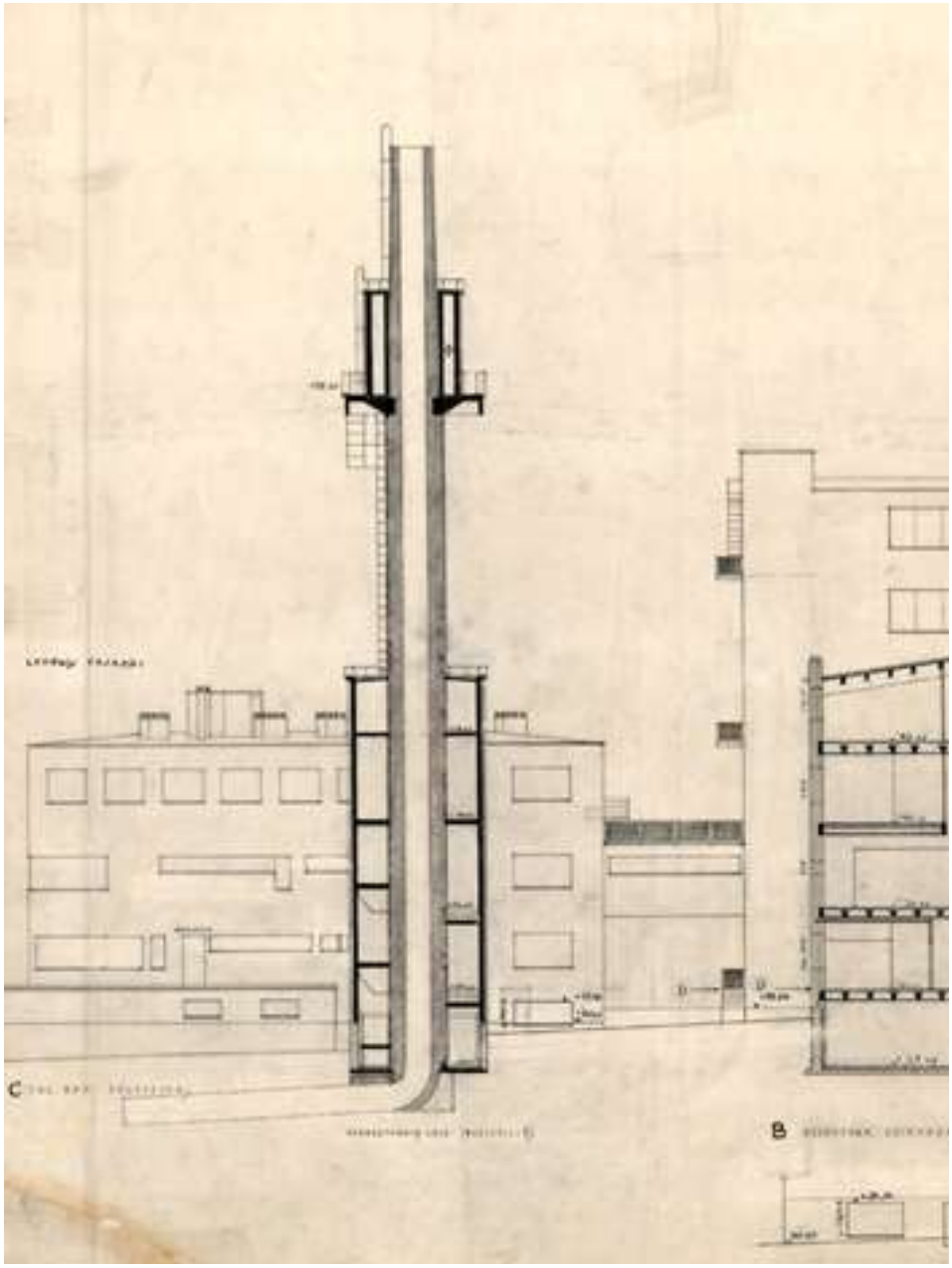


Fig. 36- Sanatório de Paimio,planta tipo



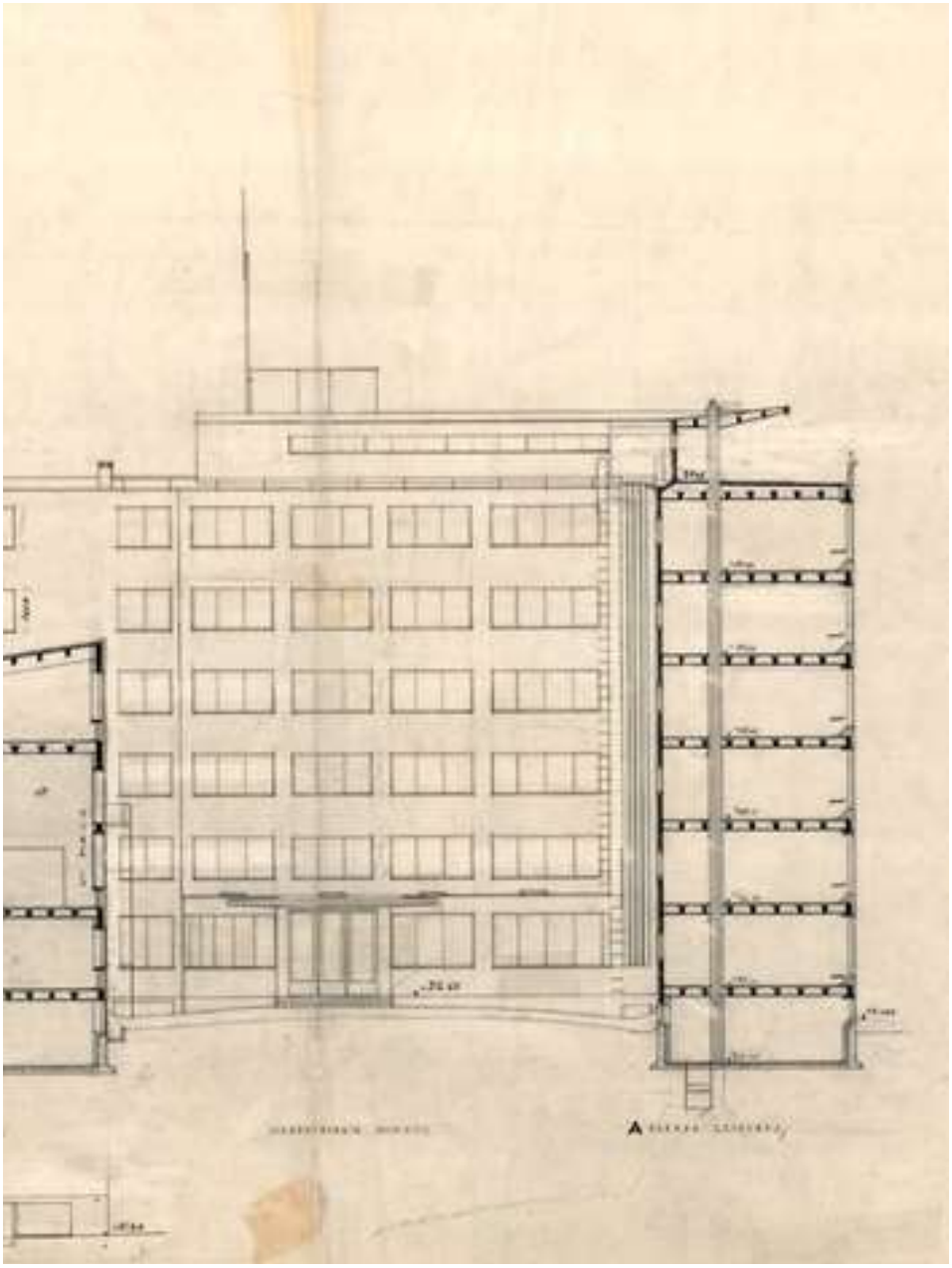


Fig. 37- Sanatório de Paimio, corte

3.2.2| Le Corbusier – Hospital de Veneza

O projeto do Hospital de Veneza de Le Corbusier[16] foi um projeto teórico, visto nunca ter sido concretizado. No entanto, Corbusier introduziu conceitos interessantíssimos na conceção do hospital, os quais viriam a ser aceites e aplicados por arquitetos do século XXI.

Le Corbusier tomou o indivíduo como foco principal da sua conceção, concentrando-se no processo de recobro do paciente internado, tal como dos funcionários, dando importância primordial ao ambiente de chegada ao hospital. A teoria de Le Corbusier consistia em interligar o hospital ao máximo com a cidade circundante de modo a que este não fosse apenas um equipamento deslocado do tecido urbano, transportando elementos da vida urbana para o desenvolvimento hospitalar, de modo a fornecer um ambiente mais familiar e minimizar o choque de internamento numa instituição de saúde. A chegada ao hospital, para motivos de internamento, é sem dúvida a um período conturbado repleto de descargas emocionais correspondentes a ansiedade e incerteza, tal como algum receio do que poderá acontecer.



Fig. 38- Le Corbusier: Hospital de Veneza, maqueta I

16 Charles-Édouard Jeanneret, AKA "Le Corbusier" (1887-1965), foi um arquiteto franco-suíço, possivelmente o arquiteto mais reconhecido mundialmente, juntamente com Mies Van der Rohe, como o principal pioneiro do movimento Modernista do século passado. Foi responsável por introduzir uma nova maneira de ver a arquitetura com o seu modelo simplista, baseado nas possibilidades do betão armado em desenvolvimento, ideias que aprtilhou não só pela obra construída, como também pela obra escrita. Com vários projetoss presentes em todas as partes do globo, os mais marcantes poderão ser L'Unité d'Habitation de Marseille (1947-1952), Villa Savoye (1928) e as suas intervenções em Chandigarh, na Índia (https://en.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier).

O desenho do hospital era composto por uma série de corpos retangulares, localizando-se no ponto da sua interseção um posto de enfermagem, interrompido por diversos pátios, os quais remetiam à ideia de cidade, de se aceder a um edifício público por meio de um espaço aberto - como uma praça - oferecendo, por isso, uma experiência mais familiar. A presença destes pátios também veio auxiliar a retirar a sensação de claustrofobia dos longos corredores hospitalares, por estes se encontrarem virados para um espaço aberto e/ou verde.

A ideia do desenho centrado no paciente levou a que cada indivíduo tivesse direito ao seu quarto particular, resultando em que cada unidade (ala) fosse composta por 28 quartos - com vista para os já referidos pátios.

Um dos grandes momentos do plano de Corbusier era, sem dúvida, o momento de chegada, o piso térreo. Neste piso, não foi desenhado qualquer serviço médico em prol de um ambiente mais quotidiano urbano, ao oferecer uma série de espaços comerciais, restaurante, uma capela e até um hotel para visitas, uma sala de cinema, uma escola de enfermagem e residências para os funcionários do hospital (Nickl-Weller e Nickl 2013).

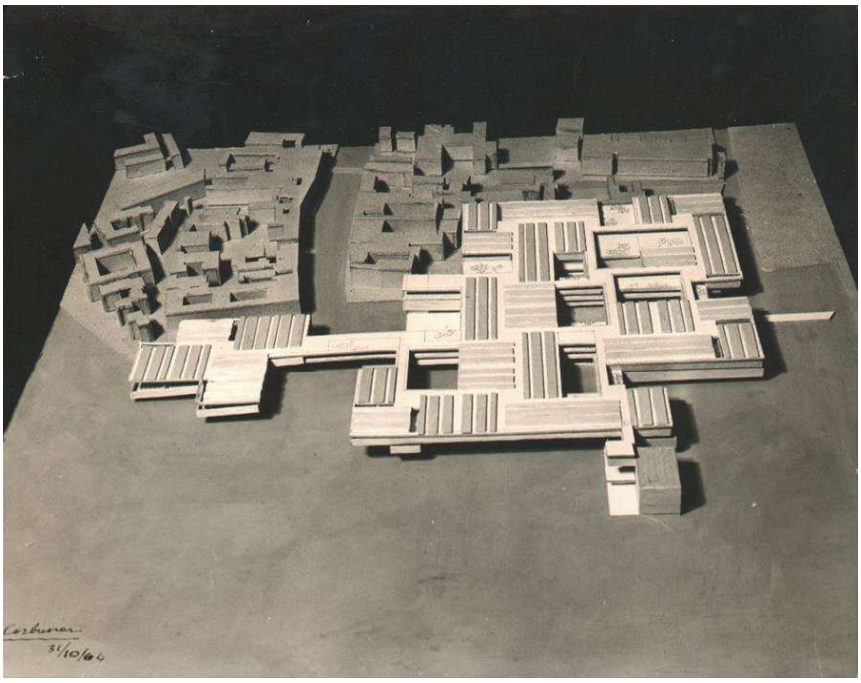


Fig. 39- Le Corbusier: Hospital de Veneza, maqueta 2

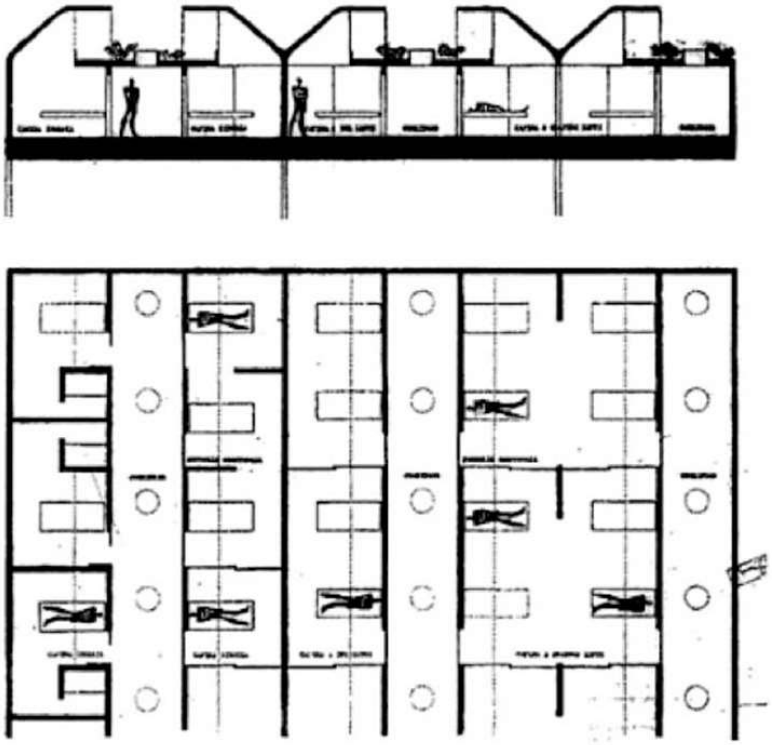


Fig.40- Le Corbusier: Hospital de Veneza, quartos dos pacientes, planta e corte

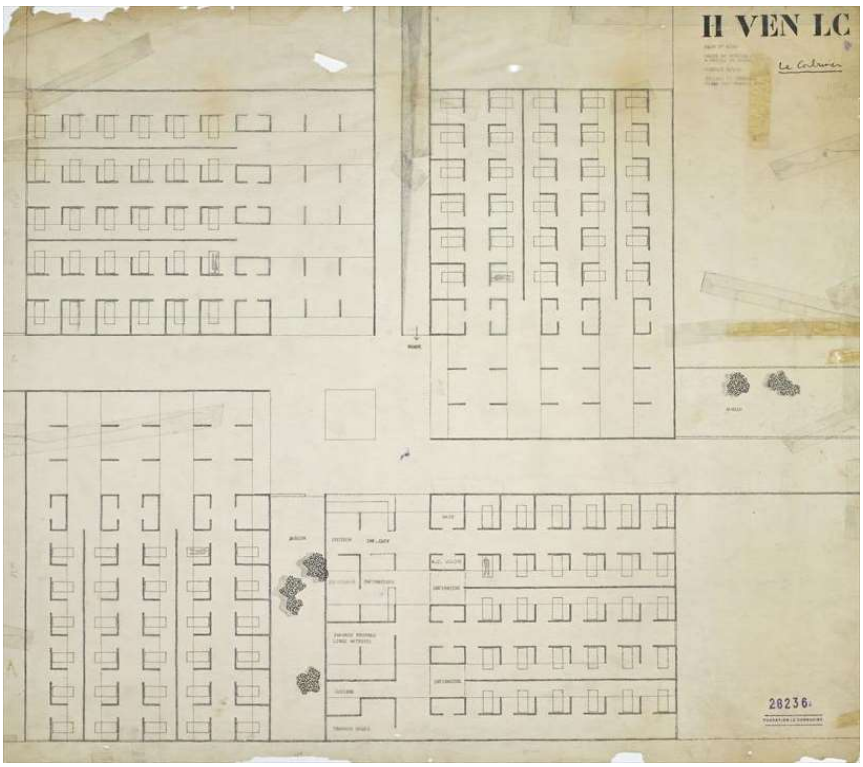


Fig. 41- Le Corbusier: Hospital de Veneza, quartos dos pacientes, planta

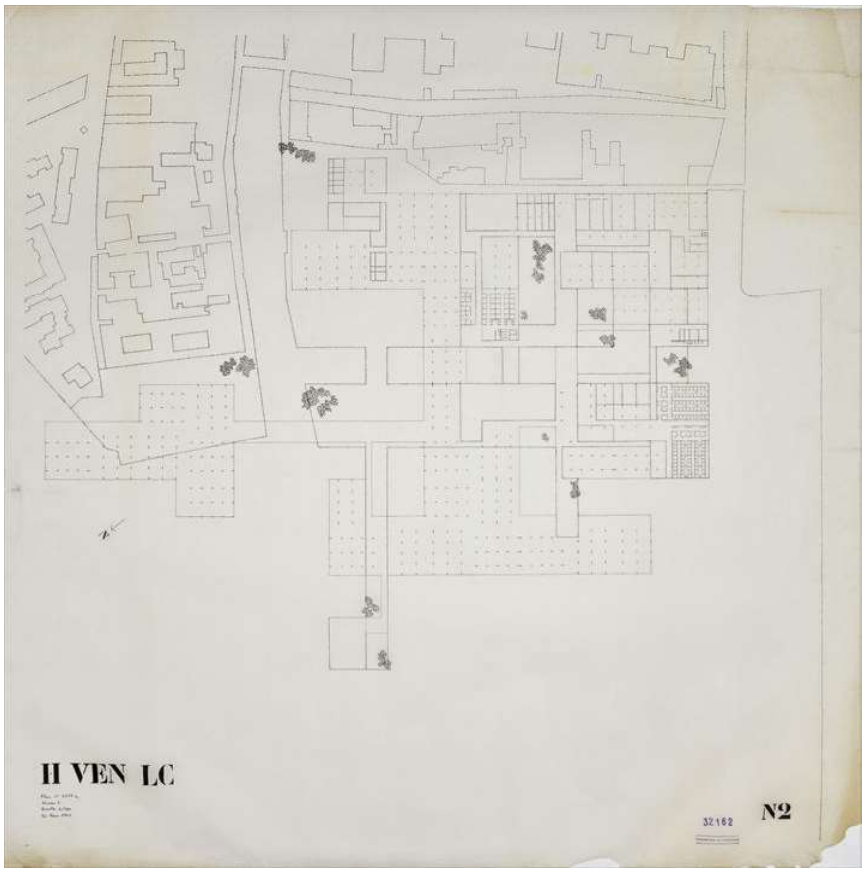


Fig. 42- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº2

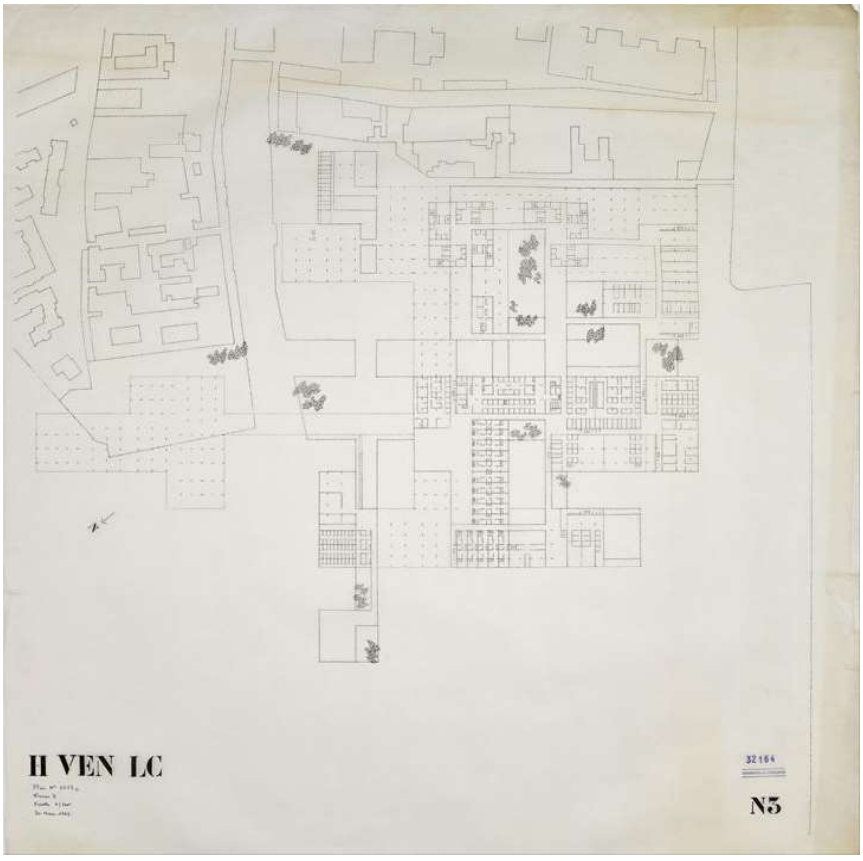


Fig. 43- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº3

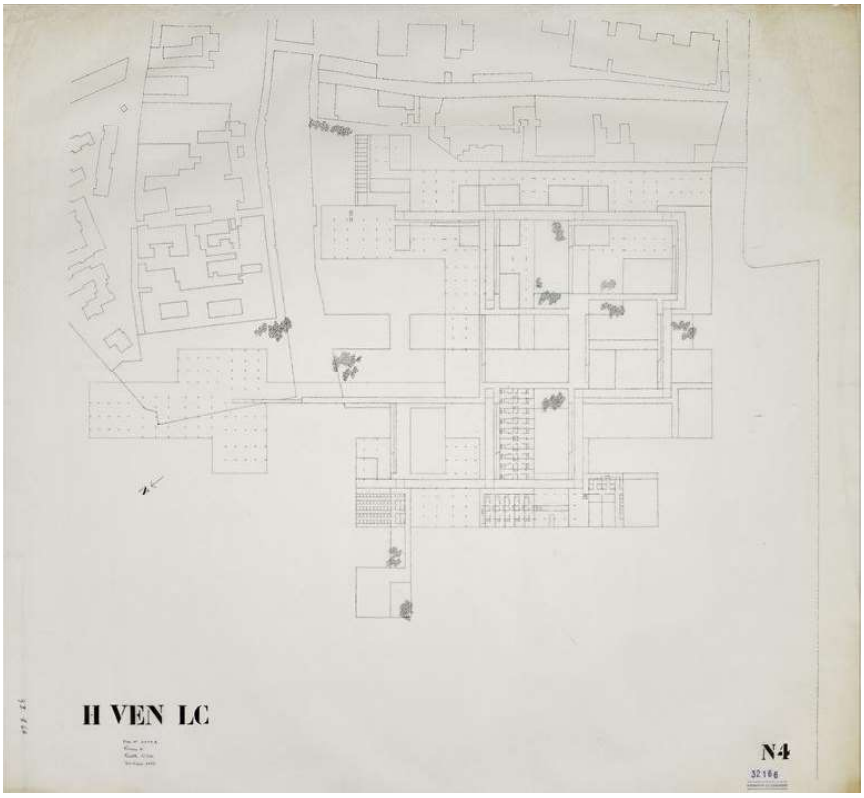


Fig.44- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº4

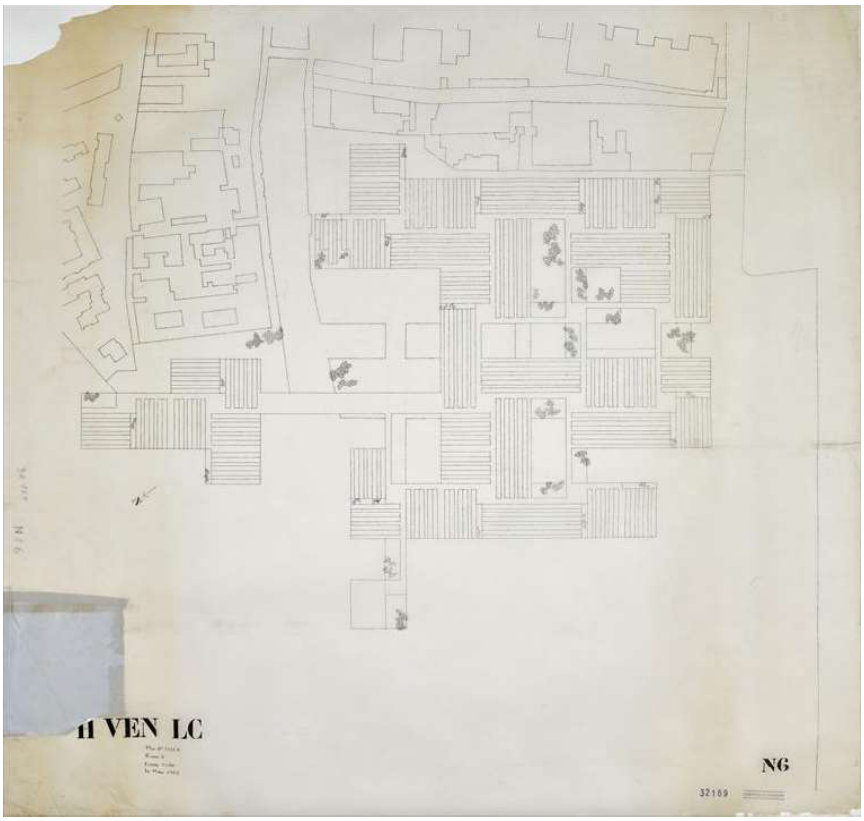


Fig.45- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta nº6

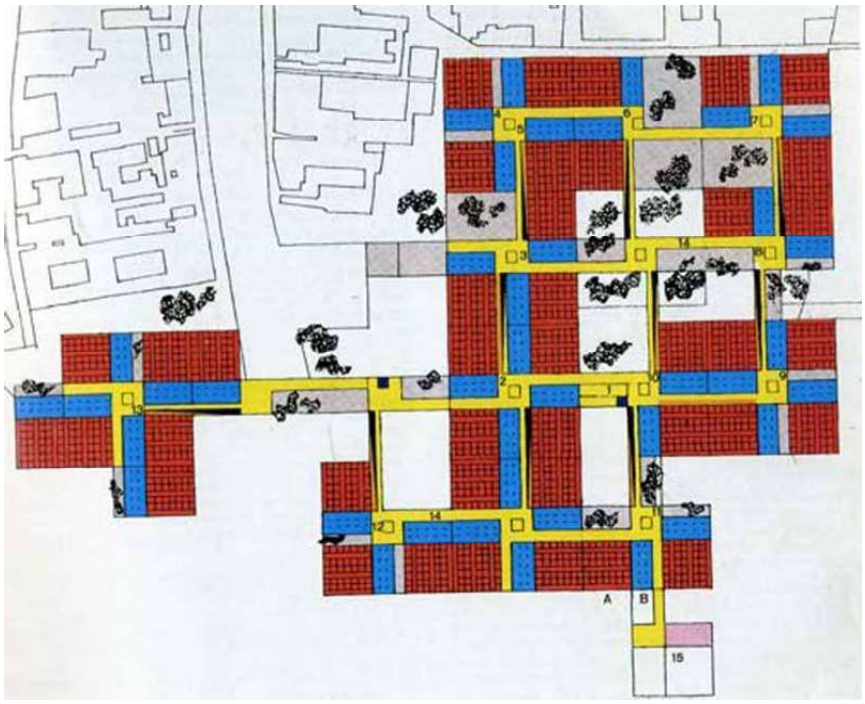


Fig. 46- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta funcional
Amarelo: circulação
Vermelho: quartos dos pacientes

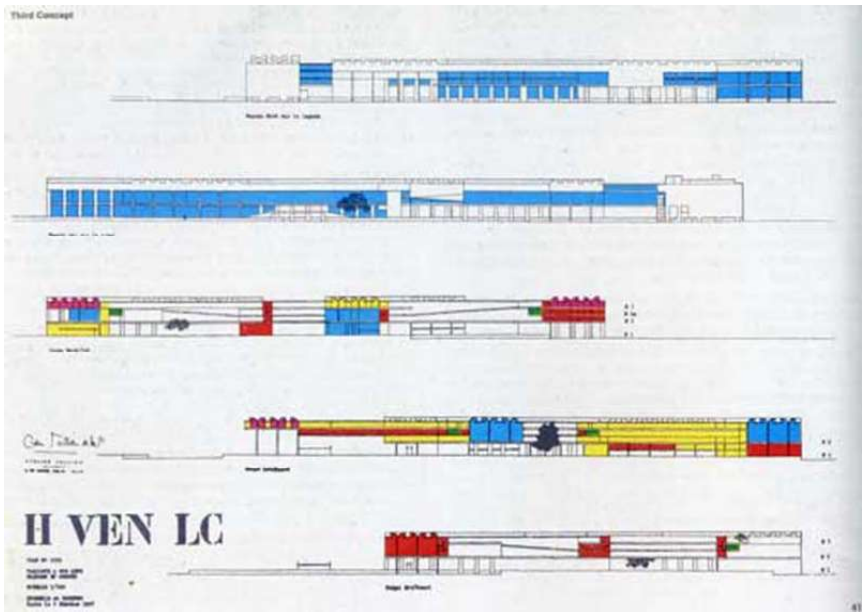
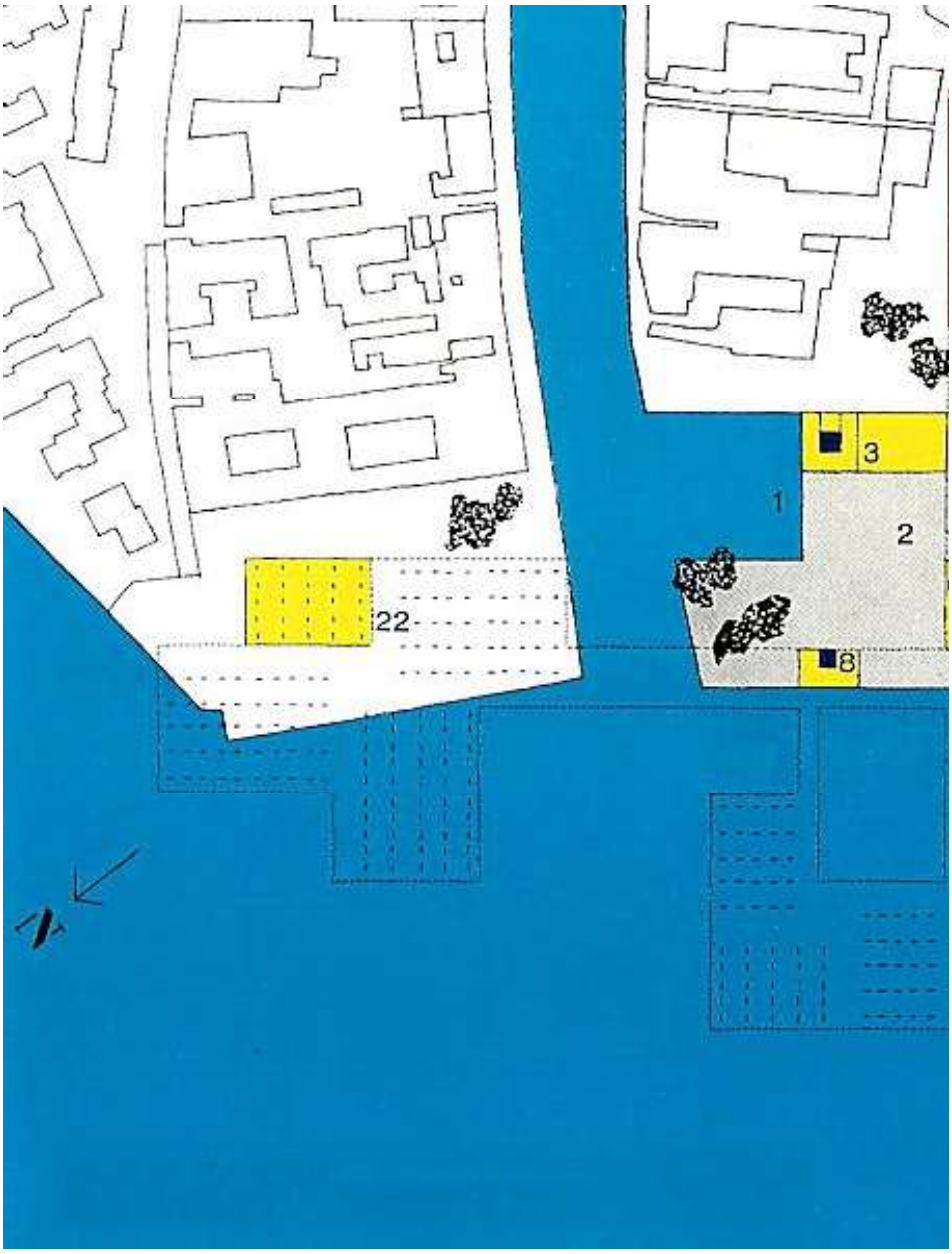


Fig. 47- Le Corbusier: Hospital de Veneza, cortes e alçados


3
1
2
22
8

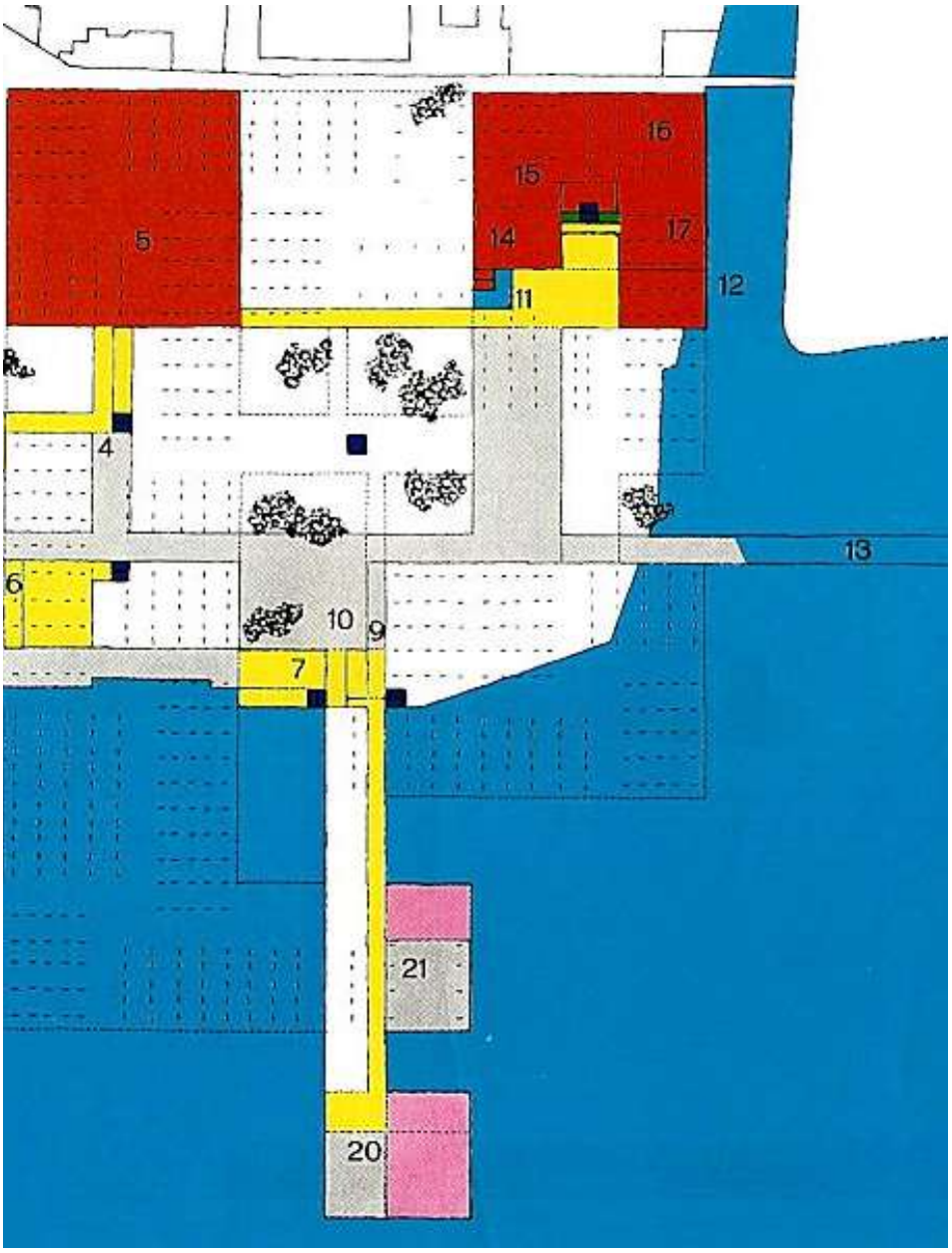


Fig. 48- Le Corbusier: Hospital de Veneza, planta do piso térreo

3.2.3| Nickl & Partner – Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo



Fig. 49- Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo, renderização interior, Nickl & Partner

Nickl & Partner são os responsáveis pelo ambicioso projeto para o novo Centro Multifuncional de Saúde em S. Petersburgo. Este complexo irá funcionar quase como uma cidade, mas respondendo à malha ortogonal da cidade e aos princípios urbanos enunciados.

Este projeto irá consistir, para além do centro hospitalar, de uma área educacional e de investigação, um hotel para visitas e apartamentos para funcionários e estudantes. No total, albergando cerca de 10 000 pessoas, contando com pacientes, funcionários, estudantes (Nickl-Weller e Nickl, 2013).

O centro hospitalar, em si, situa-se na parte Norte do terreno, acedido por uma alameda central ajardinada, a qual o liga às áreas residências a Este e o centro educacional e de pesquisa a Oeste[17].

Em todo o projeto é possível denotar uma clara inspiração pelo plano de Le Corbusier para o Hospital de Veneza, nomeadamente, pela planta modular, consistindo em blocos retangulares interrompidos com pátios centrais e a justaposição de transições verdes entre os variados espaços funcionais.



Fig. 50- Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo, renderização exterior, Nickl & Partner

O equilíbrio ecológico foi uma das principais preocupações dos arquitetos, ao circundarem o complexo com um lago artificial (Nickl-Weller e Nickl, 2013) e criarem o máximo de espaços verdes, incluindo coberturas ajardinadas.

Iniciado em 2013, o projeto ainda se encontra em construção.

17 https://www.nickl-partner.com/en/projects/urban-development/multifunctional-medical-center-st-petersburg/



Fig.51- Centro Multifuncional de Saúde de S. Petersburgo, renderização aérea, Nickl & Partner

Síntese I

Nesta primeira parte, pudemos observar o surgimento da noção de "doença mental" por parte de Hipócrates e a alteração do seu significado ao longo dos séculos: do melancólico afetado pela bílis negra, ao possuído, ao lunático, ao paciente e ao ser humano. Com cada alteração do significado, houve alterações na maneira de como pensar o desenho de equipamentos destinados ao tratamento destes pacientes. Do templo Grego fora da cidade, ao mosteiro medieval, do primeiro hospital aos novos edifícios tecnológicos.

Tais alterações foram promovidas pelos avanços científicos e o entendimento de como cada doença surge, de que forma afeta e como pode ser tratada. É possível constatar que, embora haja uma vasta panóplia de psicopatologias, estas recebem tratamentos semelhantes, com foco nas terapias ocupacionais e atividades lúdico-artísticas produzidas em grupo; como foi denotado nos avanços dos principais hospitais psiquiátricos em Portugal.

Todos estes avanços trouxerem os conceitos de *Healing Architecture*, *Evidence Based Design* e *Wayfinding* ao ramo da arquitetura, facilitando o papel do arquiteto como impulsionador de novas maneiras de pensar e ajudar ou outros.

Tudo isto contribuiu para termos casos de referência relativamente contemporâneos: do Sanatório de Paimio de Alvar Aalto dos anos '20, que privilegiava a orientação solar para ajuda no tratamento dos pacientes, a diferenciação de cor nos pavimentos para facilitar a orientação, como uma iniciativa de *Wayfinding*; a distribuição modular do planeado, mas não construído, Hospital de Veneza de Le Corbusier, que procurava prolongar a quotidiana experiência urbana para o ambiente hospitalar; os desenvolvimentos de Nickl & Partner, embaixadores do movimento de *Healing Architecture*, os quais conjugam toda a evolução precedente, ao mundo contemporâneo, de modo a oferecer a melhor experiência possível ao paciente.

O local de tratamento de pacientes psiquiátricos passou do interior de um mosteiro de pedra, fria e pesada, para um edifício desenhado segundo os mais altos padrões tecnológicos, que oferece um ambiente que rivaliza o de um hotel.

II

domesticidade do ambiente hospitalar

A obra de Hieronymus Bosch não pretende exemplificar a agonia interna dos pacientes que sofram de psicopatologias, por si só, mas mais especificamente realizar uma analogia hiperbólica das relações de tais pacientes com o espaço que habitam.
A não compreensão do espaço, a dificuldade de se orientarem dentro dele, tal como a falta de conforto e correlação própria com o espaço que os rodeia, torna-se a parte mais difícil da vida dos pacientes psiquiátricos. Nomeadamente dos demenciados, pois estes necessitam de compreeensão do espaço mais facilitada que os demais pacientes, devido à sua maior fragilidade mental e física.

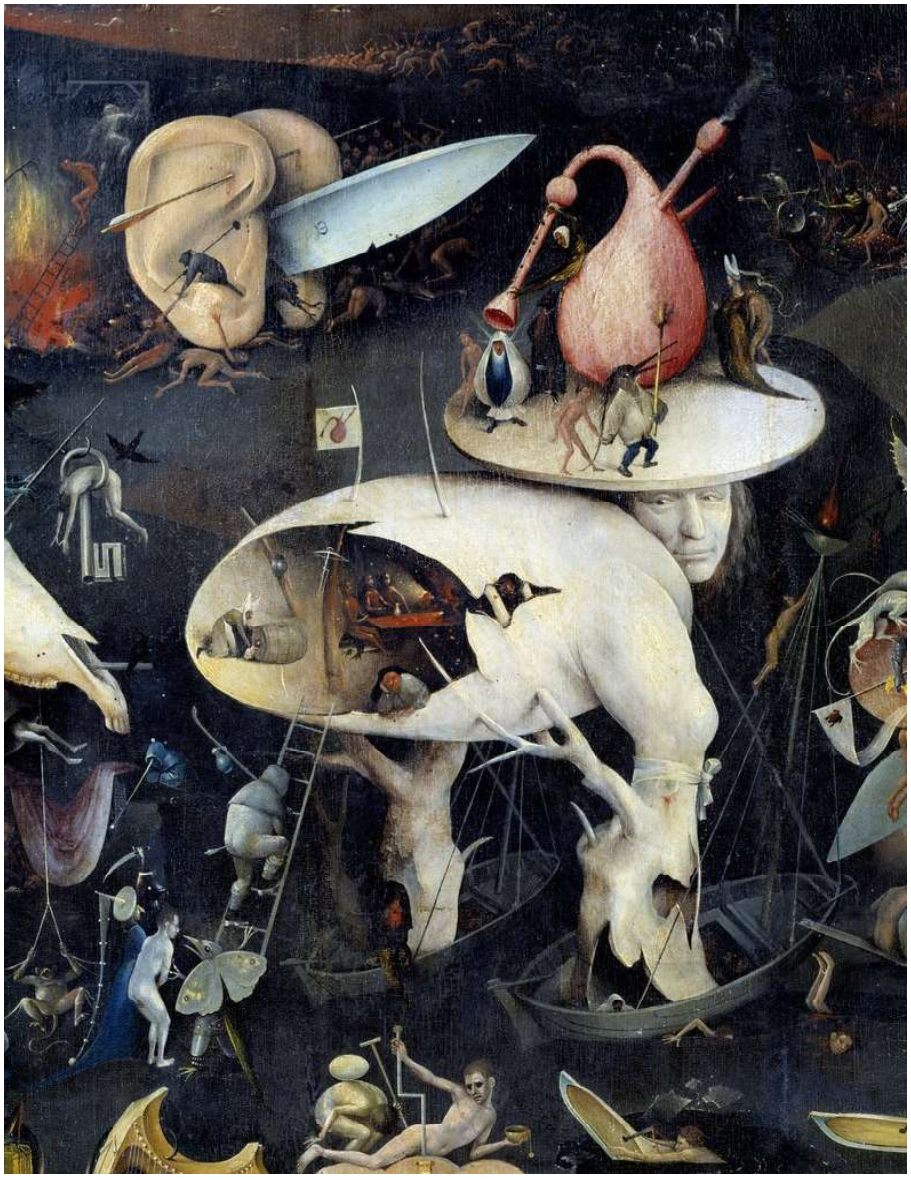


Fig. 52 - *O Jardim das Delícias Terrenas - O Inferno* (1504), Hieronymus Bosch

"A «arquitectura funcional» colocou, sem dúvida, o homem como fulcro da sua razão de ser, mas porque considerou apenas alguns aspectos do homem e não procurou a sua totalidade, ela chegou por vezes ao extremo de a negar, sobrepondo-se-lhe. Também aqui o homem se esqueceu de si prório. Previram-se casas e outros edifícios que serviria, indiferentemente para qualquer homem e qualquer lugar e falou-se do homem «animal geométrico»e de «arquitectura internacional».
Mas contemporâneamente, ou quase, do outro lado do Atlântico, Frank Lloyd Wright lança a sua teoria de uma arquitectura «orgânica»;
para cada homem e para cada local uma casa diferente e opondo-se à importância de que a máquina se revestia no funcionalismo e afirmando que o artista não deve repetir-se, declara que «uma casa nada tem a ver com um automóvel».(…)"

TÁVORA, 2015 p. 42

4| Memória, sensação e perceção

A domesticidade do ambiente hospitalar apresenta-se como a problemática principal a equacionar-se no processo de projeto de um hospital psiquiátrico. Como muitos dos pacientes passarão aqui grande parte das suas vidas, este necessita de ser o mais acolhedor e familiar possível. Esta dificuldade provem do facto de o próprio conceito de "habitar" ser complicado de descrever, pois cada cultura tem o seu ideal do "habitat" humano perfeito.

A arquitetura tem vindo a tentar alcançar um ideal global de habitação, pelos diversos movimentos arquitetónicos ao longo dos séculos, nomeadamente no movimento modernista, com o desenho dos grandes influenciadores como Le Corbusier, Mies Van der Rohe e Frank Lloyd Wright, havendo quase um ideal comum contemporâneo da planta aberta com vastos vãos direcionados para a natureza.

Embora o habitar seja um conceito inteiramente subjetivo, o mais aconselhável, na conceção de qualquer projeto - neste caso de um equipamento de saúde mental - deverá obedecer aos conceitos regionais de habitação[18], de modo a que este tenha a sensação de pertencer ao local em que está a intervir; terá também de estabelecer uma relação simbiótica e respeitadora, para com a Memória do lugar e das pessoas que lá habitam, neste caso, o da Casa Alentejana. Mas antes de se poder entender tal complexo conceito, deverá ser entendido o desenho do espaço pelo método fenomenológica e a importância que as relações entre Memória, Sensação e Perceção têm no desenho arquitetónico.

18 Ver *Anexo V| regionalismo crítico*

4.1| Memória

"Somos essencialmente o que nos lembramos ou o que conseguimos lembrar em algum ponto do futuro"[19]

"We are essentially what we remembre or can remembre at some time in the future."

WILSON, 1984, p. 76

Poder-se-á dizer que a memória é o principal constituinte do ser humano, o fator que irá ditar a nossa personalidade. Como diz Edward O. Wilson[20], "nós somos essencialmente o que nos lembramos". Eventos marcantes na nossa vida, ensino, relações interpessoais, são as funções que irão moldar o nosso cérebro ao longo da nossa vida, nomeadamente durante a nossa infância, enquanto este se encontra em fase de amadurecimento.

No caso de muitas das doenças psiquiátricas, isto é mais do que evidenciado.

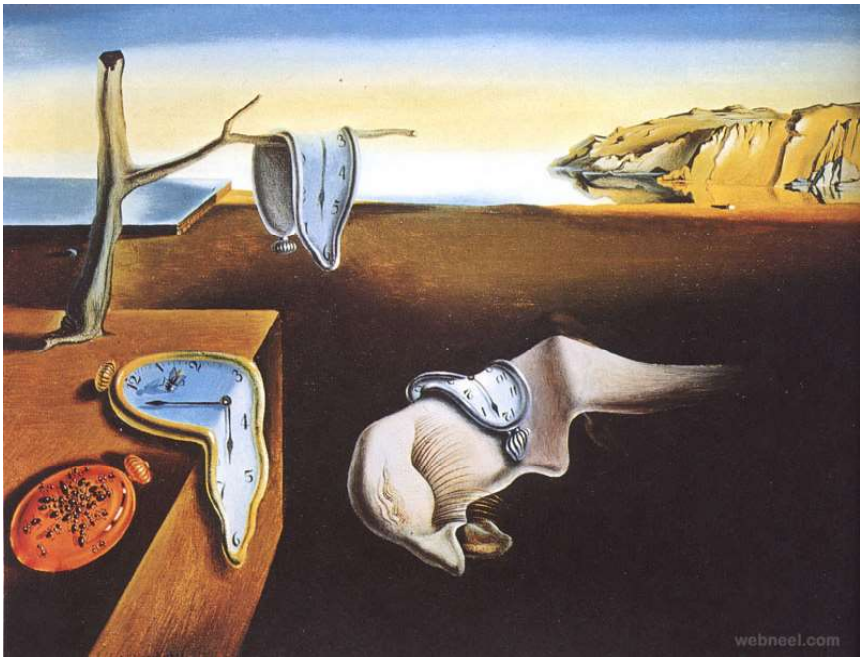


Fig. 53- *Persistência da memória* (1931), Salvador Dali

19 Tradução livre do autor, versão original à direita

20 Edward Osborne Wilson (1929), é um naturalista, biólogo, professor e investigador americano. Entre as grandes teses deste ícone, encontra-se a Biofilía, que será desenvolvida no próximo capítulo. (https://en.wikipedia.org/wiki/E._O._Wilson)

Na psicanálise contemporânea, a personalidade de uma pessoa é descrita como sendo composta pelo Ego, Superego e o Id[21] (Freud, 1923); sendo que a consciência por sua vez, é feita de Memória, Sensação, Perceção, Motivação e Ambição. Quando o cérebro de uma pessoa se encontra transtornado, isto é, sofre de uma doença mental, significa que uma destas partes constituintes se encontra defeituosa. A pessoa encontra-se fragmentada, uma réstia do que era outrora. O fragmento principal em falta, difere de patologia para patologia, na medida em que a Memória se encontra quase sempre afetada.

Devido à fragilidade da Memória, o espaço hospitalar terá que apresentar fatores associativos e remetentes à vida anterior dos pacientes, devido à sua qualidade associativa de eventos e imagens presentes, a umas mais antigas (Wilson, 1984), de modo a que estes se possam sentir mais ambientados aquando da entrada numa instituição psiquiátrica (Nickl-Weller e Nickl 2013). Daí a necessidade de os equipamentos apresentarem um ambiente doméstico e familiar.

Este ambiente poderá ser proporcionado a partir do uso de materiais confortáveis e quentes como a madeira e o tijolo, em vez de painéis metálicos e/ou brancos de carácter frio. No caso de internamentos na área de cuidados continuados, nomeadamente no caso das demências, o quarto é desenhado vazio, deixando o paciente decorá-lo com as suas posses e memórias. Uma essencialidade no desenho para pessoas com mentalidade afetada, é o desenho de elementos marcadores e de referência: o uso de prateleiras com pertences e fotos dos pacientes junto aos quartos (Chrysikou, 2014); uma árvore centralizada num pátio, como ponto de referência; a diferenciação de pavimentos para uso de circulação ou de permanência[22] ou mesmo linhas guiadores de cores vivas, de modo a que os pacientes possam diferenciar os usos do hospital.

21 Id, o instinto natural e mais animal; Superego, o lado crítico e moralista; Ego, é a parte realista e organizada (https://en.wikipedia.org/wiki/Id,_ego_and_super-ego#cite_note-:0-2)

22 Como já analisado no Sanatório de Paimio, de Alvar Aalto

4.1.1| Cultura



Fig. 54 - O *Semeador*(1890), Van Gogh

Não se pode falar de memória, sem se falar de cultura, porque a cultura é essencialmente a memória de um povo - assunto muito abordado no livro *The Silent Language*, de Edward T. Hall (1959).

Já a cultura é um conceito tão abstrato e tão transversal e pessoal a cada povo, a sua explicação por meras palavras escritas é impossível. Como diz Edward T. Hall (1959, p.52):

"A cultura não é uma noção exótica estudada por um grupo seleto de antropólogos nos mares do sul. É um molde no qual somos todos feitos, e que controla a nossa vida diária de diversas maneiras inesperadas." [23]

"Culture is not an exotic notion studied by a select group of anthropologists in the south seas. It is a mold in which we are all cast, and it controls our daily lives in many unsuspected ways."

HALL, 1959, p.52

A cultura é, pois, o nosso molde, não é um estilo de roupa ou um desenho de mobiliário, é uma mistura de história, costumes e ações que nos moldam ao longo das nossas vidas, nos aproximam dos nossos e nos tornam em quem nós somos. Algo que faz parte de um todo maior, que tem uma sensação de pertença, de identidade.



Fig. 55 - *Ceifeiras*, Costa Araújo
Grande parte da herança cultural presente hoje em dia no Alentejo prende-se pela memória agrária e as atividades correspondentes

O efeito de aculturação que se tem desenvolvido nas instituições de saúde, em prol do alto funcionalismo, condiciona, portanto, o sentido de identidade já debilitado no paciente psiquiátrico (Cohen e Day, 2000).

Por esta razão, as instituições de tratamento de pacientes psiquiátricos com deficits cognitivos e distúrbios sociais, incluindo perda de memória e de identidade própria, necessitam de ser desenhados a ter em conta as normas da cultura local, para não haver um choque demasiado grande e desnecessário entre a cultura inerente ao paciente e a cultura do funcionalismo imposta pela nova instituição de saúde.

A introdução de componentes não-forçadas no esquema de tratamento de pacientes psiquiátricos, seja no *layout* dos quartos e espaços comuns, seja por atividades de terapia referentes à cultura do indivíduo, têm demonstrado uma melhoria dos resultados de tratamento médico,

23 Tradução livre do autor, versão original à direita

contrastantes com os obtidos em instituições de saúde aculturais (Cohen e Day 2000). Esta introdução de um design "cultural", tem comprovado a preservação da identidade e autoestima do paciente, a melhoria dos ambientes e interações sociais tal como um reforço mnemónico, entre outros fatores (Cohen e Day, 2000).



Fig. 56 - *Pastor*(1924)

A introdução de padrões culturais nas instituições de saúde não melhora só o processo de recobro por si só, como ameniza a transição do ambiente doméstico para o institucional, tornando o último mais próximo do primeiro, como se fossem a continuidade um do outro, dois polos a funcionarem em paralelo: o doméstico e o institucional.

Se a instituição de saúde é para ser implantada em Portugal, deverá seguir os padrões culturais portugueses; se esta instituição é para ser implantada na Noruega, deverá seguir os padrões culturais noruegueses. Mas dentro das culturas nacionais, temos as culturas regionais e sub-regionais. A cultura da região do Alentejo não é exatamente a mesma da região Norte. Mesmo dentro de um país, o arquiteto deverá ter em conta a cultura regional da localidade onde vai projetar, de modo a não criar um ambiente acultural e desagradável para o paciente.

No caso do Alentejo, o processo de apropriação cultural de um projeto, poderá ser obtido previamente, na fase inicial do projeto, ao se estudar a cultura local, as tradições arquitetónicas locais e atividades históricas. Poderá ser a apropriação da casa-pátio alentejana ao quarto de internamento e atividades tradicionais como a apanha da azeitona ou o artesanato do barro (Sindicato Nacional dos Arquitetos, 1961), por exemplo.

4.2| Sensação e perceção

4.2.1| Introdução à fenomenologia da arquitetura

O conceito de fenomenologia apareceu como uma tentativa filosófica de tentar explicar a relação que o Homem tem com um objeto, a nível sensorial – neste caso com a arquitetura em si, de modo a que esta possa ser explicada em conversação entre diferentes sujeitos. Merleau-Ponty definia a fenomenologia como o estudo das essências da perceção e da consciência; tal como que "o mundo é um campo para a perceção, e a consciência humana atribui significado a o mundo" (Merleau-Ponty, 2005).

A fenomenologia apareceu como uma maneira de refutar/completar o Empirismo e o Racionalismo[24], tradicionais, como uma maneira de melhor perceber o mundo que nos rodeia.

Em termos leigos, a fenomenologia defende que a nossa perceção dos objetos é concebida pelas associações que o nosso cérebro confere a determinado objeto, remetendo-o a uma memória ou experiência passada – explicando a subjetividade de cada experiência espacial – a qual irá efetuar um juízo de valor perante tal objeto referente ao significado que lhe foi atribuído (Merleau-Ponty, 2005), neste caso, espaço.

Após o conceito de Fenomenologia da Arquitetura ter sido aceite por parte dos arquitetos como um facto, este foi tomado em ação por autores de renome, como Peter Zumthor e Juhani Pallasmaa. Zumthor[25] pretende reduzir a fenomenologia à conceção de "atmosferas", na prática arquitetónica, enunciado que para se conceber uma verdadeira atmosfera que desperte os recetores fenomenológicos no Homem, é necessário conciliar alguns aspetos importantes como a tectónica, materialidade, cromática, acústica, temperatura, composição espacial, relação luz-

24 O Empirismo defende que a experiência é a fonte principal do conhecimento, o qual é derivado de perceções individuais; enquanto que o Racionalismo defende que a fonte principal do conhecimento é a razão, e de que não são necessárias perceções sensoriais (Merleau-Ponty, 1945)

25 Peter Zumthor (26 de abril de 1946), é um famoso arquiteto suíçocontemporâneo idolatrado mundialmente. Ganhou o prémio Pritzker, de arquitetura, em 2009. Poder-se-á dizer que a obra mais conhecida, são as Termas de Vals, na Suíça

sombra, etc. (Zumthor, 2009). Pallasmaa[26] adiciona que estes fatores irão ser absorvidos pelo ato de olhar verdadeiramente, não o simples olhar com os olhos, mas o olhar com o "tato do olhar" (Pallasmaa, 2011), que absorvemos as informações sensoriais, primeiramente, pelos olhos, por serem o órgão sensorial mais recente e mais desenvolvido do homem (Hall, 1990), e por se encontrar mais perto do cérebro; no entanto todos os recetores sensoriais executam a sua devida atividade a qualquer nível, da pele altamente sensível, até ao próprio olfato. A luz, a temperatura, o aroma, todos estes fatores são importantes na perceção que o indivíduo terá ao permear um espaço e o significado que lhe irá atribuir.

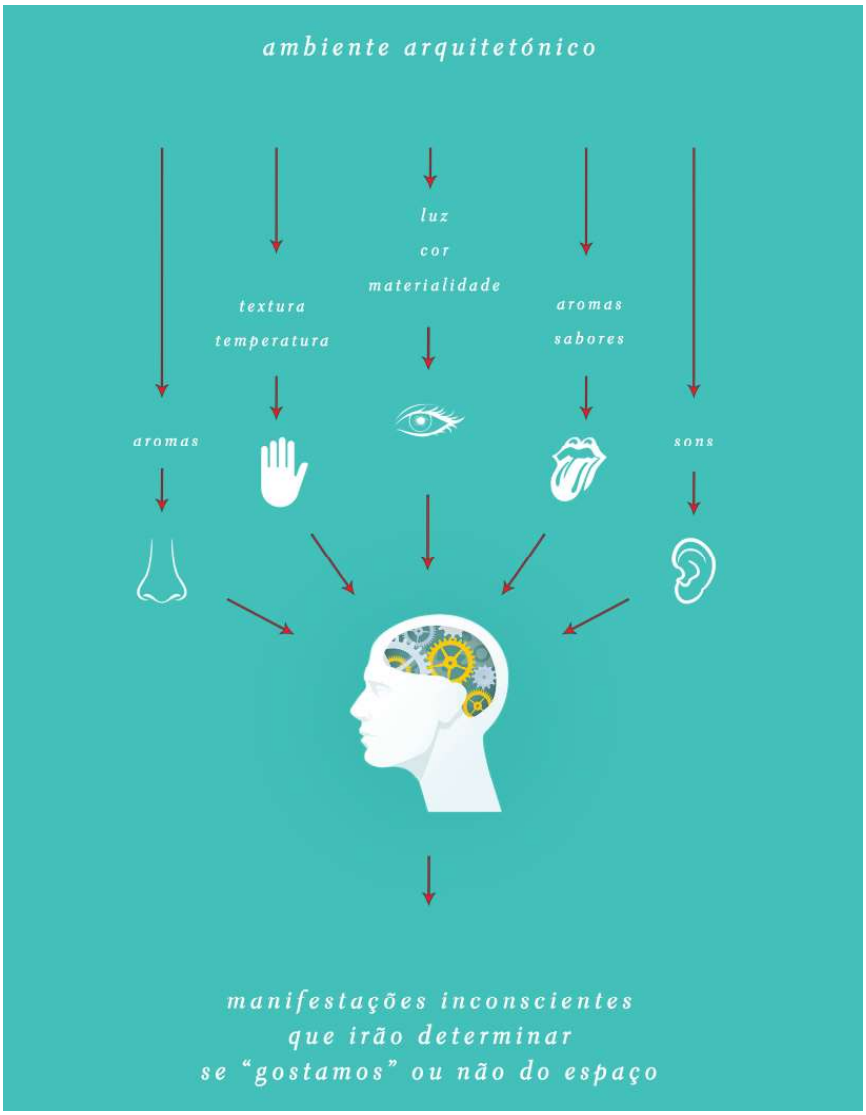


Fig. 57- Diagrama da fenomenologia

26 Juhani Pallasmaa (14 de dezembro de 1936), é um arquiteto finlandês contemporâneo, professor na Aalto University

4.2.2| A esfera social

Entendido o conceito de "Fenomenologia", será mais fácil explicar o da "esfera social". O pressuposto da "esfera social" advém da conceção de que cada ser vivo é envolto por uma bolha, que efetua um limite virtual de proteção social do mesmo. Se algo permear esta esfera, encontra-se dentro dos limites íntimos do ser vivo. No caso dos seres humanos, esta bolha indica-nos quando nos encontramos demasiado perto de alguém, ou então quando alguém nos está a incomodar a privacidade (Hall, 1990), delimita o raio ao qual nos sentimos confortáveis aquando rodeados de multidões, como em concertos, ou num autocarro apinhado. Todos conhecemos esta sensação, de estarmos presos, rodeados, sem nos podermos mexer, sem podermos fugir.

Esta "esfera", ou bolha, é subjetiva a cada indivíduo e à sua própria realidade. A bolha de um indivíduo, digamos, normal ou são, é substancialmente diferente da de um indivíduo que sofra de uma psicopatologia. Um esquizofrénico, por exemplo, terá uma bolha com raio superior ou de uma pessoa não afetada mentalmente, as suas barreiras sociais são maiores do que as desta pessoa. Se se aproximar demasiado do paciente, se se entrar na bolha, ele entrará em pânico, pois a sua privacidade foi invadida e não se encontra confortável, atribuindo a permeância não convidada da sua área privada, a uma situação de alto perigo, semelhante à reação de fuga de alguns animais (Hall, 1990), regressando aos seus instintos mais primordiais.



Fig. 58- Crianças em bolhas de plástico a brincar. Analogia à "esfera social"

Uma forma de entender melhor esta bolha, é de a conceber como uma projeção virtual do sujeito. Ao caminhar por um espaço, um indivíduo projeta o seu ser pelas paredes, captando qualquer informação sensorial através dos seus recetores: olhos, nariz, orelhas, pele, boca. A esfera delimita a área crítica que estas informações começam a afetar seriamente o sujeito. A distância à qual um odor pungente se torna demasiado desagradável, por exemplo, faz com que nos retraiamos de tal fonte. Uma luz demasiado forte faz com que nos afastemos e fechemos os olhos. Um frio intenso faz-nos afastar do lugar e esfregar os braços para nos aquecermos. A sobreposição de duas esferas sociais torna a relação mais íntima, sentimos o calor da pessoa, o odor (Hall, 1990); para alguns

pacientes poder-se-á tornar potencialmente problemático, pela sua área privada ter sido invadida; para outros será bem-vinda.

Ao transpor esta bolha virtual para o desenho arquitetónico, conseguimos entender que diferentes pessoas necessitarão de espacialidades diferentes. Um esquizofrénico necessitará de um espaço mais amplo e desocupado, pois a sua esfera terá um raio maior; um demenciado terá uma bolha menos protegida e com um raio menor, pelo que beneficiará de um espaço aberto, mas no qual possa receber contacto humano. A socialização entre pacientes que sofram de diferentes doenças mentais deverá ser uma ação bastante delicada; enquanto uns prezam a individualidade, outros necessitam de um constante acompanhamento, pelo que a segregação de áreas comuns por patologia, se torna o mais pragmático; mas, neste caso, a palavra "segregação" toma uma conotação desagradável, quase carcerária, ao atribuir uma separação exata entre cada doente. Na verdade, a socialização entre diferentes psicopatologias, deverá ser encorajada, mas não forçada, ao se desenharem áreas comuns que permitam o contacto entre os diferentes pacientes, de forma moderada – pois o homem é um ser social e a dissociação da comunidade traz resultados prejudiciais para a saúde de cada um; poderão ser desenhadas áreas comuns à parte para os pacientes que se encontrem em estado mais grave.

4.2.3| Arquitetura dos sentidos

Mais uma vez é realçada a importância de uma noção fenomenológica da conceção dos espaços. Como foi referenciado, um homem executa uma projeção virtual pelo espaço que habita, recebendo toda a informação que este espaço lhe transmite.

Uma conceção fenomenológica *a priori*, irá facilitar o desenho de uma perceção idealizada para o sujeito, seja pela textura, seja pelo jogo de sombras. Uma textura, colocada no sítio certo, poderá remeter o indivíduo às memórias de casa, seja pela rugosidade da parede caiada, seja pelo soalho polido, pois o entendimento da textura é feito pelas experiências táteis que o sujeito teve ao longo da vida (Hall, 1959). À medida que o homem avança no espaço, irá ser moldado pelas experiências sensoriais que ele recebe e o espaço será moldado pelos indivíduos que o habitam.

Um ambiente escuro poderá ser um indicador que a habitação de um local não é aconselhável, por este se encontrar nas "trevas"; em contrapartida, um espaço demasiado iluminado, torna-se ao mesmo tempo desagradável à vida humana, poderá ferir a visão das próprias pessoas. O equilíbrio entre o claro e o escuro será um dos fatores mais interessantes e importantes, no desenho do espaço arquitetónico, o interesse despertado pelo lugar sombrio e a aversão atribuída a um espaço demasiadamente iluminado (Tanizaki, 2016).

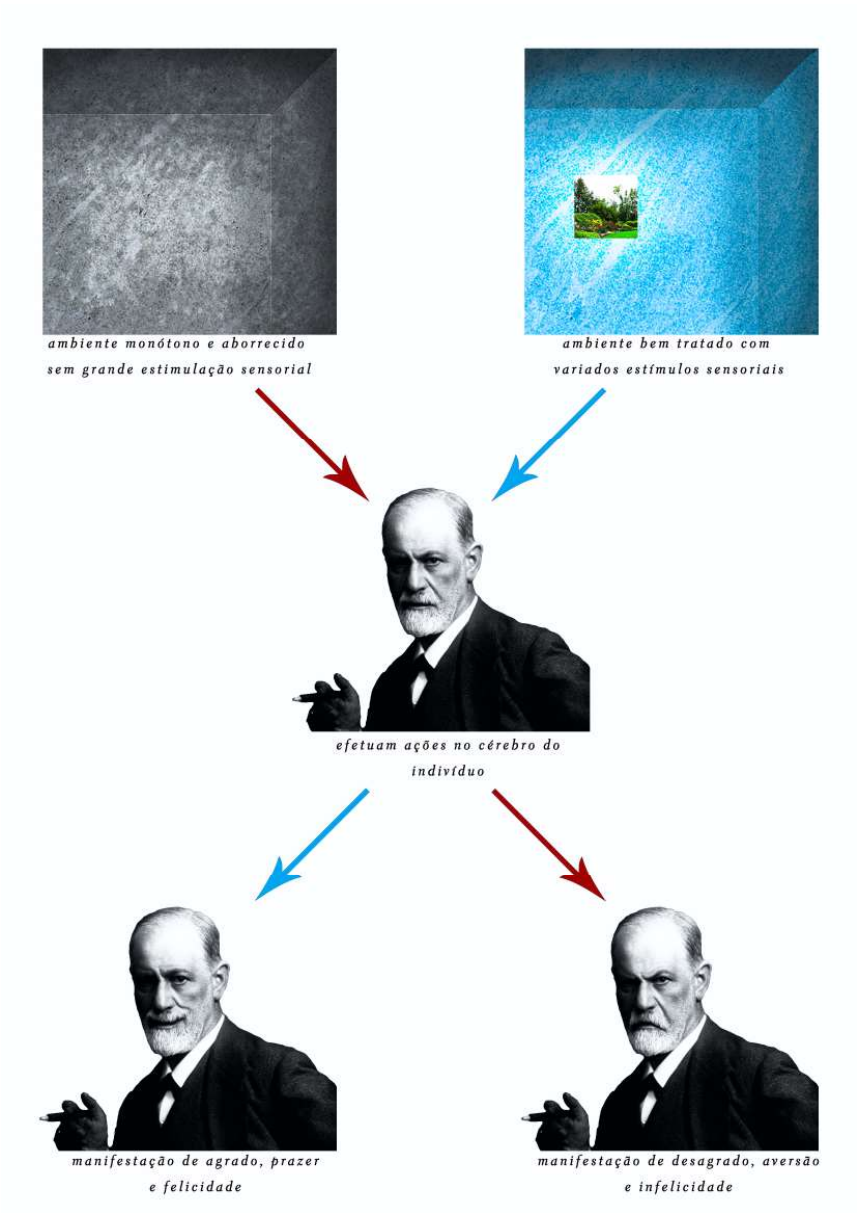


Fig. 59 - Diagrama da sensação

Nós movemo-nos no espaço pela atribuição mnemónica que atribuímos a determinados objetos, atraídos pelo conhecido, toldado pela luz. Uma maneira de facilitar o entendimento do espaço por parte de alguém que se encontre mentalmente fragilizado, é a sobre imposição do conceito de "espaço-fixo". O espaço-fixo define a forma de como tal espaço deverá ser desenhado, como deverá ser feita a organização dos balcões da cozinha, a ordem sequencial dos espaços do hospital – da receção à sala comum, da sala comum aos quartos. Este é um fator que trazemos interiorizados desde a nossa infância, trazido pelas nossas experiências de habitar. Cada espaço que presenciamos efetuará em nós um despertar de memórias internas passadas, que nos permitem afiliar mais facilmente ao espaço e entender como este se organiza (Hall, 1990); pelo que, mais uma vez, o desenho de um espaço não deverá desviar-se muito da tradição da região de intervenção.

No entanto, um conceito de espaço-fixo demasiado rígido, poderá resultar num distanciamento demasiado agressivo entre os pacientes, estabelecendo uma maior separação entre as suas esferas sociais, aumento a ação de segregação. É aqui que entra o conceito de espaço-semifixo. Nestes espaços, o conceito essencial de uma ordem básica pela qualquer tipologia espacial deverá ser desenhada para manter a relação que o homem tem com memórias intrínsecas de experiências passadas em locais semelhantes; porém, é introduzido um novo fator, o de reorganização da mobília existente no espaço para obedecer às ações que irão tomar efeito, nomeadamente em espaços comuns, de modo a sensibilizar a socialização entre os variados pacientes (Hall, 1990). Humphry Osmond definiu os espaços de pouca socialização como "sociofugais", atribuindo esta exclusão social ao desenho da separação física e rígida das cadeiras das salas de espera dos hospitais, contrapondo com a organização das esplanadas em cafés, os "sociopetais", pretendendo, com este desenho, que as pessoas socializem umas com as outras. Osmond defendia que os hospitais deveriam ter mais espaços "sociopetais" (Hall, 1990), de modo a facilitar a socialização entre pacientes e o eventual recobro dos mesmos, tal como melhorar a relação doutor-paciente.

4.2.4| Psicologia da cor

Já foi referida a importância da luz no entendimento do espaço e do seu efeito no indivíduo. Não se pode falar de luz, sem se falar de cor.

Por cor encontramos o espetro de luz visível, situado entre os comprimentos de onda de 380 a 740nm. Embora seja reduzida a uma noção puramente física no nosso percurso pelo ensino básico, a cor é muito mais do que isso. Os seres humanos recebem informações empírico-sensoriais pelas componentes do ambiente em que se encontram. Sabemos que cada uma destas informações desencadeiam uma determinada resposta na psique humana, por isso, seria impensável conceber que a cor não é nada mais do que uma coisa que se vê; há estudos que provam que determinadas cores executam determinadas ações no consciente humano, existindo uma componente psicológica intrínseca à reação do Homem a uma cor específica, que irá influenciar o seu comportamento (Mahnke, 1996).

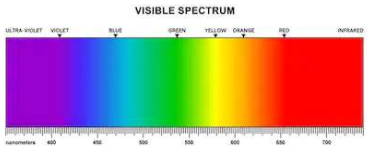


Fig. 60 - Espetro visível

"A cor também faz parte da experiência consciente, subconsciente e inconsciente que é integral ao comportamento humano. A reação humana a uma cor, uma combinação de cores e ao ambiente, é sempre inicialmente psicológica, mas também poderá resultar numa reação fisiológica (...)"[27]

MAHNKE, 1996, p. 6

"Color is also a part of the conscious, subconscious, and uncouscous experience that is integral to human behaviour. The human reaction to a color, a color combination, and to the environment is always initilaly a psychological one, but it can also result in a pshysiological reacton (…)"

Esta ação-reação de observar a cor e despertar algo na mente humana, poderia ser pensado como um ato puramente associativo, como o vermelho nos lembrar o carro do nosso pai, ou o verde dos campos e a casa da nossa avó. Mas estudos na área provaram que cores específicas apresentam um efeito semelhante em qualquer indivíduo (Mahnke, 1996), dependendo da situação mental e cultural de cada um; a sua personalidade em geral.

27 Tradução livre do autor, versão original à direita

Tonalidade

Dentro do vasto léxico da Cor, existem nove tonalidades principais, das quais todas as outras cores se desenvolvem, por meio de diferenciação de valor, tom e saturação (Mahnke, 1996). Cada uma destas tonalidades assume um papel específico quando aplicada na arquitetura, diferenciando as suas ações segundo o plano geométrico em que é aplicada.

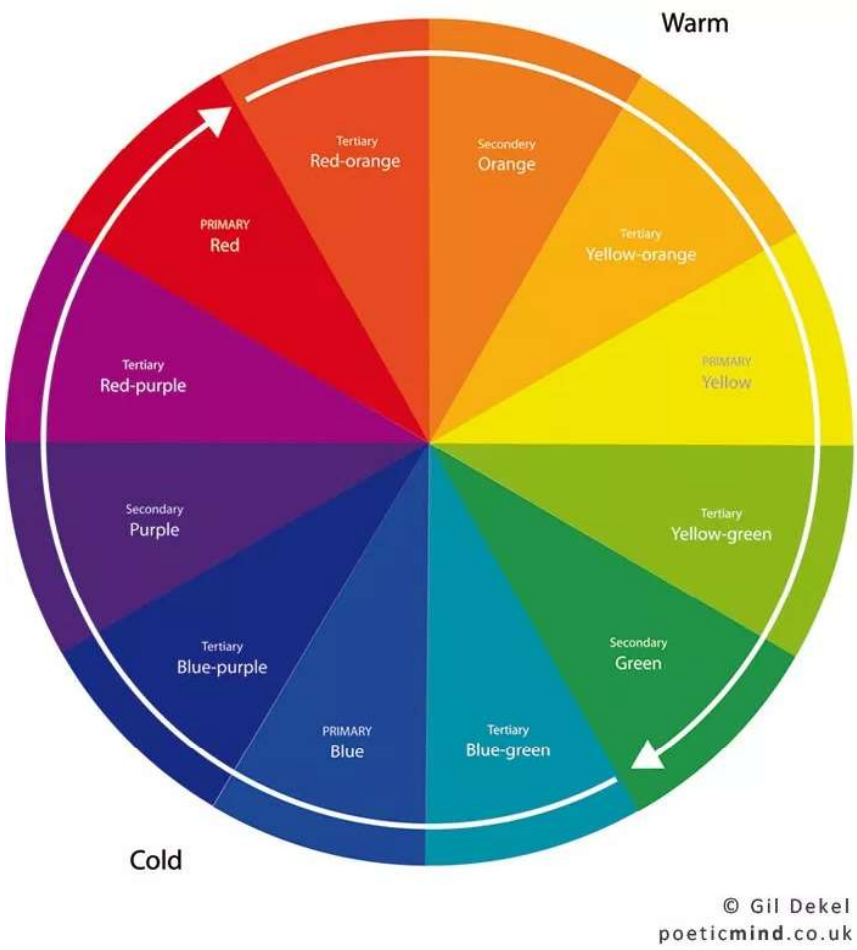


Fig. 61 - Roda cromática

Ambiente

Como referido, determinadas cores produzem determinados efeitos num indivíduo. Por esta razão, o tratamento de cor de determinados espaços, deverá ser pensado consoante a sua utilização. Cores fortes e quentes fazem com que o indivíduo olhe para fora da sala, enquanto que cores suaves e frias, fazem o indivíduo focar-se no interior e concentrar-se no trabalho (Mahnke, 1996). A tonalidade da cor de uma sala também poderá ajudar na perceção do espaço, tornando-o virtualmente maior ou menor, devido às capacidades de absorção e de reflexão de luz de cada cor.

No desenho de ambientes interiores dever-se-á ter em conta a composição harmoniosa entre as cores para se tirar o aproveitamento máximos dos seus valores. Estas harmonias podem ser obtidas pelo uso de um tom monocromático, com variações de tonalidades do mesmo espetro; harmonia entre três cores relacionadas (p. ex.: vermelho, laranja, amarelo); harmonias complementares (utilização de cores opostas); ou ainda sistema de tríades (três cores igualmente espaçadas do espetro) e tétrades (quatro cores igualmente espaçadas no espetro) (Mahnke, 1996). A boa utilização destas harmonias produz uma sensação de equilíbrio e bem-estar no indivíduo que ocupa um espaço envolto nelas.

O branco no ambiente interior

A vasta utilização da cor branca nos interiores deu-se maioritariamente na segunda metade do século passado, utilizado ainda nos dias de hoje para transmitir um ambiente mais tecnológico, puro e higiénico (Mahnke, 1996).

O uso do branco nas instituições de saúde teve o efeito contrário ao desejado. Ao predominar o branco para realçar a ideia de higiene e espaço limpo, retirou-se o conforto do homem da equação, pois o branco é uma cor estéril, que não apresenta qualquer estímulo importante da psique no homem; para além de aumentar o esforço ocular pela sua alta refletividade. Um ambiente completamente branco torna-se demasiado monótono, algo altamente impróprio nos espaços de tratamento de pessoas com debilidades cognitivas que necessitam de estimulação sensorial contante para ajudar nas suas atividades diárias (Mahnke, 1996).

A grande objeção ao branco, para além da falta de provocações notáveis na psique humana, é o grande índice de reflexão da cor branca, e a fatiga ocular associada. Para evitar este efeito, os interiores deverão ter tons médios, de modo a apaziguar a transição entre o espaço iluminado e o espaço sombrio. Os padrões de refletividade para superfícies interiores são de 20% para pavimentos, 25-40% para mobiliário, 40-60% para paredes e 80-90% para tetos. Comparando com os 81 a 94% para cima da cor branca (Mahnke, 1996), notamos que ela é altamente imprópria para ambientes interiores.

