



Domesticar a Dor

Projeto de uma Unidade de Cuidados Paliativos em Monsanto, Lisboa

Nuno Daniel da Silva Ribeiro

(Licenciado)

Projeto Final de Mestrado para obtenção

de Grau de Mestre em Arquitetura

(Orientação científica)

Professora Doutora Madalena Cunha Matos

Júri

Presidente: Professor Doutor Pedro António Alexandre Janeiro

Vogal: Professora Doutora Maria da Soldade Gomez Paiva Sousa

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha Matos

Faculdade de Arquitetura, Universidade de Lisboa

Documento Definitivo

Lisboa, FA ULisboa, janeiro de 2022



Título | **Domesticar a Dor**

Subtítulo | Projeto de uma Unidade de Cuidados Paliativos em Monsanto, Lisboa

Aluno | **Nuno Daniel da Silva Ribeiro**

Orientadora | Professora Doutora Maria Madalena Aguiar da Cunha Matos

Mestrado Integrado em Arquitetura

Faculdade de Arquitetura, Universidade de Lisboa

Lisboa, janeiro 2022

resumo

Palavras-Chave

Os hospitais e seus profissionais de saúde são sobretudo associados a uma idealização de cura, independentemente do contexto em que operam. No entanto, e infelizmente, ainda existe um conjunto de doenças que, fruto do seu elevado grau de complexidade, não permite aos profissionais de saúde corresponder às expectativas idealizadas.

Unidade Cuidados

Paliativos

Devido a esta impossibilidade, estes doentes são hospitalizados com a esperança de que o dia de amanhã seja melhor que o de hoje. E é neste espectro que é necessário refletir acerca das especificidades do equipamento hospitalar e de que forma é que este corresponde às necessidades de uma realidade que vai além das suas próprias capacidades.

Arquitetura Hospitalar

Neste trabalho final de mestrado – Domesticar a Dor -, é realizado um projeto de uma Unidade de Cuidados Paliativos em Lisboa onde a narrativa criada gira em torno do mesmo denominador, o Doente Paliativo. Este projeto é acompanhado por uma investigação teórica que teve como ponto de partida o Doente enquanto ser humano e não enquanto portador de uma doença. Desta investigação, parte-se à busca de formas em que o Arquiteto e a Arquitetura poderão interferir neste paradigma, nomeadamente no desenho de uma estrutura de saúde.

Bem-Estar

Como tal, tornou-se necessário realizar uma análise em torno dos equipamentos hospitalares e de que forma estes foram evoluindo ao longo dos tempos no que toca às suas respostas no combate à doença e acolhimento do doente. Por se tratar de um doente e de uma realidade específica, é aprofundado o conhecimento em torno dos Cuidados Paliativos - nomeadamente o seu espaço físico com as Unidades de Cuidados de Paliativos – e a sua relação com os hospitais. Desta forma, é possível estabelecer as devidas pontes entre os benefícios e os impactos que o equipamento hospitalar terá no Doente Paliativo, com o objetivo final de propor um projeto capaz acolher e atender às necessidades do Doente.

Biofilia

Arquitetura Sensorial

abstract

Hospitals and their health professionals are mainly associated to a notion of cure, regardless of the context in which they operate. However, there are still a number of diseases which, due to their high degree of complexity, this desired notion of cure and well-being cannot be provided by health workers.

As a result of this impossibility of cure, these patients are hospitalized with the hope that tomorrow will be better than today. And it is within this spectrum that it is necessary to reflect on the features of the hospital equipment and how it meets the needs of a reality that goes beyond its own capacities.

In this final work - *Domesticating Pain* -, a project of a Palliative Care Unit in Lisbon is carried out where the narrative created revolves around the same denominator, the Palliative Patient. This project is accompanied by a theoretical investigation that has as its starting point in the patient as a human being and not as the carrier of a disease. From this investigation, the search for ways in which the Architect and Architecture may interfere in this paradigm, namely in the design of a health structure, begins.

As such, it is necessary to carry out an analysis of this equipment and how it has evolved over time in terms of its responses to fighting the disease and welcoming the patient. As we are dealing with a patient and a specific reality, the knowledge around Palliative Care - namely its physical space with the Palliative Care Units - and its relation with hospitals is deepened. In this way, it is possible to establish the necessary bridges between the benefits and impacts that the hospital equipment will have on the Palliative Patient, with the aim of finally proposing a project that is capable of welcoming and meeting the needs of the Patient.

Keywords

Palliative Care Unit

Healthcare Architecture

Well-Being

Biophilia

Sensory Architecture

agradecimentos

à professora **Madalena Cunha Matos** e ao seu apoio não só nesta jornada final, mas também ao longo do percurso académico,

à Doutora **Ana Paula Figueiredo** e à sua disponibilidade em contribuir para este trabalho,

ao **Pentágono de Ouro** pelo coleguismo,

aos **Camaradaz 2735** pela correria aí na via,

à **4Ema** e ao bom humor e ao mau humor,

aos **Preguiças** e ao seu apoio e estabilidade que deram a mim e aos meus,

à família e amigos,

à minha mãe e ao meu pai;

*por ti,
por tudo,
para sempre.*

índice

Resumo	VII
<i>Abstract</i>	IX
Índice de Figuras	XXI
Introdução - Objetivos, Metodologia, Revisão da literatura e Organização do trabalho	3
I O Doente	9
1.1 A Batalha	
1.1.1 Viver com a doença	11
1.1.2 Do diagnóstico ao seu desfecho	14
1.2 O Apoio	
1.2.1 Tríade de apoio	16
1.2.2 Confronto: morte e sociedade	19
1.3 O Poder	
1.3.1 Figura de poder: o médico	21
1.3.2 Figura de poder: o arquiteto	23
II A Máquina	27
2.1 O Cuidado	
2.1.1 Realidade portuguesa dos paliativos	29
2.1.2 Modelos de Prestação de Cuidados Paliativos	31
Caso de Estudo: Seirei-Mikatagahara Hospital Hospice	33
2.2 O Equipamento	
2.2.1 Breve evolução da Arquitetura Hospitalar	40
2.2.2 Máquina de curar	42
2.3 A Rotura	
2.3.1 Problemática atual do hospital	44
2.3.2 Perspetiva divergente	46

III A Arquitetura do Bem-Estar	49
3.1 O Bem-Estar	
3.1.1 Experiência de Bem-Estar	51
3.1.2 Biofilia	54
Caso de Estudo: Fundação Calouste Gulbenkian	56
3.2 O Papel da Arquitetura	
3.2.1 Fenomenologia da Arquitetura	68
3.2.2 Habitar	70
3.3 Os Sentidos	
3.4.1 Arquitetura dos Sentidos	71
Caso de Estudo: Sanatório de Paimio	73
3.4.2 Eu e a Obra	82
IV Domesticar a Dor	85
4.1 A Simbiose: Sítio e Projeto	87
4.2 O Projeto	
4.2.1 Domesticar a Dor	89
4.2.2 Chegada	94
4.2.3 Galeria	95
4.2.4 Quarto	98
4.2.5 Gabinete	104
4.2.6 Convívio	112
4.2.7 Mundo Exterior	116
Considerações Finais	125
Bibliografia	129
Anexos	135

índice de figuras

Fig 1 | *Sufrimento humano* p.12
(<https://artwoonz.com/digital-designer-and-illustrator-mubammed-salah/>)

Fig 2 | *Batalha do Doente* p.13
(<https://imgur.com/gallery/xvNvs>)

Fig 3 | *Diferentes períodos de admissão para os paliativos* p.14
(Imagem do autor)

Fig 4 | *Rotina instaurada pela doença* p.15
(Imagem do autor)

Fig 5 | *Triáde de apoio* p.18
(Imagem do autor)

Fig 6 | *Interpretação da morte ao longo dos tempos (Ars Moriendi)* p. 19
(<https://www.wdl.org/pt/item/8976/#fbclid=IwAR2auWk4B7EvzCSmzOeCYb-pq07MLUmU87L0PXxJp0ZV5x64VrlzAPqAXKw>)

Fig 7 | *Interpretação da morte ao longo dos tempos (Caravaggio)* p. 19
(<https://www.wikiart.org/en/caravaggio/the-death-of-the-virgin-1603>)

Fig 8 | *Comunhão em torno da morte* p.20
(http://www.online-literature.com/cervantes/don_quixote/132/?fbclid=IwAR1Fdppj5DpCWFIXCWqL4B2hxXW5YIEfwqZzrKqfEUQtzbxOjldTw1dXo8M)

Fig 9 | *Características do poder* p. 21
(Imagem do autor)

Fig 10 | *Balança Saber-Poder* p. 22
(Imagem do autor)

Fig 11 | *Confusão do doente* p.23
(<http://taniadacunha.pt/2019/06/perturbacaoobsessivo-compulsiva-o-que-e-2/>)

Fig 12 | *Maggie's Centres* p.29
(a - <https://www.archdaily.com/798978/steven-holl-on-combining-heritage-and-modern-healthcare-design-at-his-maggies-centre-barts/5820faabe58ecef057000089-steven-holl-on-combining-heritage-and-modern-healthcare-design-at-his-maggies-centre-barts-image>
b - https://www.archdaily.com/498519/the-story-of-maggie-s-centres-how-17-architects-came-to-tackle-cancer-care?ad_medium=widget&ad_name=recommendation
c - https://www.archdaily.com/786370/maggies-cancer-centre-manchester-foster-plus-partners/5720b999e58ecef747000004-maggies-cancer-centre-manchester-foster-plus-partners-photo?next_project=no)

Fig 13 | *Modelos de prestação* p.32
(Imagem do autor)

Fig 14 | *Vista aérea Seirei-Mikatagabara Hospital Hospice* p.33
(in VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - *Innovations in hospice architecture*)

Fig 15 | *Entrada do equipamento* p.34
(in VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - *Innovations in hospice architecture*)

Fig 16 | *Quarto tipo* p.35
(in VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - *Innovations in hospice architecture*)

Fig 17 | *Alcovas no corredor* p.35
(in VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - *Innovations in hospice architecture*)

Fig 18 | *Planta Piso Térreo Seirei-Mikatagabara Hospital Hospice* p.37
(in VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - *Innovations in hospice architecture*)

Fig 19 | *Planta Piso Superior Seirei-Mikatagabara Hospital Hospice* p.39
(in VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - *Innovations in hospice architecture*)

Fig 20 | *Desenho técnico de perfis comparativos de várias soluções para os tetos de enfermarias do séc. XIX* p.41
(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Plan_coupe_ogivale.jpeg)

Fig 21 | *Máquina humana* p.43
<https://healthcaresnapshots.com/projects/4634/emergency-department-of-newport-hospital/>

Fig 22 | *Ambiente hospitalar* p.45
<https://healthcaresnapshots.com/projects/4634/emergency-department-of-newport-hospital/>

Fig 23 | *Rotura dos serviços hospitalares* p.47
(Imagem do autor)

Fig 24 | *Bem-estar humano* p.51
(Imagem do autor)

Fig 25 | *Cinco estratégias para atingir o bem-estar* p.52
(Imagem do autor)

Fig 26 | *Jardim terapêutico* p.55
(<https://www.architonic.com/en/product/streetlife-rough-ready-7-nordic-benches/1302664#&gid=1&pid=17>)

Fig 27 | *Perspetiva do jardim da Fundação Calouste Gulbenkian* p.56
(<https://www.tccuadernos.com/blog/fundacion-gulbenkian-en-lisboa/>)

Fig 28 | *Relação interior-exterior da Gulbenkian (I)* p.57
(<https://gulbenkian.pt/noticias/a-fundacao-continua-aqui-para-si/>)

Fig 29 | *Relação interior-exterior da Gulbenkian (II)* p.57
(<https://gulbenkian.pt/biblioteca-arte/servicos/leituras/>)

Fig 30 | *Percurso dos Cbeiros - Gulbenkian* p.59
(<https://gulbenkian.pt/jardim/percursos/percursos-no-jardim/percurso-dos-cheiros/>)

Fig 31 | *Percurso do Lago - Gulbenkian* p.61
(<https://gulbenkian.pt/jardim/percursos/percursos-no-jardim/percurso-do-lago/>)

Fig 32 | *Percurso Luz, Sombra - Gulbenkian* p.63
(<https://gulbenkian.pt/jardim/percursos/percursos-no-jardim/percurso-luz-e-sombra/>)

Fig 33 | *Percurso das Orlas - Gulbenkian* p.65
(<https://gulbenkian.pt/jardim/percursos/percursos-no-jardim/percurso-das-orkas/>)

Fig 34 | *Percurso das Vistas - Gulbenkian* p.67
(<https://gulbenkian.pt/jardim/percursos/percursos-no-jardim/percurso-das-vistas/>)

Fig 35 | *Imaginário Arquitetónico* p.69
(https://www.reddit.com/r/ImaginaryLandscapes/comments/l5ums3/brighter_seasons/?utm_source=share&utm_medium=web2x&context=3)

Fig 36 | *Motor do Eu e da Arquitetura* p.72
(<https://madsberg.dk/the-five-senses>)

Fig 37 | *Perspetiva do Sanatório de Paimio* p.73
(<https://divisare.com/projects/386217-alvaraalto-fabrice-fouillet-paimio-sanatorium>)

Fig 38 | *Quarto tipo do Sanatório* p.74
(<https://en.wikiarquitectura.com/building/paimio-sanatorium/>)