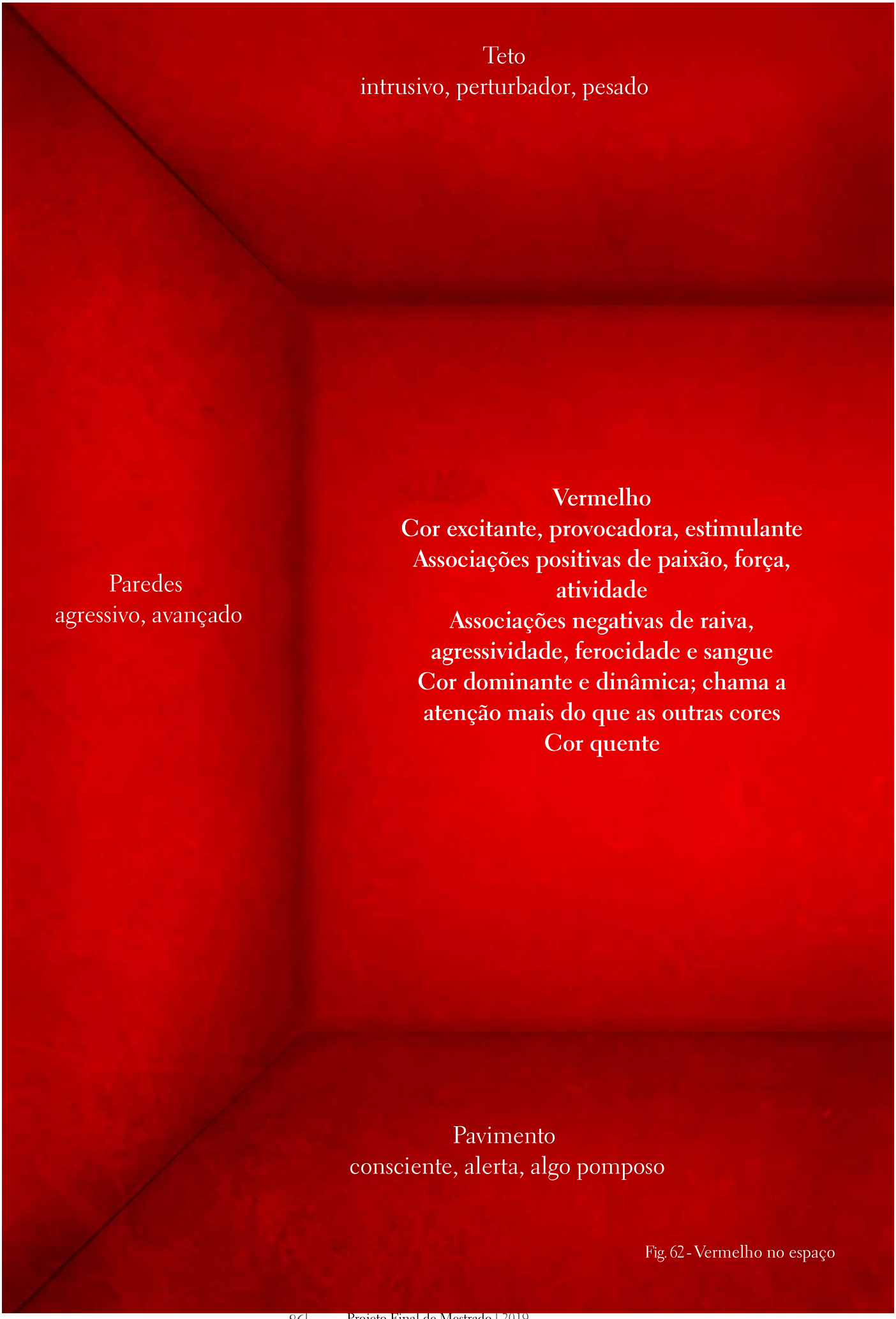


Fig. 62 - Vermelho no espaço

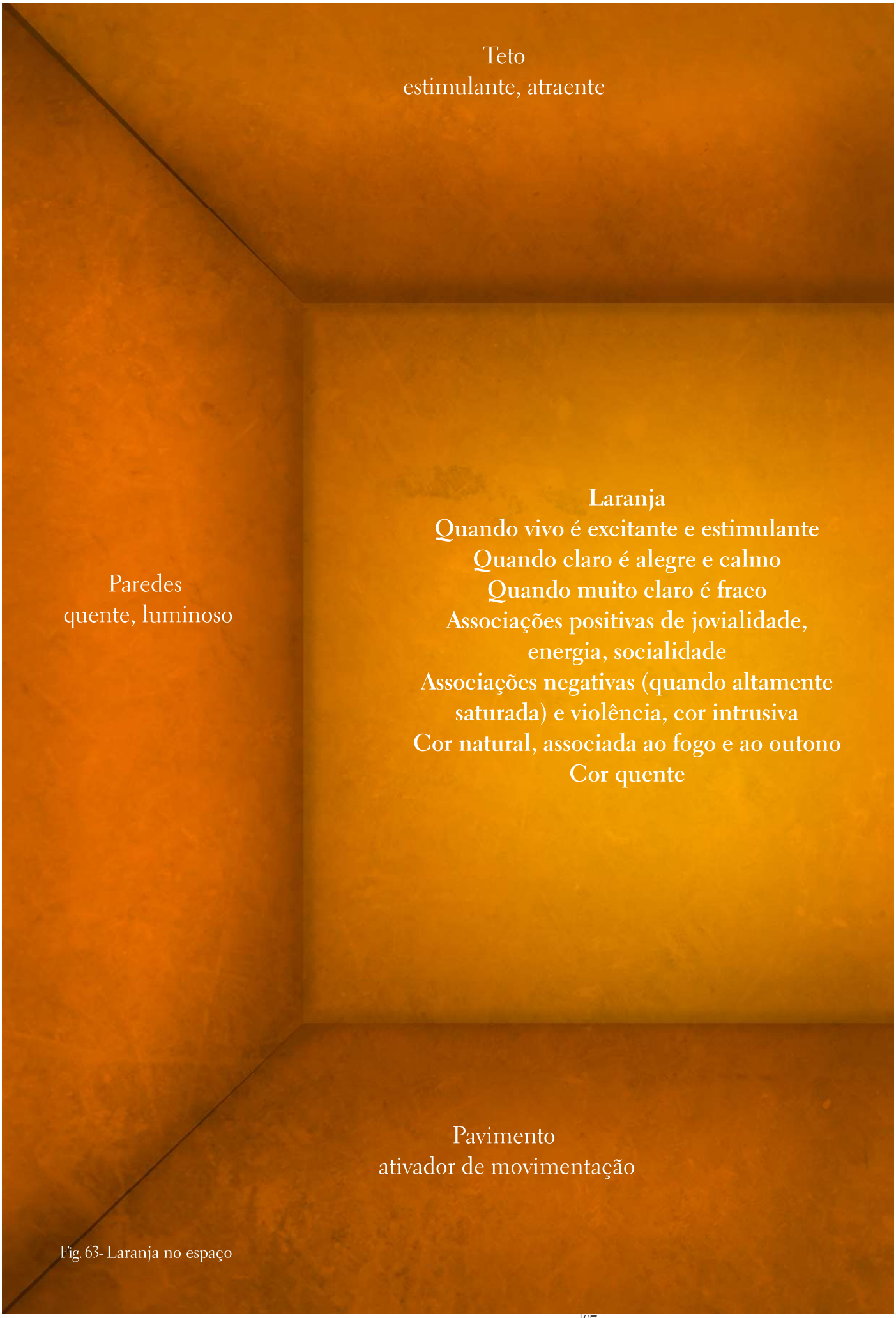


Fig. 63- Laranja no espaço



Fig. 64 - Amarelo no espaço



Fig. 65- Verde no espaço



Fig. 66 - Azul no espaço

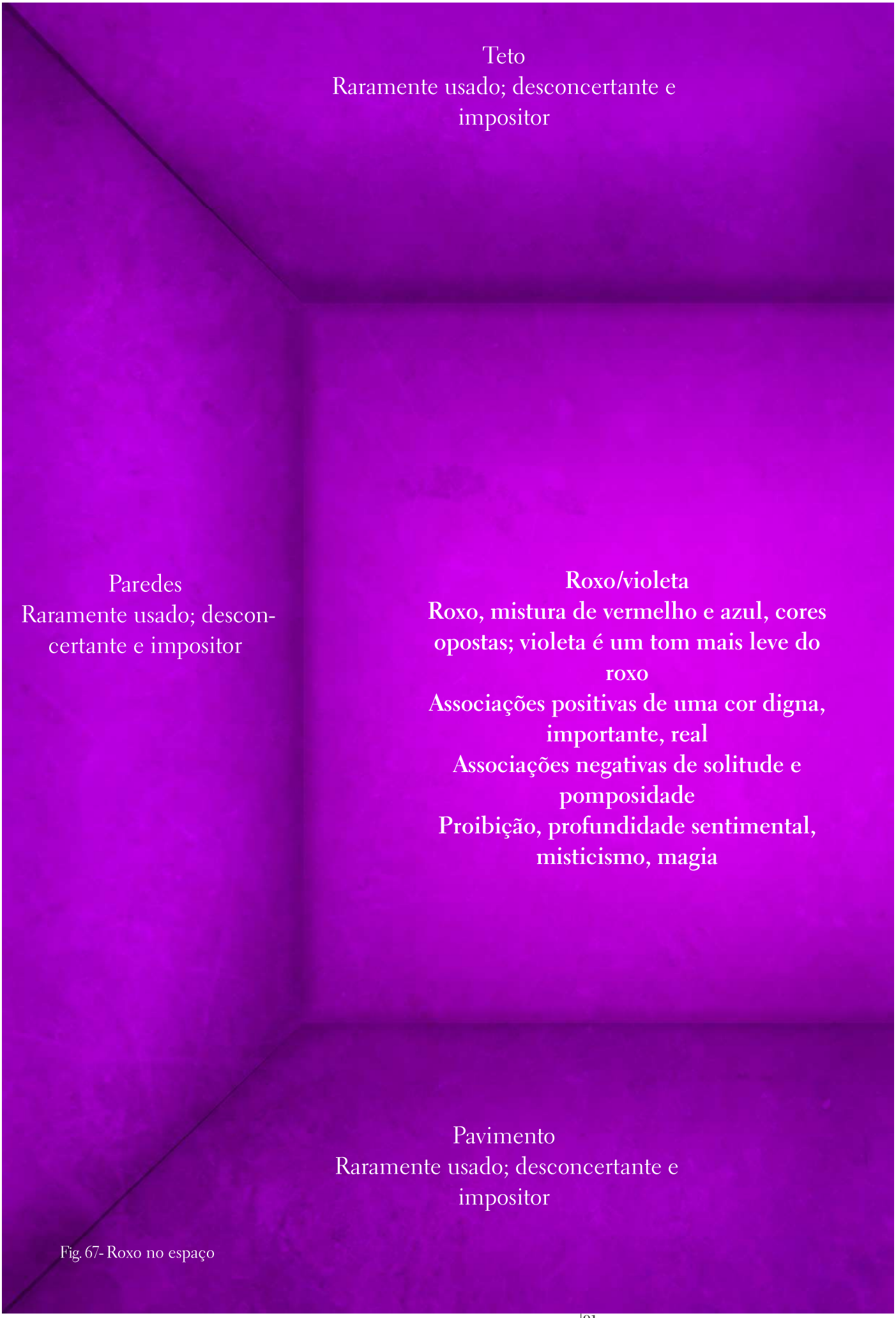


Fig. 67- Roxo no espaço

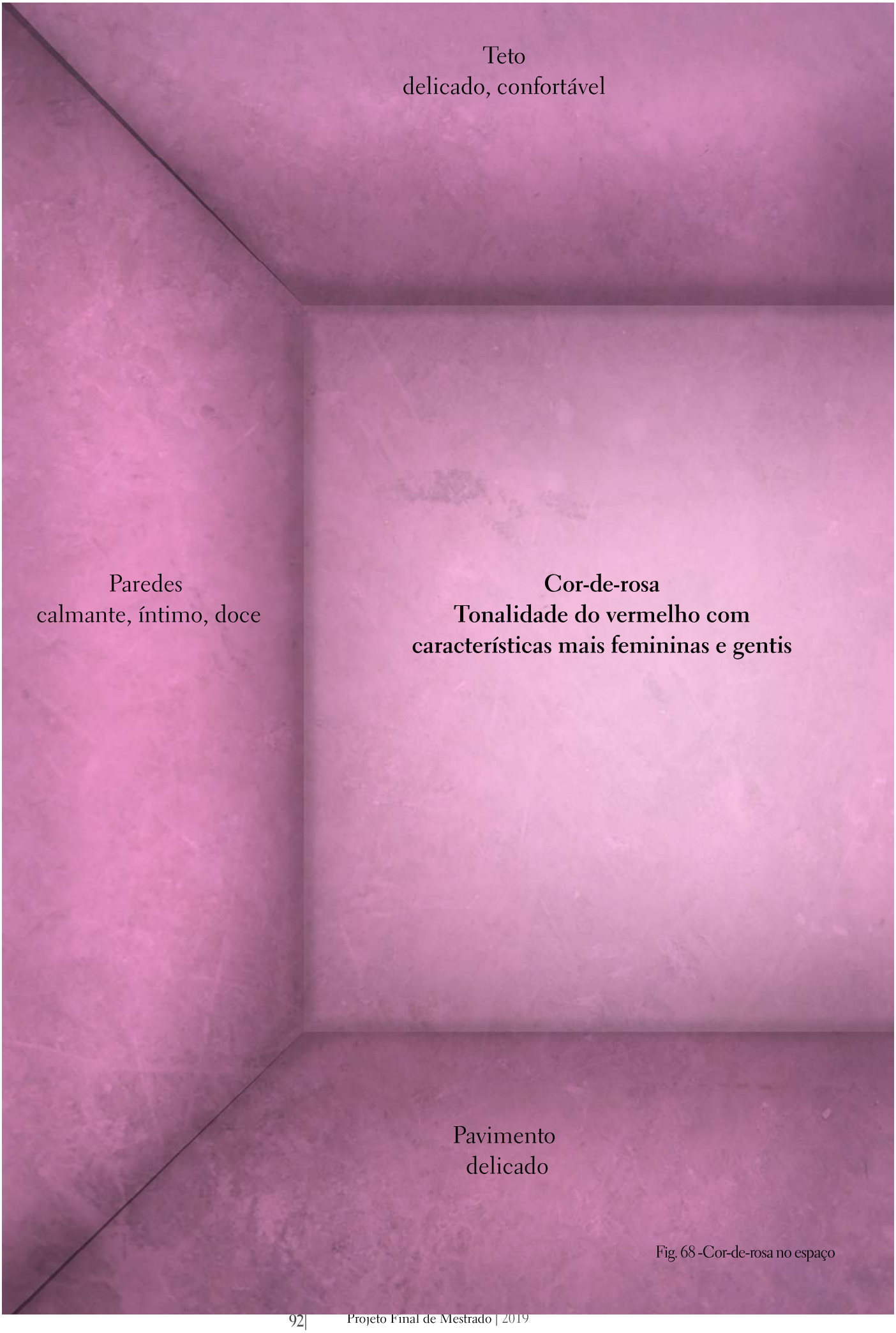


Fig. 68 -Cor-de-rosa no espaço

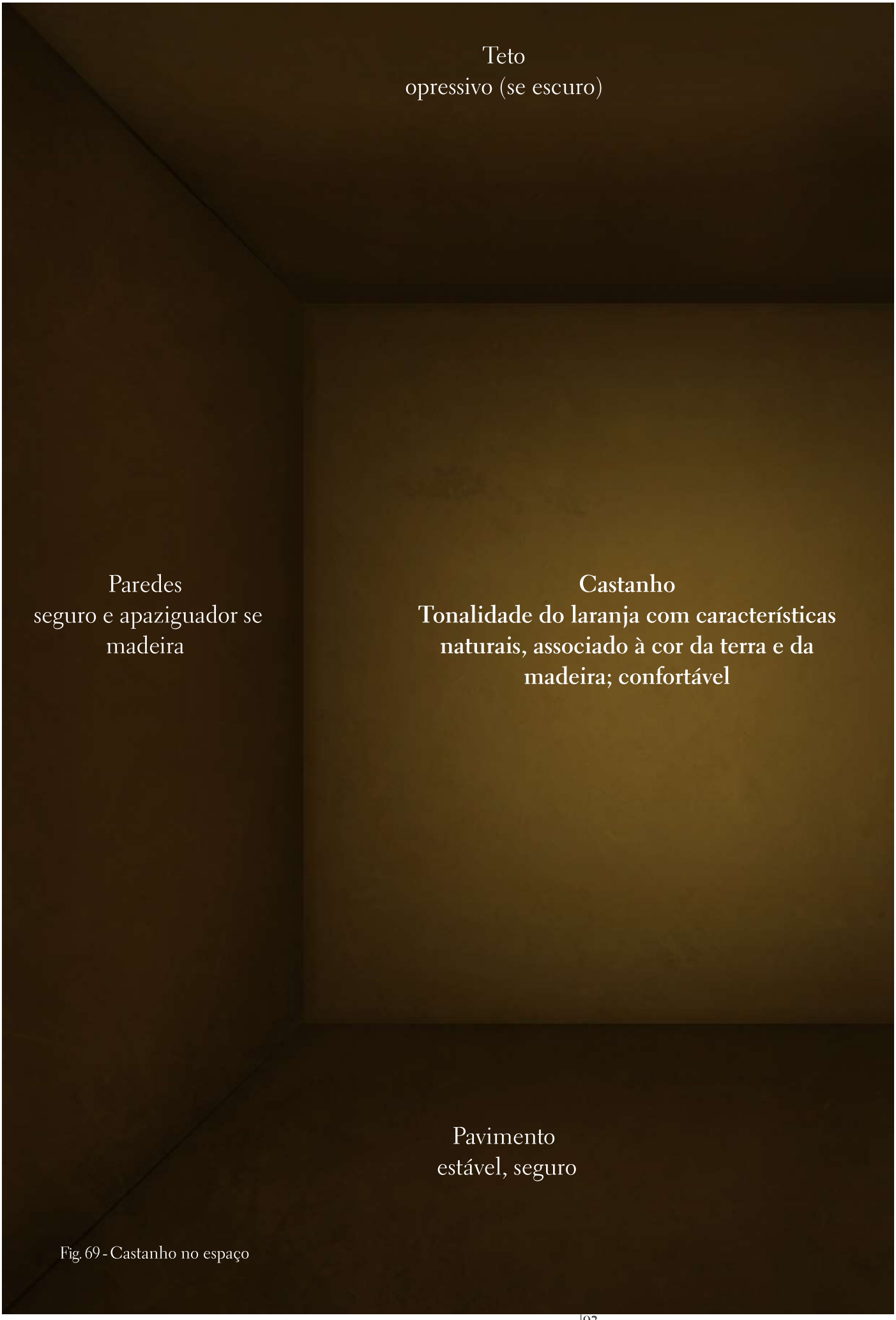


Fig. 69 - Castanho no espaço

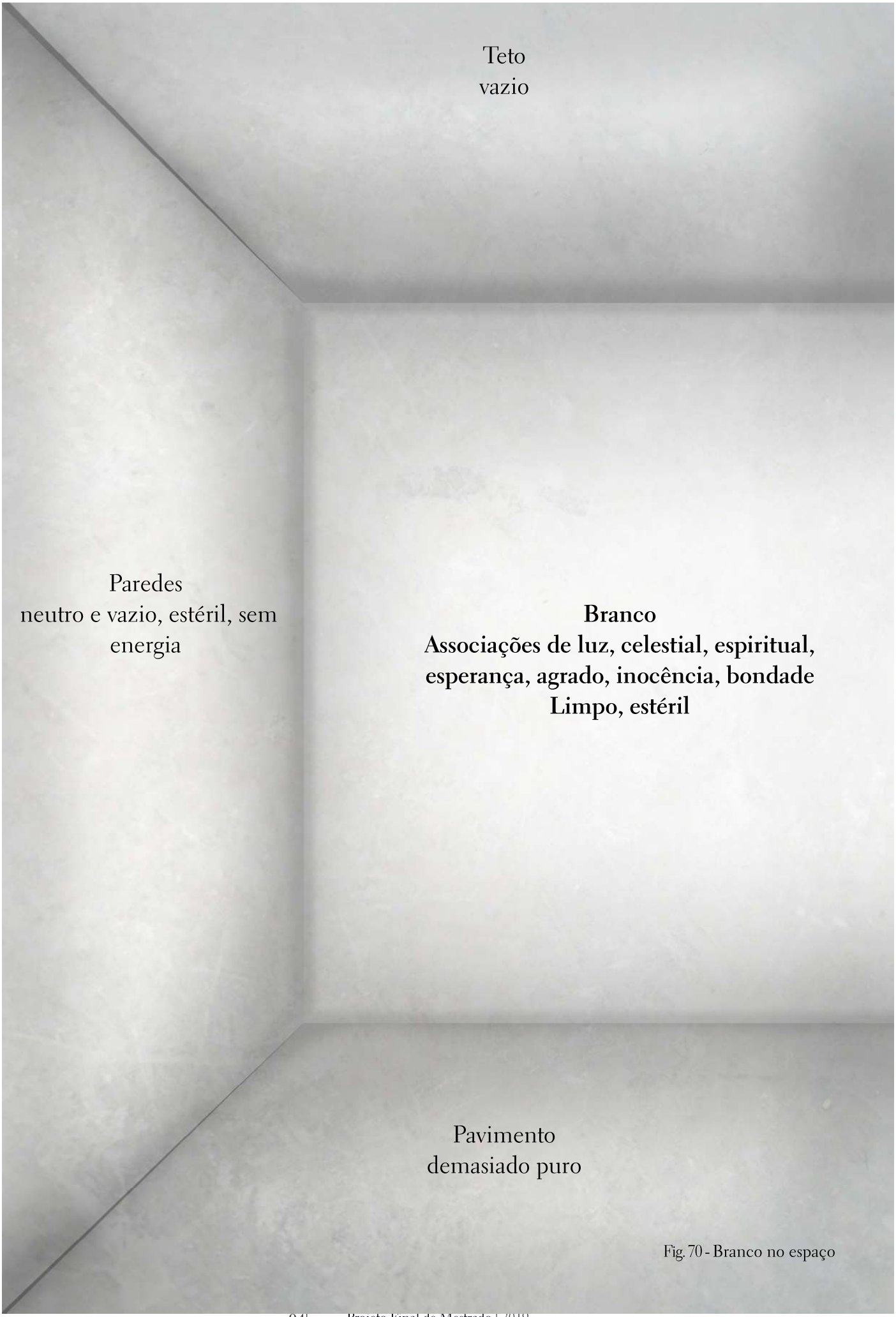


Fig. 70 - Branco no espaço

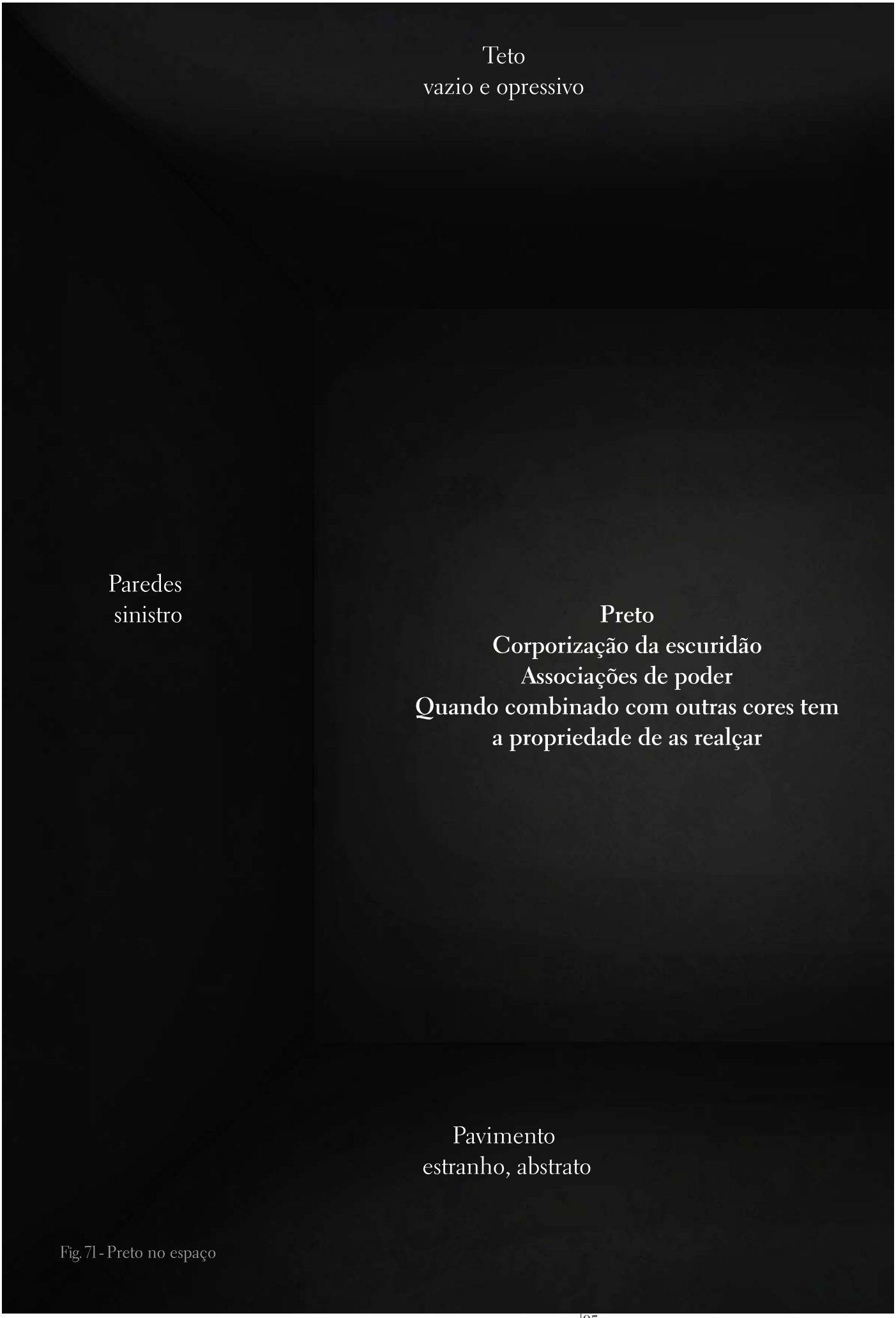


Fig. 71 - Preto no espaço

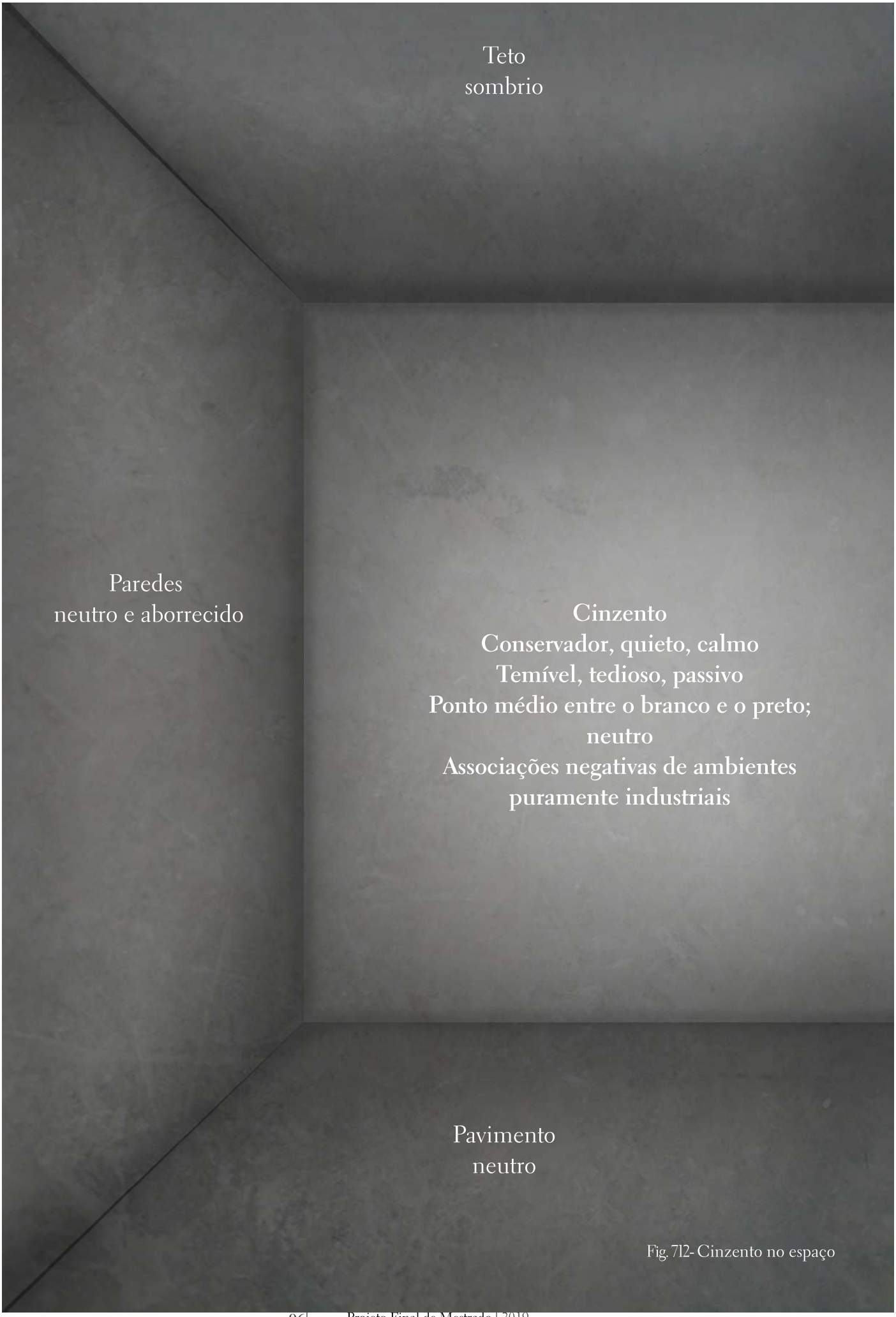


Fig. 712- Cinzento no espaço

A cor nas instituições de saúde mental

"A pessoa enferma está em desarmonia; não só está a harmonia do seu corpo perturbada através da doença, como também a harmonia entre o seu corpo e a sua alma. As suas necessidades e predisposição emocional não são as mesmas de quando não está doente. Os pacientes necessitam de sentir de que não estão só a ser cuidados de uma maneira medicinal, mas também emocional."[28]

MAHNKE, 1996, p.146

"The ill person is in disharmony; not only is the harmony of his body disturbed through his illness, but also the harmony between his body and his soul. His emotional makeup and needs are not the same as when he is not sick. Patients need to feel that they are not being cared for, not just medically, but emotionally as well."

Já foi estabelecido que as cores produzem efeitos específicos no indivíduo e ajudam no processo de recobro do paciente internado. A negação do branco em prol do uso de cor no processo de humanização dos ambientes hospitalares levou a cogitações específicas sobre determinadas cores para determinados espaços.

Este uso de cores específicas deverá promover o processo de recobro, ser uma ajuda no diagnóstico médico, ajudar a luz, etc.

O ambiente não deverá apresentar demasiada informação sensorial (demasiadas cores), de forma a que os pacientes não se encontrem sobre estimulados e piorem a sua situação (Mahnke, 1996).

Os padrões nos pavimentos e nas paredes deverão ser evitados de forma a não alimentar a apropriação alucinogénia dos pacientes; tal como evitar o uso de divisórias de vidro e de espelhos, para não causar maior confusão nos pacientes com déficits de identidade e dificuldades mnemónicas.

A organização dos espaços destes equipamentos, segundo Frank H. Mahnke em *Color, environment, & human response* (1996), deverá ser organizada da seguinte maneira:

Entrada: deverá transmitir amenidade, calor. Semelhante à entrada de um hotel. É a primeira impressão que o edifício vai transmitir ao utente;

Corredores: a cor fria ou quente dependerá da utilidade do corredor. Deverá transmitir sempre uma sensação agradável e calma;

28 Tradução livre do autor, versão original à direita

Quartos de pacientes: deverão ser confortáveis, otimistas e alegres. Devido ao facto de que muitos dos pacientes se encontrarão a maior parte do tempo acamados, o teto também deverá ser colorizado.

Um quarto quente poderá ser laranja, e um frio poderá ser azul-marinho. A tonalidade dependerá da doença, havendo sempre a predileção por cores suaves.

As cores frias deverão ser utilizadas para doentes crónicos, por serem mais relaxantes.

É aconselhável introduzir o contraste de cores quentes e frias num quarto, para não haver uma sensação de monotonia aborrecida;

Postos de enfermagem: dever-se-ão destacar do resto do ambiente;

Gabinetes médicos: deverão ter um ambiente agradável. As tonalidades quentes ou frias dependerão da especialidade;

Salas de terapia: a coloração das salas de tratamento dependerá da ação desejada, como já referido. Para fisioterapia poderá ser uma cor fria, relaxante;

Salas de funcionários: deverão apresentar um contraste com o resto das áreas do edifício, de modo a não recordar o funcionário do stress do trabalho; e fazer com que estas salas sirvam como retiro de relaxamento depois de um longo dia;

Refeitório: deverá ser usada uma cor agradável que produza a sensação de apetite. O mais comum é a utilização de cores facilmente relacionadas com aromas agradáveis, nomeadamente o uso de cores quentes como tonalidades de laranja (pêssego, abóbora) e amarelos quentes;

Pavimentos: deverão parecer estáveis, sem padrões. A cor dependerá da utilidade da sala/corredor (Mahnke, 1996).

Preferência de cores de pacientes psiquiátricos

Personalidades individuais à parte, existem estudos que comprovam que pacientes que padeçam da mesma doença respondem de maneira semelhante às mesmas cores.

Os psicóticos maníaco-depressivos parecem relativamente agradados com cores incomuns, como o roxo, o castanho e o cinzento; preferindo em grau inferior as cores quentes.

Em relação aos esquizofrénicos, parece que eles rejeitam a cor no seu todo, não lhe dando a atenção devida ou porque sentem que as cores fortes são invasão do seu espaço privado. Aparentam preferir o branco, o verde, o castanho, o roxo e cores neutras. Nos testes de Frieling a indivíduos com esquizofrenia, o branco foi escolhido como a cor mais quente e o vermelho como a mais fria (Mahnke, 1996).

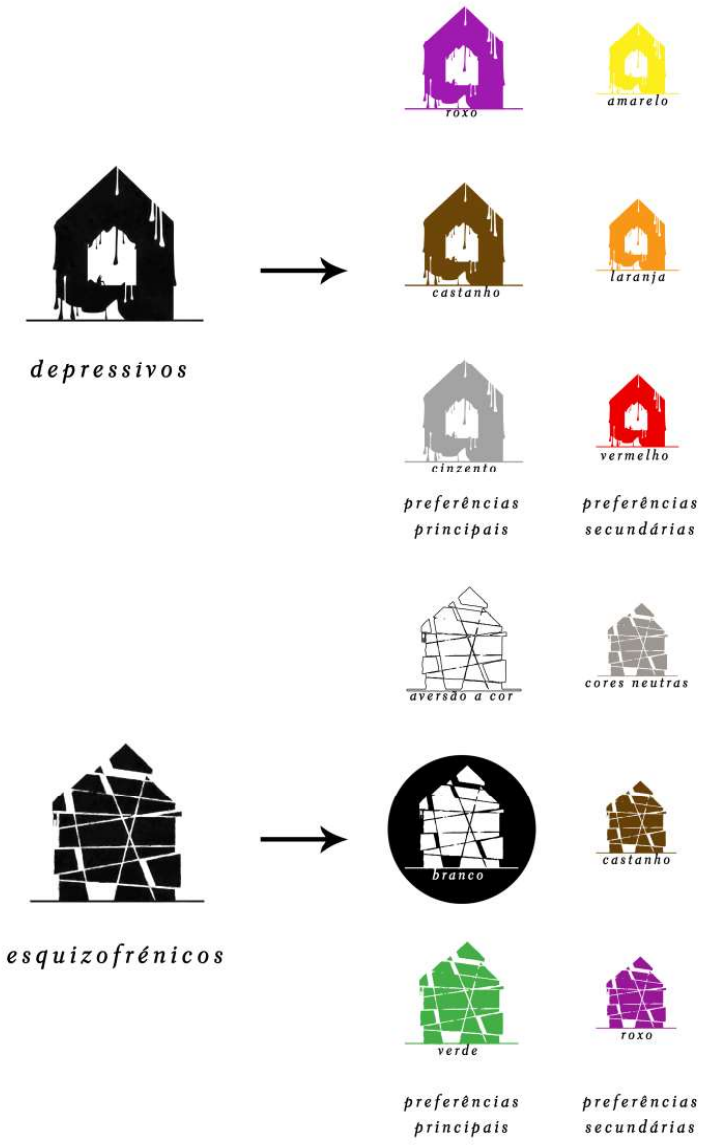


Fig. 73 - Diagrama de preferência cromática - depressão e esquizofrenia

4.2.5| "O olho que tudo vê": observação/proteção



Fig. 74- Exemplo de prisão com panótico

A antítese entre proteção e observação, foi uma questão que sempre problematizou o desenho dos equipamentos de saúde mental; a separação do louco do normal, a proteção do instável do mundo perigoso e vice-versa. Problema que só agravou a relação entre hospitais psiquiátricos e instituições prisionais.

Como o louco era caracterizado como fugindo à norma, era assemelhado ao prisioneiro, sendo-lhe instituídas ações de tortura e subjugação (Foucault, 1975) que lhe retiravam a essência humana, até porque este era considerado como estando possuído. A relação médico-paciente era semelhante ao prisioneiro-guarda, pois a medicina tinha propósitos bastante diferentes dos de hoje.

Como já foi enunciado, o espaço de tratamento de pacientes psiquiátricos evoluiu dos espaços confinados das igrejas, em que estes eram isolados da população e maltratados, ao asilo do século dezasseis que veio introduzir a primeira noção de "louco", até ao hospital domesticado que conhecemos hoje.

A verdade é que as primeiras edificações asilares assemelhavam-se muito às edificações prisionais. Feitas de paredes de maçonaria autoportante e paredes grossas, quartos semelhantes a celas com pouca ventilação natural, espaços comuns impróprios à vida humana (Chrysikou, 2014). Os panóticos do século passado para a sempre-vigilância dos pacientes; a localização afastada dos ermos urbanos… tudo contribuiu para a estigmatização das instituições psiquiátricas.

Mas acontece que quanto mais um paciente se sentir observado e sentir a sua esfera social invadida por um "olhar perturbador", vindo de cima, e quanto mais percecionar as paredes grossas, isoladoras da sociedade exterior, pior será o seu recobro; irá aumentar as reações de stress do paciente, que resultará num agravamento da situação.

Foram sendo impostas várias alterações ao desenho destes equipamentos, de modo a melhorar o recobro e a relação médico-paciente, limitando a subjugação a uma simples confidencialidade e confiança, entre médico e paciente (Foucault, 1954). A instauração de jardins botânicos e estruturas pavilhonares, espalhadas pelos campos, ajudaram a diminuir a força das paredes grossas (Chrysikou, 2014).

Acontece que a proteção é bastante importante no internamento dos pacientes psiquiátricos; estes não se podem magoar – nem a si próprios, nem outros – nem podem pôr em risco a integridade do edifício. Uma das ações para substituir o panótico por um método mais etéreo, foi a utilização de câmaras de vigilância nos corredores e celas de contenção; no entanto, os pacientes continuam a sentir-se observados, agravando o risco de paranoia, piorando o recobro. Outro método mais humano, foi a simples boa-localização de um posto de enfermagem, que pudesse observar as alas de internamento e áreas comuns, sem que os pacientes se sentissem vigiados e pudessem apenas denotar uma "cara amiga"(Chrysikou, 2014).



Fig. 75- Pavilhão de segurança, Hospital Miguel Bombarda

5| Homem, natureza e arquitetura

5.1| *Biofilia*

A atração inata do ser humano a outros seres vivos resume-se a uma palavra: Biofilia.



Fig. 76 Rapariga a brincar com um cão

Todos nos sentimos mais confortáveis em espaços ladeados por elementos vegetais do que em ambientes fechados, sem qualquer vão. Qualquer pessoa se sente atraída a espaços abertos, seja para viajar, seja para relaxar ou fazer uma pausa do trabalho. Os espaços abertos, com relva, árvores e flores, pássaros e borboletas, cheios de sol, fazem-nos sentir bem. Isso é um facto. Tal como o de que nos sentimos atraídos a outros animais, como por exemplo os animais de estimação. A presença de animais de companhia como cães e gatos contribuem para a nossa felicidade, sem exatamente sabermos porquê (Wilson, 1984). Uma prova deste funcionamento é o uso de terapia animal para tratar depressão e solidão (Cooper *et al*, 2012).



Fig. 77- Pessoa a caminhar pela natureza

A teoria da biofilia defende que o facto de nos sentirmos naturalmente atraídos a outras formas de vida, remete às origens da vida na terra em si; aos primeiros seres monocelulares dos quais toda a vida se desenvolveu, evoluindo até atingir a variada panóplia que vemos hoje, através dos meios de seleção natural e coevolução. De certo modo, o mundo continua a funcionar como um grande organismo, cada parte influenciando a outra, e cada uma funcionando dependente da outra.

Outra razão para preferirmos espaços abertos, junto de corpos de água em locais altos, é a da simples memória genética. Os tratos e hábitos inscritos no nosso ADN ao longo dos anos e anos, pelas gerações e gerações de hominídeos. As cidades com prédios altos e ruas abertas fazem-nos lembrar (inconscientemente) das savanas dos nossos antepassados, onde eles aproveitavam a visão segura e desobstruída, fornecida pelas copas das árvores na vasta savana, para observar comida e potenciais predadores. Os corpos de água, lagos e rios, ofereciam-nos segurança de predadores, tal como alimento (Wilson, 1984).

Quando visitamos uma cidade desconhecida, inconscientemente, direcionamo-nos aos edifícios mais imponentes, pois eles lembram-nos das altas árvores da savana; quando marcamos um quarto num hotel, escolhemos um com vista para o mar; quando começámos a construir

as grandes cidades contemporâneas, escolhemos as planícies litorais. Quando encontramos uma construção demasiado densa, interrompemo-la com um espaço verde (Wilson, 1984). A arquitetura biofílica, ou ecológica, está cada vez mais em voga nos dias de hoje.

5.1.1| Jardins terapêuticos

"Na criação de um jardim, o arquiteto convida à associação do reino da natureza. Mas a natureza, por bela que seja, não é jardim se não tiver sido domesticada pela mão do homem, para se criar um mundo pessoal que lhe sirva de refúgio contra a agressão do mundo exterior. A construção e o gozo de um jardim acostumam as pessoas à beleza, ao seu uso instintivo e à sua participação nelas."[29]

CASTREJÓN, 2002, p. 66

"En la creación de un jardin, el arquitecto invita a la associación del reino de la naturaleza. Pero la naturaleza, por hermosa que sea, no es jardin si no há sido domesticada por la mano del hombre, para crearse un mundo personal que le sirva de refugio contra la agresión del mundo exterior. La construcicción y el goce de un jardim acostumbra a la gente a la beleza, a su uso instintivo y a su participación en ellas."

Desde o início do conceito de "hospital", que esta tipologia de edificado apresentou grandes espaços verdes, transversais a todas as culturas do mundo, que serviam como distração para os pacientes internados.

A retração dos jardins dos edifícios hospitalares, decorreu durante o início do século XX, com o advento do funcionalismo, em que os administradores dos hospitais procuravam que os edifícios se aparentassem o mais funcionalistas e tecnológicos possível. O foco no edifício "higiénico" e "funcional" fez com que se abdicasse da relação intrínseca que o homem tem com a natureza. Felizmente, esta prática tem sido revertida, devido ao EBD e à apresentação de estudos que compravam que a presença de ambientes verdes e naturais têm como consequência uma redução de stress e um aumento do bem-estar dos pacientes institucionalizados, tal como um ambiente geralmente mais alegre entre os funcionários. Existem até estudos que comprovam que a presença destes ambientes verdes têm um efeito positivo no recobro do paciente (Ulrich, 2002), levando à conceção da ideia de "jardim terapêutico".

Um exemplo de arquitetura biofílica, que faz grande uso deste jardim terapêutico, é o Hospital Khoo Teck Puat[30], na Singapura. Este hospital

29 Tradução livre do autor, versão original à direita

30 Inaugurado em 2010 pelo atelier RMJM, é hoje um dos principais exemplos de arquitetura salutogénica, tendo sido premiado um total de 14 vezes (Nickl-Weller e Nickl, 2013)



Fig.78- KTP Hospital, foto exterior 1

oferece uma vista desobstruída em todos os seus pisos, sendo que qualquer área plana não utilizada por vãos de vidro, foi coberta por jardins, tanto horizontal como vertical, incluindo coberturas ajardinadas e jardins públicos. Resultando em que de cada vez que o paciente vislumbre pela janela, veja apenas elementos verdes, fazendo-o sentir como se estivesse no meio de uma floresta e não num edifício de intensiva análise e incerteza. Desta forma, para além de os arquitetos terem construído um edifício ecológico na bastante densificada Singapura, também retiraram o estigma associado à transição da vida urbana para o internamento (Nickl-Weller e Nickl, 2013), ao conceberem o hospital como uma verdadeira floresta urbana terapêutica.

5.2| Cultura e natureza



Fig. 79- KTP Hospital, foto exterior 2

Como já referido, a cultura desempenha um papel muito importante no processo de recobro de um paciente internado, neste caso um paciente psiquiátrico.

Sendo assim, o jardim não pode ser desenhado de ânimo leve, deverá ter em conta as espécies locais tanto pelo reconhecimento cultural, como pelas propriedades do solo. A introdução de uma espécie estrangeira num determinado local, poderá ter consequências graves para as outras espécies vegetais presentes no jardim.

No caso do Alentejo, predominam a azinheira, o sobreiro, a oliveira, o carvalho, o castanheiro e o eucalipto, como espécies arbóreas; neste ramo também se podem incluir algumas árvores de fruto como a laranjeira. Cada uma com o seu significado e importância cultural. Como o sobreiro para a produção de cortiça e a oliveira que dá a azeitona para a produção de azeite (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961).

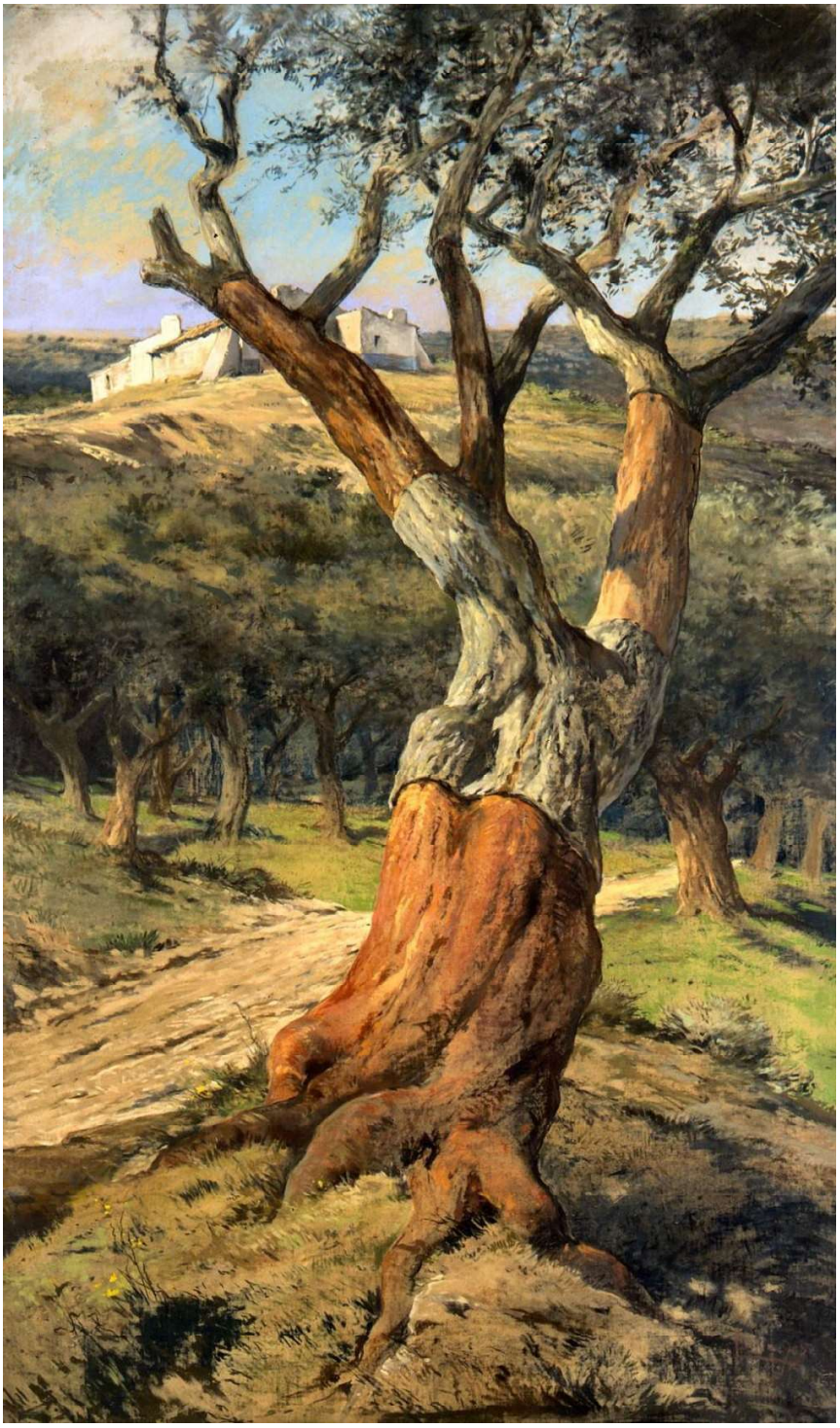


Fig. 80- *O Sobreiro (1905)*, Carlos de Bragança (Rei D. Carlos I)





Fig. 81- KTP Hospital, foto interior





Fig. 82- Savana africana





Fig. 83- Central Park, Manhattan



Fig.84- Azinheira



Fig. 85- Sobreiro



Fig.86- Oliveira



Fig. 87- Carvalho



Fig. 88- Castanheiro



Fig. 89- Eucalipto

5.3| Arquitetura orgânica

Quando alguém ouve falar em "arquitetura orgânica", pensa na arquitetura sinuosa e amórfica de Zaha Hadid; na verdade, Frank Lloyd Wright defendia a arquitetura orgânica como a verdadeira concretização da disciplina.

Wright defendia que o edifício se devia correlacionar com o terreno em termos geométricos e materiais; se o terreno se desenvolvia essencialmente na horizontal, o edifício deveria corresponder ao também se desenvolver na horizontal, aproveitando o máximo ao nível de planta, pretendendo constituir uma relação mais homogénea e de pertença, para com a paisagem pré-existente. Para além de ser desenhado à estética do terreno, deveria ser desenhado à escala do homem.



Fig. 90- Fallingwater, Frank Lloyd Wright
A famosa "Casa da Cascata", uma das obras mais emblemáticas de Wright, foi desenhada como um epítomo da arquitetura orgânica. Ao se sobrepor sobre a corrente de água já existente, produzinda uma justaposição entre a natureza e a arquitetura, com as suas lâminas horizontais a misturarem-se com a paisagem, a sua chaminé vertical a romper as laminas e a respeitar a verticalidade das árvores. Os murmúrios da água a correr debaixo do edifício e os tetos baixos a forçarem uma relação visual com a paisagem, contribuem para a simbiose entre o homem, a arquitetura e a natureza

Um invólucro edificado, desenhado à geometria do homem, torna-se sempre mais confortável do que um edifício à escala dos deuses, com proporções megalómanas; é certo de que a perceção que os pacientes terão do espaço, resultará das proporções do mesmo, uma edifício horizontal, com pé-direito mediano, um pouco acima da cabeça de um homem relativamente alto, é mais acolhedor (Wright, 2017) do que um espaço com pé-direito triplo, pelo qual o paciente não tem controlo do espaço, não consegue "entender" os limites do teto. O espaço não é para ele.



Fig.91- Casa em Monsaraz, Aires Mateus

Simplesmente, é necessário rematar que no desenho do espaço para pacientes mentais, é necessário ter em conta a escala dos seres humanos, desenhar os espaços apropriados a eles – tendo em conta as suas respetivas esferas sociais – uma planta livre, resultará muito melhor do que uma limitação horizontal com libertação vertical, tendo o paciente um maior "horizonte" para perscrutar e estudar; uma ampla visão do espaço irá, com certeza, ajudá-lo a sentir-se seguro, enquanto que num espaço confinado, mas com triplo pé-direito, o paranóico poder-se-á sentir enjaulado, como num poço, cercado, sem libertação possível.

Um bom exemplo de uma arquitetura orgânica que interliga a cultura local com a contemporaneidade é a Casa em Monsaraz, dos arquitetos Aires Mateus. A forte geometria do edifício interliga-se com o terreno de

forma a criar uma relação simbiótica entre pré-existência, paisagem e arquitetura, criando um objeto único que. ao mesmo tempo, consagra os aspetos da casa-pátio alentejana.

Visto que o conceito de "arquitetura orgânica" alberga as relações homem-arquitetura-natureza, também se poderá entender que uma arquitetura orgânica é aquela que se funde com o ambiente. Num contexto urbano isto pode ser alcançado por simplesmente seguir os padrões da arquitetura local, responder à cultura arquitetónica, e desenhar algo que, de facto, pertença àquele lugar.

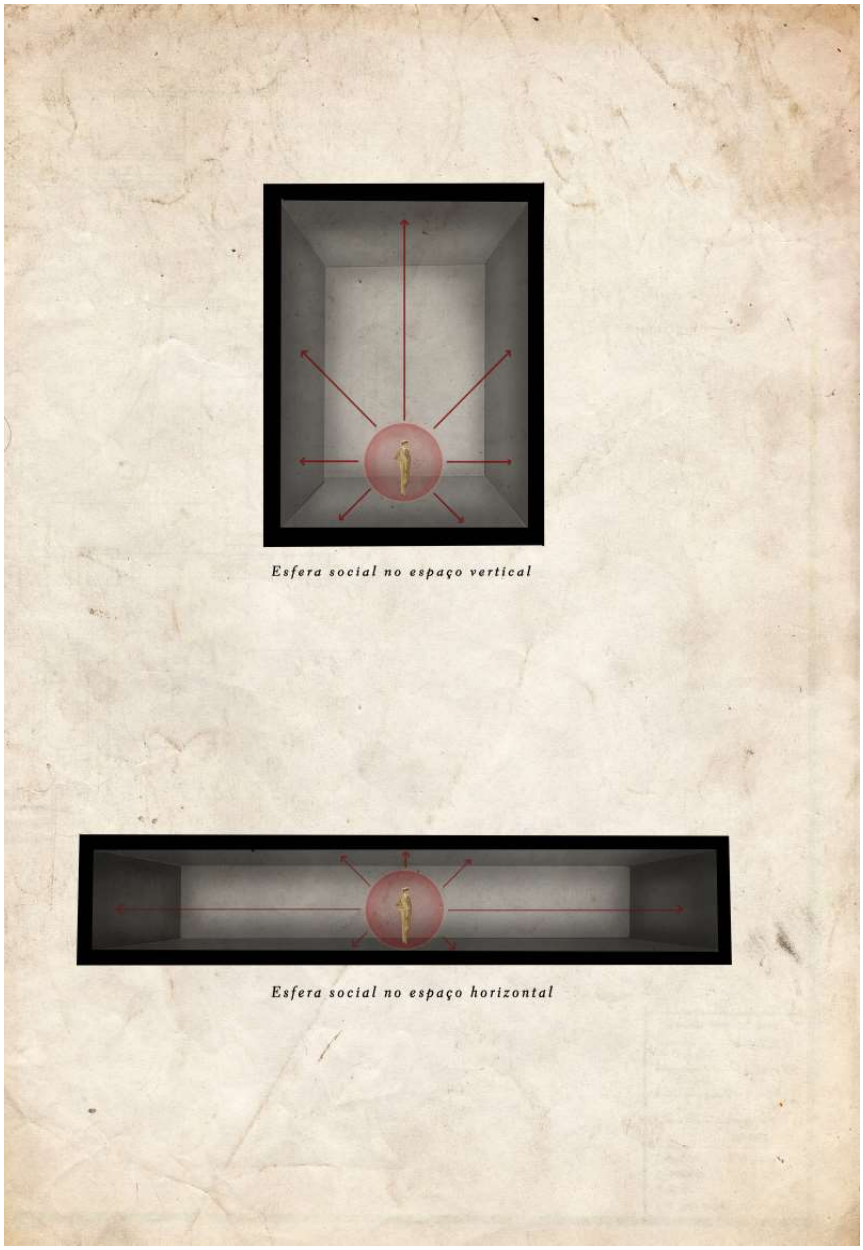


Fig. 92- Diagrama de expansão da esfera social pelo espaço vertical e pelo espaço horizontal

6| A casa

6.1| O habitar

"O espaço é um dos maiores dons com que a natureza dotou os homens e que, por isso, eles têm o dever, na ordem moral, de organizar com harmonia, não esquecendo que, mesmo na ordem prática, ele não pode ser delapidado, até porque o espaço que a o homem é dado organizar tem os seus limites físicos, facto pouco sensível, por exemplo, na escala do objecto mas já extraordinariamente sensível na escala da cidade ou da região."

TÁVORA, 2015, p. 27

O ato de habitar é o ato de se apropriar de um espaço e fazer dele uma extensão do nosso sujeito. Mas o habitar não é só a apropriação do espaço, é também a apropriação do tempo (Pallasmaa, 2018). O tempo do presente, o tempo de ocupar o espaço, a expansão do tempo que é o conceito de cultura.

O habitar é, pois, o uso do espaço; neste caso é a apropriação de um determinado espaço que possamos chamar nosso. A nossa casa. O nosso abrigo.

Do ato de habitar, resulta o "lar". O lar não é um espaço concreto, delimitado por quatro paredes e um teto; um lar é uma expansão sensorial do sujeito para o espaço arquitetónico, composto por memórias, rituais e ritmos (Pallasmaa, 2018) que levamos a todas as habitações que visitamos. O ritual de entrar em casa, fazer o jantar, comer e dormir, etc.

A casa, nomeadamente o lar, é um resíduo mnemónico que transportamos connosco; as memórias das casas em que vivemos (Bachelard, 2008), a memória da nossa casa, da casa dos nossos pais, da casa dos nossos avós.

Gaston Bachelard defende n'A Poética do Espaço, que "*a casa é o nosso canto do mundo*". O único espaço do universo que é verdadeiramente nosso, em que podemos ser nós no sentido mais puro. A nossa primeira casa, a casa da nossa infância, irá ditar o nosso "ideal de casa", que iremos transportar connosco para sempre e questionar toda a habitação que vier depois. A casa é, portanto, um conjunto de imagens e ideais, não

espaço físico; é uma ideia, um símbolo. A nossa casa é o nosso centro do universo, o nosso ponto de referência, o útero que abriga o Homem nas diversas idades. Dentro da nossa casa, encontramos o nosso lar projetado ao nosso gosto.

Parafraseando Victor Hugo, a catedral de Notre Dame, era *"o ovo, o ninho, a casa, a pátria, o universo"* de Quasímodo (Bachelard, 2008). A casa é portanto um refúgio, o lugar perfeito de proteção do mundo exterior (Pallasmaa, 2018).

Encontramos paralelos entre a personalidade de um sujeito e o espaço que habita em várias obras literárias, nomeadamente *The Fall of the House of Usher*, de Edgar Allen Poe, em que a mansão é uma casca representativa do estado melancólico de Roderick Usher, acompanhando a sua constante descida no estado de melancolia neurótica até ao fim eterno em que a casa acompanha o seu dono na autodestruição.

"(...) estava a passear sozinho, montado a cavalo, através de um troço unicamente lúgubre, e a uma certa distância encontrei-me, à medida de as sombras da noite se aproximavam, com vista para a melancólica Casa de Usher. Não sei como aconteceu - mas, com o primeiro vislumbre do edifício, uma sensação de tristeza imensurável impregnou o meu espírito. (...)"[31]

POE, 1839, p. 3

"(…) I had been passing alone, on horseback, through a singularly dreary tract of country, and at length found myself, as the shades of the evening drew on, within view of the melancholy House of Usher. I know not how it was – but, with the first glimpse of the building, a sense of insufferable gloom pervades my spirit. (…)"

Mesmo antes de entrar dentro da mansão, podemos denotar que o protagonista pressentia que o seu amigo não se encontrava num estado mentalmente saudável, e que de facto algo de grave estava a acontecer.

Quando um sujeito perde a sua casa, perde esta ligação intrínseca com o edifício em que espalhou a sua identidade e o tornou como um novo membro, uma expansão do corpo. Perde uma parte de si próprio. Por essa razão é que a sensação de perda da nossa casa é equipada à perda de um familiar (Pallasmaa, 2018)

31 Tradução livre do autor, versão original à direita



Fig. 93 - Típica casa alentejana, exterior



Fig. 94 - Típica casa norueguesa, exterior



Fig. 95- Diagrama das eternas relações entre o sujeito e a habitação e as ações que um tem no outro

A nossa ideia de habitar corresponde diretamente à nossa identidade cultural. Cada cultura tem os seus padrões e rituais próprios de como ocupar o espaço, por essa razão, é que encontramos tão variados tipos habitacionais pelo mundo fora. A casa portuguesa não é a mesma que a casa norueguesa, e a casa norueguesa não é o mesmo que a casa marroquina. No entanto, se pedirmos a uma criança europeia para desenhar uma casa, o resultado será sempre duas paredes, duas águas, uma porta, uma janela e uma chaminé. Este é o símbolo da casa, que nos permite identificar qualquer edifício como tal.



Fig. 96- Mies Van der Rohe: Farnsworth House, exterior

Temos um caso muito conhecido na história da arquitetura de uma habitação desenhada pelos padrões estéticos do modernismo, que ignorou por completo a simbologia da casa e a identidade cultural. Trata-se, obviamente, da Casa Farnsworth de Mies Van der Rohe, levando inclusive a um processo judicial por parte da cliente, que nunca "se sentiu em casa" (Pallasmaa, 2018).



Fig. 97 - Típica casa alentejana, interior

"(…) e compreende-se que o fenómeno de "resistência â mudança" seja considerado pelos sociólogos do desenvolvimento como um obstáculo ao arranque e tanto mais sensível quanto mais fortes são as raízes culturais tradicionais (…)"

PORTAS,2008, pp. 77-78

A nossa ideia de casa, a nossa raiz cultural, as nossas tradições, as nossas memórias ajudam a explicar o porquê de o espaço hospitalar ser um espaço tão desagradável. O hospital é um espaço sem identidade própria, anónimo, sem dono. O hospital funcional não corresponde a uma cultura, apenas ao puro funcionalismo branco e estéril. Como já foi visto, o paciente psiquiátrico, nomeadamente o demenciado com as suas dificuldades cognitivas, mantém os seus padrões culturais e simbologias mais importantes. Ao manter o símbolo da casa típica, este irá poder identificar o espaço como tal, e amenizar a transição para o novo espaço.



Fig. 98 - Típica casa norueguesa, interior

"Ao entrarmos em qualquer casa é interessante e agradável sentir que não estamos em lugar público, que se entra na casa de alguém, que a individualidade do proprietário se reflete na moldura que lhe serve de habitação (…)"

LINO, 1998, p. 25

A instituição de saúde em todo o seu anonimato, não apresenta o abrigo do nosso lar nem o conforto da casa de um amigo. Para estadias temporárias, o efeito não é muito grave, pois estamos conscientes que estamos num espaço de recobro. No caso de estadias permanentes, neste caso em



Fig. 99- Mies Van der Rohe: Farnsworth House, interior

unidades de cuidados continuados para pacientes psiquiátricos, é muito importante que o edifício anónimo e puro, garanta uma identidade própria e vivida, confortável.



o edifício anónimo, sem identidade própria cria desconforto e insegurança



o quarto individual, desenhado segundo os padrões culturais, ameniza a transição e traz mais conforto

Fig. 100 - O espaço comum e anónimo vs. o pessoal e individualizado

Quando o paciente é levado do seu lar, da sua casa perfeita, da sua casca; perde a sua proteção do mundo exterior, e encontra-se num estado sensível e perturbado. Somando à transição do lar para o internamento anónimo, o choque poderá ser muito grave e irá piorar a acomodação do paciente ao seu novo espaço, tal como o processo de recobro e resultados médicos.

Aqui podemos levar o tratamento por cultura ao seu extremo, ao implantarmos os ideais da casa correspondente às origens culturais do indivíduo. Mesmo que o indivíduo seja levado da sua casa, irá transportar consigo os seus ideais de como a casa deve ser desenhada, os seus ritmos diários, a organização das funcionalidades da habitação. Ao se preparar o espaço para tais pessoas desde a génese do projeto, esta transição será facilitada, o paciente irá conseguir transmitir os seus ideais às paredes de forma a que estas possam responder de forma acertada e aceitem o seu novo inquilino.

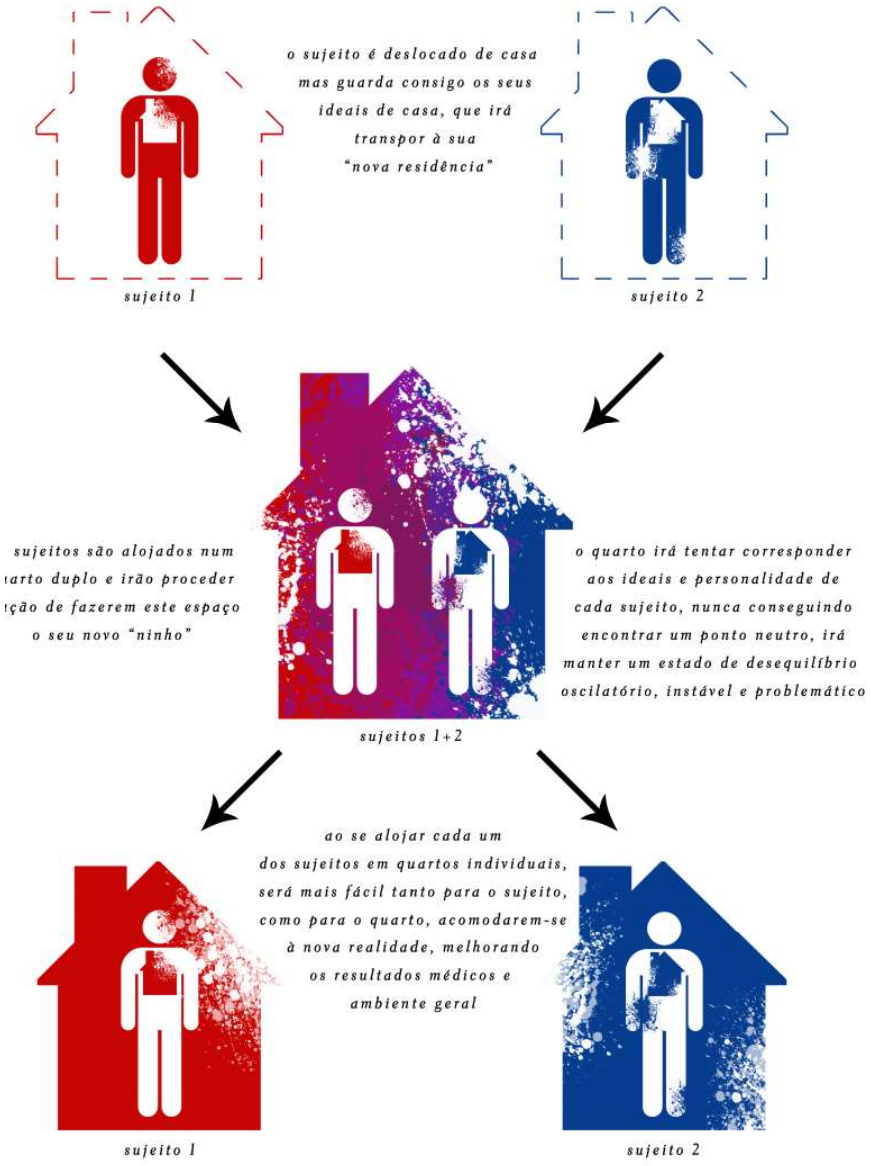


Fig. 101 - Quartos comuns vs. quartos individuais

Este processo só irá funcionar de maneira correta se o espaço for individual, se for um quarto partilhado as personalidades e ideias de cada um irão contrastar, quase impossibilitando a vivência harmoniosa das duas pessoas, mesmo que venham de padrões culturais semelhantes. Este quarto partilhado nunca será a extensão própria do indivíduo, o seu ninho, a casca que protege o interior sensível. Será um espaço partilhado, um lar em constante flutuação a tentar conjugar as duas partes, irá ter uma manifestação comportamental semelhante à mente bipolar, que continua a flutuar entre a depressão e a histeria.

O local de internamento necessita de ser singular, culturalmente correto, de modo a que o paciente debilitado se possa acomodar à sua nova casca e à sua nova realidade. Deverá ser uma verdadeira habitação.

6.2| A casa portuguesa

"(…) que é isto a que se chama a casa portuguesa? Será algum tipo de habitação característico só de Portugal? Se perguntarmos a qualquer pessoa medianamente instruída como é a casa portuguesa, ninguém saberá dizer ao certo, porque não é objecto que se defina facilmente (…)"

LINO, 1998, p. 109

A casa portuguesa não tem uma definição própria. Não existe uma entrada no dicionário de língua portuguesa em que especifique que a casa é um quadrado pintado de branco com um telhado de duas águas.

O que poderemos entender por "casa portuguesa" hoje em dia, tem a sua génese no ideal da casa-pátio existente por todo o mundo (Reis, 2009). Com as diversas invasões de povos longínquos com as mais variadas culturas, a casa do povo lusitano foi sofrendo inúmeras alterações pelas influências trazidas por estas diversidades culturais, até se tornar na casa-pátio que vemos hoje.

A ideia de casa-pátio resume-se pela noção de um pátio definido por um elemento construído (Reis, 2009). Tipologia que existe desde os primórdios da história humana.

O pátio deve a sua origem ao *atrium* romano, o espaço central que funcionava como "coração" da casa para atividades multifuncionais e espaço distributivo dos diversos compartimentos da casa. Originalmente, era o espaço onde se fazia o fogo para aquecer e cozinhar, sendo aberta uma entrada zenital para a saída dos fumos, consequentemente maior ao desenrolar dos tempos até se tornar num espaço interior totalmente aberto aos céus que permitia a entrada de iluminação solar nos compartimentos virados para o tal espaço (Reis, 2009). Com a abertura aos céus, este espaço do fogo, tornou-se no espaço da água, o *impluvium*, que recebia a água das chuvas.

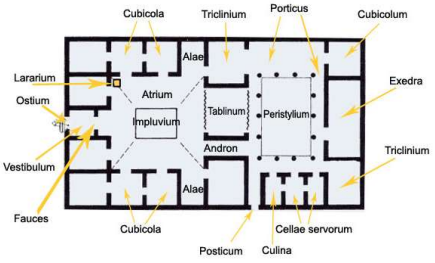


Fig. 102 - Planta tipo de uma Domus romana

A composição de um pátio interior com as fachadas viradas para ele, concebem um edificado mais introvertido, escondido da via pública; e que nos tempos de maior calor consegue manter a sombra necessária para combater as temperaturas mais altas e refrescar o interior. Razão pela qual a tipologia predominante nas regiões mediterrânicas, tanto europeias como africanas, são as de uma casa-pátio com um *atrium* central (Reis, 2009)



Fig. 103 - Axonometria seccionada de uma Domus romana

"Muitas pessoas há para quem a casa é verdadeiramente refúgio e por isso bem sabem apreciar aquela interessante disposição de planta que consiste em deixar um espaço livre, que pode ser ajardinado, ao centro da habitação e para onde deitam as principais divisões. Esta espécie de claustro dá às casas grande intimidade, cria um pequeno mundo à parte e a abriga de indiscrições de vizinhos, quando os haja em contacto directo de prédio – como acontece geralmente nas ruas da cidade (…)"

LINO, 1998, p. 25

A noção da ideia de uma "casa portuguesa", pode ter a sua origem nos ideais de Raul Lino e da restante geração de '90. Com as várias influências estrangeiras, nomeadamente francesas e o nascimento de uma identidade cosmopolita, Raul Lino questionou a verdade desta identidade global e o significado dos valores portugueses (Pereira, 1995).

Em toda a sua obra, tanto construída como escrita, procurou qualificar a identidade da casa portuguesa, reimplantando os costumes e tradições

nacionais, no habitar contemporâneo; deixando elementos guias para as gerações seguintes, de forma a que a habitação em Portugal continuasse portuguesa e não perdesse a sua identidade.



Fig. 104 - Jardim da Casa do Cipreste, Raul Lino

Os seus ideais da "casa portuguesa" foram consagrados na sua própria casa, a famosa Casa do Cipreste, em Sintra (1912); construção onde aplica o ideal da casa-pátio bem inscrita na paisagem natural, com módulos funcionais virados para um pátio-jardim (Pereira, 1995). Este ideal da casa-pátio não estará sempre presente de forma mais objetiva nas suas obras, tendo uma interpretação diferente referente a cada casa individual, como é o caso da Casa Suburbana no Sul, onde o pátio se apresenta a tardoz da casa como se fosse um quintal, mas delimitado por um alpendre a sombrear a sala de jantar e uma pérgula no lado oposto deste pátio, a desenhar os seus limites físicos (Lino, 1998). Embora não se trate da casa pátio com o *atrium* romano a funcionar como o coração distribuidor da casa, está presente a ideia do pátio como um espaço romântico e necessário para a casa.



Fig. 105 - Pintura da Casa Suburbana no Sul, Raul Lino

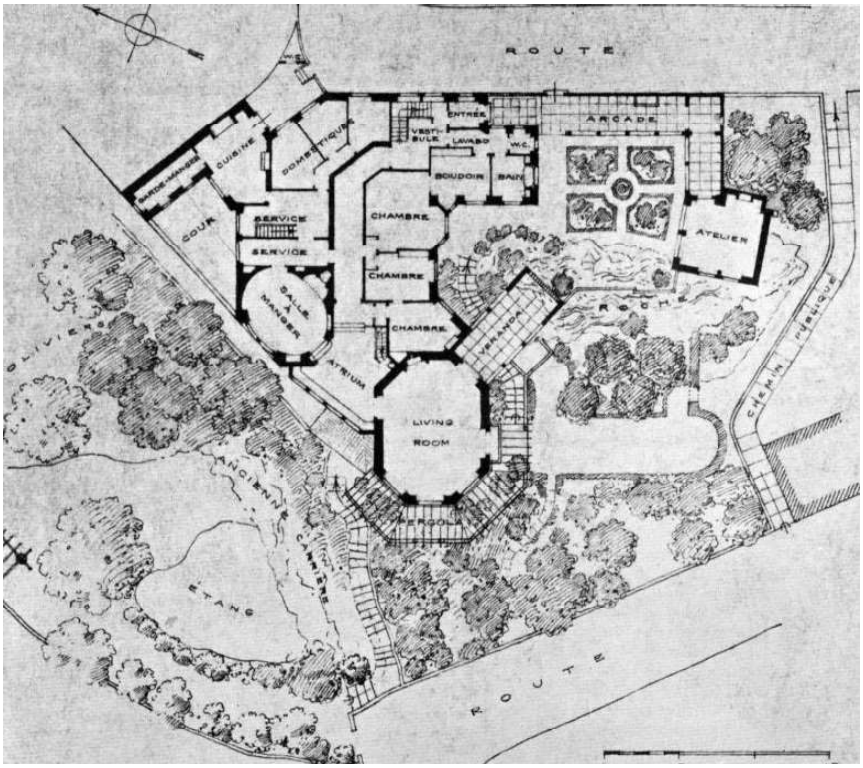


Fig. 106- Planta da Casa do Cipreste, Raul Lino

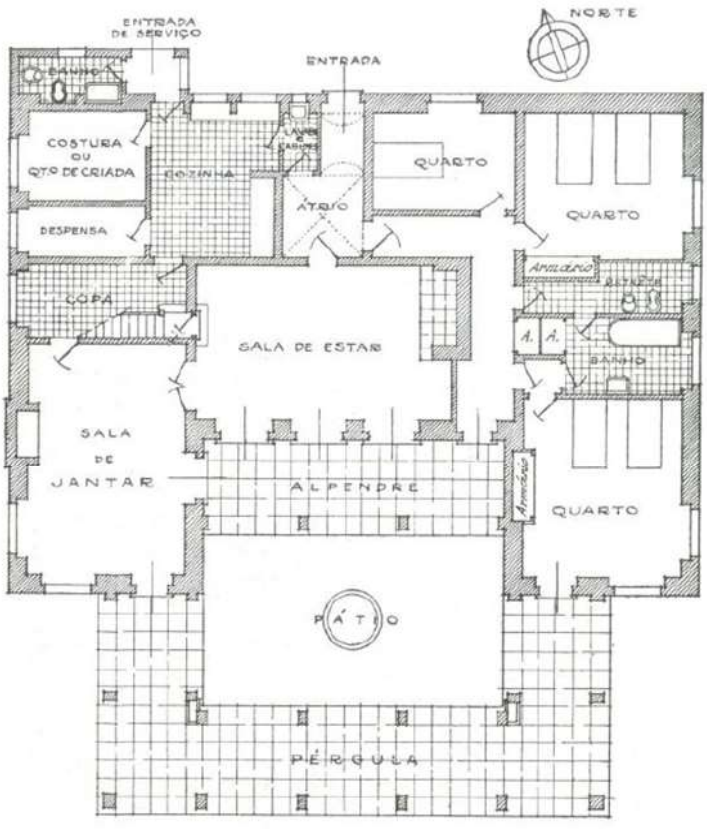


Fig. 107 - Planta da Casa Suburbana no Sul



Fig. 108 - Planta de um das Casas-Pátio em Matosinhos,
Eduardo Souto de Moura

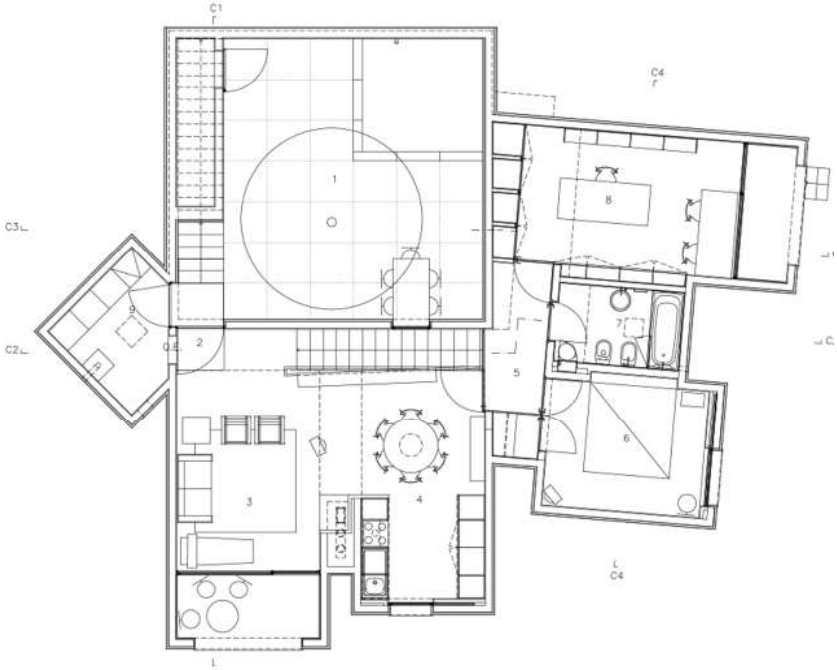


Fig. 109 - Planta da Casa na Serra da Arrábida, Eduardo Souto de Moura

O ideal da casa-pátio continua bastante presente na arquitetura portuguesa de hoje em dia, seja numa simples habitação suburbana de um atelier pequeno, ou nas obras dos grandes mestres. Basta olharmos para as habitações de Eduardo de Souto Moura que o pátio marca sempre a sua presença. De uma maneira bastante óbvia, temos a pequena urbanização das Casas-Pátio, em Matosinhos, onde os fogos são organizados da maneira comum, com um pátio central a iluminar os espaços interiores; a ideia do pátio como coração distribuidor, também pode ser exemplificada na Casa da Serra da Arrábida, onde quatro volumes geométricos, cada um com a sua função, se dispõem à volta de um pátio resguardado, não no centro exato da habitação, mas sim um volume mais a tardoz da entrada. Este pátio da Casa da Serra da Arrábida funciona como uma mistura do *atrium* e do *impluvium*, pois apresenta vegetação típica do pátio descoberto (árvore), uma pequena mesa de refeições (espaço do fogo, *atrium*) e um pequeno tanque para recolha de águas (*impluvium*).



Fig. 110 - Casa Pátio em Matosinhos, Eduardo Souto de Moura

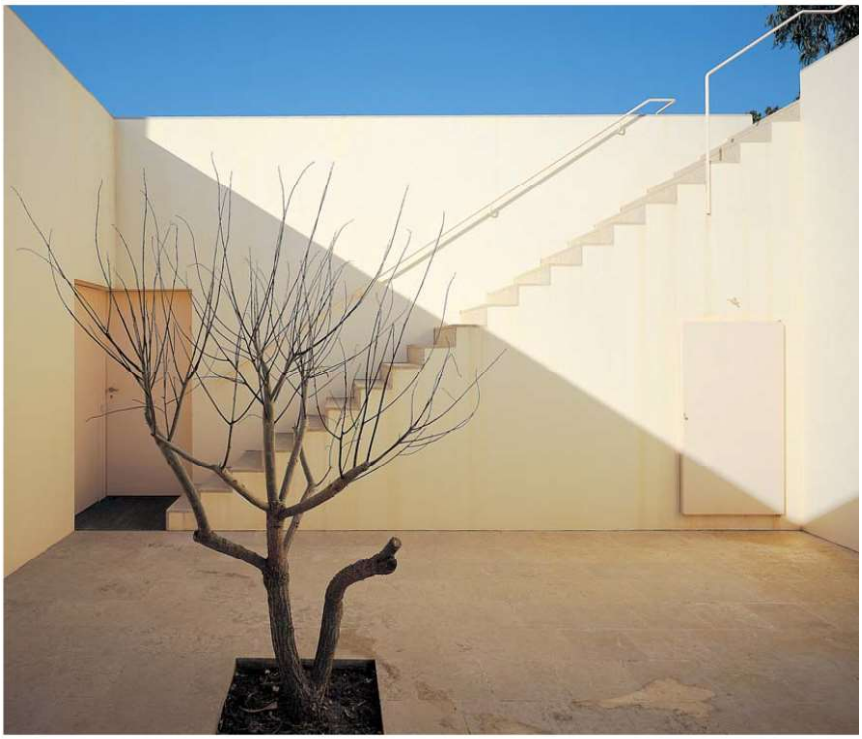


Fig. 111 - Casa na Serra da Arrábida, Eduardo Souto de Moura

6.3| A casa alentejana

"Pertence a Zona a um gigantesco anfiteatro de face voltada para o Atlântico, até onde desce em largos plaino, num jogo subtil, de vastas e suaves ondulações, que lhe dá horizontes recuados. Não lhe falta, aqui e ali, a cortina brusca, mas sempre modesta, de alguma serra que acrescenta à sua beleza própria a nota de imprevisto e à sensação da planura o instrumento de contraste.

Nem sempre esse relevo prescinde de papel mais importante, e, quando toma altura nas Serras de S. Mamede, Ossa e Portel, dá-nos o espectáculo do vale onde corre a ribeira impetuosa ou do cerro altaneiro de antigo embasamento rochoso.

Aí se faz, então, nessas tabelas de valores, a tomada das realidades em escala de cores e proporções que o viajante esquecera na grandeza imensa da planície e nas subtilezas da sua cor.

É que não se fartam os olhos de olhar a velha Tapeçaria flamenga pousada nos lombos alentejanos, onde se sucedem ao prateado do cevadal as gamas ricas dos trigos de vários cambiantes de verde, até aos amarelos doirados onde o vento cria ondulações e não falta, para melhor nos lembrar o Oceano, a refrega da pargana brilhando ao sol.

A tudo o homem, matutando à sombra do seu grande chapéu, acrescentou a mancha de verde escuro ou a bordadura dos eucaliptos, nem bocado de terra pior ou na estrada comprida por onde regressam a cantar as suas filhas, em ranchos de chapéus floridos e de costas tão direitas quanto curvados os trouxeram durante o dia da monda.

A essas árvores e ao choupal fresco de alguma rara ribeira que não secou, a essas verticais insólitas, opõe-se o atarracado do sobreiro e da azinheira, esta mais copada, de um verde negro, e aquele de grandes membros descarnados em feridas vermelhas seguros do seu lugar e pagando-o generosamente com a engorda do gado ou com a oferta da sua casa preciosa.

São esses "montados" tão queridos do homem, como os velhos olivais, que o mouro enxertou na zambujeira espontânea e o ensinou a regar. E

nas sombras raras dessas florestas antigas, saudosas do cervo e do porco-espinho, abranda o viajante o passo e medita.

É neste fundo que se recortam os aglomerados alvicentes, fechados, concentrados, virados sobre so mesmos, donde, ao nascer do sol, legiões de homens e mulheres, quando o tempo está de feição, se dirigem para os campos onde de longe se recortam os "montes", cabeças das herdades como as velhas –"villas" romanas, marcos dos grandes latifúndios"

Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961, p. 123



Fig. 112 - Pintura de umas ceifeiras

A região do Alentejo apresenta-se como o resultado da extensa tradição agrícola com as evoluções tecnológicas e urbanísticas. A casa alentejana resulta destas vicissitudes, das influências romanas, visigóticas e muçulmanas, mescladas com a eventual tradição rural de profundeza agrícola (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961).

"A casa do homem do campo (…) é «eterna» (…)" (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961). As raízes rurais da habitação alentejana continuam sempre presentes na edificação contemporânea que procura respeitar a identidade vernacular.

Tipologicamente, a casa alentejana é um subtipo da casa portuguesa adequada à sua localização geográfica e situação cultural. Predomina a casa-pátio herdada das origens romanas, toldada pelas influências muçulmanas para de melhor forma combater o grande calor do verão.



Fig. 113- Pintura de uma casa alentejana

A paisagem típica alentejana resume-se a uma casa num monte, de até dois pisos, caiada e de duas águas, com uma grande chaminé a soltar fumo, evidenciando a presença de vida humana. Num contexto menos rural e mais urbanizado, seja a aldeia, a vila, a pequena cidade, a génese continua lá, com grandes aglomerados de casas caiadas de um único piso, às vezes dois, caiadas de branco com ladrilho tipicamente amarelo ou azul; uma ou duas águas de cobertura em telha e uma grande chaminé (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961). Resumindo, o bairro alentejano ao branco da cal, o colorido do ladrilho e do telhado, a porta de madeira convidativa ao vizinho da frente para pôr a conversa em dia, a janela para convidar o sol no âmago da habitação e a chaminé imponente, a marcar a posição de cada família na aldeia. Visto do alto, como só a andorinha e a cegonha podem, percebe-se a existência de uma heterogenia do telhado laranja intercalado com o pátio polvilhado de verde e o amarelo das searas; estas um pouco mais atrás, afastadas da pequena urbanização. Internamente, a casa alentejana difere da casa das grandes urbanizações devido às suas raízes culturais. A casa não é só um espaço de habitar e estar em família, numa situação ruralmente

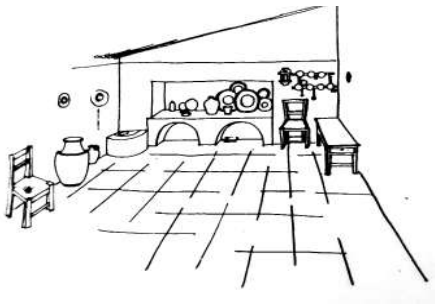


Fig. 114 - Perspetiva interior de uma casa alentejana

e altamente ligada à produção agrícola, a casa torna-se num ambiente também de trabalho, nomeadamente, a cozinha onde se trata o gado para ser cozinhado, onde se faz o pão e muitas outras coisas.

A maior diferença da casa alentejana, em termos arquitetónicos, para o resto do país, é na materialidade utilizada; aqui predominam a cal, o tijolo e a taipa (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961).



Fig. 115 - Parede exterior caiada

Taipa

A taipa é mais conhecida como o principal meio de construção em terra. Atualmente, é composta por uma mistura de cimento, areias e britas da região ligados por argila. A aparência da taipa irá diferenciar consoante o tipo de solo utilizado.

As mais valias da taipa são de que se trata de um material natural, de fácil acessibilidade, incombustível e bastante resistente, ideal para as paredes exteriores, maciças e autoportantes. De modo a proteger a taipa, esta é comumente caiada de branco, de forma a também refletir a forte radiação solar presente na região (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961).



Fig. 116 - Parede de taipa

Tijolo

A utilização de elementos cerâmicos na habitação alentejana é bastante comum. Tanto pode ser uma parede de tijolo, ou pavimento de tijoleira, um ladrilho ou a telha na cobertura. As propriedades do tijolo também permitem o desenho das abobadilhas, bastante utilizadas para suportar os telhados.

O tijolo é um material maciço, tosco, tradicionalmente feito à mão e cozido num forno. A cor do tijolo dependerá das propriedades do solo em que a argila é retirada, variando do laranja, para o rosa, para o castanho quase preto. O tijolo maciço é idealmente usado nas paredes divisórias interiores, podendo ser rebocadas, revestidas com outro material, ou deixadas a nu (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961).



Fig. 117 - Parede interior em tijolo burro

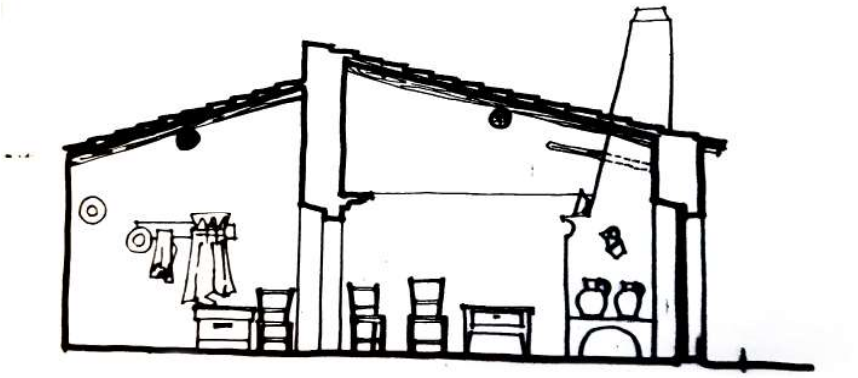


Fig. 118 - Exemplo Casa Alentejana 1 - corte

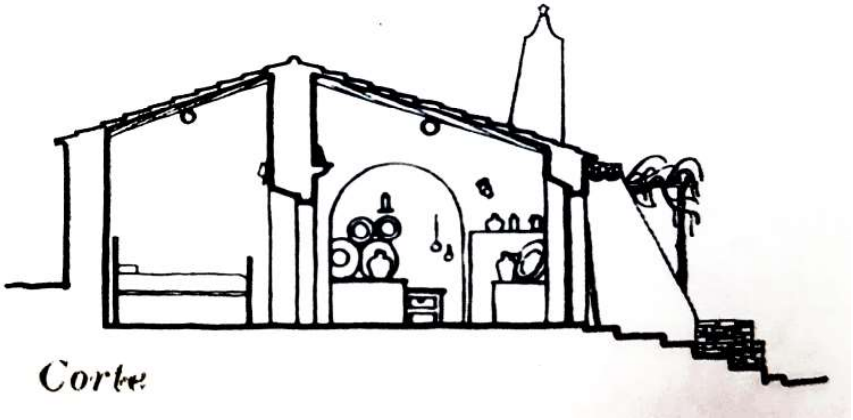


Fig. 119 - Exemplo Casa Alentejana 2 - corte

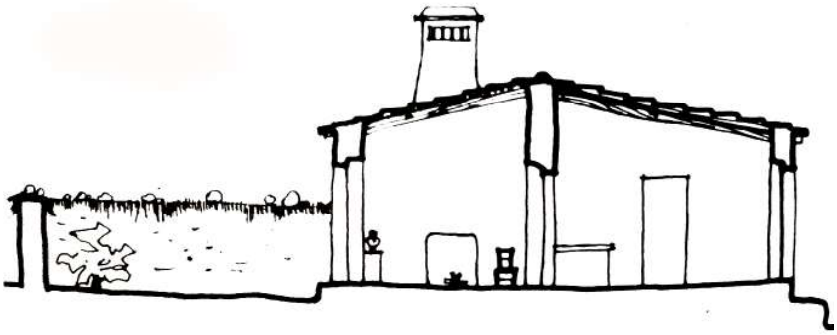


Fig. 120 - Exemplo Casa Alentejana 3 - corte

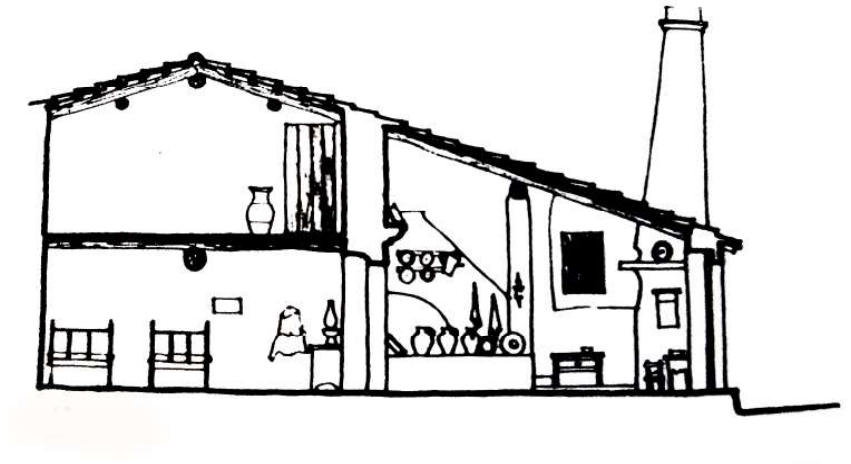


Fig. 121 - Exemplo Casa Alentejana 4 - corte

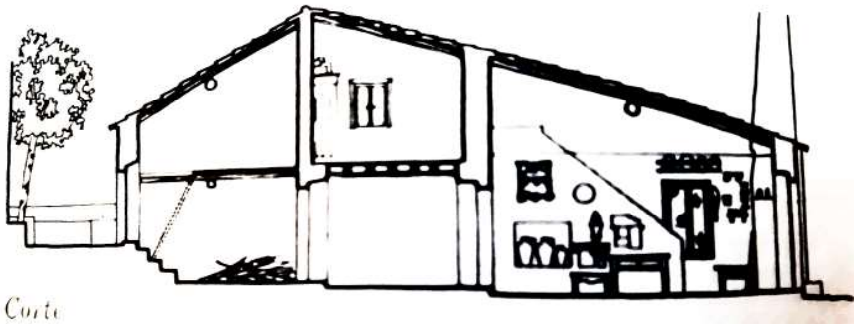


Fig. 122 - Exemplo Casa Alentejana 5 - corte

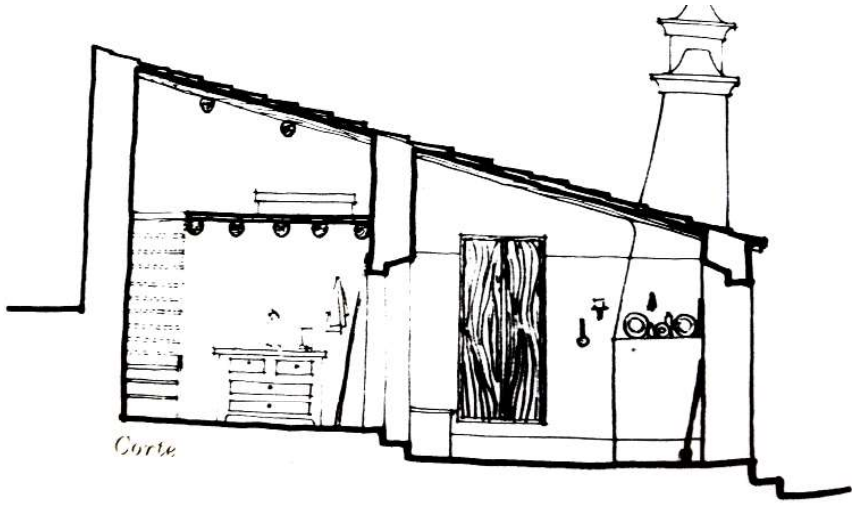


Fig. 123 - Exemplo Casa Alentejana 6 - corte

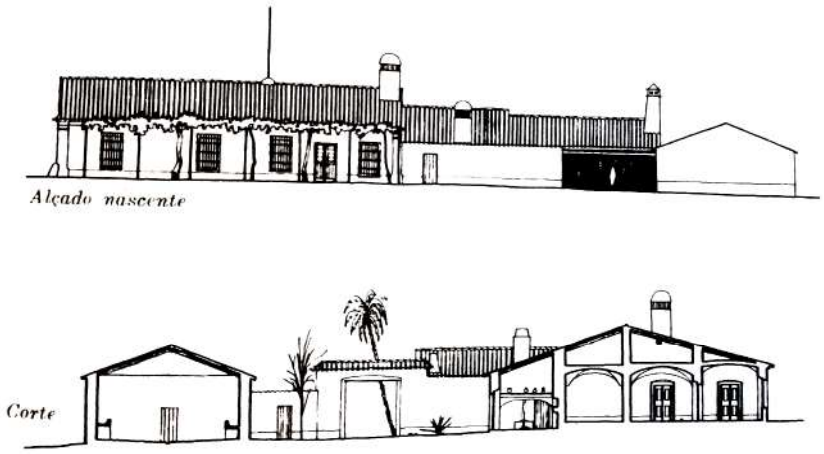


Fig. 124 - Exemplo Casa Alentejana 7 - corte e alçado

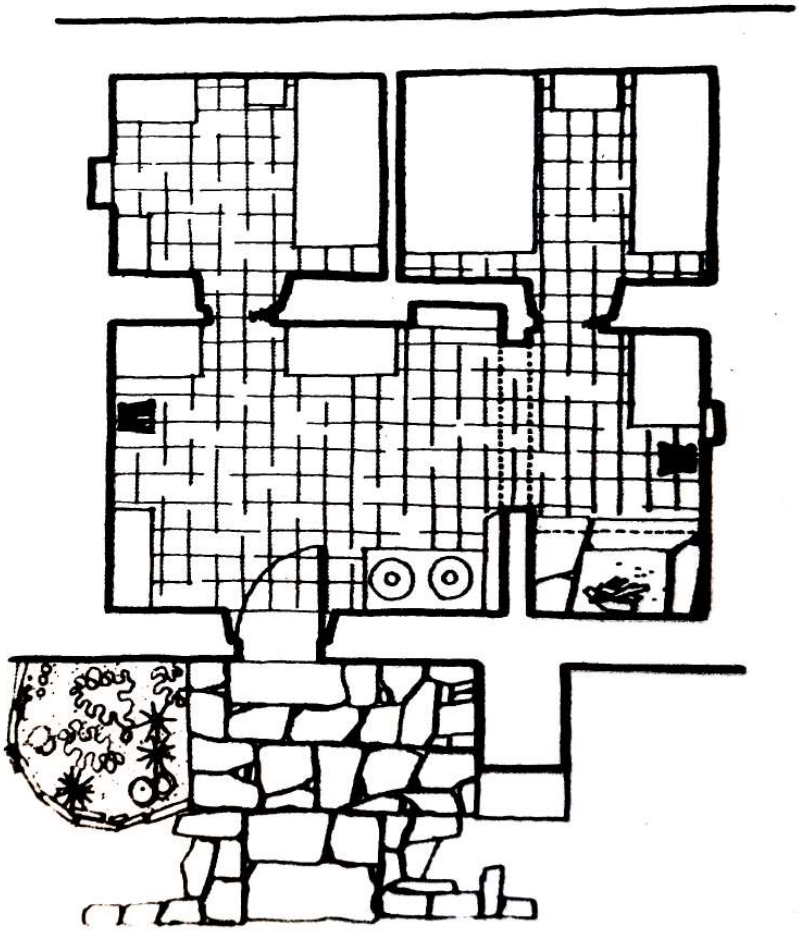


Fig. 125 - Exemplo Casa Alentejana 8 - planta

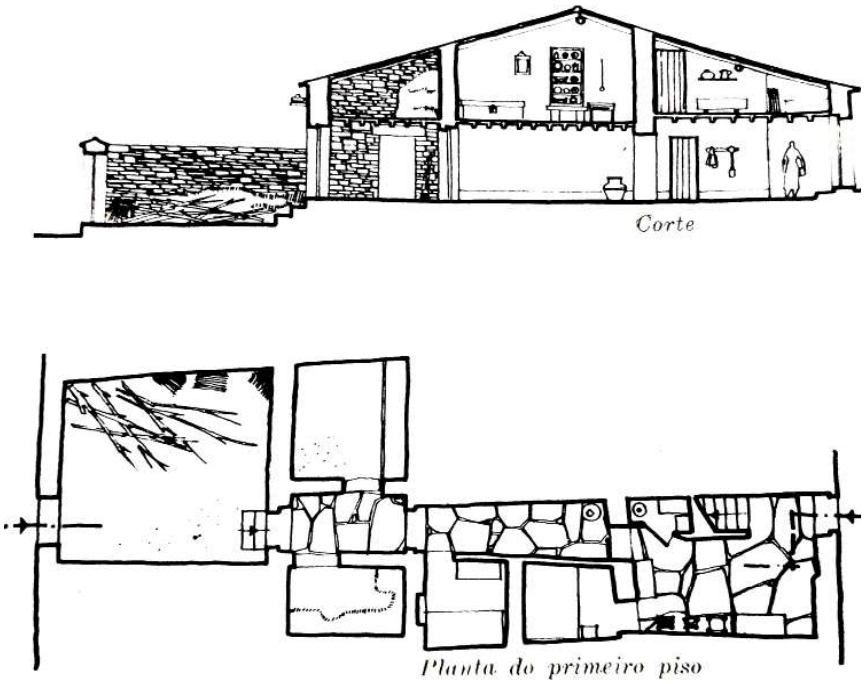


Fig. 126 - Exemplo Casa Alentejana 9 - corte e planta

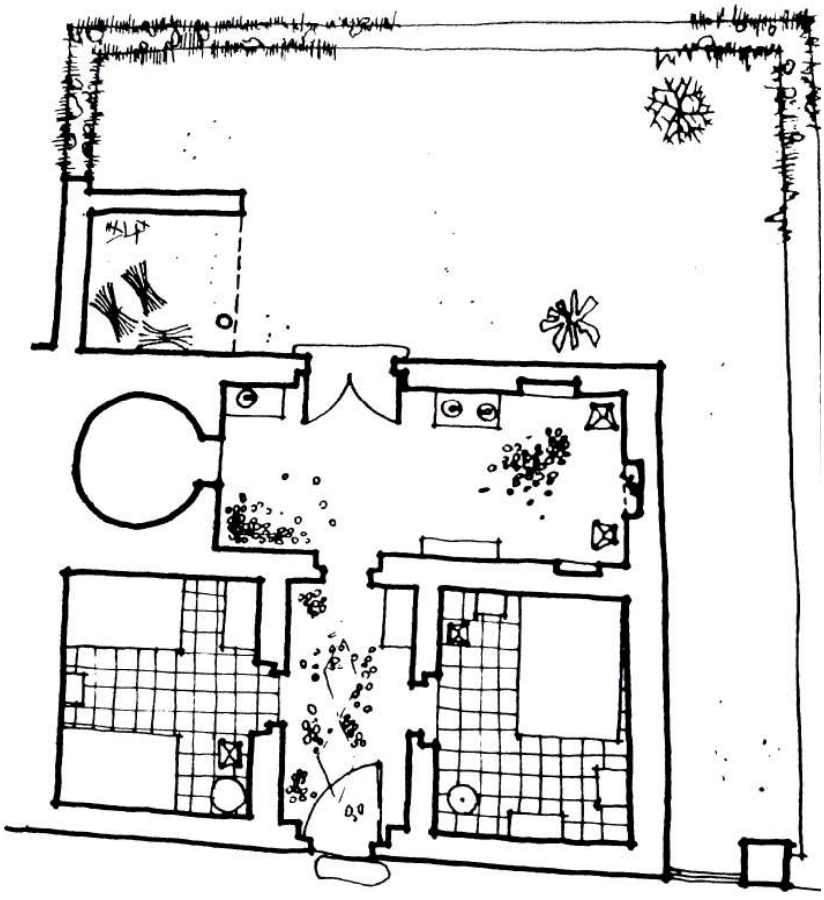


Fig.127 - Exemplo Casa Alentejana 10 - planta

Para além da cal, da taipa e do tijolo, também está presente o uso da pedra e da madeira, mas em menor extensão. As pedras mais usadas são o granito, o xisto e as pedras calcárias como o mármore. A pedra tanto pode ser utilizada para revestimento de pavimentos e paredes, como para elementos decorativos como colunas ou parapeitos de janelas. Embora o Alentejo não apresente vastas florestas para uso na construção, a madeira está presente em estruturas de cobertura, pormenores de pavimentos e mais habitualmente nas portas e janelas (Sindicato Nacional dos Arquitectos, 1961).

Hoje em dia, podemos ver a identidade da casa alentejana trazida ao contexto contemporâneo pelos nossos grandes arquitetos; sendo que nem sempre da melhor maneira.

Falamos do exemplo da Malagueira, do arquiteto Álvaro Siza Vieira. Projeto de habitação evolutiva em Évora.



Fig. 128 - Quinta da Malagueira, Álvaro Siza Vieira

"O desenho representa o arquitecto encarregado de projectar um terreno contíguo à muralha de Évora. Observa e regista o perfil cristalino da cidade. Provavelmente refelecte sobre o que irá sobrepor a esse perfil, como irá sulcar o solo das ruas, canalizações, energia.

Afluirão famílias, a ténue ordem existente será subvertida, destruídas as culturas incipientes, ocupados os campos abandonados.

Os operários da construção civil hão-de substituir os grupos de ciganos, desaparecerão da paisagem carcaças de automóveis, carros obsoletos cobertos de lona esfarrapada, cavalos e cães esqueléticos, carneiros, montes de lixo. O ruído das betoneiras invadirá os pátios das ilhas de um só piso e o café, a tabacaria, a mercearia da rua principal hão-se encher-se de forasteiros."

SIZA VIEIRA, 2009, p. 78

O plano da Malagueira contava com 1200 habitações, que incluíam variados serviços. Inscrito num terreno de 27 hectares, as habitações tinham uma implantação de 8x11m, caracterizava-se por uma habitação de carácter evolutivo, onde cada família poderia ampliar a sua habitação

base, consequente os seus desejos e necessidades familiares. É importante realçar que a habitação da Malagueira mantinha a ideia base da casa pátio; cada fogo dispunha do seu pátio provado, para o qual se orientavam as funcionalidades mais privadas, decrescendo o tamanho do pátio com o aumento modelar da habitação. A urbanização mantém a porta, a janela e a chaminé, a parede caiada de branco e o ladrilho a gosto; mas apresenta uma cobertura plana mais contemporânea e de geometria mais pura em detrimento da típica cobertura em água, revestida a telha.

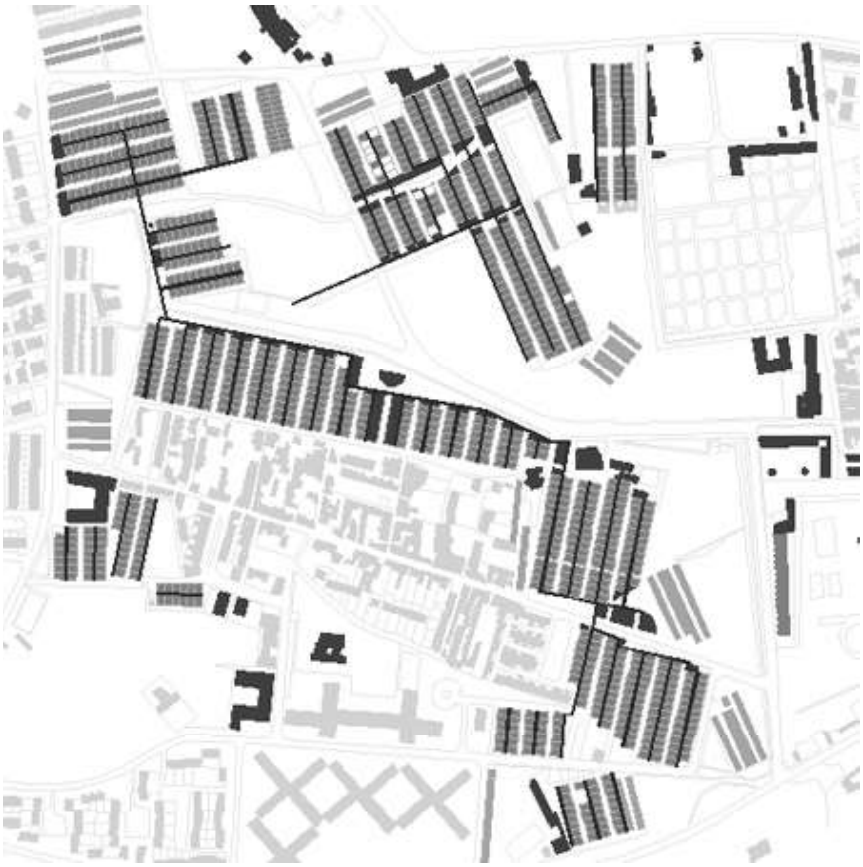
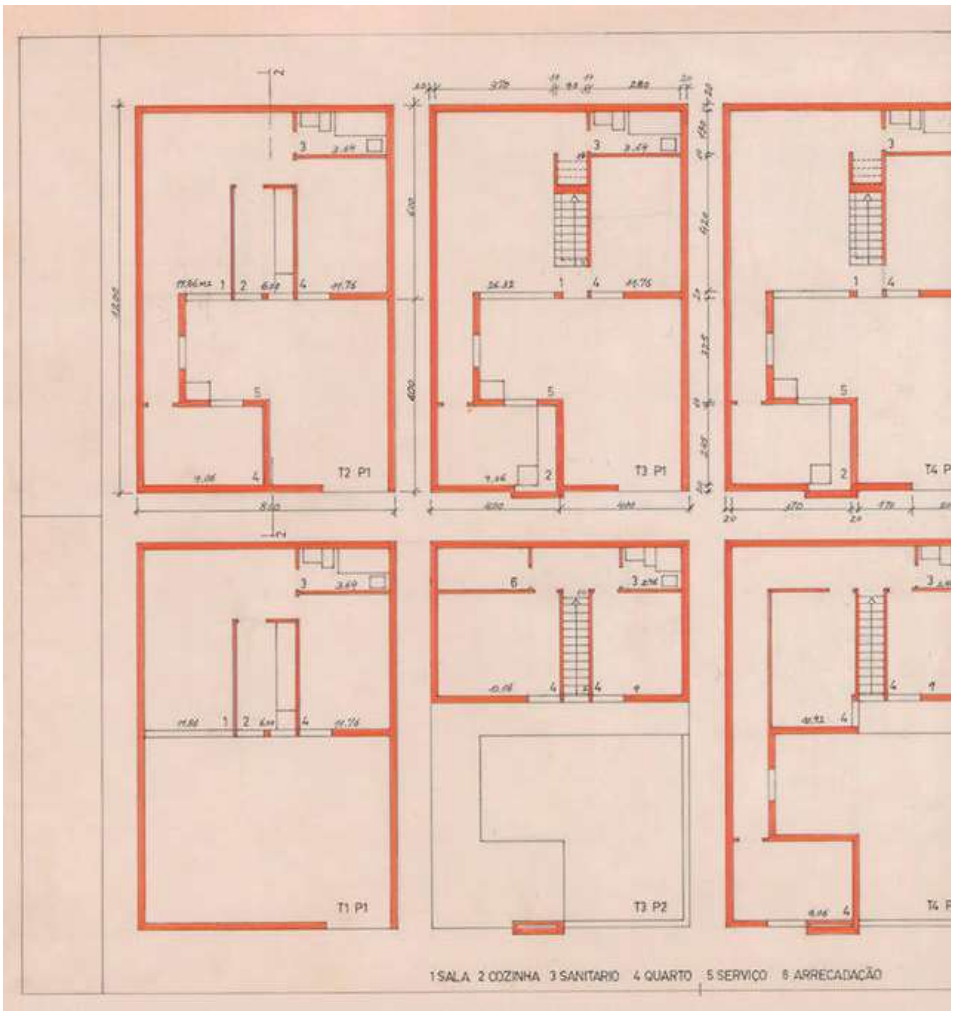


Fig. 129 - Plano de Urbanização da Quinta da Malagueira, Álvaro Siza Vieira


T2 P1
T3 P1
T1 P1
T3 P2
1 SALA 2 COZINHA 3 SANITARIO 4 QUARTO 5 SERVIÇO 6 ARRECADAÇÃO

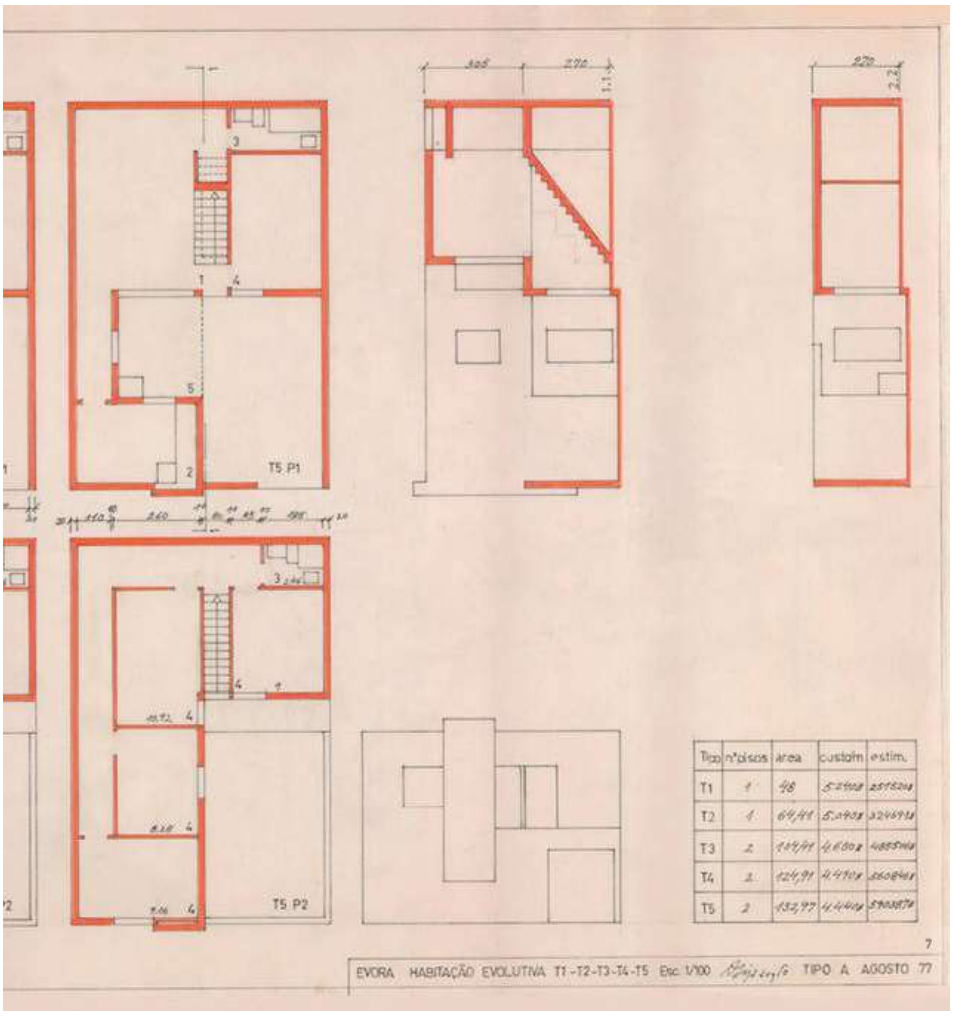


Fig.130 - Variações de tipologias habitacionais da Quinta da Malagueira, Álvaro Siza Vieira



Fig. 131 - Perspetiva exterior Casa em Melides, Aires Mateus

No caso dos Aires Mateus, encontramos uma grande predominância de habitações construídas na região do Alentejo. Nelas, os arquitetos foram capazes de conjugar uma grande identidade contemporânea com a identidade rural e tradicional da casa alentejana. Os ideias base continuam lá: a parede caiada, a porta, a janela, o pátio central, a ligação com a natureza, como notamos na casa em Melides. Uma forma geométrica, forte e pura, foi usada em detrimento do telhado de duas águas e da forte chaminé, mas podemos olhar para ela e afirmar sem vacilar, que se trata de uma casa alentejana. Nas obras dos Aires Mateus também podemos notar o conceito do "telhado de duas águas" no espaço interior; para além de umas quantas obras que o mantêm na formologia exterior do edifício[32]. O exterior apresenta uma forma geométrica pura, mas o espaço interior ressalva o conforto do teto inclinado presente nas nossas memórias, como no Hotel na Biscaia, perto de Montemor-o-Novo.



Fig. 132 - Perspetiva interior Casa em Melides, Aires Mateus

32 Como por exemplo a Casa em Leiria (2010)

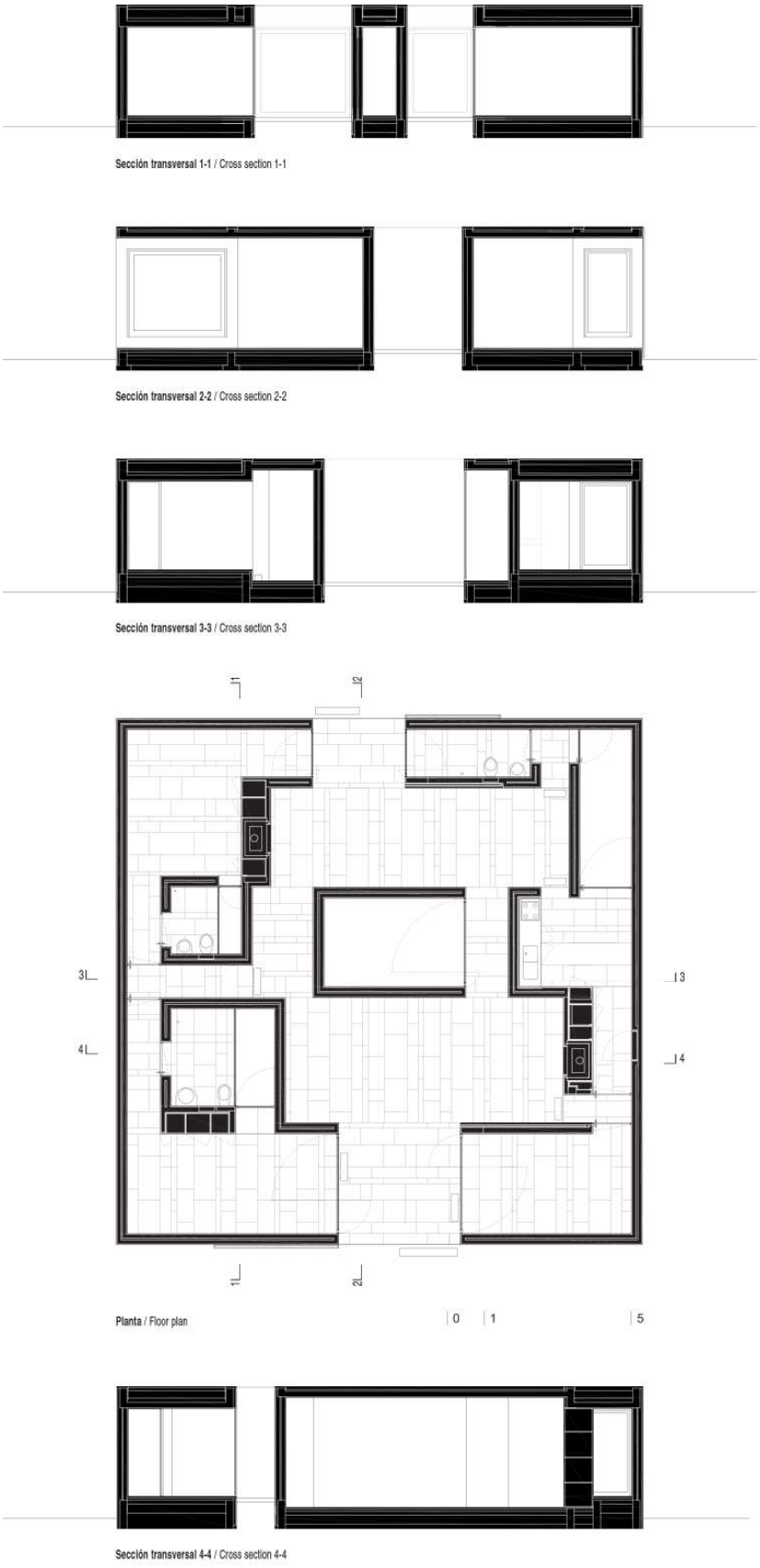


Fig. 133 - Desenhos da Casa em Melides, Aires Mateus

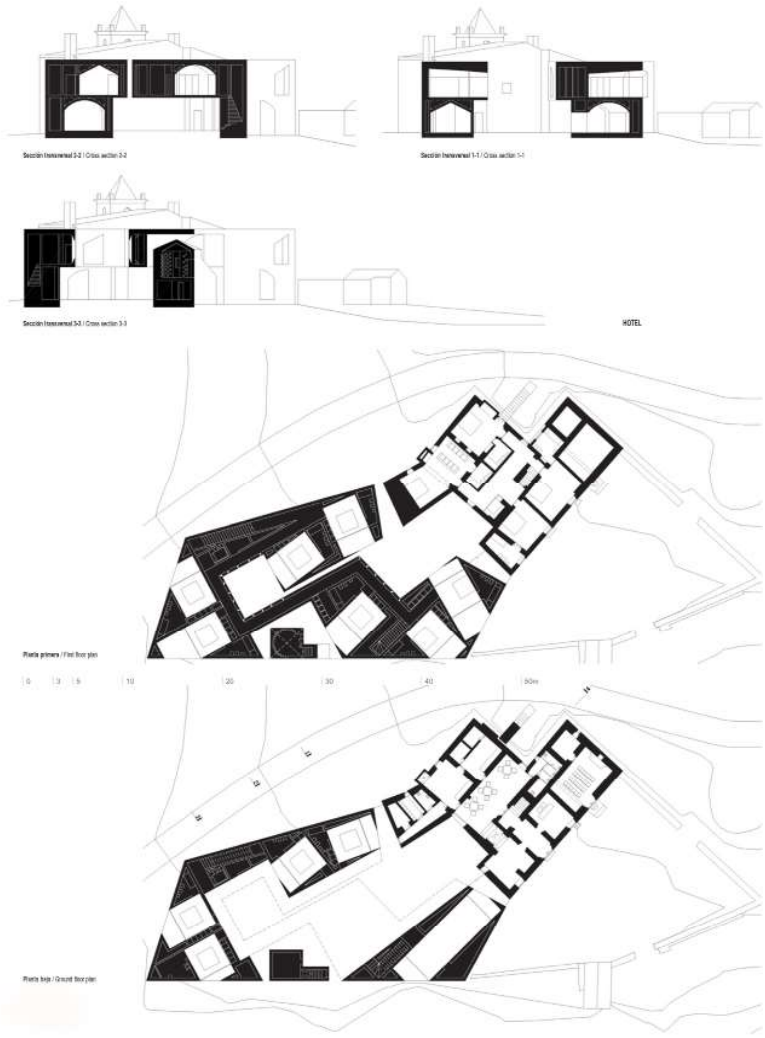


Fig. 134 - Desenhos Hotel da Biscaia, Aires Mateus

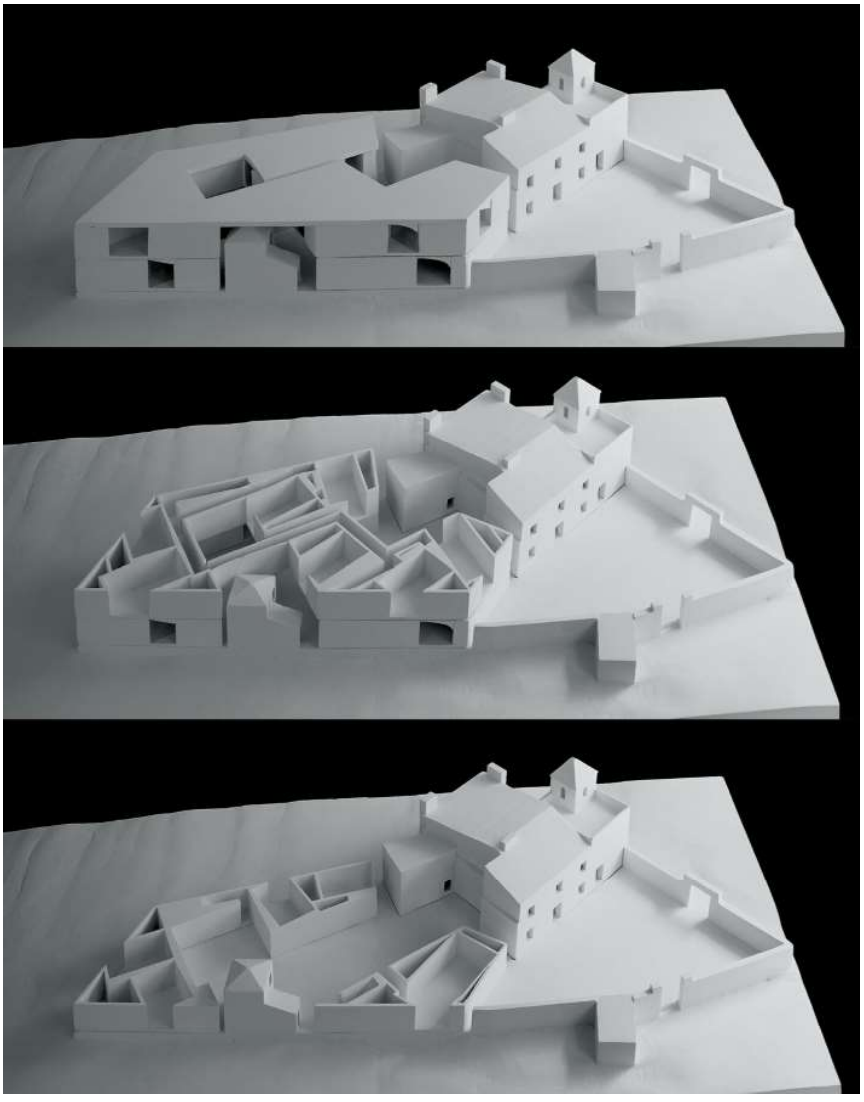


Fig. 135 - Fotos de maquetes do Hotel da Biscaia, Aires Mateus

6.4| A rua

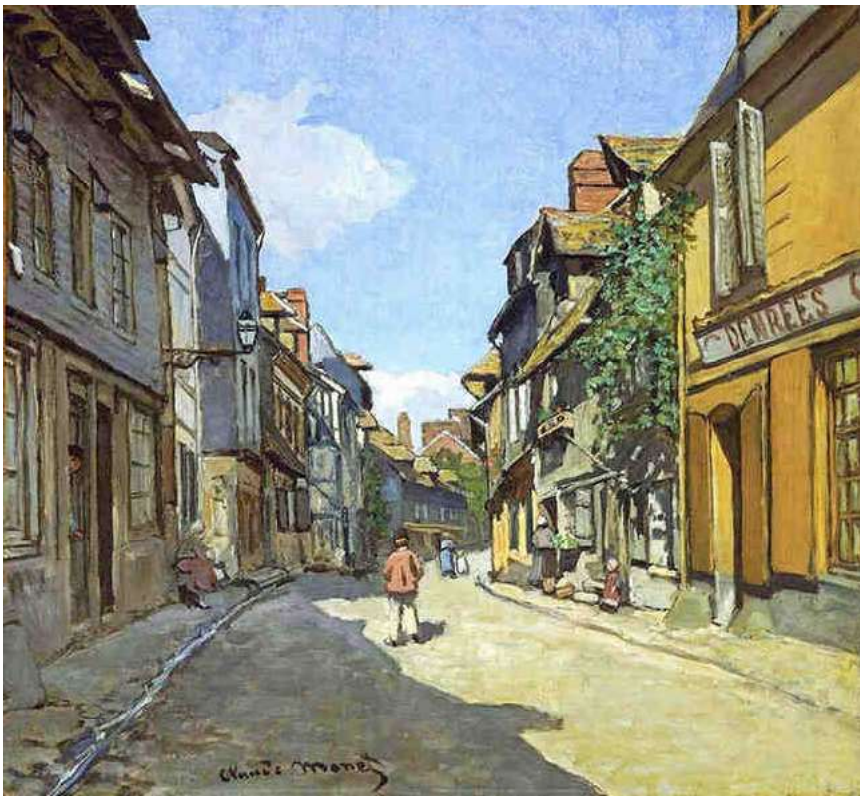


Fig. 136 - *Rua Bavor, Honfleur* (1864), Monet

Não se pode falar de casa sem se falar da rua. A rua é uma extensão da casa, é a sala pública onde acontecem todas as interações sociais e trocas de informação necessárias à sobrevivência de uma vizinhança.

"The street is a room by agreement"

"A rua é uma divisão [da casa] por acordo."[33]

KHAN, Louis[34]

A rua é o espaço em que encontramos a vizinha da frente, mantemos uma conversa de circunstância, "como está a família, está tudo bem?", dizemos o adeus e está tudo bem no mundo.

A rua é um espaço atribulado, cheio de vida e de emoção, mas acima de tudo é o espaço de transição da nossa casa para o nosso destino e exterior público para o interior privado.

33 Tradução livre do autor, versão original à esquerda
34 https://www.brainyquote.com/quotes/louis_kahn_600772

Se estamos a falar do tratamento por cultura, teremos de transpor a cultura da rua para o nosso equipamento. A cultura da vizinhança alentejana, onde os sujeitos se sentam à porta de casa a conversar e a disfrutar o dia, ondem ocorrem trocas de informação e de bens, de favores e de amizade. A rua rural com as fachadas habitacionais frente-a-frente para a rua, representa uma palete de atividades e rituais próprios, proporcionada pelo próprio desenho dos edifícios em relação à rua e ao trajeto dos peões (Gehl, 2017). É uma "rua viva".

"O conceito da rua viva é baseado na ideia de que os habitantes têm algo em comum, que esperam algo de cada um mesmo que seja porque estão conscientes que necessitam um do outro (…)"[35]

HERTZBERGER, 2005, pg. 54

"The concept of the living-street is based on the idea that its inhabitants have something in common, that they expect something of each other even if only because they are aware that hey need each other (…)"

O deambular pela rua estabelece uma experiência sensitiva única ao momento; cada momento do passo seguinte é diferente do anterior, iremos sempre encontrar informações diferentes e interessantes proporcionadas pelas diferentes pessoas que habitam a rua (Gehl, 2017), pois cada um de nós tem uma atração inconsciente aos demais seres vivos, não só animais e plantas, mas também pessoas (Wilson, 1984).

"(…) as pessoas são atraídas por outras pessoas. Elas juntam-se e andam sempre com outras, e procuram instalar-se ao pé das outras. Novas actividades começam na vizinhança de acontecimentos que já estão em curso (…)"

GEHL, 2017, p. 23



Fig. 137 - Rua na Quinta da Malagueira 1

Agora, esta afirmação é verdade para uma pessoa dita "normal". No caso de uma pessoa que sofra de uma psicopatologia, a interpretação a esta frase poderá ser um pouco diferente. É verdade que alguns pacientes procurarão a companhia de mais pessoas, mas muitos irão preferir a solidão dos seus aposentos, pelo que a nossa rua terá de proporcionar

35 Tradução livre do autor, versão original à direita



Fig. 138 - "Ruas" e "alpendres" em The Drie Hoven, Holanda

tanto a convivência como a solidão. O ideal será a implantação de um degradê de privacidade entre o núcleo da rua e a entrada do quarto. Um "*in-between*" o público e o privado. Espaços intermediários que pertençam aos dois polos (Hertzberger, 2005).

Podemos retirar o exemplo do Drie Hoven, na Holanda, onde corredores das alas funcionam como estradas normais, mas que contêm alpendres entre os quartos. Estes alpendres são espaços de *in-between*, embora sejam propriedade dos pacientes, estes espaços também funcionam como continuação dos corredores; tornam-se numa zona comum, convidativa a toda a gente (Hertzberger, 2005). Os alpendres funcionam como espaço de socialização e deixam o paciente de mentalidade solitária deambular sem ser incomodado.

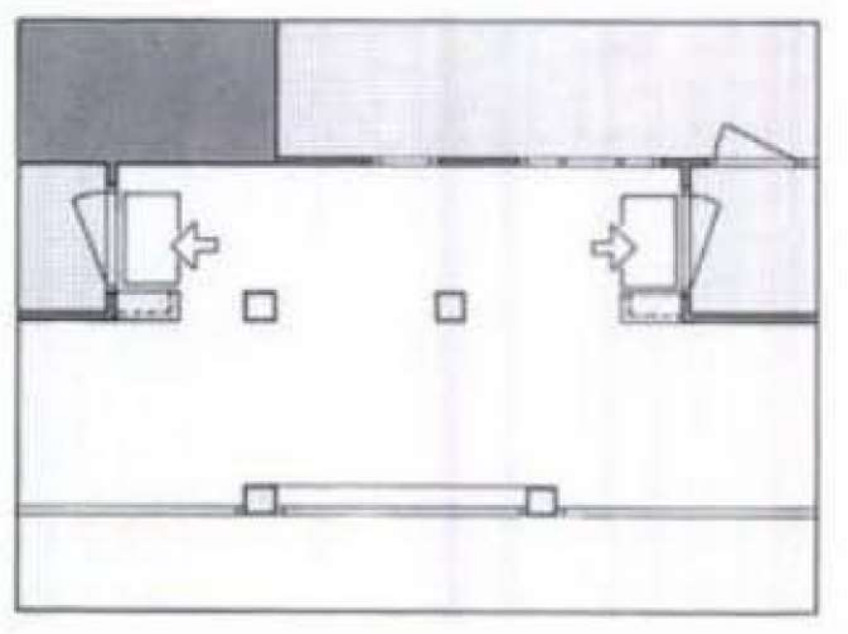


Fig. 139 - Desenho do esquema de "ruas" e "alpendres" em the Drie Hoven, Holanda

Numa situação plana, sem uma delimitação construída muito grande, uma maneira de realizar este *in-between* poderá ser de arruamentos transversais às ruas principais sem fachadas ativas, de modo a que as conversas possam acontecer sem se sentirem incomodados pelos curiosos do interior ou vice-versa. Outra maneira poderá ser a de tratar a fachada virada para a rua como este espaço *in-between*. Como a soleira da porta transmite a sensação de segurança do interior da casa e da pertença maior ao espaço exterior da rua a uma criança (Hertzberger, 2005), a própria fachada de um quarto poderá ser tratada como este espaço de

transição. A adição de um banco na fachada cria tanto um espaço de repouso para o sujeito envelhecido poder absorver todas as informações sensoriais presentes na rua (Gehl, 2017), como estabelece essa noção de continuidade da casa para a rua. O banco preso à fachada torna-se na corporização do conceito de *in-between*, um objeto que personifica tanto a segurança da habitação como a sensação maior de pertença à comunidade da rua.

Uma maneira de chamar o paciente solitário a esta maior comunidade é a de implantar canteiros junto à fachada. A presença de um elemento de jardinagem, algo que precisa de ser tratado incuba uma sensação de responsabilidade no paciente debilitado, fá-lo sentir-se necessitado e ajuda a fazer uma ponte suave entre o abrigo confortável do ninho só dele e do rebuliço de atividades que acontecem na rua (Gehl, 2017).

A continuidade da ideia de rua e vizinhança irá também ajudar na transição da habitação privada para a instituição pública. Só o desenho dos quartos como se fossem uma casa adequada à região não chega, a cultura do habitar não existe sem a cultura da vizinhança; pelo que o conceito da vizinhança também deve estar presente nos corredores e espaços públicos, de forma a tornar a experiência o mais completa possível.

A rua também deverá ser uma corporização do conceito de *Wayfinding*[36], já definido, que consiga facilitar os acessos aos destinos do paciente, a partir do seu quarto, ou das salas comuns para o seu quarto.

36 Primeira parte: 2.2.3| *Wayfinding*



Fig. 140 - Rua na Quinta da Malagueira 2





Fig. 141 - Bairro da Bouça, Álvaro Siza Vieira. Podemos notar a manutenção da cultura da rua, desprovida de carros, mas repleta de espaços verdes e áreas de circulação e inúmeras possibilidades de interações e vivências entre os residentes, tal como o banco junto à fachada a estabelecer um espaço de *in-between*

6.5| A simplificação da casa alentejana - Ecorkhotel

Podemos ver já cidade de Évora uma abordagem contemporânea e simplificada da Casa Alentejana. Trata-se do Ecorkhotel.

Inaugurado em 2013 e da autoria de José Carlos Cruz, o Ecork foi pensado segundo os pressupostos das vilas medievais alentejanas: um corpo principal (o castelo), rodeado de diversos edifícios mais pequenos.[37]



Fig. 142- Ecorkhotel, o "Castelo", edifício de serviços
foto do autor

No "Castelo" do Ecork, encontramos os serviços: ginásio, piscina, restaurante; sendo os outros edifícios os quartos, em formato de *bungalow*. Este volume principal pode ser simplificado como um quadrado com um átrio no meio. Neste caso trata-se de um *impluvium*, visto que este contém um tanque para receber água. Nos *bungalows* é que podemos observar uma verdadeira abordagem contemporânea à casa-pátio alentejana, repleta de simplicidade e geometria pura. Podemos ler este *bungalow* como um quadrado extrudido, criando assim um paralelepípedo, ao qual é retirada uma porção de modo a que este objeto passe a ser dois paralelepípedos juntos a formarem um "cotovelo" ou um "L", mantendo à mesma a pureza do quadrado na sua planta. Ao olharmos para a planta podemos facilmente identificar os três espaços do fogo primordial: o fogo, a água e a alcova, todos se desenvolvendo em volta de um pátio inscrito na geometria da planta. Não havendo quaisquer vãos no exterior, este volume apresenta-se como um fogo verdadeiramente introvertido, com vão apenas nas parcelas viradas para o pátio. Somente o espaço da água (W.C.), não tem qualquer vão para o pátio, sendo este substituido por

37 https://www.archdaily.com.br/br/01-164668/ecork-hotel-slash-jose-carlos-cruz-arquitecto

uma abertura zenital. Para reforçar ainda mais a ideia da casa alentejana, estes quartos são caiados a branco e os pavimentos em tijoleira. Em todo o complexo estão presentes materiais típicos da construção alentejana: cal, tijolo, pedra; apenas faltando a presença da taipa, sendo esta substituída pela cortiça, dando o nome ao hotel: Ecorkhotel[38].

Todo este conjunto é um exímio exemplo da tradição trazida à contemporaneidade pela materialidade, a geometria e a própria implantação dos edificíos e as relações que têm uns com os outros. O conjunto apenas peca por não apresentar as típicas coberturas em duas águas, optanto por uma cobertura plana mais típica dos movimentos moderno e contemporâneo[39]. Nos *bungalows*, a chaminé é substituída pelo volume de iluminação das casas de banho, enquanto que o volume do "castelo" apresenta algumas verticalidades a quebrar a horizontalidade do edifício[40]. Para reforçar a experiência alentejana, este conjunto é abertamente disposto por um campo de oliveiras e sobreiros, onde pastam ovelhas.

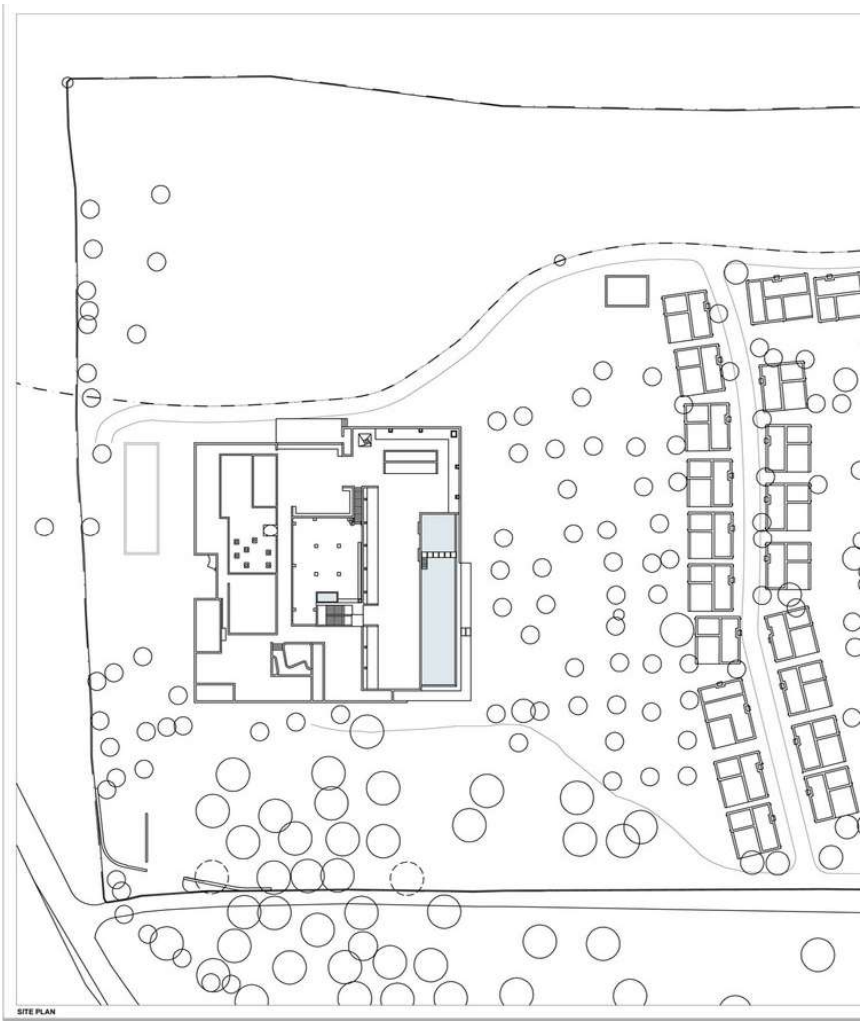
No desenho de implantação dos *bungalows* podemos denotar uma predisposição bairrista, com estes a funcionarem como vivendas fechadas - sem vãos -, mas as quais abrem o pátio para a "rua" exterior de tijolo amarelo, convidando as pessoas a interagirem umas com as outras.

No seu todo, o Ecorkhotel apresenta-se como uma manifestação contemporânea das tradições vernaculares alentejanas, afirmando que os ideiais arquitetónicos do passado continuam fortes nos dias de hoje.



Fig. 143 - Ecorkhotel, "bairro de *bungalows*" foto do autor

38 *Cork*: cortiça em inglês
39 Como já foi observado com as obras de Aires Mateus, Eduardo Souto de Moura e Álvaro Siza Vieira
40 Muito manifestado por Frank Lloyd Wright para a integração de um edifício na paisagem


SITE PLAN

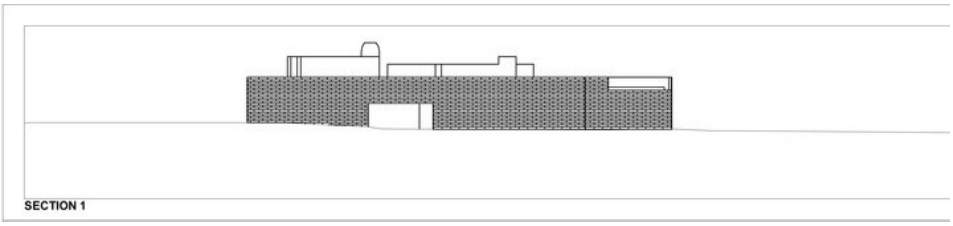

SECTION 1



Fig. 144 - Ecorkhotel, planta de implantação

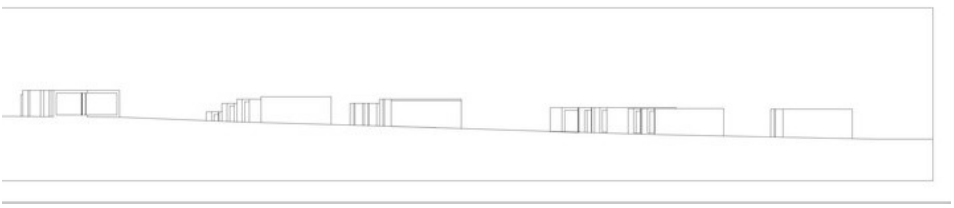


Fig. 145 - Ecorkhotel, perfil

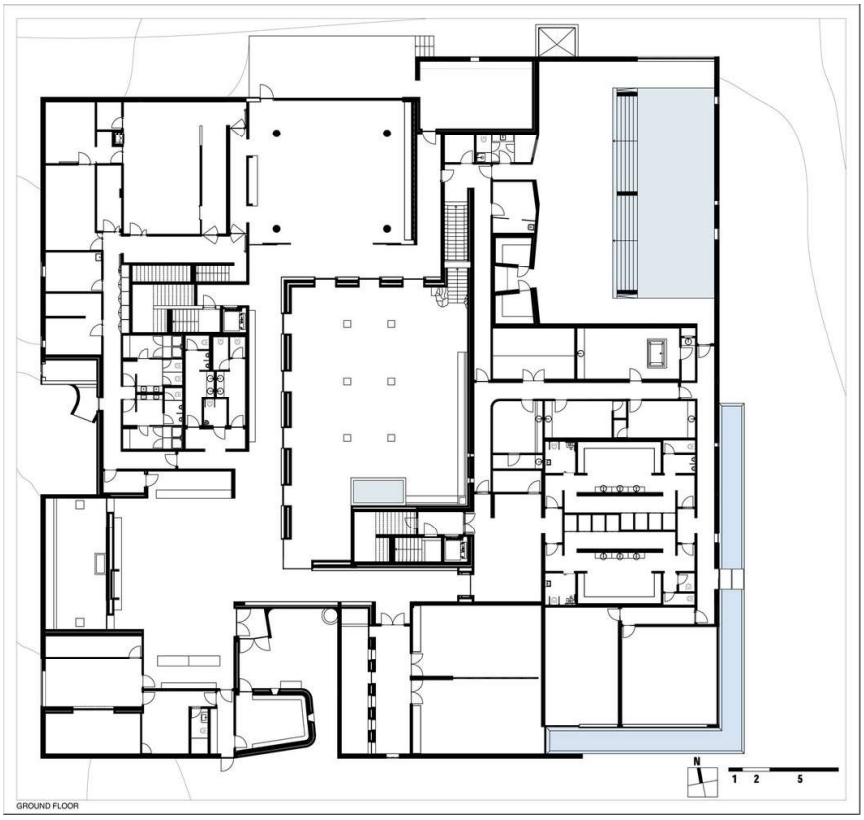


Fig. 146 - Ecorkhotel, planta piso 0 edifício principal

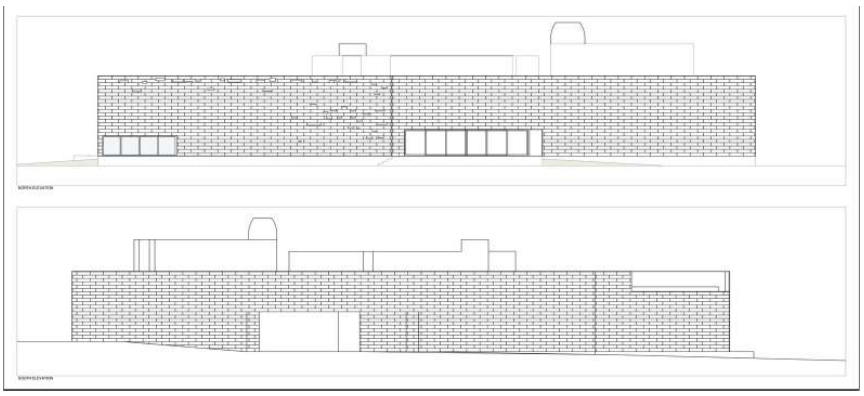


Fig. 147- Ecorkhotel, alçados edifício principal



Fig. 148 - Ecorkhotel, planta *bungalow*

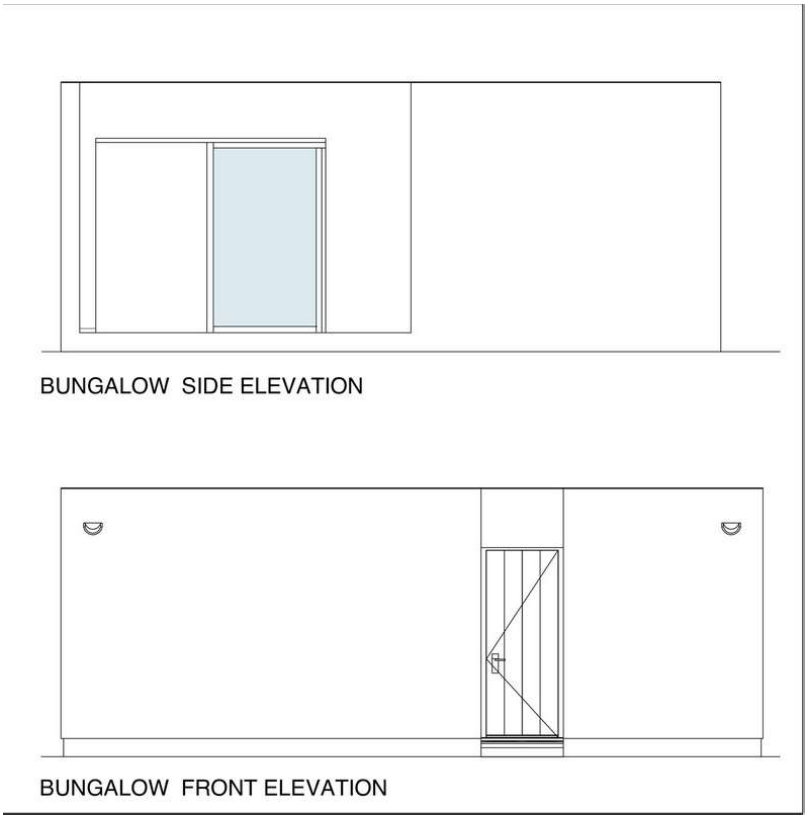


Fig. 149 - Ecorkhotel, alçados *bungalow*

Síntese II

Nesta segunda, parte foi apresentado uma abordagem mais filosófica sobre os métodos de perceção de espaço, do que é a Memória, de como um indivíduo capta o espaço e de que modo este o afeta. Foi feito um estudo para perceber os componentes do cérebro que ajudam nesta perceção, sendo possível retirar-se que, para além das três componentes Freudianas – consciente, subconsciente e inconsciente – somam ainda os processos de sensação, perceção e memória, entre outros. Caso algum destes processos se encontre defeituoso, a pessoa encontra-se fragmentada e impossibilitada de captar todas as informações percetíveis a uma pessoa dita normal; podemos chamar de Fenomenologia, o processo pelo qual recebemos informações inconscientes pelo espaço que nos rodeia e nos ajuda a orientar no espaço e a produzir juízos de valor sobre ele. Cabe, também, ao espaço arquitetónico complementar estes fragmentos com o seu desenho, oferecendo um espaço facilmente percetível e com ajudas visuais e orientadoras, com projetores fenomenológicos que sejam do agrado do sujeito.

Também foi possível constatar que cada um se estende pelo espaço que o rodeia por meio de uma "esfera social". Se algum objeto ou pessoa ultrapassar os limites desta esfera, este encontra-se dentro da área privada do indivíduo, podendo levar a desconforto e alteração de comportamento, pelo que é necessário desenhar o espaço de modo a que este possa acomodar as diferentes "esferas sociais" projetadas pelos pacientes e funcionários, variando consoante a sua psicopatologia e humor e promova uma boa socialização. Para além desta "esfera", o sujeito virtualiza-se pelo espaço, através dos seus sentidos de receção fenomenológica sendo, por isso, necessário que os espaços tenham um desenho familiar, de modo a que o paciente fragilizado se consiga orientar sem ajuda externa.

É de realçar a importância da cor no espaço arquitetónico, sendo que cada espetro produz reações diferentes no sujeito. É possível notar-se, cada vez mais, o afastamento do branco puro e estéril dos espaços de saúde, em prol de um estudo de cor bem executado para cada determinado espaço, do azul calmo para espaços de trabalho, para o pêssego para os quartos; tal como a receção da cor por parte de cada doente, pois existem pacientes que sofrem de psicopatologias específicas que rejeitem determinadas cores por completo e não consigam aceitar espaços que tenham essa cor.

Embora estes equipamentos continuem a evoluir e a convidar cada vez mais os habitantes externos, o hospital continua a ser um espaço de controlo, pelo que a ponte entre o equipamento prisional e o equipamento de saúde tenha vindo a ser cada vez mais larga. Uma maneira de diminuir a sensação prisional é a de abertura dos espaços para receber boa insolação de modo a manter o ritmo circadiano do paciente, e a implantação de grandes espaços verdes de forma a diminuir o peso do espaço construtivo. Esta atração que o ser humano aparenta ter a espaços verdes, é reforçado pelo conceito de biofilia. Juntando a esta atração intrínseca, estão os estudos da importância de jardins terapêuticos no recobro do paciente havendo, até, novos equipamentos que abraçam a ideia de um "hospital verde" por completo, como é o caso do Hospital Khoo Teck Puat, em Singapura. A isto podemos adicionar a "arquitetura orgânica" de Frank Lloyd Wright, uma casa para cada pessoa; ou seja, os quartos necessitam de ser apropriados a cada psicopatologia e o edifício precisa de pertencer à envolvente.

Com a evolução dos serviços de saúde, cada vez se está a apostar num desenho mais doméstico para o ambiente hospitalar. A implementação da ideia de habitar é uma difícil de se realizar num hospital, nomeadamente porque cada povo tem a sua ideia de habitar.

Embora todos estes conceitos pareçam algo dispares, são casados pela noção de Cultura, e a importância que esta tem no recobro do paciente. Ao implementar os ideais culturais no equipamento, é mais fácil um paciente fragilizado se acomodar ao novo espaço e a que este não lhe pareça tão alienígena. A apropriação cultural não deverá ser feita apenas na decoração, mas no próprio desenho arquitetónico do espaço, tanto interior como exterior, até no desenho do espaço público, pela implantação de espécies vegetais regionais nos jardins. O equipamento também irá ter maior relevância se este dispor de espaços apropriados a atividades próprias da região em que insere. Ou seja, se o projeto é em Portugal, deverá obedecer aos ideias culturais portugueses, nomeadamente aos da região em que se insere, se o projeto for na Noruega, deverá obedecer aos ideais culturais noruegueses.

Retomando o tema do habitar, mais uma vez é reforçada a ideia de cultura no espaço de recobro, pois o indivíduo tem a sua ideia de

habitar embutida no seu ser desde a sua infância, o seu "ninho", e irá transmiti-la a cada ambiente novo que visita. Outro problema notado na maior parte dos equipamentos hospitalares, é que os quartos com vários pacientes, tendem a piorar os resultados de recobro e a experiência dos pacientes, pelo que se tem confirmado cada vez mais que pacientes em quartos únicos obtêm um resultado positivo mais depressa e, no todo, uma experiência mais agradável. Esta diferença entre o quarto duplo vs. o quarto singular pode ser explicado pelas ideias de habitar de cada paciente, sendo incompatíveis um com o outro, tornando o quarto num lugar instável. Os quartos de internamento deverão então estar preparados para receber estes ideais e oferecerem uma resposta apropriada, pelo que o desenho pelos padrões culturais regionais irá amenizar a transição da casa do paciente para o quarto de internamento.

Tratando-se de um projeto no Alentejo, aparenta ser lógico que este seja desenhado segundo os padrões regionais e que os quartos se assemelhem à casa-pátio alentejana, podendo retirar influências de exemplos locais como a Quinta da Malagueira e o Ecorkhotel.

Outro fator a ter em conta, é a disposição dos próprios quartos segundo os padrões locais. No Alentejo observa-se uma tradição altamente bairrista, de uma relação de vizinhança altamente recíproca, pelo que a rua se comporta como uma divisão, uma sala de convívio, quase. Ao se disporem os quartos por uma "rua", o equipamento irá beneficiar ainda mais por manter a cultura bairrista e facilitar o processo de transição entre o "ninho" e o hospital.

III

vivências fragmentadas

A *Galatea das Esferas*, de Salvador Dalí, provém de um período em que o artista se encontrava fascinado sobre a iminente ameaça de bombas nucleares e o átomo em si[41]. Completamente embebido por a natureza ser composta por infímas partículas, Dalí compôs esta obra em que diversas esferas se unem para representar o rosto da sua musa, e esposa, fazendo uma analogia ao próprio átomo.

Para além da analogia ao átomo podemos também entendê-lo como uma analogia à psique de uma pessoa. Como já constatado anteriormente, aquilo que faz de nós quem somos, está distribuído pelos sistemas conscientes, subconscientes e inconscientes do nosso cérebero, acoplados aos processos de sensação, perceção, motivação e memória.

No átomo basta haver um desequilíbrio nas partículas que o compõem, para este se tornar algo diferente. Pelo processo de fissão torna-se algo altamente destrutivo. Na mente da pessoa acontece a mesma coisa, basta haver uma deterioração de um dos elementos que a compõem, para esta se tornar em algo instável, levando até uma possível "fissão" entre os processos conscientes e inconscientes, tornando o sujeito instável.

41 https://en.wikipedia.org/wiki/Galatea_of_the_Spheres



Fig.150 - *Galatea das Esferas* (1952), Salvador Dalí

7| Évora

"«O Alentejo... uma imensidão... de extensões planas e monótonas, mas loiras sob a luz quente, de tempos a tempos lentas oscilações que enfatizam a majestade das paisagens, e sob o céu incomparável o deserto champanhe, se cultiva ainda... No verão, as terras são abrasadas pelo sol... As aldeias são raras: as grandes herdades, ou montes, evocam as villas galo-romanas... cidades com casas brancas... Neste champanhe, nobre e nu, o registro de verdes é infinito, as árvores impõem a clareza dos seus volumes pelo espaço que nada altera... a imensidade plana, e longe diante de nós aparece a branca, a radiosa Évora.»"[42]

CME, 2007, p.374 [43]

"«L'alentejo… une immensité… de étendues plates et monotones, mais blondes sous la lumière chaude, de temps à autre de lentes oscillations qui soulignent la majesté des paysages, et, sous le ciel incomparable la champagne deserte, cultivée pourtant… L'été, les terres sont embrasées par le soleil… Les villages sont rare: les grosses fermes, ou montes, évoquent les villas gallo-romaines… les bourgs aux maisons blanches… Dans cette champagne, noble et nue, le registre des verts est infini, les arbres imposent la netteté de leurs volumes dans léspace que rien n'altère… l'immensité plate, et loin devant nous paraît la blanche, la radieuse Évora.»"

42 Tradução livre do autor, versão original em baixo
43 BOTTINEAU, 1956, p.79, *in* CME, 2007, p.374

7.1| A evolução da cidade

A génese da cidade Évora, obedece às invasões romanas, godas e mouras, que tiveram ação no nosso país. Estes povos aproveitaram a localização privilegiada, central e rodeada de campos próprios para o cultivo (Ebora Cerealis, como era conhecido no período romano pela vasta produção de cereais para o império), para estabeleceram um posto de trocas comerciais e de impacto político, nomeadamente as ligações a Lisboa (Olisipo Felicitas Julia), Beja (Pax Julia), Alcácer do Sal (Salacia) e Mérida (Emerita Augusta). Devido à presença do cromeleque dos Almendres, é possível deduzir que esta localização já teria sido utilizada por povos pré-históricos.

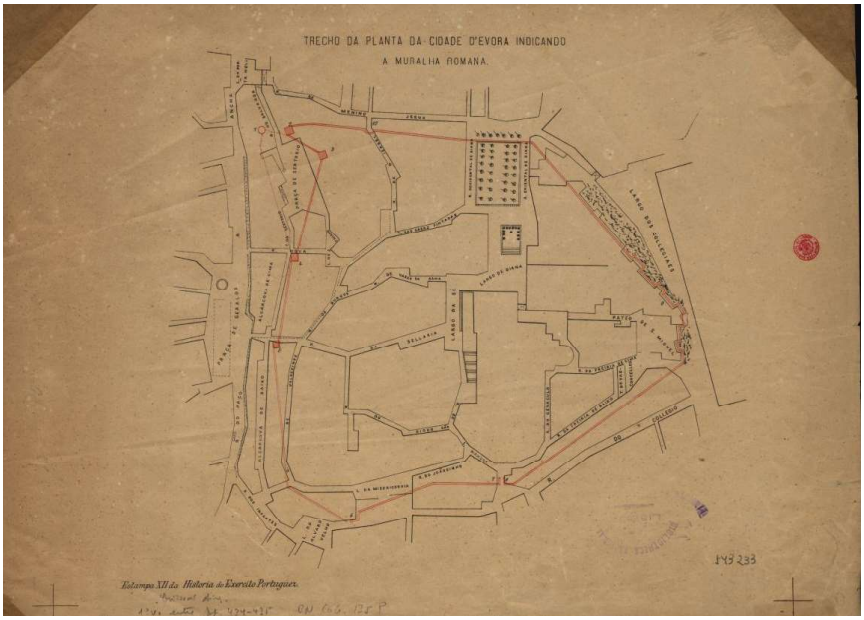


Fig. 151- Trecho da planta da cidade d'Évora indicando a Muralha Romana

O desenho urbano apontado pelos romanos era baseado no modelo da cidade hipodâmica[44], com uma avenida central de grande importância que iria ditar que as outras ruas seriam desenhadas perpendiculares e paralelas a esta. Neste caso, o foco principal do desenho urbano seria a ágora (Abel, 2008).

44 "Plano urbanístico introduzido pelos gregos, utilizado na planta da cidade de Alexandria no Egito ptolomaico. As cidades eram traçadas com ruas paralelas e perpendiculares a uma grande avenida. Os gregos começaram a usar esse sistema desde o século V ac." (https://www.dicionarioinformal.com.br/hipod%C3%A2mico/)

O desenvolvimento da cidade divide-se em duas partes principais: a cidade intramuros e a cidade extramuros. A segunda, com uma evolução mais recente e industrial, enquanto que a primeira foi o resultado já enunciado da confluência de vários povos invasores e a apropriação medieval do povo lusitano cristão, época de onde vem a muralha que ainda vemos hoje. Esta apropriação, a escolha de Lisboa para capital e a presença da família real na cidade por longos períodos, levou a que a cidade fosse crescendo a um ritmo acelerado, embora limitada pelas tecnologias da altura.

A cidade terá evoluído em direção a norte, devido à sua topografia, ficando a cidade exposta a sul e leste, à mercê de forte insolação e ventos, devido aos terrenos circundantes de baixa acidentação topográfica, maioritariamente plana.

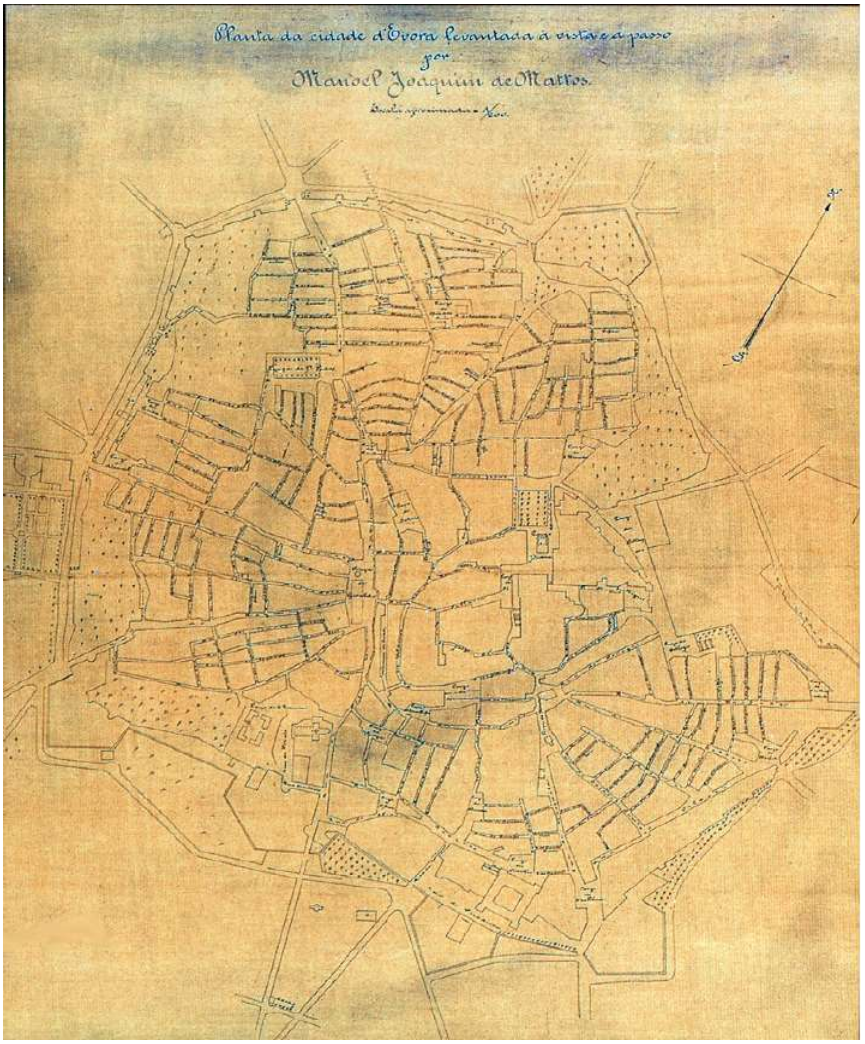


Fig. 152- Planta de Évora de Manuel Joaquim de Mattos

Com esta muralha a marcar os limites da cidade, os terrenos exteriores seriam essencialmente utilizados para a produção agropecuária (Abel, 2008).

No final do século XIX, começa-se a notar um crescimento da cidade para estes terrenos exteriores, para uso essencialmente industrial, embora tenham naturalmente aparecido novos bairros habitacionais, para suportar as necessidades da nova classe operária. Desta forma, a cidade intramuros mantinha uma população classe social mais aristocrática e privelegiada, enquanto a maior parte das classes operárias e mais favorecidas, eram relegadas para os novos loteamentos extramuros (CME, 2007).

Em 1863, deu-se o grande marco do desenvolvimento da cidade, com a implantação da estação de caminho-de-ferro. Evolução que seria continuada pela inauguração da Fábrica dos Leões[45].

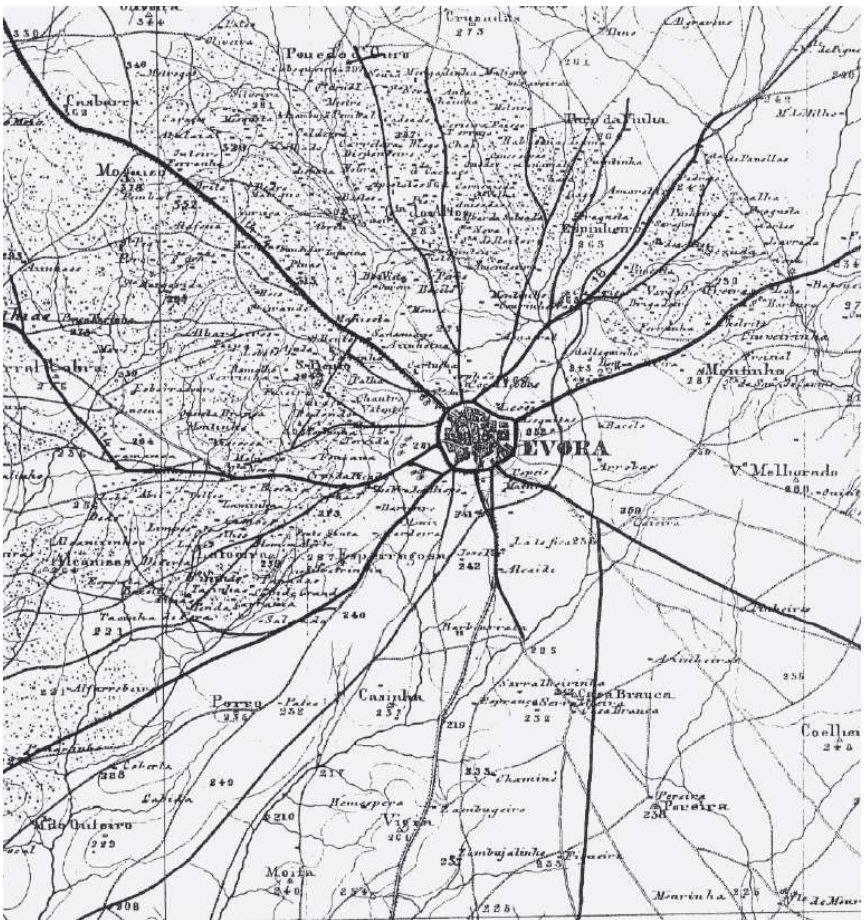


Fig. 153- Carta de Portugal; Direção Geral dos Trabalhadores Geodésicos do Reino, 1875

45 A Fábrica dos Leões (1919), foi conjeturada como um novo polo de evolução industrial, para produção essencialmente alimentar, massas. A Fábrico encerrou em 1993 e foi adquirida em 1998 pela Universidade de Évora, tendo sido reabilitada pelo projeto dos professores Inês Lobo e João Luís Carrilho da Graça, sendo agora o local do Complexo de Arquitetura e Artes Visuais da Universidade de Évora. (https://abiliocoelho.webnode.pt/products/fabrica-de-massas-%C2%ABle%C3%B5es%C2%BB/)

Esta estação encontra-se a 700m da porta sul da cidade, porta que dá diretamente para o Rossio de S. Brás. Daí se transportava mercadorias para todas as partes do país, denotado pela presença de armazéns agrários junto a ela, tal como um silo de trigo e o mercado de gado. A Guarda Nacional Republicana aproveitou a localização da estação para implantar o seu quartel. Deste modo, tinham acesso facilitado a outras terras do distrito, como Vila Viçosa, Mora e Reguengos de Monsaraz, tal como o transporte de mantimentos e equipamentos militares. Após o fosso romano e a muralha medieval, esta linha ferroviária funcionaria como os novos limites da cidade. Adjacente a esta estação, estava planeado um Largo de dimensões consideráveis, que funcionaria como interface de trocas e nova porta da cidade (Abel 2008). Carácter que nunca chegou a atingir.

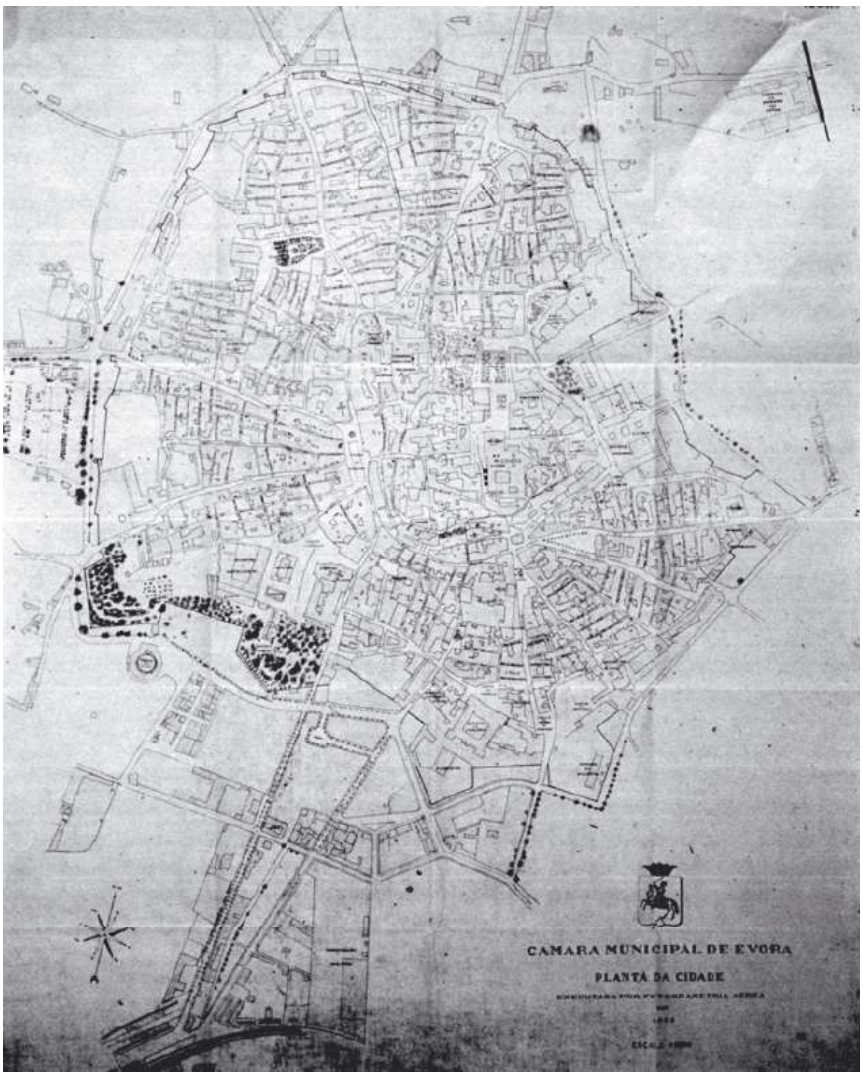


Fig. 154- Planta de Évora de 1928

A maior evolução urbana da história de Évora deu-se até meados da década de '30, com um novo desenho urbano que iria contrastar com a malha orgânica e radioconcêntrica da cidade intramuros[46]. Começam a aparecer ruas e avenidas com um traçado mais pensado e geométrico que iriam reforçar a ligação da cidade intramuros com o Rossio de S. Brás, os lotes de destino industrial e a estação de caminho de ferro (CME, 2001).



Fig. 155- Plano de Étienne De Gröer, 1945

No início do século XX, nomeadamente a partir do plano de Étienne de Gröer[47], começa-se a notar uma expansão da cidade, em direção aos terrenos extramuros, para uso residencial[48]; devido ao crescimento demográfico denotado (CME, 2001). O plano seria revisto e melhorado por Nikita De Gröer, ainda na década de '50, devido a este já não

46 Até então apenas se tinham notado ligeiras intervenções de renovação de setores na cidade intramuros (CME, 2007)

47 Encomendado por Duarte Pacheco, então ministro das obras públicas, baseou o seu plano no modelo da cidade jardim, mexendo inclusive na malha da cidade medieval. O plano foi iniciado em 1942 e finalmente aprovado pelo Governo em 1947 (Abel, 2008)

48 Em 1940 a cidade intramuros contava com 18559 habitantes, o que motivou a expansão da cidade para fora das muralhas, tal como o êxodo rural promovido com as revoluções industriais na agricultura, que deixaram vários trabalhadores rurais sem emprego e os obrigou a encontrarem casa e, uma nova vida, na cidade (CME, 2007)

obedecer aos tempos decorrentes e as ideias nunca terem sido aplicadas na sua plenitude (Abel, 2008).

Encomendado em 1969, deu-se um novo planeamento da cidade de Évora, encarregue ao atelier do arquiteto Francisco Conceição Silva, no qual participaram o Dr. Jorge Gaspar e o arquiteto Tomás Taveira. Este plano visava, principalmente, melhorar as condições para a habitação, aproveitando o desenho delimitado pelos bairros clandestinos, para definir a nova expansão da cidade, que se estenderia até à delimitação da linha ferroviária.

Este plano iria qualificar os terrenos extramuros, os quais se encontravam desordenados e sem qualidade urbana, devido à inoperação dos planos anteriores. Os lotes adjacentes ao Rossio de S. Brás[49], seriam destinados a uso comercial, administrativo e habitacional (Abel, 2008). Tornando o Rossio, num novo centro, aplicando a teoria da cidade policêntrica, a qual distribui os serviços de maior importância por vários polos da cidade. Até então, o centro principal da cidade era a Praça do Giraldo[50], que continua a ter tal função, mas de um posto de vista mais comercial e turístico.

O ano de 1973 viu a intervenção de Álvaro Siza Vieira na cidade de Évora, com a implementação do seu plano na freguesia da Malagueira[51], que veio trazer um desenho mais regulado e ortogonal (o qual foi muito criticado), contrastando com o desenho mais orgânico da expansão dacidade por parte dos bairros clandestinos (Abel, 2008). Foi neste mesmo ano que se deu um marco de extrema importância para a cidade e para a região; foi fundada a Universidade de Évora, de forma a evitar que os jovens fossem estudar para a Universidade da Extremadura em Badajoz. Isto também viria a ajudar a combater o êxodo rural denotado até à revolução de 25 de Abril de 1974, em que os habitantes se deslocavam para zonas metropolitanas, e até para estrangeiro, em busca de melhores

49 O Rossio de S. Brás deve o seu nome à Ermida de S. Brás, adjacente a sul. A sua construção foi ordenada no século XV por D. João II, para o tratamento de pessoas afetadas pela peste negra. Hoje é classificada como Monumento Nacional. (http://www.patrimoniocultural.gov.pt/en/patrimonio/patrimonio-imovel/pesquisa-do-patrimonio/classificado-ou-em-vias-de-classificacao/geral/view/70294)

50 A Praça do Giraldo iria começar a ser considerada a praça principal da cidade a partir do ano de 1275, com o aparecimento da Feira de Santiago, instaurada pela mão de D. Afonso III, a que tornaria a praça num verdadeiro polo comercial e social (CME, 2001)

51 Ver ponto **6.3| *A casa alentejana***

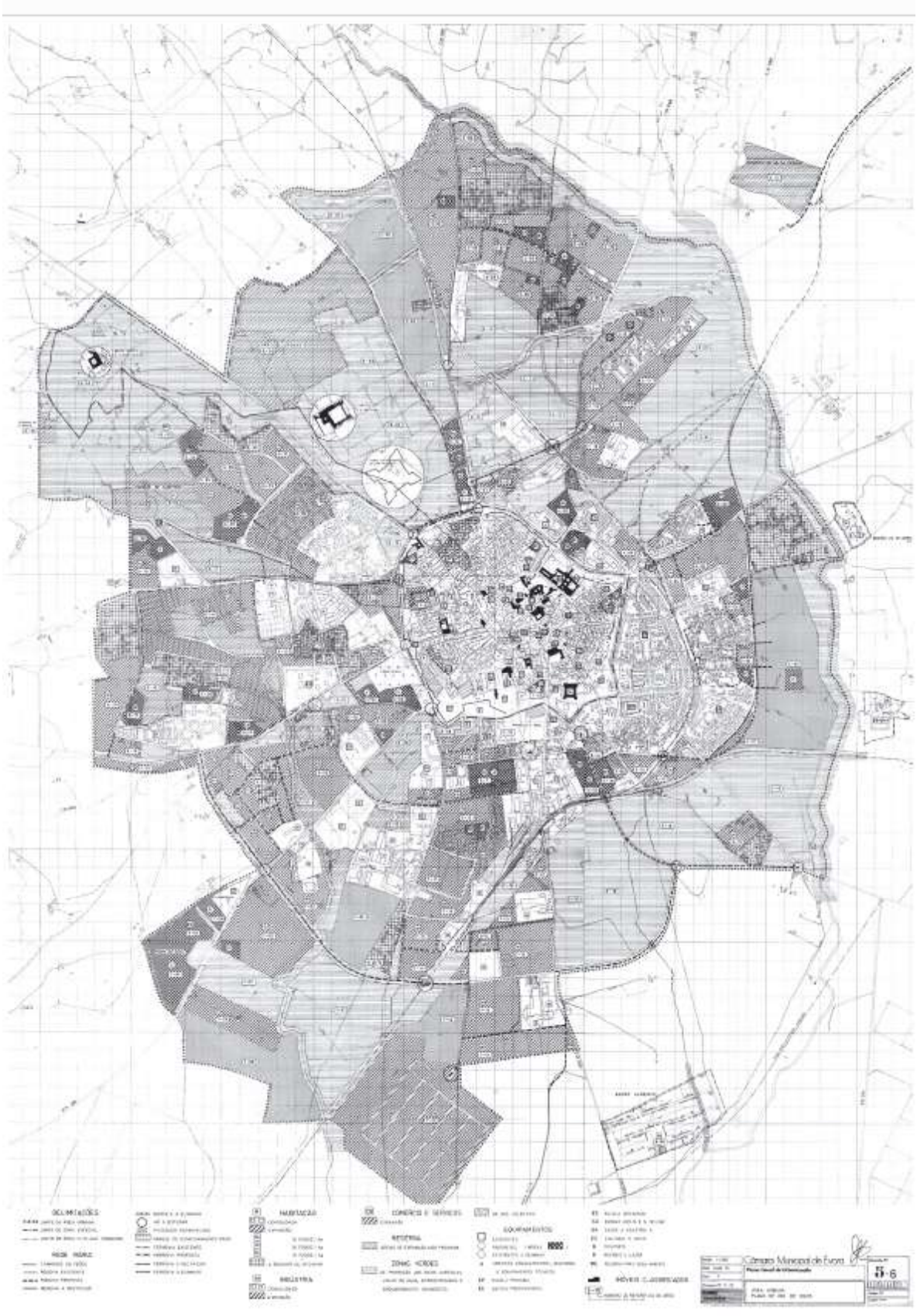


Fig. 156- Plano de 1985

condições de vida (CME, 2001).

Uma década depois, a cidade começou a sentir a influência do automóvel. Com a elevação do estatuto económico, cada vez mais cidadãos tinham capacidade de possuir viatura própria. Os eixos de ligação à capital, o IP2 em frente ao Rossio de S. Brás, a cada vez maior dependência do automóvel, alterou o desenho da cidade, nomeadamente, nas zonas extramuros, mas a vida quotidiana mais afetada denotou-se na cidade intramuros, devido à sua malha medieval orgânica de difícil acessibilidade (Abel, 2008).

Durante esta segunda metade do século XX, foi notada uma certa deterioração do estado de conservação dos edificados na cidade intramuros, havendo até inúmeros fogos sem instalações sanitárias. Tal precariedade motivou um plano de recuperação do Centro Histórico de Évora, tendo este sido reconhecido pela UNESCO como património mundial, no ando de 1989 (CME, 2007).

O plano de 2000 mantém os pressupostos dos anteriores, com a extensão da rede viária e a limitação das áreas industriais às zonas suburbanas a sul da cidade. Este plano veio introduzir os índices de construção ainda em uso, limitando-a a 35% da área do terreno.

Ao longo da sua história, a cidade de Évora nunca contou com um grande espaço público verde. Não havendo tal necessidade visto, até relativamente pouco tempo, toda a área extramuros sob a administração do Município de Évora, ter muito pouca área construída, consistindo essencialmente de quintas e espaços agrícolas. O conceito de jardim público é recente, com origens a remontar o século XIX, coincidindo com o movimento Romântico presente na cultura popular de outrora e como consequência das revoluções industriais. Este jardim era o espaço onde a burguesia se mostrava ao público. O Jardim Público da cidade de Évora apareceu num planalto a sul da cidade intramuros, encostado às muralhas e adjacente ao Palácio D. Manuel (Abel, 2008).

Hoje, a cidade extramuros, nomeadamente a sul, demonstra claramente o resultado das atribulações históricas, havendo uma predileção viária, onde o carro domina a pessoa, dificultando o acesso e a valorização de edifícios e zonas de carácter histórico e cultural, relevantes.

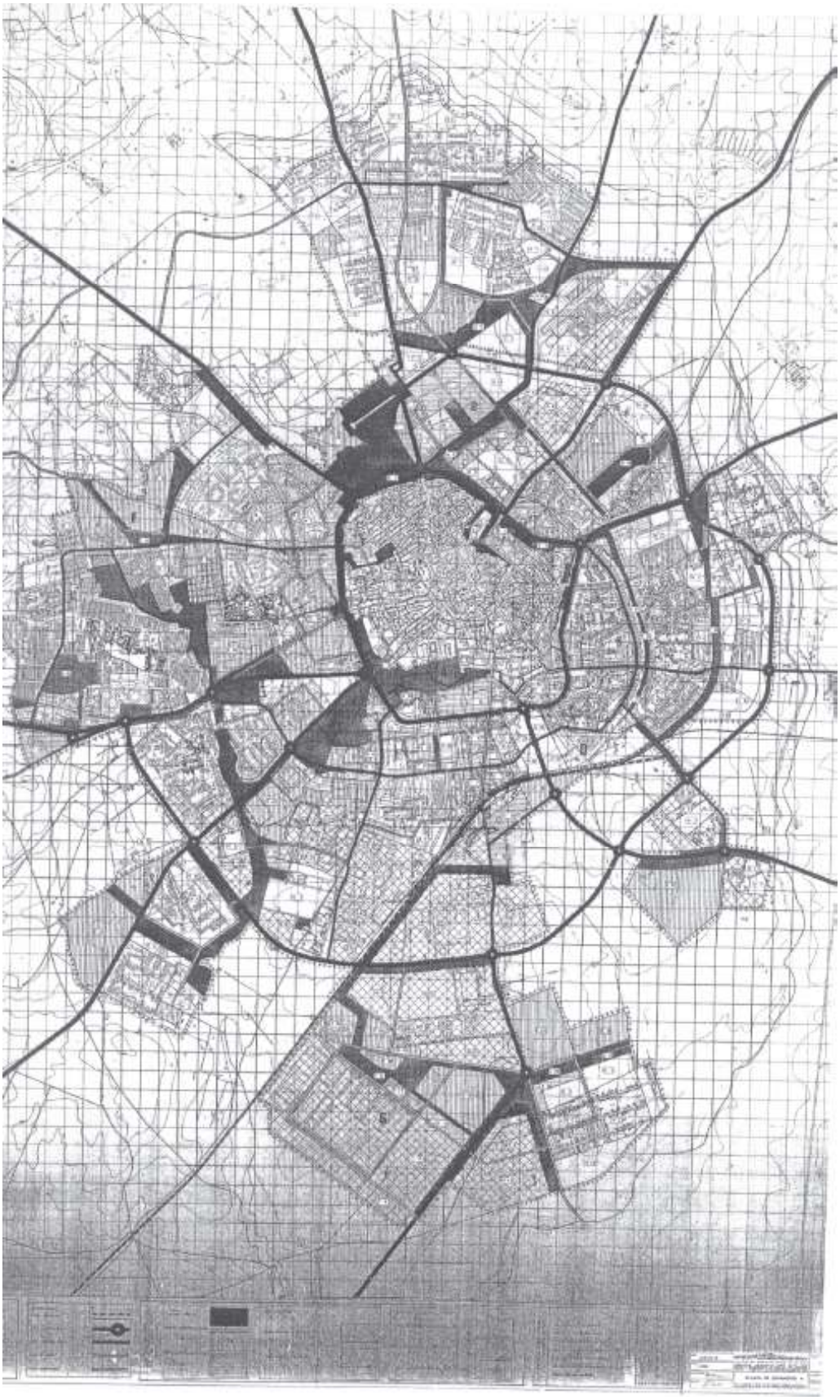


Fig. 157- Plano de 2000

7.1.1| Bairro Cenáculo

É na ideia de expansão da cidade para fora das muralhas, promovida no final do séc. XVIII e início do séc. XX, que é concebido um plano para um bairro habitacional diretamente fora das muralhas.

Apresentado na Câmara Municipal de Évora, em 1909, por Carlos Monteiro Sena, o denomeado Bairro Cenáculo, em honra de Frei Manuel do Cenáculo[52], viria estabeler uma ponte direta entre a cidade intramuros e a cidade extramuros, dando um ponto de partida da expansão habitacional a sul, em direção à estação de caminho de ferro. O Bairro foi desenvolvido nos pressupostos de um *"bairro aristocrático com rendas acessíveis"* (CME, 2001, p.77), ideia desdenhada pela Câmara. O Bairro tornar-se-ia rentável através das vendas de terrenos de construção e seria composta por *"(…) uma área de 58 777m2 e organizar-se-ia por 2 avenidas (cada uma com 14m de largo), 5 ruas (a largura de cada artéria seria de 10m) e uma praça com 514, 64m2 de superfície"* (CME, 2001, p.78), com passeios arborizados e jardins em frente às habitações, planeado claramente sob os conceitos de salubridade dos "oitocentos".

Embora o plano tenha sido aprovado tanto pela Câmara Municipal de Évora, como pelo Ministério Real, o projeto nunca foi executado, provavelmente devido à implementação da Primeira República a 5 de Outubro de 1910 e os novos ideais trazidos com esta revolução (CME, 2001).

7.1.2|Casas-pátio em Évora

"«(…) um largo portal dava entrada num pátio, vasto e descoberto; a um lado a morada com seu andar nobre; nos outros lados as casas dos dependentes, as cavalariças, os palheiros, as oficinas, a casa da lenha, no pavimento térreo do palácio os celeiros, as dispensas, todas essas casas tinham portas para ao pátio (…)»"

CME, 2001, p.134

52 "(…) Frei Manuel do Cenáculo (1724-1814), arcebispo de Évora entre 1802 e 1814, [foi homenageado com este bairro] sobretudo pelo seu desempenho durante as invasões francesas." (CME, 2001, p.75)

Tal como no resto do país, podemos observar na cidade de Évora a presença da tipologia da casa-pátio, motivada pela herança islâmica, sendo possível contar mais de meia centena destas casas, na cidade intramuros. Grande parte destas casas pertenceram à alta classe social, sujeitos que viajavam pelo mundo, nomeadamente a colónias africanas, e traziam os novos conhecimentos arquitetónicas e novas experiências para Évora.

"Sendo uma grande parte das casas-pátio de Évora propriedade de grandes senhores, muitos deles bastante viajados, com permanência nas praças portuguesas do norte de África, é plausível que para a construção das suas habitações deitassem mão das suas experiências, formando uma simbiose, por exemplo, entre a casa rural de dois pisos do norte e centro do país, com um rés-de-chão de anexos e um andar – o sobrado – onde fica localizada a habitação principal. Se a isto juntarmos um pátio de entrada uma escada exterior de acesso ao andar e uma arquitectura manuelina alentejana, teremos a casa-pátio eborense primitiva."

CME, 2001, p.133

Podemos então afirmar que a casa-pátio senhorial estabelece um casamento entre o funcionalismo, a herança agrária, e a proteção de uma habitação introvertida, virada para um pátio, sendo evidente a forte ligação entre tais habitações na proteção da cidade intramuros e as típicas habitações rurais do agricultor.

"Em conclusão, poderemos adiantar que a casa-pátio de Évora resultou de uma simbiose de interesses diversos, onde é evidente o gosto por uma vivência introvertida, possibilitada pela casa virada ao pátio, sem descorar os aspectos funcionais que garantissem a autonomia da habitação e a forte ligação ao meio rural Alentejano."

CME, 2001, p.136

A partir da década de '30, começa a aparecer uma nova tipologia, habitações em banda com um pátio comum, à semelhança das Vilas de Lisboa e das Ilhas do Porto (CME, 2001). Nos planos urbanos desenvolvidos para o crescimento da cidade extramuros, é possível denotar a contínua aposta da casa-pátio, nem que seja por um simples quintal a tardoz, ou então o já variadamente referido plano da Quinta da Malagueira, mantendo sempre, então, a aposta na identidade cultural.

7.2| Serviço de psiquiatria do Hospital do Espírito Santo

O principal serviço de saúde mental do distrito de Évora encontra-se no departamento de psiquiatria do Hospital do Espírito Santo; o qual presta serviço ao total de 14 concelhos (Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa), contando com um total de 168034[53] habitantes.

Os serviços de assistência de saúde mental, em Évora, começaram em 1945, por brigadas móveis constituídas por médicos e enfermeiros. Em 1968, seguindo a Lei de Saúde Mental, foi aberto um dispensário de saúde mental, o qual oferecia consultas de psiquiatria e tratamentos ambulatórios complementado com a Quinta do Albergue, a 5km da cidade, que funcionava como unidade de internamento. Dez anos depois, foi criado o Centro de Saúde Mental de Évora, o qual era composto por um palacete senhorial, no centro de cidade, onde aconteciam as consultas externas, e pelo dispensário já referido.

O Centro de Saúde Mental de Évora foi extinto em 1992, sendo os seus serviços transferidos para o Hospital Distrital de Évora.

Em 2008, seguindo a extinção dos serviços prestados na Quinta do Albergue[54], o internamento psiquiátrico foi transferido para o Edifício do

53 Resultados presentes nos Censos de 2011

54 A Quinta do Albergue, serviu de 1978 a 2008 como centro de internamento de doentes psiquiátricos agudos do distrito de Évora.
Esta quinta contava com uma área de 3,22 hectares e uma prevalência pela terapia agrária, como atividades agrícolas e criação de gado, devido à origem rural da maioria dos pacientes internados.
O internamento era composto por 30 camas para mulheres e 50 para homens, sendo que as enfermarias respeitavam o modelo de camarata.
Os serviços foram finalmente transferidos para o Hospital do Espírito Santo em 2008, face às pobres condições da instituição e variadas queixas de qualidade dos serviços, incluindo o



Fig. 158- Hospital do Espírito Santo de Évora, Edifício do Patrocínio

Patrocínio do Hospital do Espírito Santo e, três anos depois, a consulta externa de psiquiatria foi integrada na oferta do mesmo hospital.

Atualmente, os serviços psiquiátricos do Hospital do Espírito Santo, encontram-se divididos em três espaços: a unidade de internamento e área de dia, com terapia ocupacional, localizadas no quarto piso do Edifício do Patrocínio; a unidade de ambulatório, a qual é composta pelos serviços de pedopsiquiatria e terapia da fala que se encontra no primeiro piso do Edifício do Espírito Santo e o serviço de urgência psiquiátrica que se encontra no serviço geral do edifício.

A unidade de internamento conta somente com 16 camas, sendo 3 delas reservadas para adolescentes. A causa principal da oferta de internamento tão reduzida é devida à escassez de funcionários. Números consideravelmente insuficientes, em relação à população da área de intervenção do hospital. Se os restantes departamentos apresentarem uma afluência maior do que a sua capacidade, os quartos de internamento psiquiátrico serão disponibilizados para o uso de internamento de medicina interna. Estes quartos são constituídos por duas camas articuladas[55], mesa de cabeceira, armário e luz individual. As alas psiquiátricas, no seu todo, também contam com uma sala de convívio, refeitório, zona para fumadores, dois gabinetes médicos, gabinete de enfermeiro-chefe, gabinete de enfermagem, gabinete polivalente, sala de tratamentos e sala de reuniões (Cintra e Gil, 2016b).

facto de os pacientes se encontrarem bastante distanciados do hospital central, dificultando a assistência a consultas de rotina (Cintra, et al, 2016)

55 A ala psiquiátrica também conta com dois quartos de contenção equipados com câmaras de vigilância (Cintra, et al, 2016)

8| *Ebora in posterum*

"(...) Zora tem a qualidade de se manter na sua memória ponto a ponto, na sua sucessão de ruas, de casas ao longo das ruas e, de portas e de janelas nas casas, embora nada nelas possua uma uma beleza especial ou raridade. O segredo de Zora encontra-se na maneira de que o seu olhar corre sobre padrões que se seguem uns aos outros como numa composição musical em que nenhuma nota pode ser alterada ou deslocada (...) esta cidade que não pode ser expurgada da mente é como uma armadura, um favo de mel em cujas células cada um de nós consegue colocar as coisas de que se quer lembrar (...)"[56]

CALVINO, 1974, p.15

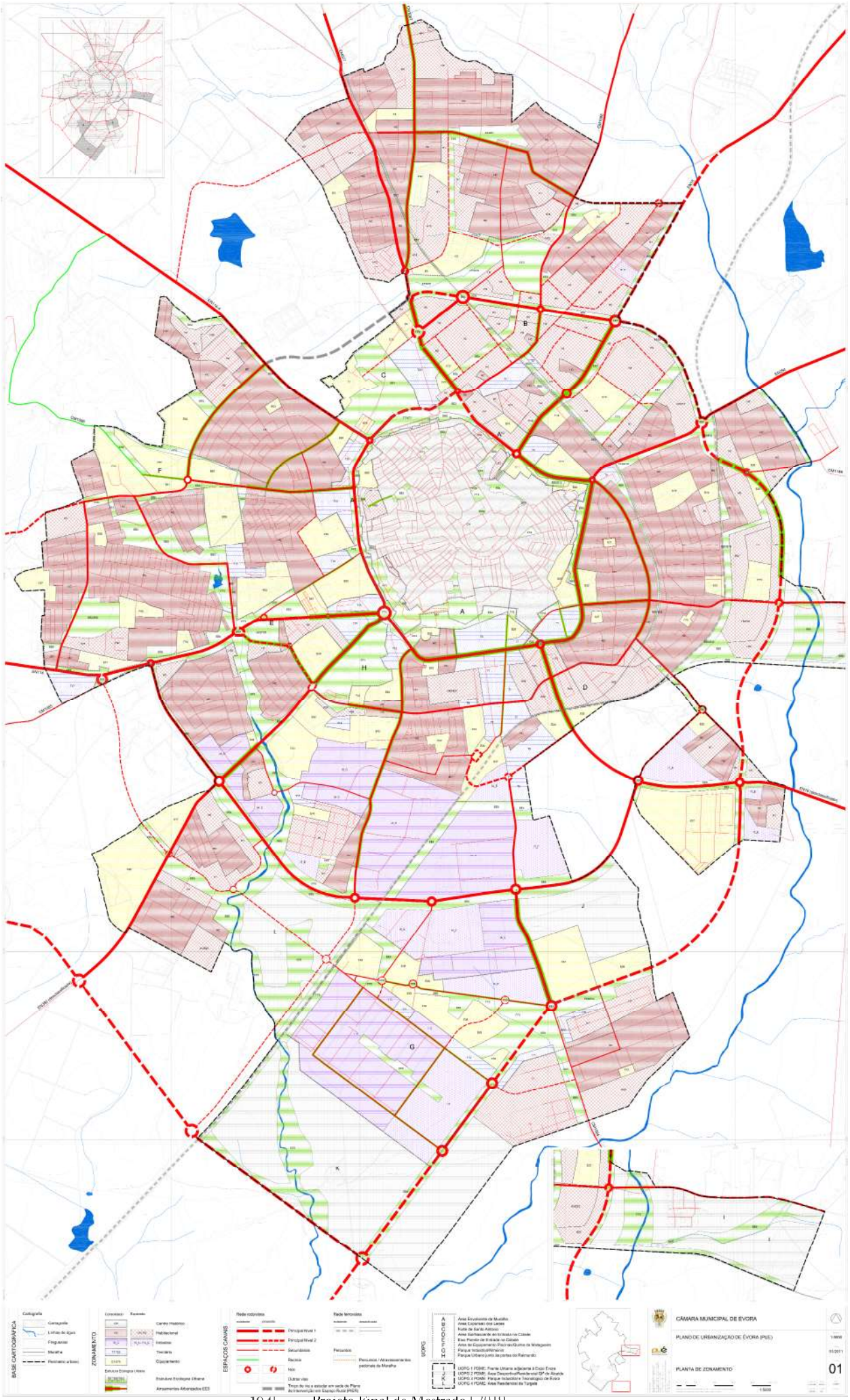
"(…) Zora has the quality of remaining in your memory point by point, in its succession of streets, of houses along the streets, and of doors and windows in the houses, though nothing in them possesses a special beauty or rarity. Zora's secret lies in the way your gaze runs over patterns following one another as in a musical score where not a note can be altered or displaced (…) this city which cannot be expunged from the mind is like an armature, a honey-comb in whose cells each of us can place the things he wants to remembre (…)"

Embora a cidade de Évora tenha uma qualidade romântica que fascina qualquer um, semelhante à afamada cidade de Zora relatada nas *Invisible Cities* de Italo Calvino, tal qualidade não se mantém sozinha, pelo que existem alguns pressupostos necessários para que a cidade mantenha e enalteça a sua qualidade romântica que apaixona cada visitante.

8.1| Planos contemporâneos

Qualquer proposta de intervenção urbana que se faça na cidade de Évora, encontra-se regida pelo Plano Diretor Municipal de Évora (PDME), segundo o regulamento de 2007 e, mais importante, o Plano de Urbanização de Évora (PUE), de 2011. Este PUE apresenta pressupostos diferenciados entre a cidade intramuros e a cidade extramuros: para a cidade intramuros prevê-se uma requalificação e gestão minuciosa do edificado e traçado histórico, sem grande espaço de manobra para novas construções, valorizando a reabilitação e conservação do edificado existente. Para a zona extramuros prevê-se uma grande extensão, visto que a zona intramuros apresenta a maior taxa de empregabilidade, cerca de 60% dos postos de trabalho em 2001 (CME, 2001), havendo uma alta densificação da atividade terciária nesta zona, em comparação à cidade extramuros, mostrando um desequilíbrio entre a cidade velha e a cidade "nova". Para combater este desequilíbrio e manter uma aposta de

56 Tradução livre do autor, versão original à direita


CÂMARA MUNICIPAL DE ÉVORA
PLANO DE URBANIZAÇÃO DE ÉVORA (PUE)
PLANTA DE ZONAMENTO
01

um desenho pluricêntrico, houve um grande desenvolvimento da área industrial nos subúrbios a sul da cidade, sendo inaugurado um centro comercial em 2017[57] . Tal centro comercial serve para reforçar ainda mais a noção de Évora ser o maior centro urbano do Alentejo, e seu principal polo económico (CME, 2001).