Fig 39 | *Maqueta Sanatório de Paimio* p.75
(<http://www.atlasofinteriors.polimi.it/2014/03/19/alvar-aalto-paimio-finland-1929/>)

Fig. 40 | *Maquete do quarto tipo* p.75
(<http://www.atlasofinteriors.polimi.it/2014/03/19/alvar-aalto-paimio-finland-1929/>)

Fig 41 | *Circulações verticais de Paimio* p.76
(<https://www.finnishdesignshop.com/design-stories/architecture/franckly-visits-paimio-sanatorium>)

Fig 42 | *Terraço de Paimio* p.77
(<https://divisare.com/projects/386217-alvar-aalto-fabrice-fouillet-paimio-sanatorium>)

Fig 43 | *Planta Sanatório de Paimio* p.79
(<http://hicarquitectura.com/2021/01/og-01-alvar-aalto-sanatorio-de-paimio/>)

Fig 44 | *Corte Sanatório de Paimio* p.81
(<http://hicarquitectura.com/2021/01/og-01-alvar-aalto-sanatorio-de-paimio/>)

Fig 45 | *Fotografia aérea Lisboa* p.89
(in Google Earth)

Fig 46 | *Diagrama conceptual* p.91
(Imagem do autor)

Fig 47 | *Planta da Unidade* p.93
(Imagem do autor)

Fig 48 | *Galeria e respetivas entradas para a Unidade* p.97
(Imagem do autor)

Fig 49 | *Zona dos quartos* p.101
(Imagem do autor)

Fig 50 | *Planta dos quartos* p.102
(Imagem do autor)

Fig 51 | *Ambiente do quarto* p.103
(Imagem do autor)

Fig 52 | *Peça de mobiliário dos gabinetes* p.105
(Imagem do autor)

Fig 53 | *Zona dos gabinetes* p.106
(Imagem do autor)

Fig 54 | *Ocupação diurna - gabinetes* p.109
(Imagem do autor)

Fig 55 | *Ocupação noturna - gabinetes* p.111
(Imagem do autor)

Fig 56 | *Zona dos convívios* p.115
(Imagem do autor)

Fig 57 | *Momento de introspecção* p.117
(Imagem do autor)

Fig 58 | *Mundo natural na Unidade* p.119
(Imagem do autor)

Fig 59 | *Jardim terapêutico* p.121
(Imagem do autor)

Introdução

Objetivos, Metodologia, Revisão da literatura e
Organização do trabalho

introdução

O objetivo do presente trabalho passa por dar a conhecer e refletir em torno de um tema paradoxal para arquitetura e, com base na investigação realizada, propor uma proposta arquitetónica na cidade de Lisboa.

A doença é um período conturbado no qual surgem inúmeras questões às quais muitas vezes não existe resposta: porquê eu?; que mal fiz eu?; depois de tudo o que passei acontece isto?; só espero que não seja nada de grave. É um período onde o sofrimento e o sufoco imperam.

Apesar das sucessivas inovações da tecnologia e da medicina, ainda existem um número de doenças que deixam a medicina sem capacidade de resposta. Todos os sentimentos anteriores de sofrimento e de angústia são aqui amplificados pela pessoa vítima de uma doença prolongada e/ou incurável.

Já aos olhos da sociedade, o derradeiro sofrimento do outro é muitas vezes olhado de lado e desvalorizado, deixando para os hospitais e médicos a responsabilidade de serem eles a facultar o apoio. Apenas em 2018 foram reivindicados os direitos das pessoas em doença terminal ou avançada, para que possam ser sujeitos aos cuidados de saúde necessários (Decreto-Lei n.º 31/2018, 2018). Isto evidencia a urgência em atender às necessidades destes doentes e a tudo o que a ele engloba, de forma a restaurar alguma dignidade e conforto no tempo de vida que lhes resta.

O presente trabalho teve início com um conjunto de conversas informais com alguns professores da Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa de forma a delinear as virtudes e os objetivos a desenvolver neste trabalho e também evidenciar a extrema importância da investigação durante o processo.

Como tal, foi realizada uma investigação extensiva que não se centra apenas no campo da Arquitetura. Fruto da sua multidisciplinaridade, foram analisados temas de diversas áreas realizando sempre uma investigação paralela para entender como a Arquitetura poderá ter um impacto no bem-estar dos doentes.

Procurou-se recolher mais informações junto de profissionais e estabelecimentos desconhecidos ao autor o que, devido à coincidência entre os períodos de confinamento motivados pela pandemia e o período de realização deste trabalho; revelou-se ser uma tarefa complicada. Visitas e horários restritos, impossibilidade de receber terceiros no interior das unidades e elevada carga de trabalho por parte dos profissionais, foram alguns dos obstáculos sentidos durante esta recolha de informação. Apesar de terem sido apenas aceites duas entrevistas a dois profissionais de saúde, estas demonstraram ser fulcrais para entender a temática em mãos - os Cuidados Paliativos - como também para conhecer um pouco melhor este equipamento coletivo, desconhecido por muitos - as Unidades de Cuidados Paliativos.

A revisão da literatura focou múltiplos aspetos e passou por historiadores como Ariès (2012), filósofos ou historiadores da filosofia como Bayefsky (2013), Foucault (1979), Botton (2017), entre outros; arquitetos como Zumthor (2006) e Providência (2000), fenomenólogos, médicos e investigadores da tipologia hospitalar em Sternberg (2010), do doente paliativo e dos impactos da doença terminal com Neto (2020) e Pereira (2010), do programa em mãos através de Verderber e Refuerzo (2006) e ainda as políticas públicas aprovadas pela República Portuguesa e respetiva legislação; serão citados nas partes relevantes da dissertação.

Para complementar esta temática, foi realizado um estudo em torno de alguns equipamentos congéneres, portugueses e também internacionais, relevantes para a componente projetual deste trabalho.

Se no primeiro capítulo – O Doente - procurou-se dar a conhecer quem era o utilizador, o seu percurso e os seus apoios; no segundo capítulo – A Unidade – são expostos os equipamentos que o Doente tem ao seu dispor. Começa-se por dar a conhecer o que são os Cuidados Paliativos e a sua implementação em Portugal. É investigado o seu principal local de atuação, o hospital, e reflete-se acerca dos seus benefícios e das suas adversidades junto das unidades de Cuidados Paliativos e seus doentes.

No terceiro capítulo são apresentadas algumas estratégias, que serão depois colocadas em prática no projeto de forma a proporcionar o máximo bem-estar aos doentes – A Arquitetura do Bem-Estar. Procura-se, também, aprofundar a relação que a Arquitetura estabelece com o sujeito.

No capítulo seguinte, é realizada uma pequena análise do local de intervenção e restante envolvente. É aqui descrito o projeto arquitetónico, juntamente com as suas intenções e estratégias, com o qual se apresenta como o produto final de toda a narrativa criada na componente teórica.

Por fim, no último capítulo são tecidas algumas considerações finais ao resultado obtido neste trabalho final. Podendo depois ser encontradas, em anexos, as entrevistas e alguns documentos que complementam o projeto final de mestrado.

I

O Doente

Sophia de Mello
Breyner Andresen,
1964

“Quem procura uma relação justa com a pedra, com a árvore, com o rio, é necessariamente levado, pelo espírito da verdade que o anima a procurar uma relação justa com o homem. Aquele que vê o espantoso esplendor do mundo é logicamente levado a ver o espantoso sofrimento do mundo. Aquele que vê o fenómeno quer ver todo o fenómeno. É apenas uma questão de atenção, de sequência e de rigor.”

1.1| A Batalha

1.1.1| Viver com a doença

Durante a sua jornada, o Doente torna-se num reservatório de sentimentos que vão surgindo à medida que a doença se impõe no seu quotidiano. Ele vai perdendo ao longo desta sua derradeira batalha, todas as reivindicações que foi ganhando ao longo de uma vida, o que está intimamente relacionado com a perda da sua dignidade.

Deste modo, são várias as doenças que resistem a qualquer tipo de cura deixando o Doente, a sua Família e os Profissionais que o acompanham, desamparados sem capacidade de resposta. Estas doenças podem possuir um carácter evolutivo que levam o Doente a um estado terminal ou incurável (Pereira, 2010).

Neste período, é importante ter em consideração que cada caso é um caso, ou seja; cada pessoa reage à sua maneira perante a iminência da morte e perante os flagelos que a doença lhe provoca. Existem ainda assim um conjunto de tipologias sintomáticas que são comuns à grande maioria de doentes que sofrem de uma doença prolongada e/ou incurável (Pereira, 2010).

“... human dignity is an inherent feature of the human personality, not a rank bestowed by social recognition or a status conditional upon certain forms of behaviour.”

... dignidade humana é uma característica inerente à personalidade humana, não uma posição conferida por reconhecimento ou um estatuto condicionado a certas formas de comportamento.

(Bayefsky, 2013:2).

Fig 1 | Sofrimento humano

Com o avançar da doença, esta poderá vir a manifestar-se no Doente de diversas formas consoante a sua complexidade, severidade e longevidade. Há todo um universo de doenças, cada um com os seus desafios e as suas manifestações mais comuns, podem-se agrupar segundo três tipologias base:

Sintomas Físicos - Dor física, anorexia, perda de mobilidade e autonomia, tosse e fadiga

Sintomas Psicológicos - ansiedade, depressão, confusão mental, perda de memória e depressão

Sintomas Espirituais - perda do sentido de vida, desilusão com a vida, medo da morte, perda da sua identidade e sentimento de inutilidade



Quando o Doente enfrenta dores de tal ordem, ele tem tendência em abstrair-se de tudo o que lhe rodeia acabando por se centrar apenas em si próprio e na sua dor. Neste seu novo mundo, apenas habitam estes dois atores que lutam entre si uma batalha muitas vezes desnivelada. A Arquitetura pode ser aqui uma figura que se alia ao Doente, acolhendo-o e permitindo este recolhimento em segurança e conforto, longe das vicissitudes da doença.

O Doente tem então de ser visto como um todo e este exercício engloba as suas preferências, desejos, necessidades, a sua dor e o seu sofrimento. O sofrimento que ele enfrenta também poderá possuir impactos negativos relativamente a aspetos sociais que estão muitas vezes associados à perda do controlo da sua vida. Ao longo deste decréscimo, o Doente vai aproximar-se cada vez mais do desfecho esperado – a morte (Pereira, 2010).

Neste último contexto, torna-se fundamental que o Doente, com o auxílio de toda a rede que o suporta, seja capaz de construir um novo significado para a sua vida. O Doente que confronta este tipo de questões numa fase inicial do seu percurso, é capaz de se colocar numa posição ideal para recuperar algum controlo do seu destino o que lhe permite encarar o seu final de vida com maior dignidade e humanidade (Francke e Willems, 2005)



“ A espiritualidade é tudo aquilo (...) que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação com os outros, consigo mesmo e com o universo.”

(Wright, 2005:20)

Fig 2 | Batalha do Doente
Enquanto que a dor possui um carácter associado ao físico, o sofrimento por sua vez assume-se como uma especificidade do domínio espiritual e psicológico. Ambos os fenómenos se distinguem entre si e como tal, requerem abordagens diferentes e especializadas para combater cada ocorrência que o Doente poderá vir a vivenciar

1.1.2| Do diagnóstico ao seu desfecho

Com o passar do tempo, a doença vai deixando as suas marcas; a vida quotidiana vai deixando de ser tomada como garantida – viver com a doença significa viver com a perda – o que força uma procura por cuidados especializados de saúde ou até mesmo o internamento hospitalar (Spichiger, 2008). De modo a colmatar estas perdas e as demais necessidades que o Doente poderá vir a sentir, surgem cuidados de saúde especializados dedicados a pessoas com uma doença incurável em fase avançada e/ou terminal e irreversível – os Cuidados Paliativos (Pereira, 2010).

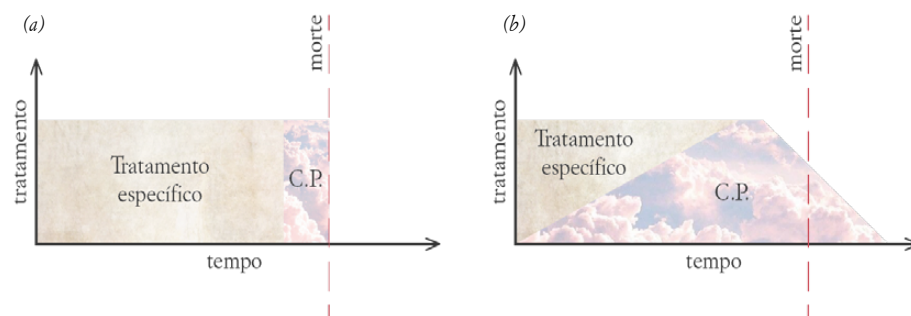
Durante este período, o Doente enfrenta diversos tabus criados pela sociedade, nomeadamente a atitude perante a morte e em torno destes Cuidados Paliativos. A sociedade associa estes cuidados à morte - quem recebe os Cuidados Paliativos é aquele que está para morrer. Ao estabelecer esta ideia pré concebida, acaba-se por associar cuidados a uma penumbra pesada, capaz de remeter qualquer pessoa para uma posição de receio e de ansiedade.

Nos paliativos, não se trata de curar completamente o Doente da sua doença, trata-se sim, de estar presente, de forma a proporcionar as condições necessárias para um final de vida digno - salientando a necessidade de incorporar os Cuidados Paliativos desde o diagnóstico inicial.

Fig 3 | Diferentes períodos da admissão para os paliativos:

(a) Atualmente: os Cuidados Paliativos surgem ao doente numa fase tardia da doença

(b) Desejado: para além do acompanhamento precoce dos paliativos, depois da morte do Doente, a Família deveria de ser acompanhada para atravessar o luto



Quando se trata de desmistificar o preconceito confinado aos paliativos está-se a dar a oportunidade ao Doente de aceder a toda a informação, mostrando-lhe todos os raios de ação destes cuidados. Num período marcado pela perda de controlo – da sua vida e do seu corpo -, este acesso à informação por parte do doente, permite trazer um certo conforto e segurança (Francke e Willems, 2005).

O lugar de preferência que o doente escolhe e planeia para passar o seu final de vida, é muito significativo. Como tal, face à impessoalidade que os ambientes hospitalares geralmente transmitem, o local privilegiado pela grande maioria dos doentes é a sua casa (Ahuja, 2018). Apesar desta preferência por parte do doente em escolher o local ideal para receber tratamentos, ele continuará a ter a necessidade de receber cuidados hospitalares. Independentemente dos esforços que os Cuidados Paliativos exercem junto dos doentes, muitas vezes, por razões que lhes ultrapassam; não são capazes de evitar que o Doente recorra aos serviços hospitalares.

Embora associada a um sentimento de dor ou de sofrimento, a ida ao hospital é algo que o Doente acaba por se habituar. É necessário que, com o avançar da doença, ele seja capaz de se adaptar a esta nova realidade. O seu porto de abrigo, em tempos a sua casa, passa a ser substituído por um edifício enorme e impessoal (Spichiger, 2008). Por isso, é urgente reduzir ao máximo o tempo que um doente (paliativo ou não) depende num hospital para que possa retornar a casa – o seu verdadeiro lar.

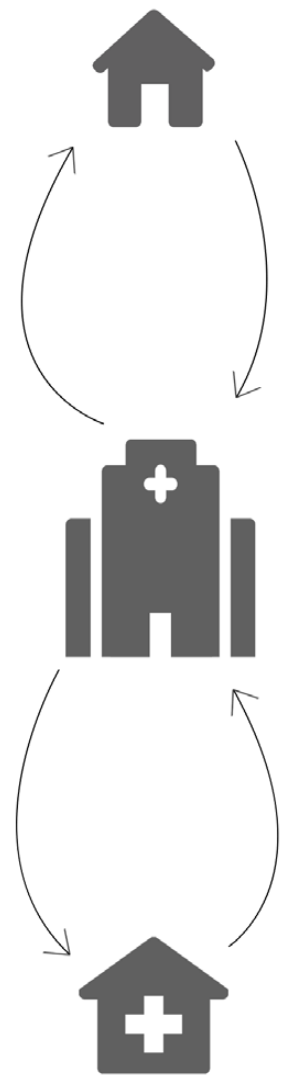


Fig 4 | Rotina instaurada pela doença

A rotina casa, hospital e clínica; passa a ser uma rotina que o Doente e a Família acabam por se habituarem, realidade essa que se torna cada vez mais presente e com necessidade de cuidados hospitalares com o avançar da doença

1.2| O Apoio

1.2.1| Tríade de Apoio

“a família ou pessoas significativas são muito importantes para o doente e poderão dar o contributo valioso no sentido de o ajudar a viver com calma e tranquilidade”

(Simões, 2005:52)

Conviver com a doença é um período bastante complexo, quer para o Doente, como também para os seus entes queridos. Segundo a ótica dos Cuidados Paliativos é necessário considerar a Família no seu sentido lato da palavra. O conhecimento que o familiar já dispõe acerca do doente estabelece um contributo muito importante, não só para o doente, como também para os Profissionais que o acompanham (Pereira, 2010). Como tal, é incentivada a participação dos familiares do Doente, bem como o seu envolvimento, visto serem profundamente essenciais para que ele se sinta apoiado.

Ser também acompanhado por um familiar, para além do habitual acompanhamento médico, é sinónimo de ser cuidado por alguém que proporciona todo o carinho e amor possível, o que faz tranquilizar o Doente ao enfrentar a situação. Apesar disso, não deve ser menosprezado o tremendo desgaste protagonizado pela Família ao longo de todo este processo.

Um apoio bem estruturado em torno do Doente, é um dos fatores que influenciam a qualidade do acompanhamento prestado ao mesmo. A equipa de paliativos terá que ser capaz de integrar cada um dos atores que intervirá neste processo, de modo a ocupar uma posição vantajosa para detetar problemas e inseguranças que eventualmente surgirão (Pereira, 2010).

“os familiares dos doentes (...) em fase terminal de vida experienciam uma situação de partilha de um percurso. Percorrem-no lado a lado com o doente (...). Sofrem com ele, tentando encontrar uma compreensão da realidade que atravessam (...)”

(Apóstolo, et al., 2004:29)

É necessário que, para além das suas competências de saúde, o Profissional seja capaz de proporcionar um suporte emocional onde o Doente possa sentir o conforto, esperança e compaixão que o profissional emana. Por isso, o Profissional tem de conhecê-lo para além da doença, atender os seus valores de modo a tratá-lo como um todo, como um ser holístico (Curtis et al., 2001).

Também a Arquitetura terá que saber atender às necessidades que o Doente sentirá ao longo da doença, às dos familiares, fruto do seu papel fulcral nestes cuidados e às dos profissionais que estão permanentemente em contacto com o Doente. Ser-lhe-á exigido um cuidado, rigor e competência tal como é exigido aos Profissionais; de modo a que seja capaz de acolher todos os intervenientes deste processo.

São assim convocados todos os protagonistas – o próprio Doente no centro, a Família, o Profissional e a Arquitetura - estabelecendo um triângulo de apoio onde o Doente se localiza no centro desta figura geométrica. É fundamental que se estabeleça uma relação simbiótica entre cada um destes vértices.

A desejada proximidade entre o Doente e o Profissional revela-se muitas vezes complicada de ser atingida, por o Profissional assumir sentimentos de inação e incompetência (Pereira, 2010). Para o médico a morte é sinal de fracasso o que também poderá influenciar a relação que o Doente possa ter com a morte. Uma vertente destes Cuidados Paliativos é preparar quer o Doente, quer também os seus familiares, para a morte que se avizinha.

“(…)o que mais pode ajudar no sofrimento é o criar condições de ambiente em que o doente se possa sentir verdadeiramente envolvido, amado e possa ainda manifestar que ama. É sem dúvida a qualidade a força dum real troca afetiva, serena, competente, natural, consistente e perseverante, de devoção meticulosa na satisfação minuciosa das necessidades, que poderá melhor sustentar a dignidade daquele que sofre (...)”

(Barbosa, 2006:414)



*Fig.5 | Tríade de Apoio
A Arquitetura, o Profissional e
a Família aliam-se em torno do
Doente de modo a proporcionar
as condições dignas e humanas*

1.2.2| Confronto: Morte e Sociedade

Nos dias que decorrem, torna-se cada vez mais demorado todo o processo de confrontação da morte, tendo em conta as barreiras que a sociedade coloca em torno deste tema. Socializar e debater acerca da morte, são ações que a sociedade atual não promove, preferindo simplesmente ocultar este acontecimento (Pereira, 2010).

No entanto, confrontar a morte nem sempre foi segundo estes moldes que a sociedade contemporânea impôs. Enquanto que atualmente a morte é algo que se oculta e que se evita a qualquer custo, no período da idade média esta era esperada e ambicionada o que permitia conformar-se e preparar-se para tal acontecimento de uma forma mais aberta e direta. Este convívio considerado normal entre os vivos e os mortos veio depois, a partir do século XII, dar lugar a uma relação mais dramática da morte quando comparada com a familiaridade tradicional que a sociedade tinha perante a morte. Neste século, devido ao papel determinante que a Igreja possuía na sociedade, começou-se a introduzir, no leito da morte, a noção de juízo final - se a pessoa deveria ou não ingressar no Paraíso. E é neste momento que a morte inicia o seu caráter dramático envolvido numa carga de emoções que outrora não possuía (Ariès, 2012).



Fig. 6 Interpretação da morte ao longo dos tempos - Ars Moriendi

Fig. 7 Interpretação da morte ao longo dos tempos - Caravaggio
 Na Arte ao longo dos séculos, pode-se testemunhar as diferentes interpretações da morte que a sociedade fazia. Por vezes, a Família e as pessoas chegadas davam lugar a figuras da igreja, a demónios e a santos

“(…) a proximidade da morte modifica a hierarquização dos valores, a relação com o tempo e a atitude profunda face às coisas e às pessoas. O afectivo prevalece sobre o efectivo, passa-se a dedicar tempo à consideração da importância da vida e a viver o momento presente. Este confronto com o sentido da vida, este interrogar-se sobre os valores convidam à abertura, à criatividade e à sublimação.”

(Hennezel, 2006:65)

Até meados do século XIX e princípios do século XX, não foi apenas a morte a modificar-se perante a sociedade, também foram sentidas algumas modificações das relações familiares. (Ariès, 2012). A coragem que outrora existia, em confrontar e conhecer a morte, é inexistente na sociedade atual chegando, ao ponto em que se prefere viver numa ilusão – a verdade começa, a partir de agora, a ser problemática. Ao haver esta recusa de presenciar a infelicidade e agonia, a morte deve ser assim encobrida a todo o custo e deve de ser afastada do raio de ação da sociedade, deixando aos hospitais a tarefa de lidar com ela (Ariès, 2012).

O hospital possui agora a capacidade em manipular tanto a vida como a morte. A partir deste momento, a morte que era um acontecimento protagonizado na sua grande maioria na residência da pessoa, passa agora a ocorrer no hospital. Fruto deste novo local da morte e da intervenção de novas personagens, todos os rituais de como lidar com a própria morte e a morte do outro ficam agora a cargo dos Profissionais (Ariès, 2012).



Fig. 8 | Comunhão em torno da morte

Com o aumento da esperança de vida, nutre-se cada vez mais um carinho especial pelo ente querido o que criará as suas adversidades quando este estiver perante a morte. Vai-se perdendo cada vez mais o receio da sua própria morte dando lugar ao receio pela morte do outro

1.3| O Poder

1.3.1| Figura de Poder: O Médico

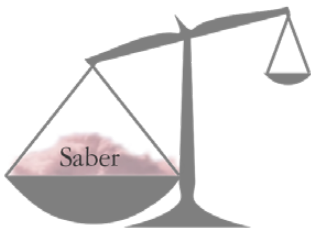
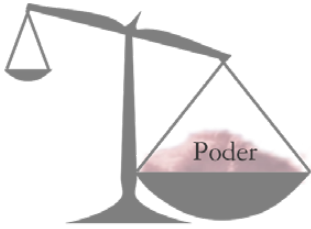
É o médico agora quem irá comandar a forma de agir, a forma de sentir e a forma de como devem ser manifestados os sentimentos. Desta evolução sintática do poder que o médico exerceu ao longo do tempo, é revelada uma primeira característica do que é o poder: a sua mutualidade.

Tal como Foucault (1979) enuncia, é necessário não cair na tentação de associar a palavra poder a conotações negativas como repressão ou a opressão. Ele não é uma entidade ou uma instituição, não está limitado a apenas uma figura de poder, podendo-se verificar a sua instrumentalização em vários campos da sociedade que usufruam de qualquer tipo de hierarquização e disciplina, como os hospitais.

Ao mesmo tempo que as características do poder mencionadas na figura 9, servem de apoio umas às outras e se relacionam entre si, também elas necessitarão de atender às especificidades do sujeito que é subjugado – ao exercer um poder, é também exercido um saber. O poder e o saber têm assim implicações mútuas: o exercício do poder falhará caso não seja suportado por um grau igualitário de saber, exigindo assim uma relação que necessita de ser, desde o primeiro instante, uma relação recíproca entre o saber e o poder (Foucault, 1979).



Fig. 9 | Características do poder
Características como a distribuição de indivíduos em espaços sucessivos; a manipulação do tempo com recurso a acessos diretos que permitem uma movimentação rápida de forma a garantir a máxima eficiência; o olhar vigilante que impõe um sentimento de vigilância e controlo sob os utilizadores e a correta hierarquização dos espaços e os indivíduos; são algumas das características de como o poder disciplinar poderá interferir no espaço



*Fig. 10 | Balança Saber-Poder
O exercício do poder falhará caso não seja suportada por um grau igualitário de saber, exigindo assim uma relação que necessita de ser uma relação recíproca entre o saber e o poder com ambos os polos perfeitamente equilibrados. O poder e o saber têm assim implicações diretas e mútuas: é necessário conceber um campo de saber de modo que seja permitido a constituição de uma figura de poder, como também o saber advém de novas relações de poder*

No seu habitat natural que é o hospital, o médico exerce todo o seu poder, aproveitando-se do estado frágil do doente. Este profissional também desempenha funções de encenador, permitindo como é que uma pessoa deve ou não morrer, tal como os rituais familiares que podem vir a realizar-se (Costa, 2020). Outrora num local recolhido e íntimo, o ato de morrer num hospital expõe o Doente e a Família à sociedade, sendo eles convidados a manter uma postura correta, incapaz de interferir com o funcionamento da sociedade.

Com o avançar constante da tecnologia, a medicina atualmente dispõe de diversas ferramentas necessárias para prolongar o mais possível o tempo de vida e, por consequência, adiar o mais possível a morte. Surgindo assim uma disputa relacionada com a forma como o Doente poderá vir a enfrentar o seus momentos finais: em sofrimento, fruto do tratamento ao qual é submetido, ou com a dignidade possível proporcionada pela recusa de tal tratamento?