Tal PUE prevê uma extensão pelas periferias da cidade, nomeadamente a sul em direção ao polo industrial e de modo a reforçar a importância da estação ferroviária, com a aplicação de novas áreas habitacionais e de serviços, tal como novos equipamentos e requalificação de antigos (e atuais) terrenos de caráter industrial para uso habitacional e terciário. O PUE foi concebido sobre os pressupostos analisados pela Câmara Municipal de Évora (CME) sobre as deficiências e fraquezas da cidade atual. Pressupostos como: a valorização de espaços públicos, tal como a elaboração de novos espaços públicos essencialmente verdes; melhoria das infraestruturas, mais equipamentos públicos (culturais, saúde, etc.) (CME, 2001). O PUE também defende que qualquer expansão da cidade, deverá manter a identidade radioconcêntrica da cidade.

8.2| Ambiente urbano e higiene mental

"Dada a densidade do habitat nas grandes cidades, era natural que se sublinhasse a necessidade biológica dos espaços livres. O parque era entendido não como uma parte integrante do meio urbano, mas como uma local de refúgio cujo valor essencial vinha do contraste com a ruidosa e empoeirada colmeia urbana."

CHOAY, 1992, p. 286

É feito um reforço sobre a importância dos espaços verdes na cidade contemporânea. Com a evolução da tecnologia construtiva, o jardim foi perdendo espaço para o betão e a pessoa foi-se refugiando nesta cela construída, ignorando a vegetação exterior. No caso de Évora, não

57 A 21 de Novembro de 2017 foi inaugurado o Évora Plaza, num investimento de cerca de 40 milhões de euros, apresentando 70 lojas e 5 salas de cinema (https://www.radiocampanario.com/ultimas/reportagens/grande-reportagem-inaugurado-evora-plaza-a-nova-centralidade-da-cidade-c-som-e-fotos)

Fig. 159- (à esquerda) planta de zonamento PUE 2011

acontece tanto isso. Existem vários terrenos vegetacionais à volta e dentro da cidade, o problema é que estes não se encontram qualificados para desempenharem a sua função própria e receberem o ser humano na sua atividade diária. Algo que case a carência da Biofilia de Edward T. Hall e a necessidade de espaços sociais exteriores de Jan Gehl.

Como defende a CME, os espaços verdes contribuem para usos culturais e recreativos, tal como para o enquadramento histórico e preservação da paisagem (CME, 2001).

Esta aposta num planeamento urbano que reforce a importância dos espaços verdes e a relação que o homem tem com eles, tem sido defendida pelo conceito de Higiene Mental, durante várias décadas. Este conceito surgiu a partir de uma perspetiva crítica humanista sobre o comportamento do indivíduo urbano (Choay, 1992). Tal conceito defende que "*um planeamento higiénico e uma distribuição racional do espaço urbano são em si incapazes de assegurar aos habitantes o sentimento de segurança ou de liberdade a riqueza na escolha das atividades, a impressão de vida e o elemento de distração necessários à saúde mental e sua repercussão na saúde física.*" (Choay, 1992, p.43), e também que a própria morfologia urbana desencadeia influência no comportamento psicológico.

Um desenho homogéneo e repetitivo torna-se cansativo ao contrário de um planeamento mais heterogéneo, com espaços verdes bem colocados e pensados, que desperta uma maior sensação de conforto no indivíduo (Choay, 1992) podendo, essencialmente, ajudar a combater a depressão atribuída à vida nos grandes centros urbanos. No entanto, Françoaise Choay opina que o conceito de Higiene Mental não pode ser um objetivo de planeamento urbano, mas sim um desenvolvimento natural de cada proposta urbana, por este não ser um método rigoroso assente num livro de regras e, também, para o projetista não se sentir restringido aos projetos do passado e poder dar asas à criatividade (Choay, 1992),

pois cada cidade apresenta desafios novos. A Higiene Mental deverá ser usada como um "suplemento" e não uma regra.

Uma boa qualificação de espaços verdes, e espaços públicos no geral, servirá como um refúgio para o indivíduo urbano, uma escapatória do mundo edificado, um momento de pausa. Uma implementação bem pensada de um parque poderá ainda servir como ponto de referência para a localização de uma pessoa na cidade, ajudando o processo de *Wayfinding* urbano, sem a necessidade de ajudas físicas como sinais ou mapas.



Fig. 160- Jardim Público de Évora

9| Componente projetual

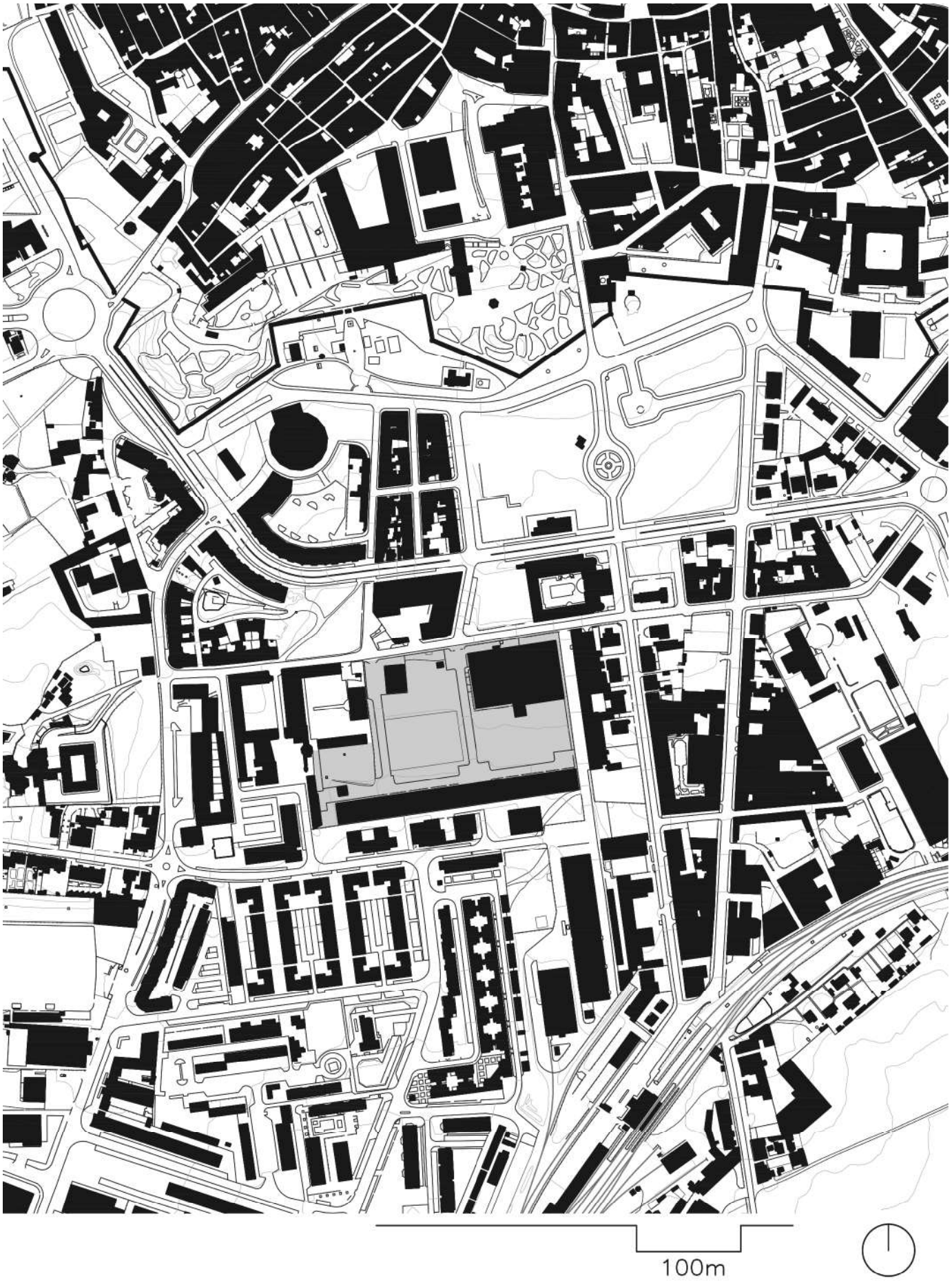
9.1| Local de intervenção

O local de intervenção localiza-se em Évora, na cidade extramuros, a sul, mais propriamente na freguesia da Horta das Figueiras. O terreno encontra-se compreendido entre a Rua Diana de Liz, a Rua do Iroma e a Rua Fernanda Seno, sendo o atual quarteirão ainda limitado pela Rua Engenheiro Tomás Silva e a Rua Pedro de Sousa. Este quarteirão, a par de alguns serviços e comércios, enquadra o Mercado de Gado da cidade de Évora, concebido nos anos 70 quando a cidade de encontrava na sua expansão a sul e a Câmara Municipal de Évora disponibilizou alguns loteamentos nas freguesias da Horta das Figueiras e de Almeirim, para atividades industriais (CME, 2007), correspondendo ao período de atividade do Plano de Conceição Silva.

O terreno apresenta uma área de 33 500m2, inscrito num retângulo recortado com comprimento médio de 260m e 150m de largura; com uma diferença de cota avaliada nos 2.5m. O terreno apresenta variados edificados, sendo os de maior relevância o armazém a nordeste, com uma área de implantação de 4 750m2, e uma banda segmentada em seis edifícios diferentes a sul, cuja área de implantação total é de 4 510m2.

Devido à sua localização estratégica diretamente a sul da cidade extramuros e, num ponto intermediário entre as portas da muralha e a estação ferroviária, foi escolhido como local de intervenção. A sua localização numa zona evolutiva da cidade, rodeada de bairros habitacionais, com fácil acesso aos dois edifícios do Hospital do Espírito Santo de Évora e, a necessidade de atualização urbana, fizeram com que fosse escolhido para a implantação da Clínica de Reabilitação Psiquiátrica, um equipamento com complementos habitacionais.

161- Planta situação atual (à direita)


100m

9.2| Proposta urbana

Advinda da intervenção pontual no terreno já descrita, é necessária uma maior conjugação com a envolvente a nível urbano; para tal, é proposta uma intervenção, o menos intrusiva possível, em dois eixos, que identifica os problemas principais adjuntos ao terreno: um vertical (sensivelmente Norte-Sul [NS]) definido pela Rua do Iroma e um horizontal (sensivelmente Nascente-Poente [NP]) definido pela Rua Diana de Liz.

Esta proposta pretende sempre que possível respeitar o PUE, podendo haver casos específicos em que o uso de um determinado lote seja questionado e, terá os conceitos de Higiene Mental e *Wayfinding* a ajudar as ideias principais. Em todas as ruas que sofrem uma intervenção, é reforçada a presença arbórea de espécies locais. Todos os troços rodoviários que sofreram uma intervenção, excetuando o troço do IP2, são aconselhados a tornarem-se Zonas 30, devido à proximidade de zonas habitacionais e ao equipamento proposto.

Todas as intervenções respeitam o PUE, que não permite edificado com mais de 9m de altura (excetuando casos específicos), ao propor apenas construções novas de um a dois pisos. O PUE prevê ainda um índice de ocupação do solo de 0.35%, o qual foi respeitado.

A intervenção no eixo NS prime-se pela ligação da estação ferroviária até à cidade intramuros. Começando no extremo Sul, deparamos um dos maiores problemas na cidade de Évora: o ponto de chegada. A própria estação ferroviária encontra-se algo desatualizada para os dias contemporâneos, havendo já algumas melhorias nos últimos anos, tal como um parque de estacionamento com melhores condições. No entanto, o maior problema encontra-se no exterior: não existe qualquer momento de convite à cidade, pelo que um estrangeiro se sentirá perdido, sem conseguir identificar o caminho para o centro da cidade, devido à localização periférica da estação. Para tal é proposto um jardim público à saída da estação, no espaço que seria destinado a um rossio aquando da inauguração da própria estação (Abel, 2008). Após este espaço localiza-se um silo cerealífero, ladeado com uma banda de armazéns de uso

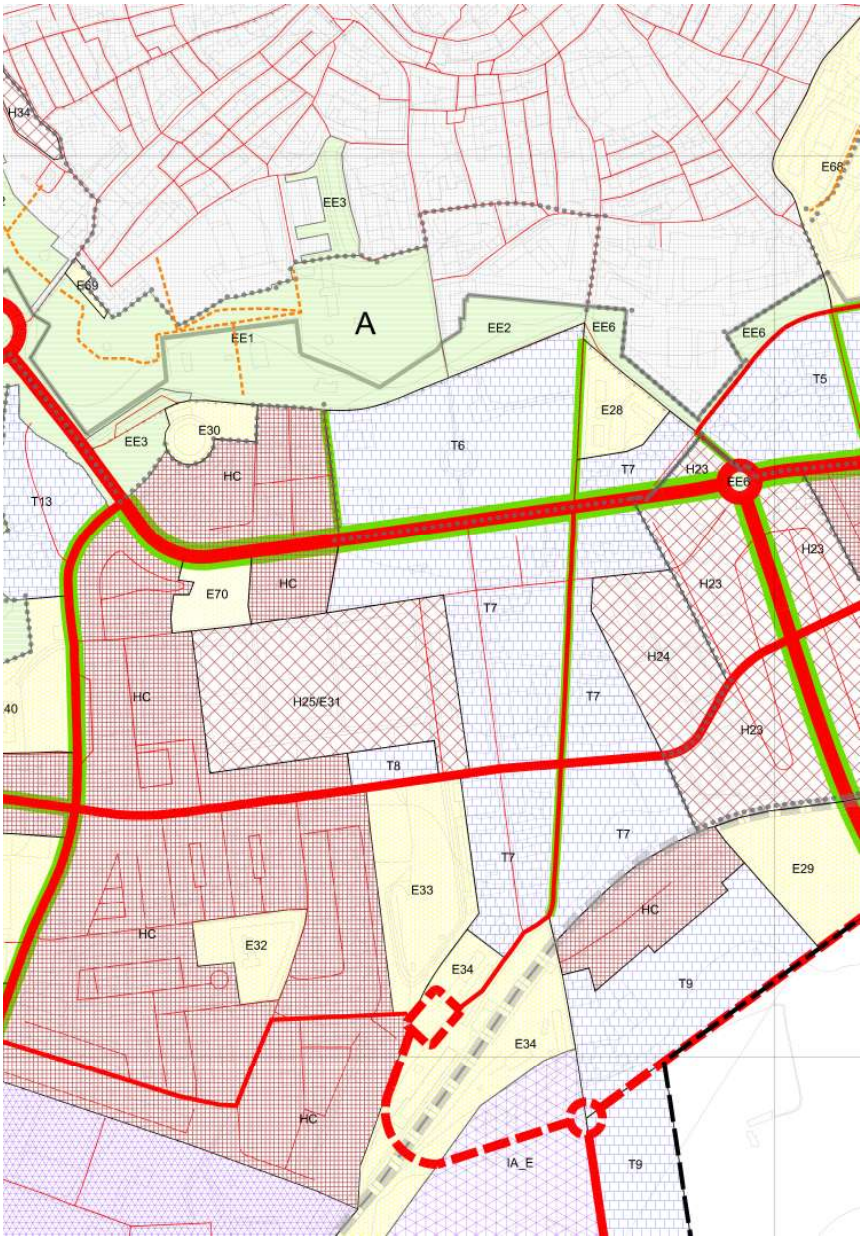


Fig. 162 - Troço PUE

industrial. É proposta a reabilitação do silo e dos armazéns para uso comercial e serviços, fomentando, assim, um amparo contemporâneo a um dos pontos de chegada da cidade, à semelhança do que acontece hoje em dia na maior parte das grandes cidades contemporâneos em que a estação de comboios/metropolitano funciona como um centro comercial[58]. Este novo polo comercial pretende ainda oferecer uma maior taxa de empregabilidade fora das muralhas.

Para reforçar ainda mais a acessibilidade da estação ferroviária ao centro da cidade, a Avenida Dr. Francisco Barahona e a Avenida Combatentes da Grande Guerra sofrem a alteração de se tornar em ruas de sentido único, criando um circuito contínuo. Para tal efeito, a faixa viária é alargada, é desenhada uma faixa de estacionamento ao lado e ainda uma ciclovia, com o intuito de completar as já existentes na cidade e facilitar a leitura direcional. A Avenida Combatentes da Grande Guerra terá agora o sentido Estação-Rossio, enquanto a Avenida Dr. Francisco Barahona terá o inverso.

No vazio urbano situado entre a Avenida Dr. Francisco Barahona e a Rua do Iroma, é proposta uma construção de caráter habitacional, disponibilizando o piso térreo para comércio e serviços. O espaço restante é disposto como um jardim de caráter público e apoio aos serviços/habitações. É proposta, ainda, a continuação da Rua Fernanda Seno até à Travessa das Avenidas, para facilitar a circulação automóvel. No caso da Rua do Iroma, esta é destinada a acesso restrito, apenas residentes, de modo a proteger mais o equipamento de barulhos desnecessários e facilitar espaço para as crianças poderem brincar na rua.

No descampado entre o Hotel D. Fernando e a Ermida de S. Brás, é proposta a melhoria do desenho do parque de estacionamento, tanto para serventia temporária, do Hotel ou local.

Para o Rossio de S. Brás e ruas circundantes, é proposta a continuação das ideias das Avenidas Dr. Francisco Barahona e Avenida Combatentes da Grande Guerra, com estas a terem um sentido único, faixa de estacionamento sempre que possível e reforço de elementos arbóreos e espaços verdes. Estas faixas de estacionamento preveem afastar a densidade de automóveis vista hoje em dia no Rossio, tal como parques

58 Como é o caso da Sentralstasjon de Oslo, na Noruega

de caravanas ilegais. Devido à impossibilidade de construção no Rossio, e a sua importância histórica, é proposta uma melhoria do pavimento e da circulação pedonal, de modo a este poder manter o caráter popular[59].

Em relação ao eixo NP, a partir de Poente, no vazio delimitado pela Rua Diana de Liz, Rua Gil Vicente e IP2, é proposta a continuidade da massa edificada para uso habitacional e de serviços e comércio, nomeadamente cafés, para fechar o lote em relação ao movimento do IP2. No resto do vazio, é proposta um jardim de uso público.

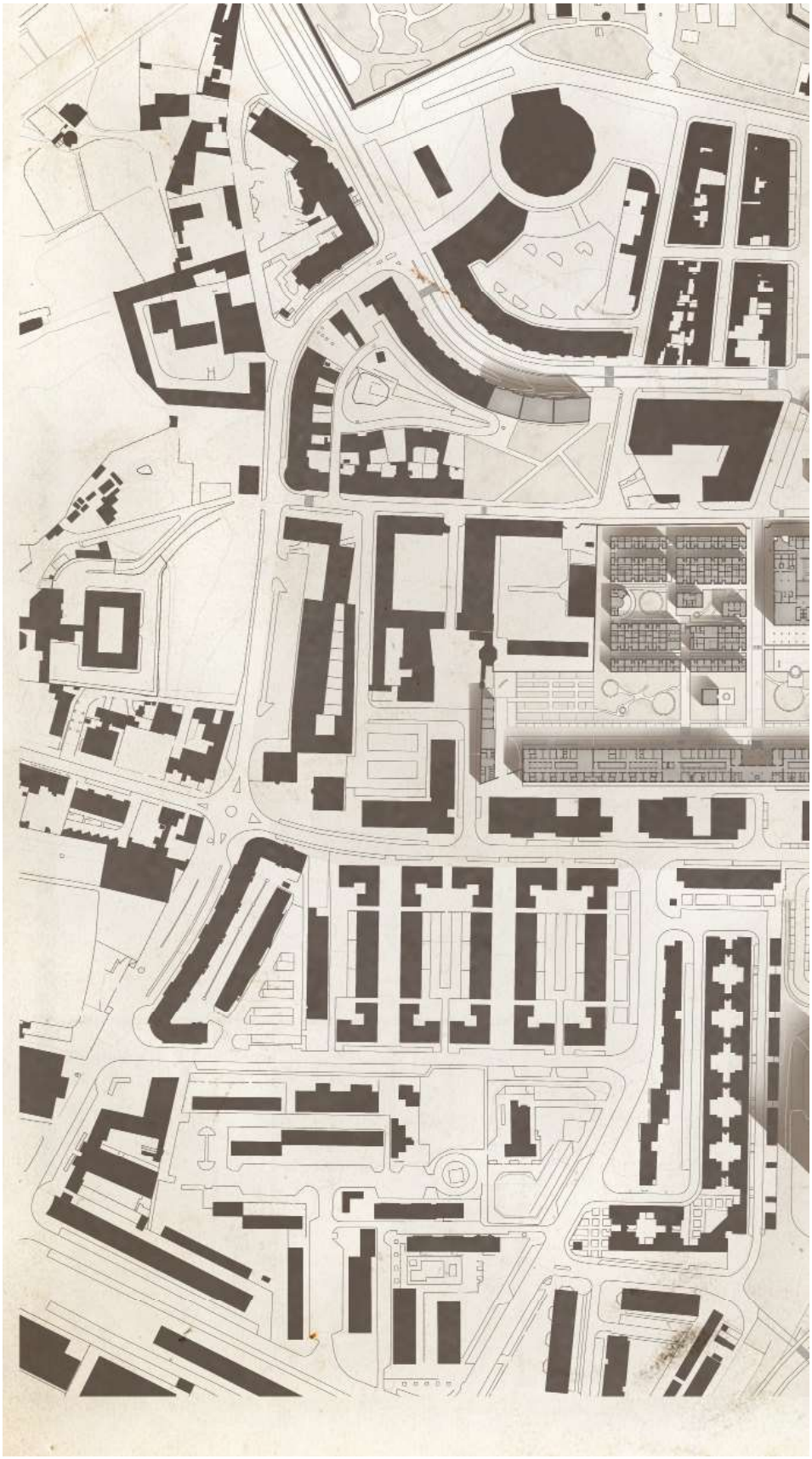
No vazio compreendido entre a Rua Diana de Liz, Travessa João Rosa, IP2 e empena poente do Hotel D. Fernando, é proposta uma nova edificação para serviços e comércio.

O terreno delimitado pela Rua Diana de Liz, Rua Vila Cunha e IP2, é pressuposto como espaço verde, sendo o edificado já existente reabilitado para serviço ou equipamento.

Toda a Rua Diana de Liz é redesenhada com os mesmo ideais das Avenidas Dr. Francisco Barahona e Combatentes da Grande Guerra sendo que, ainda é adicionado uma faixa pedonal onde esta não existe.

No terreno de intervenção, já descrito, compreendido pelos dois eixos, está prevista pelo PUE a demolição de todo o edificado para dar lugar a novas construções de caráter habitacional e/ou um novo equipamento. Em vez da demolição total, é proposta a reabilitação dos dois armazéns de maior dimensão, já descritos, para o novo equipamento, sendo estes complementados por nova construção dentro do terreno para acomodar todo o programa do equipamento. É ainda recortada uma partição a noroeste para ser requalificada de modo a complementar os serviços já existentes; podendo no futuro estes edifícios serem incorporados no complexo do equipamento. As funcionalidades agora existentes são deslocadas para o parque industrial na periferia da cidade visto que, hoje em dia, a freguesia da Horta das Figueiras em que este terreno se localiza, é uma área de forte expansão habitacional de caráter mais urbano, já não sendo composta por terrenos agrícolas. Esta nova localização para o Mercado de Gado pretende melhorar as condições já existentes e até fornecer um serviço veterinário competente.

59 Utilizado para feiras e circos, a proposta prevê que passe a ser aproveitado para mais atividades de caráter cultural, como convenções, festivais e concertos



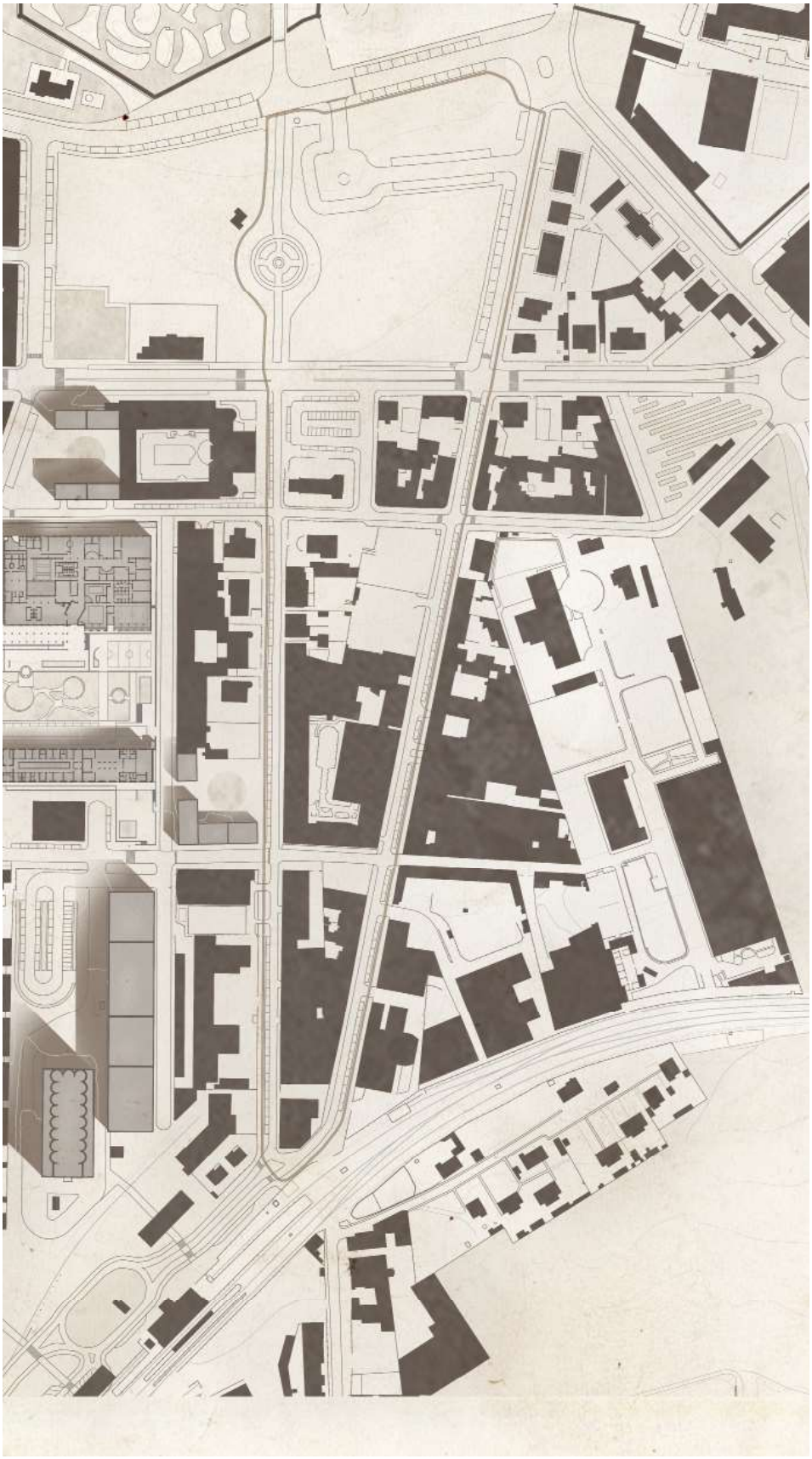


Fig. 163 - Proposta urbana

9.3| Projeto para uma Clínica de reabilitação psiquiátrica

9.3.1| A Chegada

Situada na Rua Diana de Liz está a entrada principal da nova **Clínica de Reabilitação Psiquiátrica** da cidade de Évora. Através de um portão ladeado por muros brancos, é continuada a descida iniciada na Travessa João Rosa. Num primeiro momento e, embora já se encontre dentro dos muros, o visitante é deparado com uma sensação da continuação da rua, parecendo que este terreno é só mais um no bairro, em vez de um perímetro isolado do mundo. A ajudar esta sensação de continuidade, é encontrada uma Rua ladeada de edificado. Do lado esquerdo, um grande edifício assente numa plataforma de betão, com uma fachada dentada, pintada de branco com rodapé em pedra a meia altura, apresentando as águas da memória de um armazém; do lado direito, estão várias habitações de cobertura em duas águas que seguem a direção desta Rua principal; deste lado da Rua apenas é possível entender uma presença de empenas brancas com o seu rodapé em pedra, como um parente mais novo do edifício da esquerda, oferecendo apenas um vislumbre de umas ruas secundárias que se aventuram para lá do canto do olho.

Sempre em frente, ao descer a Rua e através de umas presenças arbóreas, está um longo edifício que pretende manter a identidade das formas edificadas presentes na periferia visual do visitante. Elevando-se do terreno num embasamento de betão, está uma comprida parede branca com rodapé em pedra e ritmados vãos, os quais vão do chão até a ponta do braço esticado de um homem médio. À frente destes vãos, de vez em quando, é possível observar elementos vegetais a ressaltarem de uns canteiros revestidos com a mesma pedra do rodapé das paredes. Por cima da parede, está uma cobertura a cair em direção ao visitante, da qual sobressaem umas pequenas chaminés. Estamos na presença do corpo principal da **Clínica**.

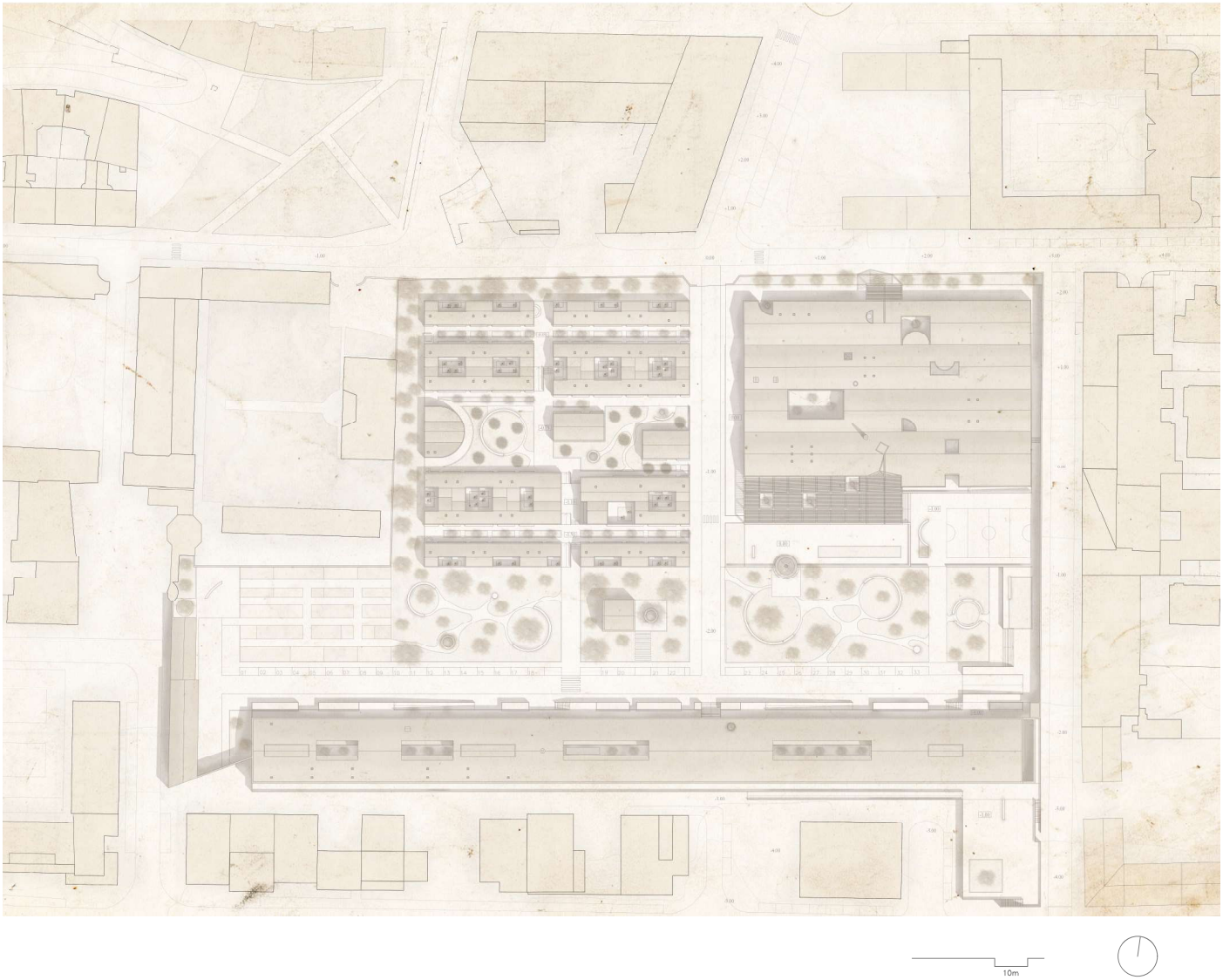
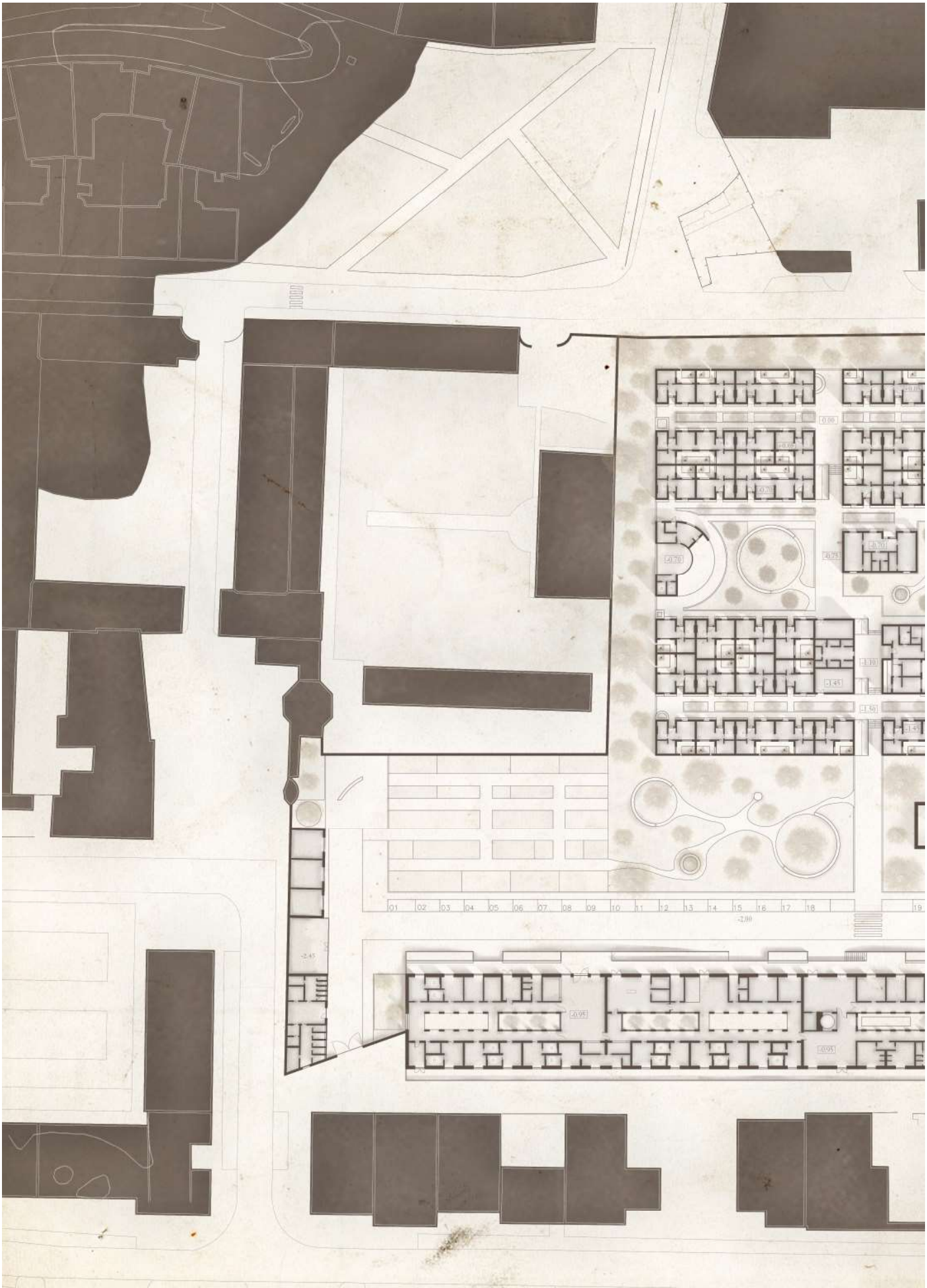


Fig. 164 - Planta de implantação



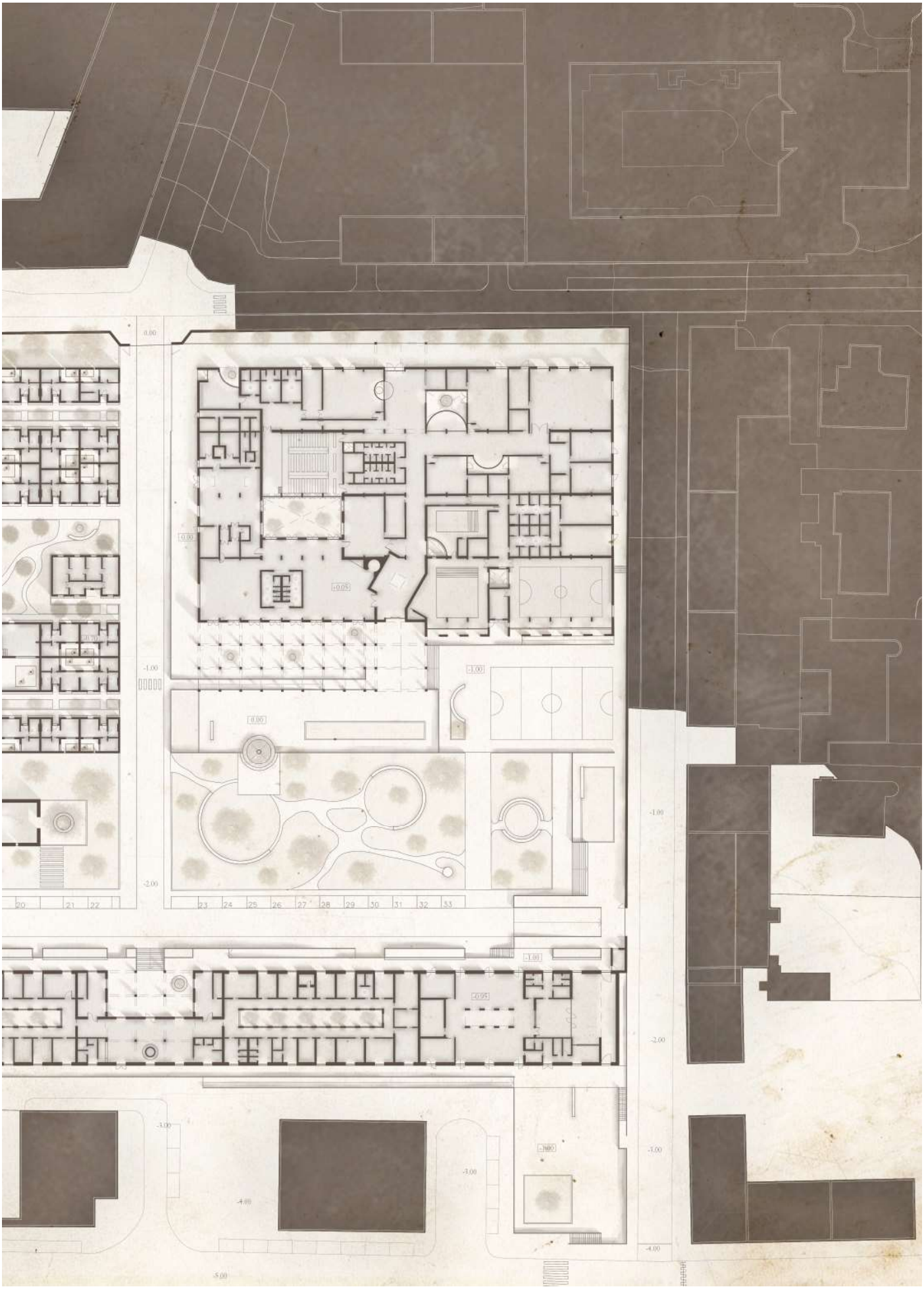
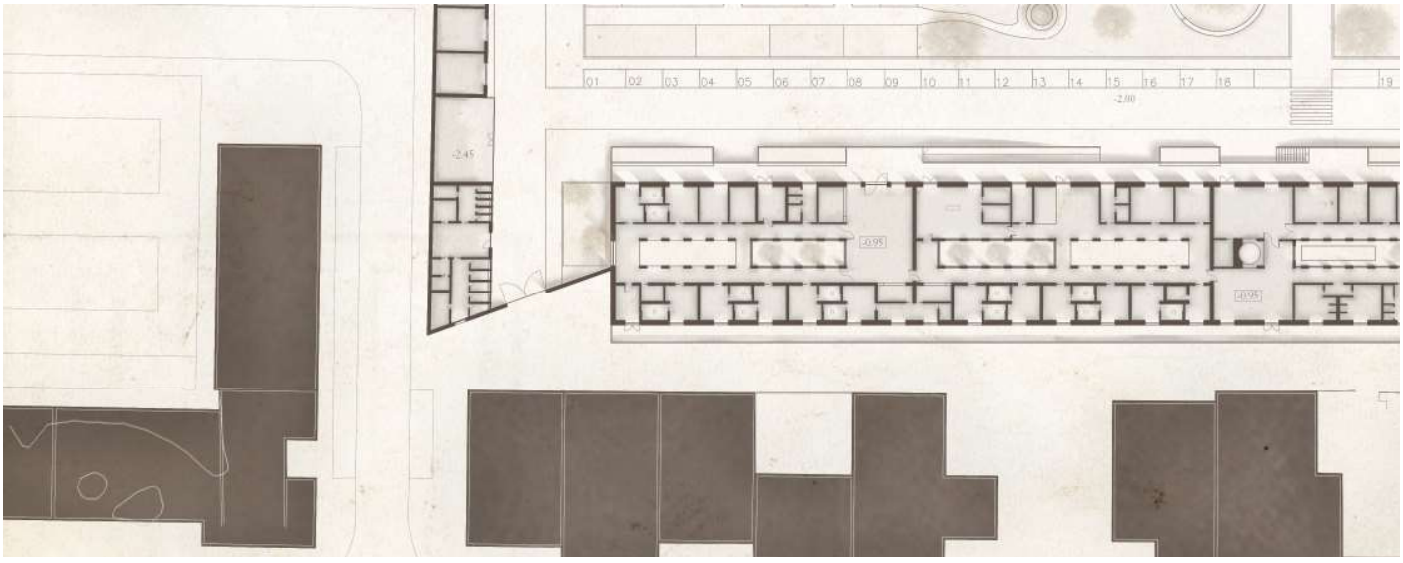


Fig. 165 - Planta piso térreo

9.3.2| A Clínica

É nesta longa construção que se encontra a cabeça da Clínica. Antigamente uma justaposição de diversos armazéns com variadas funções, os quais partilham uma parede que faz a divisão entre eles, foram agora transformados num corpo único. Por questões de comodidade, é mantida a identidade parcelar dos armazéns, sendo eles agora referidos como **Bloco A – Café e Mercado**, **Bloco B – Clínica**, **Bloco C – Receção**, **Bloco D – Administração e Funcionários**, **Bloco E – Internamento I** e **Bloco F – Internamento II**. A denominação dos parcelamentos é feita por uma lógica de desenho puro, sendo estes organizados de nascente a poente, em vez de uma lógica de circulação e/ou privacidade.

Da originalidade industrial do século passado, são apenas mantidas e reforçadas as paredes exteriores e divisórias. Por questões de precariedade da construção, o interior e a cobertura inicial são removidos, de forma a dar lugar à nova construção. Numa tentativa de manter a identidade, a nova cobertura mantém a identidade a duas águas.



Bloco C



Fig. 166 - Diagrama Clínica: Bloco C

Do ponto de vista de um visitante, a entrada no corpo da Clínica é feita pelo Bloco C. Este Bloco é um caso interessante, apresentando-se com menor dimensão que os demais, mas com uma identidade mais imponente. O corpo original apresenta apenas metade da planta para uso útil, sendo a metade virada para a nossa rua principal, quase como um ponto de chegada, uma marcação na mundana fachada do longo corpo que se pretende afirmar como o mais importante dos parcelamentos, a Entrada[60].



Fig. 167 - Entrada, esquisso do autor

Na fachada que introduz o término da direção descendente da nossa Rua principal, está uma entrada demarcada por quatro pilares esguios. Esta entrada é reforçada pela presença de arcos em taipa, oferecendo um carisma mais convidativo ao visitante. É ainda continuada a elevação do embasamento existente, não presente na construção original, sendo o acesso feito por umas escadas direcionadas à entrada principal e por rampas e escadas mais esguias que saem do embasamento, proporcionando um possível acesso individualizado aos demais Blocos que o permitam, através de um corredor exterior e confortável, que se desenvolve ao longo de todo o comprimento do corpo da Clínica.

60 Aqui se pode notar uma utilização do conceito de *Wayfinding*. Embora esta presença surja ainda na construção inicial, já se denota uma pretensão de individualismo, que pretendia marcar tal corpo como o mais importante, ajudando as pessoas a encontrar a provável direção do antigo Mercado de Gado que ocupara tal edificado.

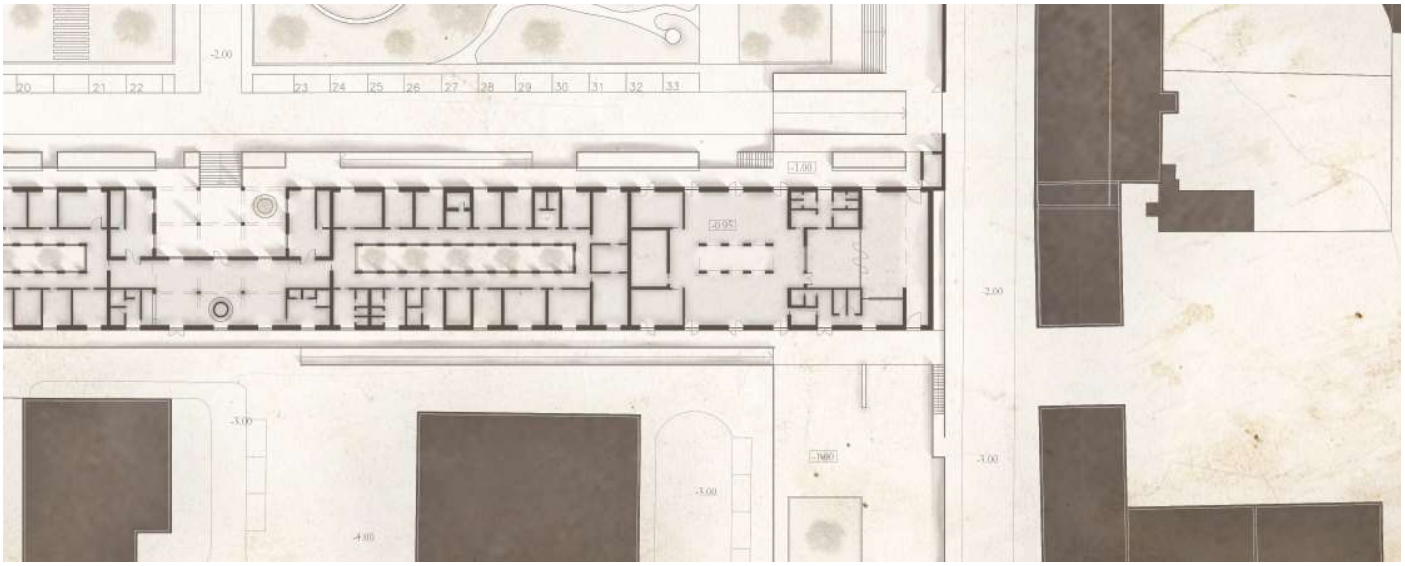


Fig. 168 - Planta Clínica

Depois de se subir as escadas e atravessar as arcadas da parte exterior do Bloco C, entra-se finalmente no interior do corpo da Clínica. Aqui encontra-se uma ampla Receção, com um volume de água no seu centro, um grande aquário, identificado como um potenciador de relaxamento e distração nos momentos de espera. Da continuidade da receção, estão um quiosque e uma farmácia, onde tanto os residentes como os visitantes podem efetuar as suas transações.

Dos dois topos deste espaço, estão duas grandes portas; à esquerda, a nascente, está o Bloco B – Clínica, do lado direito, a poente, o Bloco D – Administração e Funcionários.

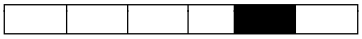


Fig. 169 - Diagrama Clínica: Bloco B

Bloco B

Através da porta a nascente, o visitante encontra-se na Clínica propriamente dita. Aqui é de ressalvar a presença dos consultórios de Psicologia e Psiquiatria, Neurologia e Sexologia e ainda as salas de Terapia, tal como terapia da fala e terapia de grupo e, ainda, a presença de uma sala de contenção para os pacientes mais agitados.

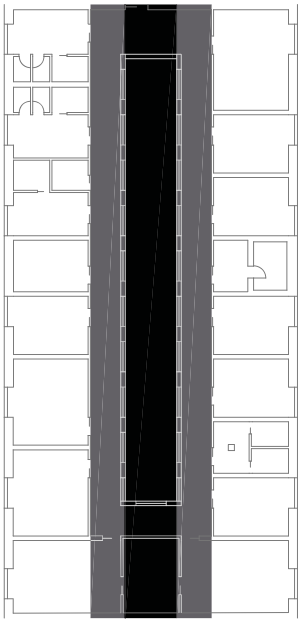


Fig. 170 - Função-Circulação-Vazio-Circulação-Função

No Bloco B é já notável a presença prática dos conceitos principais de projeto, a de trazer a identidade da **Casa Alentejana** ao ambiente hospitalar, a partir das ruas raízes primitivas. O Bloco é desenvolvido em cinco segmentos horizontais: função-circulação-vazio-circulação-função[61]. A ideia parte de ter um *atrium*[62] como ponto de referência para o indivíduo, promovendo uma circulação contínua, funcionando quase como um claustro. Estre *atrium* é aqui identificado como um jardim exterior, podendo ser aberto em dias com características climatéricas agradáveis, promovendo a circulação do ar e que o convite da frescura e da rica aromática do jardim, invadem o espaço de circulação, promovendo uma experiência mais agradável a quem vá ter uma consulta pela primeira vez e esteja à espera de ambiente tipicamente hospitalar. Circundando o jardim, estão umas arcadas, mais uma vez em taipa. Desenho este que remete não só à origem do *atrium*, mas também à rica história e

61 Esta lógica é semelhante à presente na maioria dos edifícios de saúde hoje em dia, em que têm uma planta penta-segmentada, com serviço-circulação-função-circulação-serviço, tal como quarto-corredor-bloco de águas-corredor-quarto. Neste caso, a função central é substituída por um vazio

62 Capítulo 6.2| **A casa portuguesa**

imagética da cidade de Évora, nomeadamente o Aqueduto da Água de Prata e as arcadas da Praça do Giraldo.



Fig. 171- Aqueduto da Água de Prata

Nos consultórios propriamente ditos, para além da mobília necessária, está presente o outro lado de um dos grandes vãos presentes na fachada exterior. Estes vãos são um resquício da memória da fachada original, mantendo a sua localização e sendo aberto até à soleira, de modo a permitir que uma maior quantidade luminosa permeie o interior, mas respeitando e mantendo o ritmo da fachada original. A parede reforçada e as novas paredes são de taipa pigmentada com um azul-esverdeado leve e o pavimento em madeira e têm a intenção principal de relaxar o paciente e o tornar mais recetivo ao tratamento[63].

Bloco D

Voltando à receção e atravessando a porta a poente, está o espaço administrativo e dos funcionários. Aqui, encontram-se todos os gabinetes necessários ao funcionamento saudável da Clínica de Reabilitação, tal como os espaços destinados ao uso próprio de todos os funcionários, tais como os balneários, refeitório e sala comum, necessário para o descanso após um longo dia a tratar de pacientes incapacitados. Aqui a lógica das cinco segmentações horizontais continua, no entanto, o *atrium* dá lugar ao *impluvium*. Embora a área central se trate à mesma de um jardim exterior, este difere do Bloco B na medida em que apresenta um pequeno corpo de água, que ajudará a proporcionar um ambiente relaxante ao final do dia. Por razões de segurança, não se encontra mais nenhum corpo de água parada pelo complexo[64], apenas para uso dos funcionários.



Fig. 172- Diagrama Clínica - Bloco D

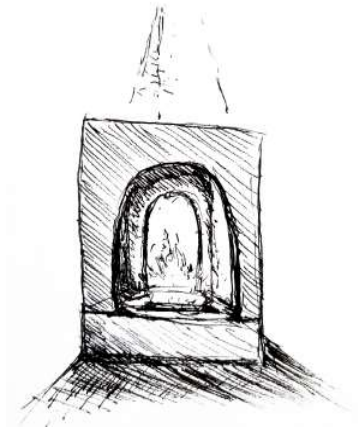


Fig. 173- Lareira funcionários: esquisso do autor

A fazer a partição entre o refeitório e a sala comum, esta virada a sul, está uma lareira, remetente à ideia de Fogo original, onde as famílias se reuniam à volta do fogo nos dias de inverno. Por cima desta lareira, desenvolve-se uma alta chaminé; esta chaminé para além de marcar o lugar do Fogo, pretende também remeter para a identidade industrial da origem dos terrenos circundantes, ao se desenvolver em forma de cone truncado. A sala comum resulta de uma libertação do corredor de circulação a sul, sendo diferenciado o caráter ambulatório do caráter

63 Como comprovado no capítulo **4.2.4| Psicologia da cor**

64 Com exceção das piscinas no corpo da Terapia

do espaço de permanência através da diferenciação do pavimento[65]. O corredor encontra-se revestido a madeira, enquanto que, a sala e o resto dos espaços, se encontram revestidos a tijoleira.

No fim deste corredor de circulação, do lado da sala comum e a poente, acede-se diretamente ao Bloco E, através de uma entrada destinada somente aos funcionários.

Nos Blocos E e F, desenvolve-se a Clínica de Internamento, sendo esta separado por Internamento I – internamento temporário, no Bloco E e, Internamento II – casos terminais, no Bloco F. O internamento do Bloco E é, pois, destinado aos pacientes mais agitados, como doentes bipolares com um episódio de mania de curta duração ou então para os pacientes de primeira vez que ainda não tenham sido diagnosticados. Destina-se, portanto, a pacientes que não necessitem de estar internados durante muito tempo, mas que precisem de vigilância constante. O acesso público ao Internamento I e II, é feito pelo Bloco F, sendo a entrada marcada por uma arcada, aberta na fachada norte, entre dois vãos. Esta entrada secundária no volume da clínica pretende manter a identidade da entrada principal com o seu desenho em arco, mas ao mesmo tempo indicar que é um espaço mais privado, com um desenho menos ostentoso.

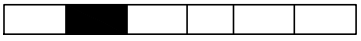


Fig. 174- Diagrama Clínica - Bloco E

Bloco E

Através da entrada no Bloco F e de uma receção mais pequena que a do Bloco C, o visitante entra no Bloco E. O desenho do Internamento I é semelhante ao do Bloco D, com a segmentação em cinco partes. Denota-se uma diferença na área central, sendo agora dividida em duas: um jardim exterior e um jardim de inverno, acessível a qualquer altura do ano, que se desenvolve como uma continuação do espaço de circulação, proporcionando um espaço de estar diferente da sala comum e do isolamento do quarto. A sul, estão os quartos de internamento, sendo estes apenas cinco; contando ainda com uma sala de contenção para os pacientes mais agitados[66]. Os quartos de internamento são idealizados

65 Como é utilizado no Sanatório de Paimio de Alvar Aalto; capítulo **3.2.1| Alvar Aalto – Sanatório de Paimio**

66 O uso da sala de contenção é apenas temporário, nunca deverá ser superior a duas horas. Embora se trate de um espaço de uso curto, também deverá ser um espaço cuidado

como espaços grandes e confortáveis, contando com uma área útil de 25m2. Tratam-se de quartos individuais com casa de banho própria, de forma a que o paciente possa ter a sua privacidade e se poder estender pelo espaço sem ser contrariado, tornando o quarto no seu ninho pessoal durante a sua curta estadia[67]. O quarto é dividido em três parcelas de área sensivelmente igual: o **Fogo**, a **Água** e **Alcova**. O Fogo apresenta-se como um pequeno espaço onde o paciente pode ver televisão ou comer sozinho, caso seja esse o seu desejo ou se não estiver em condições de conviver com o resto dos pacientes. A Água é a casa de banho individual, com chuveiro de chão, sanita e lavatório. De notar que nenhuma casa de banho destinada a pacientes possui um espelho, pois o reflexo dos próprios pode fazer confusão e levar a alucinações e comportamentos imprevisíveis. A Alcova é uma continuação do Fogo, a cama do paciente, localizada perto do grande vão virado a sul onde recebe a forte iluminação solar necessária para não perturbar o seu ritmo circadiano. Mantendo a identidade do edifício, as paredes são de taipa pigmentada, sendo neste caso de um cor-de-rosa leve[68] com memórias maternais e amigáveis, que pretendem relaxar e confortar o paciente. O pavimento, no entanto, é de tijoleira, o qual irá ajudar a controlar a forte temperatura sentida no Alentejo e remeter para a memória vernacular presente no subconsciente do paciente alentejano.

A norte e através do corredor de madeira entre os jardins, está uma sala comum/refeitório, apoiado por uma pequena cozinha destinada à confeção dos pacientes dos Internamentos I e II. Esta banda a norte contém ainda uma sala de terapia da fala/terapia individual e uma sala de terapia de grupo, separadas da Clínica mais pública, de maneira a que os pacientes do internamento se sintam mais protegidos.

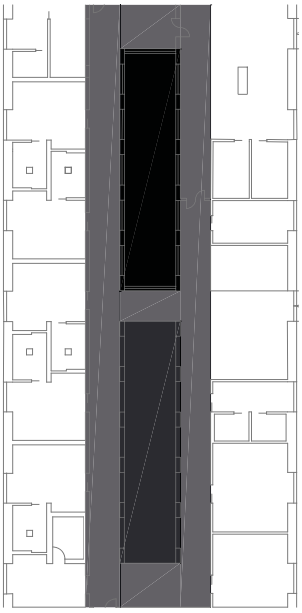
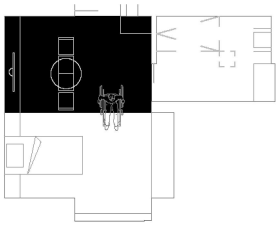
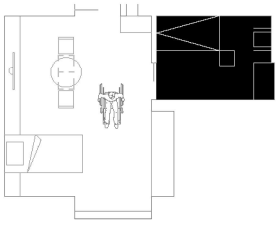


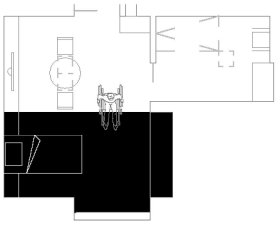
Fig. 175- Jardim Exterior e Jardim Interior no esquema de Função-Circulação-Vazio-Circulação-Função



Fogo



Água



Alcova

Fig. 176- Quarto de internamento Tipo

e confortável. Não será possível disponibilizar entradas de luz natural, pois poderão deixar o paciente mais agitado. A sala não deverá ter muito espaço, mas deverá ter o suficiente para a disposição de uma cama e para a circulação de uma cadeira de rodas. Deverá ser isolada acusticamente para não transtornar os outros pacientes e os funcionários, para além de que as paredes deverão ser almofadadas para o paciente não se magoar. Embora não tenha luz natural, terá luz artificial e o espaço não deverá ser o branco estéril, mas sim uma cor agradável e apaziguante, como o azul turquesa ou o verde mar

67 Capítulo **6.1| O habitar**

68 Como comprovado no capítulo **4.2.4| Psicologia da cor**

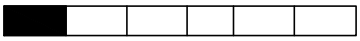


Fig. 177- Diagrama Clínica - Bloco F

Bloco F

Através da ampla receção aberta para um jardim exterior encontram-se as funcionalidades do Internamento II. Este Bloco apresenta-se como uma imagem espelhada do Bloco E, a maior diferença acontece na banda a norte. O Internamento II apresenta apenas quatro quartos de pacientes, mas, sendo o quinto substituído por um quarto para os funcionários fazerem bancos e poderem descansar. Este lado do internamento também não conta com uma sala de contenção, pois é destinado a pacientes que se encontrem em estado já avançado de doença, como pacientes de Alzheimer em estado catatónico e fase já terminal. Na banda a norte encontra-se a morgue, um gabinete de seguimento familiar e dois quartos para os familiares poderem pernoitar. Quartos estes que seguem a mesma lógica dos quartos dos pacientes, mudando somente a mobília. Os quartos dos pacientes em vez de serem de taipa pigmentada com rosa leve, são sim com um amarelo leve e quente, o qual terá a ideia de tornar o espaço mais acolhedor e promover o apetite[69].

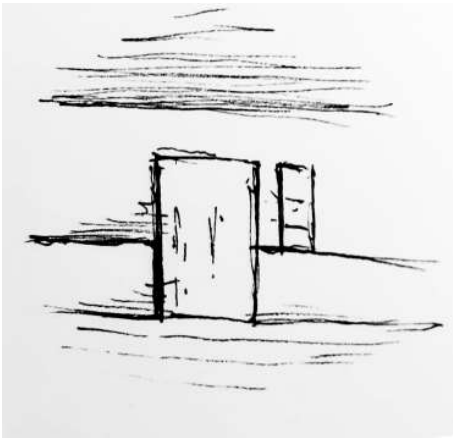


Fig. 178 Entrada quartos de internamento: esquisso do autor

Os quartos dos dois internamentos são acedidos através de portas de correr com um vão de 1,2m, pois exigem menor esforço para abrir. De realçar que excetuando algumas ocasiões, as portas interiores são sempre de correr, ao longo de todo o projeto. Ao lado das portas dos quartos, estão um pequeno vão com o intuito de os pacientes deixarem lá os seus pertences de modo a que consigam mais facilmente identificar o seu quarto; além de que, serve como uma maneira de as enfermeiras poderem observar os pacientes sem que estes se sintam invadidos[70] e sem a necessidade de entrarem no quarto e perturbarem o seu descanso.



Fig. 179- Entrada zenital no espaço da Água: esquisso do autor

As pequenas chaminés que se veem de fora do volume da Clínica, têm aqui uma função diferente: em vez de serem uma comunicação vertical para a libertação de fumos e circulação de ar têm, neste caso, uma função de iluminar as zonas da Água. Devido à impossibilidade de proporcionar a todos os quartos vãos para o exterior no espaço da Água, foi idealizada uma entrada de luz zenital que se remete à ideia de casa alentejana; assim, embora não tenham a função original, estes elementos verticais complementam a identidade pretendida no alçado da Clínica.

69 Como comprovado no capítulo **4.2.4| Psicologia da cor**

70 Uma das maneiras idealizadas para equilibrar a dicotomia observada no capítulo **4.2.5| "O olho que tudo vê": observação/proteção**, tal como o fator associativo da memória descrito no capítulo **4.1| Memória**

Bloco A



Fig. 180- Diagrama Clínica: Bloco A

O Bloco A é o único dos que compõem o volume inteiro da Clínica, que não apresenta um serviço diretamente ligado à função da Clínica. Este Bloco, no entanto, faz a ponte entre o corpo da Clínica e o corpo da **Terapia**, tal como com o resto da cidade.

Aqui encontram-se duas áreas distintas: um Café e um Mercado. O café é acedido tanto por uma plataforma a sul, como pelo interior do perímetro da Clínica de Reabilitação. Este café pretende oferecer um serviço à comunidade, ao apresentar mais um ponto de restauração na vizinhança. Este programa visa não só complementar os serviços das ruas adjacentes, como também estreitar a ponte entre a vida mundana do cidadão de Évora e o paciente da clínica, pois este café será utilizado como terapia ocupacional, onde os pacientes são os próprios funcionários. De forma a enaltecer ainda mais a ligação da Clínica com a vizinhança, o mercado disponibilizado é de uso público, onde são negociadas as peças realizadas pelos pacientes na terapia ocupacional, tal como os vegetais cultivados nas hortas presentes no interior do perímetro adjacente ao jardim público.

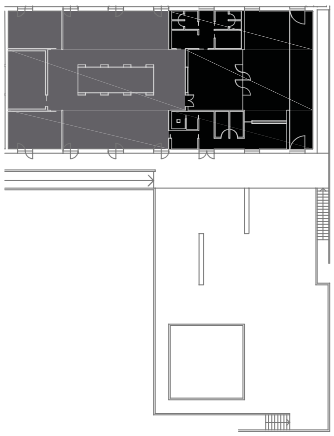


Fig. 181- Bloco A: mercado à esquerda; café à direita

9.3.3| A Terapia

Voltando um bocado atrás na Rua, agora para o grande edifício do lado esquerdo, encontramos o edifício da **Terapia Ocupacional e Hospital de Dia**. Este desenvolve-se como um edifício público, destinado a receber não só os pacientes internados como todos os indivíduos com psicopatologias que necessitem de um plano de terapia ocupacional, ou simplesmente de um local para passarem o dia. Da memória de outrora, foi mantida a estrutura e a geometria sendo que, a estrutura foi reforçada com paredes autoportantes de taipa; visto que todos os edifícios da Clínica de Reabilitação contam apenas com um piso térreo, não existe a necessidade de reforçar a estrutura preexistente, pois esta não irá receber esforços adicionais ao da cobertura.

Situado num embasamento de betão que prolonga a cota de soleira da fachada norte do edifício, este é principalmente acedido através de uma longa rampa que se destaca na Rua. Ao subir esta rampa primeiro depara-

se com o jogo de sombras efetuados pelo bater da luz do sol nas pérgulas de madeira, proporcionando um ritmo agradável ao percurso de chegada à entrada da Terapia. Por baixo destas pérgulas poderão estar alguns indivíduos a aproveitar as tardes solarengas, sentados numas mesas a jogar à Sueca, ou simplesmente a conversar.

Através da entrada protegida pelas pérgulas e demarcada pelo desenho em arco, encontra-se a receção, onde os pacientes receberão o seu horário, de forma a poderem saber quais vão ser as atividades que irão frequentar.

O edifício da Terapia pretende continuar com os conceitos da Clínica, mas em vez de apresentar um único *atrium* como motor de circulação e referência, apresenta um desenho mais pluricêntrico e assimétrico, de modo a facilitar a circulação dos indivíduos no interior do grande edifício, ao ofertar diversos pontos de referência ao longo dos percursos de circulação.

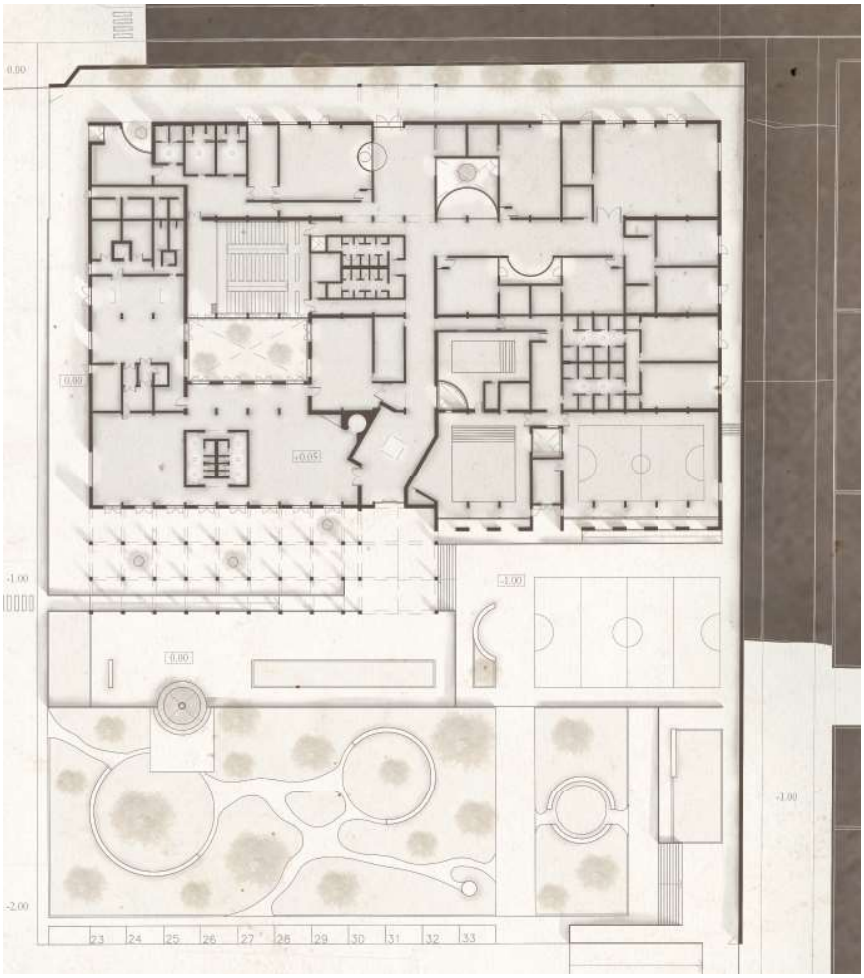


Fig. 182- Planta Terapia e Hospital de Dia

O Fogo

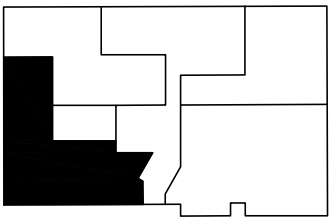


Fig. 183- Diagrama Terapia - Fogo

À esquerda da receção, neste caso a nascente, está o Fogo da Terapia. Este Fogo divide-se entre Sala Comum, Refeitório e Cozinha. Ao se atravessar a porta, entra-se diretamente na Sala Comum, virada a sul, protegida pelas pérgulas vistas da parte de fora; a iluminação é ainda reforçada por um *atrium* a norte, através de umas arcadas em taipa. Este *atrium* é o jardim central, principal ponto de referência do edifício. De forma a reforçar a ideia de Fogo, está presente uma lareira de chão, devidamente protegida, cujo desenho geométrico articula a receção, a sala comum e a biblioteca, formando o verdadeiro 'coração' do edifício; tal feito que é demarcado por uma chaminé semelhante àquela da lareira do Bloco D.

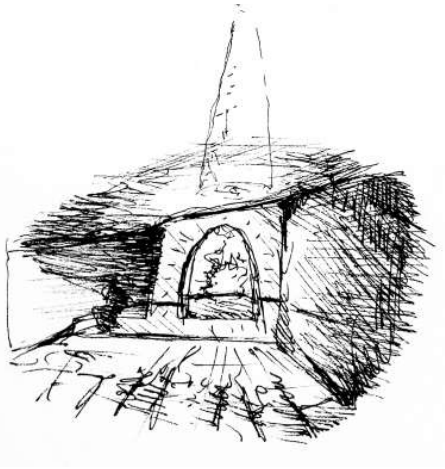


Fig. 184- Lareira da Terapia: esquisso do autor

Atravessando a sala comum, encontra-se o refeitório. A separação entre a sala comum e o refeitório é feita por um bloco de águas, sendo a circulação entre os dois sempre que possível. O refeitório, e a sala comum, foram idealizados com um desenho sociopetal em mente, preferindo o uso de mesas de tampo circular que permitam um ponto comum ao olhar de cada indivíduo, pretendendo promover a interação social[71]. Tendo em conta as esferas sociais referentes a cada indivíduo e tipologia de doença específica, estes espaços foram concebidos com uma grande área, de forma a que os indivíduos possam usar os espaços sem que sintam que se estão a intrometer na sua privacidade[72]. Acima do refeitório está a cozinha. Aqui são feitas todas as refeições dos pacientes e indivíduos com psicopatologias que frequentem a Terapia. A ideia passa por ser uma Cozinha Lúdica, ou Cozinha Terapêutica, em que são os próprios utentes que confecionam as refeições, com a ajuda de profissionais. Isto promove não só uma atividade em grupo em que possam socializar, como uma sensação de utilidade, que poderá faltar a muitos pacientes, nomeadamente os depressivos. Esta cozinha poderá ser acedida por uma entrada destinada somente aos funcionários a partir da Rua.

71 Como referido no capítulo **4.2.3| Arquitetura dos sentidos**
72 Capítulo **4.2.2|A esfera social**

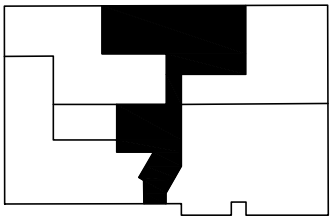


Fig. 185- Diagrama Terapia - Terapia cultural

Terapia cultural

Do lado oposto da entrada dos pacientes para a cozinha, está a entrada para a biblioteca. Esta biblioteca para além de poder ser acedida diretamente pelo Fogo, poderá ser igualmente acedida pelo corredor que se estende após a receção. Este espaço é iluminado pelo jardim central, o qual interliga a biblioteca com a sala comum, a cozinha e o auditório.

Fora da biblioteca, do outro lado, desenvolve-se o longo corredor que tem início na receção. Este corredor apresenta-se como um espaço largo, pois tem uma dupla função: a de direcionar os utentes aos seus espaços desejados e a de galeria expositiva, onde os utentes da Terapia podem expor os seus trabalhos para todos verem.

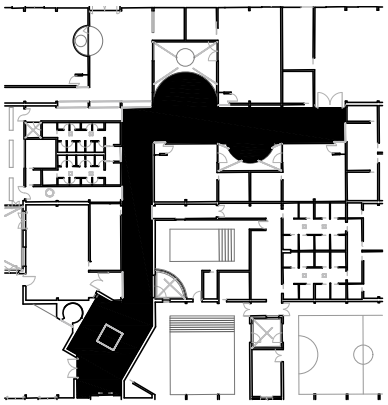


Fig. 186- Terapia: corredor/galeria expositiva

A norte do corredor, separados por um pátio com recorte semicircular destinada à exposição de trabalhos, estão a sala de música e a sala de teatro[73]. Para além de proporcionarem atividades empolgantes, promovem as capacidades de concentração e criatividade, tal como a funcionalidade em grupo e a estimulação sensorial. Aqui os utentes poderão treinar composições musicais ou peças de teatro e/ou dança, para mais tarde representarem ao resto da população. Estas duas salas, para além de terem estes usos específicos, também poderão funcionar como salas polivalentes de forma a poderem receber mais atividades.

Seguindo o conceito do vão auxiliar nos quartos dos pacientes com os corpos do Internamento, as salas de terapia (excetuando as oficinas) disponibilizam de um vão, junto à porta de entrada, para que os utentes da Terapia possam ver qual é a sala sem entrarem no espaço errado.

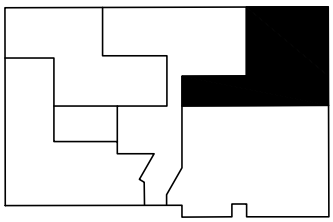


Fig. 187- Diagrama Terapia - Oficinas

As oficinas

Para além de uma oferta terapêutica mais cultural, o edifício contém ainda uma oficina de carpintaria, a nordeste, onde os utentes poderão reparar mobiliário, ou fazer peças de raiz para eles próprios, ou até para venderem no Mercado do Bloco A. Abaixo da carpintaria, estão o atelier de vestuário e de sapataria, onde a ideia é a mesma, reparar vestuário e calçado estragado, ou até fazer de raiz para usar ou vender no Mercado.

73 A prática de terapias lúdicas de caráter mais cultural, sem sido utilizada ao longo dos tempos pela maioria dos hospitais psiquiátricos, como visto no capítulo **3.1.3| Hospital Júlio de Matos**

Do lado oposto às salas de música e de teatro, está uma sala de informática e uma oficina de artes. A oficina de artes tanto pode ser utilizada para uma simples pintura, como para a elaboração de elementos em barro e cortiça, muitos comuns na zona[74].

A Água e a atividade física

Abaixo das oficinas e simetricamente oposto ao Fogo, está o espaço da Água. Aqui está a única exceção à presença de corpos de água que não aquários protegidos; duas piscinas, uma dedicada à hidroterapia e à hidroginástica, e outra a sul, para uso mais lúdico e para outras atividades físicas. Do outro lado da piscina lúdica está o ginásio. Este ginásio é destinado a atividades desportivas, nomeadamente a desportos em grupo. Os desportos coletivos poderão ainda ser praticados num campo situado no jardim público. A presença destes espaços é de alta importância de maneira a que seja proporcionado um estilo de vida mais saudável e se evite o sedentarismo no paciente crónico. Acima do ginásio estão as salas de fisioterapia, para os pacientes que necessitarem. Estes três espaços (piscinas, ginásio e fisioterapia) são interligados por uns balneários, cujos polibans se desenvolvem como cubículos amplos e individualizados, de maneira a que os pacientes possam usufruir de banho assistido, caso não tenham capacidades para se lavarem sozinhos.

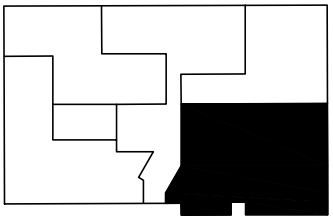


Fig. 188- Diagrama Terapia - Água

O auditório

Este é o único espaço que funciona como um corpo individual dentro do edifício da Terapia. O auditório pretende ter um uso misto, mas um fim comum. A ideia principal passa por os pacientes e utentes da Terapia terem um espaço onde expor as composições aprendidas nas aulas de música e as peças de teatro, ou de até de dança, desenvolvidas igualmente ao longo das semanas. Isto servirá como uma maneira de interligar ainda mais a população da cidade de Évora com os pacientes, estreitando a ponte entre o internado e o peão comum, tal como reforçar a oferta cultural da cidade. Para além de receber as peças internas, este espaço também poderá receber artistas externos, ou até palestras de saúde para os funcionários da Clínica. O auditório é acedido publicamente pelo

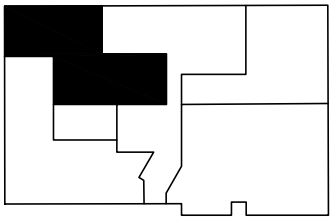


Fig. 189- Diagrama Terapia - Auditório

74 Como referido no capítulo 4.1.1| **Cultura**



Fig. 190- Palco do auditório: esquisso do autor

exterior, através de uma entrada individualizada diretamente na fachada norte do edifício, marcada pelo prolongamento da estrutura em água, já presente na fachada sul. O palco do auditório poder-se á abrir literalmente para o jardim central, e o jardim poder-se-á abrir diretamente para o Fogo, proporcionando a possibilidade de uma plateia maior, com os pacientes a ocuparem a sala comum, ou até o jardim, e a população exterior a ocupar as bancadas do auditório, proporcionando uma separação, é certo, mas ao mesmo tempo uma ponte de ligações.

9.3.4| O Espaço público



Fig. 191- Diagrama Espaço público - Jardim

Poder-se-á afirmar que a Clínica de Reabilitação se desenvolve em quatro corpos principais, sendo estes: a **Clínica**, a **Terapia**, as **Residências** e o **Espaço público**. Este último sendo o espaço que liga o resto dos corpos, o verdadeiro sistema circulatório.

Embora circunscrito por altos muros, preexistentes e agora reforçados, o Jardim do complexo da Clínica de Reabilitação, tem a intenção de oferecer mais um espaço verde de caráter público aos cidadãos de Évora. A única contrariedade apresentada é que o Jardim fecha as portas durante a noite[75], para proteção dos pacientes internados.

Durante o dia, funciona como um verdadeiro parque público, onde qualquer pessoa pode vir e fazer o que entender. Tal premissa é mais um fator que ajuda a estreitar a ponte entre a vida interna do paciente internado e a vida externa do cidadão público.

Ao longo do jardim[76] aparecem vários bancos de madeira que rompem o verde da relva e proporcionam locais de estadia e convívio demarcados, recebendo a sombra das árvores plantadas, sendo elas Oliveiras, Azinheiras, Sobreiros e Carvalhos[77], nativas da zona.

75 Como é o caso de tantos jardins pelo mundo que apenas abrem as portas durante determinadas horas do dia, como o Slottsparken, o Jardim do Palácio Real em Oslo

76 A forte presença de elementos verdes em todo o complexo já foi estudada pelo capítulo **5.1| Biofilia**

77 Capítulo **5.2| Cultura e natureza**

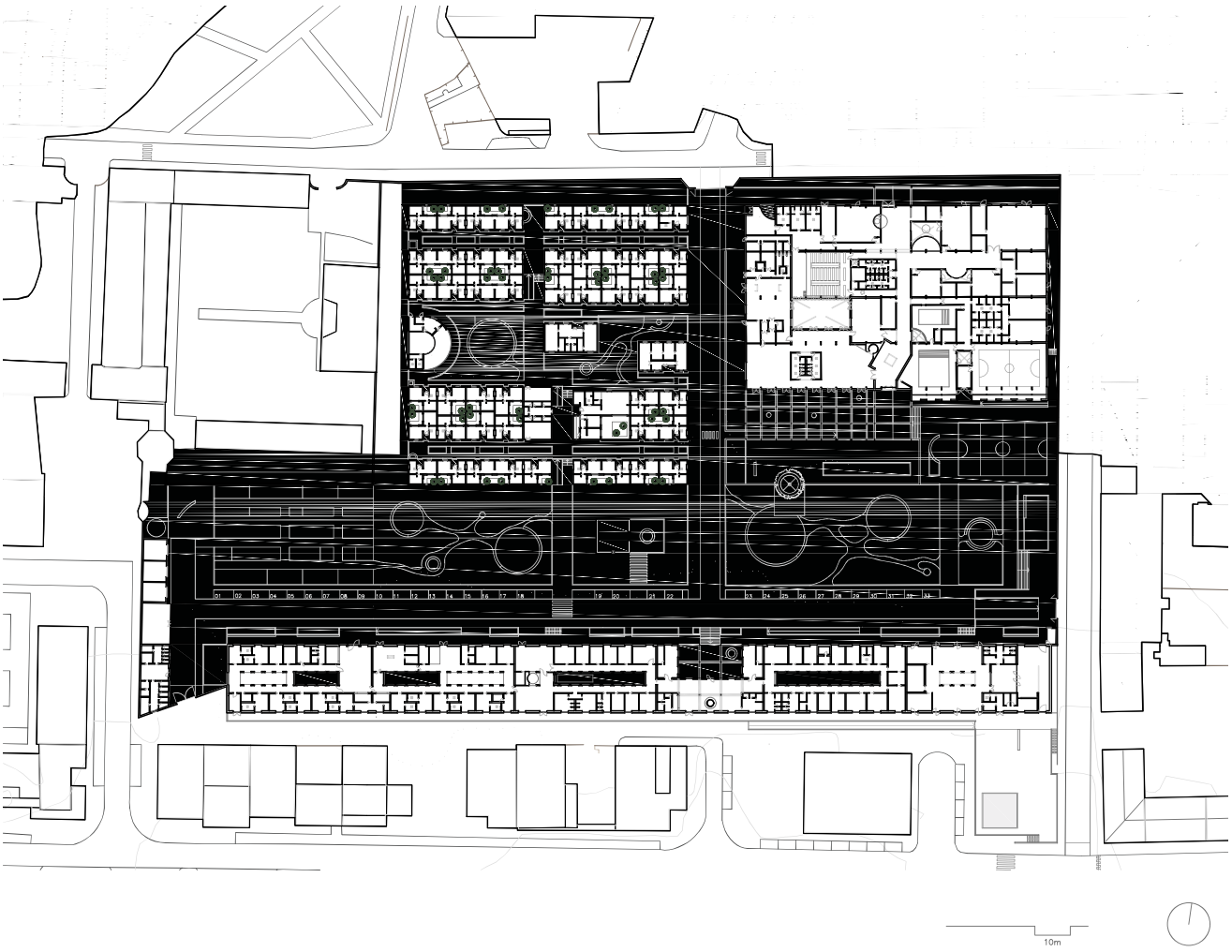


Fig. 192- Planta espaço público/vazio

O Espaço Ecuménico

A meio do jardim encontra-se um elemento edificado, semelhante aos demais, mas, diferente. Este elemento construído é o Espaço Ecuménico da Clínica de Reabilitação. Este espaço pretende ser uma continuidade do jardim, um abrigo, uma bolsa privada num espaço público; não se prendendo a nenhuma religião, este espaço pretende receber qualquer pessoa que queira um momento isolado para pensar, meditar, ou mesmo praticar a sua fé. O espaço ecuménico difere do resto dos edifícios na sua materialidade, apresenta a mesma estrutura, mas, o seu revestimento exterior é diferente. Em vez de ser pintado de branco com rodapé em pedra a meia altura, é revestido a pedra com rodapé de azulejo branco. Tal diferença de materialidade pretende isso mesmo, diferenciar este espaço do resto dos elementos construídos. Com o embasamento revestido a azulejo branco, a intenção passa por este parecer quase que levita do chão, que não está pregado à terra, que é um espaço, diferente. A iluminação é feita por um simples rasgo vertical na parede a sul. Em frente à entrada do espaço ecuménico, está um única oliveira, individualizada do resto do jardim.

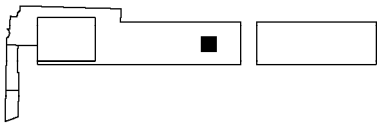


Fig. 193- Diagrama Espaço público - Espaço ecuménico



Fig. 194- Espaço ecuménico: imagem do autor

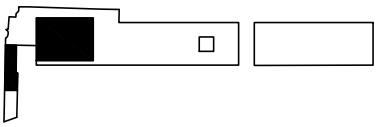


Fig. 195- Diagrama Espaço público - Hortas

As hortas

A sul do espaço ecuménico está uma área destinada à produção hortícola. Esta área tem a intenção não só de promover mais uma atividade terapêutica aos pacientes, como a de interligar o passado deles com a sua atualidade, pois muitos dos pacientes da Clínica poderão vir de zonas agrícolas, devido à sua avançada idade. A importância destes espaços é ainda mais importante para manter a identidade histórica do terreno, pois até meados do século passado, este não era nada mais do que campos agrícolas. Existe ainda outro fator a favor deste pequeno terreno destinado à produção hortícola: autossustentação. Os produtos aqui criados tanto podem ser vendidos no Mercado do Bloco A, como podem ser utilizados para consumo local.

Esta zona agrícola é apoiada por uns armazéns a poente. Acoplados a estes armazéns, estão uma estufa e um Canil/Gatil.

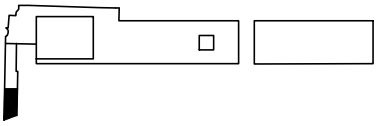


Fig. 196- Diagrama Espaço público - Canil e Gatil

Canil e Gatil

A Clínica proporciona ainda um espaço destinado a receber os animais domésticos dos pacientes internados que não possam conviver com os donos (como o cão de um paciente internado no Bloco E) e de animais propriamente treinados para a Terapia Animal, comprovada como muito eficaz no tratamento de pacientes depressivos e demenciados.

9.3.5| As Residências

A norte da Clínica e a poente da Terapia, a partir do lado direito da nossa Rua, está o ponto de estudo fulcral da Clínica de Reabilitação: as **Residências**.

Aqui encontra-se o verdadeiro elo de ligação entre a casa do paciente e a clínica. Como referido, o maior choque do processo de internamento de um paciente pode ser associado à inércia de mudança do seu ninho para um ambiente altamente impessoal e hostil[78], os quartos dos Cuidados Continuados foram concebidos segundo os padrões de um bairro habitacional, em vez de um longo corredor fechado com quartos.

78 Capítulo 6.1| O habitar

Embora o terreno tenha uma inclinação baixa, foram estabelecidas três plataformas com a diferença de 0,75m entre elas, sendo a ligação feita através de escadas e rampas e podendo cada uma ser acedida diretamente pela Rua. Nestas plataformas estão assentes as residências. A implantação e agregação das residências foi feita com a ideia de uma proposta urbana para um pequeno bairro habitacional, que conta com 47 fogos. O desenho da agregação é definido por três ruas horizontais, no sentido nascente-poente, e um atravessamento vertical, no sentido norte-sul, que liga as três entre si e em direção ao Jardim público e posteriormente à Clínica. Estas ruas e atravessamentos são revestidos de calçada portuguesa, típica do nosso país e, tratando-se de terreno puramente plano, o risco de queda é ínfimo. Destas três ruas, duas têm um caráter puramente habitacional e cómodo, sendo a terceira – neste caso a do meio – mais uma avenida do que propriamente uma rua.

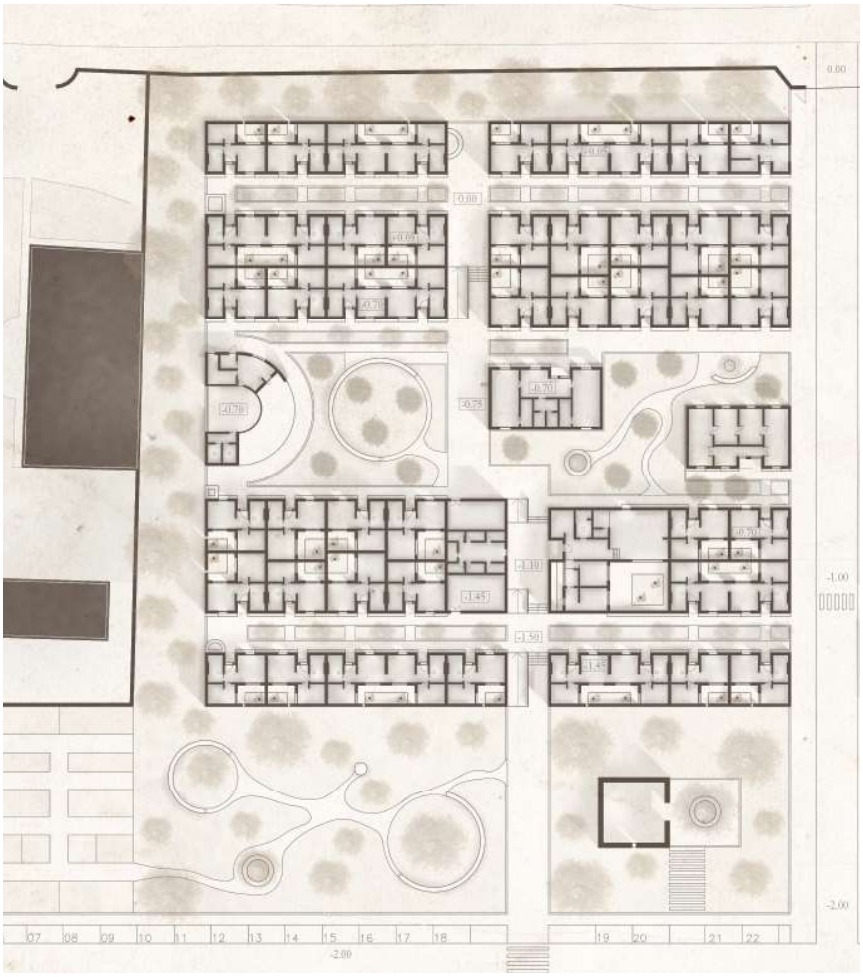


Fig. 197- Planta das Residências

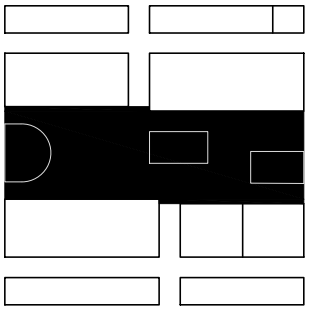


Fig. 198- Diagrama das Residências - Avenida

A Avenida

Nesta avenida estão os serviços do "bairro". Esta avenida é permeada por um corredor verde repleto de laranjeiras, cujos aromas preenchem e agradam os olfatos dos visitantes e cujos frutos de cor viva e quente surgem como pontos de cor na paleta branca e bege das fachadas dos edifícios, como que estrelas no céu da noite. Este jardim é apenas interrompido pelo atravessamento que liga as três ruas. Quando este atravessamento chega à avenida, torce o seu posicionamento, criando um desenho assimétrico no bairro, o que facilita as referências mnemónicas de quem o habita.

Junto do Jardim das Laranjeiras, estão os ditos serviços. No extremo poente está um café onde os residentes podem trabalhar e pôr a conversa em dia. Café este que impõe um recorte circular no padrão ortogonal do bairro residencial, quase como que marcando a sua posição no terreno. Do lado nascente do jardim estão outros dois volumes: a lavandaria, onde são lavados os lençóis e as roupas dos residentes e pacientes, e um cabeleiro/esteticista. Este último revela-se ainda mais importante do que poderia parecer; devido à impossibilidade de fornecer espelhos nas casas de banho dos pacientes, este volume funciona como o tratamento estético dos pacientes.

A sul da avenida estão mais duas oposições à hegemonia das residências: uma área técnica e a Casa dos funcionários.

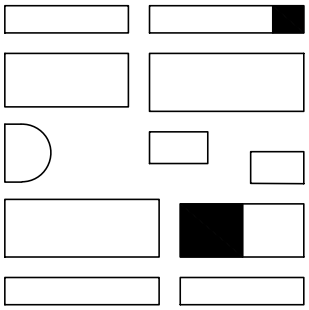


Fig. 199- Diagrama das Residências - Casa dos funcionários e Casa do guarda

A Casa dos funcionários

A Casa dos funcionários foi desenhada pelas mesmas regras das residências, sendo esta a aglomeração de quatro fogos num, criando uma residência maior. A maior diferença passa pela cozinha funcional, impossível nos quartos dos residentes. A ideia desta Casa passa pela necessidade de oferecer uma estação de enfermagem mais perto dos residentes, de modo a que as enfermeiras e funcionários possam responder aos requerimentos dos residentes, havendo assim uma sala comum e dois quartos para poderem dormir. Esta Casa conta ainda com dois pátios diferentes: o *atrium* central, jardim, que resulta da supressão de um dos módulos de forma a criar um vazio, que estabelece uma divisão útil entre a sala

comum e os quartos; e um outro, o *impluvium*, um pequeno vazio com um espelho de água, perto dos quartos mas a poente, que fornece mais um ponto de relaxamento depois de um dia cansativo.