No que toca aos Cuidados Paliativos, é muitas vezes decidido não avançar com determinado tratamento caso este não demonstre ser completamente fulcral para o bem-estar do doente (Pereira, 2010). Demonstra-se, então, fundamental haver um processo ativo de negociação de poder entre ambos os atores, de modo a que possa ser possível devolver algum controlo ao Doente (Carter *et al.*, 2004). No entanto, esta troca de poder não é uma tarefa fácil para o profissional. Ele é talhado para preservar a vida o que faz com que enfrente dilemas éticos na tomada de decisão entre submeter ou não o seu paciente a um tratamento. Para o auxiliar nestes problemas éticos, ele apoia-se em inúmeras orientações para tomar a decisão de forma a salvaguardar os seus interesses enquanto profissional de saúde e os interesses do Doente.

1.3.2| Figura de Poder: O Arquiteto

Estabelecendo agora um paralelismo entre a prática da Medicina e a prática da Arquitetura, este tipo de regulamentação no campo da Arquitetura demonstra-se ineficiente ou, até mesmo, inexistente. Assim, proporciona um livre-arbítrio para o arquiteto onde tem a liberdade para verter sobre o projeto as suas convicções, desejos e crenças, nas decisões que englobam esta dimensão projetual. Nestes casos, o arquiteto irá basear-se em si mesmo: nas suas experiências vividas, no seu conhecimento e até mesmo nos seus gostos pessoais. O saber que o arquiteto acarreta na sua bagagem, será então fundamental para avançar com o seu projeto.



Fig. 11 | Confusão do doente
Há a tendência de fazer esconder as instalações sanitárias ou de mascará-las de modo que passem despercebido por se julgar um espaço menos nobre que o resto dos espaços. Mas para um Doente que sofre variadíssimos sintomas, um doente em sofrimento e portador de muitas dores; a sua última preocupação será de procurar pela instalação sanitária no meio da sua agonia e confusão e é algo que a vária documentação reguladora não prevê

No entanto, as experiências que são pedidas aquando da conceção de uma unidade de Cuidados Paliativos, são por vezes inexistentes por parte do arquiteto - muitos temas sensíveis, como é o tema da morte, não são abordados no âmbito curricular. Na escola, é ensinado aos futuros arquitetos que o ato de projetar é uma afirmação da vida, da alegria e do prazer.

É como se o ser humano permanecesse num estado de alegria e boa disposição durante toda a sua vida. Ele tem uma maior tendência em abordar projetos onde o bem-estar e conforto são mais apetecíveis do que temas fraturantes onde esta “vida” não é celebrada (Verderber e Refuerzo, 2006).

No âmbito dos Cuidados Paliativos, pode dizer-se que a Arquitetura deverá celebrar a morte – a vida dá lugar à morte. Estes temas sensíveis e complexos não chegam a ser abordados nas escolas de Arquitetura fruto da sua celebração exclusiva da vida. No seu período de formação, o arquiteto não é talhado com as ferramentas necessárias para se debruçar sob temas que fogem ao normal funcionamento da Arquitetura e, à falta dos tais apoios regulamentares e éticos, onde é que o arquiteto se apoiará de modo a ser capaz de projetar uma obra digna para os seus utilizadores?

A única solução possível para o arquiteto resume-se na investigação – no saber. Mas, continua-se sem descobrir quem será o ator que irá auxiliar o arquiteto a tornar-se num profissional mais preciso, eficiente e rigoroso na sua prática. A conclusão a que se chega é que quem influenciará e quem auxiliará a sua prática é nada mais nada menos que o próprio arquiteto. É ele quem tem a responsabilidade de exigir única e exclusivamente o rigor e a eficiência da sua prática. Restando, por sua vez, uma última questão: como é que este poder poderá ser cultivado a nível regulamentar ou educacional de modo que a prática da Arquitetura não sofra nas mãos do próprio arquiteto?

“Antes de arquiteto, o arquiteto é homem, e homem que utiliza a sua profissão como um instrumento em benefício dos outros, da sociedade a que pertence”

(Távora, 2015:74)



II

A Máquina

*“Esta vida de bordo há-de matar-me.
São dias só de febre na cabeça
E, por mais que procure até que adoença,
já não encontro a mola pra adaptar-me.*

*Em paradoxo e incompetência astral
Eu vivo a vincos de ouro a minha vida,
Onda onde o pundonor é uma descida
E os próprios gozos gânglios do meu mal.*

*Álvaro de Campos,
1915*

*É por um mecanismo de desastres,
Uma engrenagem com volantes falsos,
Que passo entre visões de cadafalsos
Num jardim onde há flores no ar, sem hastes”*

2.1 | O Cuidado

2.1.1 | Realidade portuguesa dos paliativos

Os Cuidados Paliativos são uma especialidade da medicina que oferece os cuidados necessários para uma tipologia de doente no qual a medicina não é capaz de curar na sua totalidade como é o caso do doente portador de uma doença incurável e/ou progressiva (Neto, 2020). Apenas no final dos anos 60, em 1967, é que se desenvolveu a especialização em Cuidados Paliativos. Este feito deveu-se à enfermeira Cicely Saunders que impulsionou a prática dos Cuidados Paliativos no Reino Unido e nos restantes países desenvolvidos. (Gonçalves, 2019).

Entretanto, foram surgindo diversos movimentos com o objetivo de dar a conhecer o que são os Cuidados Paliativos, numa forma de também educar a sociedade e desmistificar alguns preconceitos gerados em torno destes tipos de cuidados, nomeadamente os *Maggie's Centres* com os seus *hospices* (Verderber e Refuerzo, 2006).

Fig. 12 | Maggie's Centres
Na esfera anglo-saxónica, esta tipologia é denominada por *hospice*, e são estruturas que desenvolvem diversas atividades terapêuticas aos Doentes paliativos. Para além de algumas atividades sociais ou terapêuticas, os Doentes também se podem dirigir a estes centros de modo a serem acompanhados e supervisionados por Profissionais competentes. Os *Maggie's Centres* é um movimento que tem um forte impacto a nível mundial e onde a Arquitetura são das principais embaixadoras destes cuidados. Diversos arquitetos de renome mundial foram desafiados a desenharem estes centros como Steven Holl (a), Foster + Partners (b), Frank Gehry (c), entre outros, de forma a sensibilizar para a necessidade destes cuidados.



Os Cuidados Paliativos são “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”

ANCP, 2006:2

Apenas passados 22 anos da primeira criação dos Cuidados Paliativos no Reino Unido, que Portugal implementou, de uma forma reconhecida, estes cuidados, com a unidade no Instituto Português de Oncologia do Porto em 1999. Portugal encontra-se num grau inferior deste desenvolvimento o que terá as suas implicações na prestação dos cuidados, mas, sobretudo, terá as suas implicações no Doente (Neto, 2020).

Atualmente estima-se que 70% da população portuguesa não tem acesso a estes tipos de cuidados de saúde, o que revela uma maior concentração da oferta dos mesmos em determinadas zonas do país, deixando o restante território com fortes carências paliativas. O próprio acesso e sinalização de doentes para serem acompanhados é ainda bastante burocrática e complexa, o que dificulta a prática e o acesso a estes cuidados (Neto, 2020).

Centrando-se exclusivamente em Lisboa, pode-se verificar que muitas das unidades existentes estão localizadas em equipamentos privados, sendo muito poucas aquelas em estabelecimentos públicos. No panorama do equipamento público, o modelo utilizado mais recorrentemente é através das equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos – equipas sem qualquer espaço dedicado num hospital que proporcionam estes cuidados a todos os doentes internados que os necessitem.

Muitos dos doentes que são encaminhados para os Cuidados Paliativos já vão numa fase muito tardia da doença e até mesmo terminal, o que alimenta ainda mais o tal preconceito de que paliativos é sinónimo de morte. Portugal tem realizado nos últimos anos diversas medidas que visam apoiar e valorizar os Cuidados Paliativos. Exemplo disso é a aprovação da Lei de Bases que visa reconhecer estes cuidados de saúde, como também a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, promulgada na Lei nº 52 de 2012, que tem o objetivo de agilizar o processo de admissão aos paliativos.

2.1.2| Modelos de prestação de Cuidados Paliativos

Os doentes que já estão numa fase da sua doença com a doença e sintomas cada vez mais complexas, faz com que seja exigida uma equipa multidisciplinar que abranja vários campos da saúde, altamente qualificada (CNCP, 2019).

Um dos membros desta equipa multidisciplinar é o assistente social, e este será a ponte entre o Doente e a restante equipa, fornecendo os recursos sociais necessários para uma batalha digna e humana contra a doença. Outro membro que compõe a equipa é o psicólogo. O psicólogo dará também o seu contributo para que o Doente e a Família quebrem o silêncio em torno da doença e da morte. Um terceiro elemento da equipa de Cuidados Paliativos é o enfermeiro, e este atua no doente através do seu conhecimento e capacidade de comunicação que permite orientar e esclarecer o Doente e a Família dos procedimentos que têm sido realizados (Hermes e Lamarca, 2013).

O último profissional desta equipa é aquele que possui formação no que toca aos vários tratamentos e diagnósticos das doenças, o médico. A equipa age em conformidade com uma cadeia hierarquizada em que o médico ocupa o seu papel determinante e de liderança. É necessário compreender que, apesar de não ser possível curar o doente, ainda há todo um trabalho onde se pode cuidar do mesmo e estabelecer uma relação próxima entre o Doente e o médico que se releva importante no esclarecimento e orientação (Hermes e Lamarca, 2013).

Esta equipa presta auxílio ao Doente sob quatro formas diferenciadas, cada uma em ambientes distintos, consoante a complexidade da doença e a preferência do Doente. Estes cuidados de saúde podem ser prestados sob a forma de unidade de internamento de Cuidados Paliativos, equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos, equipa de Cuidados Paliativos domiciliários e ainda sob a forma de centros-dia (CNCP, 2019).

Fig. 13 | Modelos de Prestação

(a) Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, são compostas por diversos profissionais de áreas diferentes, especializados em cuidados paliativos. Elas não dispõem de camas próprias e por isso, exercem a sua atividade no interior dos hospitais sob forma de consultadoria às várias equipas de saúde existente no dado hospital

(b) Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, prestam estes cuidados aos Doentes que necessitem como também fornecem o seu apoio aos familiares dos doentes e aos cuidadores informais do mesmo sem nunca terem que sair do seu domicílio

(c) Unidades de Cuidados Paliativos, podem estar localizadas no interior de estruturas hospitalares e oferecem aos seus Doentes um apoio altamente especializado

(d) Centro dia (ou hospice), estruturas que independentes dos hospitais que podem proporcionar diversas atividades junto do Doente bem como o seu acompanhamento. Podem, ou não, prever que os seus Doentes pernoitem



A unidade de Cuidados Paliativos (UCP) é destinada a doentes internados que sofrem de complicações mais complexas e severas e, como tal, necessitam de um cuidado especializado e diferenciado. Esta tipologia dispõe de espaço físico independente e com recursos próprios, podendo ser localizada tanto no interior, como também num equipamento adjacente ao hospital, ou até mesmo independente e distanciado do mesmo (CNCP, 2019) – e será esta a tipologia a desenvolver na parte projetual deste trabalho.

Caso de Estudo: Seirei-Mikatagahara Hospital Hospice

Localizado na prefeitura japonesa Shizuoka, Seirei-Mikatagahara Hospital Hospice foi o primeiro equipamento desenvolvido dedicado aos Cuidados Paliativos do Japão, em 1981. Este projeto tem como programa um outro modelo de prestação dos Cuidados Paliativos, os *hospice*, que são equipamentos destinados à partilha e convívio entre pessoas que atravessam pelo mesmo período conturbado das suas vidas; podendo haver, ou não, a possibilidade de pernoitarem e fazerem deste tipo de estrutura a sua casa. No caso do projeto japonês, apenas a 1997 é que foi aberta a possibilidade de os doentes serem admitidos no equipamento.



Fig. 14 | Vista aérea Seirei-Mikatagahara Hospital Hospice
O hospice está localizado nas imediações de um hospital japonês e, apesar da sua autonomia funcional, dispõe de uma ligação direta através de um corredor. Do ponto de vista volumétrico, o projeto é composto por um corpo dois pisos onde o piso superior é dedicado aos profissionais e depois é composto por um outro corpo de apenas um piso e que se assemelha a uma tradicional rua japonesa através do destaque que os quartos protagonizam do restante volume. Esta estrutura procurou acolher os Doentes que aqui são acompanhados, afastando-o tanto quanto possível de quaisquer semelhanças a uma estrutura hospitalar afastando assim possíveis complicações que poderão vir a comprometer o conforto dos seus utilizadores

Desde o momento inicial que Seirei-Mikatagahara procura afastar-se da tipologia hospitalar, dando grande expressão à arquitetura tradicional japonesa, valores esses que estão bem patentes em todo o projeto, o que permite aos utilizadores poderem sentir-se num ambiente acolhedor e familiar.

Fig. 15 | Entrada do Equipamento
Entrada do equipamento. Este momento é algo que pode imprimir um grande sentimento de desconforto e ansiedade e por isso, em Seirei-Mikatagabara, a sua entrada minimalista procura remeter desde o primeiro momento, para um estado de tranquilidade



Quando projetado, este equipamento teve como principal intenção, apresentar-se como um edifício anti institucional e delicado, com recurso a várias estratégias projetuais. A preferência pela escala humana, o contacto com os vários jardins exteriores, as obras de arte japonesas estrategicamente posicionadas, são algumas estratégias que se podem encontrar no projeto japonês, que lhe conferem uma grande singularidade, onde o doente é a principal preocupação em todo este projeto (Verderber e Refuerzo, 2006).



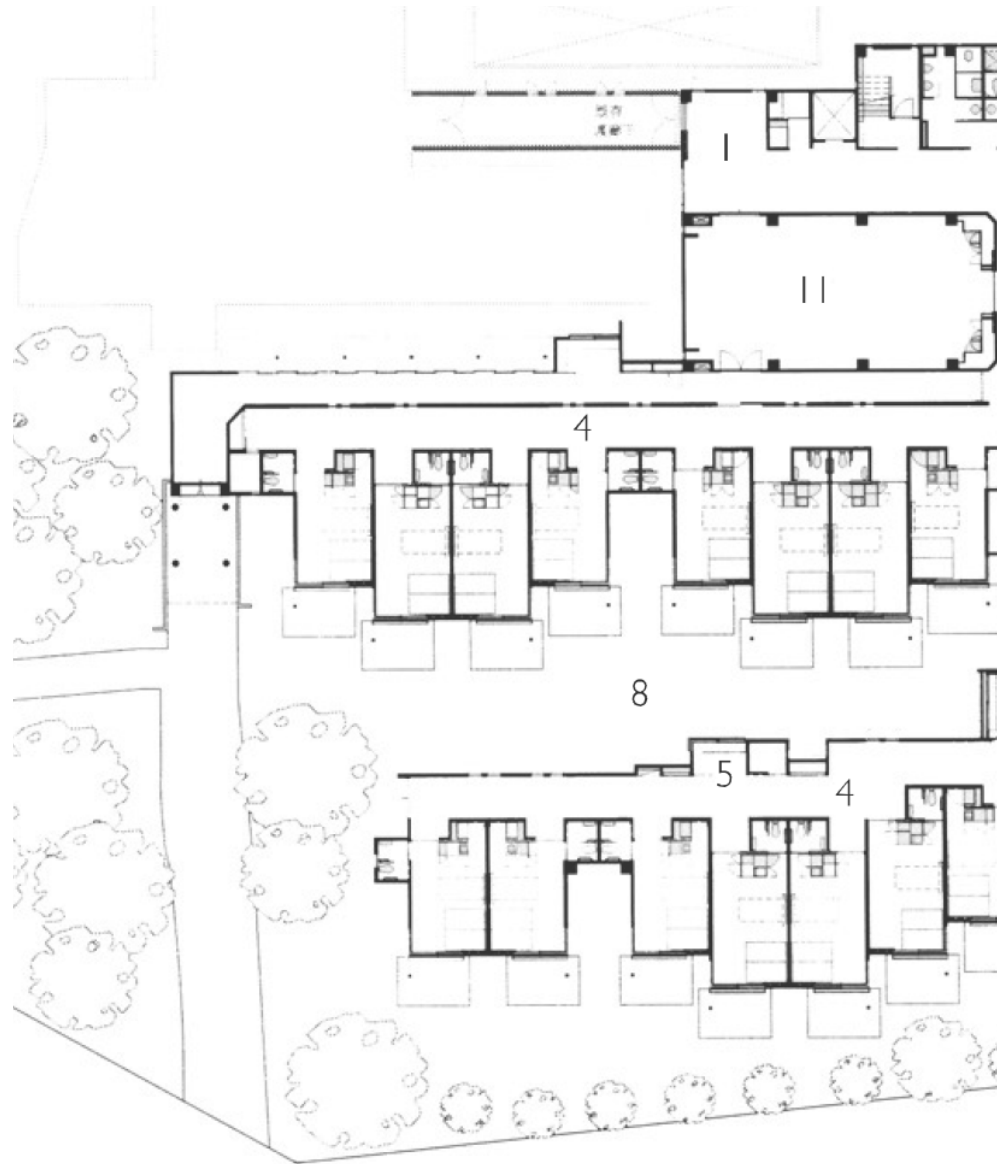
Fig. 16 | Quarto tipo

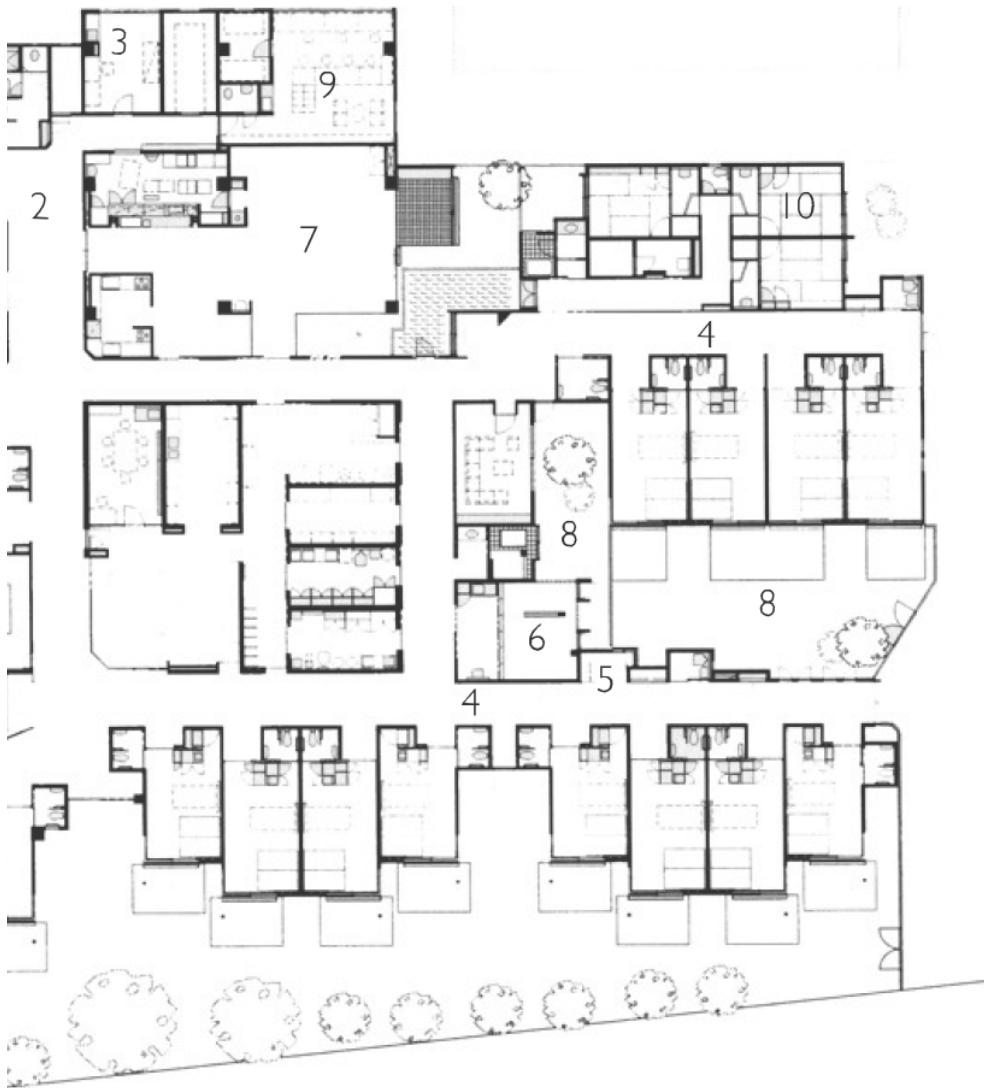
Com o objetivo de trazer alguma familiaridade aos seus utilizadores, a arquitetura tradicional japonesa é uma característica bem patente em todo o projeto, nomeadamente, nos quartos dos Doentes



Fig. 17 | Alcovas no corredor

Nos espaços de transição que dão acesso aos vários quartos, é possível encontrar alguns elementos nos quais o arquiteto refere como alcovas. Estes espaços permitem a pausa e convidam o convívio por quem ali se desloca, tendo a companhia do contacto direto com o jardim exterior

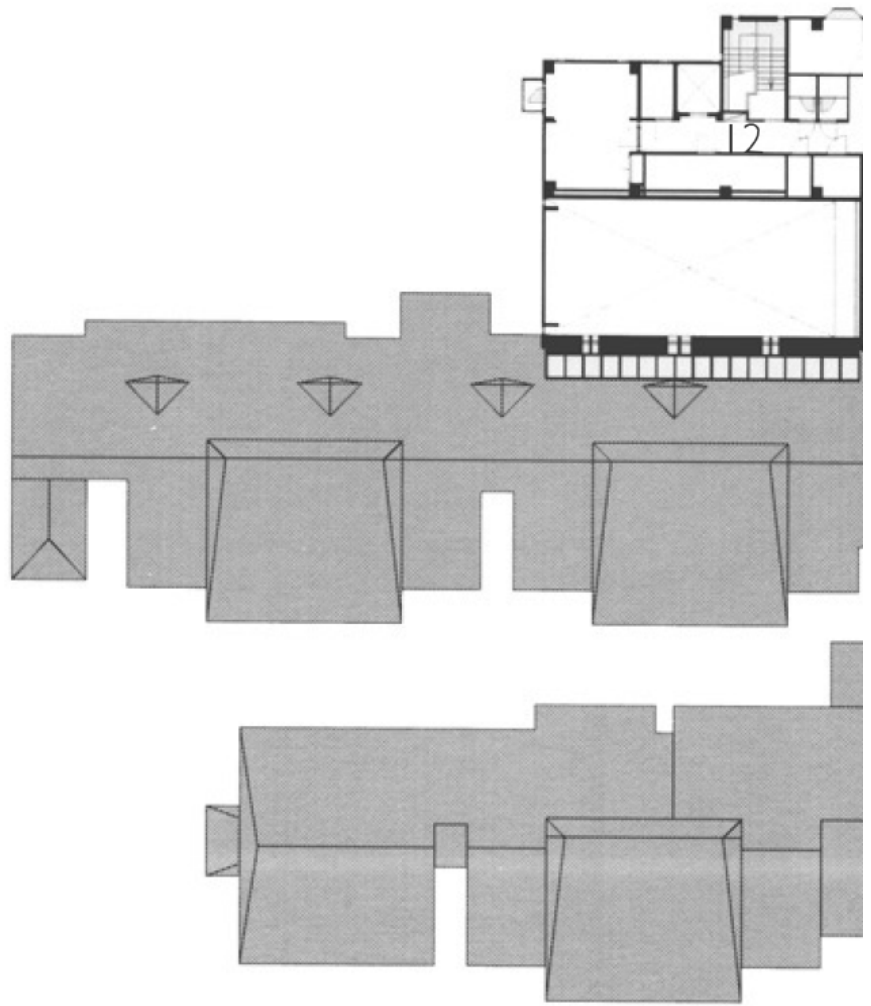


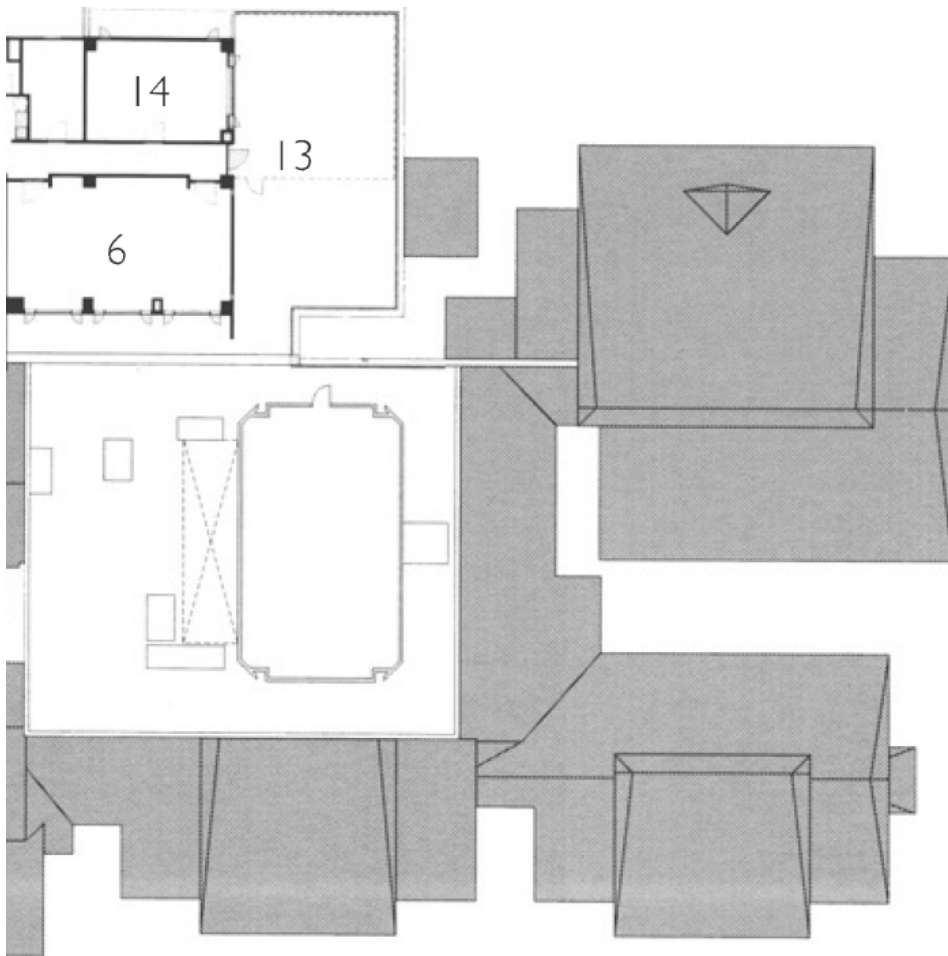


*Fig. 18 | Planta Piso Térreo
Seirei-Mikatagahara Hospital
Hospice*

Legenda:

- 1 *Entrada*
- 2 *Recepção*
- 3 *Administração*
- 4 *Alcovas*
- 5 *Posto e Enfermagem*
- 6 *Sala de Estar*
- 7 *Sala de Refeições*
- 8 *Jardim*
- 9 *Sala de Descanso dos Profissionais*
- 10 *Quartos dos Familiares*
- 11 *Multi-Usos*
- 12 *Espaço de Apoio*
- 13 *Terraço*
- 14 *Espaço de Meditação*





*Fig. 19 | Planta Piso Superior
Seirei-Mikatagahara Hospital
Hospice*

2.2| O Equipamento

2.2.1| Breve evolução da Arquitetura Hospitalar

O hospital incorpora, como se viu, diversos serviços altamente especializados, de forma a ser capaz de atender às especificidades das demais doenças. Até o hospital atingir as configurações que hoje se conhece, foi sofrendo diversas mutações na forma como era organizado, mas também eram prestados estes serviços.