Para além da Casa dos funcionários, o bairro disponibiliza ainda uma Casa do guarda. Por motivos de segurança e localização pragmática, desenvolve-se da agregação geral das residências, sendo o primeiro módulo, no topo nordeste junto à entrada, transformado na afamada Casa do guarda.

As residências

Como comprovado, existem os mais variadíssimos tipos de psicopatologias, mas, no entanto, o tratamento para cada uma é muito semelhante[79]. Para efeitos de comodidade, a vasta panóplia de possíveis pacientes com psicopatologias foi reduzida a três tipos principais: esquizofrenia, demência e depressão; sendo os portadores de doença bipolar agrupados no sector da depressão por motivos de facilidade de projeto, por exemplo. Assim, foram concebidas três tipologias de fogos para as Residências.

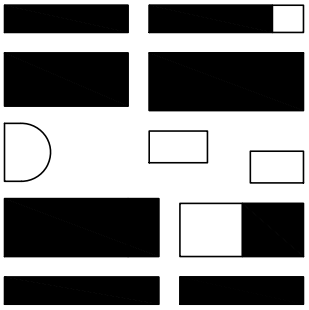


Fig. 200- Diagrama das Residências - Quartos de cuidados continuados (residências)

79 Capítulo I| **As doenças psiquiátricas**

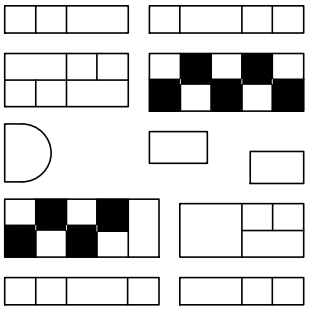


Fig. 201- Diagrama das Residências - Tipologia A

Tipologia A

Esta trata-se da tipologia principal, o módulo pai de onde os demais se desenvolveram. O módulo está assente numa grelha de 0,60mx0,60m, inscrito num quadrado de implantação de 8,40mx8,40m. este quadro é ainda subdividido em quatro quadrados, cada um com 3,75m de lado. Estes quatro quadrados criam as quatros divisões do módulo: o **Fogo**, a **Água**, a **Alcova** e o ***Atrium***.

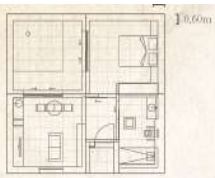
O Fogo é composto por uma sala de estar e por uma kitchenette simbólica, pois por motivos de segurança nenhum dos quartos dispõe de uma fonte de fogo funcional[80]. Esta kitchenette é composta por dois módulos de cozinha, um lavatório com armário e um mini frigorífico, onde podem guardar líquidos e alimentos. De forma a complementar a identidade do Fogo, esta cozinha dispõe de uma mesa de refeições, onde os residentes podem receber familiares e amigos e tomarem refeições conjuntas.

Do quadrado da Água são suprimidos dois módulos de forma a criar o Vestíbulo; espaço este que serve como ponto de chegada ao fogo e interligação entre as funcionalidades deste. A Água em si desenvolve-se numa ampla casa de banho, disposta a receber pessoas de mobilidade reduzida e é revestida a azulejo verde-mar. aqui também se repete a ideia da "Chaminé da Água", presente nos quartos de internamento.

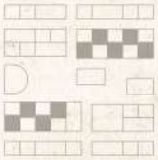
O quadrado da Alcova é definido pela presença de uma cama de casal. Aqui se estabelece a principal diferença entre as Tipologias. A Tipologia A foi concebida para albergar casais de pessoas com psicopatologias que já não tenham possibilidades de viver sozinhos, ou com família e, cuja melhor opção, seja a da habitação assistida. Esta tipologia foi idealizada para poder receber qualquer tipo de casal, podendo só um dos elementos ser portador de uma psicopatologia.

Remetendo para a típica casa-pátio alentejana[81], ligando o Fogo à Alcova, está a quarta divisão da casa: o *Atrium*. Este pátio define-se como um espaço aberto aos céus, com a mesma área útil do Fogo e da Alcova, um espaço de estar individualizado a cada fogo, que se desenvolve no exterior. Neste pátio cresce uma única e pequena olaia, cuja vegetação de

80 Fogão, forno ou micro-ondas
81 Capítulo 6.3| **A casa alentejana**



Tipologia A





Fogo



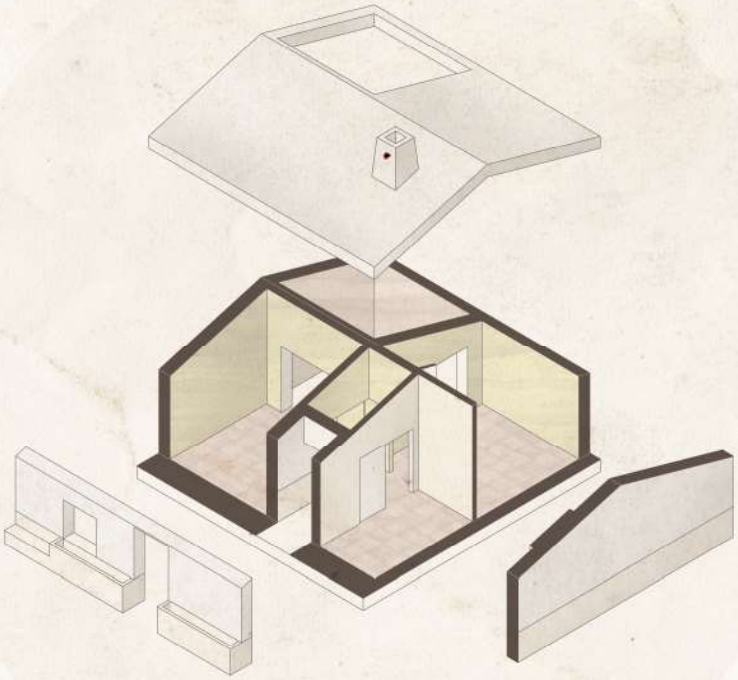
Água



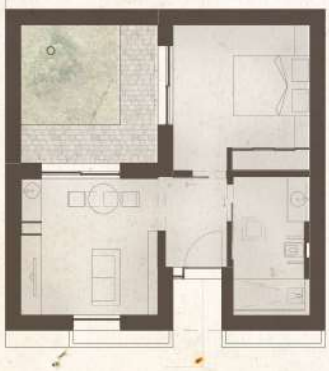
Alcova



Atrium



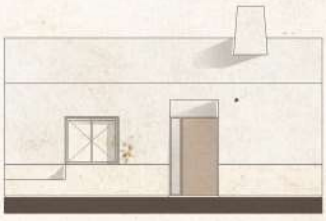
Axonometria expandida



Planta



Corte



Alçado

Fig. 202- Tipologia A

cor lavanda vem trazer um toque de vida e interesse contra a nua parede de taipa que separa um fogo dos demais. Nos topos norte e sul, abrem-se para a vegetação adjacente a partir de um pequeno vão ao nível do olho, proporcionando uns pontos de quebra na mundana fachada branca.

Da parte fora, vê-se uma simples fachada, branca, com rodapé em pedra, de onde ressaltam uns canteiros com vegetação e mais abaixo brotam umas pequenas saliências onde um indivíduo se pode sentar. A irromper a simples fachada, está um único vão, fixo. Sendo que os fogos foram idealizados como habitações introvertidas, com os vãos do Fogo e da Alcova virados para o *Atrium*, este vão fixo aparece da sala de um ponto de vista mais funcional. Os residentes tanto podem verificar se este se trata do seu compartimento, como os funcionários podem observar os residentes sem que estes se sintam incomodados. Para além do aspeto funcional, o vão vem acrescer o sentimento de simpatia e igualdade presentes na cultura bairrista. Na reentrância que dá para a porta de entrada, pode-se notar o mesmo vão presente nos quartos de internamento, o qual servirá para receber os pertences dos residentes e facilitar a identificação do fogo, tanto para eles como para os funcionários.

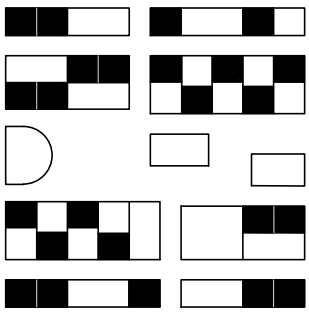


Fig. 203- Diagrama das Residências - Tipologia B

Tipologia B

Esta tipologia é o parente direto do seu antecessor. Mantendo a mesma lógica, esta resulta da supressão de duas filas da grelha de 0,60mx0,60m. Enquanto que a Tipologia A é destinada a casais, a Tipologia B é puramente de uso singular. Esta tipologia é destinada a qualquer pessoa que sofra de uma psicopatologia que não tenha condições de viver sozinho e cuja melhor opção seja a da habitação assistida. No entanto, o Fogo contém, à mesma, uma mesa para refeições conjuntas, caso o residente tenha visitas.

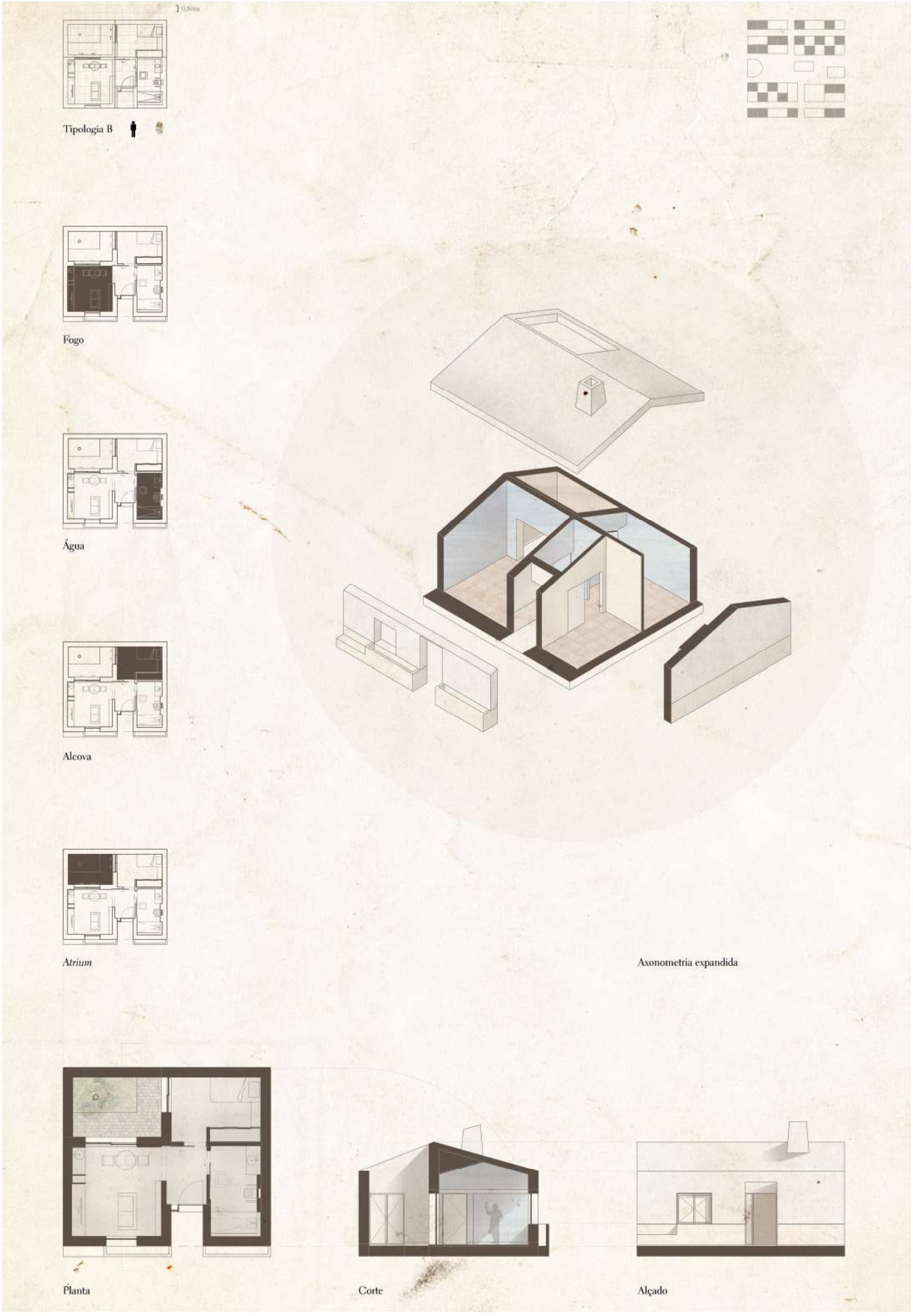


Fig. 204- Tipologia B

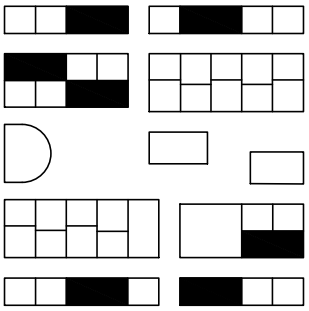


Fig. 205- Diagrama Residências - Tipologia C

Tipologia C

A última tipologia resulta da multiplicação de dois fogos de Tipologia B. Esta tipologia mantém a mesma lógica e identidade das antecessoras, com a particular diferença de ser um "quarto duplo". Enquanto que as outras tipologias estão preparadas para receber apenas um residente ou o seu cônjuge, esta pretende albergar duas pessoas diferentes, cada uma com o seu espaço privado. A multiplicação da área útil reflete-se no Fogo e no *Atrium*; o Fogo é desdobrado em dois, um espaço de estar e um espaço de refeições. Aqui os residentes poderão tomar refeições conjuntas e partilhar as tardes, caso desejam. A ideia principal passa por proporcionar companhia aos residentes mais solitários, nomeadamente a pessoas com demência, para que estas façam companhia uma à outra. Também o *Atrium* sofre uma ampliação, multiplicando-se em duas pequenas olaias, e não só uma.

Cada um dos quartos desta tipologia tem uma entrada individualizada a partir do exterior, não havendo qualquer diferença do resto dos fogos e, continuam a ser demarcadas pelo pequeno vão referenciador. Outra maneira de ajudar a identificação dos fogos, passa pela materialidade. Aqui continua a construção em taipa pigmentada, havendo quatro possibilidades: o amarelo leve, o rosa leve, o azul-turquesa e a parede crua. O rosa poderá ser aconselhado para residentes com demência ou estado mais avançado, devido à sua cor confortável. O rosa poderá ser associado aos depressivos, devido ao seu caráter maternal e apaziguador, no entanto, ainda com resquícios da força e vigor do vermelho. O azul-turquesa poderá ser para pacientes mais agitados devido ao seu caráter calmante. Como os esquizofrénicos aparentam recusar a cor, estes poderão preferir a tonalidade natural do material de construção e encontrar mais conforto na parede crua do que na parede pigmentada. A pigmentação poderá facilitar o paciente a identificar o seu fogo, no entanto, as cores equacionadas para cada tipo de doença, não são uma regra, pelo que qualquer fogo poderá albergar qualquer pessoa com uma psicopatologia, as referências de cor servem simplesmente como conselho.

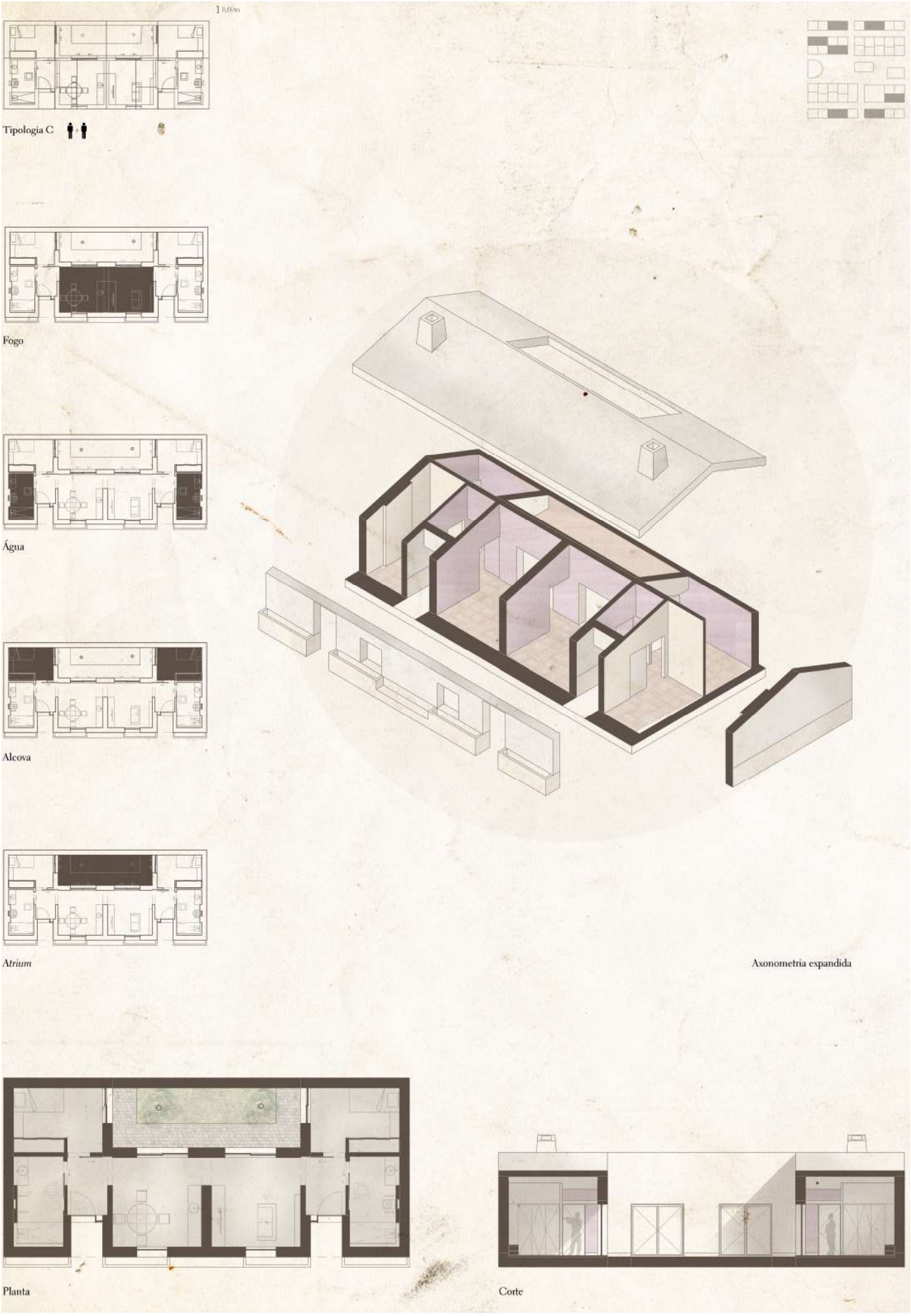


Fig. 206- Tipologia C

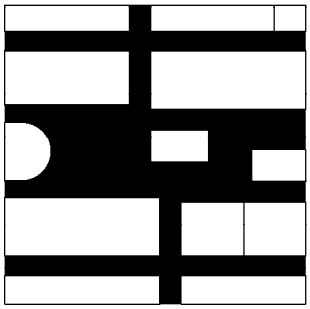


Fig. 207- Diagrama das Residências - Ruas

A rua

Fora das portas das residências, está a quinta divisão de cada um dos fogos que surgem do terreno. Ladeada de barras brancas de cobertura inclinada, está a rua: a sala comum do povo. Das fachadas dos fogos resultam uns bancos onde os residentes se podem sentar, conversar e ver os outros a passarem, formando um resquício de espaço in-between[82] no meio da 'rua'.

A rua do bairro residencial foi desenhada com os mesmos conceitos do desenho planimétrico dos Blocos da Clínica. É igualmente definida por cinco segmentos horizontais: função-circulação-vazio-circulação-função; neste caso: fogo-circulação-vegetação-circulação-fogo[83]. A maior diferença para com a lógica dos Blocos é a de que aqui a circulação e o vazio são ambos no exterior, estando apenas a função protegida dos elementos. No vazio desenvolve-se um pequeno corredor de relvado, com pequenas oliveiras a fazer sombra sobre as pequenas residênicas. Esta lógica de função-circulação-vazio-circulação-função, está presente em todo o complexo, até a nível de implantação. A um nível de organização urbana, temos um corredor com Terapia+Residênicas, seguido de passagens de circulação, depois o corredor verde do Jardim, Rua e finalmente a última das funções: a Clínica.

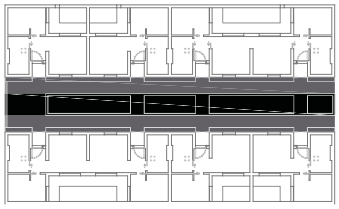


Fig. 208- Função-Circulação-Vazio-Circulação-Função

Esta rua estabelece a ligação entre todos os fogos, relacionando-se posteriormente com a Rua principal e, por sua vez, o resto dos edifícios da Clínica de Reabilitação. Apresentando uma organização exterior homogénea, o visitante nunca terá noção de quem estará do outro lado da parede, fomentado uma maior ideia de privacidade para com o residente. Para ajudar, as três tipologias encontram-se organizadas de forma junta, não havendo uma separação forçada entre elas, como por exemplo uma rua só de Tipologia B e outra só de Tipologia A. Desta forma, o bairro residencial pretende assemelhar-se ainda mais à cidade onde todos as tipologias familiares coabitam umas com as outras.

82 Capítulo 6.4| **A rua**
83 Semelhante ao que acontece no Bairro da Bouça de Álvaro Siza Vieira

Todo o complexo da Clínica de Reabilitação Psiquiátrica é desenhado tento em conta a identidade da envolvente, manifestando-se como uma continuação do edificado existente[84]. Piso único, parede branca e cobertura de duas águas com a chaminé em cima, promovendo uma autêntica sensação de **pertença**[85].

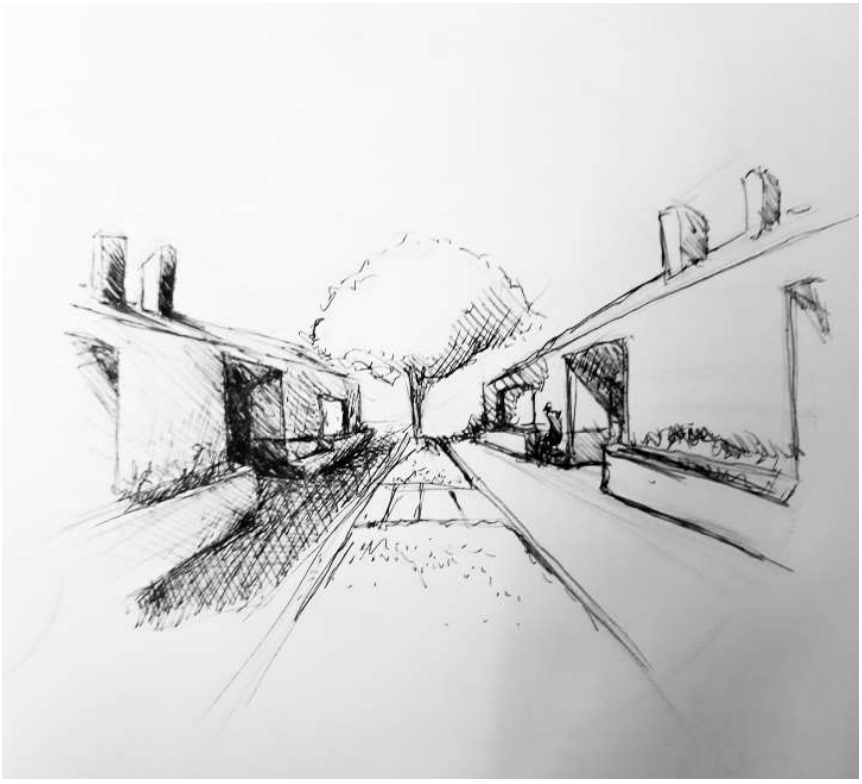


Fig. 209- A rua: esquisso do autor

84 Ver *Anexo V| regionalismo crítico*

85 A importância de um desenho de projeto que pertença ao terreno em que se insere, como uma simples continuidade do desenho preexistente, ou de um edifício pensado para o seu habitante, como uma prolongamento do braço deste, foi já exemplificado no capítulo **5.3| Arquitetura orgânica**

Conclusão

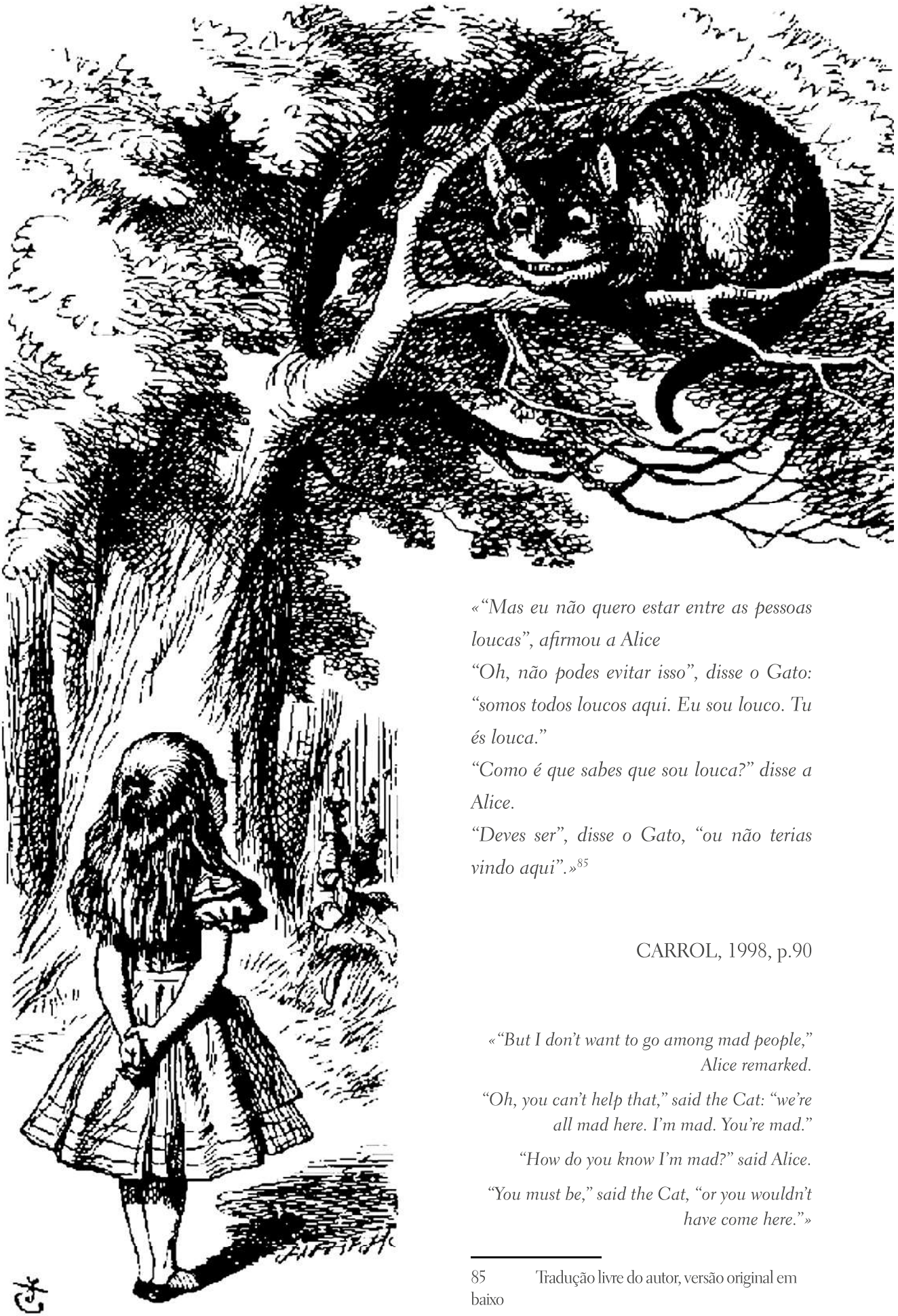


Fig. 210- Alice e o Gato

«"Mas eu não quero estar entre as pessoas loucas", afirmou a Alice

"Oh, não podes evitar isso", disse o Gato: "somos todos loucos aqui. Eu sou louco. Tu és louca."

"Como é que sabes que sou louca?" disse a Alice.

"Deves ser", disse o Gato, "ou não terias vindo aqui".»[85]

CARROL, 1998, p.90

«"But I don't want to go among mad people," Alice remarked.

"Oh, you can't help that," said the Cat: "we're all mad here. I'm mad. You're mad."

"How do you know I'm mad?" said Alice.

"You must be," said the Cat, "or you wouldn't have come here."»

85 Tradução livre do autor, versão original em baixo

Considerações finais

A ideia para este trabalho, originada em conversas informais com Psiquiatras, em que eles se debateram sobre as debilidades dos hospitais psiquiátricos em Portugal, nomeadamente, a carência de um espaço especializado para receber os pacientes que não necessitassem de ser acamados, mas, mesmo assim, precisassem de uma vigilância médica. Em Lisboa, temos o exemplo do Hospital Júlio de Matos, em Alvalade, onde foram disponibilizados vários fogos na Avenida de Roma, perto do hospital, para servirem de residência para os utentes do Hospital de Dia.

Foi ainda realçada a monopolização dos hospitais psiquiátricos nos grandes centros urbanos, Lisboa e Porto. Por razões óbvias, estas cidades dispõem de melhores condições, tanto sociais como financeiras, para proporcionar um melhor serviço de saúde à população local. Devido a isto, as regiões interiores apresentam um *déficit* na área da saúde, nomeadamente da saúde mental. Isto leva a que pessoas do interior do país tenham de realizar uma grande deslocação até estes grandes polos urbanos para receberem o tratamento necessário.

Provavelmente pelo fator de isolamento social, tecnológico e económico, o Alentejo apresenta-se como a região do país com maior percentagem de pessoas com depressão e, consequentemente, maior risco de suicídio. Sendo que a cidade de Évora se trata do grande polo económico do Alentejo, foi escolhida como local de intervenção, principalmente porque o serviço de psiquiatria do Hospital de Espírito Santo não tem condições apropriadas para receber a percentagem de pessoas com doenças mentais; não esquecer, por exemplo, que em épocas de contaminação alta (como a gripe no inverno) as camas da ala psiquiátrica são disponibilizadas para acolher os pacientes que já não tenham espaço nos outros serviços do hospital.

Embora existam algumas residências para pessoas com psicopatologias pelo país, elas tratam somente de casos muito específicos, como residências que apenas acolham pessoas com Alzheimer; isto deixa de parte a maioria das pessoas com psicopatologias que já não têm condições para viverem sozinhas e, são assim, relegadas para uma residência sénior generalizada,

a qual não está preparada para receber pessoas com doenças mentais específicas e resultará numa má estadia para a pessoa.

Surgiu, assim, a ideia de efetuar um Projeto para uma Clínica de Reabilitação Psiquiátrica em Évora, que procurasse complementar o serviço de psiquiatria do Hospital do Espírito Santo e fornecer residências às pessoas que necessitassem. Desta forma, eliminar-se-ia a necessidade que um paciente com demência se ter de deslocar até Lisboa para receber tratamento no Hospital Júlio de Matos e, caso a família não pudesse cuidar dele, encontraria uma nova residência dentro da área da Clínica, onde continuaria a viver o seu dia-a-dia e teria funcionários especializados a cuidar dele.

Durante o processo de trabalho foram estudados vários projetos contemporâneos com programa semelhante. Havia um problema, a maioria destes projetos eram de autores do norte da Europa, pelo que os métodos construtivos e a própria resolução dos quartos, não refletiam aquilo a que os pacientes da Clínica em Évora estavam habituados e poderiam rejeitar o ambiente de forma semelhante ao que fariam se se tratasse do típico ambiente branco e estéril de um hospital. Sem falar que a implantação de um projeto de uma natureza puramente nórdica, jamais resultaria no Alentejo, seja pelo método construtivo em madeira, seja pela prevalência de grandes áreas envidraçadas viradas a sul. Foi aqui que se começou a procura pela Casa Alentejana, em busca da lógica habitacional a que os possíveis utentes deste projeto estariam habituados.

Durante os séculos, a arquitetura sempre procurou uma linguagem universal, uma identidade cosmopolita que se refletisse na habitação de cada um. A verdade é que os padrões culturais intrínsecos a cada pessoa, se refletem numa inércia muito grande à mudança. Seja pelo imigrante vindo do Médio Oriente para Portugal, seja o paciente psiquiátrico que saiu da sua casa para ser internado do hospital, o choque de costumes apresenta-se como uma barreira muito grande a qualquer mudança de elevada importância.

Este trabalho pretende defender, acima de tudo, que uma das mais valias do processo de recobro, é o respeito pela identidade cultural. Desta forma um projeto deste calibre, no nosso país, deve respeitar a nossa identidade,

embora sempre existam influências externas na conceção do mesmo que permitam uma melhor resolução. Tal como um projeto na Alemanha, ou na Noruega, deverá respeitar a identidade de cada cultura e dos seus habitantes. Poderá haver um pensamento internacional que se reflita na melhor resolução de planeamento destes equipamentos, mas, talvez seja aconselhado conjugar esse pensamento com a identidade do local, principalmente pelos métodos construtivos e realidade climatérica.

O tratamento de pessoas com psicopatologias, é uma procura sem fim, pois não há nada mais complexo que o funcionamento do nosso cérebro. Poderá ser que um dia, no futuro, uma destas pessoas seja curada por uma simples estadia numa Clínica de Reabilitação Psiquiátrica em Évora, quiçá…

Nota sobre a Bibliografia

Embora nem todos os elementos presentes nesta Bibliografia sejam diretamente referenciados ao longo do texto, foram igualmente importantes para a conceção do projeto urbano e arquitetónico, pelo que o autor achou por bem deixá-los na Bibliografia, pois todos tiveram o seu contributo para o produto final

Bibliografia

ABEL, António Borges (2008), *Os limites da cidade*, Évora: Universidade de Évora

ANDRADE, Manuel (2015), *Lugar de um deus que me livre*, Porto: Idioteque

ARIPA ARQUITECTOS (2012) *Arquitectura de saúde*, Lisboa: Uzina Books

BACHELARD, Gaston (2008), *A poética do espaç*o, Brasil: Martins Fontes

CALVINO, Italo (1974), *Invisible Cities*, Orlando: Harcourt Brace & Company

CARROL, Lewis (1998), *Alice's adventures in Wonderland*, Chicago: VolumeOne Publishing

CASTREJÓN, Anibal Figueroa (2002), E*l arte de ver con inocencia: pláticas con Luis Barragan*, México: Universidad Autonoma Metropolitana

CINTRA, Pedro, **GIL**, Nuno Pessoa (2016a), *História dos serviços de saúde mental – Volume 1: norte e centro*, Lisboa: Autores e Edições Parsifal, Lda

CINTRA, Pedro, **GIL**, Nuno Pessoa (2016b), *História dos serviços de saúde mental – Volume 2: sul e ilhas*, Lisboa: Autores e Edições Parsifal, Lda

CHOAY, Françoaise (1992), *O Urbanismo*, São Paulo: Editora Perspetiva S. A.

CHOI, Young-Seon, **JOSEPH**, Anjali, **QUAN**, Xiabo (2015), *Impact of the physical environment of residential health, care, and support facilities on stadd and residentes, a systematic review of the literature*, Califórnia: Sage Publications

CHRYSIKOU, Evangelia (2014). *Architecture for psychiatric enviornments and therapeutic spaces*, Amsterdão: IOS Press

CÂMARA MUNICIPAL DE ÉVORA (2001), *A Cidade de Évora: boletim de cultura da Câmara Municipal, II série, nº5*, Évora: Câmara Municipal de Évora

CÂMARA MUNICIPAL DE ÉVORA (2007a), *A Cidade de Évora: boletim de cultura da Câmara Municipal, II série, nº7*, Évora: Câmara Municipal de Évora

CÂMARA MUNICIPAL DE ÉVORA (2007b), *Plano Diretor Municipal de Évora*, Évora

CÂMARA MUNICIPAL DE ÉVORA (2011), *Plano de Urbanização de Évora*, Évora

COHEN, Uriel, **DAY**, Kristen (2000), *The role of culture in designing environments for people with dementia: a study of russian immigrants*, Califórnia: Sage Publications

COOPER, Claudia, **KATONA**, Cornelius, **ROBERTSON**, Mary (2012) *Psychiatry at a glance*, Chinchester: Wiley-Blackwell

DELFANTE, Charles, **PELLETIER**, Jean (1997), *Cidades e urbanismo no mundo*, Lisboa: Instituto Piaget

DEVLIN, Ann Sloan (2014), *Wayfinding in healthcare facilities: contributions from environmental psychology*, New London: Connecticut College

EVANS, Gary W. (2003), *The built environment and mental health*, Nova Iorque: New York Academy of Medicine

EL CROQUIS (2005), *El Croquis 124 – Eduardo Souto de Moura (1995-2005)*, Madrid: El Croquis Editorial

EL CROQUIS (2008), *El Croquis 140 – Álvaro Siza Vieira (2001 – 2008)*, Madrid: El Croquis Editorial

EL CROQUIS (2011), *El croquis 154 – Aires Mateus (2002 – 2011)*, Madrid: El Croquis Editorial

ELLIOT, T.S. (1922), *The Wasteland*, Publicação Online: *https://wasteland.windingway.org/*

FOUCAULT, Michel (1975), *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, Ltda.

FOUCAULT, Michel (1994) Psychiatric power, in **RABINOW**, Paul (ed.), *Ethics, subjectivity and truth*, Nova Iorque: The New Press, pp. 39-50

FOUCAULT, Michel (1999) *Vigiar e punir*, Petrópolis: Vozes

FRAMPTON, Kenneth (1998), Towards a critical regionalism: six points for an architecture of resistance, in **FOSTER**, Hal (ed.), The anti-aesthetic: essays on postmodern culture, Nova Iorque: The New Press, pp. 17-34

FREUD, Sigmund (1921), *Group psychology and the analysis of the ego*, Publicação Online: www.sigmundfreud.net

FREUD, Sigmund (1923), *The ego and the id*, Publicação Online: www.sigmundfreud.net

GEHL, Jan (2017), *A vida entre edifícios*, Lisboa: Livraria Tigre de

Papel; Cicloficina dos Anjos

GIGER, H. R. (2018), *Giger*, Eslováquia: Taschen

HALL, Edward T. (1959), *The Silent Language*, Nova Iorque: Doubleday & Company

HALL, Edward T. (1990), *The Hidden Dimension*, Estados Unidos: Anchor Books Editions

HERTZBERGER, Herman (2005), *Lessons for students in architecture*, Roterdão: 010 Publishers

LE CORBUSIER (1995), *Vers une architecture*, Paris: Flammarion

LINO, Raul (1998), *Casas Portuguesas*, Lisboa: Cotovia

LOPES, Diogo Seixas (2016), *Melancolia e arquitectura em Aldo Rossi*, Lisboa: Orfeu Negro

MAHNKE, Frank H. (1996), *Color, environment, & human response*, Canadá: John Wiley & Sons

MCCARTER, Robert (2014), *Aalto*, Phaidon: Nova Iorque

MERLEAU-PONTY, Maurice (2005), *Phenomenology of Perception*, Nova Iorque: Routledge

MELENDRES, Carolina Nunes (2011), *O homem e o espaço hospitalar: o edifício Manoel Tabacoe Hidal, Hospital Albert Einstein (1958)*, Tese de Mestrado, São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie

MORE, Thomas (2017), *Utopia*, Richmond: Alma Books Ltd

NICKL-WELLER, Christine, **NICKL**, Hans (2013), *Healing architecture*, Hamburgo: Braun

NORBERG-SCHULZ, Christian (1980), *Genius loci*, Nova Iorque: Rizzoli

PALLASMAA, Juhani (2011), *Os olhos da pele*, São Paulo: Bookman

PALLASMAA, Juhani (2018), *Habitar*, Barcelona: Editorial Gustavo Gili

PEREIRA, Paulo (1995), *História da Arte Portuguesa, terceiro volume – do barroco à contemporaneidade*, Barcelona: Círculo de Leitores e Autores

POE, Edgar Allen (1839), *The fall of the house of Usher*, Publicação Online: José Menéndez

PORTAS, Nuno (2008), *A arquitectura para hoje (1964)*, Lisboa: Livros Horizonte

REIS, Nuno Miguel Arenga (2009), *O saguão na habitação urbana – o interior da casa em torno de um vazio vertical nuclear*, Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa – Faculdade de Arquitetura

SCUPELLI, Peter, **HANINGTON**, Brice, *An evidence-based design approach for function, usability, emotion ans pleasure in studio redesign*, Pittsburgh: Carnegie Mellon University, School for Design

SINDICATO NACIONAL DOS ARQUITECTOS (1961), *Arquitectura popular em Portugal – volume* 2, Lisboa: Sindicato Nacional dos Arquitectos

SIZA VIEIRA, Álvaro (2009), *01 Textos*, Porto: Civilização Editora

TANIZAKI, Junichiro (2016), *Elogio da Sombra*, Lisboa: Relógio de Água

TÁVORA, Fernando (2015), *Da organização do espaço*, Porto: FAUP Publicações

THE CENTER FOR HEALTH DESIGN (2014), *Evidence-based design in practice: healthcare design case studies from EDAC Champion and Advocate Firms*, EDAC

TSO (2005), *Wayfinding*, Norwich: The Stationary Office

ULRICH, Roger S. (2000), *Evidence based environmental design for improving medical outcomes*, Proceedings of the conference, *Healing by design: building for health care in the 21st century*, Montreal: McGill University Health Center

ULRICH, Roger S. (2001), Effects of healthcare environment design on medical outcomes. in *Journal of Healthcare Interior Design*, pp. 97-101

ULRICH, Roger S. (2002), Health benefits of gardens in hospitals. Paper for conference, *Plants for People*, International Exhibition Floriade 2002, pp. 1-10

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm (2004), *Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetónicas responsáveis pela integração interior/exterior*, Tese de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina

WILSON, Edward O. (1984), *Biophilia*, Cambridge: Harvard University Press

WRIGHT, Frank Lloyd (2017), *An Organic Architecture*, Reino Unido: Lund Humphries Publishers Ltd

ZUMTHOR, Peter (2009), *Atmosferas*, Barcelona: Editorial Gustavo Gili

Anexos



Fig.i- obra de H. R. Giger, título e data desconhecidos

Anexo I p. 247
fichas de patologias

Anexo II p. 265
rextos relevantes

Anexo III p. 273
doença mental e criatividade

Anexo IV p. 281
visitas ao serviço de psiquiatria do hospital de portalegre e
hospital júlio de matos

Anexo V p. 295
regionalismo crítico

Anexo VI p. 301
fotografias do local de intervenção

Anexo VII p. 317
fragmentos de memórias - um breve percurso sobre
referências arquitetónicas

p. 341
Anexo VIII
processo de trabalho

Anexo XIX
para que lado vou eu?

Anexo X
peças de apresentação

Anexo I
fichas de patologias

Esquizofrenia*

Prevalência:	Prevalência: 15-20/100000 pessoas
Risco de vida:	Risco de vida de 0.7%, mais frequente no sexo masculino
Observações:	Surgimento no final de adolescência/início da idade adulta
Sintomas principais:	Alucinações auditivas na terceira pessoa Ideias delirantes (mais frequentemente persecutórias/paranóides e auto-referenciais) Perceção delirante Alterações dos limites do Eu (interferência nos pensamentos e acções, fenómenos de passividade)
Sintomas secundários:	Sintomas catatónicos Alucinações auditivas na segunda pessoa
Delírios comuns:	Ideias persecutórias/paranóides: o paciente acredita que uma, ou mais, pessoas o quer magoar Auto-referência: o paciente acredita que é referido nas notícias ou outro media, que falam acerca de si
Transtornos de pensamento:	As perturbações do pensamento incluem as alterações do conteúdo (ideias delirantes), da forma (associação de ideias: perda de associação, associação sem nexo, acelerada, lentificada – perceptíveis pelo discurso do doente), uso de neologismos (palavras inexistentes criadas pelo doente), perda de pensamento abstrato
Sintomas positivos:	Alucinações, delírios
Sintomas negativos:	Discurso pobre, falta de motivação, exclusão social, falta de interesse social Fraca atenção e memória
Sintomas cognitivos:	Esquizofrenia paranóide: mais comum, presença de delírios e alucinações
Subtipos de esquizofrenia:	Esquizofrenia catatónica: presente em 7% dos casos, sintomas incluem alterações psicomotoras, nomeadamente imobilidade com posturas bizarras e desconfortáveis, podendo também surgir atividade excessiva (catatonia agitada);

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 18-21

fenómenos de eco (repetir palavras ou gestos)
Esquizofrenia desorganizada: comportamento desorganizado, inapropriado à situação, incoerência de pensamentos, alucinações e delírios passageiros
Esquizofrenia crónica: sintomas predominantemente negativos (isolamento, desinteresse social)
Esquizofrenia simples: menos comum, sintomas negativos sem sintomas psicóticos precedentes

Causas: Hereditária, causa genética
Idade paternal avançada
Fatores ambientais e sociais essencialmente associados ao desenvolvimento cerebral: nascimentos no inverno, complicações obstétricas, atraso de desenvolvimento, abusos físicos/verbais/sexuais na infância, consumos de tóxicos, situação social desfavorável, áreas urbanas.

Tratamento: Medicação: antipsicóticos
Tratamento psicológico: terapia cognitivo-comportamental, terapia artística, terapia de grupo
Assistência social

Prognóstico: 70% das pessoas com primeiro episódio recuperam num ano, sendo que 80% têm episódios reincidentes em cinco anos
Três quartos dos pacientes descontinuam a medicação inicial nos primeiros 18 meses
Apenas 40% das pessoas com esquizofrenia terão emprego um ano após a incidência do primeiro episódio, para pessoas com episódios reincidentes a empregabilidade é ainda mais baixa
O risco de suicídio é de 10%, sendo que o risco de suicídio é maior em jovens do sexo masculino nos primeiros anos do aparecimento da doença

Depressão*

Risco de vida: Prevalência: 10-20%, maior em mulheres

Observações: Primeiro episódio habitualmente já na idade adulta

Sintomas principais: Tristeza persistente e mantida, atenção e concentração reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, falta de esperança, alterações do sono (insónia ou hipersónia) e do apetite (aumento ou diminuição), diminuição da líbido.

Sintomas secundários: Redução de sono, apetite e libido

Lentificação psicomotora

Atenção e concentração reduzidas, dificuldade em tomar decisões

Sintomas depressivos poderão ser mascarados por ansiedade, recurso a consumo de álcool, comportamentos hipocondríacos e irritabilidade

Depressão atípica é caracterizada por hipersónia, aumento de apetite e tristeza menos marcada. Mais comum na adolescência e na depressão bipolar.

Episódios depressivos ocorrem frequentemente em perturbações de ansiedade, alimentares, da personalidade e abuso de substâncias,

Causas: Genética

Eventos de vida adversos como a perda de um ente querido ou problemas de saúde, circunstâncias sociais adversas como despedimento e/ou falta de empregabilidade

Perda parental e abuso excessivo na infância

Patologias endócrinas (alterações da função tiroideia, supra-renal), cancro, infeções virais (como HIV ou sífilis) e algumas medicações são associados a depressão.

Podem surgir sintomas depressivos na mulher no pós-parto, relacionados com variação hormonal. Episódios depressivos graves estão habitualmente associados a Doença Bipolar.

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 22-23

Tratamento: Terapia cognitivo-comportamental, terapia de grupo
Antidepressivos, com sucesso de 60-70%; baixa resposta associada geralmente a dosagem insuficiente ou incumprimento das tomas
Electroconvulsivoterapia, estimulação magnética-transcraniana

Prognóstico: Episódios depressivos costumam durar entre três e oito meses. 20% dos pacientes continuam depressivos por dois anos ou mais e 50% têm episódios reincidentes, sendo que este risco sobe para 80% quando existem reincidências
Risco de suicídio é de 15% na depressão grave

Doença Bipolar*

Tipos:
Tipo I: um ou mais episódios maníacos e um ou mais episódios depressivos
Tipo II: um ou mais episódios hipomaníacos e episódios depressivos graves
Ciclotimia: episódio de hipomania/depressão ligeira alternados durante pelo menos dois anos

Sintomas:
Episódios maniformes:
Alterações de humor
Atividade psicomotora excessiva, diminuição da necessidade de dormir
Otimismo exagerado
Autoestima exagerada
Inibição social decrescida
Sensibilidade sensorial aumentada
Pensamento e discurso rápido, discurso ininterrompível
Sintomas psicóticos e alucinações auditivas em episódios maníacos mais graves

Causas:
Genético/hereditário
Histórico de eventos adversos na infância, como abuso sexual ou físico
Perturbações de sono e do ritmo circadiano

Tratamento:
Estabilizadores de humor (lítio, valproato de sódio, lamotrigina) e antipsicóticos atípicos (aripiprazol, quetiapina, olanzapina)
Em episódios depressivos graves poderá considerar-se o uso de antidepressivos específicos
Psicoeducação
Psicoterapia
Electroconvulsivoterapia

Prognóstico:
Prognóstico funcional (família, emprego) melhor face a a esquizofrenia
Risco de suicídio de 10%
Pacientes com ciclotimia têm risco de 30% de desenvolver doença bipolar

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 24-25

Reações de stress*

Reações agudas:

Sintomas: Aparecimento rápido, em minutos ou horas, de resposta extrema a eventos stressantes inesperados

Terapia cognitivo-comportamental

Tratamento: A maioria dos casos resolve-se rapidamente; caso os sintomas continuem normalmente irão desaparecer após 24h ou 48h

Transtorno de adaptação:

Sintomas: Série de respostas psicológicas e físicas anormais a eventos adversos

Ocorre dentro de três semanas após a ocorrência do evento stressante, costuma demorar menos de seis meses

Tratamento: Terapia cognitiva-comportamental

Transtorno de stress pós-traumático:

Sintomas: Pode ocorrer semanas, meses ou anos após um evento stressante severo ou de natureza catastrófica, como assaltos, acidentes, desastres, atos de terrorismo e guerra. Os sintomas deverão estar presentes durante pelo menos um mês

Reexperiência do trauma, como memórias traumáticas, sonhos e pesadelos recorrentes, flashbacks, distanciamento dos outros, perturbações do sono, irritabilidade, concentração fraca

Tratamento: Terapia cognitiva-comportamental

Antidepressivos

Prognóstico: A maioria dos pacientes recupera dentro de meses, se os sintomas continuarem por mais de dois anos poder-se-á tornar crónico.

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 26-27

Transtornos de ansiedade*

Observações: As perturbações de ansiedade são mais comuns em mulheres e jovens.

Sintomas: Estado emocional desagradável envolvendo medo subjetivo, desconforto corporal e sintomas físicos

Causas: Genética
Abusos infantis e outras ações stressantes em tenra idade
Eventos de vida stressantes, como desemprego e doença crónica

Transtorno de pânico:

Sintomas: Episódios recorrentes de ataques de pânico e imprevisíveis, num intervalo de pelo menos três semanas
Eventos normalmente apresentam uma duração de minutos, podendo desenvolver medo antecipatório de ter um ataque

Terapia: Terapia cognitiva-comportamental
Antidepressivos
Ansiolíticos em SOS

Transtorno de ansiedade generalizada:

Sintoams: Presença de ansiedade excessiva e persistente, tendo a duração de pelo menos três semanas a seis meses ou mais

Tratamento: Terapia cognitiva-comportamental
Antidepressivos
Ansiolíticos em SOS

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 28-29

Fobias: Medo e evitamento de lugares e situações em que escapatória seja difícil, ou em
Agorafobia: quais o prestamento de ajuda em situações de ataque de pânico seja complicado
Sintomas: Evitamento de multidões, espaços públicos, viajar fora de casa, viajar sozinho

Tratamento: Terapia cognitiva-comportamental
Ansiolíticos em SOS

Fobia social:
Sintomas: Medo persistente de situações sociais nas quais o indivíduo é exposto a pessoas desconhecidas, medo de humilhação

Tratamneto: Terapia cognitiva-comportamental

Perturbação Obsessiva-Compulsiva*

Causas: Hereditária
Superproteção parental

Transtorno obsessivo compulsivo:

Risco de vida: 2-3%

Sintomas: Obsessões e/ou compulsões que ocupam pelo menos 2horas por dia ou sejam incapacitantes para a vida diária

Distúrbio dismórfico corporal:

Risco de vida: 0.5%

Sintomas: Preocupação com um defeito imaginário na aparência, sendo frequente a procura de cirurgia plástica para o corrigir

Tratamento: Terapia cognitiva-comportamental
Antidepressivos
Terapia de grupo

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 30-31

Perturbações de personalidade*

Grupo A (estranho/excêntrico):

Paranóide: comportamento frio, desconfiança generalizada, hipersensibilidade a recusas

Esquizóide: espetro emocional reduzido, indiferença a criticismo ou elogios, insensibilidade a normas sociais, desinteresse pelo contato com outros

Esquizotípica: défices sociais e interpessoais generalizados, interesses especiais, pensamento mágico, leves alterações da perceção e pensamento, afeto inapropriado, excentricidade, suspeição, excessiva ansiedade social

Grupo B (extravagante/dramático):

Borderline/emocionalmente instável: relações interpessoais intensas e instáveis, impulsividade autodestrutiva, confusão de identidade, sentimentos de vazio crónicos, comportamento autolesivo (automutilações e comportamento suicidário) recorrente, ideações paranóides transitórias, esforços frenéticos para evitar situações de abandonamento real ou imaginado

Histriónica: emotividade superficial excessiva, procura de atenção, sugestionabilidade, afeto superficial, sedução sexual inapropriada e imatura, sensação de grandiosidade

Narcísica: grandiosidade perversiva, falta de empatia, necessidade excessiva de elogios

Antissocial/dissocial: despreocupação persistente sobre os direitos e segurança de outros, irresponsabilidade excessiva, incapacidade de manter relações, irritabilidade, propício a frustração e agressão, incapacidade de experienciar culpa ou beneficiar de experiências, impulsividade, despreocupação para com segurança pessoal, propenso a culpar outros

Grupo C (amedrontado/ansioso):

Evitante: sentimentos persistentes de tensão e inadequação, inibições sociais, contra vontade de se envolver com pessoas sem ter a certeza de ser apreciado, restrição no modo de vida de forma a manter segurança física

Dependente: necessidade excessiva de ser cuidado levando a comportamento submisso e dependente, medo de separação, necessidade excessiva de conselhos para fazer decisões mundanas, necessidade de ter outros a assumir responsabilidade, fraca autoconfiança, necessidade constante de relações chegadas, falta de vontade de fazer exigências às pessoas, preocupação de ser abandonado

Anancástico: Excessiva preocupação com organização, cumprimento de horários, cumprimento de regras, com presença de desconforto e ansiedade quando as coisas não decorrem da forma esperada. Pode ser desconfortável para terceiros pelo grau de exigência esperado.

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 34-35

Risco de vida: 5%

Causas: Genética
Maturação cerebral anormal
Histórico de abusos na infância
Irresponsabilidade parental

Tratamneto: Psicoterapia: maior evidência para terapia cognitivo-comportamental e dialética
Psicofármacos

Prognóstico: Recuperação em 50% dos casos nos 10-25 anos de seguimento

Perturbações psicossexuais*

Transtornos de preferência sexual: Pedofilia: atividade sexual ou fantasias envolvendo crianças
Fetichismo: o objeto de atração sexual é um objeto inanimado ou uma parte do corpo não genital
Travestismo: excitação sexual ao usar roupas do sexo oposto
Bestialidade: atividade sexual com animais
Necrofilia: atividade sexual com cadáveres

Causa: Desconhecida

Tratamentos: Antiandrógenos no caso de pedofilia
Psicofármacos

Transtornos de identidade sexual: Dissociação pessoal com género biológico
Desejo intrínseco de mudança de sexo

Tratamento: Cirurgia
Tratamento hormonal
Psicoterapia

Transtornos de função sexual: Dessatisfação sexual
Falta de libido
Associado a outras perturbações mentais/doenças físicas

Tratamento: Medicação: viagra, psicofármacos
Terapia cognitiva comportamental

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg: 36-37

Pedopsiquiatria (crianças e adolescentes)*

Observações: 10% de rapazes e 6% de raparigas dos 5-10 anos apresentam perturbação comportamental emocional

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Sintomas presentes a partir dos 7 anos

Causas: Genético, adversão social, abuso parental
Fraca inteligência

Tratamento: Educação parental
Psicofármacos

Transtornos comportamentais: Comportamentos agressivos, decetivos e/ou perturbadores persistentes como desobediência, estragos a propriedade de outrem, mitomania, cleptomania, uso de força e armas

Risco de vida: 4% em classes sociais baixas

Causas: Fraca autoestima
Dificuldades de aprendizagem ou de desenvolvimento
Desarmonia familiar
Irresponsabilidade parental
Perturbação de personalidade antissocial
Depressão

Tratamento: Terapia cognitivo-comportamental
Terapia de grupo
Terapia familiar

* Cooper, et al (2012) Psychiatry at a glance, pg:44-49

Transtornos emocionais: Ansiedade
Fobias
Depressão
Luto

Tratamento: Terapia cognitivo-comportamental
Terapia familiar

Transtornos obsessivo compulsivo:

Risco de vida: 0.3-1%

Distúrbios de funcionamento social: Mutismo seletivo: o afetado fala em situações familiares, casa, mas recusa-se a falar noutras situações como na escola

Risco de vida: 1/1000

Causas: Genética
Associada a transtornos de ansiedade

Transtorno de desenvolvimento:
Autismo:

Risco de vida: 20/10000 crianças, três vezes mais comum em rapazes

Sintomas: Falha generalizada de estabelecer relações sociais
Dificuldades com comunicação verbal e não-verbal
Resistência a mudanças ritualísticas ou comportamentais
Afeiçoamento inapropriado a objetos incomuns
Pouca variação de interesses e atividades
Comportamento estereotipado
Surtos imprevisíveis de riso e grito
QI <95, mas altas competências isoladas como matemática e computação

Causas: Componente genético
Complicações perinatais

Tratamento: Terapia comportamental

Prognóstico: 15% tornam-se adultos funcionais e independentes

Síndrome de Asperger: Ocorrência tardia
Inteligência normal
Personalidade esquizoide
Discurso pedante
Preocupação com factos obscuros

Transtornos psicóticos:

Observações: Ocorrência rara

Causas: Esquizofrenia infantil

Sintomas: Alucinações, delírios

Tratamento: Antipsicóticos

Distúrbios de sono:

Risco de vida: 20%,

Sintomas: Insónia, 10% fala durante o sono
Pesadelos, devido a stress
Terrores noturnos, incidência de 3% nos 4-7 anos

Adolescência:

Risco de vida: 13% em rapazes e 10% em raparigas dos 10-15 anos

Distúrbio comportamental:

Tratamento: Psicofármacos

Distúrbios alimentares:

Risco de vida: 1% dos adolescentes

Distúrbios de humor:

Risco de vida: Depressão risco de 25%, depressão severa 8, 4 vezes mais comum em raparigas

Tratamento: Terapia familiar
Psicoterapia
Terapia cognitiva-comportamental
Antidepressivos

Observações: Esquizofrenia presente em 1% dos casos

Distúrbios de stress: Ansiedade
Fobias sociais

Tratamento: Terapia comportamental

Transtorno obsessivo compulsivo:

Tratamneto: Terapia cognitiva comportamental
Psicofármacos

Anexo II
textos relevantes

"We need to rethink how we classify mental illness

*

|1

Tamara Kayali Browne
Mon 30 Oct 2017
00.19 GMT
in *The Guardian*

Psychiatric diagnosis must serve an ethical purpose: relieving certain forms of suffering and disease. Science alone can't do that

'What the "problem" is and who is judged to be the party "suffering" from it are value judgments which carry with them the cultural biases ... of the individuals making those judgments.' Photograph: Alamy Stock Photo

How do we decide what emotions, thoughts and behaviours are normal, abnormal or pathological?

This is essentially what a select group of psychiatrists decide each time they revise the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), considered a "bible" for mental health professionals worldwide.

But questions like this cannot be answered by scientists alone. This was famously demonstrated when homosexuality was declassified as a mental illness in the DSM in 1973. The decision was not based on new scientific evidence but came about due to pressure from activists. Cases such as this show the limitations of psychiatry and is where I believe philosophers, sociologists and ethicists could be of use.

The DSM was first published by the American Psychiatric Association in 1952 to create a common language and standard criteria for the way we classify mental disorders. It's now used around the world by clinicians, researchers, insurance and pharmaceutical companies, the legal system, health regulators and policy makers, to name a few.

Now in its fifth edition, revisions have gradually expanded the number of mental disorders, while also removing some as understanding or values change. Over the years many of these amendments have courted controversy.

These days, criticisms of the DSM are that it medicalises normal behaviour such as fidgetiness, noisiness and shyness.

Currently, three temper tantrums a week, negativity, irritability and anger would qualify a child to be labelled with disruptive mood dysregulation disorder. The label assumes first that the child is suffering from a problem, and second that the problem is pathological. Yet one may also question why it is the child who must be labelled and not the parents. For example, why do we not have a diagnosis called inability to discipline one's child disorder?

What the "problem" is and who is judged to be the party "suffering" from it are value judgments which carry with them the cultural biases and assumptions of the individuals making those judgments. If we don't examine value judgments properly, we risk making judgments that are discriminatory or harmful.

* https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/oct/30/we-need-to-rethink-how-we-classify-mental-illness

For example, hysteria was mental disorder that supposedly only affected women and included a wide range of "symptoms" such as emotional outbursts, hallucinations, too much or too little sexual appetite, irritability and trouble-making. Although hysteria has now disappeared from official psychiatric diagnosis, there are elements of it present within other psychiatric diagnoses, most notably premenstrual dysphoric disorder (PMDD).

Commonly described as a more severe form of premenstrual stress (PMS), PMDD has been accused of labelling as a mental disorder normal and understandable reactions to the sort of stressful circumstances that disproportionately affect women in a modern society that still has not achieved gender equality.

In this way, psychiatric diagnosis could act as a way of brushing aside indicators of social injustices.

Likewise, sadness and changes in sleep, eating and so on can be normal and understandable reactions to loss (e.g. in the case of bereavement), not necessarily indicators of mental illness. In fact, behaviours like these can act as a positive sign that something is wrong, functioning as a catalyst for changing one's situation for the better.

But the DSM only focuses on these "symptoms" and does not take into account the individual's context. This in itself is a value judgment.

This is why our process of classifying mental illnesses should involve experts for whom examining value judgments is their bread and butter – philosophers. Bioethicists and philosophers of psychiatry are trained in bringing value judgments to light and analysing them in depth.

The way we classify mental illnesses also has broad implications for those diagnosed and for society – something that sociologists would be well placed to consider.

We could make good use of these experts by requiring each revision of the DSM to pass through an ethics assessment by an independent panel made up of philosophers, sociologists and ethicists.

Philosophers could identify and deliberate the value issues, sociologists could present the possible social consequences of proposed changes, and ethicists could make the complex harm/benefit analyses and ethical trade-offs that will inevitably be involved.

The panel also needs to have "teeth", so it should have the power to veto or modify a category.

This might sound like a provocative proposal, but it is similar to the procedure we already have for scientific studies. Just as these studies must gain ethics approval before they go ahead in order to mitigate harm to participants and the community, having an ethics review panel would be an extra step of "checks and balances" for the DSM.

While those involved in making the DSM come from a variety of backgrounds – primarily psychiatrists, psychologists, social workers and clinicians – none have been primarily ethicists or philosophers.

Why it's time to investigate the overlap between autism and ADHD
Laurence O'Dwyer
Read more
And while some psychiatrists might have the training and experience that enables them to examine value judgments, it would be unreasonable to expect that to be the case, just as it would be unreasonable to expect ethicists and philosophers to be able to evaluate scientific judgments.

The solution I propose is based on the idea that psychiatric diagnosis should serve an ethical purpose – relieving certain forms of suffering and disease.

In light of this ethical purpose, we must do our utmost to consider value judgments that can cloud our view of "illness" and how it should be treated. I believe establishing an ethics review panel for the DSM can go a significant way towards achieving that goal."

|2 Excerto: Bipohilia (1984)

"(...) For if animals choose habitats by orientation devices and prepared learning built in during generations of natural selection, i tis possible that people do the same. If certain human feelings are innate, they might not be easily expressed in rational laguage. A more promising approach is to explore the nature of the environment in which the brain evolved. The logical hypothesis I raised earlier can then be more precisely expressed. It is that certain key features of the ancient physical habitat match the choices made by modern human beings when they have a say in the matter.

(...)

First the savana by itself, with nothing more addes, offered na abundance of animal and plant food to which the omivorous hominids werewell adapted, as well as the clear view needed to detect animals and rival bands at long distances. Second, some topographic relief was desirable. Cliffs, hillocks, and ridges were the vantage points from which to make a still more distant surveillance, while their overhangs and caves served as natural shelters at night. During longer marches, the scattered clumps of trees provided auxiliary retreats sheltering bodies of drinking water. Finally, lakes and rivers offered fish, mollusks, and new kinds of edible plants. Because few natural enemies of man can cross deep water, the shorelines became natural perimeters of defense.

Put these three elements together: it seems that whenever people are given a free choice, they move to open tree-studded land on prominences overlooking water. This worldwide tendency is no longer dictated by the hard necessities of Hunter-gatherer life. It has become largely aesthethic, a spur to art and landscaping. Those who exercise the greatest degree of free choice, the rich and powerful, congregate on high land above lakes and rivers and along ocean bluffs. On such sites they build palaces, villas, temples, and corporate retreats. Psychologists have noticed that people entering unifamiliar places tend to move toward towers and other large objects breaking the skyline. Given leisure time, they stroll along shores and river banques. They look along the water andu p, to the hills beyond or to high buildings, expecting to see thesacred and beautiful places, the sites of historic events, now the seats of government, museums, or the homes of importante personages. And they often do, in such landmarks as the Zähringen-Kyburg fortress of Thun, the Belvedere palace of Vienna, the catedral of Saint Etienne, the château of Angers, and the Potala, and among the more imposing sites from past eras, Thingvellir, location of the

ancient parliament of Iceland, the Parthenon, and the great plaza at Tenochtitlán.
The most revealing manifestation of the triple criterion occurs in the principles of landscape design. When people are confined to crowded cities or featureless land, they go to considerable lenghts to recreate na intermediate terrain, something that can tentatively be called the savana gestalt. At Pompeii the Romans built gardens next to almost every inn, restaurante, and private residence, most possessing the same basic elements: artfully spaced trees and shrubs, beds of herbs and flowers, pools and fountains, and domestic statuary. When the courtyards were too small to hold much of a garden, their owners painted attractive pictures of plants and animals on the enclosure walls – in open geometric assemblages. Japanese gardens, dating from the Heian period of the ninth to twefth centuries (and hence ultimately Chinese in origin), similarly emphasize the orderly arrangement of trees and shrubs, open space, and streams and ponds. The trees have been continuously bred and pruned to resemble those of the tropical savana in height and crown shape. The dimensions are so close as to make it seem that some unconscious force has been at work to turn Asiatic pines and other northen species into African acácias.
I will Grant at once the strangeness of the comparison and the possibility that the convergence is merely a large coincidence. It i salso true that individuals often yearn to retain the dominant and sometimes peculiar qualities of the environment in which they were raised. But entertain for a while longer the idea that the landscape architects and gardeners, and we who enjoy their creations without special instruction or persusasion, are responding to a deep genetic memory of mankind's optimal environment. That given a completely free choice, people gravitate statistically toward a savana-like environment. The theory accommodates a great many seemingly disconnected facts from other parts of the world."

WILSON, Edward, *Biophilia* (1984), pg: 109; 110-112

Anexo III
doença mental e criatividade

Embora não seja dado como facto, existem diversos dados que estabelecem uma ligação entre pessoas que sofrem de doenças mentais e criatividade. De pintores a escritores e tudo entre eles, não é possível negar que existe uma ligação. A explicação mais provável é a que a Arte é uma forma de expressão, e uma pessoa que passa por momentos atribulades, necessidade de se expressar de qualquer maneira, de modo a "expulsar os seus demónios".

O filósofo Friedrich Nietzsche, sofria de demência*, o pintor Louis Wain desenvolveu esquizofrenia**, o próprio Vincent van Gogh passou algum tempo em instituições psiquiátricas, sendo hoje pensado que sofria de doença bipolar***. No entanto, a psicopatologia que aparenta ser mais presente no ramo artístico, é a depressão, mais comum em músicos como Chris Cornell, Chester Bennington, entre outros mais recentes. Ainda no ramo da música é pensado que o grande Ludwig van Beethoven sofria também de doença bipolar****.

Mesmo sem sofrerem em primeira mão, muitos artistas tomaram proveito do tema de psicopatologias para marcarem os seus argumentos, sendo o mais conhecido A *Metamorfose* (1915), de Franz Kafka, em que é acreditado que o autor demonstra o desenvolvimento de depressão clínica em Gregor através da sua transformção em uma barata e a subsequente reação da família a este monstro que tomou conta do seu corpo*****. Cá em portugal temos o caso fatídico de Florbela Espanca, que sofria de neurastenia******, que a levou a desenvolver uma verdadeira depressão, refletida nos seus poemas; também na poesia portuguesa temos Fernando Pessoa e os seus heterónimos, acreditado que tenha sofrido de doença bipolar e personalidade esquizóide*******.

---

* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18575181

** https://www.dailyartmagazine.com/artists-who-suffered-mental-illness/

*** https://en.wikipedia.org/wiki/Health_of_Vincent_van_Gogh

**** https://en.wikipedia.org/wiki/Creativity_and_mental_illness

***** https://owlcation.com/humanities/Franz-Kafkas-The-Metamorphosis-Gregors-Mental-Illness-and-the-Prejudice-of-His-Depression

****** http://www.citi.pt/cultura/literatura/poesia/florbela_espanca/doenca.html

******* http://gilvanalmeida.blogspot.com/2012/06/sobre-sanidade-mental-de-fernando.html

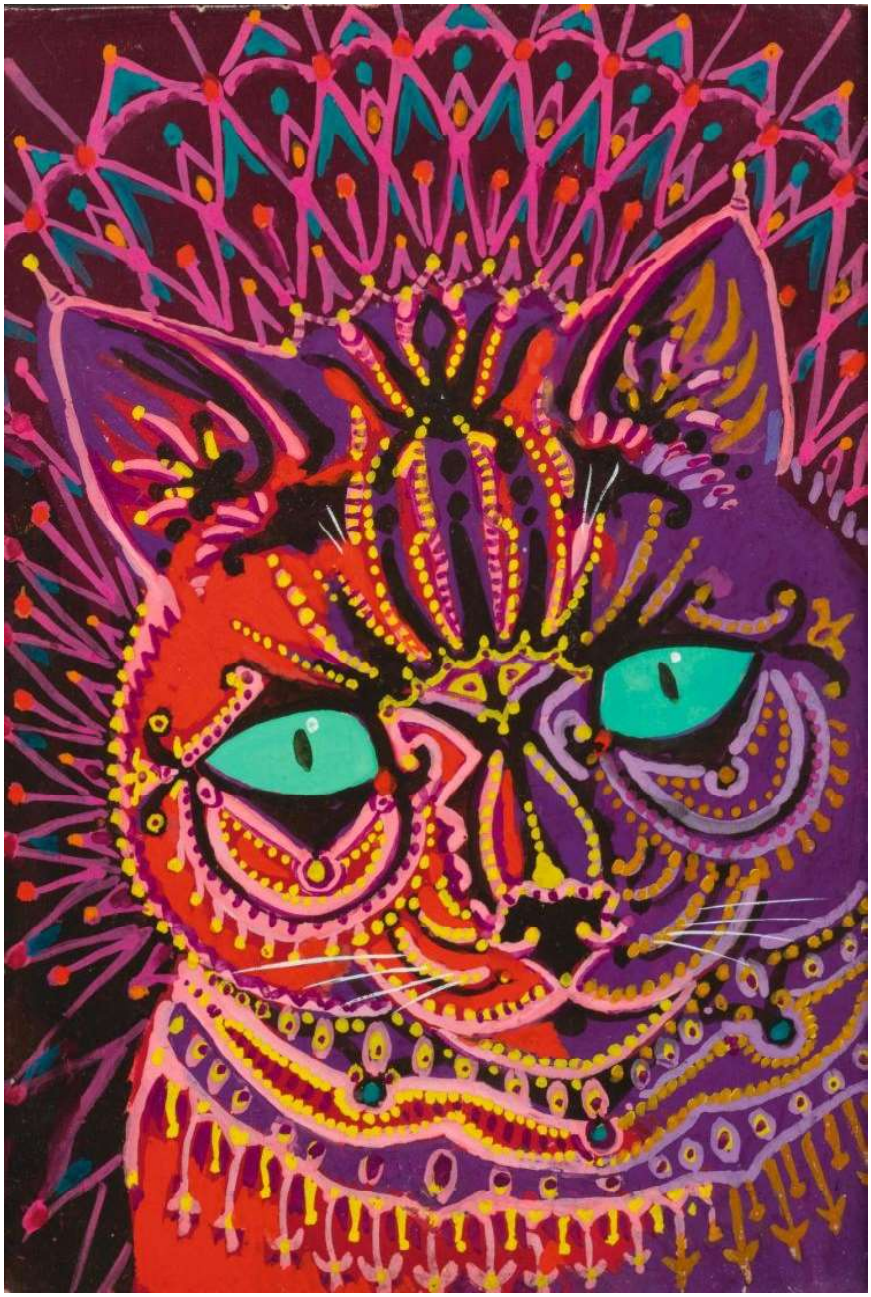


Fig.ii- Louis Wain. *Kaleidoscope Cat*, c.1930.
(https://image.invaluable.com/housePhotos/sothebys/82/599482/H0046-L109408865.jpg)

Quando Lucas Wain começou a abraçar a sua esquizofrenia, as suas obras mudaram radicalmente, de um aspeto mais realista, para um mais psicadélico.



Fig.iii- Francisco de Goya. Witches in the Air, 1797
(https://uploads8.wikiart.org/images/francisco-goya/witches-in-the-air-1798.jpg)

Durante a sua doença, Goya sofia de diversas alucinações e diversos problemas mentais, usando a pintura para expressar a sua melancolia para com o mundo atormentado pelas guerras*.

* https://www.dailyartmagazine.com/artists-who-suffered-mental-illness/

Eu, Florbela Espanca

Eu sou a que no mundo anda perdida,

Eu sou a que na vida não tem norte,

Sou a irmã do Sonho,e desta sorte

Sou a crucificada … a dolorida …

Sombra de névoa tênue e esvaecida,

E que o destino amargo, triste e forte,

Impele brutalmente para a morte!

Alma de luto sempre incompreendida!…

Sou aquela que passa e ninguém vê…

Sou a que chamam triste sem o ser…

Sou a que chora sem saber porquê…

Sou talvez a visão que Alguém sonhou,

Alguém que veio ao mundo pra me ver,

E que nunca na vida me encontrou!



Fig.iv- Florbela Espanca
(https://www.escritas.org/autores/florbela-espanca.jpg)

Anexo IV
visitas ao serviço de psiquiatria de portalegre e hospital júlio de matos

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portalegre

No dia 12 de Abril de 2019, foi efetuada uma visita ao Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portalegre. Devido à impossibilidade de tirar fotografias do Serviço, foram feitas umas representações digitais dos ambientes da enfermaria, feitas a partir de memória, pelo que as imagens presentes nas próximas páginas, poderão não corresponder inteiramente à realidade.

O edifício referente ao Serviço de Psiquiatria encontra-se deslocado do corpo principal do Hospital, afastado da entrada principal, mas acessível por uma entrada secundária, lateral. O Serviço desenvolve-se em dois paralelepípedos, um para a Consulta e outro para o Internamento, interligados pela receção.

Todo o edifício apresenta um aspeto desatualizado e impróprio para a idade contemporânea, provavelmente desenhado por volta dos anos '70/'80. Todo o interior é composto por paredes rebocadas com um branco já sujo e medonho, chão escuro e portas de madeira velha.

A Consulta era composta por 3 consultórios clínicos, uma sala de reunião, duas casas de banho, uma para funcionários e outra para pacientes, uma sala comum e uma sala de terapia. Todos estes espaços continham mobília velha e janelas a meia altura cobertas de estores, impossibilitando a vista do exterior.

O corpo do Internamento é composto por duas enfermarias, casa de banho, sala de terapia e uma abertura do corredor que funcionava como sala comum; neste espaço estavam os pacientes, com um ar verdadeiramente melancólico, pois todo este espaço era demasiado sombrio e desagradavel para a sua função. O Internamento desenvolve-se por uma corredor claustrofóbico, de tetos baixos e forte iluminação artificial. Do lado direito, estão as enfermarias e a sala de terapia, do lado esquerda as casas de banho e os arrumos, tal como a "sala comum". Aúnica fonte de iluminação natural, são as portas de vidro ao fundo do corredor. Só é possível aceder à ala de Internamento através de uma pesada porta de madeira, trancada à chave.

Infelizmente, a ala de Internamento apresentava um ambiente mais remetente daquele visto em filmes de "terror", do que aquele procurado pela pesquisa feita neste trabalho.



Fig.v- Corredor da ala de Internamento do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portalegre
Reencenação do autor

Um corredor não muito longo, mas verdadeiramente claustrofóbico, mostrava-se como a ala de Internamento. Paredes rebocadas, já gastas e cheias de pó, chão escuro e iluminação forte e desagradável, a única escapatória era a luz ao fim do corredor.

Numa abertura do corredor, estava a sala comum, com mesas e cadeiras velhas onde os pacientes se sentavam em frente a um televisor, cabisbaixos.

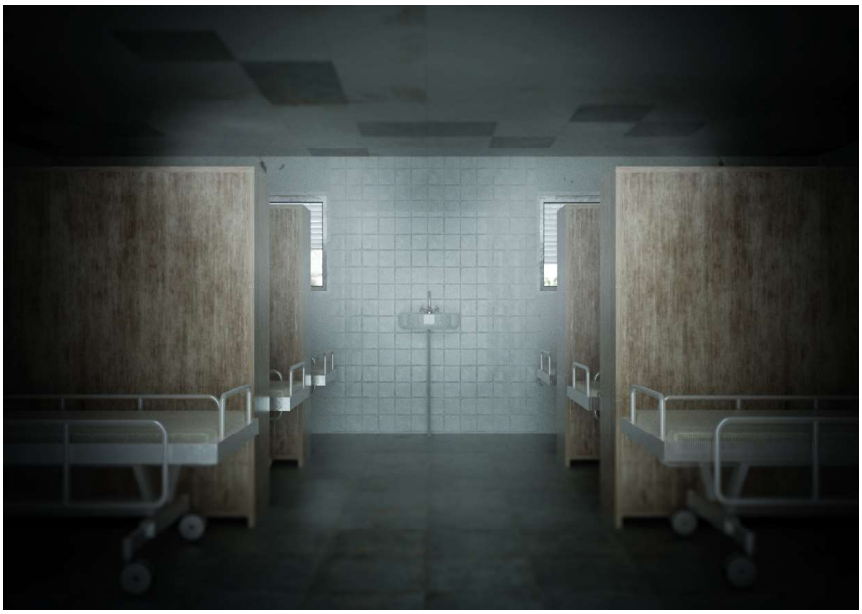


Fig.vi- Enfermaria da ala de Internamento do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portalegre
Reencenação do autor

Do lado direito do corredor, estavam duas Enfermarias, uma para Homens e outra para Mulheres, cada uma com capacidade para 6 macas. Como só é permitido ao Serviço albergar 11 pacientes, o número de macas entre as duas enfermarias varia conforme a maior afluência masculina ou feminina.

As divisórias entre as macas velhas, eram feitas através de móveis velhos de madeira escuro, servindo de apoio aos pacientes, mas dificultando a permeência da luz, vinda de dois vãos baixos, a meia altura, com persianas corridas. As macas eram divididas em duas filas de 3, separadas por um lavatório sujo.

Hospital Júlio de Matos

No culminar da Avenida de Roma, no coração de Lisboa, está o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, mais conhecido como Hospital Júlio de Matos.

Com uma geometria forte e simétrica e paredes pintadas de rosa, este centro pisquiátrico apresenta-se mais como um principado dentro da cidade de Lisboa, do que como mais um dos hospitais a que estamos habituados. Ao atravessar os portões da cerca exterior, temos a sensação que estamos a sair da cidade lisboeta e a entrar numa nova. Os vários edifícios estão dispostos numa planta simétrica de forma a se assemelhar mais a um bairro, ou um pequeno aldeamento, do que a uma barra horizontal e branca que são os hospitais a que estamos acostumados. Esta divisão entre os diversos pavilhões funcionais é estabelecida por meio de ruas e jardins, comparáveis àquelas observadas em localidades de menor dimensões. Por este jardim podemos observar os funcionários e os pacientes a vaguearem despreocupadamente, a acenarem bom-dia e a aproveitarem o calor do sol, os médicos a tomarem café numa esplanada a conversarem enquanto aproveitam um cigarro. Pelo meio das paredes cor-de-rosa e das altas árvores, ouvem-se umas aves a cantar.

As enfermarias dispões-se em volta de um pentágono, extendendo-se através um braço perpendicular aos lados da forma geométrica que circunda um pátio interior. Neste braço estão diversos quartos, perpendiculares ao corredor que se abre para os jardins exteriores e recebe a radiação solar. Quartos estes que são relativamente pequenos e comunitários, contando com 2 a 3 camas cada um, com uma alta janela na parede oposta à porta de entrada. Neste pavilhão, estão também duas salas de contenção: espaços pequenos, de paredes altas e rebocadas - não são almofadas, como deveriam ser hoje em dia -, com uma única cama e uma pequena, mas alta, janela virada para o pátio interior.

Num edifício separado, está o hospital de dia, onde se desenvolvem os serviços de terapia ocupacional, com as suas paredes cobertas de pinturas realizadas pelos pacientes.

No seu todo, o Hospital Júlio de Matos dispõe um ambiente bastante agradável, para alguém externo ao serviço e, até os funcionários que já lá estão há bastantes anos, apresentam todos um grande sorriso na cara, contentes com o seu trabalho.

Dum ponto vista arquitetónico, a construção encontra-se desatualizada, a sua organização simétrica e edifícios praticamente todos iguais, não facilitam a orientação dos pacientes e de pessoas estranhas ao serviço, no entanto, tem uma grande margem de atualização para se poder assemelhar mais aos objetivos contemporâneos.

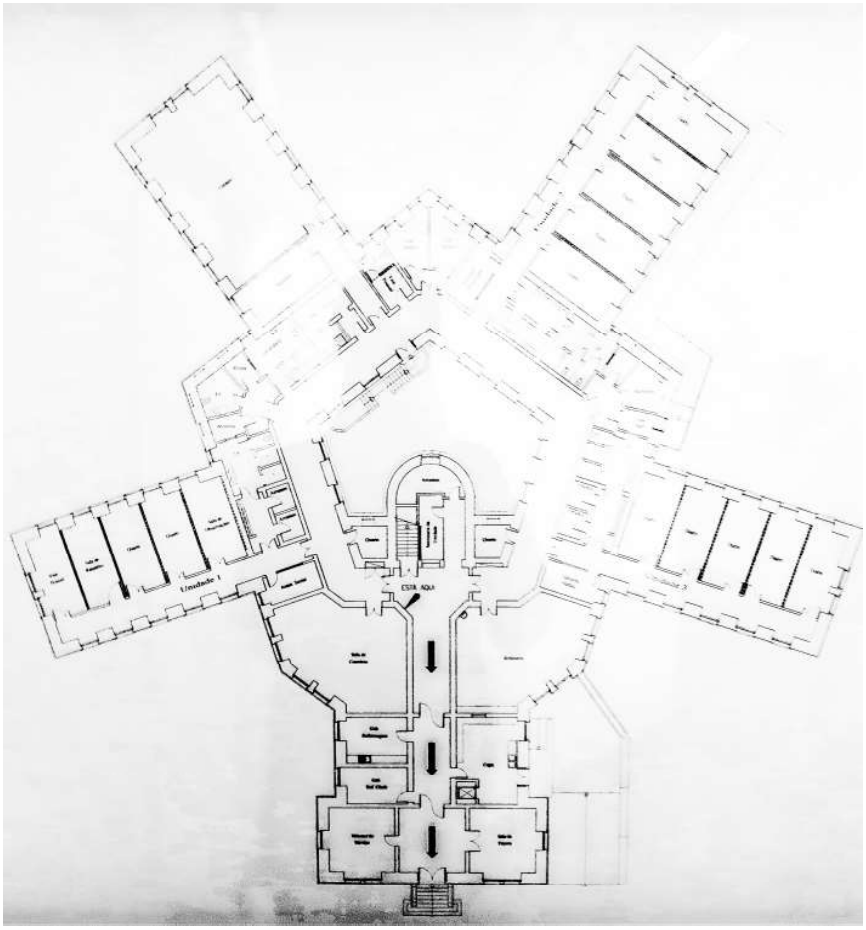


Fig.vii- Planta de emergência de um dos pavilhões de internamento
fotografia e edição do autor



Fig.viii- Enfermaria da ala de Internamento do Hospital Júlio de Matos - quarto de 3 camas
fotografia do autor



Fig.ix- Enfermaria da ala de Internamento do Hospital Júlio de Matos - quarto de 2 camas
fotografia do autor



Fig.x- Enfermaria da ala de Internamento do Hospital Júlio de Matos - corredor
fotografia do autor



Fig.xi- Consuktório de psiquiatria
fotografia do autor

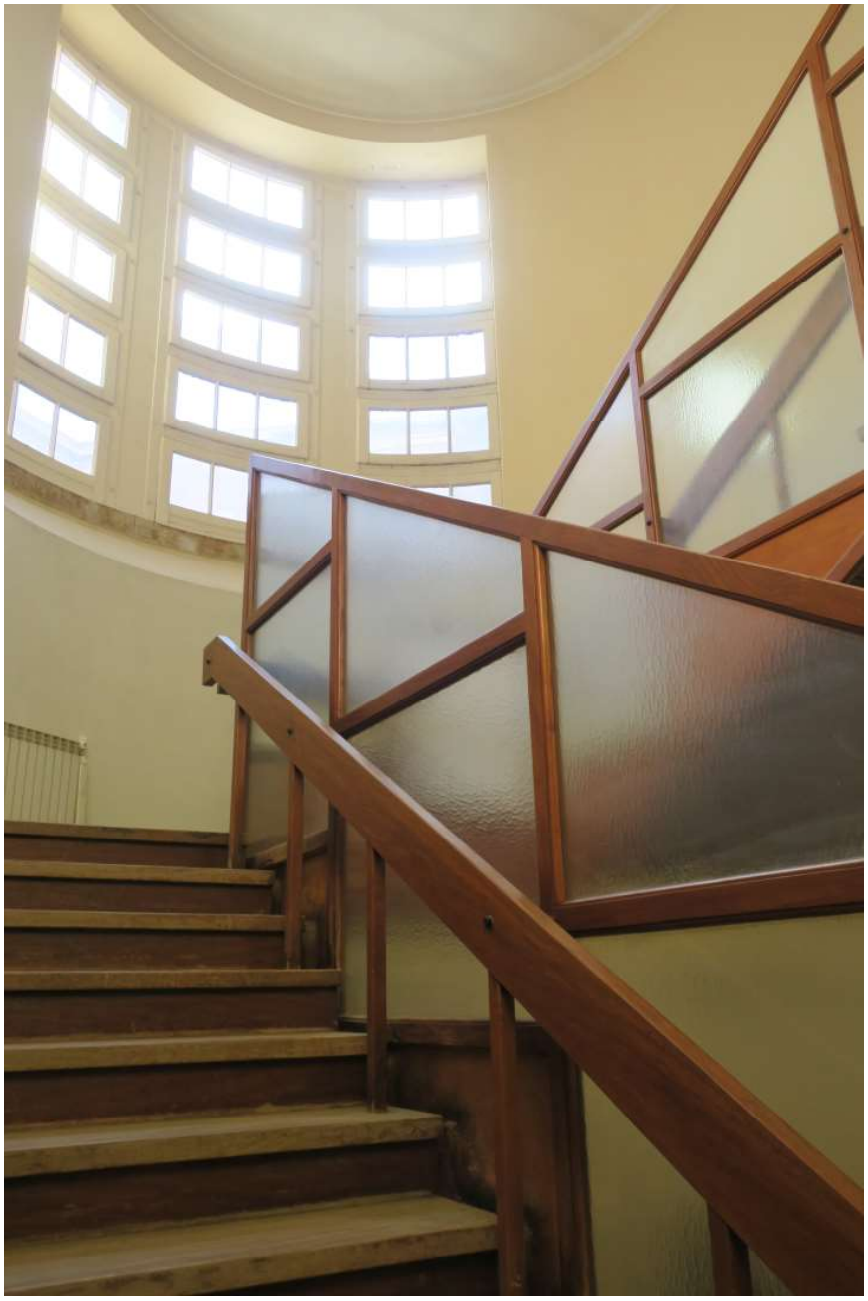


Fig.xii- Escadas da enfermaria
fotografia do autor



Fig.xiii- Corredor da enfermaria
fotografia do autor



Fig.xiv- Vista do corredor do hospital de dia
fotografia do autor



Fig.xv- Sala comum do hospital de dia
fotografia do autor



Fig.xvi- Corredor com cacifos para os pacientes do hospital de dia
fotografia do autor

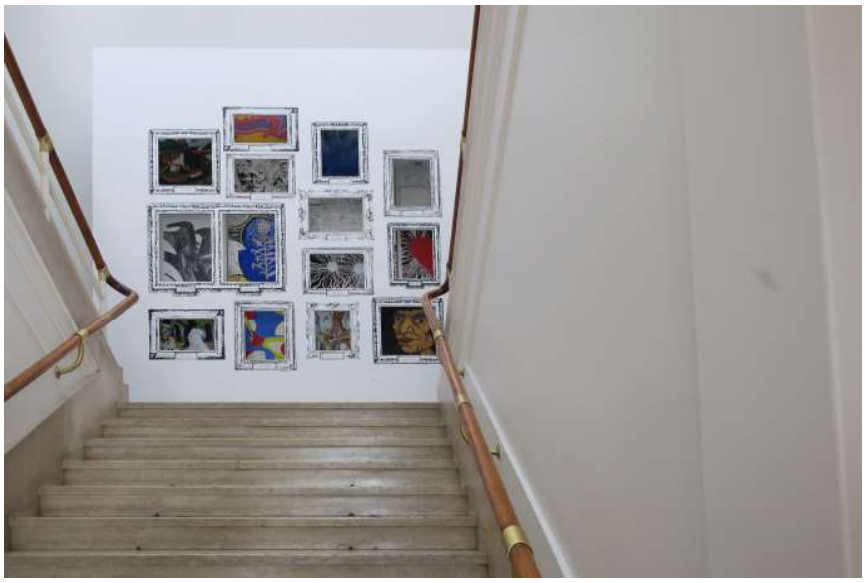


Fig.xvii- Escadaria principal do bloco nobre
fotografia do autor



Fig.xviii- Instalação no jardim - *Neurótico*
fotografia do autor



Fig.xix- Instalação no jardim - *Sonhador*
fotografia do autor

Anexo V
regionalismo crítico

Ao longo deste trabalho é reforçada a ideia da identidade e herança cultural como padrões para seguir num projeto que pretende abrigar pessoas com psicopatologias, nomeadamente o uso da lógica de construção de espaços e da utilização de materiais tradicionais. Para além da identidade cultural, é ainda referida a importância de uma verdadeira arquitetura orgânica para benefício do novo edificado. Ambas estas ideias vão em encontro com o conceito de Regionalismo Crítico.

O Regionalismo Crítico é uma nova forma de pensar a arquitetura regionalista que pretende criticar a arquitetura moderna e o Estilo Internacional, devido à sua falta de identidade* e carácter quase mecânico, comercial e descartável. Embora o termo "Regionalismo Crítico", tenha sido criado por Alexander Tzonis e Liane Lefaivre**, foi globalizado por Kenneth Frampton em obras como Towards a critical regionalismo: six points for na architecture of resistence; aqui o termo Regionalismo Crítico, é usado de forma diferente daquele criado por Tzonis e Lefaivre. Este conceito pretende trazer uma nova abordagem ao regionalismo, em vez de uma construção regionalista que se baseie puramente na arquitetura vernacular correspondente ao local, esta deverá tomar os fundamentos da arquitetura vernacular como inspiração e não como regra; o fator que torna este Regionalismo verdadeiramente Crítico é, que, esta arquitetura deverá encontrar um meio termo entre a arquitetura moderna e a arquitetura regionalista, ao aproveitar os métodos e evoluções construtivas da época contemporânea, conjugados com os ideais vernaculares.

* https://www.quora.com/What-is-Critical-Regionalism-in-architecture-And-what-are-some-examples-of-its-application

** https://en.wikipedia.org/wiki/Critical_regionalism



Fig.xx- Câmara Municipal de Säynätsalo, Alvar Aalto
(https://images.adsttc.com/media/images/56e0/651b/e58e/ceb7/a000/008f/newsletter/15793979165_58c2be7235_o.jpg?1457546516)

Um exemplo de uma obra de Regionalismo Crítico de um dos grandes arquitetos do século passado, é a Câmara Municipal de Säynätsalo (1949)[***], de Alvar Aalto. Aqui Aalto juntou a iconologia do pátio e da torre com os materiais tradicionais, como o tijolo e a madeira e uma sempre grande procupação da relação com a natureza e o local.