Durante grande parte do período da história antiga, os hospitais eram um equipamento inexistente e, muitas vezes, o próprio campo de batalha servia como local de tratamento dos homens feridos. Os primeiros hospitais que se conhecem hoje foram edificadas pelos cavaleiros da idade média: os templários da Ordem de São João de Malta. Estas estruturas serviam o propósito de auxiliar os peregrinos que realizavam as suas caminhadas santas e elas foram replicadas por outras ordens religiosas para cuidar dos doentes (Sternberg, 2010).

Após o século XVIII, com a iniciação do debate higienista, a Arquitetura Hospitalar sofreu uma profunda alteração, nomeadamente na forma em que passa a ser pensada e concebida. As doenças mais graves que abalavam os países neste período eram as infeções e, como tal, a medicina direcionou os seus esforços no combate à infeção e a sua devida propagação. (Figueiredo, 2013).

Uma das principais características da arquitetura higienista que vigorou durante este período foi a atenção à ventilação. A lógica de ventilação dos vários espaços que compõem um equipamento hospitalar irá ditar a forma como estes serão projetados e organizados. A segmentação do edifício em vários corpos, de modo a promover uma melhor qualidade do ar e a separar os doentes por diversas patologias, fez nascer a arquitetura pavilhonar (Providência, 2000).

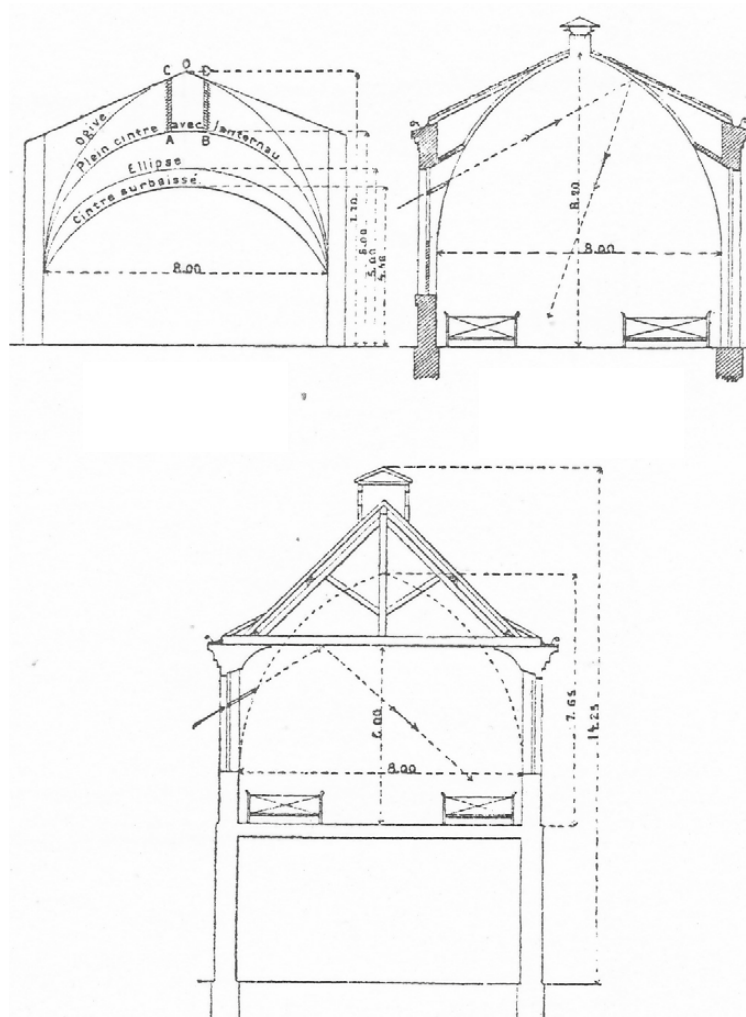


Fig. 20 | Desenho técnico de perfis comparativos de várias soluções para as coberturas das enfermarias do século XIX

O debate iniciado, irá fazer com que se introduzam diversas estratégias de manipulação de espaço de modo que o hospital e os seus profissionais, sejam capazes de controlar e tratar qualquer processo de doença. Exemplo disso são os perfis históricos que demonstram que com recurso à segmentação do edifício, ao detalhe dos vãos e a diversas estratégias de ventilação localizadas na cobertura, paredes e pavimento; foi permitido à Arquitetura intrometer-se no processo da cura

Esta tipologia hospitalar consolidou-se como o modelo ideal para projetar o hospital, até aos inícios do século XX, fruto da humanização dos espaços. O conceito pavilhonar contribuiu para a estabilização de uma linguagem que privilegiava a sua organização funcional e o seu sistema de construção, com o objetivo de proporcionar aos seus doentes, espaços adequados para a cura e para o tratamento (Figueiredo, 2013).

Tendo em conta os avanços tecnológicos que se foram manifestando no início do século XX, os hospitais passaram a incorporar diversas ferramentas que foram revolucionando a forma como os doentes eram tratados. Os hospitais cresceram assim para grandes aglomerados portadores de tecnologias de ponta (Sternberg, 2010).

2.2.2| Máquina de Curar

O equipamento hospitalar ficou de tal forma programado para receber o paciente e curá-lo que se tornou necessária uma organização dos espaços, sob critérios de otimização do processamento, de modo que haja um maior controlo das doenças e uma maior maximização do tempo de vida (Costa, 2020). Com a revolução tecnológica, que permitiu à medicina evoluir e, conseqüentemente, os hospitais, estes tornaram-se em autênticas máquinas de curar.

Assim, tal como Foucault (1979) evidencia na sua vasta reflexão em torno do tema do nascimento do equipamento hospitalar, deixou-se de auxiliar a pessoa que se encontra em situação de vida ou de morte. O hospital deixou de possuir o objetivo de fazer viver ou de fazer morrer nos hospitais, mas sim de fazer multiplicar a vida e assim maximizar a produtividade da população.

Para Foucault, esta mudança de paradigma, ao qual o equipamento hospitalar foi submetido, teve origem no século XVIII, coincidentemente no período do Iluminismo; período esse onde houve uma enorme progressão médica e tecnológica (Ferla, Oliveira e Lemos, 2011).

No entanto, para Foucault, o nascimento do hospital moderno, portador de uma dimensão política, deu-se devido à reorganização epistemológica da doença. A medicina deixou de ser interpretada como uma técnica geral de saúde, com as suas devidas limitações, para se assumir como uma prática clínica e de investigação (Costa, 2020).

O somatório da vertente investigacional e tecnológica introduzido nos hospitais originou uma abordagem massificada da doença, passando esta a ser o principal objeto de destaque. É em torno dela, do seu controlo, da sua manipulação e da sua propagação que os hospitais se irão organizar espacialmente (Foucault, 1979)



Fig. 21 | Máquina humana
Com o transporte da doença como um efeito de uma ação específica do meio sobre a pessoa, a estrutura interna do hospital necessitou de organizar o espaço de um ponto de vista funcional. Os hospitais ficam assim munidos de grandes ferramentas tecnológicas de modo a combater a doença e proporcionar a atenção necessária para que o paciente recupere de novo as suas totais faculdades. Esta preocupação no combate à doença fez com que o hospital fosse subjugado a uma disciplina, assumindo-se cada vez mais como um instrumento de poder cujo objetivo é tratar a doença e não o doente.

2.3| A Rotura

2.3.1| Problemática atual do hospital

Se, inicialmente, a medicina – e consequente a arquitetura - tinha como seu principal foco o ser humano enquanto doente, tem havido, ao longo do tempo, um desvio de atenção onde agora a doença é o principal utente para a medicina. Nesta ânsia em combater a doença e de munir o equipamento hospitalar, com todas as armas para vencer esta batalha, deixou de haver espaço para o Doente (Miller, 2005).

A sociedade tem exigido cada vez mais dos hospitais, pois estes tratam-se de locais onde se nasce, onde se vive, onde se trabalha, onde se perde e onde se morre. Mas, como mencionado anteriormente, estes não foram projetados para suportar a vida nem para celebrar a morte, foram sim pensados para obter a cura, o local onde se recebe tratamento (Miller, 2005).

O hospital será o recetáculo de vários doentes, cada um com a sua doença e suas especificidades e, como tal, ele terá que ter a capacidade de oferecer uma resposta a qualquer tipo de doente que venha a ser admitido (Murray *et al.*, 2005). Os vários circuitos, a inflamabilidade dos materiais e as diversas políticas dos hospitais, são alguns dos fatores que submetem este equipamento a um elevado número de restrições. Pode-se, por isso, considerar que esta funcionalidade extrema torna-se um elemento fundamental do espaço hospitalar que auxilia no combate à doença. No entanto, esta funcionalidade extrema a que o hospital é submetido, provoca uma série de constrangimentos ao Doente, devido à impossibilidade de lhe ser facultado um espaço devidamente humanizado. Esta falta de domesticidade no ambiente hospitalar irá provocar, no doente, uma desconexão e uma negatividade que poderá ser um obstáculo na sua busca pelo bem-estar.

Uma pessoa que sofre de uma doença incurável e/ou progressiva, já por si só carrega uma tremenda carga negativa que influenciará o espectro físico, emocional e espiritual da pessoa. Aliada a esta carga emocional sensível e frágil que o doente tem que comportar, acresce toda a negatividade e possível ansiedade que o ambiente hospitalar lhe proporciona (Moore *et al.*, 2012). Apesar das carências especiais deste tipo de doentes, eles são submetidos a um quarto vazio, frio e completamente estéril.

Por isso, urge a necessidade de uma evolução nas novas formas de pensar o espaço, no que diz respeito à Arquitetura Hospitalar, desta vez segundo uma esfera mais humana, deixando em segundo plano, por sua vez, a vertente tecnológica e científica.



Fig. 22 | Ambiente hospitalar
O equipamento hospitalar tem vindo a sofrer diversas alterações na forma como a Arquitetura organiza este tipo de equipamento. Estas alterações são acompanhadas por um avanço tecnológico e científico que conduzem a uma evolução da prática da medicina e a uma rutura dos antigos modelos de organização do espaço.
Os hospitais dos dias de hoje, não são locais nem para viver nem para morrer; não são locais para as pessoas, mas sim para a doença

2.3.2| Perspetiva divergente

Fruto desta crescente desumanização, todos os serviços e unidades que nele se encontram, acabam, também, por serem conotados com essa desconfiança e negatividade, como é o caso das unidades de Cuidados Paliativos localizadas no interior do hospital (Moore et al., 2012). As próprias unidades, por si só, são uma grande fonte de ansiedade e antecipação, devido ao peso simbólico a que são associadas, havendo depois esta agravante da sua localização.

As unidades de Cuidados Paliativos, bem como outros serviços que integram os serviços hospitalares, são assim reféns do modo de organização do hospital, mas também do *stress* e desconforto que daí advém. Estas unidades enfrentam assim duas grandes problemáticas: uma relacionada com o seu próprio carácter e o seu valor simbólico; e outra relacionada com os constrangimentos que os hospitais enfrentam na sua disposição que dificulta o acolhimento do utilizador. A Arquitetura irá desempenhar aqui um papel fundamental, de modo a dar resposta às duas problemáticas anteriores e assim proporcionar um espaço digno aos seus utilizadores.

Tal como Stephen Verderber e Ben J. Refuerzo (2006) explicam na sua obra, a criação de unidades de Cuidados Paliativos autónomas dos hospitais é uma mudança de paradigma, protagonizada nos finais do século XX, e é o modelo de prestação de Cuidados Paliativos ideal para resolver os problemas mencionados anteriormente. Ao protagonizar-se esta separação entre equipamento hospitalar e unidade de Cuidados Paliativos, esta última vê-se livre de grande parte das restrições a que o hospital é submetido e, desta forma, capaz de se focar inteiramente em finalmente proporcionar o máximo bem-estar aos seus doentes.

A morte está invariavelmente adjacente a qualquer tema relacionado com Cuidados Paliativos, e a unidade não é exceção. A parte mais assustadora de morrer não se trata da morte em si, mas sim o receio do desconhecido e a incapacidade de compreender o que é a morte. Apesar do ser humano não poder decidir rigorosamente o local onde morrer, cada pessoa pode refletir acerca da forma como querará morrer, de forma a garantir algum controlo e segurança neste seu destino (Miller, 2015).

A Arquitetura poderá começar aqui a sua luta de procurar reverter ou atenuar a carga simbólica, enraizada na unidade de Cuidados Paliativos. Os doentes ao permanecerem num ambiente semelhante no qual se sentiram, outrora, acolhidos; poderá fazer desencadear sentimentos que lhes auxiliarão atravessar esta jornada de forma digna (Ahuja, 2018).

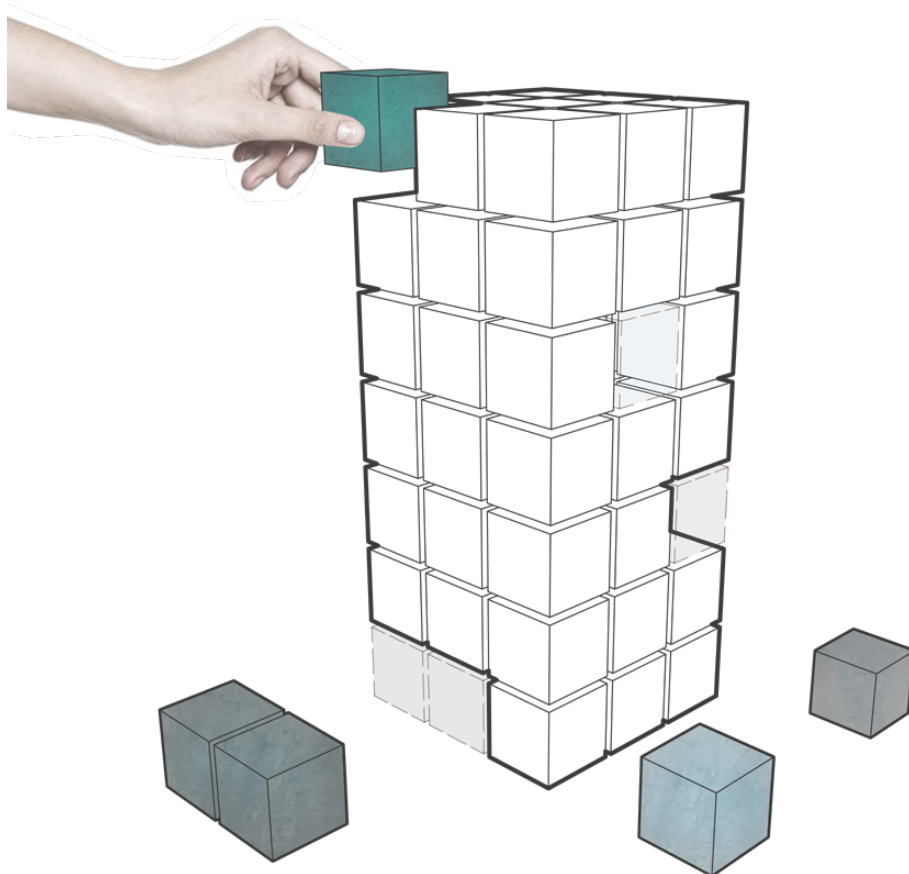


Fig. 23 | Separação dos serviços hospitalares

As Unidades de Cuidados Paliativos, bem como outras unidades que integram os serviços hospitalares, são reféns do modo de organização do hospital e do stress e desconforto que os hospitais proporcionam. A separação de algumas destas unidades com o complexo hospitalar oferece uma maior liberdade a ambas as partes o que permite colocar de novo o Doente no centro da discussão novamente.

III

A Arquitetura do Bem-Estar

Fernando Távora,
1999

“Sendo assim, projectar, planejar, desenhar, não deverão traduzir-se para o arquitecto na criação de formas vazias de sentido, impostas por caprichos da moda ou por capricho de qualquer outra natureza. As formas que ele criará deverão resultar, antes, de um equilíbrio sábio entre a sua visão pessoal e a circunstância que o envolve e para tanto deverá conhecê-la intensamente, tão intensamente que conhecer e ser se confundem”

3.1| O Bem-Estar

3.1.1| Experiência de Bem-Estar

Ao longo da vida, a noção de bem-estar que um dado indivíduo percebe vai sofrendo alterações devido à sua condição familiar, condição económica, social e de saúde (Lawton, 1983). O bem-estar é algo subjetivo, inerente ao próprio sujeito e, por isso, é necessário ter presente que a prevenção de uma determinada doença ou patologia é tão importante como a sua cura. Apesar das unidades de saúde deterem a responsabilidade de auxiliarem o Doente na sua luta contra a doença, também terão que ser responsáveis por lhe assegurarem um estado saudável (Steemers, 2015).



Fig. 24 | Bem-estar humano
A avaliação de bem-estar pode ser efetuada através de três indicadores que são rigorosos na apreciação do bem-estar do Doente. A primeira definição resume-se nos sentimentos considerados de curta duração como a felicidade, alegria, tristeza, raiva dor ou stress - bem-estar hedónico. Sentimentos que têm uma maior duração que advém sobretudo do sentido da vida, a avaliação que a pessoa faz do seu propósito no mundo - bem-estar eudemónico. Com o indicador de bem-estar pessoal é realizada uma avaliação ao grau de satisfação que a pessoa sente da sua própria vida

Fig. 25 | Cinco estratégias para atingir o bem-estar
 Na sua palestra, Steemers aponta cinco estratégias para o bem-estar:

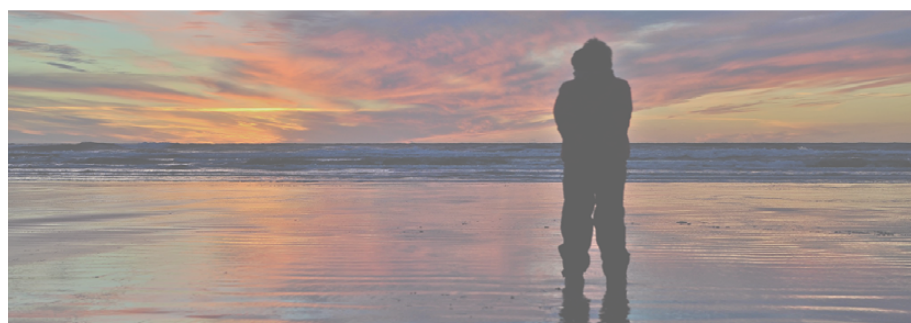
O ser humano é um ser sociável, que se relaciona e que se conecta; estes momentos com outras pessoas correlacionam-se com o bem-estar social bem como o bem estar físico - conectar

O exercício físico é responsável por reduzir alguns dos sintomas de distúrbios mentais ou físicos através da libertação de inúmeras hormonas no corpo humano - exercitar

Os interesses de uma pessoa vão sendo moldados ao longo da vida, podendo vir a serem alterados de acordo com o ambiente em que está inserido. Esta busca e curiosidade incessante também terão os seus efeitos positivos na condição de bem-estar da pessoa - aprender

Ao mesmo tempo que se proporciona a possibilidade de o doente se exercitar, também se lhe confere a oportunidade de estar consciente dos pensamentos, dos sentimentos, da envolvente que lhe rodeia; este é um comportamento que é capaz de reduzir os sintomas de stress, de ansiedade e de depressão, aumentando assim o bem-estar do doente - observar.

Promover oportunidades sociais como o voluntariado ou ajudar o outro cria uma maior proximidade e intimidade com o outro o que por sua vez promove um maior bem-estar - dar



É então necessário criar oportunidades para este desenvolvimento pessoal, físico e social. Para além das estratégias anunciadas por Koen Steemers (2015), a qualidade do espaço, no qual o Doente habita, também irá desempenhar uma grande influência no seu bem-estar final (Walters, 2016).

Conferir os reais impactos que a Arquitetura poderá ter no bem-estar é uma tarefa árdua, no entanto, qualquer tipo de indício que seja benéfico tem todo o potencial para possuir efeitos nos seus utilizadores. De modo a estimular o doente através do espaço, a diversidade de espaços amplos e uma proporção relativa, entre espaço público e privado, demonstra-se como catalisador da curiosidade e atenção junto dos doentes e de outros utilizadores do espaço (Steemers, 2015).

O sentimento de alienação é algo recorrente no Doente e, como tal, é necessário que quem o acompanha – a Família, o Profissional e a Arquitetura - seja capaz de atender a esta situação perturbadora (Moore et al., 2012). Através desta estimulação de diversos sentimentos junto do doente, a Arquitetura oferece o seu contributo para reverter este processo – para que o doente se sinta mais humano e inserido no mundo (Miller, 2015).

O diálogo que o Doente estabelece com a Arquitetura é protagonizado pelas emoções. Através da ativação de memórias semelhantes às que a Arquitetura proporciona, são criadas diversas associações entre o passado e o presente. O Doente realiza uma viagem ao passado em busca de sentimentos semelhantes àqueles que, outrora, no seio do seu antigo lar sentiu; estabelecendo assim a comunicação entre o Eu e a Arquitetura (Botton, 2017).

3.1.2| **Biofilia**

Tal como a Arquitetura é capaz de transmitir um conjunto de atmosferas e de sensações, a Natureza também é possuidora de uma capacidade inata de estabelecer um diálogo com o Homem. Quer seja através dos seus ritmos calmantes ou suas cores ricas e vibrantes, a Natureza também imprime esta paragem tão necessária ao Homem, de forma que ele encontre aqui momentos de introspeção (Sternberg, 2010).

O contacto com a Natureza, por parte do Doente, é um regresso a um período harmonioso, onde a doença se dissipa e com ela vão todos os constrangimentos que provoca. Esta relação íntima estabelecida com a Natureza por parte do Homem tem sido, desde há algum tempo, analisada devido ao efeito positivo que a Natureza poderá ter no ser humano e, em particular, nos doentes hospitalizados. Ulrich (1984), comprova esta influência que a Natureza tem no Homem ao concluir que o tempo de recobro de um doente é menor quando este possui uma janela com vista para a Natureza.

No entanto, apesar de todos os aspetos positivos e do efeito rejuvenescedor que a Natureza tem no Homem, ambos têm vindo a distanciar-se cada vez mais. Atualmente, uma pessoa passa grande parte do seu quotidiano no interior de um edifício, deixando na Arquitetura, a responsabilidade de a conectar com a Natureza.

Uma estratégia capaz de aliar a Arquitetura à Natureza é através duma tipologia de espaços exteriores, denominados de jardins terapêuticos. O jardim terapêutico pode tomar diversas variações no que toca à sua função inicial: pode servir como retiro, como espaço para passear, um espaço de convívio ou de contemplação. Estas múltiplas funções que o jardim terapêutico poderá auferir, desempenham uma estratégia útil para os seus utilizadores como também poderão servir como ferramenta de orientação (Ousset *et al.*, 1998).

“A relação entre natureza e construção é decisiva na arquitetura”

(Vieira, 2000:17)

Há um ramo da Arquitetura que é responsável por explorar a navegação dos seus usuários chamado *Wayfinding*. A sua tese é que estão ao alcance da Arquitetura duas formas capazes de guiar os utilizadores: através de uma grelha regular, ou através de marcos estrategicamente implementados no espaço (Sternberg, 2010). O jardim terapêutico poderá servir de marco, de modo a que seja possível criar características capazes de singularizar este espaço e gravar na memória do Doente.



Fig. 26 | Jardim terapêutico
Estes jardins terapêuticos são capazes de oferecer a qualquer obra arquitetónica, um espaço onde a Natureza e a Arquitetura possam dialogar com o objetivo de oferecer aos seus utilizadores este contacto com o meio natural que se afigura tão desejável e benéfica. Uma proximidade a espaços públicos e de contemplação capazes de suportar encontros casuais e promover um conjunto de atividades sociais espontâneas, aproximará o utilizador a socializar com outros e assim promover o bem-estar a uma esfera social

Caso de Estudo: Fundação Calouste Gulbenkian

Inaugurada em 1969, a Fundação Calouste Gulbenkian é uma obra localizada em Lisboa que já foi alvo do prémio Valmor em 1975. Caracterizada pelos seus edifícios modernos, onde o betão e o vidro são os materiais predominantes em todo o projeto, a fundação também acolhe uma grande área vegetal desenvolvida por Gonçalo Ribeiro Telles e António Viana, considerada inovadora para a realidade portuguesa.

No jardim encontram-se diversos percursos, cada um com a sua especificidade, que irão fazer a ligação entre os vários edifícios da fundação. Ao todo é possível percorrer cinco tipologias de percursos: percurso luz e sombra, percurso do lago, percurso das orlas, percurso dos cheiros e percurso das vistas. O utilizador é convidado a permanecer no exterior e tirar proveito desta intimidade com a Natureza, proporcionada pelo projeto em si, através de cheiros, jogos de luz e sombra e todo um universo natural localizado no coração da despercebida cidade de Lisboa.

Fig. 27 | Perspetiva do jardim da Fundação Calouste Gulbenkian

O Jardim tornou-se num destino célebre para quem procura uma zona de lazer acompanhada permanente pela Natureza no interior da cidade de Lisboa.



Para além de estabelecer uma forte relação com o exterior, o projeto aproveita também a Natureza de forma a oferecer um ambiente acolhedor e familiar aos espaços interiores. Com a utilização da madeira, de tons bege e numa aposta na iluminação natural, estabelece-se desta maneira uma simbiose entre o interior e o exterior – entre o Homem e a Natureza.