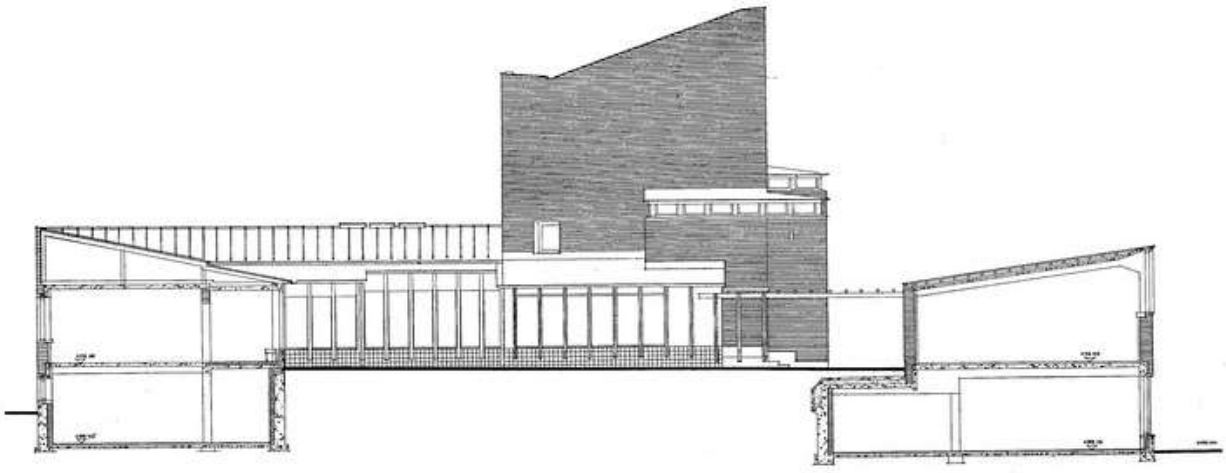


Fig.xxi- Câmara Municipal de Säynätsalo, Alvar Aalto, corte
(https://images.adsttc.com/media/images/56de/411c/e58e/ce68/3d00/00a0/newsletter/Section.jpg?1457406230)

*** https://www.archdaily.com.br/br/877675/classicos-da-arquitetura-camara-municipal-de-saynatsalo-alvar-aalto

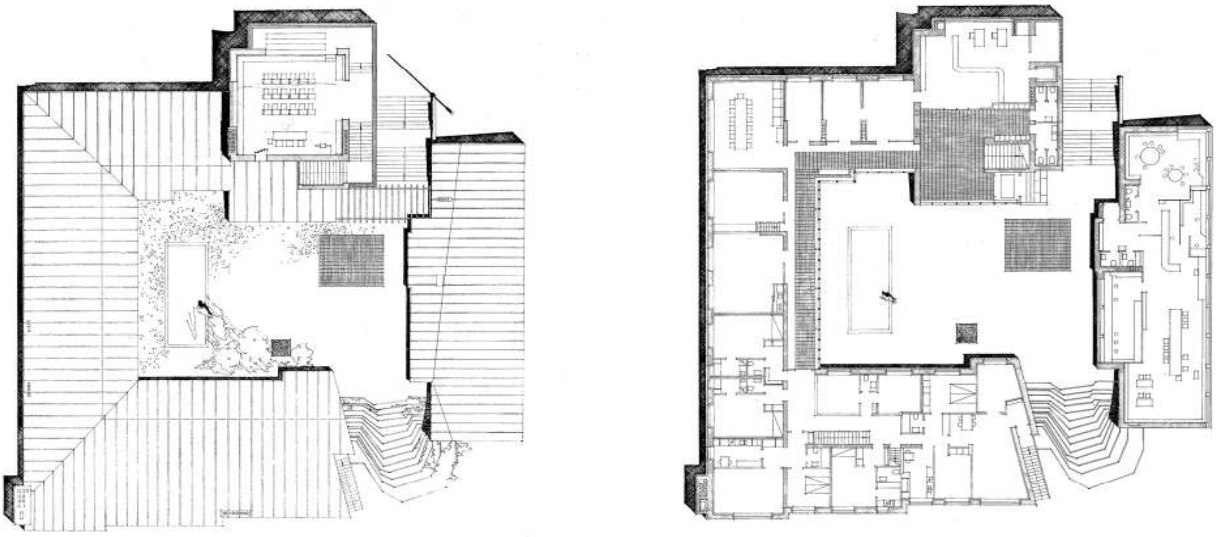


Fig.xxii- Câmara Municipal de Säynätsalo, Alvar Aalto, plantas
(https://images.adsttc.com/media/images/56de/40fc/e58e/ce68/3d00/009f/large_jpg/Plans.jpg?1457406194)

Nos tempos contemporâneos podemos realçar Tadao Ando como um grande impulsionador do Regionalismo Crítico, ao apropriar os ideais da cultura e tradição japonesa, com as técnicas de construção contemporâneas. Um grande exemplo é o Templo da Água. Aqui, Tadao Ando introduz os ideais budistas, com séculos de existência, numa nova geometria e construção, ao usar a forma circular e o betão. No entanto, os jogos de luz e a ligação com a natureza fazem com que esta obra não se afaste muito dos típicos templos em madeira[****]

**** https://tadaoandoandcriticalregionalism.wordpress.com/



Fig.xxiii- Templo da Água, Tadao Ando-1
(https://i.pinimg.com/originals/6b/6f/86/6b6f86d00cbc8d1155f3c80dd67e0cc1.jpg)



Fig.xxiv- Templo da Água, Tadao Ando-2
(https://tadaoandoandcriticalregionalism.files.wordpress.com/2013/05/water-temple-shingonshu-honpukuji-tadao-ando-21.jpg)

Anexo VI
fotografias do local de intervenção

Intervenção arquitetónica



Fig.xxv- Vista da Travessa João Rosa
fotografia do autor



Fig.xxvi- Rua Diana de Liz - sentido poente
fotografia do autor



Fig.xxvii- Rua Diana de Liz - sentido nascente
fotografia do autor



Fig.xxviii- Interior do terreno - edifício da Terapia Ocupacional e Hospital de Dia, fachada poente
fotografia do autor



Fig.xxix- Interior do terreno - detalhe do edifício da Terapia Ocupacional e Hospital de Dia
fotografia do autor



Fig.xxx- Interior do terreno - sentido nascente
fotografia do autor



Fig.xxxi- Interior do terreno - fachada norte do edifício da Clínica, sentido nascente
fotografia do autor



Fig.xxxii- Interior do terreno - fachada norte do edifício da Clínica
fotografia do autor



Fig.xxxiii- Fachada sul do edifício da Clínica, vista da Rua Engenheiro Tomás Silva
fotografia do autor



Fig.xxxiv- Troço da fachada sul do edifício da clínica, vista da Rua do Iroma
fotografia do autor

Intervenção urbana



Fig.xxxv- Parque em frente à Ermida de S. Brás - 1
fotografia do autor



Fig.xxxvi- Parque em frente à Ermida de S. Brás - 2
fotografia do autor



Fig.xxxvii- Rossio de S. Brás - 1
fotografia do autor



Fig.xxxviii- Rossio de S. Brás - 2
fotografia do autor



Fig.xxxix- Rossio de S. Brás visto a partir do Jardim Público -1
fotografia do autor



Fig.xl- Rossio de S. Brás visto a partir do Jardim Público -2
fotografia do autor



Fig.xli- Terreno entre troço do IP2 - Travessa João Rosa - Rua Diana de Liz, adjacente ao Hotel D. Fernando
fotografia do autor



Fig.xlii-Travessa João Rosa
fotografia do autor



Fig.xliii- Muro na Rua Gil Vicente
fotografia do autor



Fig.xliv- Terreno a norte da Rua Diana de Liz, adjacente à Rua Gil Vicente - sentido norte
fotografia do autor



Fig.xlv- Terreno a norte da Rua Diana de Liz, adjacente à Rua Gil Vicente - sentido poente
fotografia do autor



Fig.xlvi- Troço do IP2
fotografia do autor



Fig.xlvii- Silo cerealífero visto a partir da Rua Fernanda Seno
fotografia do autor



Fig.xlviii- Silo e armazéns
fotografia do autor



Fig.xlix- Terreno entre a Rua do Iroma e Avenida Dr. Francisco Barahona - sentido norte
fotografia do autor



Fig.l- Vista da Avenida Dr. Francisco Barahona - sentido poente
fotografia do autor



Fig.li- Estação Ferroviária de Évora
fotografia do autor



Fig.lii- Silo cerealífero
fotografia do autor

Anexo VII
fragmentos de memórias

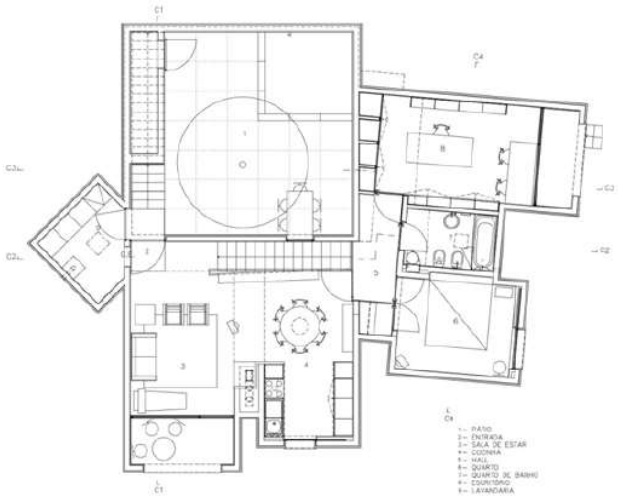
fragmentos de memória visual

Um breve percurso sobre referências arquitectónicas

Índice

01. Casa na Arrábida, Eduardo Souto Moura
02. Duas casas em Ponte de Lima, Eduardo Souto de Moura
03. Casa na Maia, Eduardo Souto de Moura
04. Conservatório do Bonfim (Braga), Eduardo Souto de Moura
05. Centro de Arte contemporânea de Bragança, Eduardo Souto de Moura
06. Edifício Zaida, Álvaro Siza Vieira
07. Faculdade de Ciências da Universidade de Lérida, Álvaro Siza Vieira
08. Residência 1014, H Arquitectes
09. Ampliação do Museu de Unterlinden, Herzog & De Meuron
10. VitraHaus, Herzog & De Meuron
11. Feunf Hofe (Munique), Herzog & De Meuron
12. Centro de Reabilitação (Basel), Herzog & De Meuron
13. Fundação Schlauger Laurenz, Herzog & De Meuron
14. Casa em Alenquer, Aires Mateus
15. Casa no Alentejo Litoral, Aires Mateus
16. Residências Alcácer do Sal, Aires Mateus
17. Centro escolar de Vila Nova da Barquinha, Aires Mateus
18. Centro de Reabilitação psiquiátrica de Hokkaido, Sou Fujimoto
19. Casa Moriyama, SANAA
20. Museu de arte contemporânea do séc. XXI, SANAA
21. Vivendas Seijo, SANAA
22. Didden Village, MVRDV
23. Hageneiland, MVRDV
24. Parque de Oficinas Unterföring, MVRDV
25. Maison à Dordogne, Lacaton & Vassal
26. Tucson Mountain House, Dust Architects
27. Vila Além, Valerio Olgiati
28. K-N Residence, Valerio Olgiati
29. Pavilhão para a Serpentine Gallery, Peter Zumthor
30. Casa de Ofir, Fernando Távora

eduardo souto de moura.





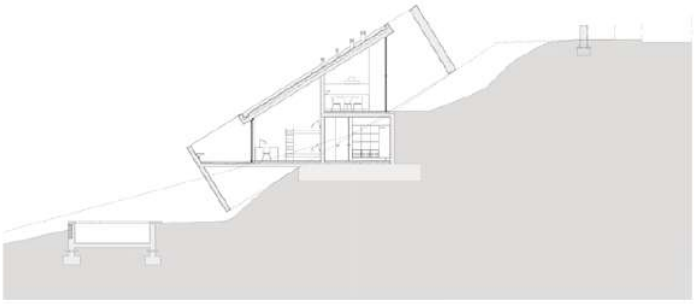


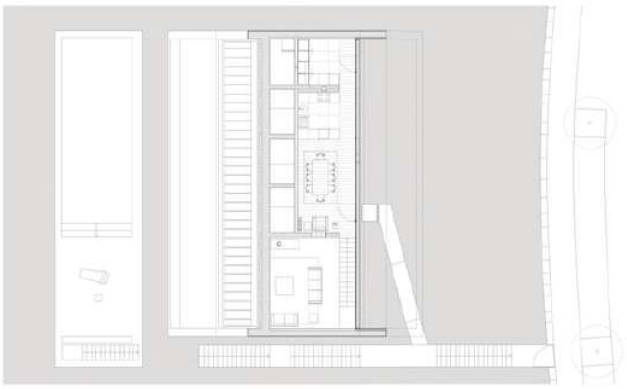




01. Casa na Arrábida, Eduardo Souto Moura









02. Duas casas em Ponte de Lima, Eduardo Souto de Moura



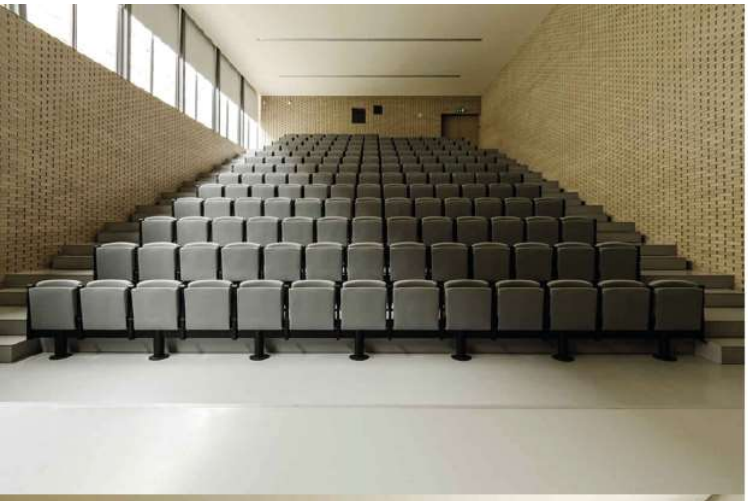








03. Casa na Maia, Eduardo Souto de Moura





04. Conservatório do Bonfim (Braga), Eduardo Souto de Moura





05. Centro de Arte contemporânea de Bragança, Eduardo Souto de Moura

álvaro siza vieira.



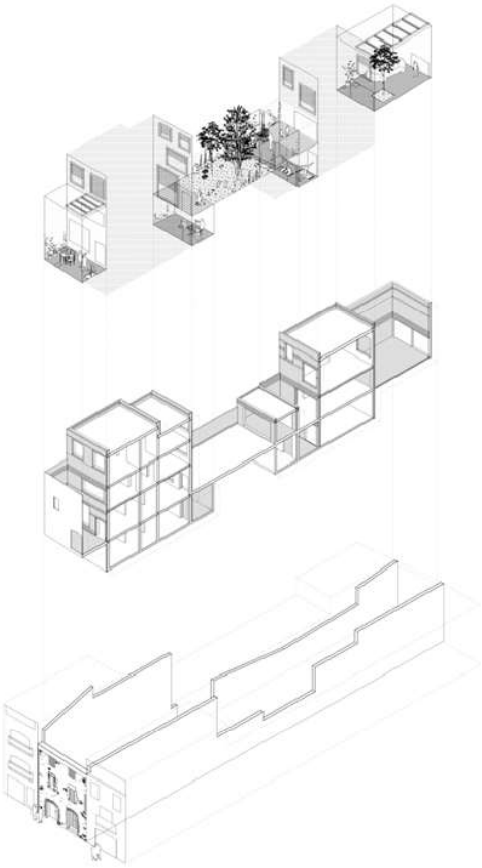


06. Edifício Zaida, Álvaro Siza Vieira



07. Faculdade de Ciências da Universidade de Lérida, Álvaro Siza Vieira

08. Residência 1014, H Arquitectes









h arquitectes.

herzog & de meuron.



09. Ampliação do Museu de Unterlinden, Herzog & De Meuron



10. VitraHaus, Herzog & De Meuron



11. Feunf Hofe (Munique), Herzog & De Meuron

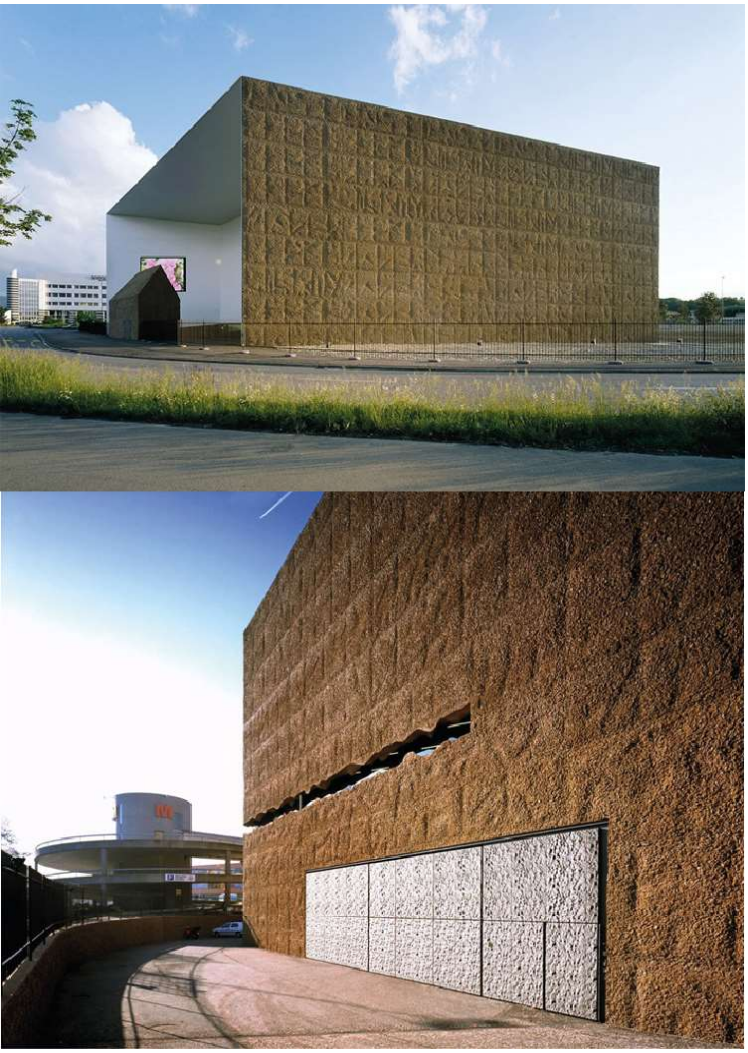






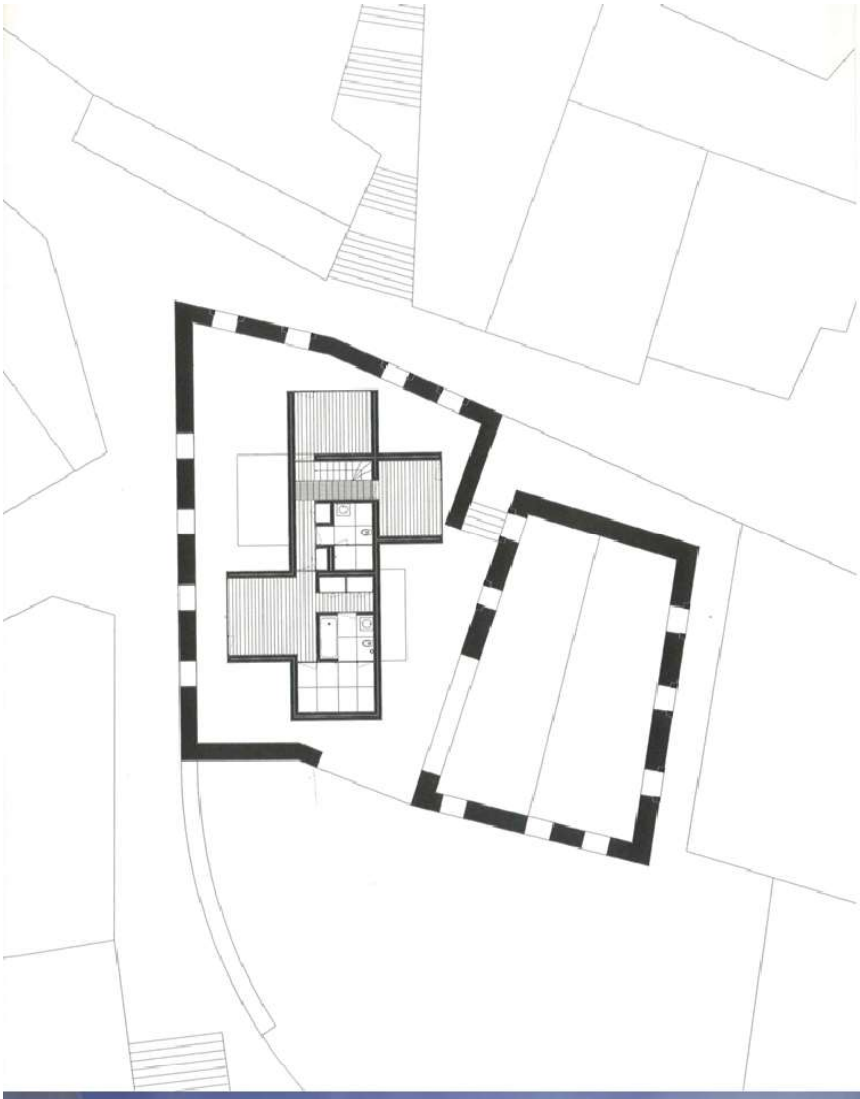


12. Centro de Reabilitação (Basel), Herzog & De Meuron



13. Fundação Schlauger Laurenz, Herzog & De Meuron

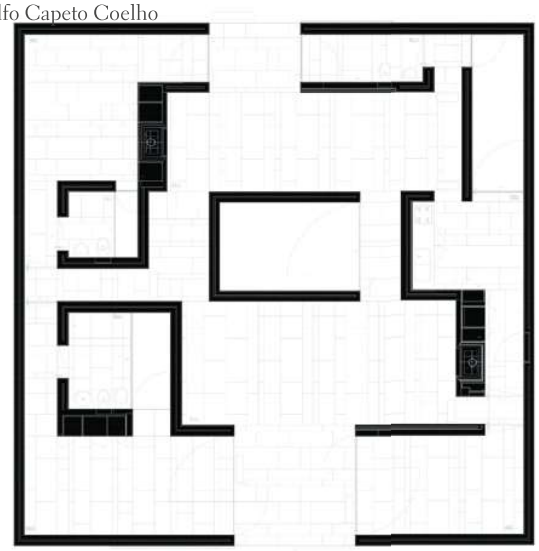
14. Casa em Alenquer, Aires Mateus

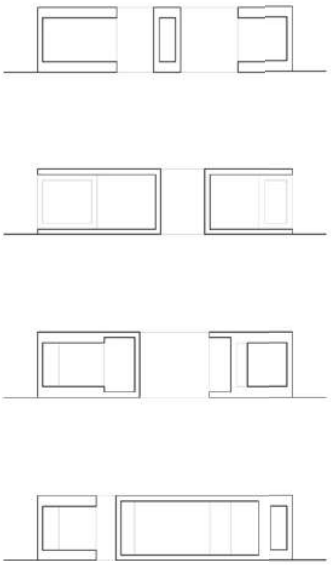




aires mateus.

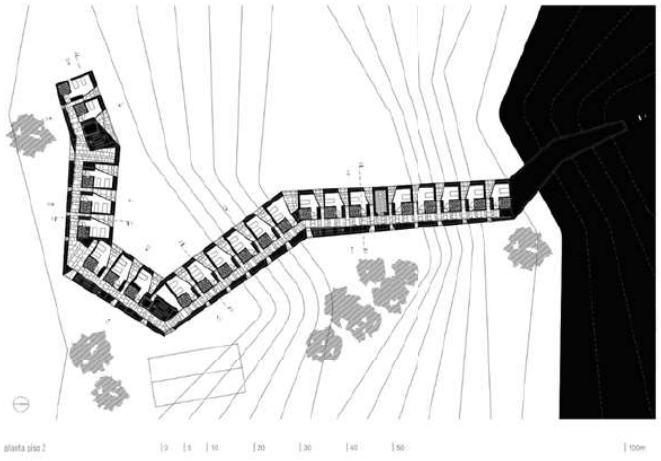






15. Casa no Alentejo Litoral, Aires Mateus



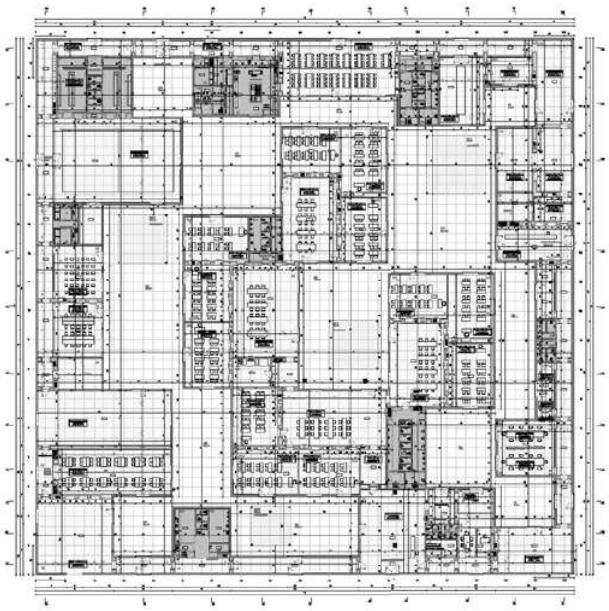






16. Residências Alcácer do Sal, Aires Mateus





17. Centro escolar de Vila Nova da Barquinha, Aires Mateus









18. Centro de Reabilitação psiquiátrica de Hokkaido, Sou Fujimoto

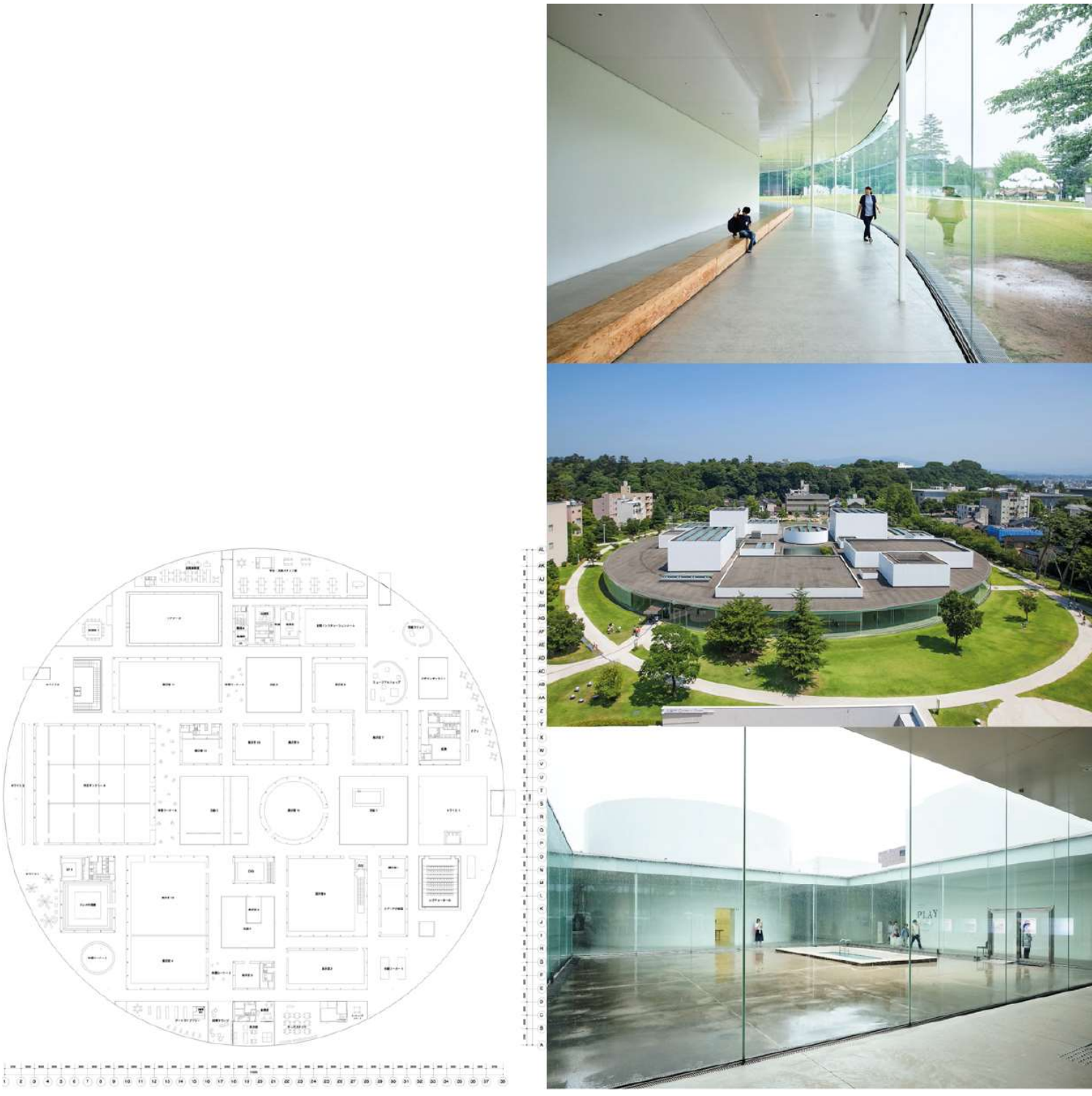
sou fujimoto.

sanaa.





19. Casa Moriyama, SANAA



20. Museu de arte contemporânea do séc. XXI, SANAA







21. Vivendas Seijo, SANAA

mvrdv.



22. Didden Village, MVRDV



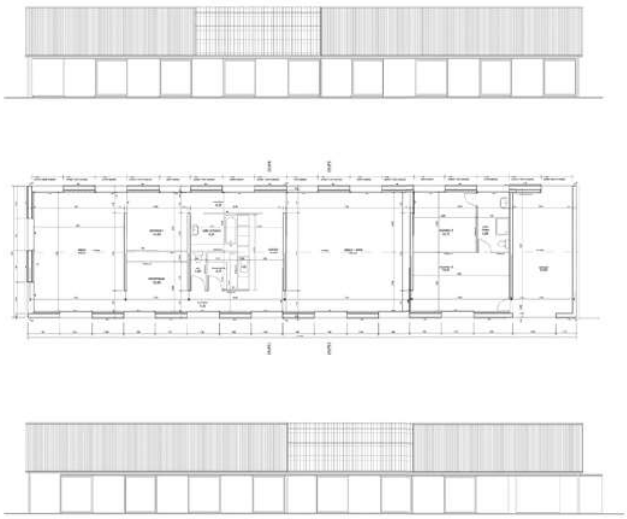
23. Hageneiland, MVRDV



24. Parque de Oficinas Unterföring, MVRDV

lacaton & vassal.



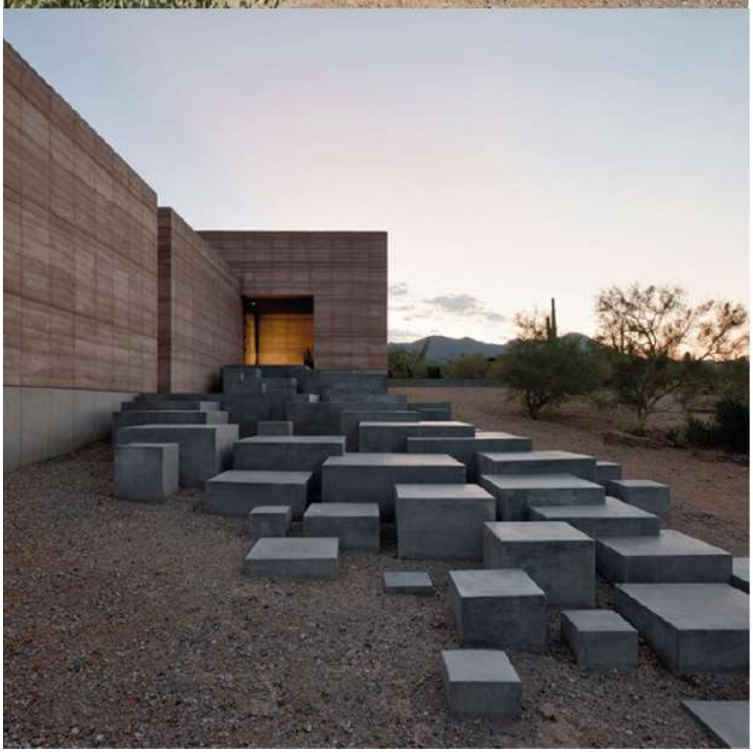


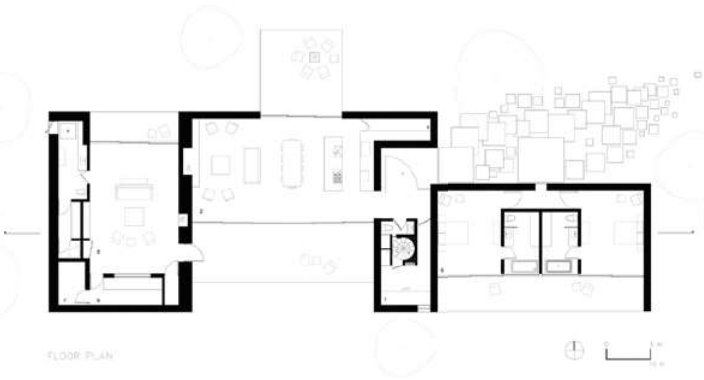
25. Maison à Dordogne, Lacaton & Vassal

dust architects.





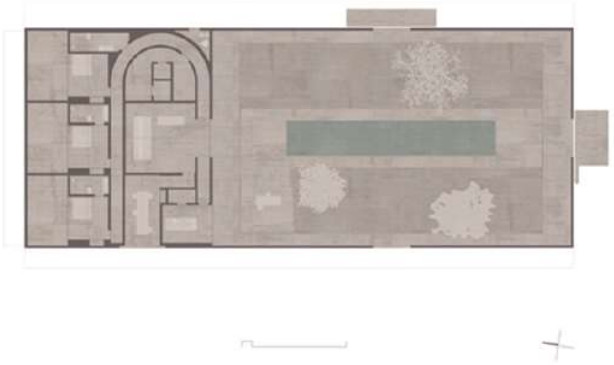




26. Tucson Mountain House, Dust Architects

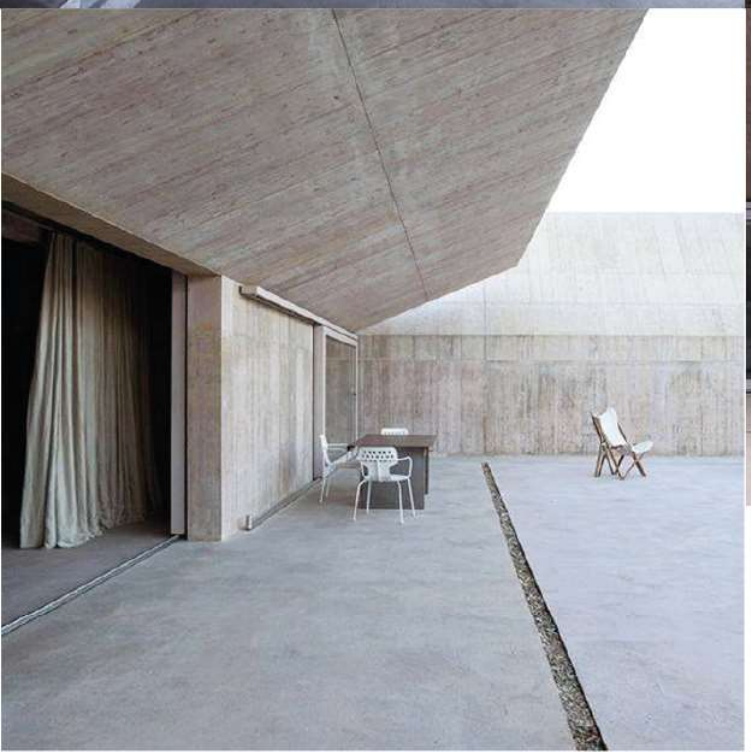
valerio olgiati.





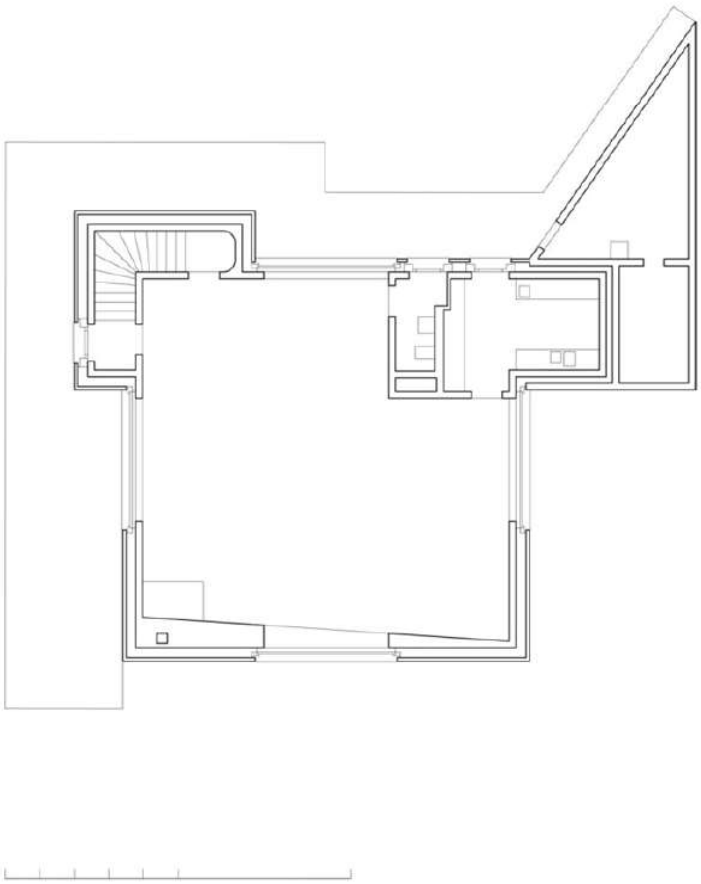








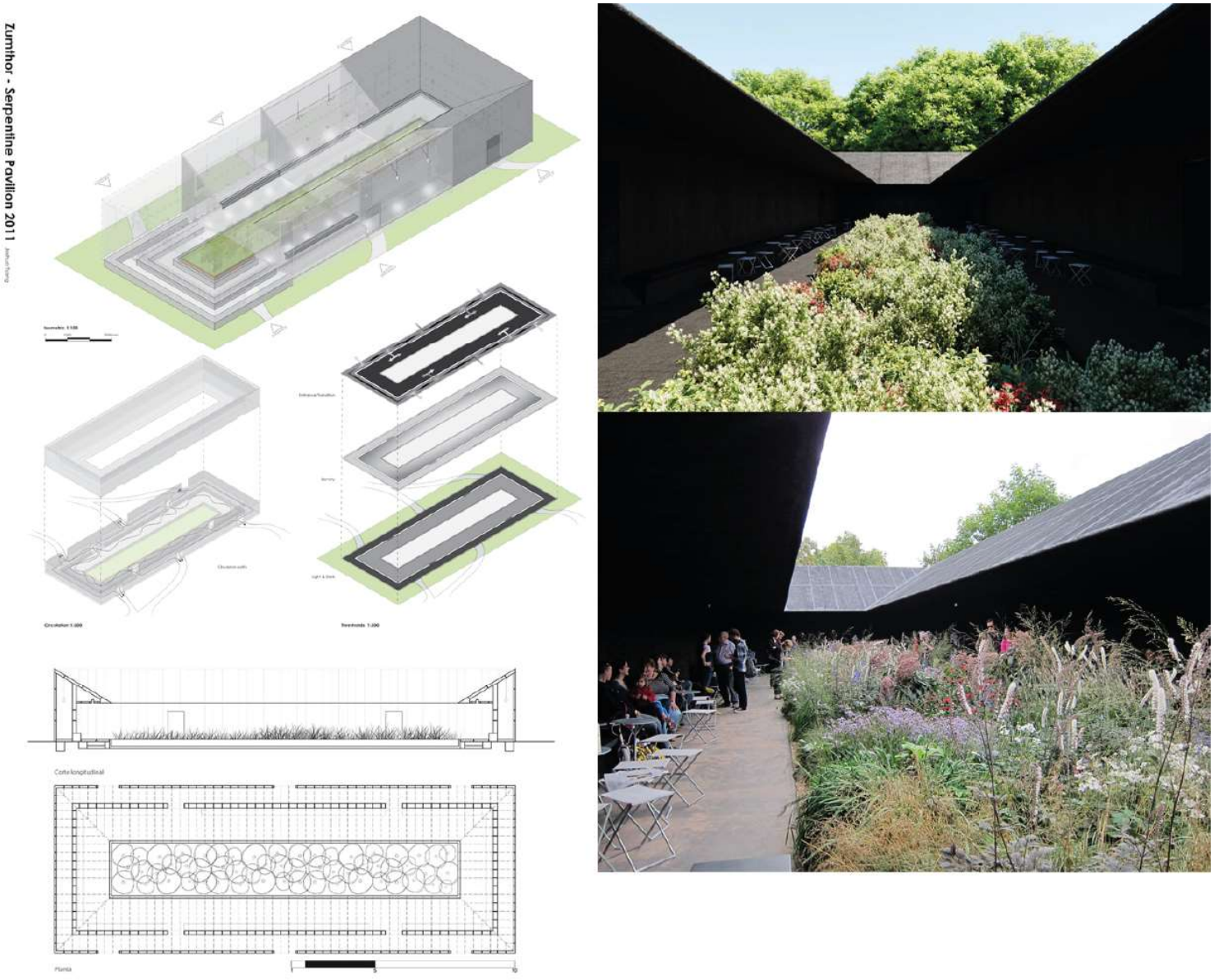
27. Vila Além, Valerio Olgiati



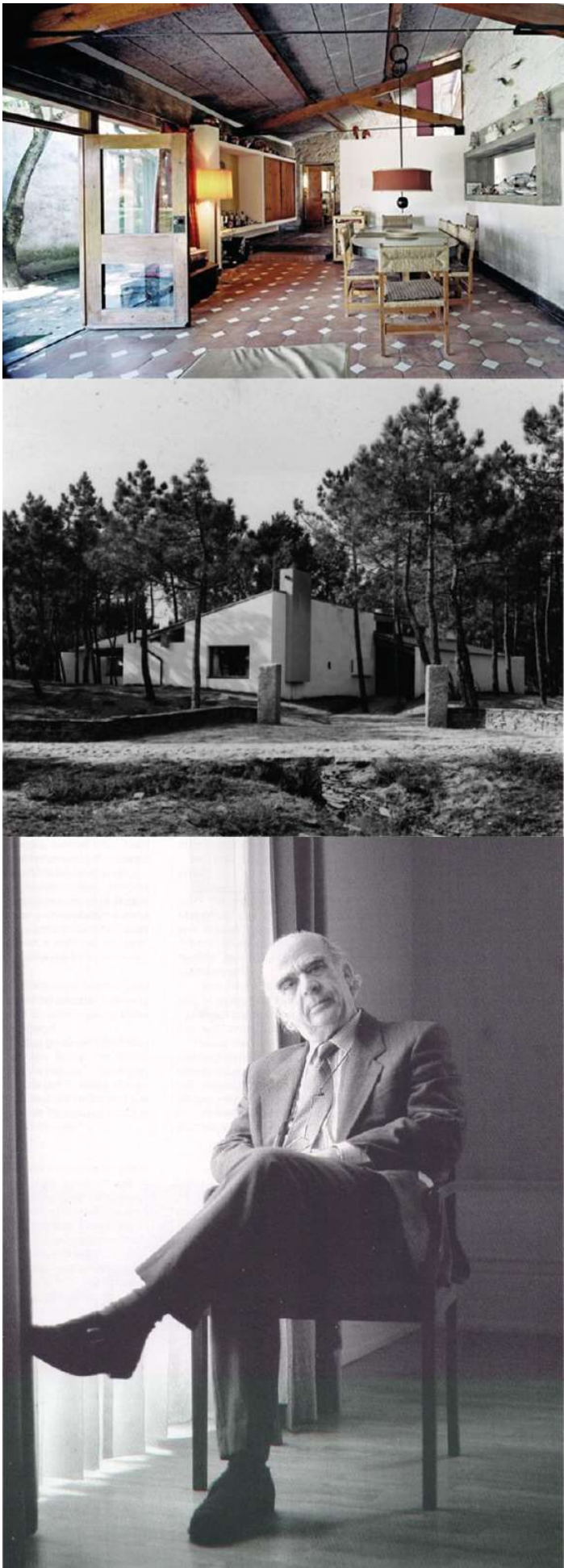


28. K-N Residence, Valerio Olgiati

peter zumthor.



29. Pavilhão para a Serpentine Gallery, Peter Zumthor



30. Casa de Ofir, Fernando Távora

fernando távora.

Anexo VIII
processo de trabalho

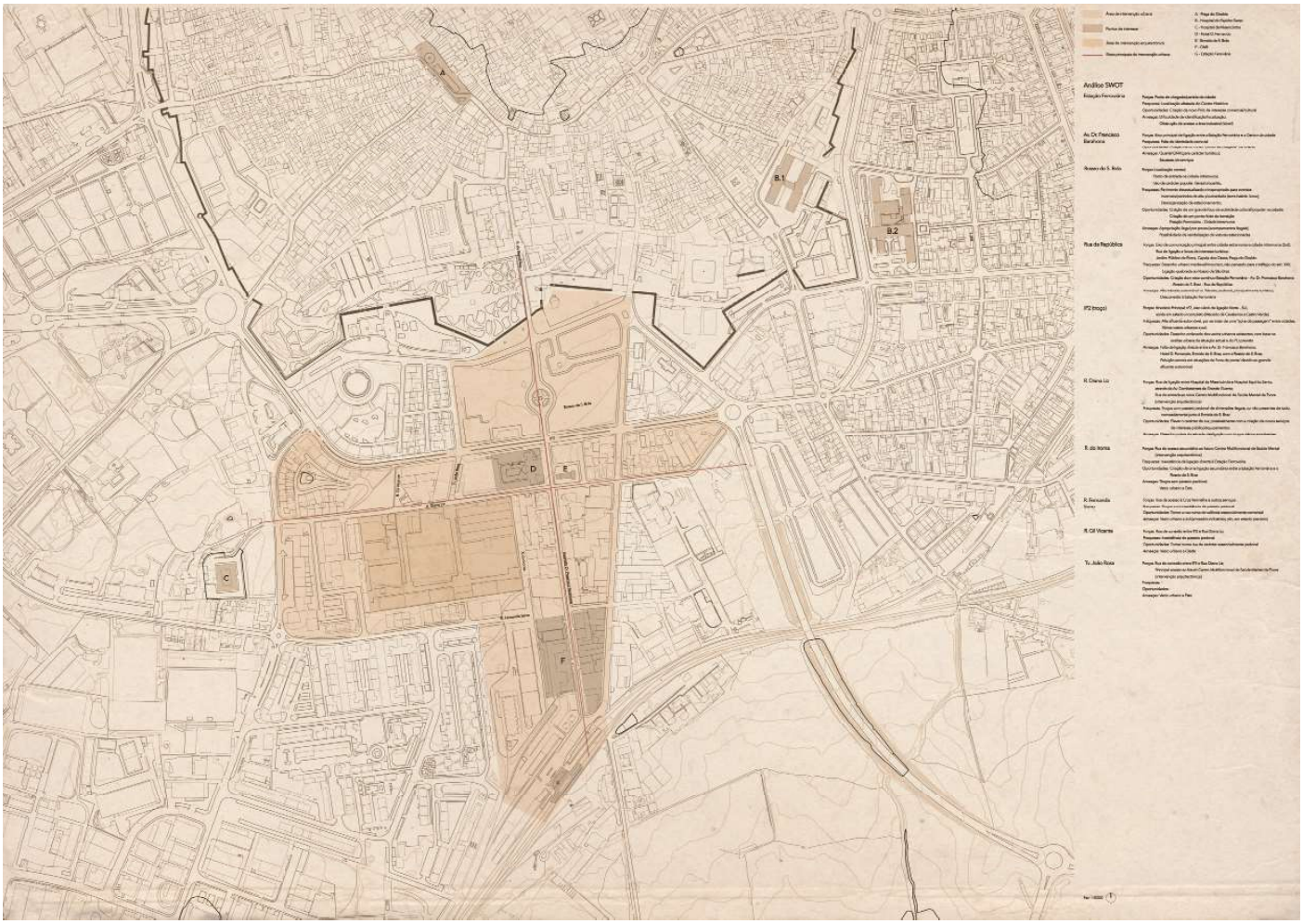


Fig.liii- Painel de análise urbana - 1



Fig.liv- Painel de análise urbana - 2

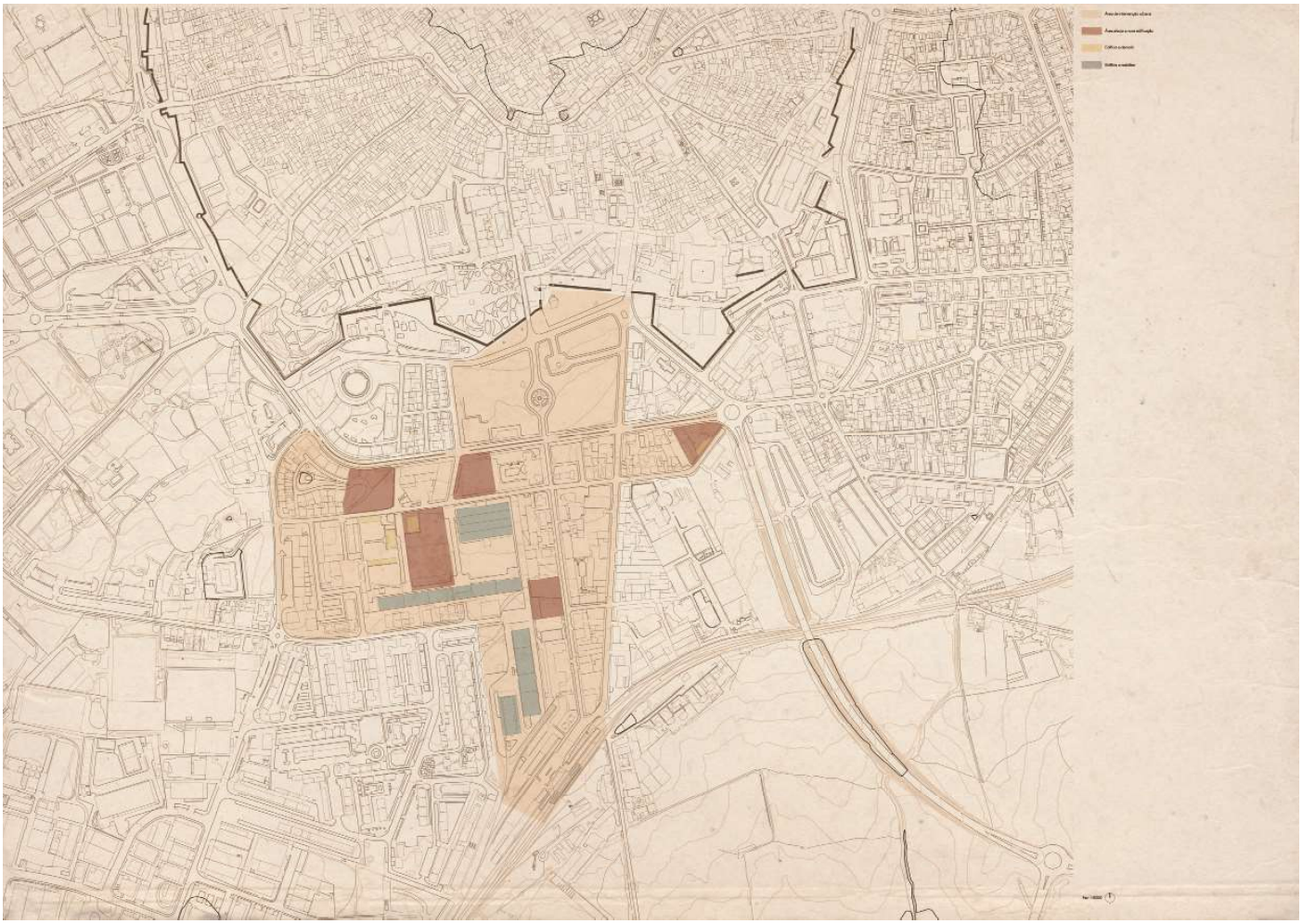


Fig.lv- Painel de análise urbana - 3



Fig.lvi- Painel de análise urbana - 4

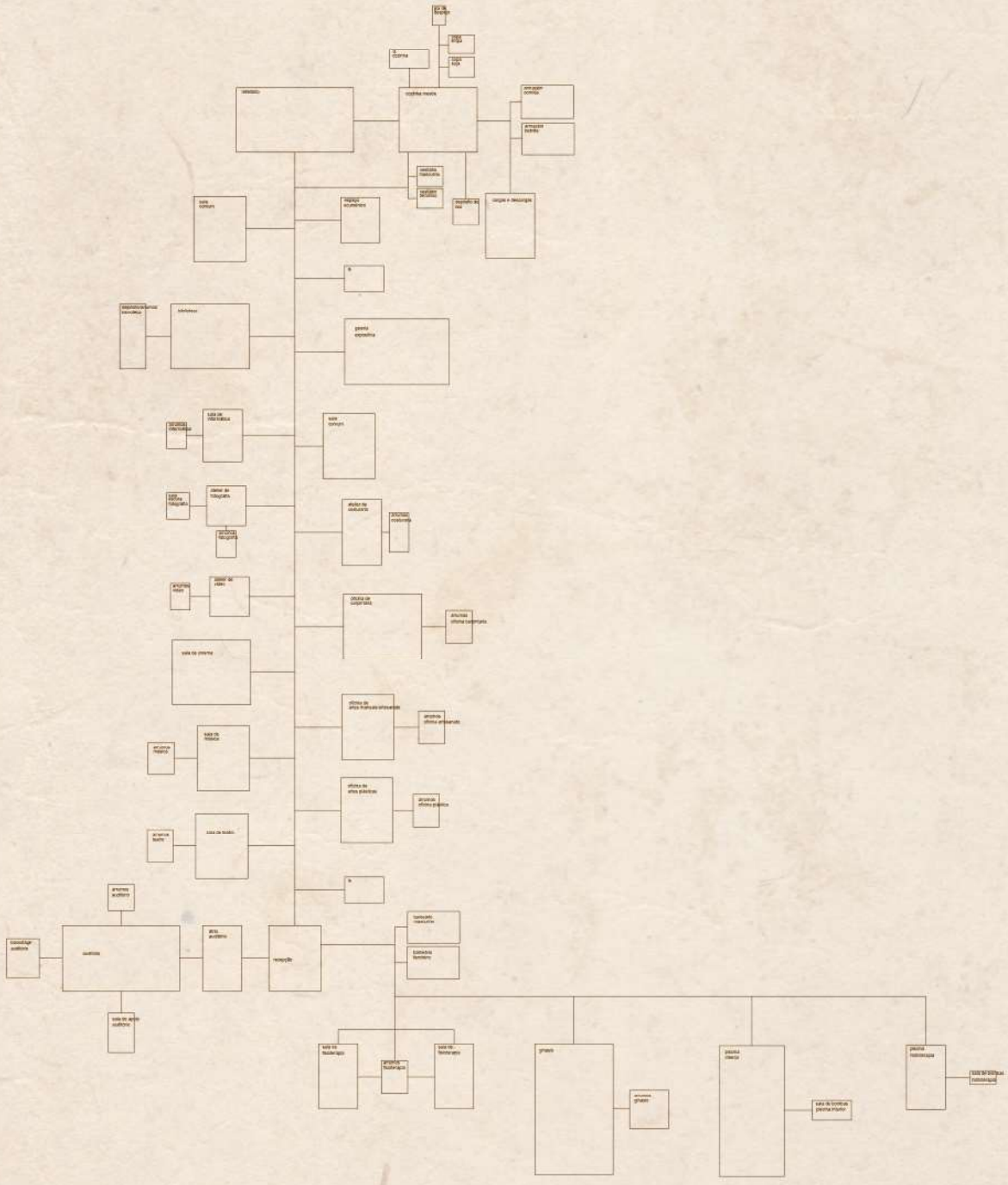


Fig.lvii- Organigrama funcional - 1

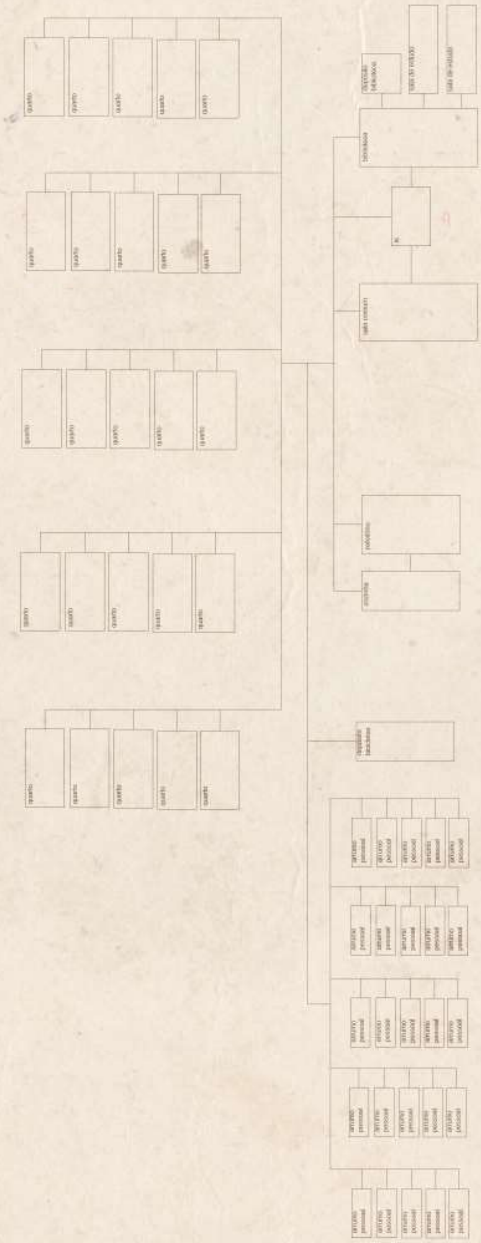


Fig.lviii- Organigrama funcional - 2

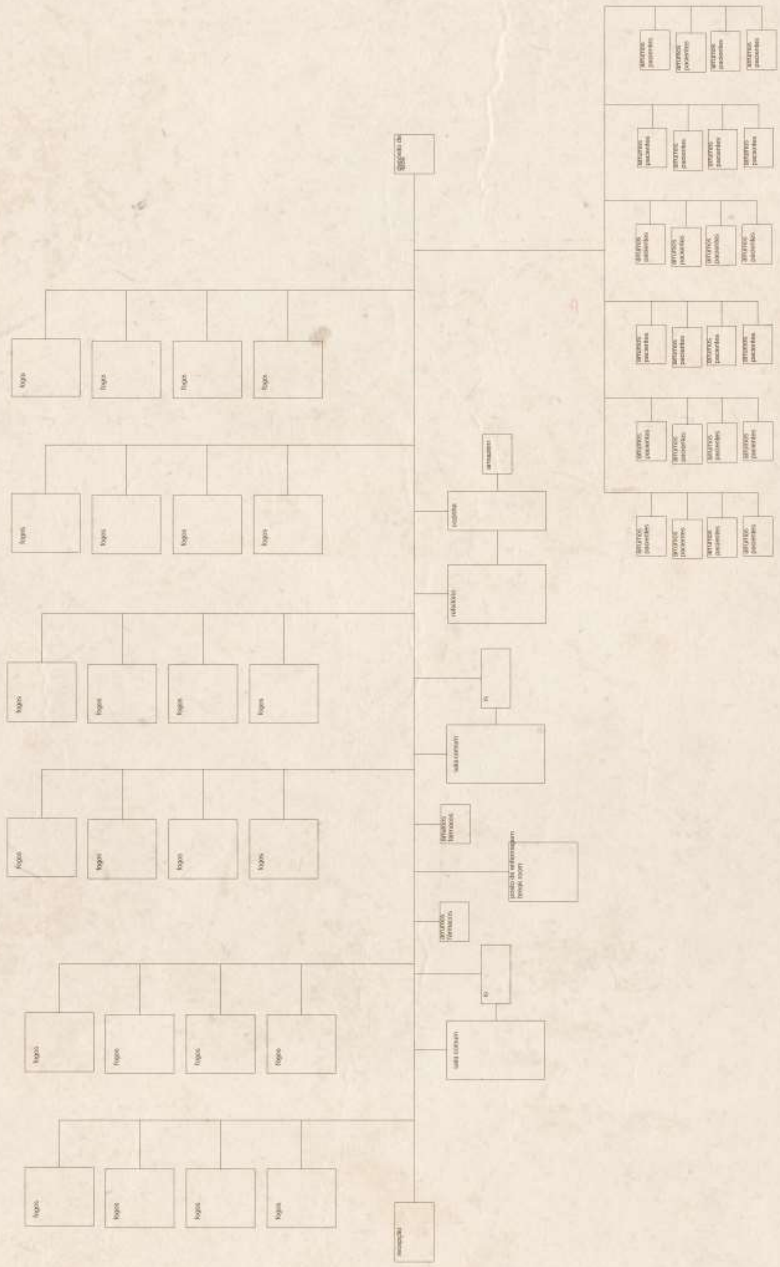


Fig.lix- Organigrama funcional - 3

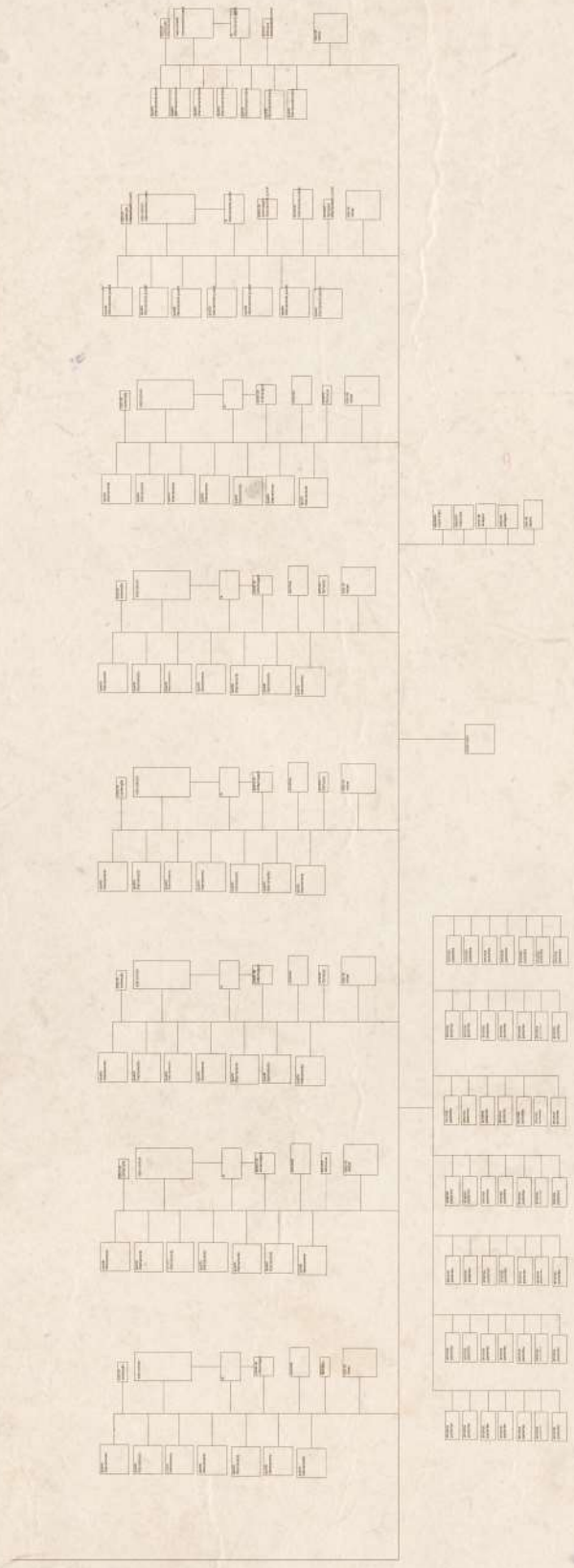
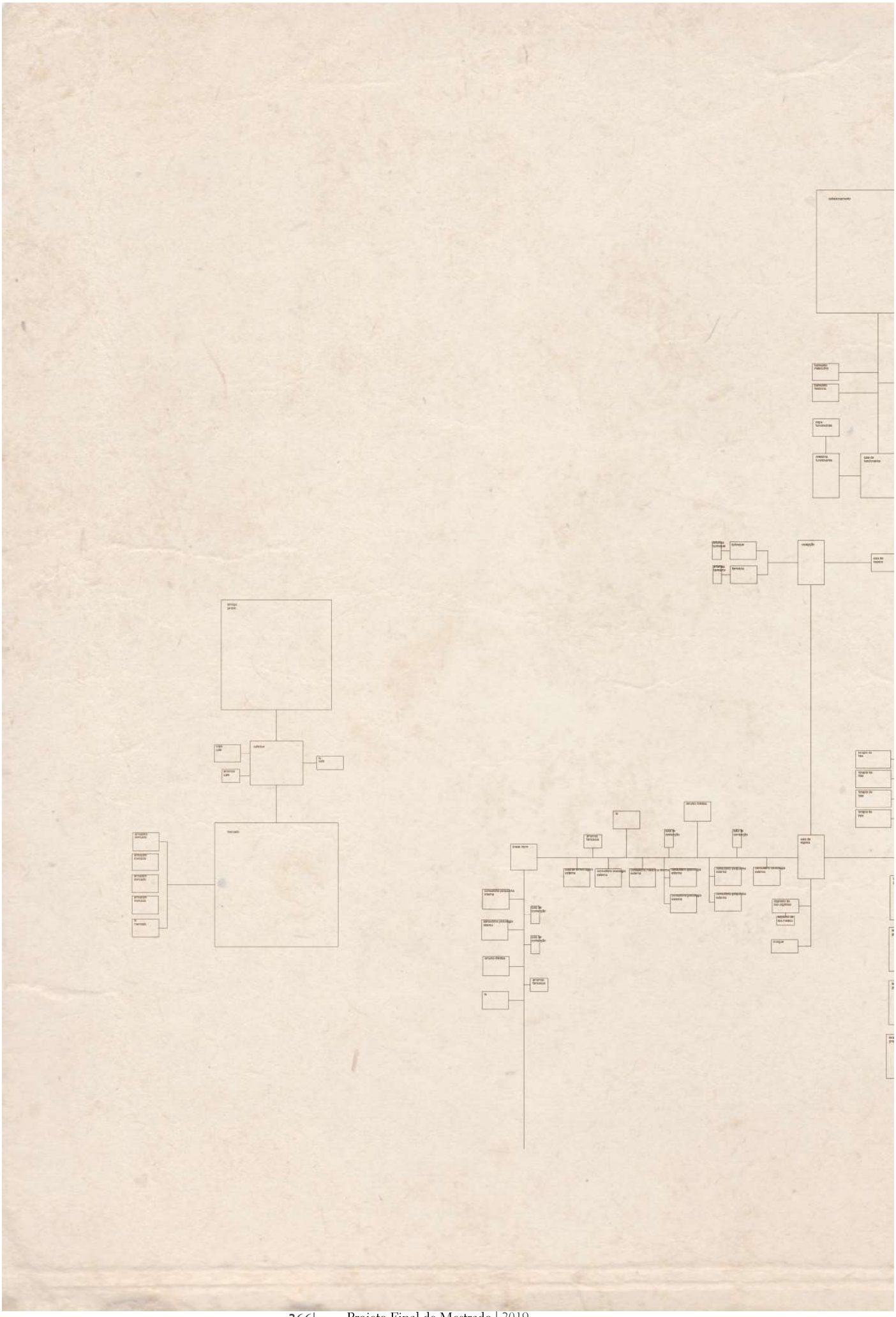


Fig.lx- Organigrama funcional - 4



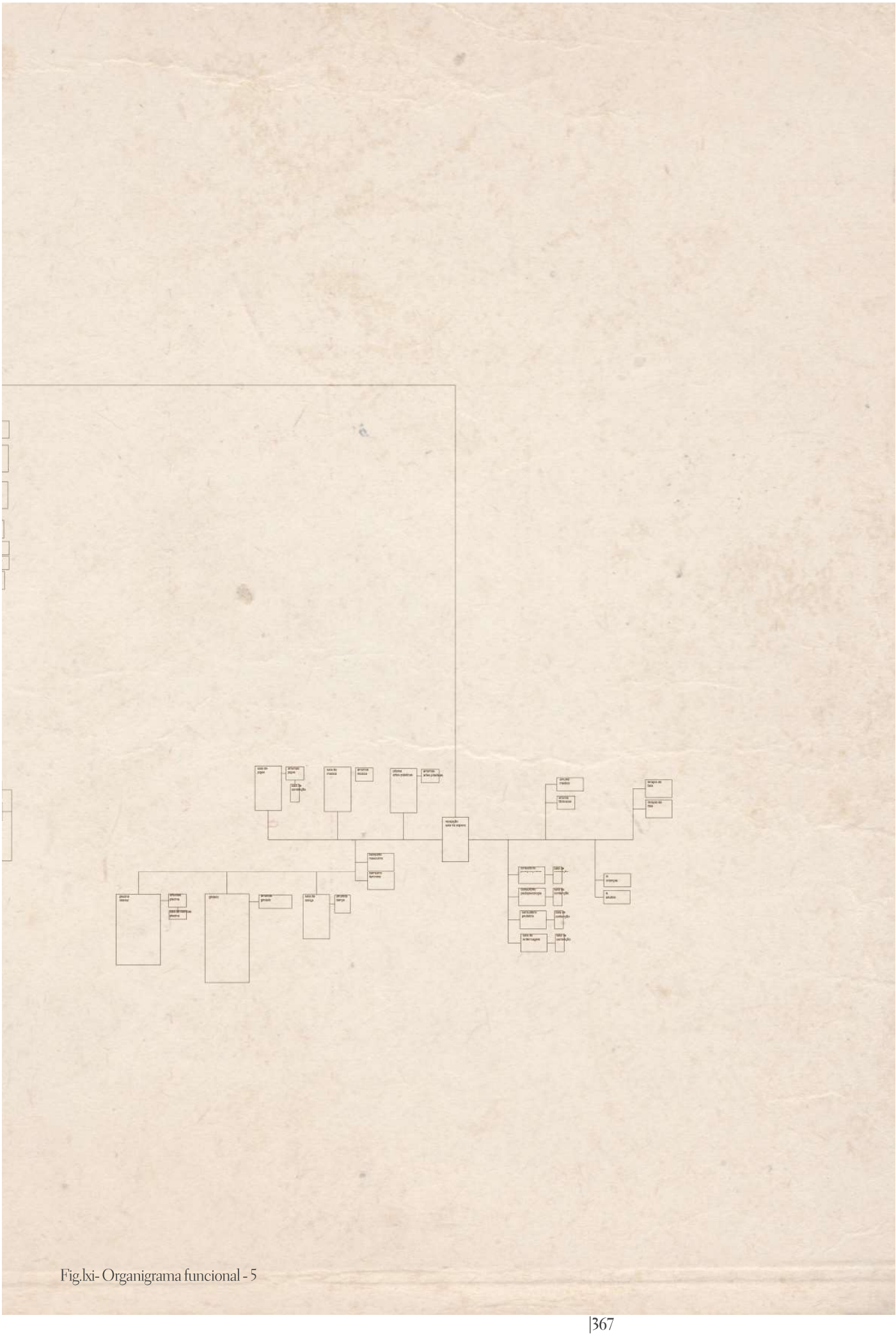


Fig.lxi- Organigrama funcional - 5





Fig.lxii- Maqueta de análise urbana 1/2000 - 1

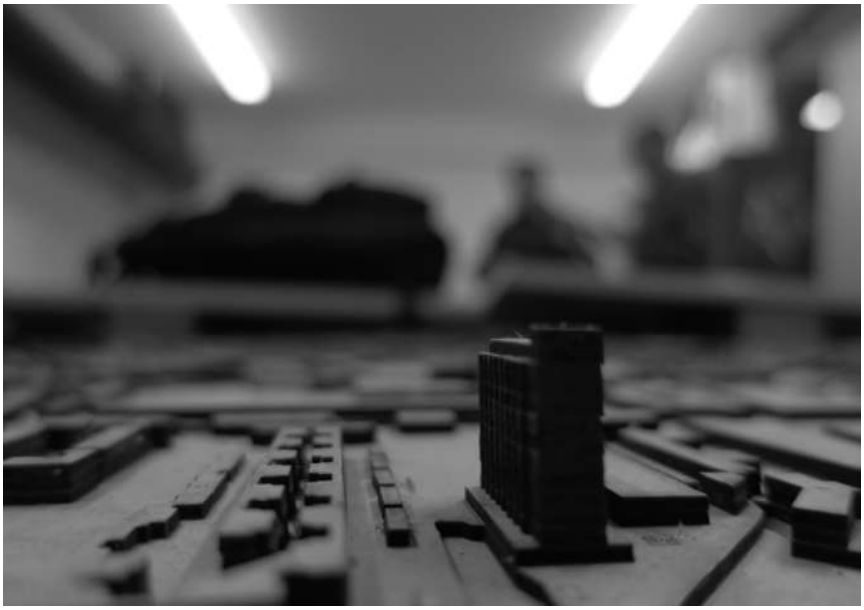


Fig.lxiii- Maqueta de análise urbana 1/2000 - 2

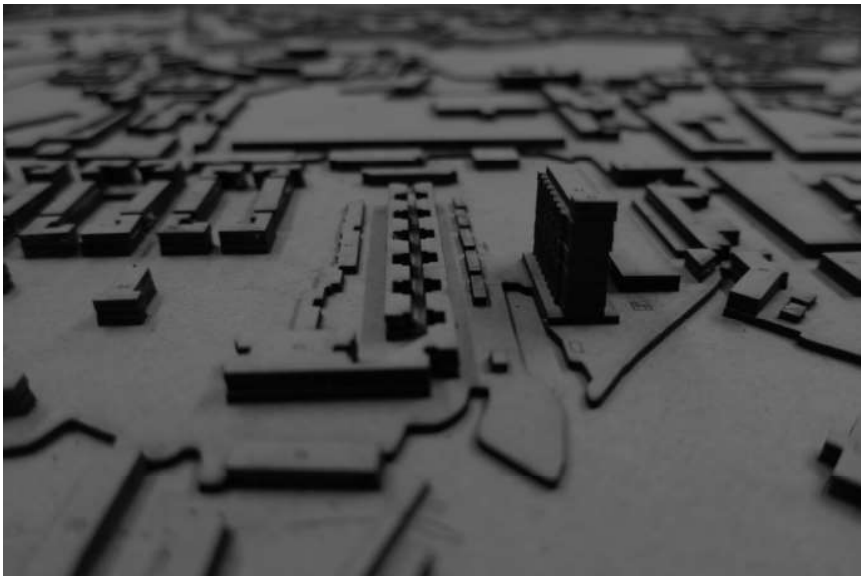


Fig.lxiv- Maqueta de análise urbana 1/2000 - 3

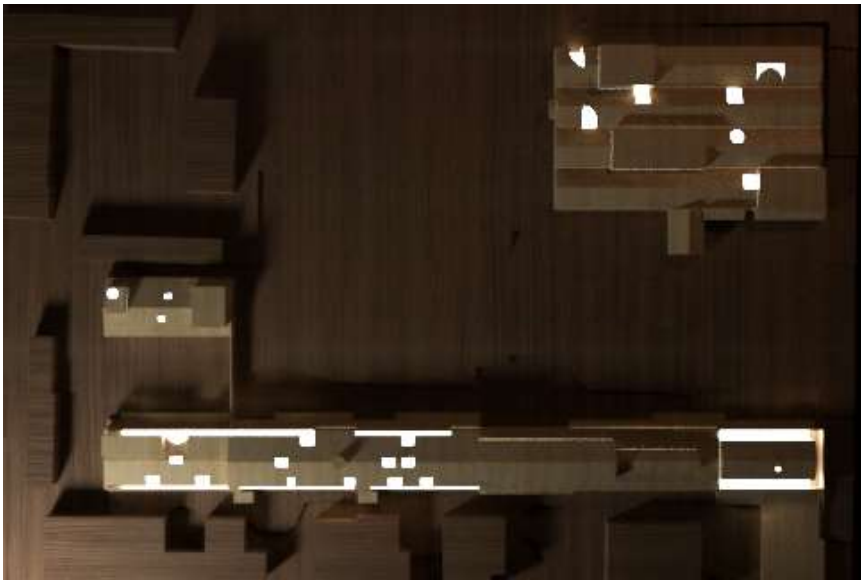


Fig.lxv- Maqueta digital de estudo - 1

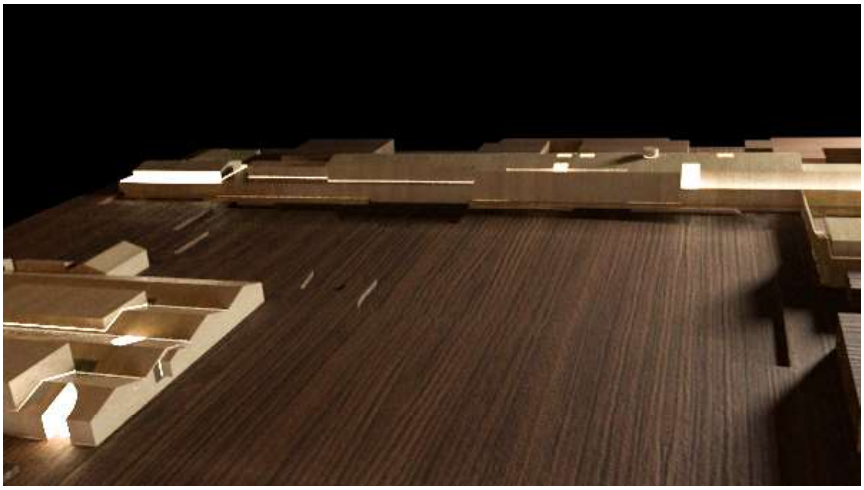


Fig.lxvi- Maqueta digital de estudo - 2

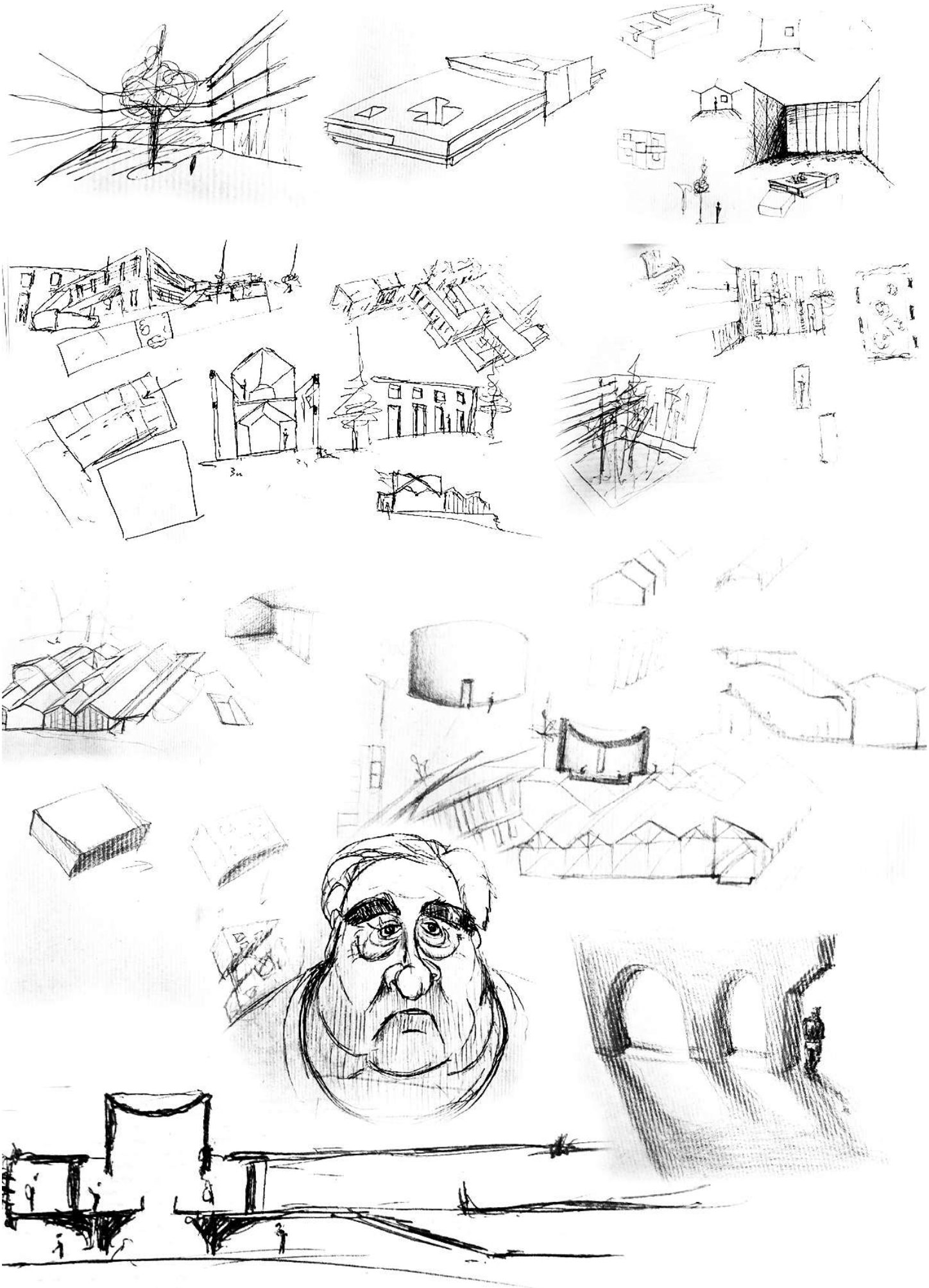


Fig.lxvii- Esquissos variados - 1

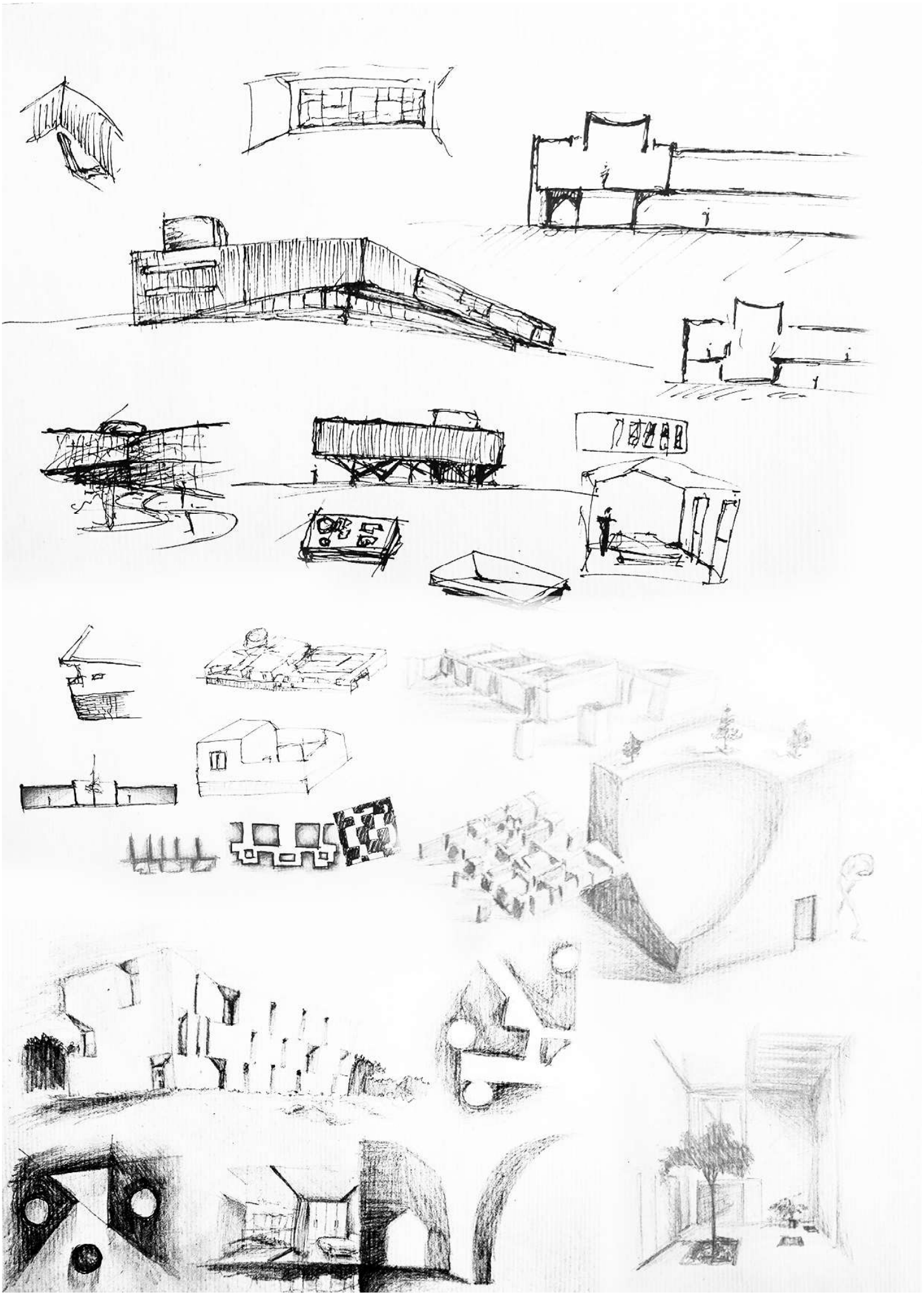


 Fig.lxviii- Esquissos variados - 2

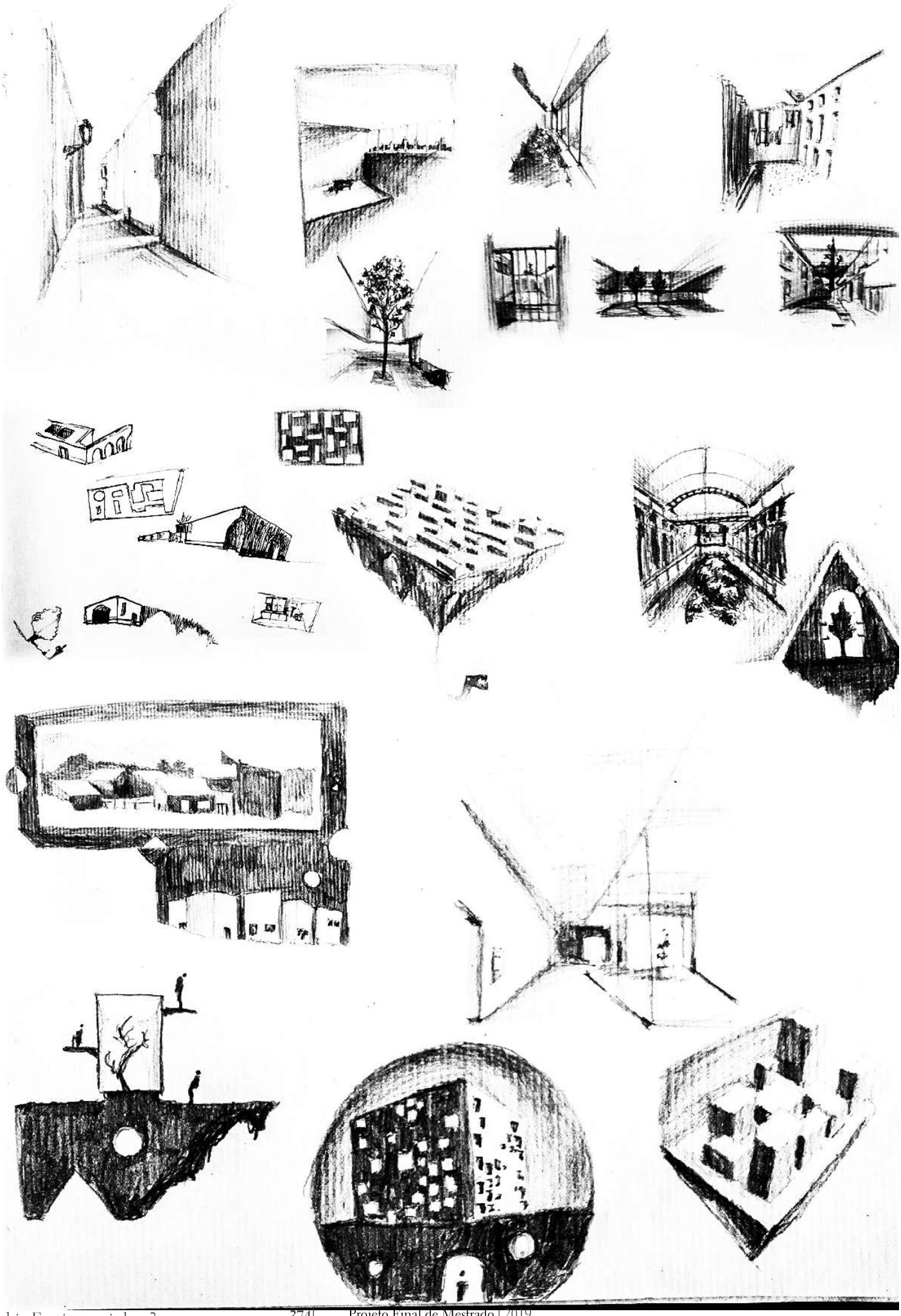


Fig.lxix- Esquissos variados - 3

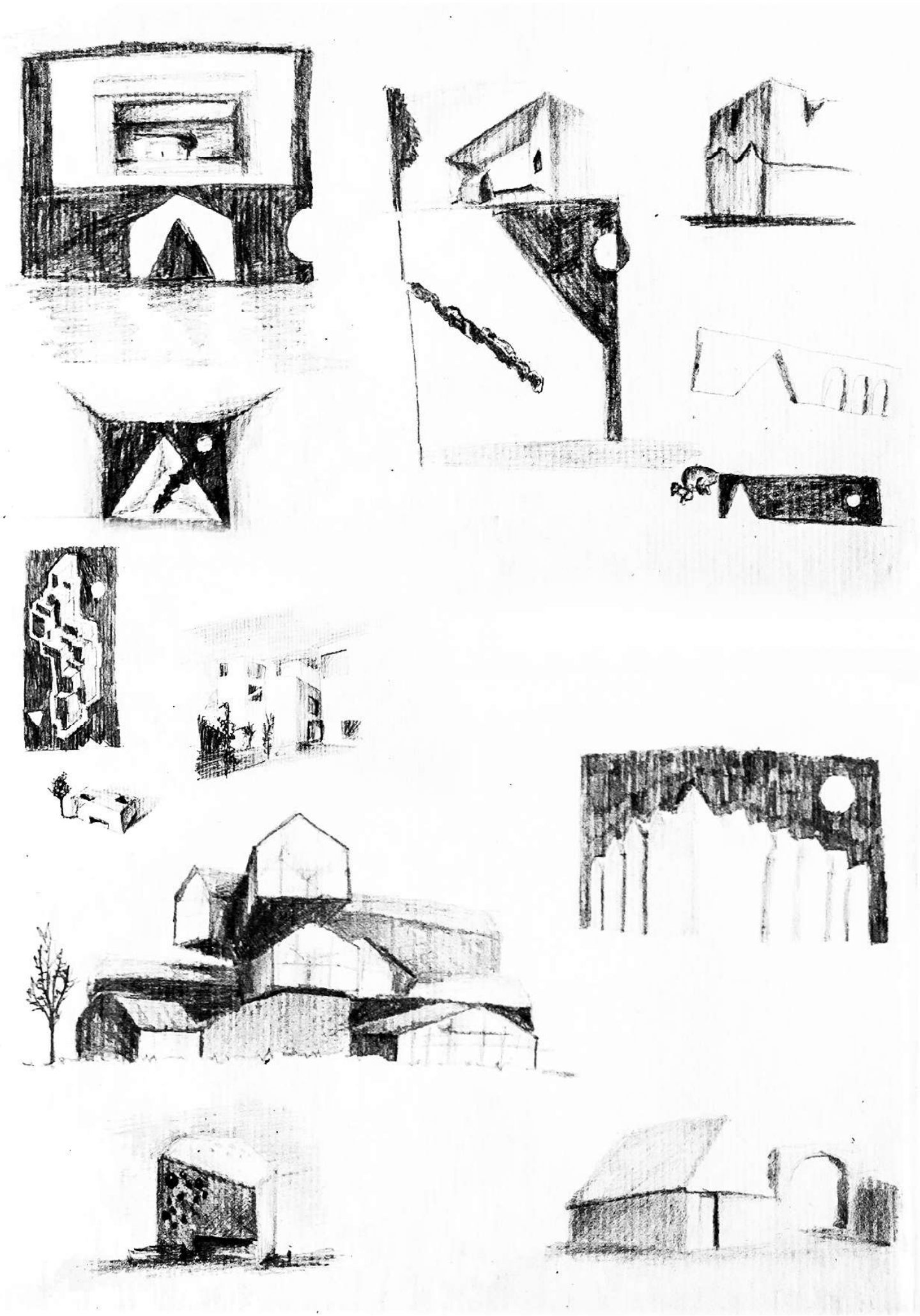


 Fig.lxx- Esquissos variados - 4

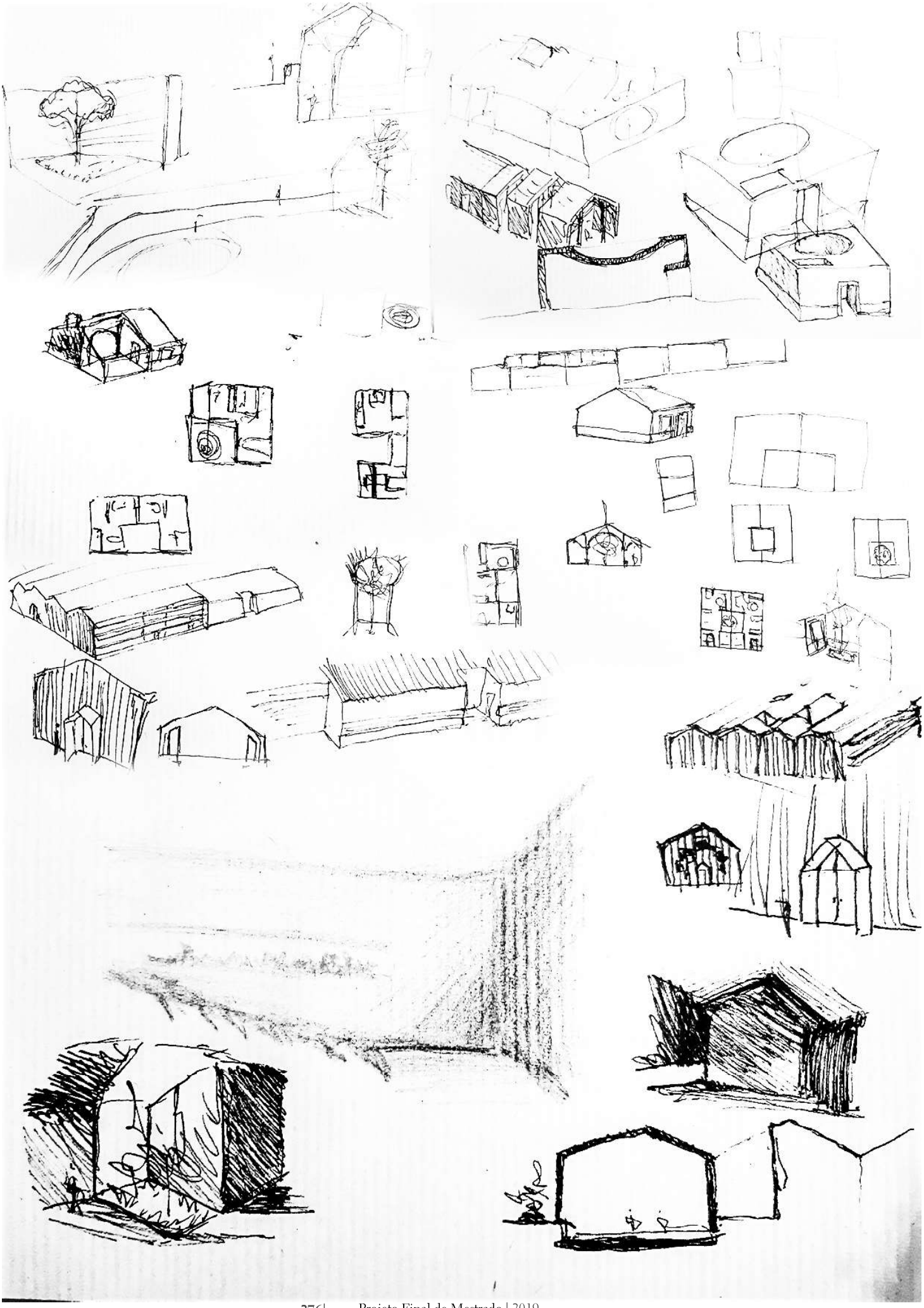


Fig.lxxi- Esquissos variados - 5

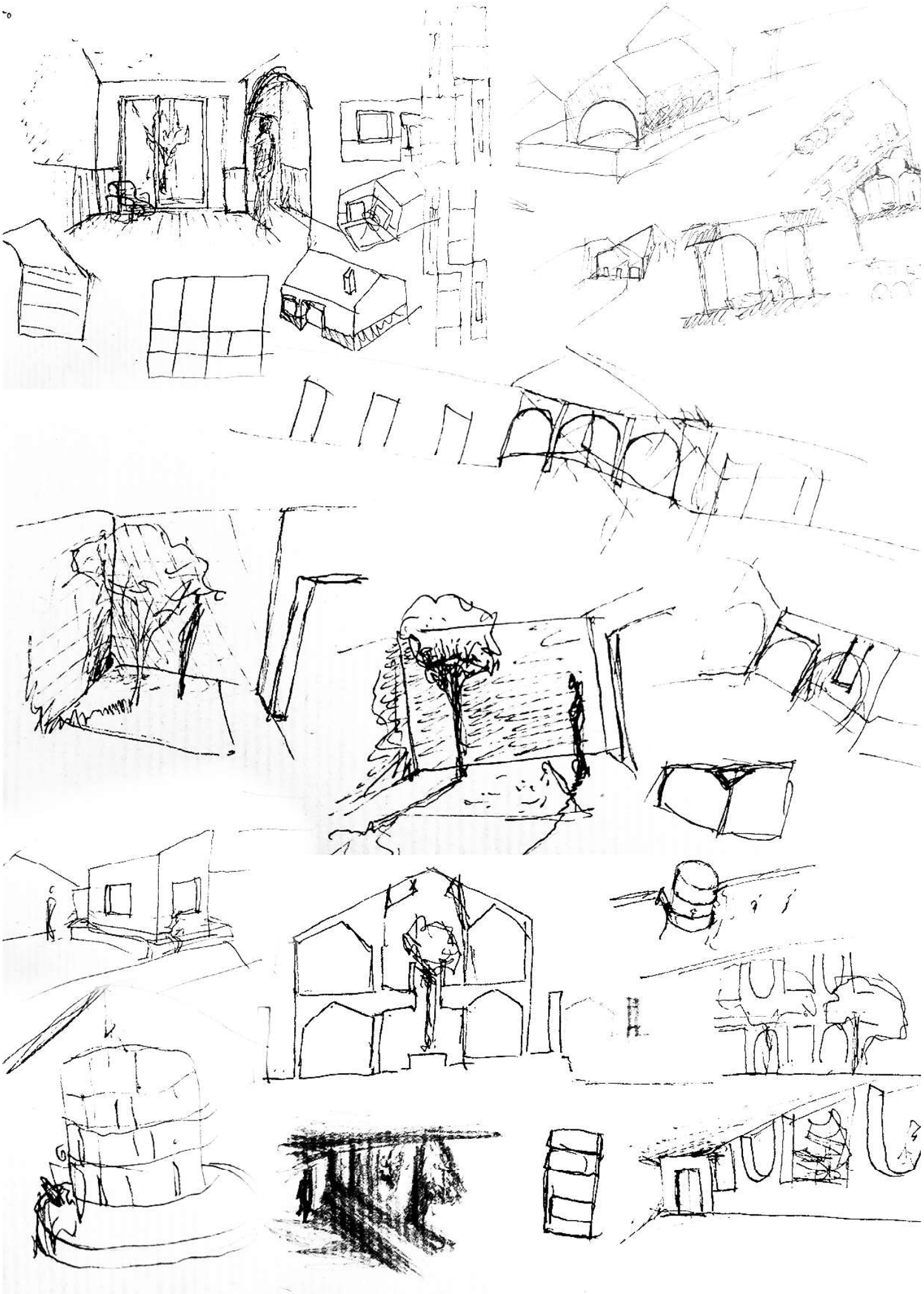


 Fig.lxxii- Esquissos variados - 6

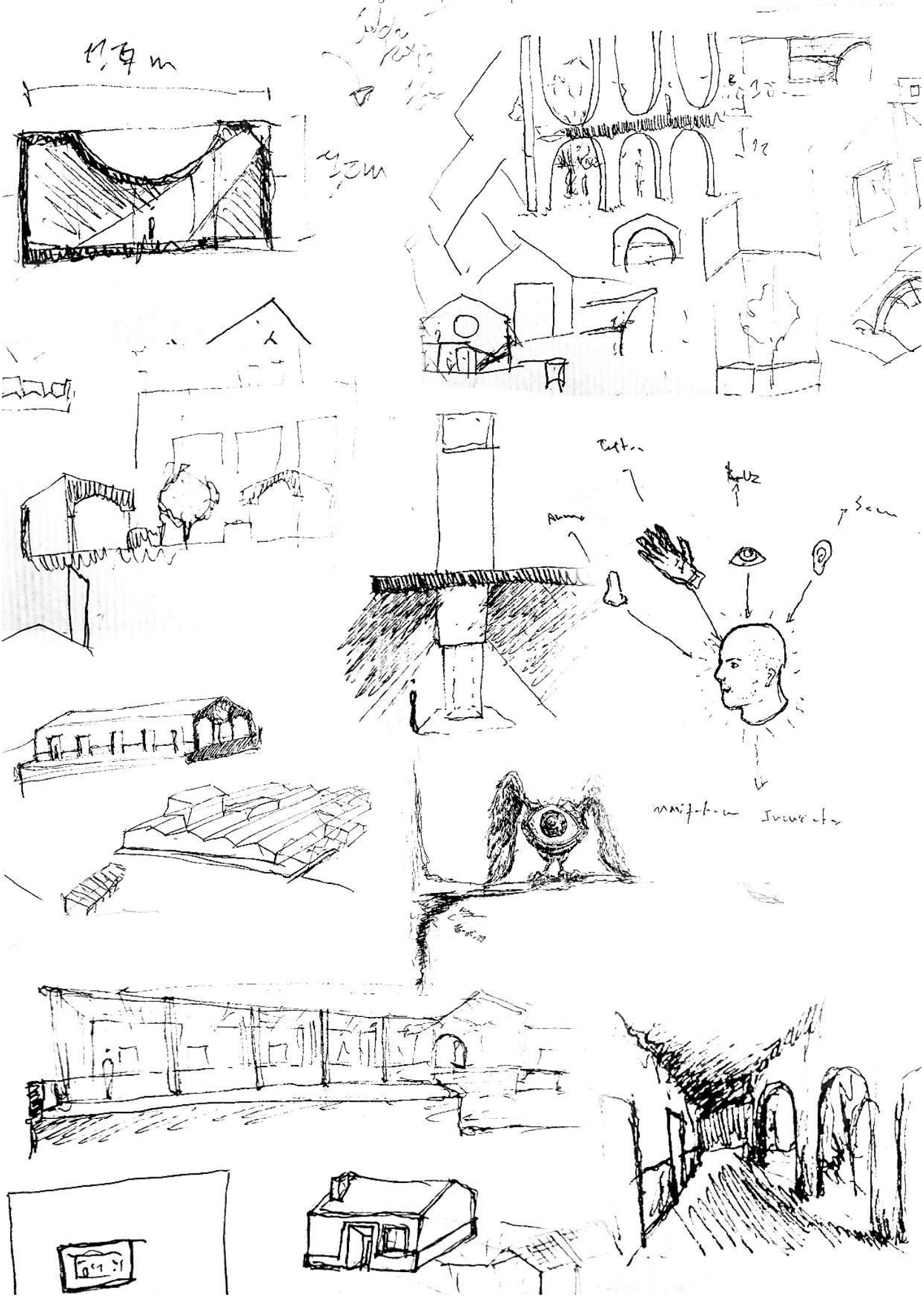


Fig.lxxiii- Esquissos variados - 7

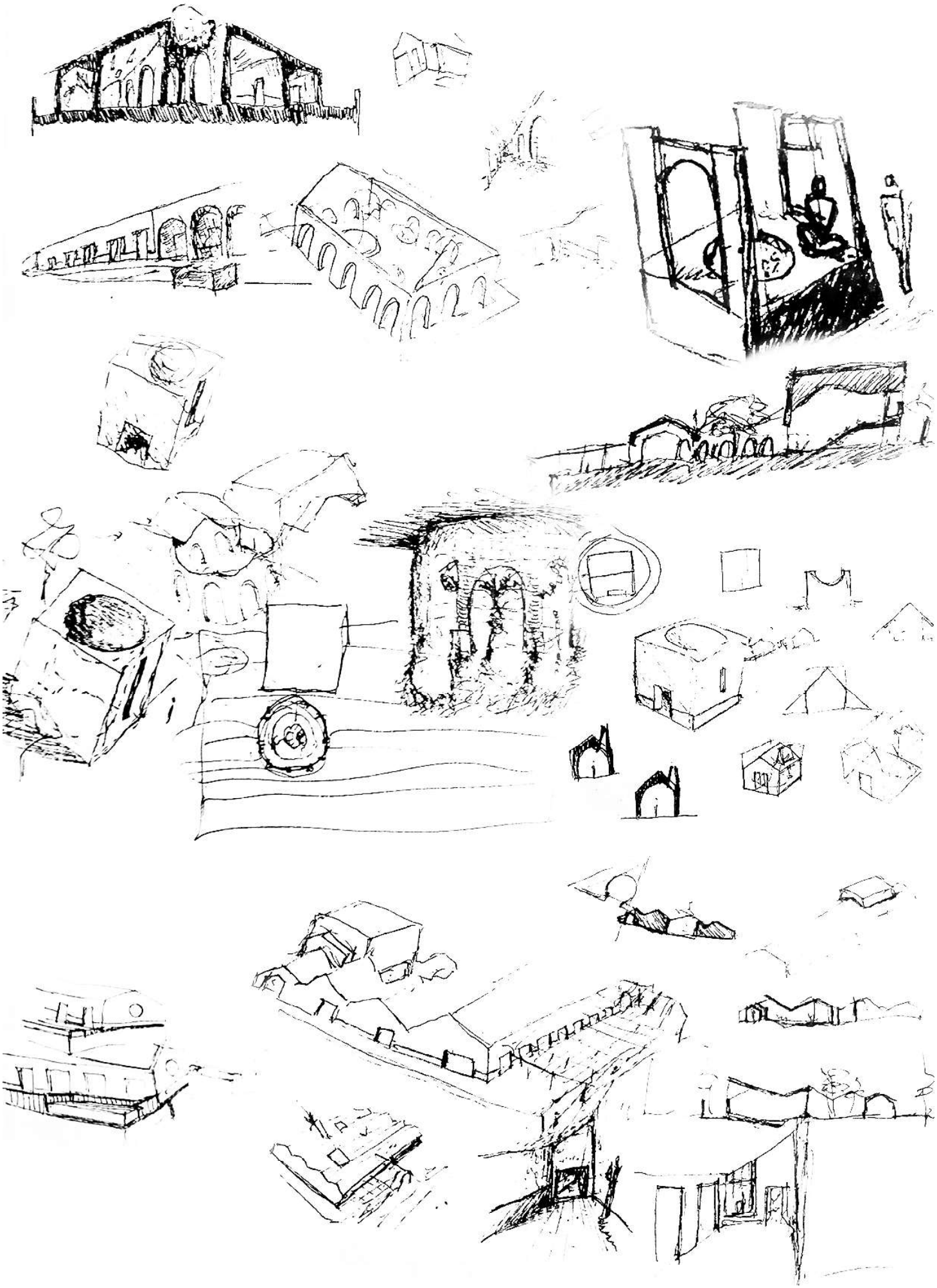


 Fig.lxxiv- Esquissos variados - 8

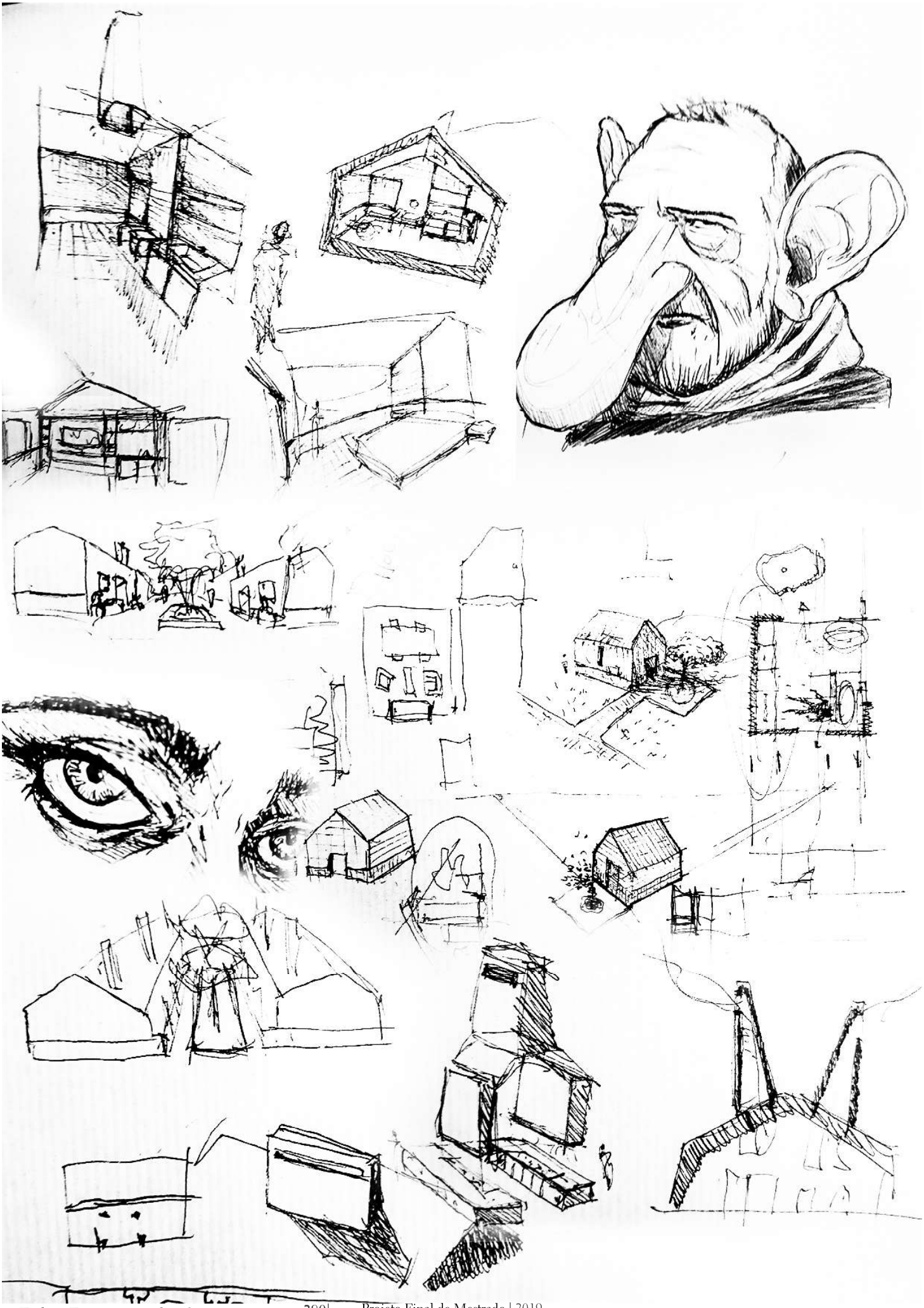
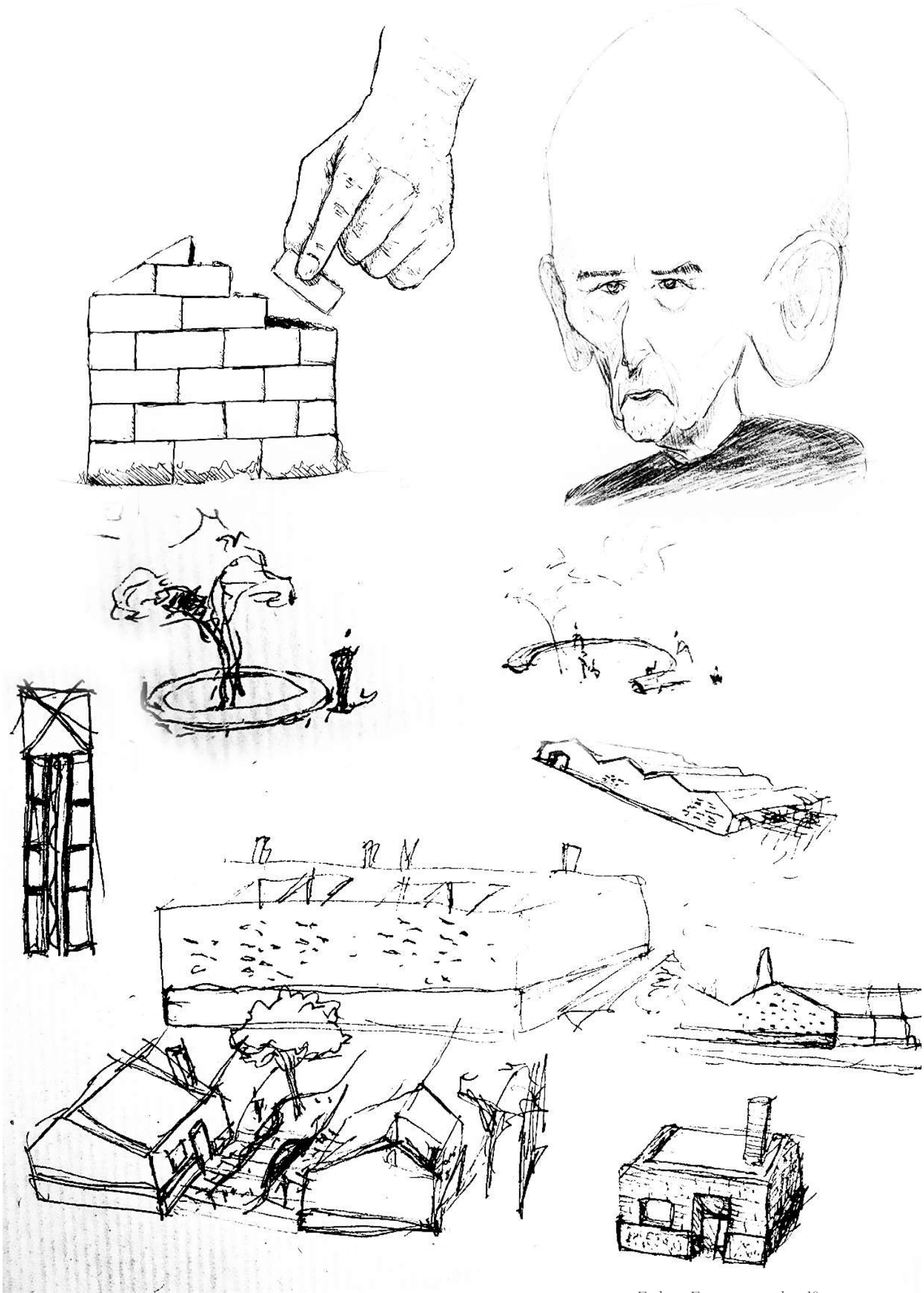


Fig.lxxv- Esquissos variados - 9



|381 Fig.lxxvi- Esquissos variados - 10

Anexo IX
para que lado vou eu?

O presente documento originou-se como uma maneira de descrever o projeto de forma mais emersiva, em vez de uma simples descrição escrita; pois a Arquitetura *vive mais de ambientes e imagens do que só de palavras...*

A solução foi uma curta narrativa em formato de banda desenhada, que pretende entreter o leitor através de uma história fictícia ao mesmo tempo que dá uma pequena noção da experiência total do projeto.

A história foi concebida pelo autor através das várias pesquisas sobre o mundo das doenças psiquiátricas, no entanto, esta é uma história algo hiperbólica, levada ao extremo, de forma a proporcionar uma descrição mais cinematográfica das possibilidades do projeto...

...é necessário referir que no meio do projeto, se perdeu a banda desenhada, pelo que as páginas seguintes se encontram incompletas...

Para que lado vou eu?

Gustavo
37 anos
Bipolar
Quando Gustavo é intercetado pela GNR a tentar cometer suicídio em plena Praça do Giraldo, este é levado para a nova Clínica de Reabilitação Psiquiátrica. Aqui descobre que sobre de doença bipolar, ao que é internado na clínica para recobro e devido tratamento. Na clínica Gustavo é atormentado pelas manifestações físicas da Depressão, Psicose, Mania e Histeria. Cada uma lutando pelo domínio do seu corpo, para fazerem dele o que quiserem. Após o período de internamento, terá de decidir se irá viver sozinho algures em Évora, rodeado de estranhos, sem familiar próximo para cuidar dele; ou se irá continuar a viver na Clínica, podendo a sua perturbação ser controlada pelo Dr. Raposo.

Dr. Raposo
52 anos
Psiquiatra residente
Num dia fatídico, Raposo recebe um novo paciente. Mais um. O novo paciente é Gustavo, um homem viúvo de 37 anos, sem filhos, sem pais, sem familiares próximos, desempregado e com um histórico de toxicodependência e alcoolémia. Encontra o homem agitado e paranoico, e cabe-lhe a tarefa de lhe fazer o diagnóstico para prover o melhor tratamento. Ao longo do período de tratamento, torna-me amigo de Gustavo e aconselha-o a viver nas residências da Clínica, em vez de voltar para o seu casebre melancólico.

Ana
26 anos
Enfermeira
Num dia normal, Ana recebe um novo paciente. Será o seu dever cuidar dele e fazer com que se sinta em casa.

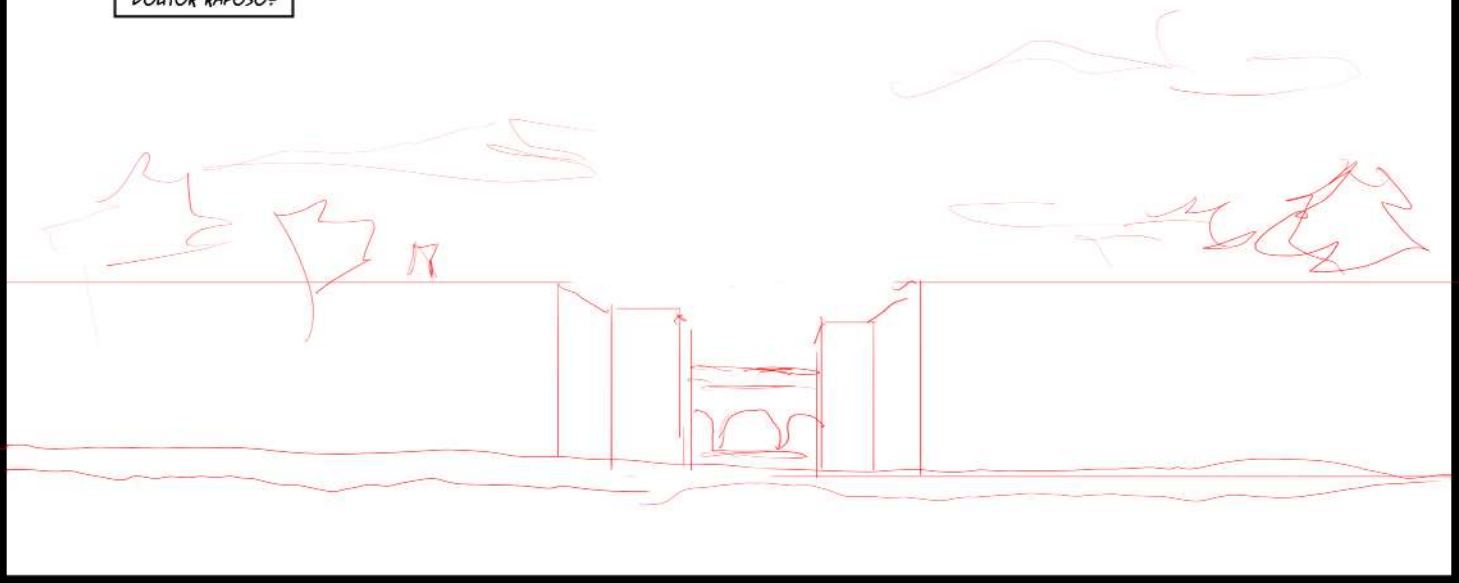
UM DIA, EM ÉVORA...

1. Abrimos com uma localização de Évora,
a clínica está destacada

quadro 1:
implantação
évora

2. Portão principal

"DOUTOR RAPOSO?"

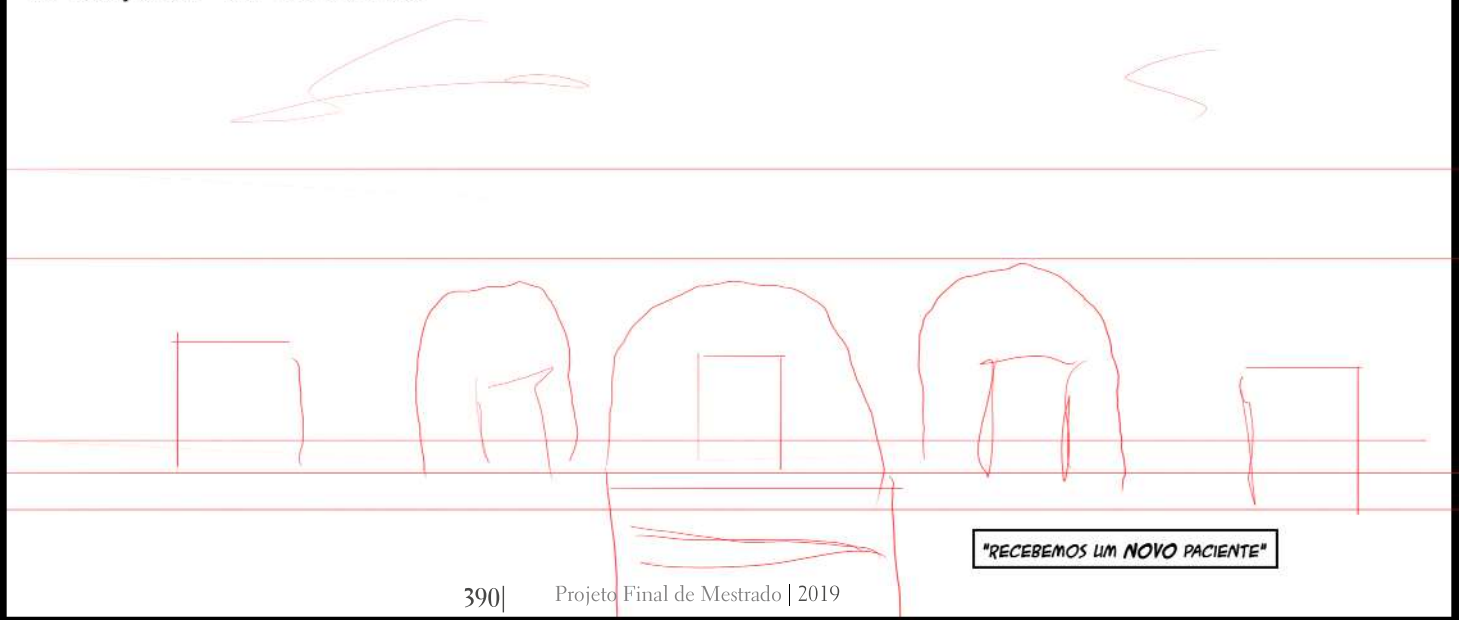


3. Através do portão, terapia de um lado, residências do outro, clínica no fim

"SIM?"



4. Alçado da clínica




FOI TRAZIDO PELA GNR. TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PLENA PRAÇA DO GIRALDO...
CREDO... E... DE QUE MANEIRA SE ESTAVA A TENTAR SUICIDAR?
OS GUARDAS DISSERAM QUE ESTAVA EM CIMA DA FONTE, A BRANDIR UM REVOLVER À TÊMPORA, A IMPORTUNAR OS TRANSEUNTES, A QUEIXAR-SE... NÃO SEI NÃO ENTENDI, PEÇO DESCULPA DOUTOR...
TUDO BEM ANA, ONDE ESTÁ ELE?
SEDÁMO-LO E DEIXÁMO-LO NA SALA DE CONTENÇÃO DA ALA DE INTERNAMENTO PSICÓTICO


"MUITO BEM"


"ACORDA"
"QUEM... QUEM ÉS TU?"
EU?
EU SOU O TEU PASSADO ...
... O TEU PRESENTE ...
... E O TEU FUTURO ...


...SOU AQUELE QUE CONTROLA O CAFÉ DA MANHÃ, O PÃO DA TARDE E O LEITE DA NOITE. SOU AQUELE QUE ABRE A PORTA E FECHA A JANELA. SOU AQUELE QUE BEBE O PRIMEIRO, O SEGUNDO E O VIGÉSIMO COPO. SOU AQUELE QUE ESPETA A AGULHA E PARTE A GARRAFA. SOU AQUELE QUE ENCOSTA A PISTOLA À TUA TÊMPORA...
AAAAAAAAAAAAAHHHHHHHH!
... EU SOU TU, E TU ÉS EU

"ACORDA"

"NÃO!"

"GUSTAVO, ACORDA"

"NÃO! NÃO TE QUERO **VER** MAIS, DESAPARECE!"

GUSTAVO, COM **QUEM** PENSA QUE ESTÁ A FALAR?

DESAPARECE, **MONSTRO**, DEIXA-ME EM PAZ!

GUSTAVO, ESTÁ A RESPONDER ÀS MINHAS QUESTÕES, MAIS VALE ABRIR OS OLHOS E PERCEBER QUE **NÃO SOU** A PESSOA QUE PENSA QUE SOU

QUEM... QUEM É O SENHOR... **ONDE ESTOU** ???

O MEU NOME É **DR. RAPOSO**, SOU **PSIQUIATRA** DE ESPECIALIDADE E O SENHOR ENCONTRA-SE NA **CLÍNICA DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE ÉVORA**

LEMBRA-SE DE **ALGUMA** COISA?

O GUSTAVO FOI-NOS TRAZIDO AO NOSSO CUIDADO PELA GNR, PELA SUPOSTA **TENTATIVA** DE SUICÍDIO PÚBLICO EM PLENA **PRAÇA DO GIRALDO**

NÃO... SÓ ME LEMBRO DE ESTAR EM **CASA** A VER O BENFICA, COM UMA GARRAFA DE **WHISKEY** AO LADO

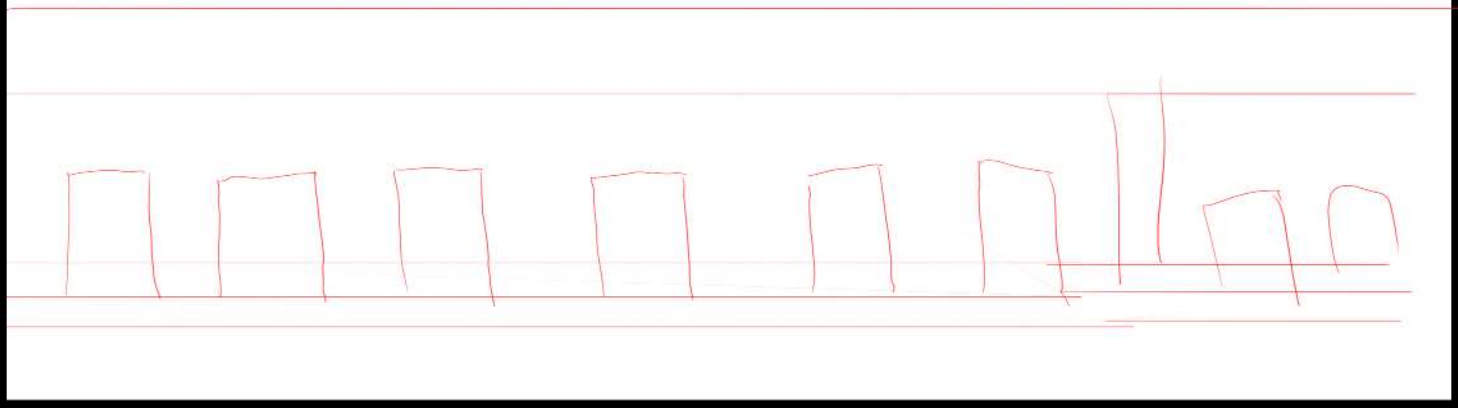
DEIXOU MUITOS TURISTAS BASTANTE PREOCUPADOS

EU CÁ PREFIRO O SPORTING. E COM QUEM **PENSAVA** QUE ESTAVA A FALAR ANTES DE ABRIR OS OLHOS?"


UMA... UMA FIGURA NEGRA VEIO-ME VISITAR ANTES DO DOUTOR. DISSE... DISSE QUE ERA EU, E QUE TINHA ENCOSTADO UMA ARMA À MINHA CABEÇA... E DEPOIS, DEPOIS A CARA DA FIGURA TORNOU-SE NA MINHA E COMEÇOU A DERRETER...
PORQUE ESTOU ACORRENTADO?
A ENFERMEIRA VEIO ESPREITÁ-LO HÁ BOCADO E ENCONTROU-O EM ESTADO AGITADO, TEVE DE O ACORRENTAR, PARA A SUA PRÓPRIA SEGURANÇA. JÁ CHAMO A ENFERMEIRA PARA O SOLTAR
MUITO BEM GUSTAVO. VOU-LHE RECEITAR UNS MEDICAMENTOS PARA TOMAR, IRÁ PRECISAR DE FICAR CONNOSCO DURANTE UNS TEMPOS
DIGA-ME, TEM ALGUM FAMILIAR EM ÉVORA, OU NAS PROXIMIDADES QUE POSSAMOS AVISAR QUE SE ENCONTRA CONNOSCO? AMIGOS, COMPANHEIROS DE TRABALHO?
NÃO... NINGUÉM
VAMOS VER SE LHE ARRANJAMOS UM QUARTO COM CONDIÇÕES. ATÉ JÁ, GUSTAVO
ATÉ JÁ, DOUTOR


EU
TU!
NUNCA TE VOU ABANDONAR. SOU O ÚNICO AMIGO QUE TENS NO MUNDO

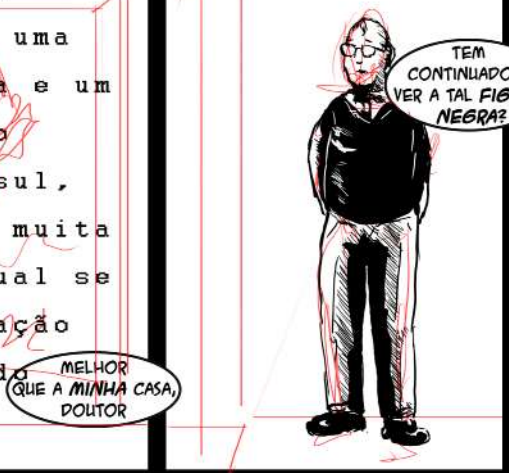
41.Exterior clínica, é de dia



1. Batem a uma porta larga, de madeira clara



44.Vemos o interior do quarto, amplo, com paredes de taipa azul turquesa, uma maca larga e um grande vão virado a sul, a receber muita luz, do qual se vê vegetação e edificado





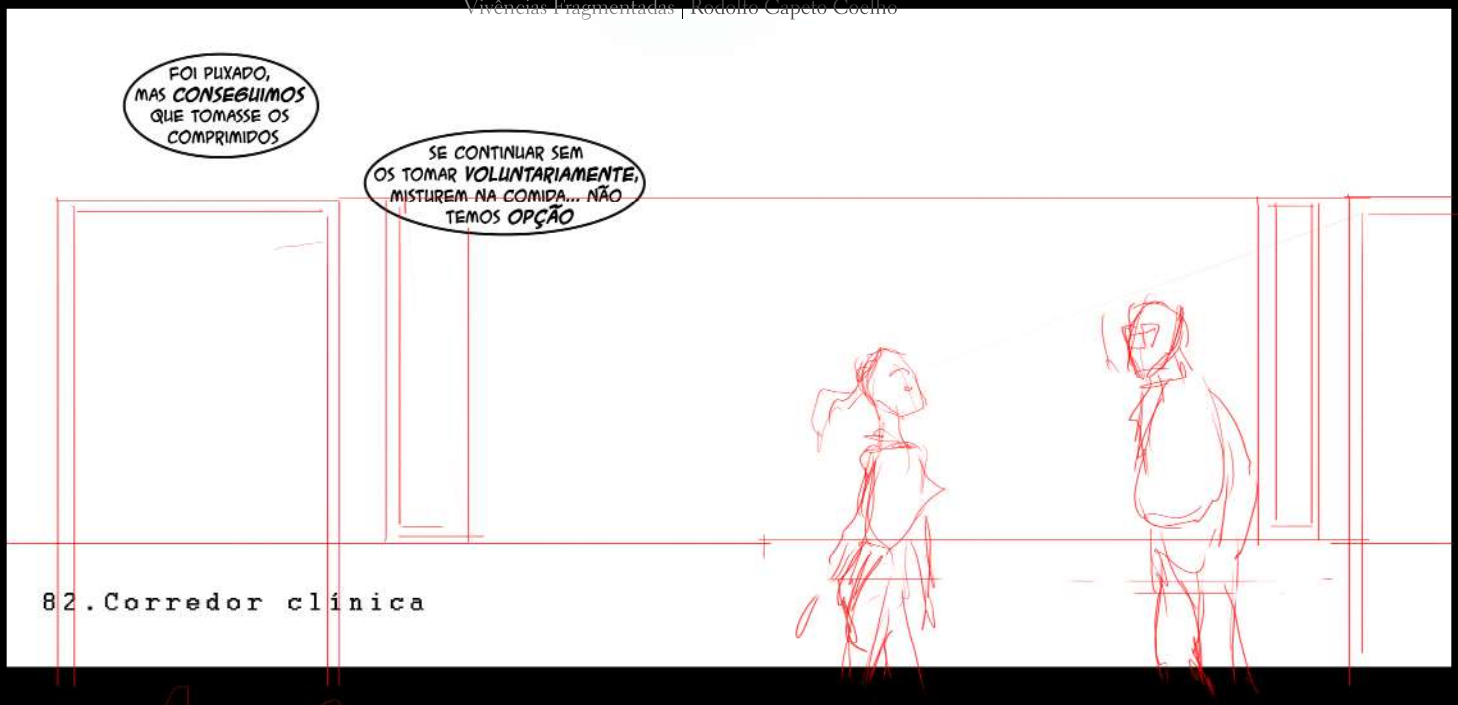


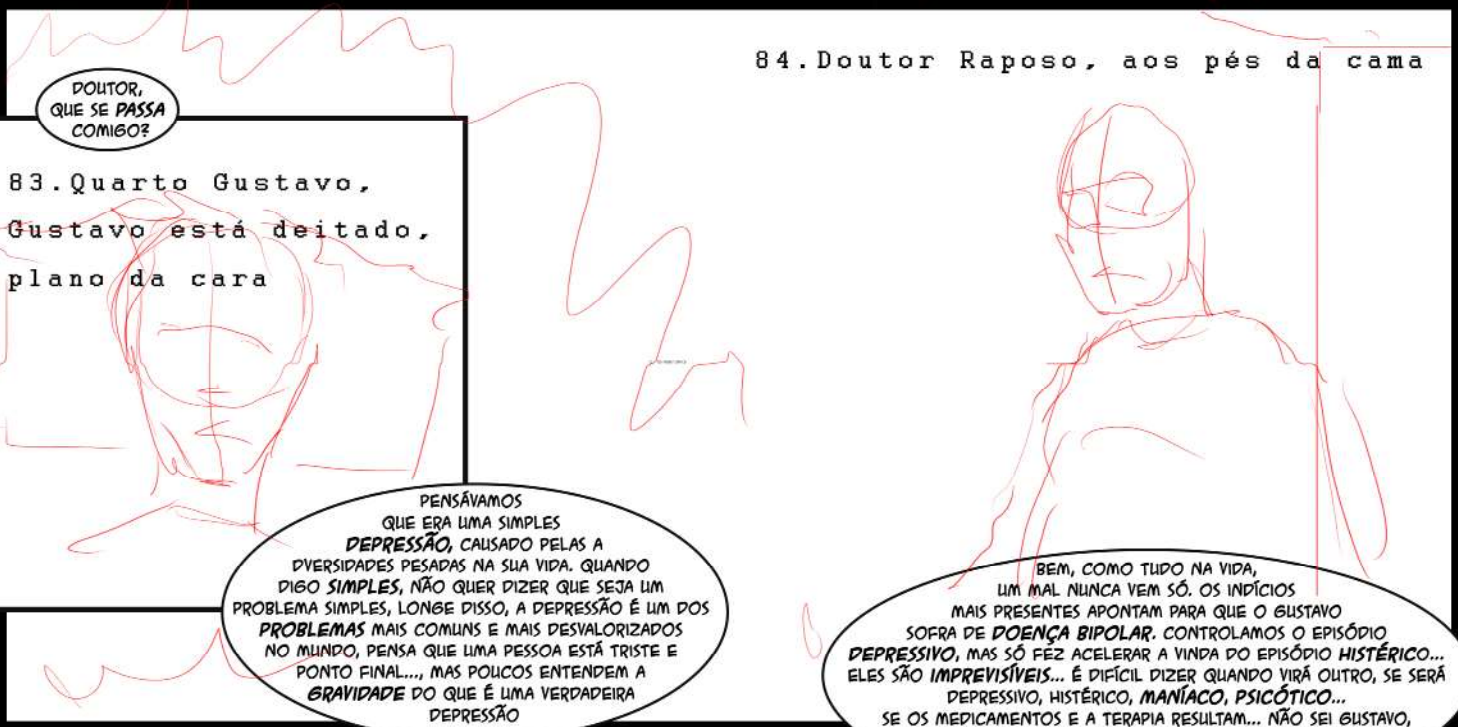

TEM AÍ UM MAPA ANEXADO PARA SABER ONDE SÃO AS SALAS ESPECÍFICAS
OK, OBRIGADO
E QUANDO TENHO CONSULTA COM O DR. RAPOSO?
TEM AQUI O SEU HORÁRIO DESTA SEMANA, COMEÇA COM TERAPIA DE GRUPO AQUI NA CLÍNICA, DEPOIS DE ALMOÇO TEM CONSULTA COM O PSICÓLOGO E À TARDE TEM GINÁSIO. AMANHÃ TEM ATIVIDADES ARTÍSTICAS E PISCINA. DEPOIS DE AMANHÃ COMEÇA COM AULAS DE TEATRO...
PARECE UM RESORT... PODE-ME DAR O PAPEL EU PERCEBO
ELE VAI ANDAR POR AÍ, NÃO SE PREOCUPE
ENTÃO, QUE TAL DE PRIMEIROS DIAS CHEIOS DE ATIVIDADES?
CANSATIVOS...
E A FIGURA, TEM APARECIDO?
ATÉ AGORA, NÃO...
ÓTIMO
BEM, TENHO DE IR PARA CASA DAR DE COMER ÀS CRIANÇAS
...DOUTOR, QUE SE PASSA COMIGO? JÁ CÁ ESTOU HÁ UNS DIAS E AINDA NÃO ME CONSEGUIRAM DIZER NADA
É ISSO QUE ESTAMOS A TENTAR PERCEBER. ATÉ AMANHÃ GUSTAVO

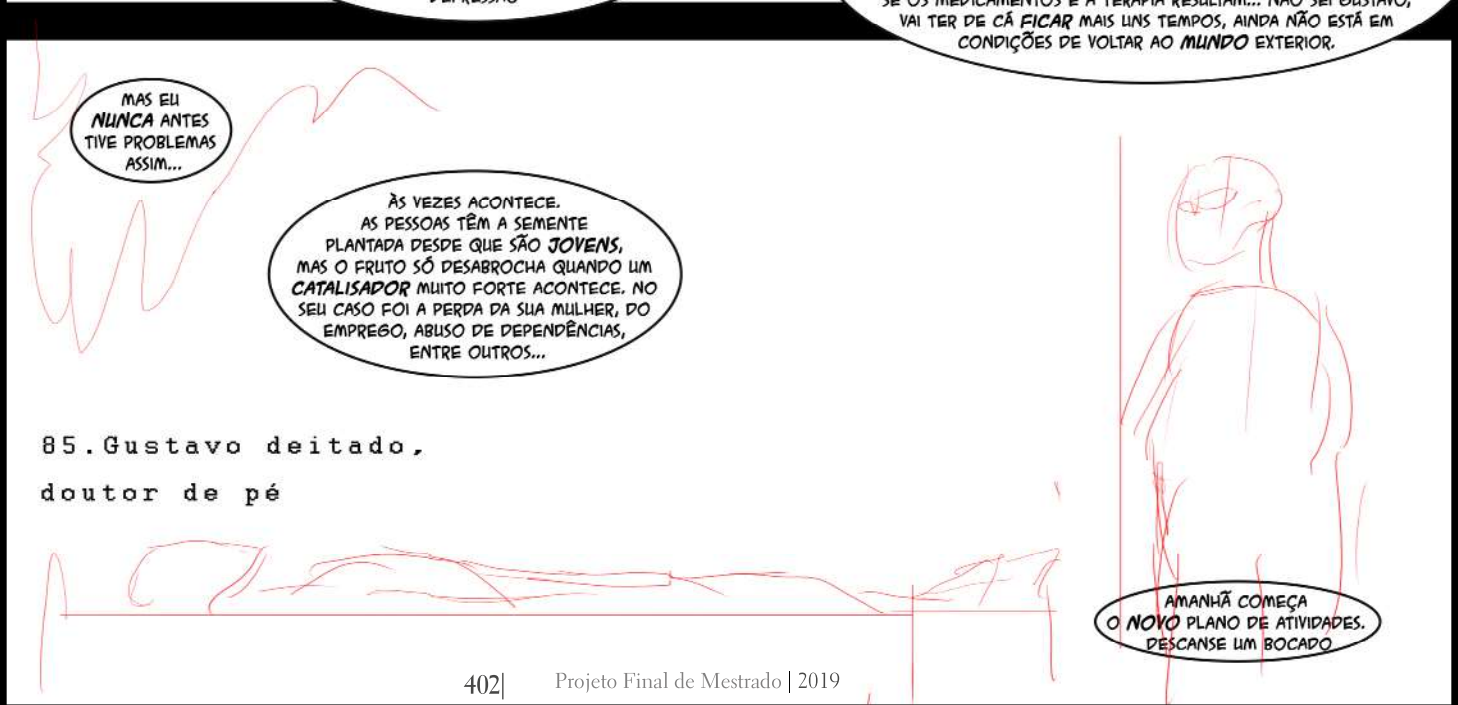

UMA SEMANA SEM VER AQUELE MONSTRO HORROROSO
QUEM, QUEM ÉS TU?
SOU UMA AMIGA
TOMA A MINHA MÃO, VEM COMIGO
PROMETES QUE A OUTRA FIGURA NEGRA NÃO VOLTA?


DOUTOR, É O GUSTAVO... ELE ANDA A CORRER PELA SALA COMUM, A EXALTAR OS PACIENTES, A IMPORTUNAR AS PESSOAS, COM UM GRANDE SORRISO NA CARA, RECUSA-SE A TOMAR OS MEDICAMENTOS... TIVEMOS DE O METER NA SALA DE CONTENÇÃO, FORAM PRECISAS TRÊS PESSOAS PARA O METER LÁ, ESTÁ DEMASIADO AGITADO
SIM?
MAU... AFINAL ELE NÃO SE ENCONTRA APENAS DEPRESSIVO...
VOU LHE RECEITAR UNS ESTABILIZADORES DE HUMOR, MAS PRIMEIRO QUERO VER COM OS MEUS OLHOS
E A FIGURA NEGRA, VOLTOU?
O QUE SE PASSA DOUTOR, O QUE PASSA É QUE A VIDA É BELA! SE NÃO ESTIVESSE AQUI PRESO À CAMA, DAVA-LHE UM BEIJO NA BOCA!
AHAHAHA

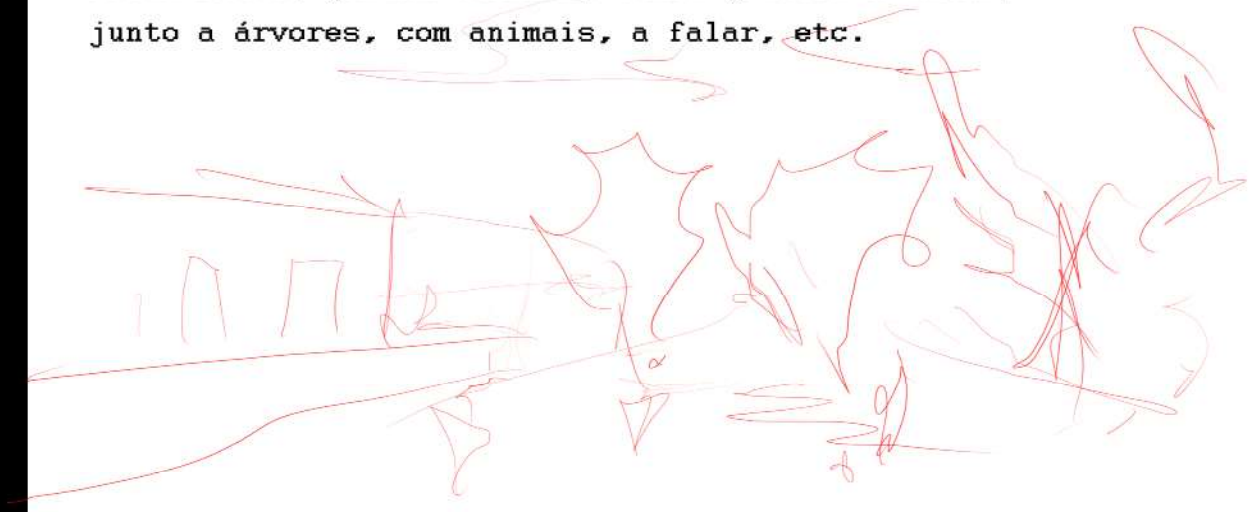

HAHAHAH


FOI PUXADO, MAS **CONSEGUIMOS** QUE TOMASSE OS COMPRIMIDOS
SE CONTINUAR SEM OS TOMAR **VOLUNTARIAMENTE**, MISTUREM NA COMIDA... NÃO TEMOS **OPÇÃO**
82.Corredor clínica

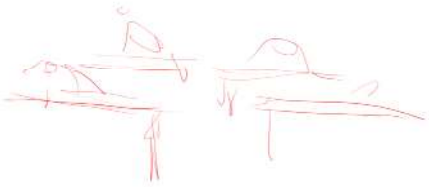

84.Doutor Raposo, aos pés da cama
DOUTOR, QUE SE **PASSA** COMIGO?
83.Quarto Gustavo, Gustavo está deitado, plano da cara
PENSÁVAMOS QUE ERA UMA SIMPLES **DEPRESSÃO,** CAUSADO PELAS A DVERSIDADES PESADAS NA SUA VIDA. QUANDO DIGO **SIMPLES**, NÃO QUER DIZER QUE SEJA UM PROBLEMA SIMPLES, LONGE DISSO, A DEPRESSÃO É UM DOS **PROBLEMAS** MAIS COMUNS E MAIS DESVALORIZADOS NO MUNDO, PENSA QUE UMA PESSOA ESTÁ TRISTE E PONTO FINAL..., MAS POUCOS ENTENDEM A **GRAVIDADE** DO QUE É UMA VERDADEIRA DEPRESSÃO
BEM, COMO TUDO NA VIDA, UM MAL NUNCA VEM SÓ. OS INDÍCIOS MAIS PRESENTES APONTAM PARA QUE O GUSTAVO SOFRA DE **DOENÇA BIPOLAR**. CONTROLAMOS O EPISÓDIO **DEPRESSIVO**, MAS SÓ FEZ ACELERAR A VINDA DO EPISÓDIO **HISTÉRICO**... ELES SÃO **IMPREVISÍVEIS**... É DIFÍCIL DIZER QUANDO VIRÁ OUTRO, SE SERÁ DEPRESSIVO, HISTÉRICO, **MANÍACO**, **PSICÓTICO**... SE OS MEDICAMENTOS E A TERAPIA RESULTAM... NÃO SEI GUSTAVO, VAI TER DE CÁ **FICAR** MAIS UNS TEMPOS, AINDA NÃO ESTÁ EM CONDIÇÕES DE VOLTAR AO **MUNDO** EXTERIOR.


MAS EU **NUNCA** ANTES TIVE PROBLEMAS ASSIM...
ÀS VEZES ACONTECE. AS PESSOAS TÊM A SEMENTE PLANTADA DESDE QUE SÃO **JOVENS**, MAS O FRUTO SÓ DESABROCHA QUANDO UM **CATALISADOR** MUITO FORTE ACONTECE. NO SEU CASO FOI A PERDA DA SUA MULHER, DO EMPREGO, ABUSO DE DEPENDÊNCIAS, ENTRE OUTROS...
85.Gustavo deitado, doutor de pé
AMANHÃ COMEÇA O **NOVO** PLANO DE ATIVIDADES. DESCANSE UM BOCADO

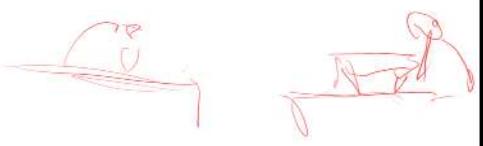
86. Exterior, jardim clínica, vemos pessoas a andar, junto a árvores, com animais, a falar, etc.



87. Pessoas na oficina de carpintaria



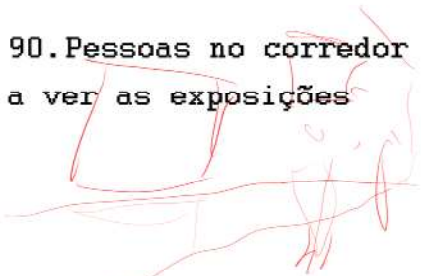
88. Pessoas na oficina de vestuário



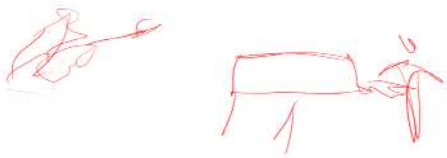
89. Pessoas na biblioteca vê-se o jardim



90. Pessoas no corredor a ver as exposições

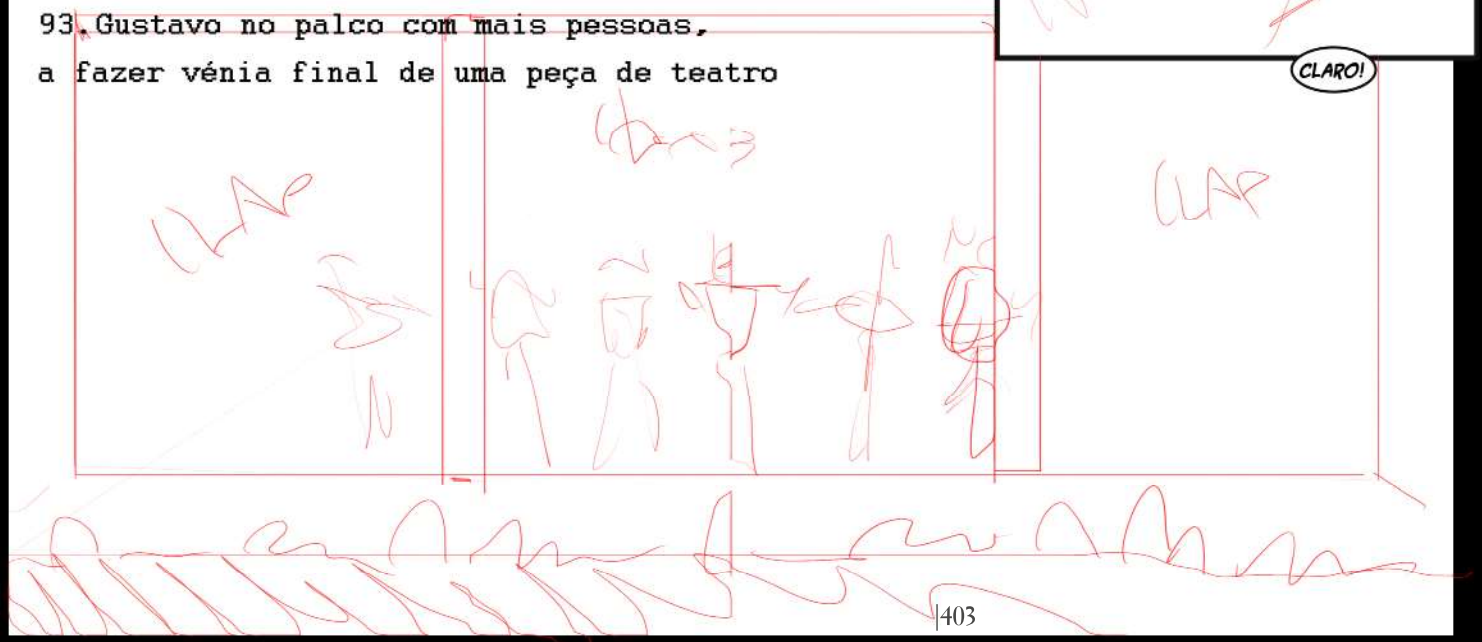


91. Pessoas na sala de música

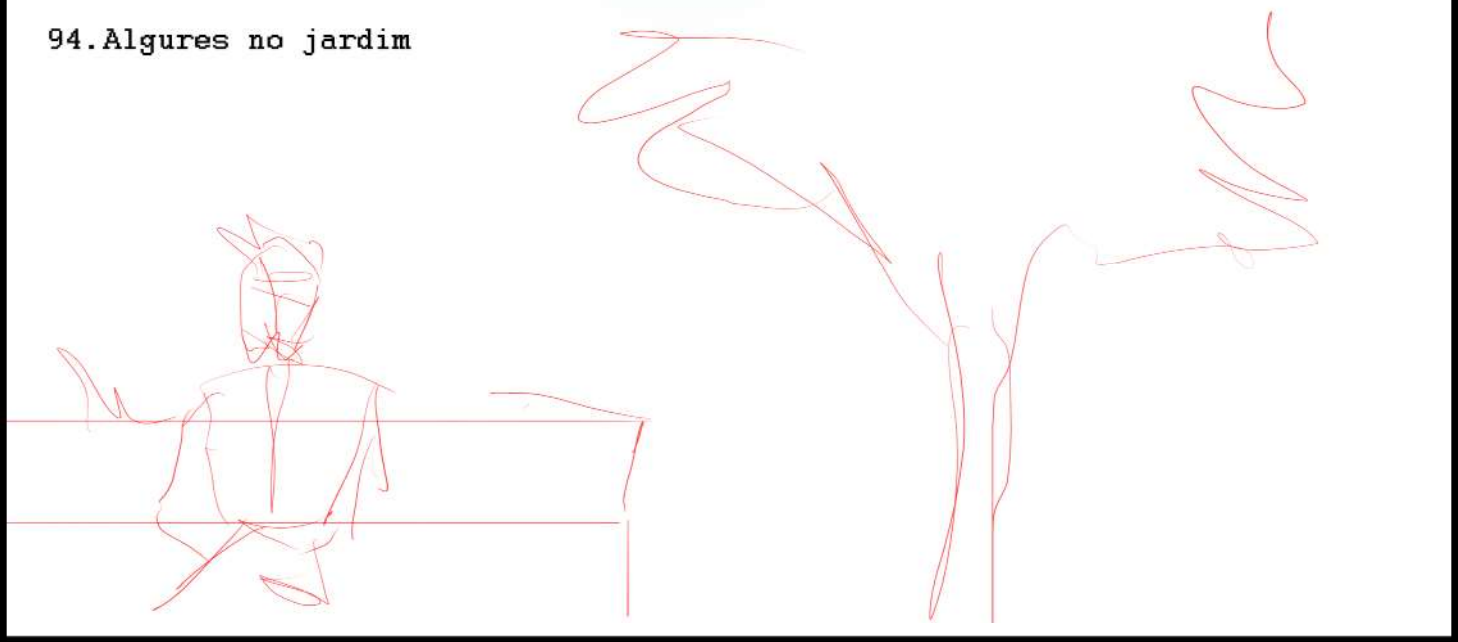




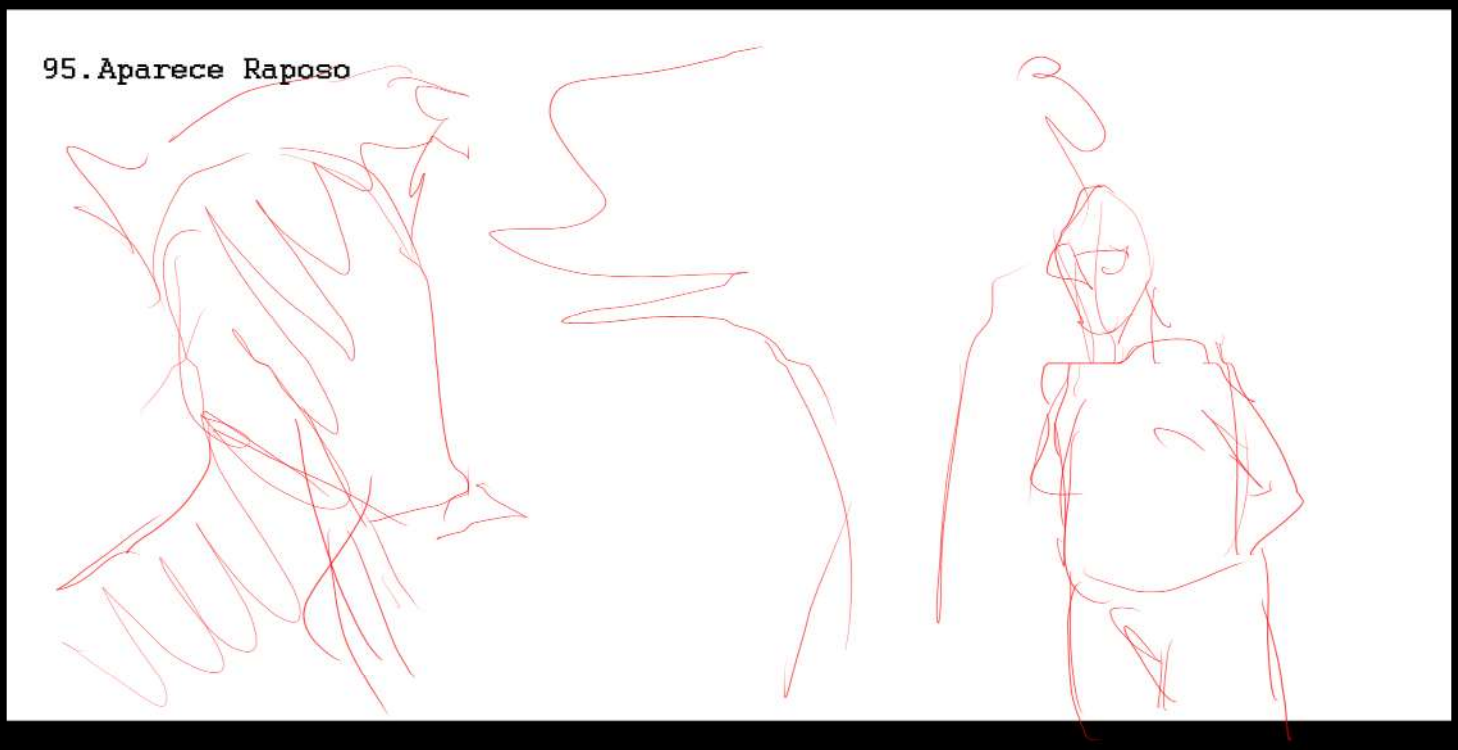
93. Gustavo no palco com mais pessoas, a fazer vénia final de uma peça de teatro



94. Algures no jardim

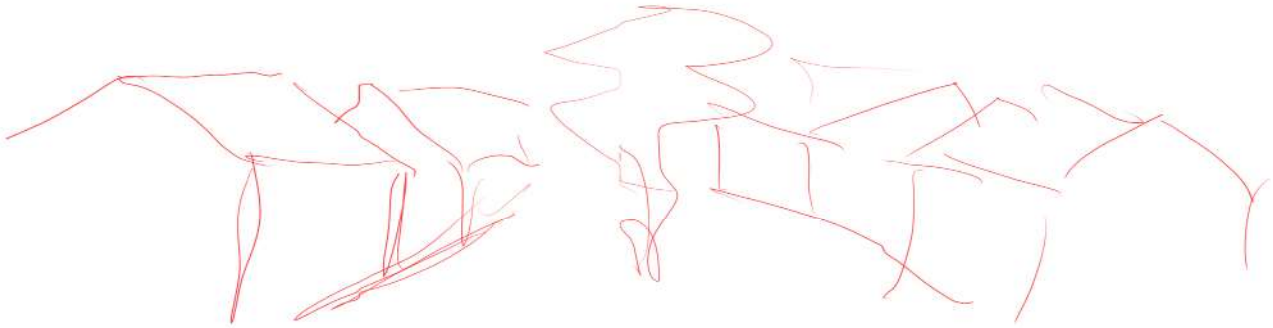


95. Aparece Raposo





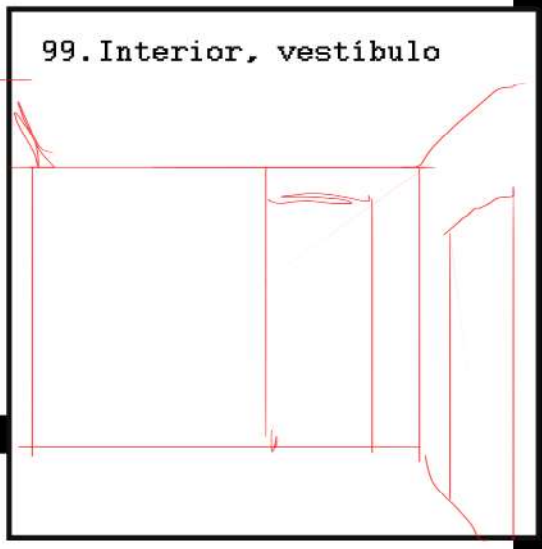
97. Exterior, corredor das residências



98. Fachada exterior do quarto



99. Interior, vestíbulo



"TEM UMA **SALA** SÓ PARA SI..."

quadro100

"...CASA DE BANHO..."

quadro101

"...QUARTO..."

quadro102

"...**SEMPRE** COM ACESSO DIRETO A UM PÁTIO PRIVADO"

quadro103

ENTÃO?

AGRADA-ME, SIM...

VOU ENTÃO CHAMAR ALGUÉM PARA TRAZER OS SEUS PERTENCES

DOUTOR, ALGUMA VEZ FICAREI **NORMAL**?

105. Raposo estende a mão para a porta



MEU CARO, **NINGUÉM** É NORMAL. SÓ AQUELE QUE FOGE À ANORMALIDADE É O **VERDADEIRO** ANORMAL, EMBORA NÃO GOSTE DE USAR ESSA PALAVRA

SEMANAS DEPOIS

107. Interior espaço ecuménico, plano grande, vemos Gustavo de pé a olhar para cima

quadro107

A **ENFERMEIRA** **ANA** DISSE QUE PODERIA ESTAR POR AQUI. QUERIA-LHE INFORMAR QUE ESTÁ EM **CONDIÇÕES** DE RECEBER **ALTA**. OS EPISÓDIOS ESTÃO **CONTROLADOS**, AS ALUCINAÇÕES PARECEM TER DESAPARECIDO, O **PRÓPRIO** GUSTAVO PARECE MAIS RACIONAL E CONVINCENTE

108. Aparece Raposo

ISSO QUER DIZER QUE POSSO **IR** EMBORA?

quadro108

SIM, EMBORA EU **NÃO** ACONSELHE... O GUSTAVO ESTÁ **SOZINHO**, NÃO PODEMOS PROMETER QUE IRÁ CONTINUAR A FAZER MEDICAÇÃO E QUE ESTA RESULTE, NÃO TEM **NINGUÉM** PARA O CONTROLAR. NO CASO DE ALGUÉM QUE POSSA DEPENDER DE FAMILIARES, DISPOMOS O PACIENTE AO **SEU** CUIDADO, NO SEU CASO PARTICULAR, QUE ACONTECE SE HOUVER UMA EMERGÊNCIA, SE SE MAGOAR A SI PRÓPRIO, OU MAGOAR **OUTROS**? A SUA CONDIÇÃO É **COMPLICADA**, MAS CONTROLÁVEL, ESSENCIALMENTE POR **VONTADE** PRÓPRIA, É SEMPRE PREFERÍVEL TER ALGUÉM PARA O AJUDAR. A MINHA PROPOSTA É **CONTINUAR** CÁ. CONTINUARIA **NO** QUARTO ONDE ESTÁ. COMO AINDA É RELATIVAMENTE **JOVEM** E PARECE ESTAR CONTROLADO, PODERIA ARRANJAR UM **EMPREGO** NAS PROXIMIDADES, E VOLTAR À CLÍNICA NO FINAL DO DIA. FARIA A REINTRODUÇÃO NA **SOCIEDADE** POUCO-A-POUCO, ATÉ UM DIA ESTAR **REALMENTE** PRONTO PARA VOLTAR A DEPENDER APENAS DE **SI** PRÓPRIO

A PORTA ESTÁ ABERTA, A ESCOLHA É **SUA**. DECIDA PARA QUE **LADO** VAI E INFORME-ME. VOU ESTAR NO MEU GABINETE

109. Raposo dirige-se para a saída

quadro109

110. Grande plano, Gustavo de pé no meio do espaço ecuménico,
do lado direito a Mania tem uma mão no seu ombro,
do lado esquerdo está a Depressão

quadro110

PARA QUE LADO VOU EU...

Fim.

Anexo X
peças de apresentação

i.maquetas

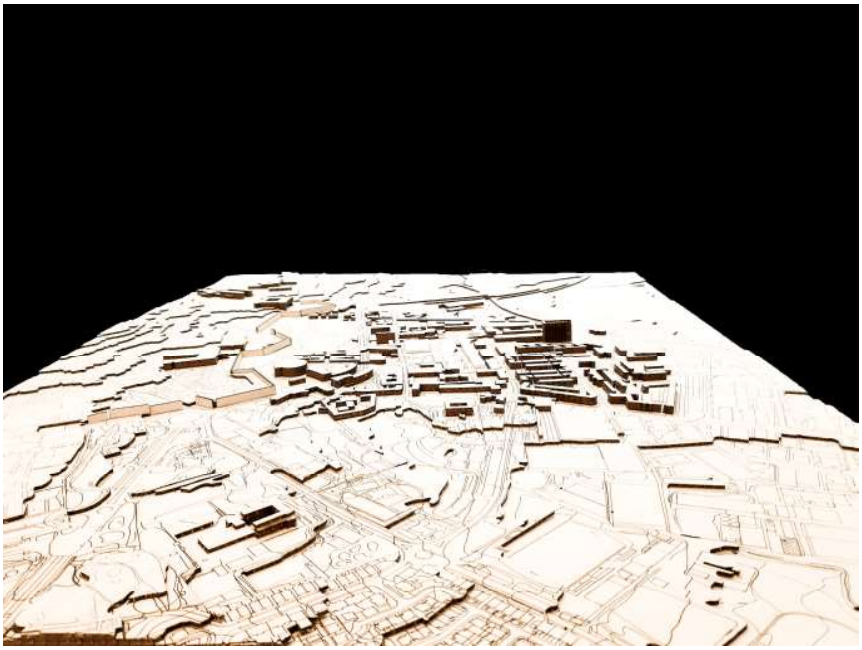


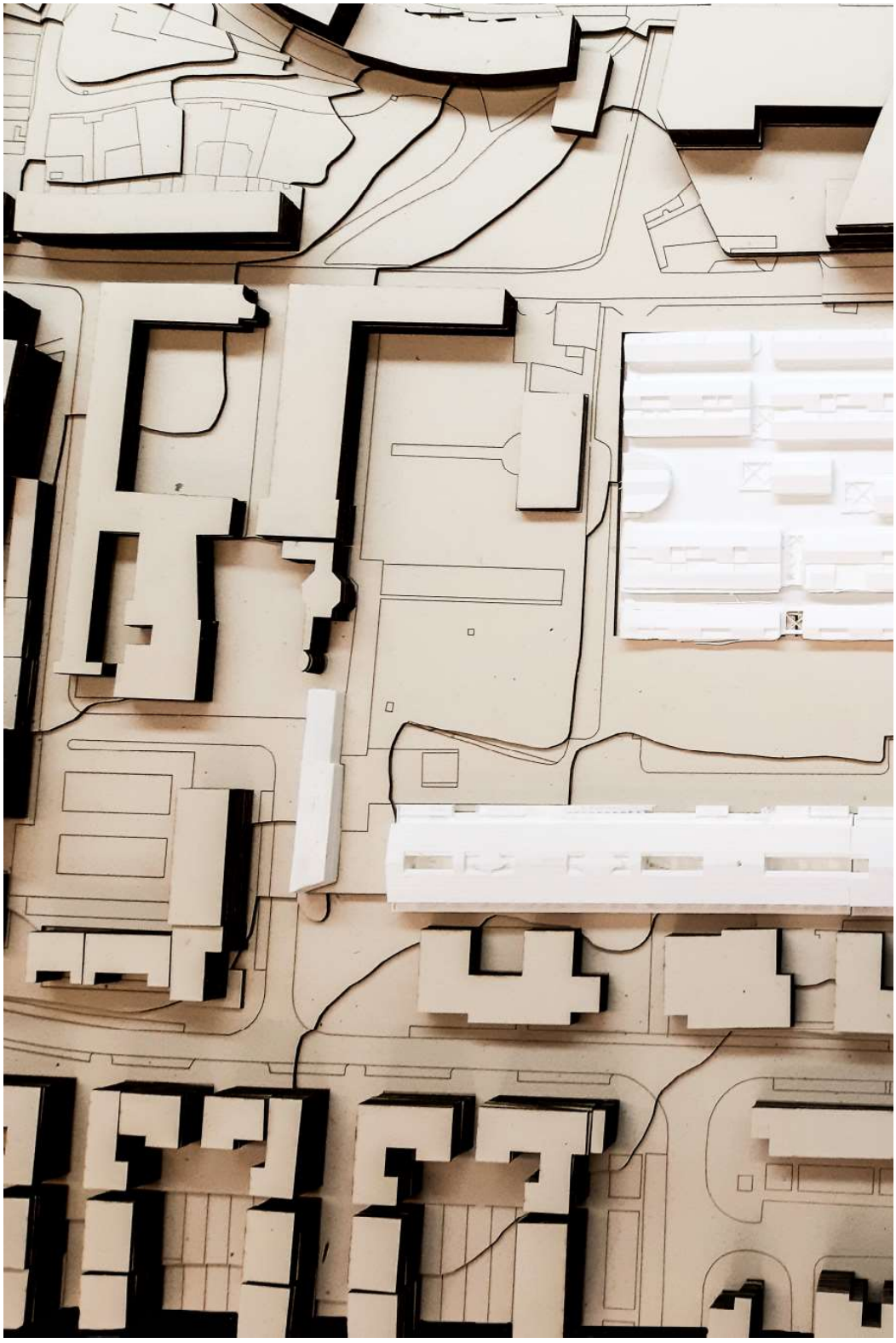


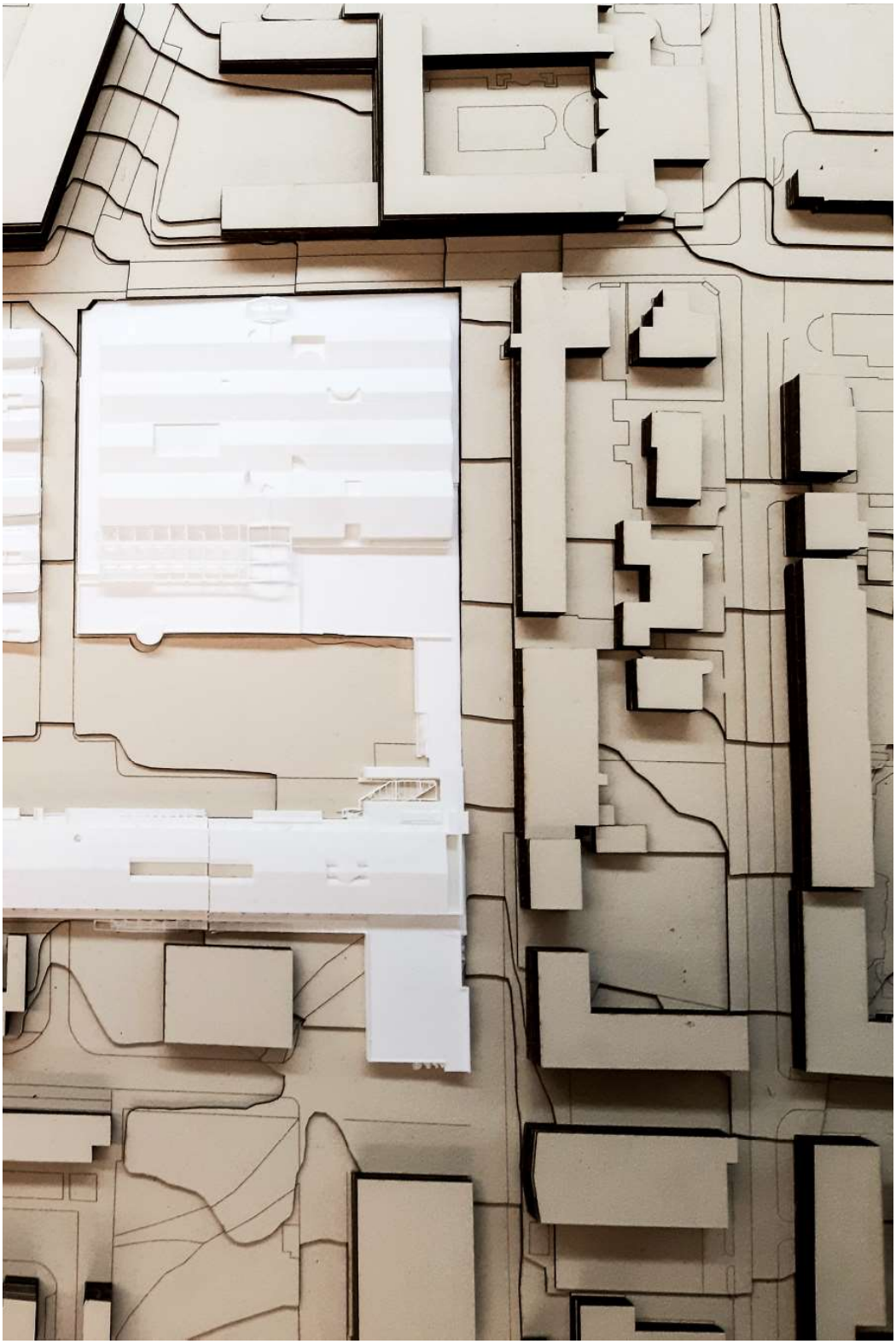
Escala: 1/2000





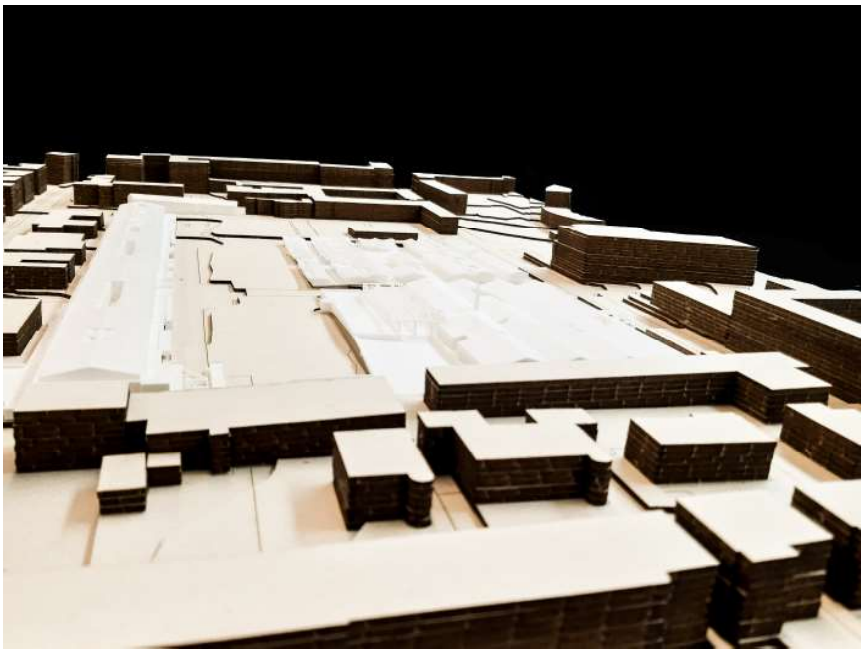




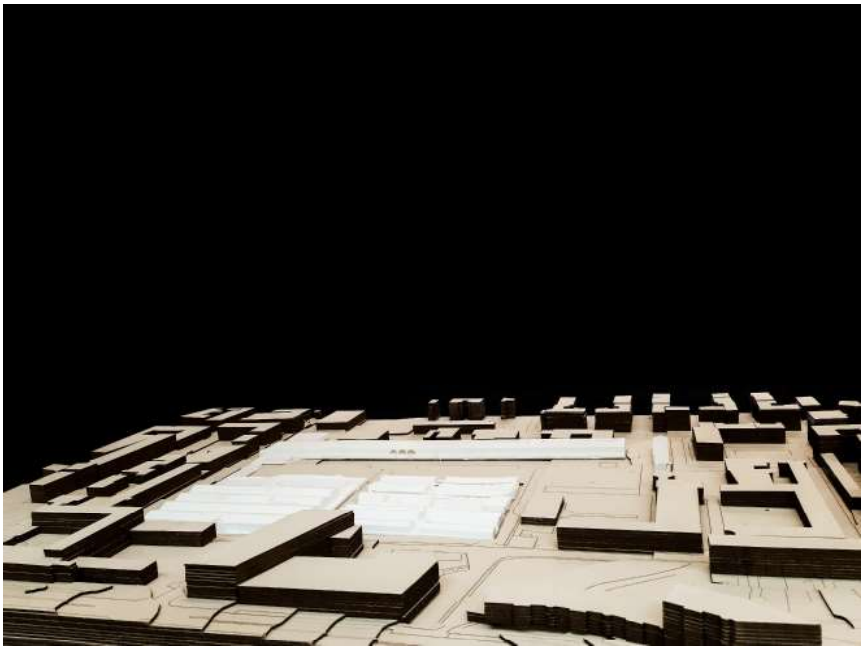


Escala: 1/500

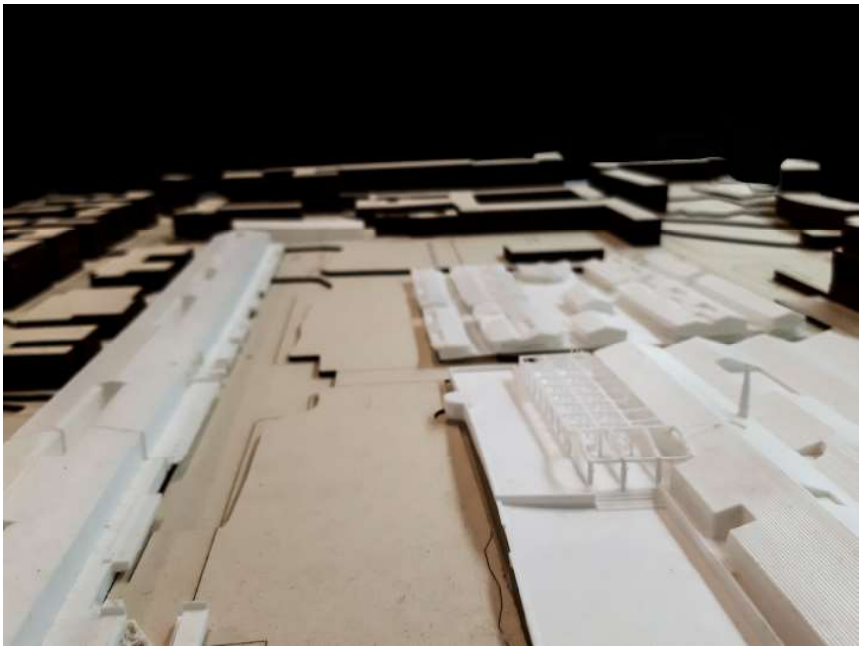


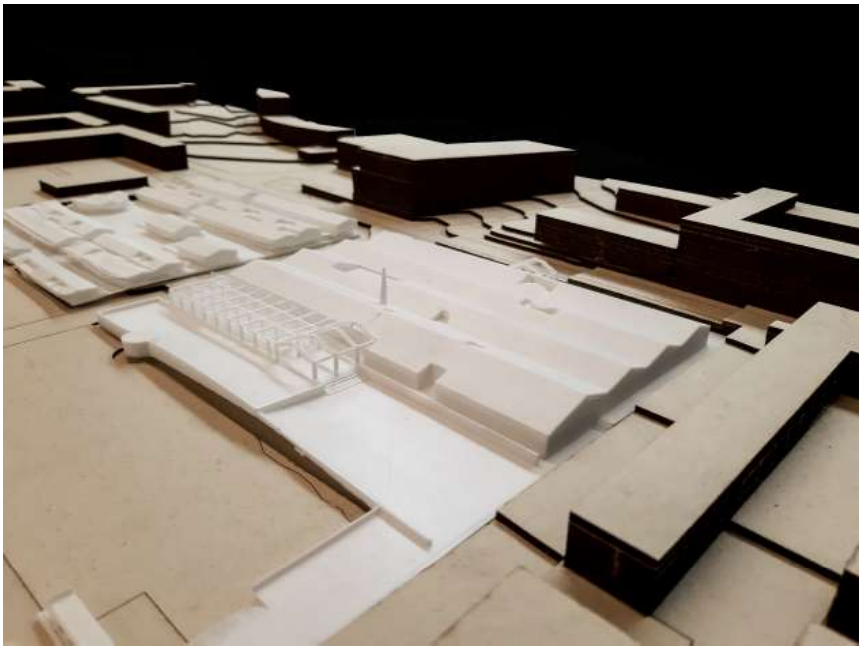




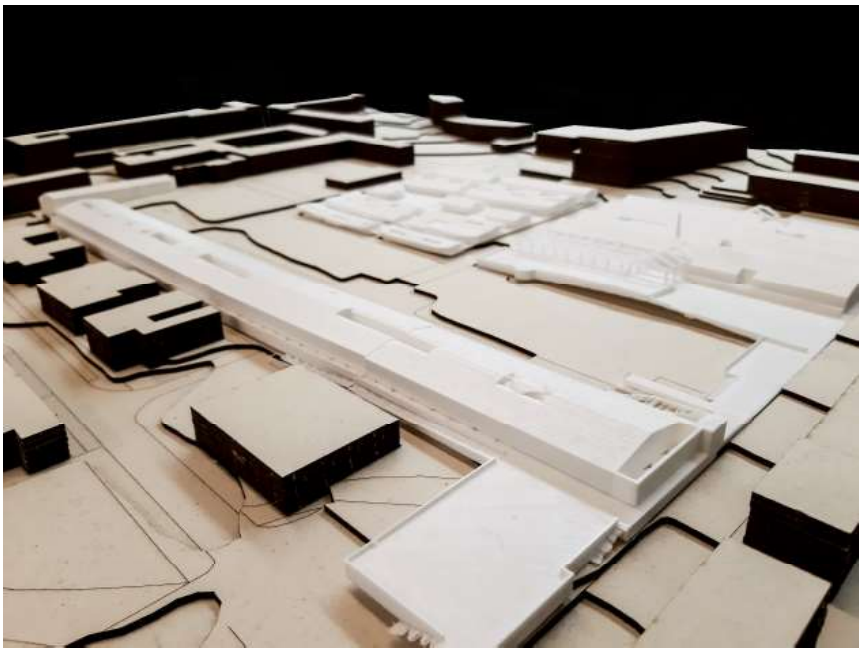


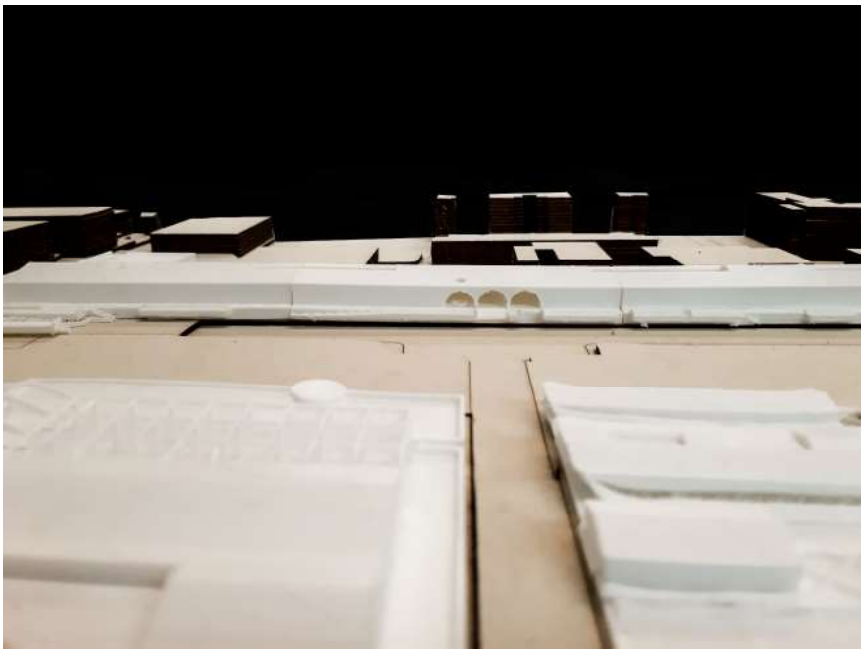


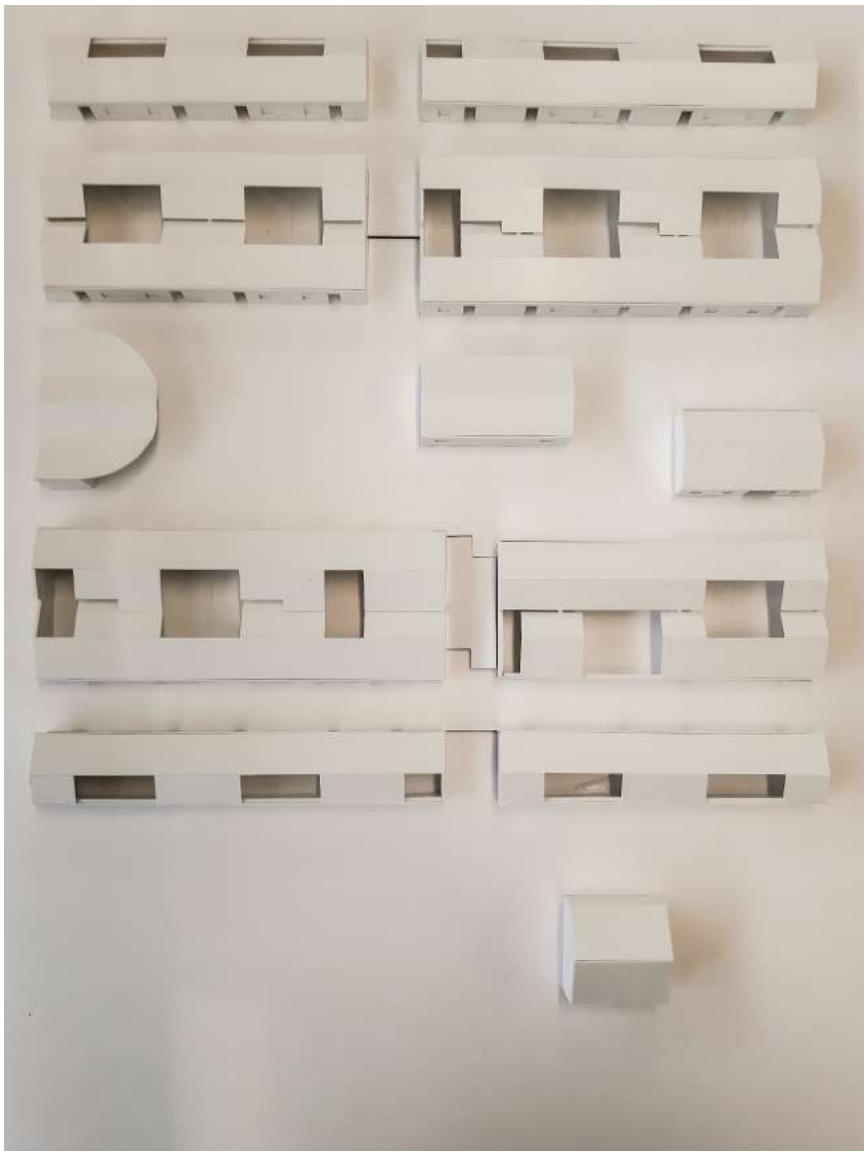




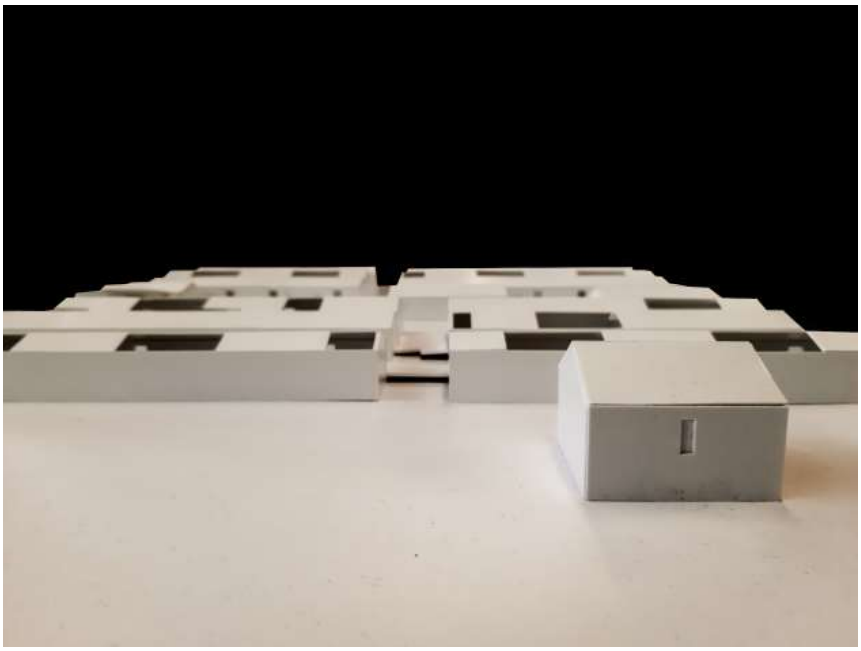


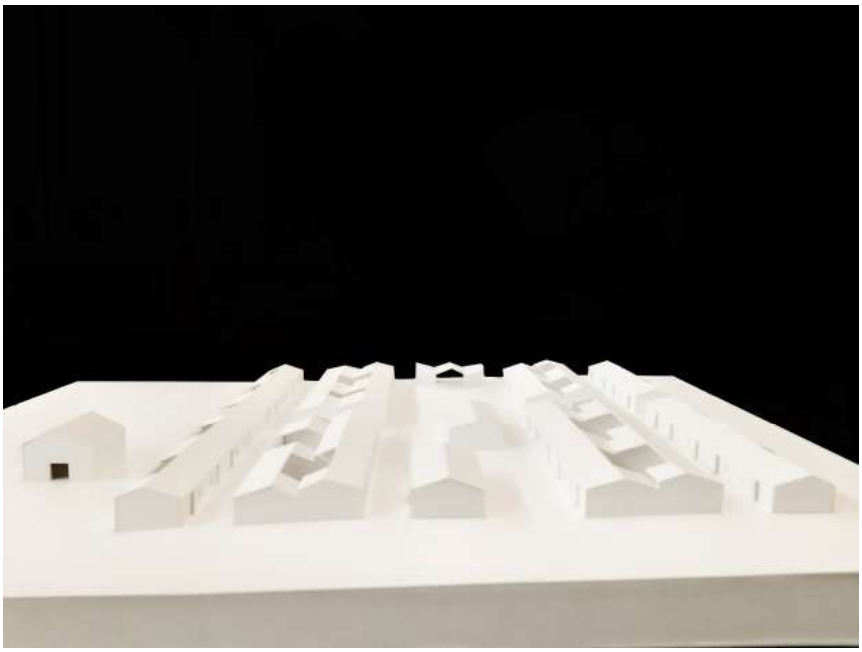


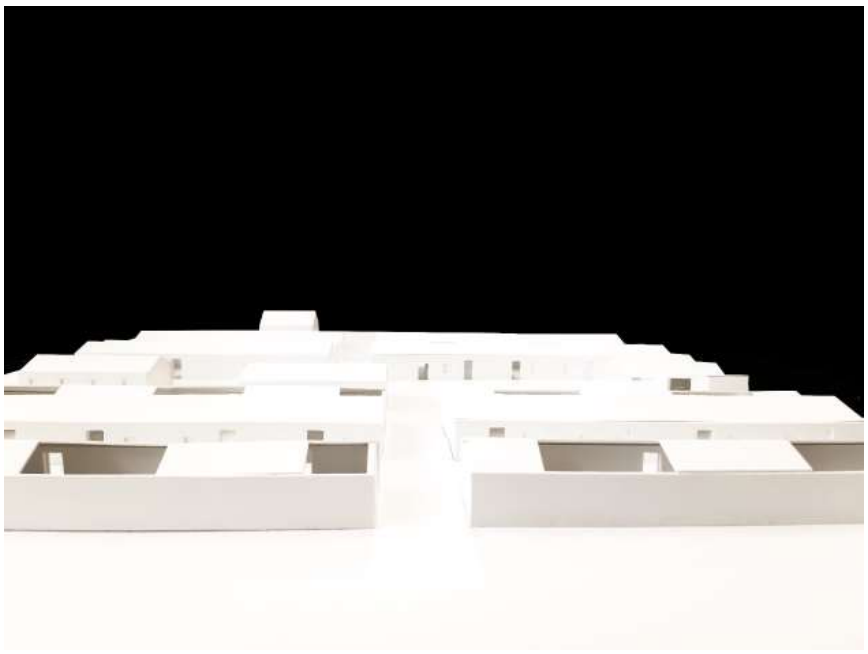




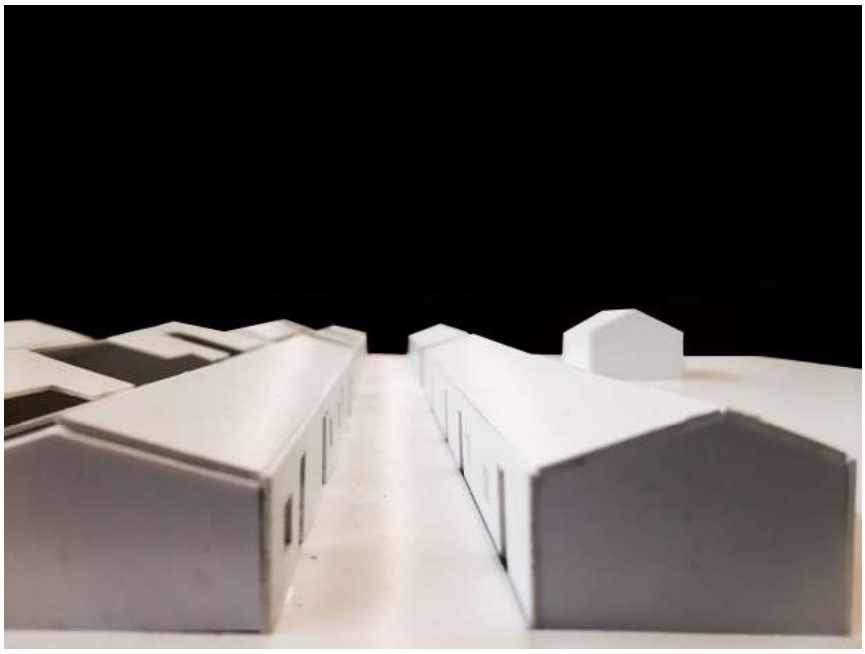
Escala: 1/200



















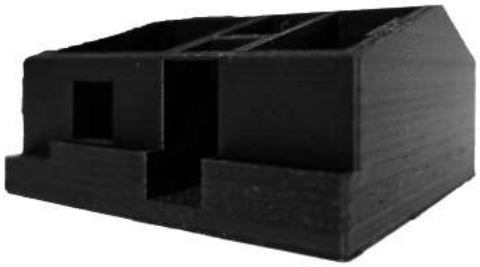


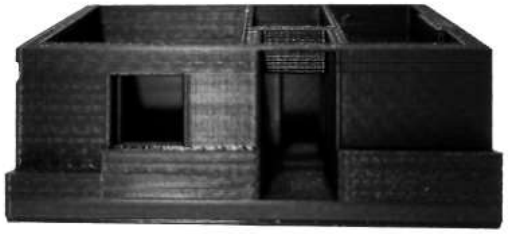


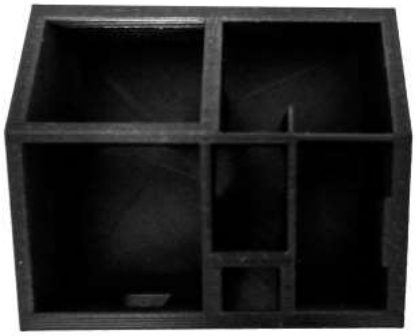
Tipologia A

Escala: 1/100

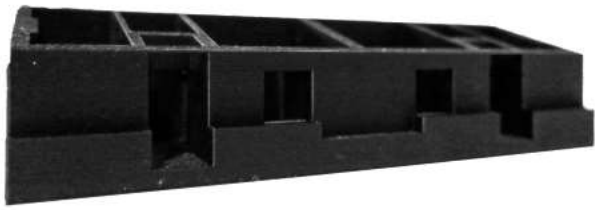


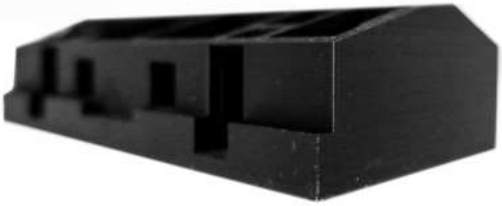


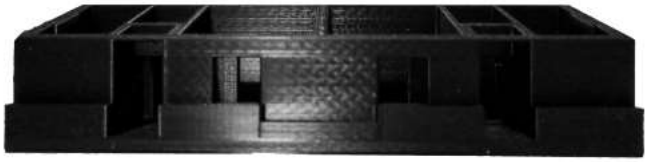




Tipologia B









Tipologia C





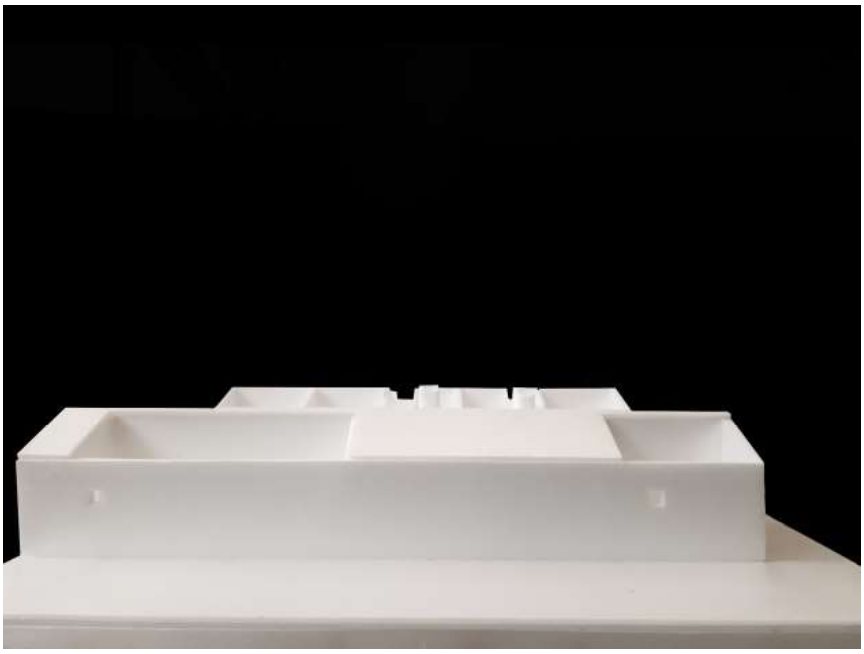




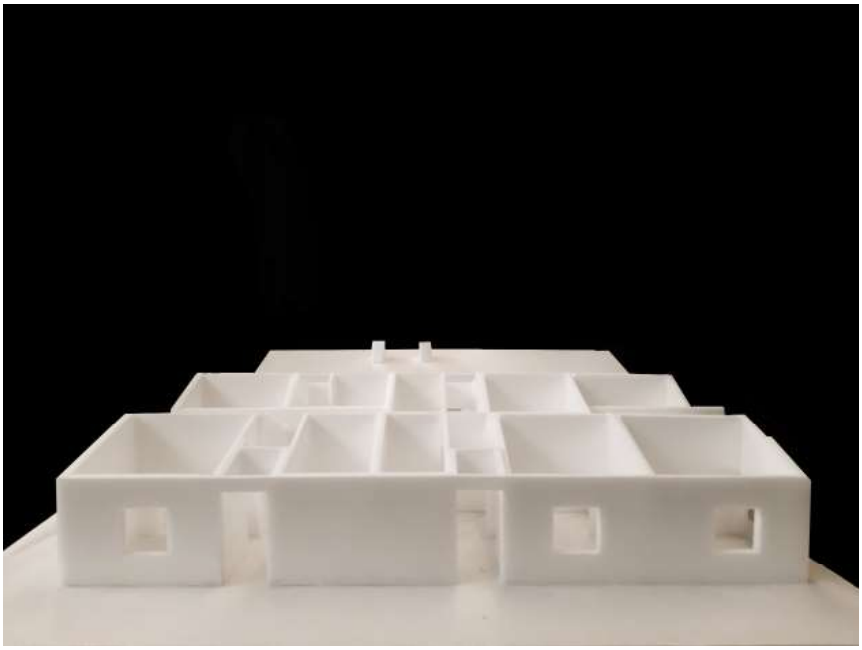


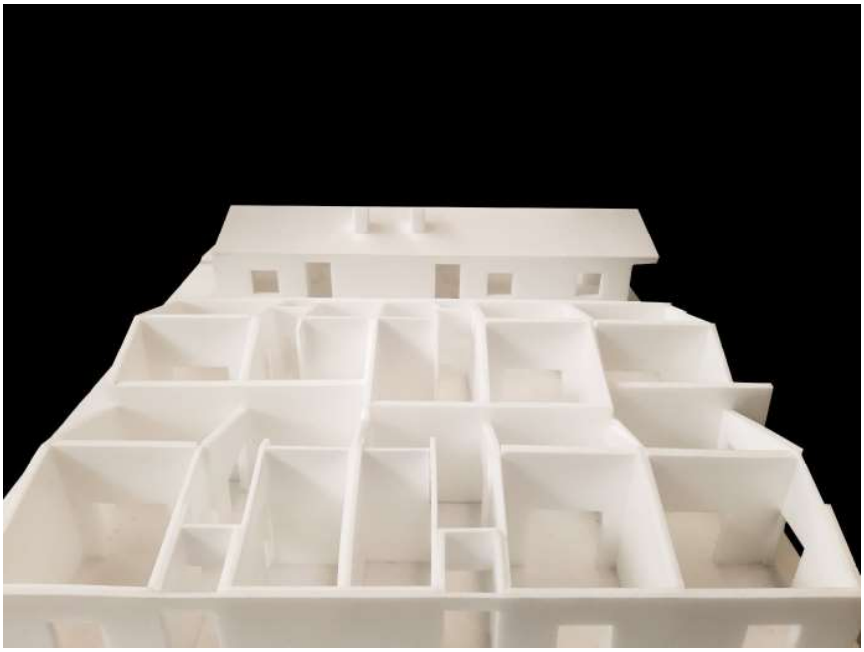
Escala: 1/50

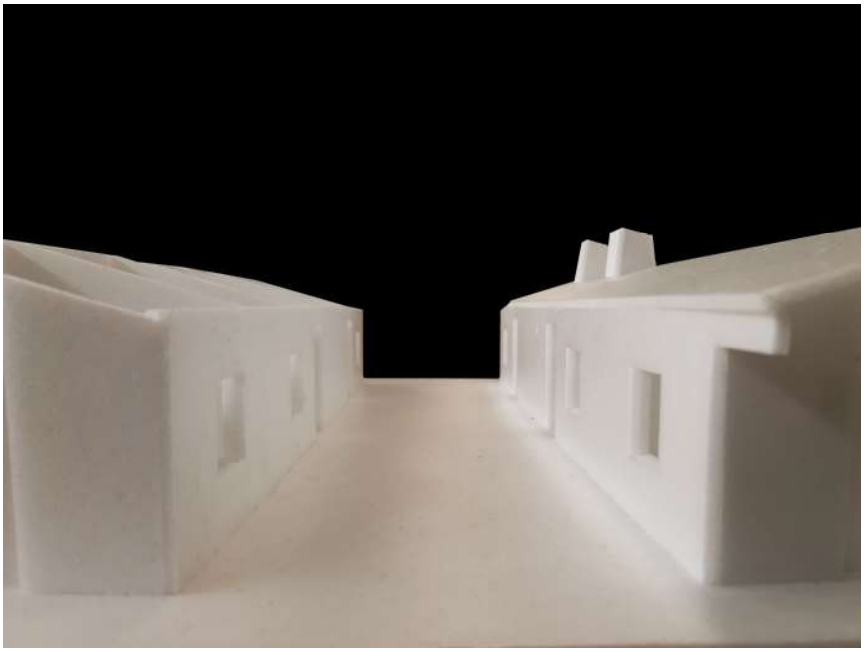




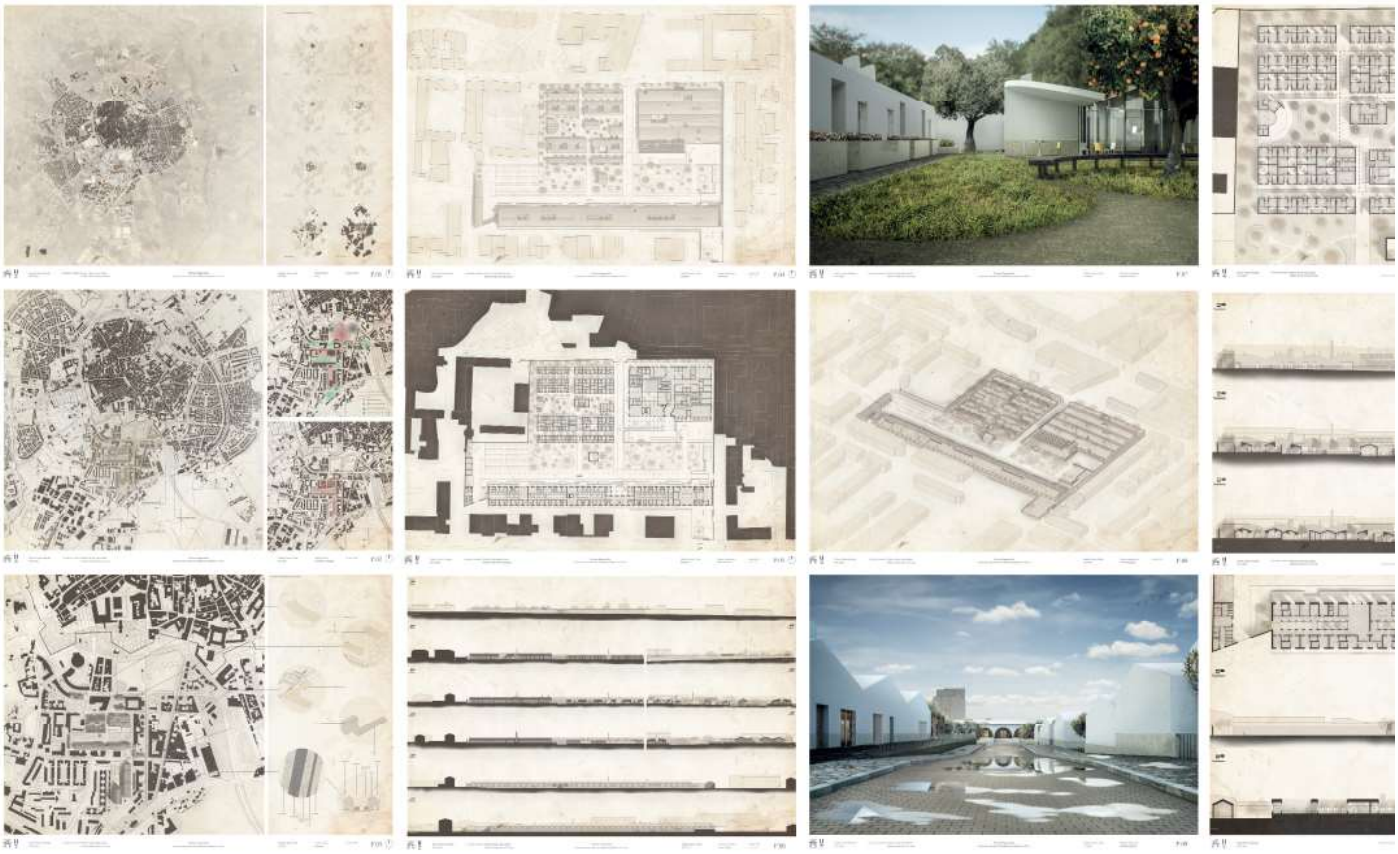


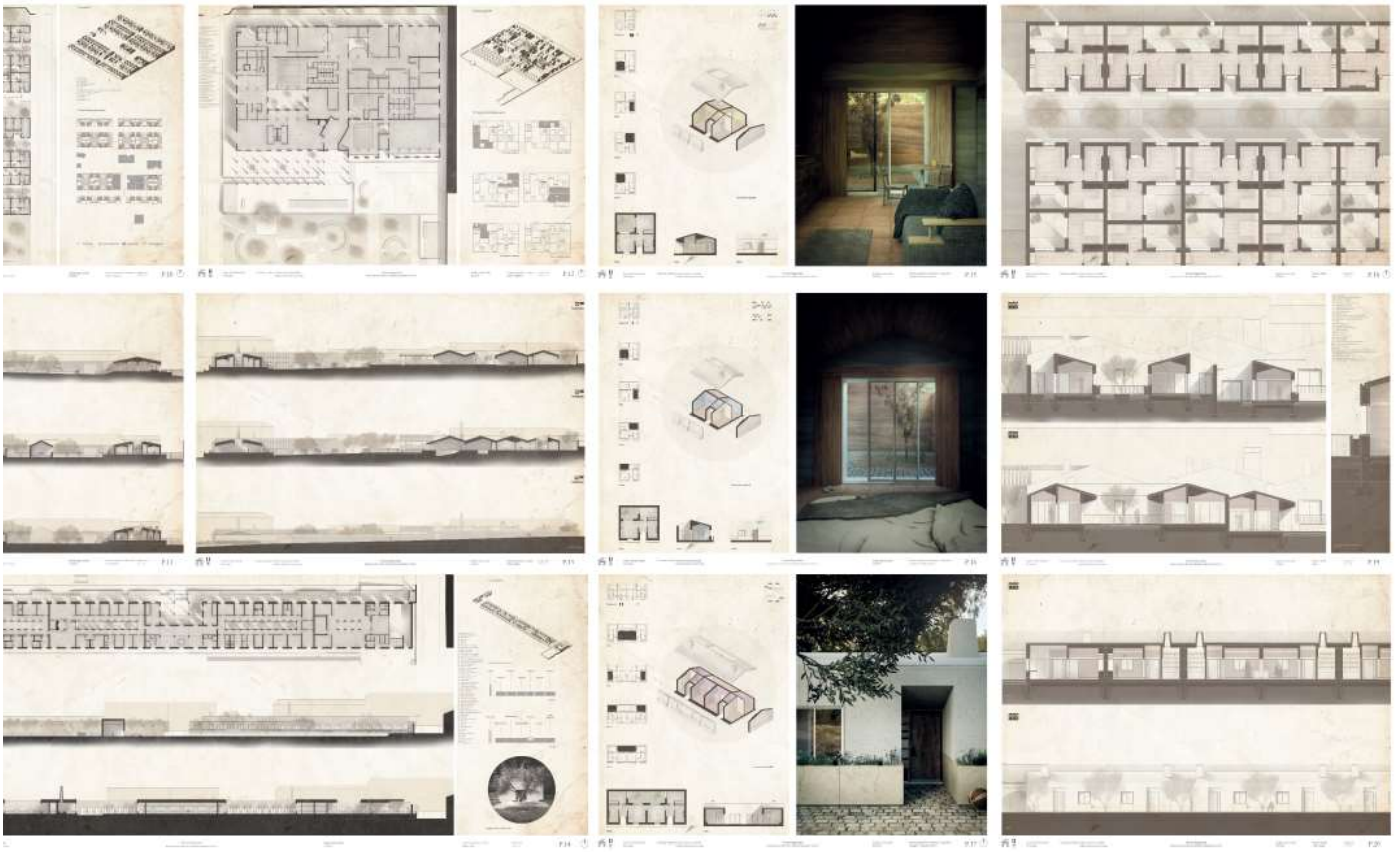




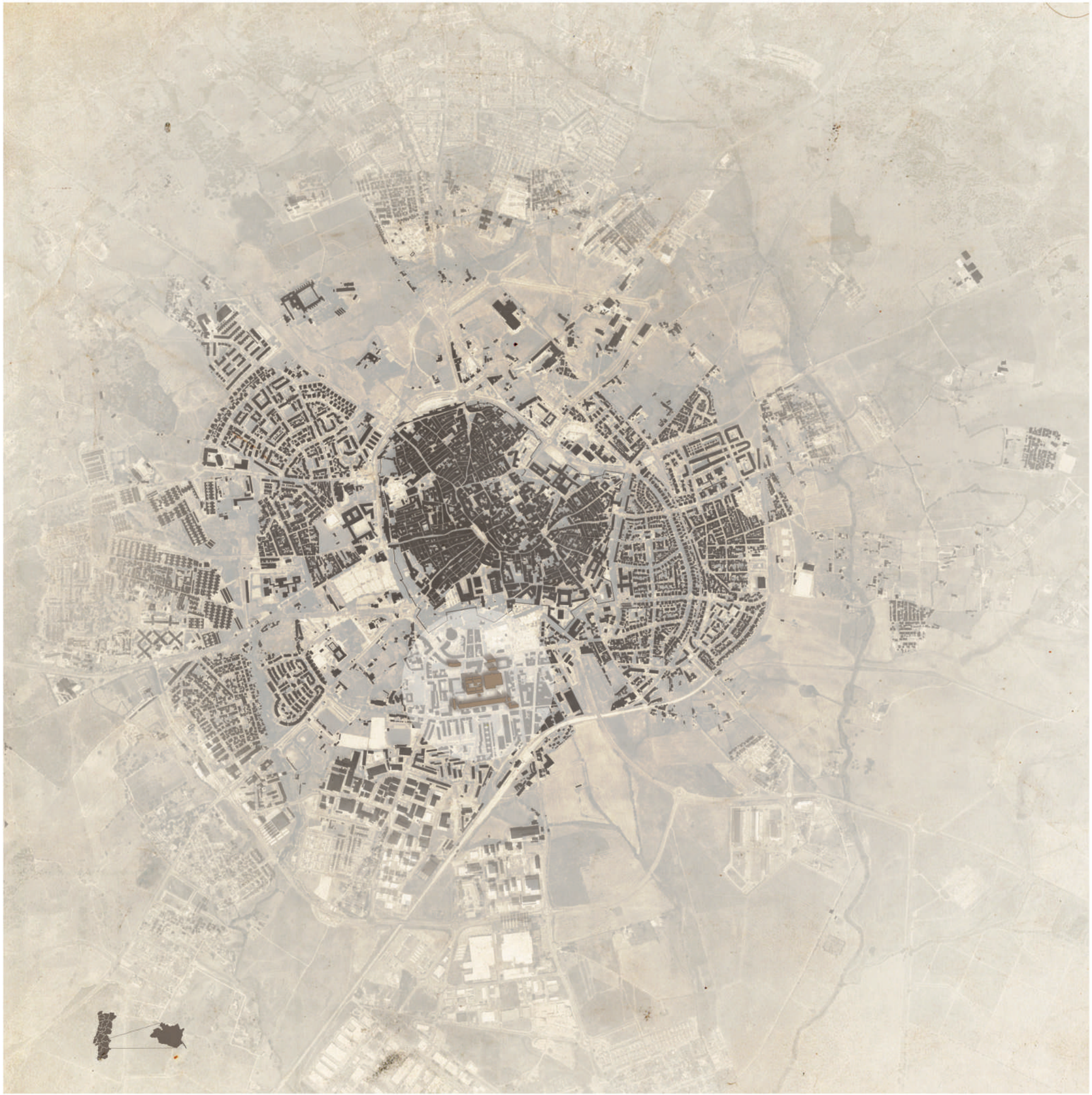


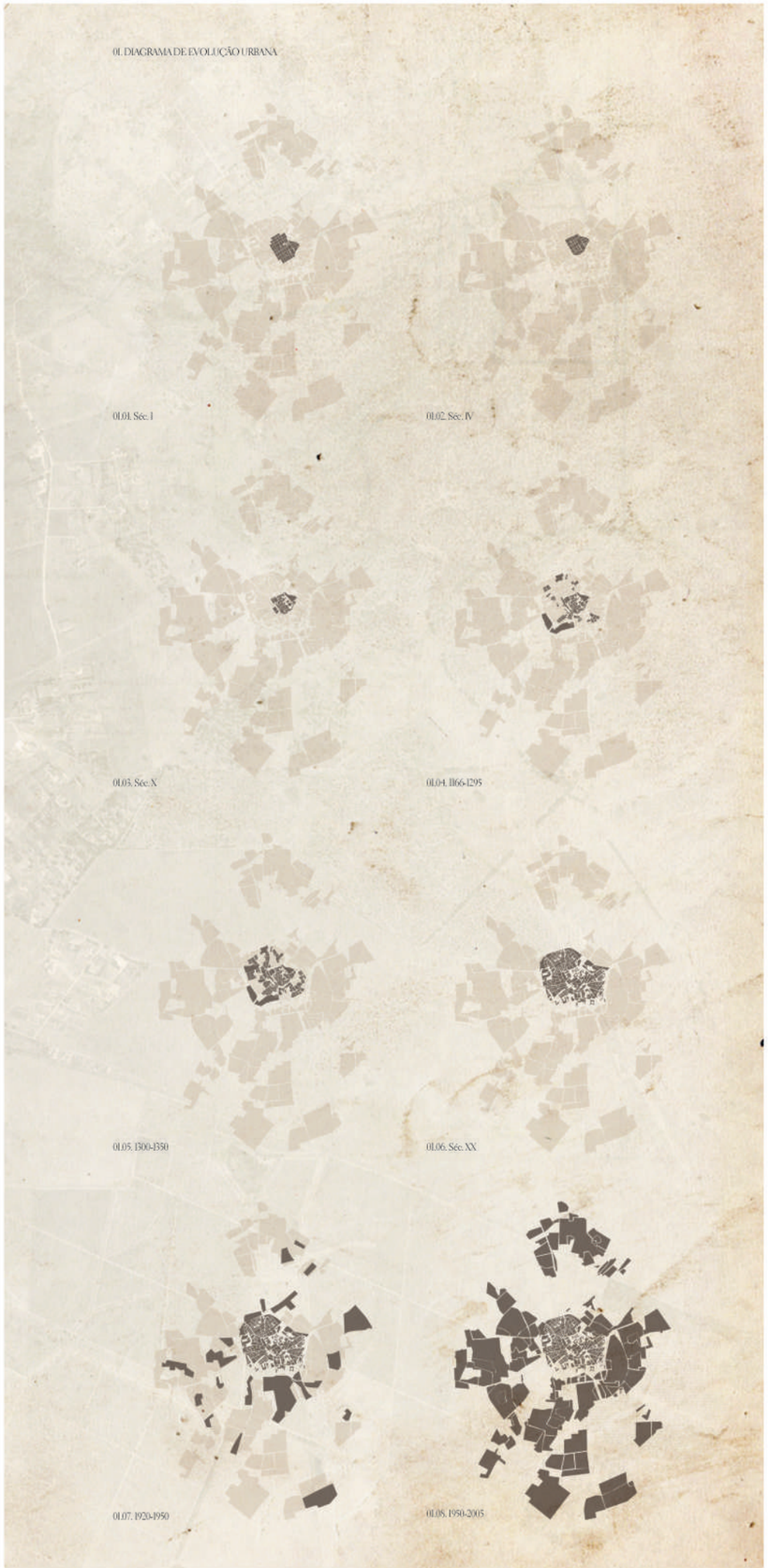
ii.painéis





01. DIAGRAMA DE EVOLUÇÃO URBANA





Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

Rodolfo Capeto Coelho
20130350

Enquadramento
Évora

Escala: 1/10000

P.01





01. Situação existente



02. Proposta

Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

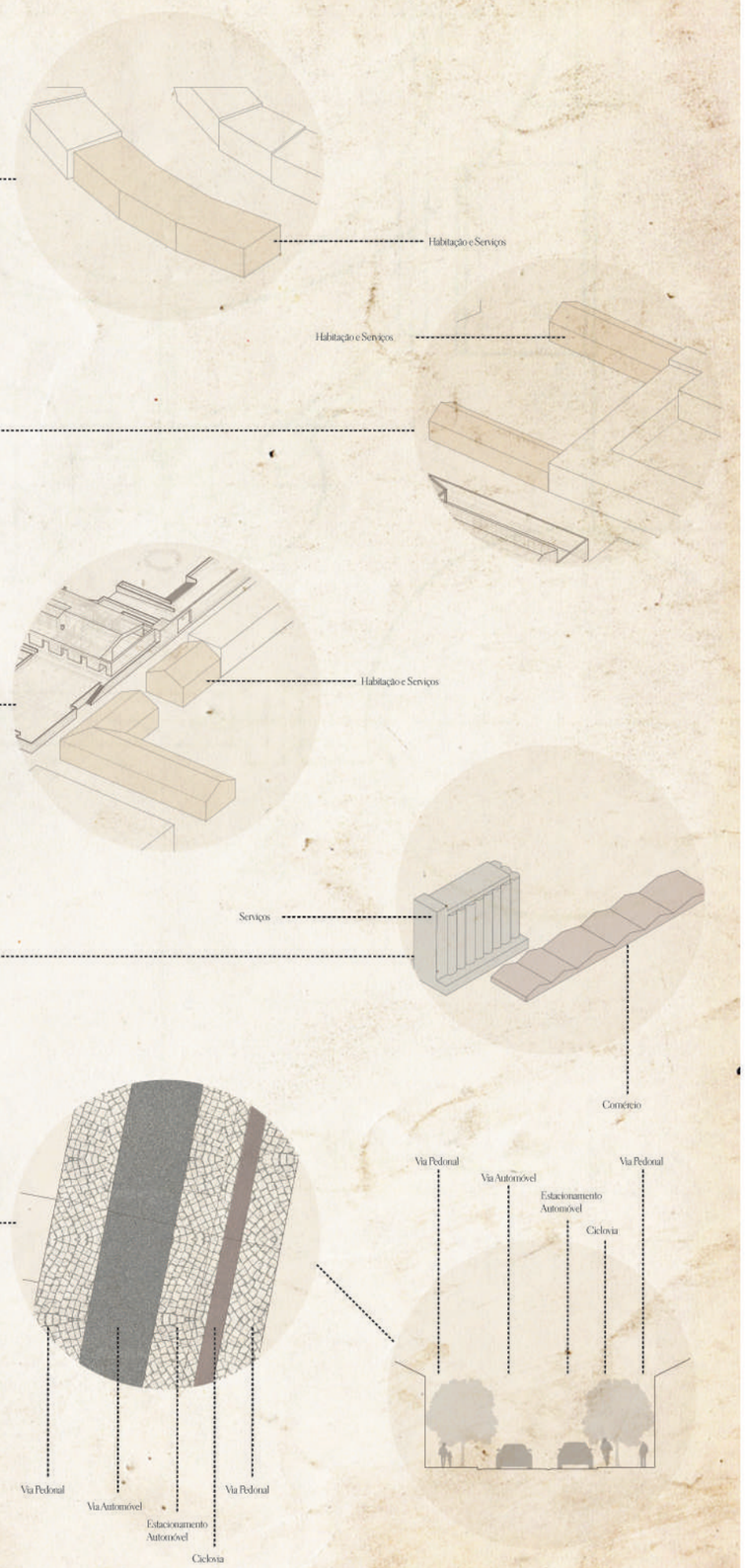
Rodolfo Capeto Coelho
20130350

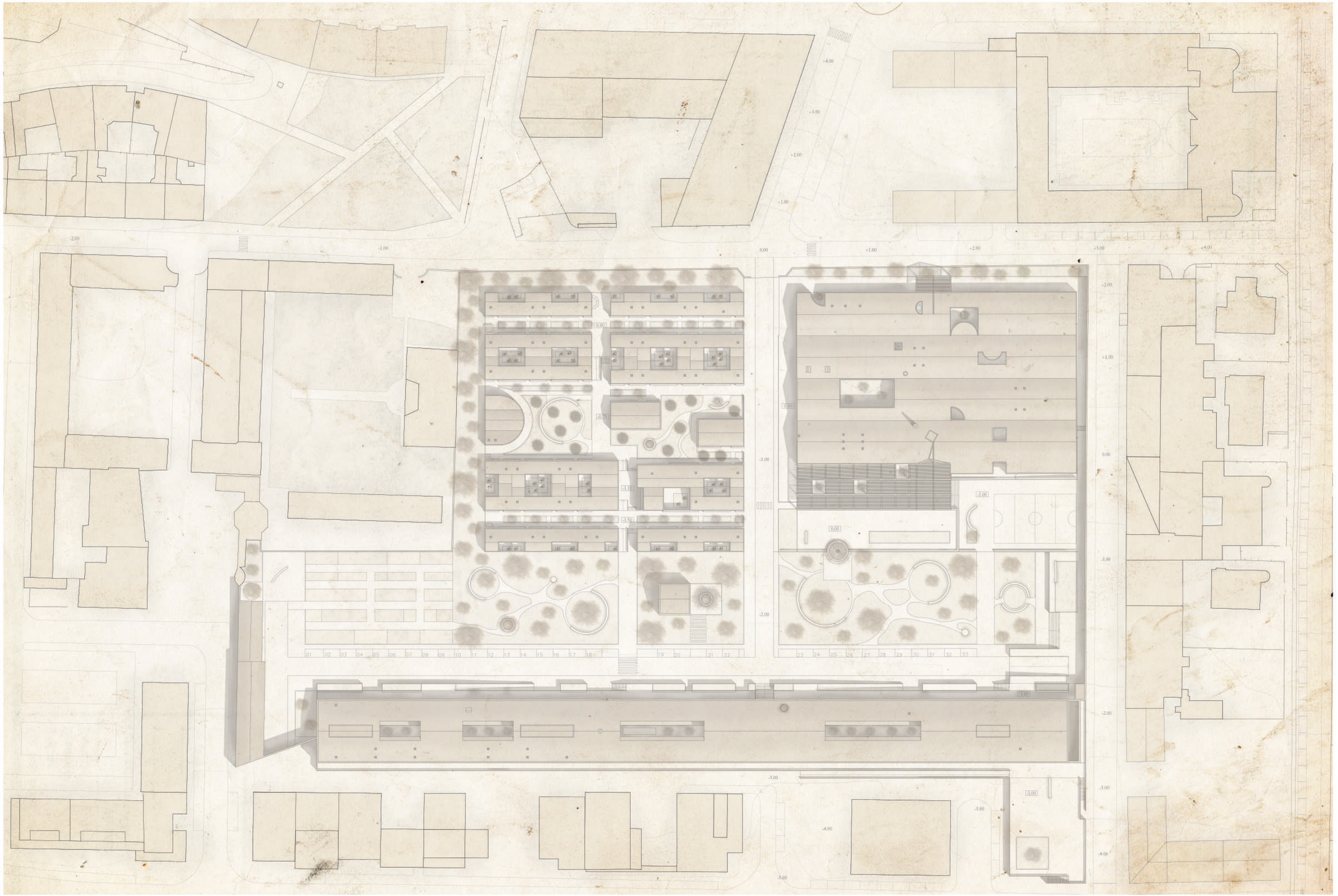
Proposta urbana
Localização | Estratégia

Escala:1/5000

P.02

01. Diagramas de funcionalidades da proposta urbana





Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

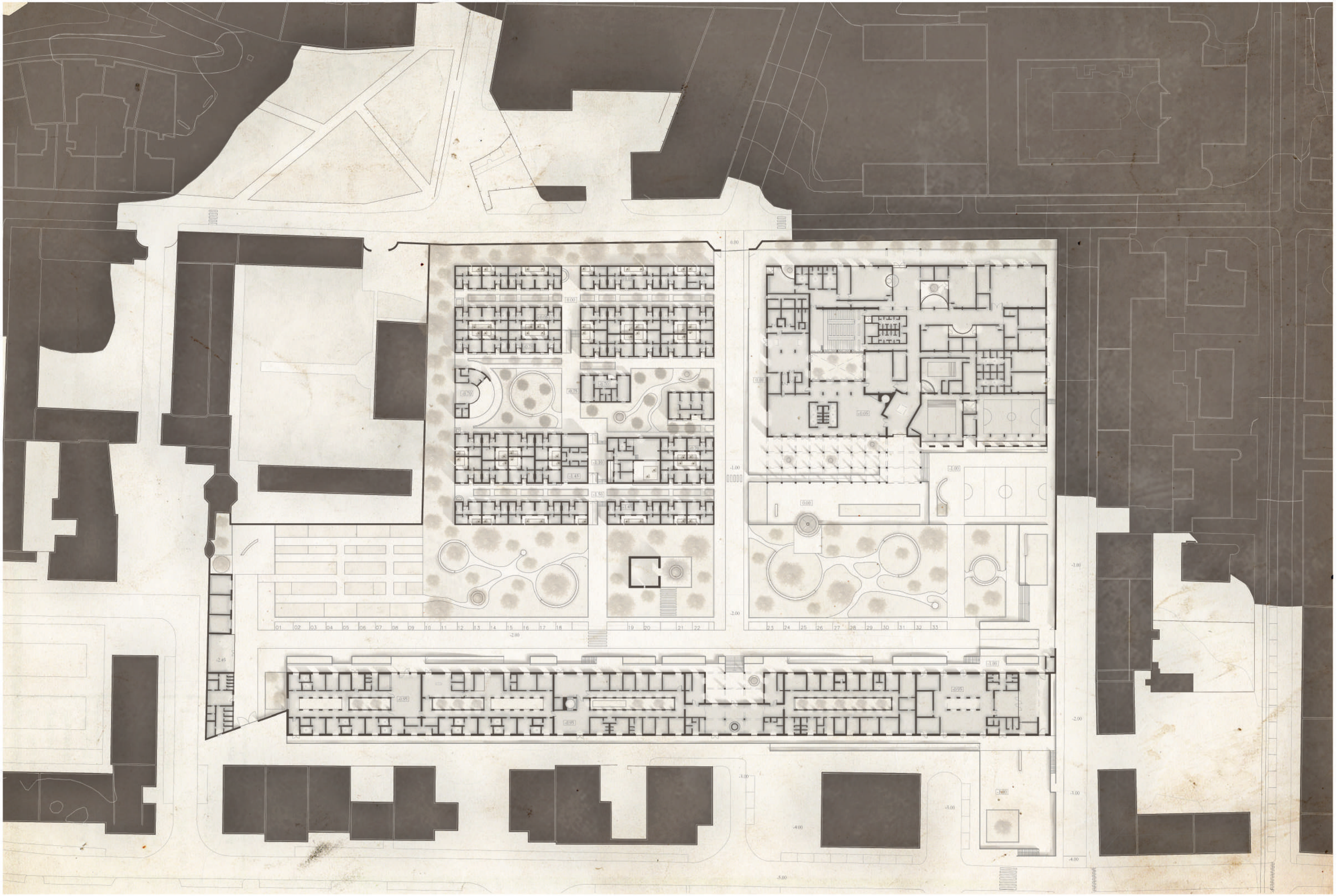
Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

Rodolfo Capeto Coelho
20130350

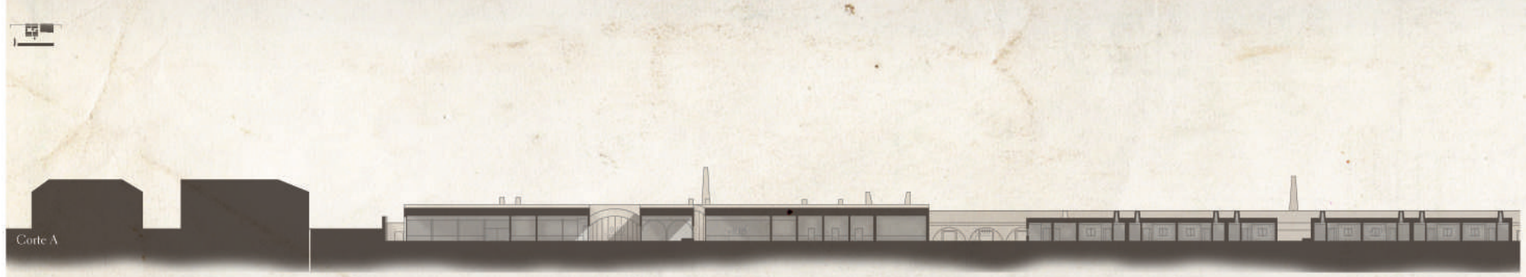
Proposta arquitetónica
Implantação

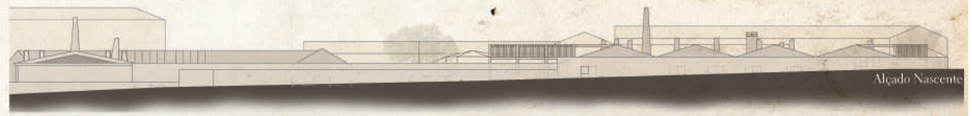
Escala: 1/500
+200.0 - 0.00

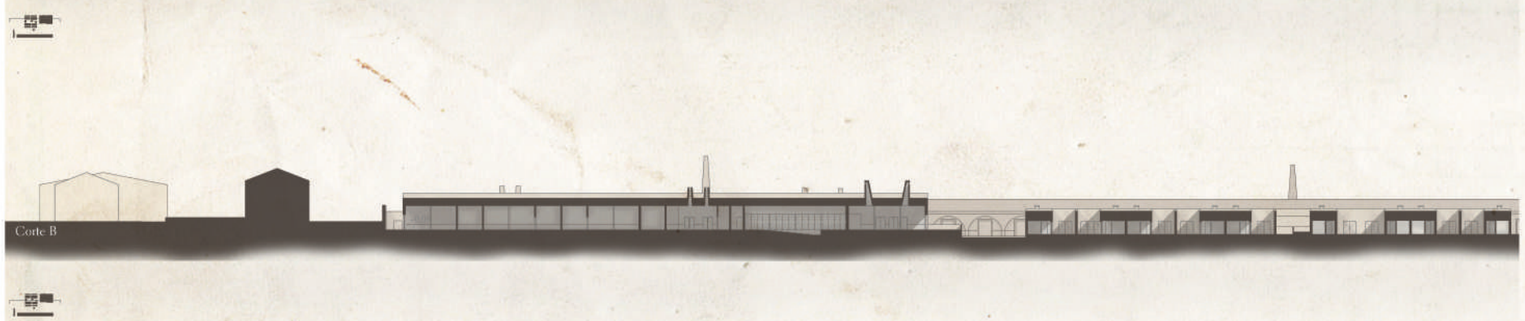
P.04

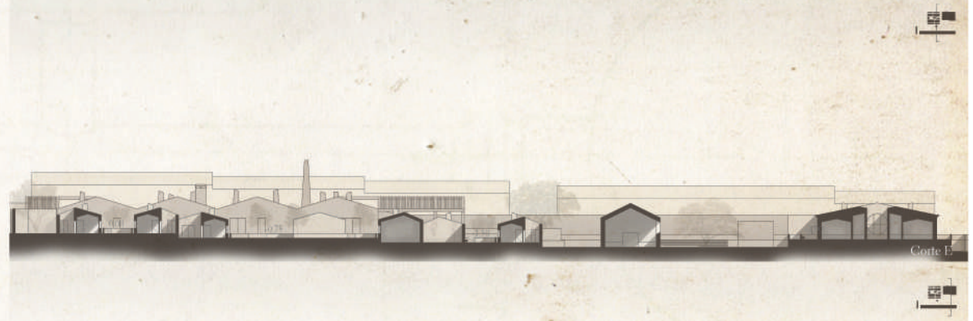


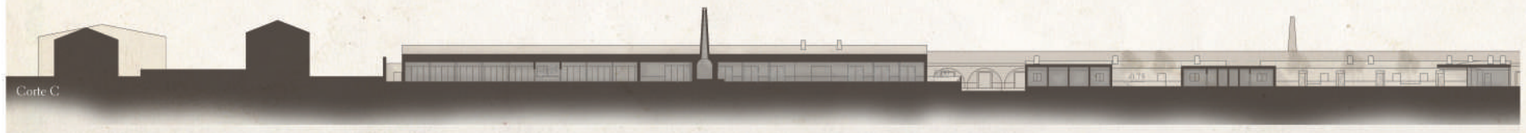


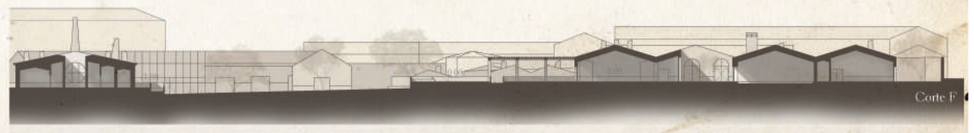


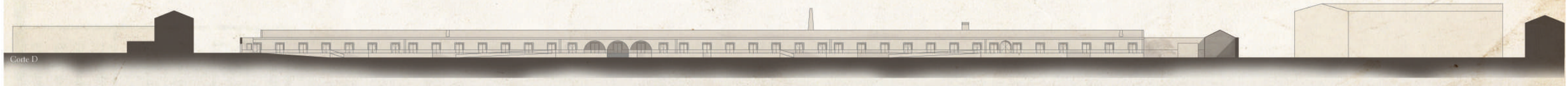














Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

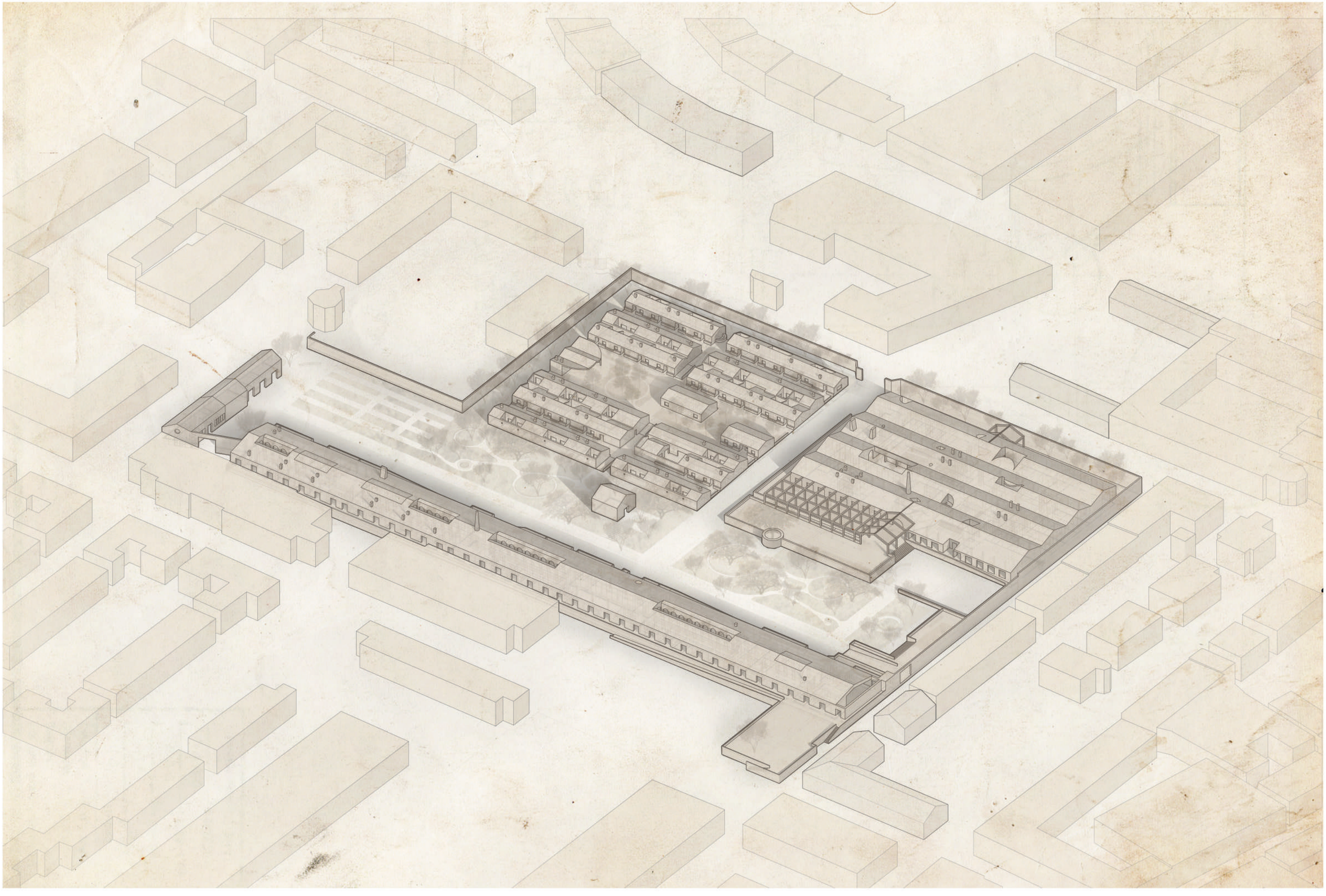
Rodolfo Capeto Coelho
20130350

Proposta arquitetónica
Cortes | Alçados

Escala:1/500
+260.0 = 0.00

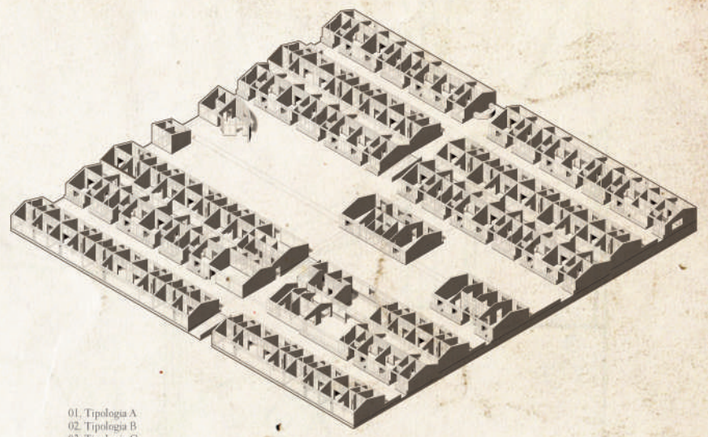
P.06







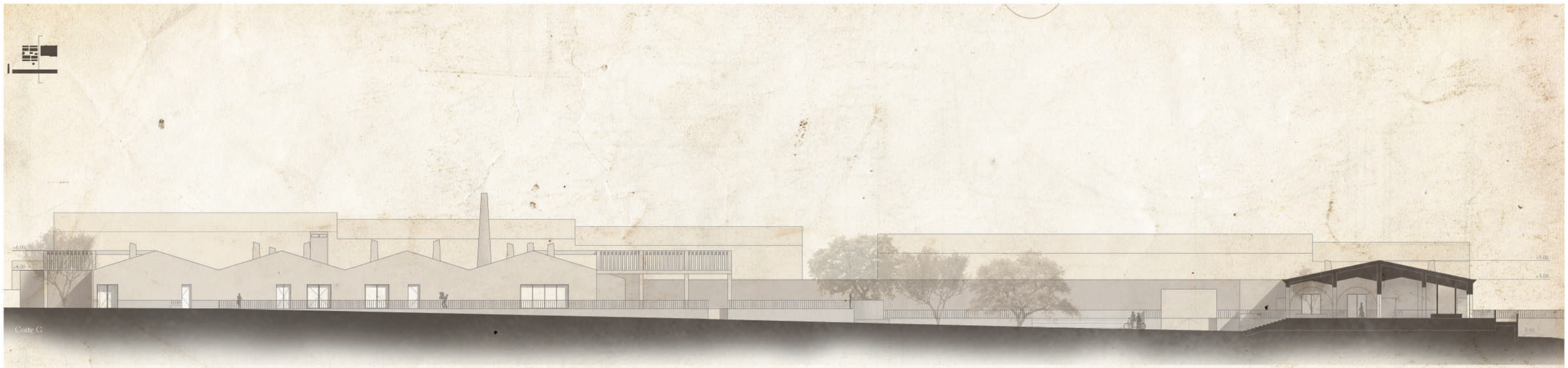
01. Axonometria 1/500

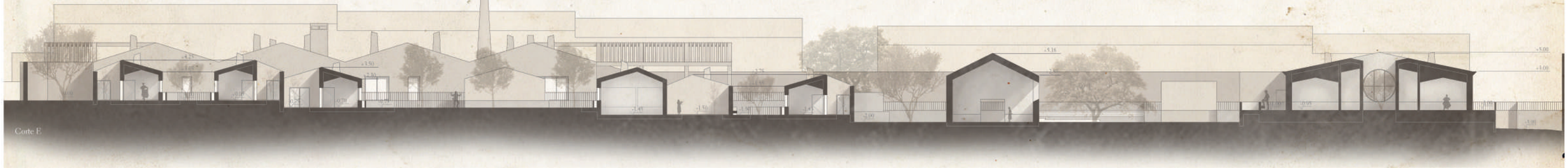


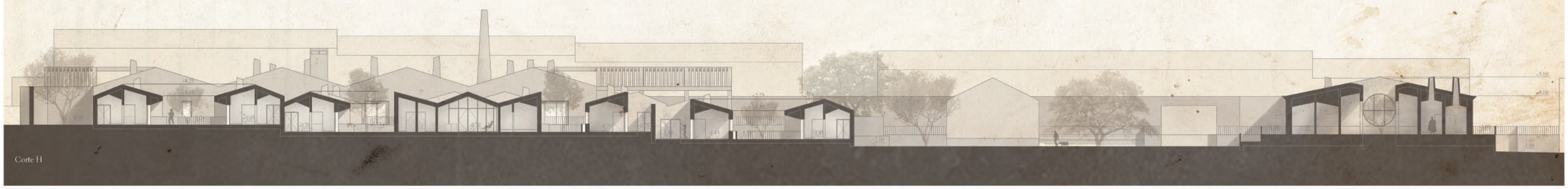
01. Tipologia A
02. Tipologia B
03. Tipologia C
04. Cabeleireiro/Esteticista
05. Lavandaria
06. Café
07. "Casa dos Funcionários" - Posto de enfermagem/sala de banco
08. "Casa do Guarda" - segurança
09. Espaço Ecuménico
10. Área técnica
11. Arrumos
12. Depósito de lixo

02. Diagrama de disposição espacial da habitação









Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

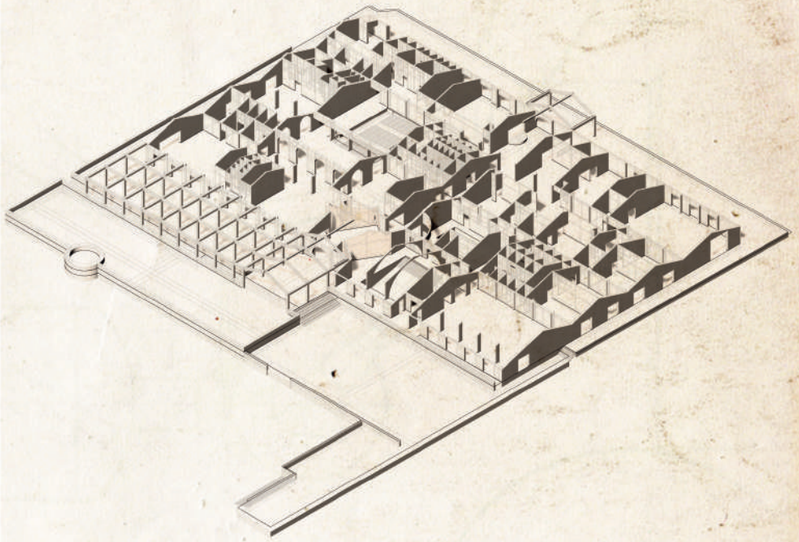
Rodolfo Capeto Coelho
20130350

Proposta arquitetónica | Residências
Cortes | Alçados

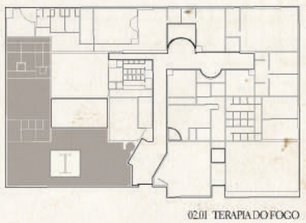
Escala:1/200
+260.0 - 0.00

13. Receção principal
14. Sala comum
15. Instalação Sanitária (I.S.)
16. Refeitório
17. Cozinha Mestra/Lúdica
18. Copa
19. Pia de despejo
20. Depósito de lixo
21. Vestiários
22. Câmara frigorífica
23. Armazém comida
24. Armazém bebida
25. Área técnica
26. Green room
27. Balneários - auditório
28. Backstage
29. Armazém/arrumos Sala de Música/Auditório
30. Sala de Música
31. Auditório
32. Sala de apoio - auditório
33. Receção secundária
34. Arrumos Sala de Teatro
35. Sala de Teatro/Sala polivalente
36. Oficina
37. Arrumos Oficina
38. Arrumos
39. Atelier de vestuário/ atelier polivalente
40. Atelier de sapataria/ atelier polivalente
41. Oficina de Artes
42. Sala de Informática
43. Biblioteca
44. Depósito Biblioteca
45. Balneários
46. Salas de fisioterapia
47. Piscina termal
48. Salas de bombas/arrumos
49. Piscina lúdica/hidroterapia
50. Ginásio

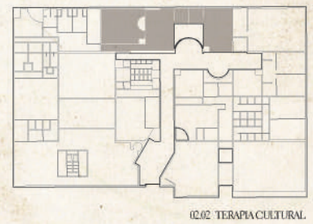
01. Axonometria 1/500



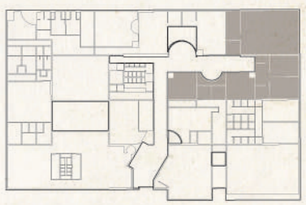
02. Diagrama de distribuição espacial



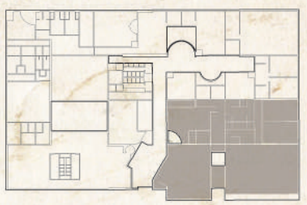
02.01 TERAPIA DO FOGO



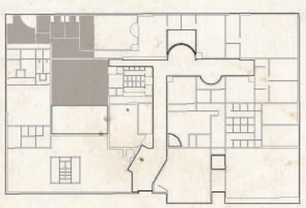
02.02 TERAPIA CULTURAL



02.03 TERAPIA OFICINAS (TRABALHOS MANUAIS)



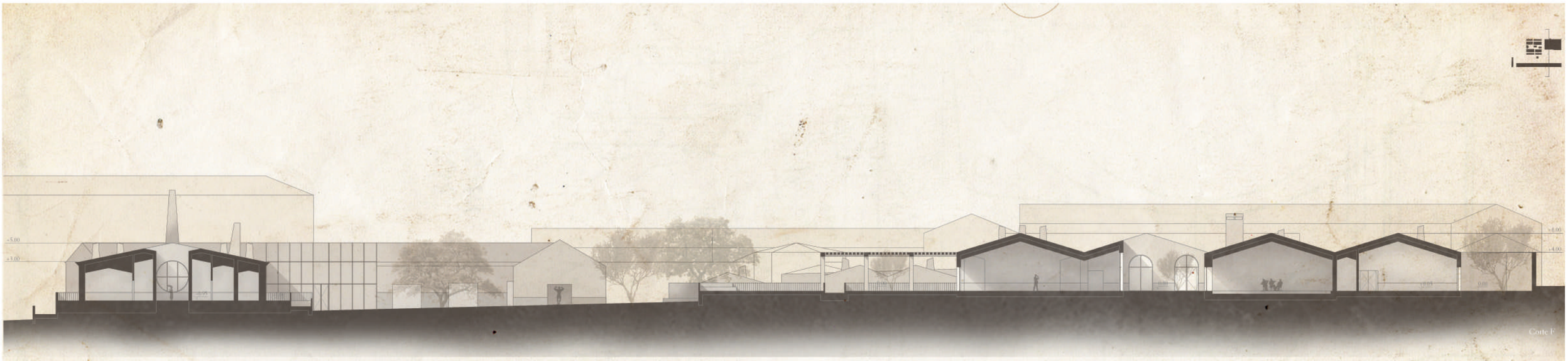
02.04 TERAPIA ÁGUA

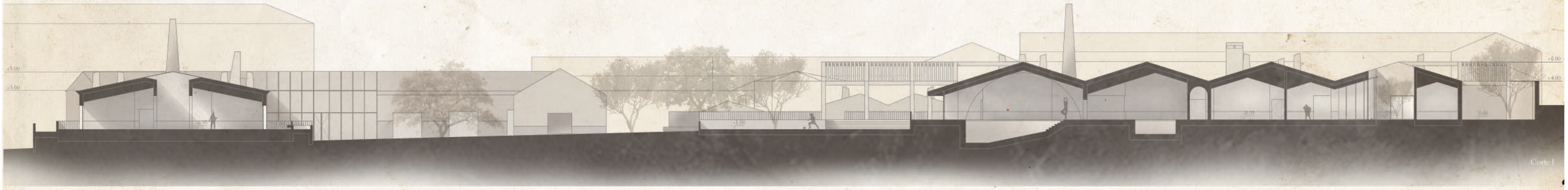


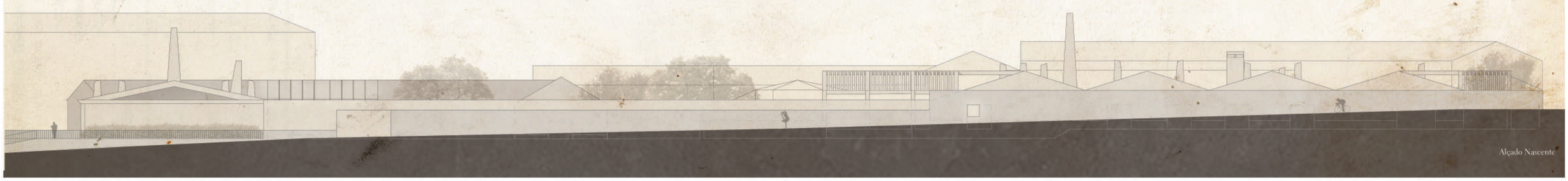
02.05 TERAPIA AUDITÓRIO



02.06 EDIFÍCIO DE TERAPIA







Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

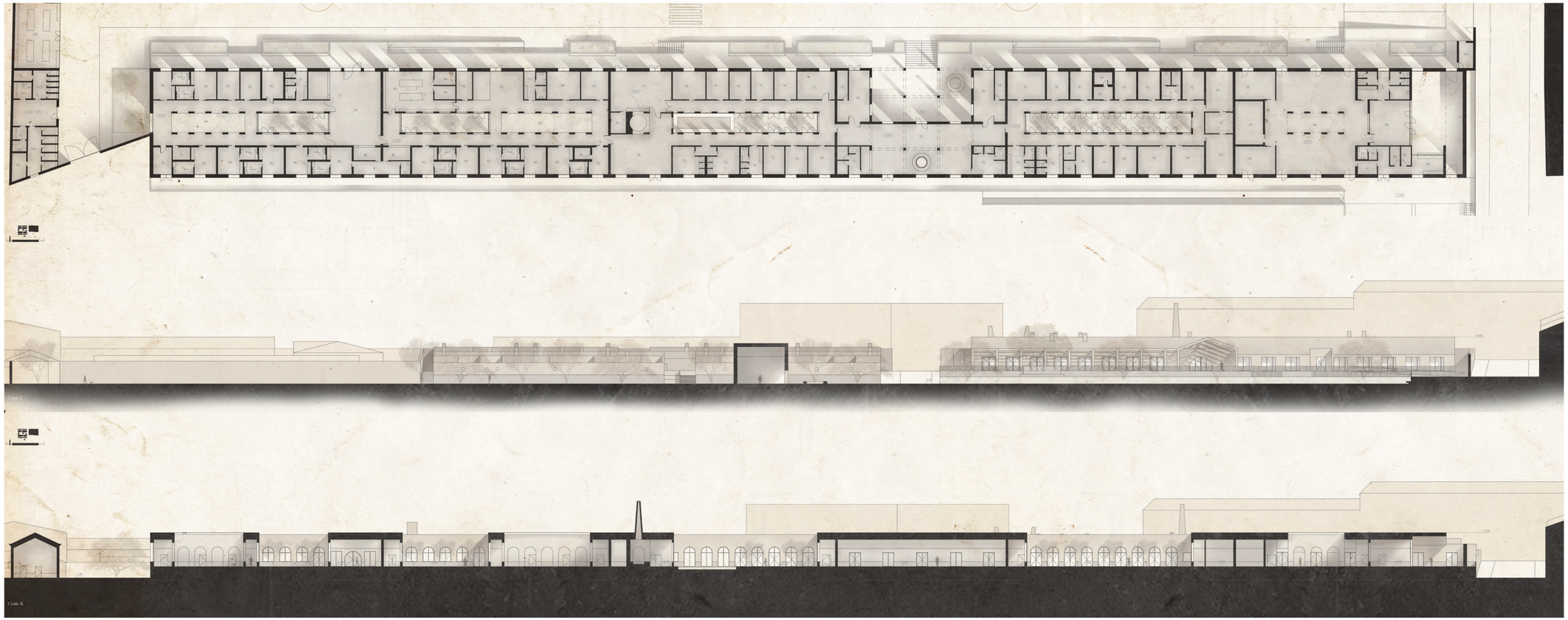
Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

Rodolfo Capeto Coelho
20130350

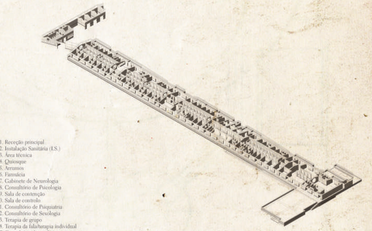
Proposta arquitetónica | Terapia
Cortes | Alçados

Escala:1/200
+260.0 = 0.00

P.13



01. Axonometria 1:1000



51. Receção principal
52. Instalação Sanitária (I.S.)
53. Área técnica
54. Arrumos
55. Arrumos
56. Farmácia
57. Gabinete de Neurologia
58. Consultório de Psicologia
59. Sala de contenção
60. Sala de controlo
61. Consultório de Psiquiatria
62. Consultório de Sexologia
63. Terapia de grupo
64. Terapia da fala/terapia individual
65. Consultório de medicina interna
66. Sala de enfermagem
67. Sala de reuniões
68. Depósito de lixo médico
69. Assistência social
70. Gabinete de segurança
71. Registo clínico
72. Balneários funcionários
73. Sala de reuniões
74. Contabilista
75. Gabinete de enfermagem
76. Gabinete de direção
77. Refeitório funcionários
78. Sala comum funcionários
79. Cozinha interna
80. Sala de lavagens
81. Sala de arrumos/roupeiros
82. Jardim de inverno
83. Cozinha Internamento
84. Armazéns comida/bebida
85. Quarto Internamento I
86. Posto de enfermagem
87. Sala de descanso
88. Sala de banco
89. Quarto Internamento II
90. Quarto visita/Internamento II
91. Consultório
92. Morgue
93. Receção Internamento
94. Arrumos
95. Armazém mercado
96. Vestiário
97. Depósito de lixo
98. Cozinha
99. Café
100. Posto de segurança
101. Estufa
102. Café
103. Sala Café/Café
104. Café
105. Sala de lazebo

02. Diagrama de transformação espacial



03. Espaço Exemérico - perspetiva exterior



Projeto Final de Mestrado
FA-ULisboa

Orientação científica | Professor Doutor Jorge Mealha
Professor Doutor José Luís Crespo

Vivências Fragmentadas
projeto para uma clínica de reabilitação psiquiátrica em Évora

Rodolfo Capeto Coelho
20130350

Proposta arquitetónica | Clínica
Planta | Cortes

Escala 1/200
-2010 - 3.00



Tipologia A



Fogo



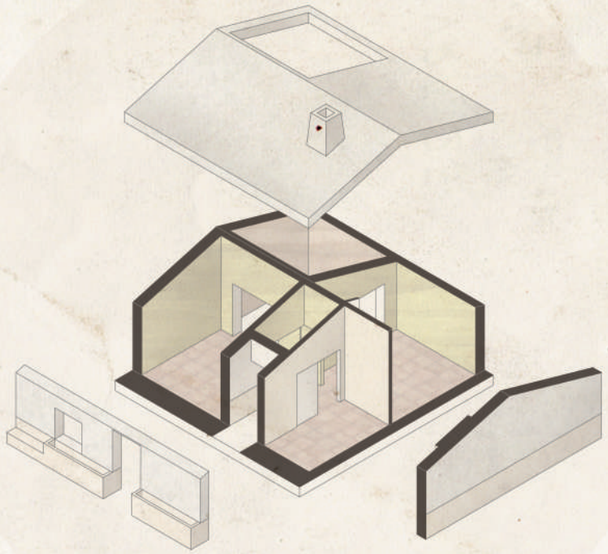
Água



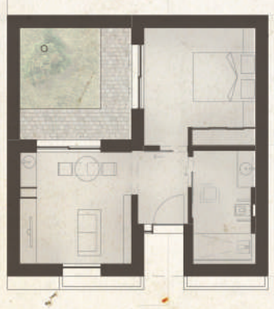
Alcova



Atrium



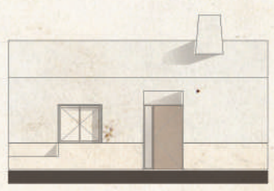
Axonometria expandida



Planta



Corte



Alçado





Tipologia B





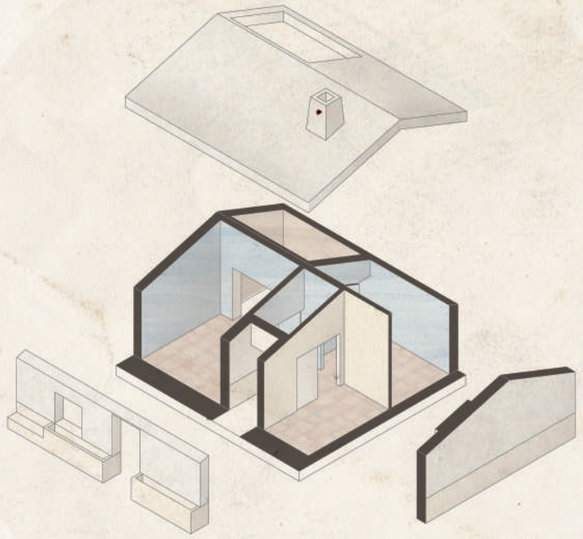
Fogo



Água



Alcova



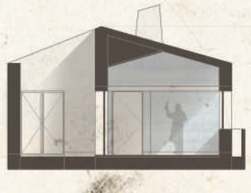


Atrium

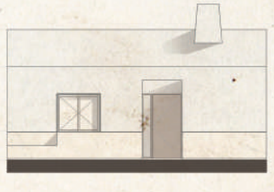
Axonometria expandida



Planta

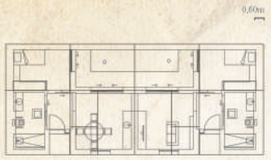


Corte



Alçado

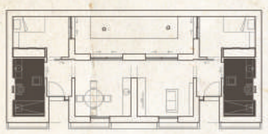




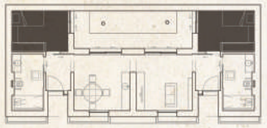
Tipologia C



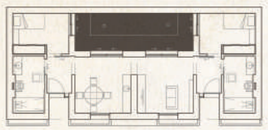
Fogo



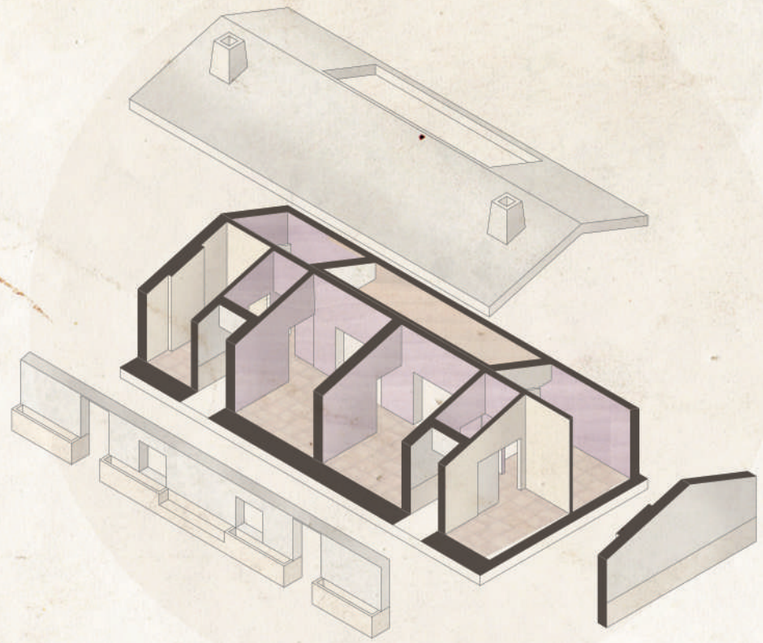
Água



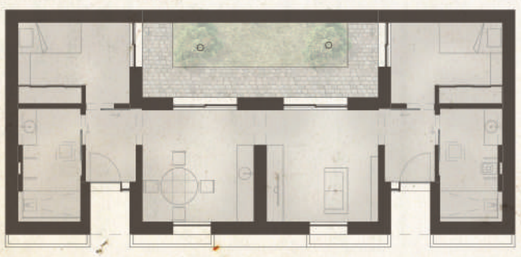
Alcova



Atrium



Axonometria expandida

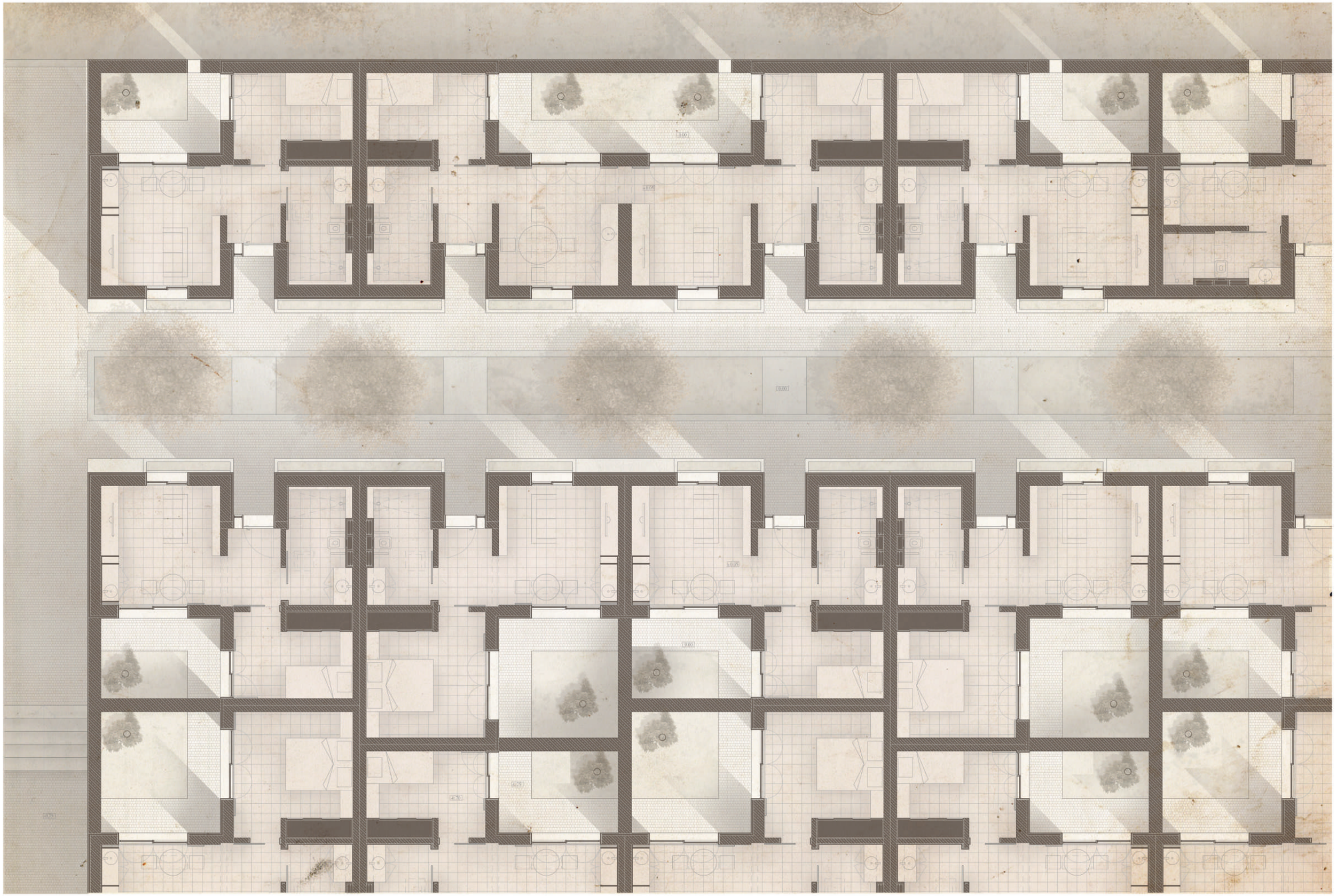


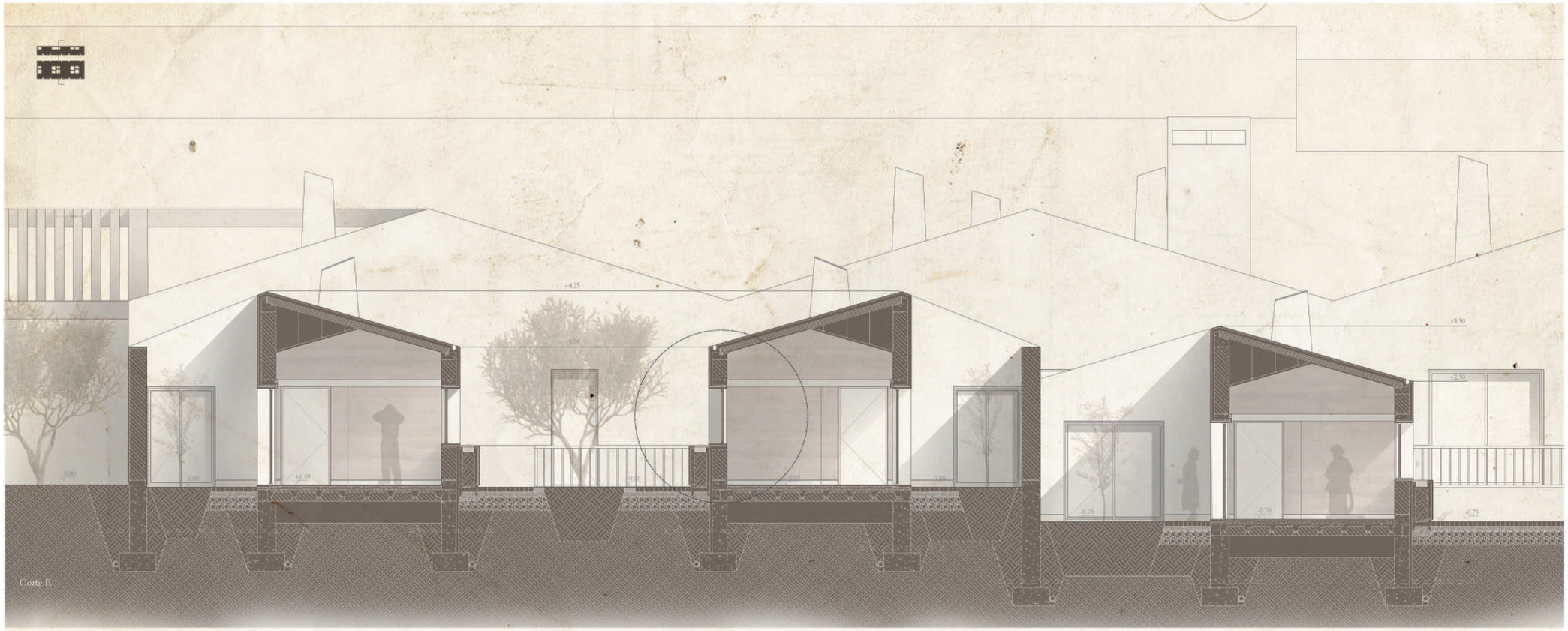
Planta



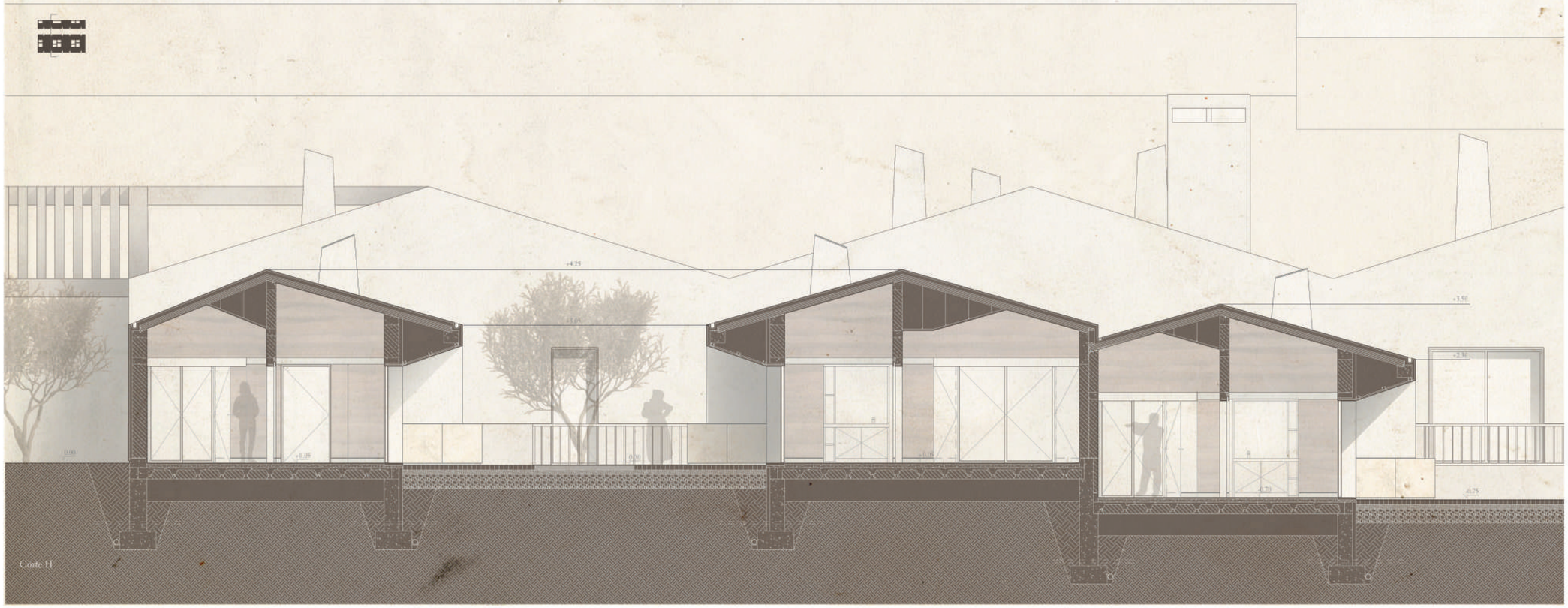
Corte





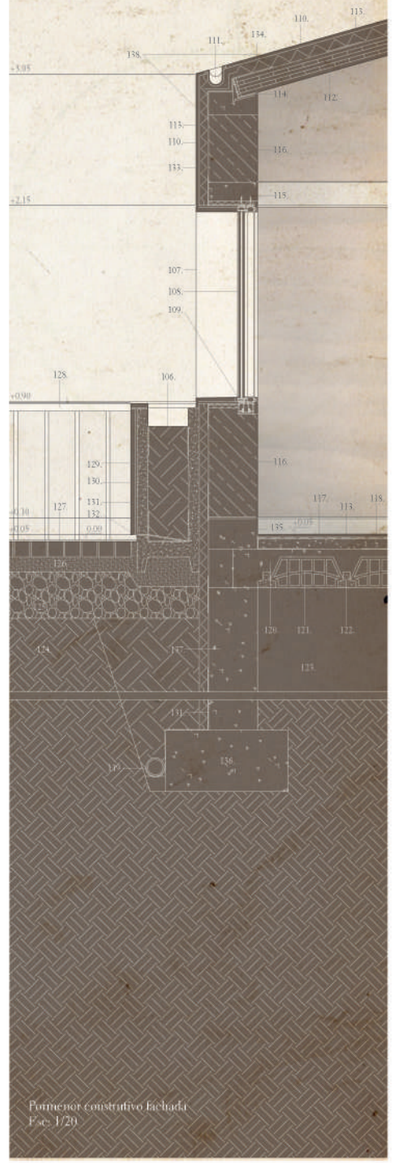


Corte E

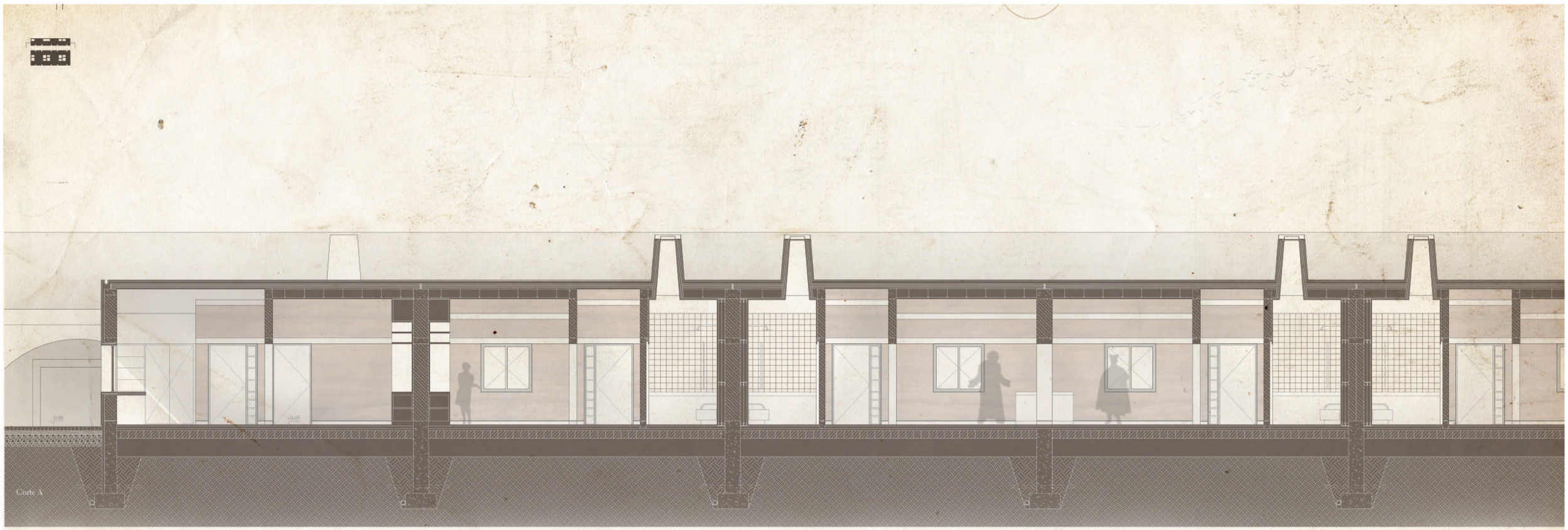


Corte H

106. Terra vegetal
107. Moldura em pedra calcária branca
108. Janela de vidro duplo
109. Caixilharia em PVC
110. Revestimento a tinta epoxi branca
111. Calha pluvial em PVC
112. Viga de cobertura em CLT E 125mm
113. Tela de impermebealização
114. Perfil metálico tipo L
115. Vigota de betão
116. Parede de taipa (rammed earth) E 320mm
117. Isolamento em Leca (argila expandida) E 70mm
118. Revestimento de pavimento em tijoleira
119. Dreno
120. Laje aligeirada
121. Abobadilha de tijolo
122. Vigota de betão pré-esforçado
123. Desvão sanitário
124. Terra compacta
125. Entivamento
126. Areia de assentamento
127. Pedra de calçada
128. Guarda metália
129. Floreira em peça de betão pré-fabricado
130. Revestimento em pedra lioz bege
131. Tela de drenagem
132. Dreno
133. Isolamento térmico em aglomerado negro de cortiça E 60mm
134. Isolamento térmico em aglomerado negro de cortiça E 80mm
135. Emfiamento em betão
136. Sapata de fundação
137. Fundação corrida em betão
138. Revestimento em sistema Capotto ETICS



Pormenor construtivo fachada
Esc. 1/20



Corte A



Alçado