Fig. 28 Relação interior-exterior (I)

Fig. 29 Relação interior-exterior (II)



Permaneça o utilizador no interior ou no exterior, ele pode contar com o contacto constante da Natureza e o seu conforto. Os espaços interiores da Fundação Calouste Gulbenkian são permanentemente invadidos pela Natureza estabelecendo uma relação de grande simbiose entre os dois mundos, o mundo construído e o mundo natural, o que confere aos seus espaços um ambiente acolhedor para o utilizador

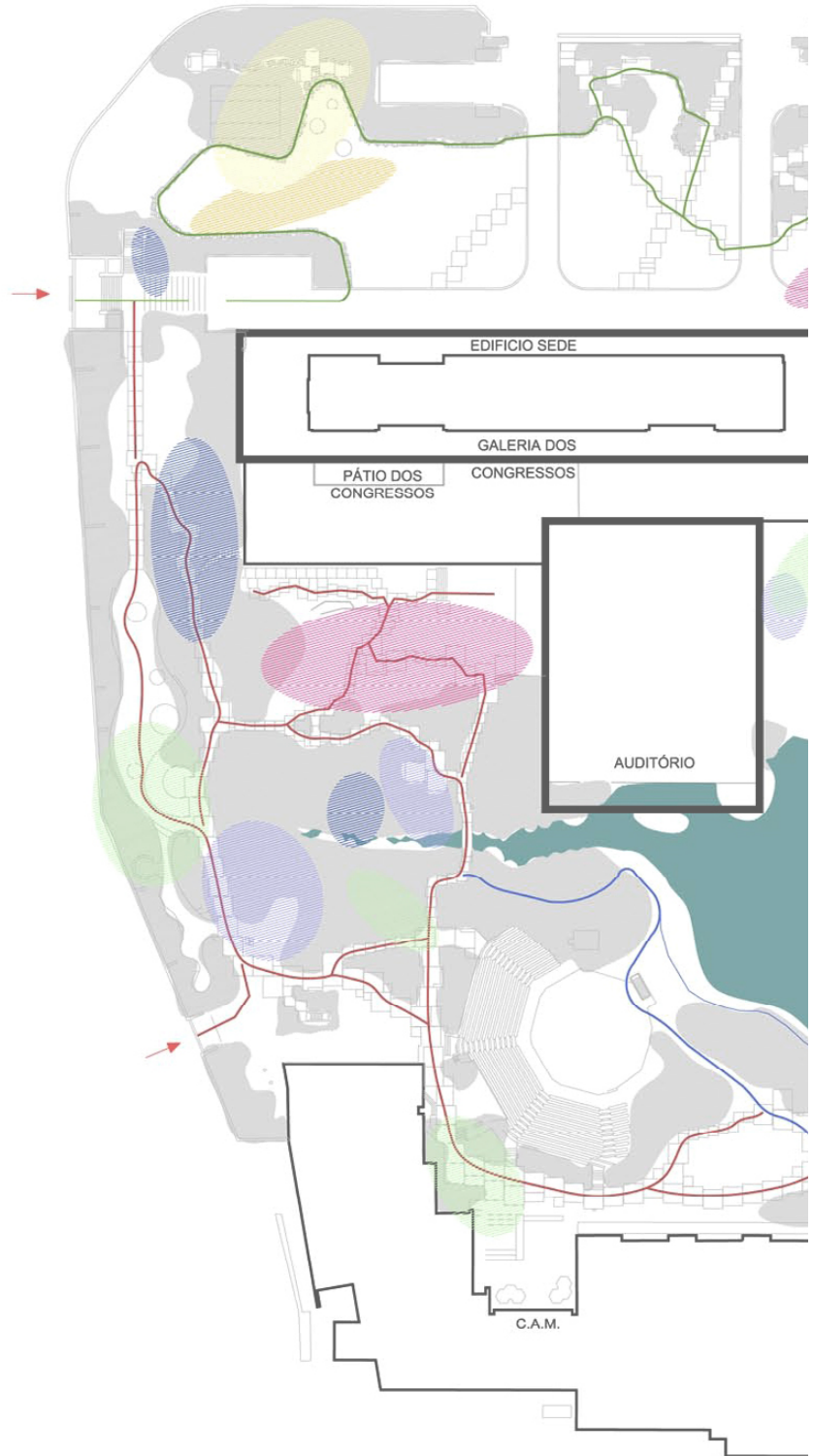
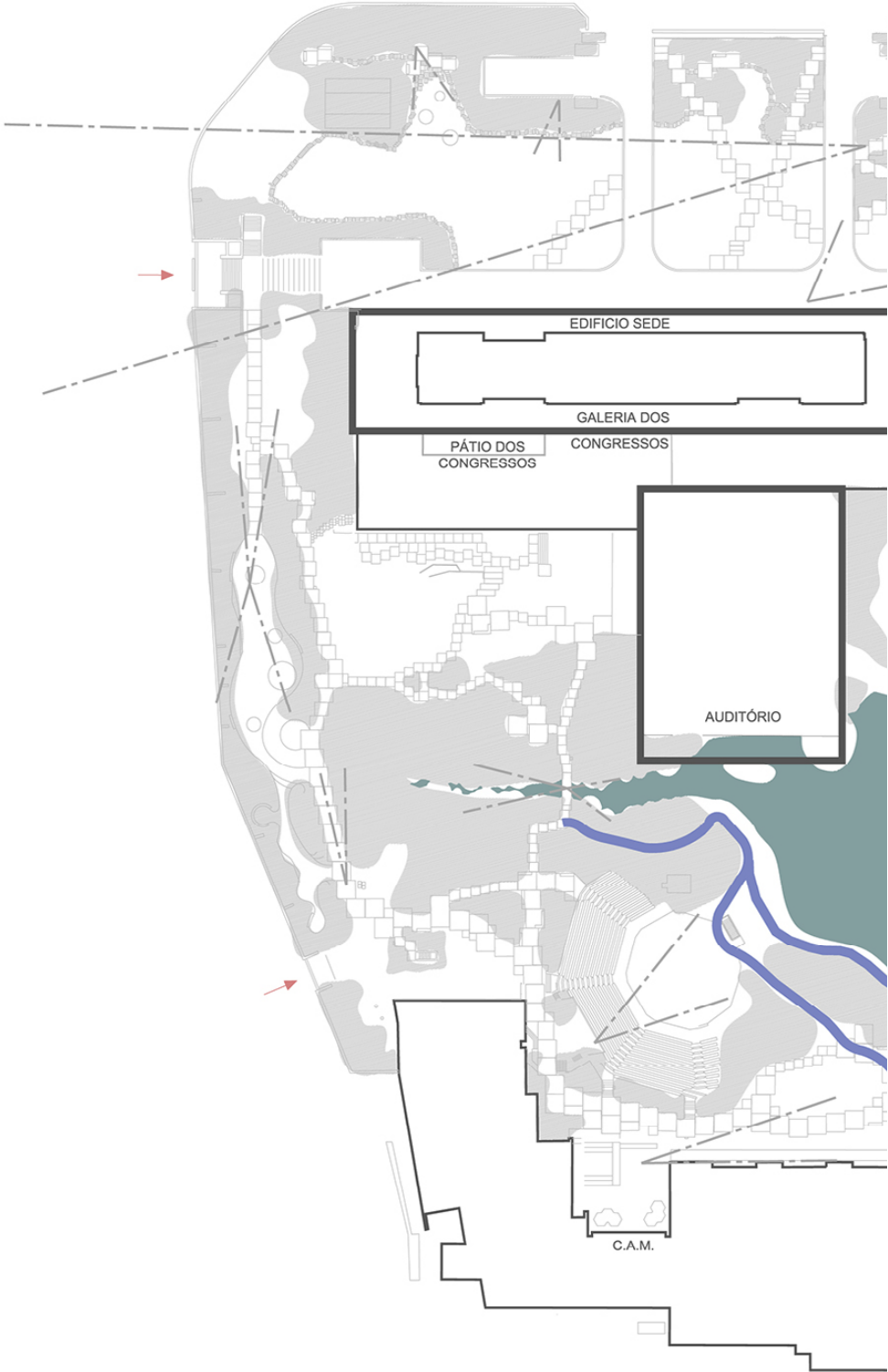




Fig. 30 | O Jardim:
Percurso dos Cheiros

- Datura arborea*
- Eucalyptus globulos*
- Helicbrysum stoechas*
- Pitosporum tobira*
- Prunus laurocerasus*
- Rosa sp.*
- Thymus serpyllum*
- Viburnum odorantissimum*

- Lago
- Percurso do lago
- Percurso de Luz e Sombra
- Percurso das Orlas
- Vistas
- Maciço de vegetação
- Entradas



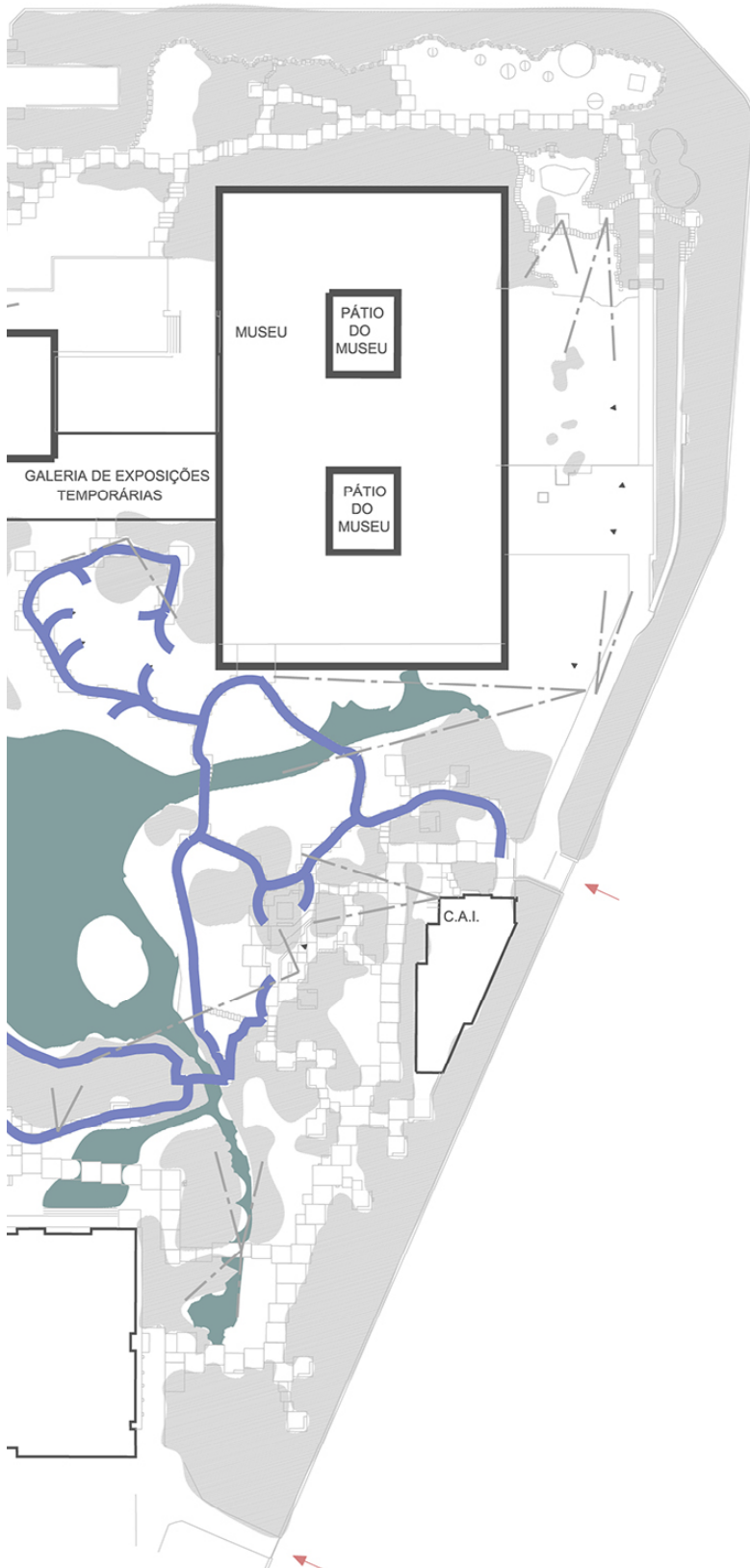


Fig. 31 | O Jardim:
Percurso do Lago






-  Lago
-  Percurso do lago
-  Vistas
-  Maciço de vegetação
-  Entradas





Fig. 32 | O Jardim:
Percurso Luz Sombra






-  Lago
-  Percurso do lago
-  Vistas
-  Maciço de vegetação
-  Entradas





Fig. 33 | O Jardim:
Percurso das Orlas










-  Lago
-  Percurso das Orlas
-  Vistas
-  Maciço de vegetação
-  Entradas





Fig. 34 | O Jardim:
Percurso das Vistas

-  Lago
-  Vistas
-  Maciço de vegetação
-  Entradas

3.2| O Papel da Arquitetura

3.2.1| Fenomenologia da Arquitetura

A Arquitetura, através da sua manipulação do espaço, fornece algumas das ferramentas necessárias para que o Doente descubra o seu verdadeiro Eu. Este fenómeno não é comunicado nem é conduzido com recurso a qualquer tipo de instrumento, a não ser única e exclusivamente das sensações do Doente. Não há a transmissão daquilo que ele deverá ou não fazer ou daquilo que deverá sentir, o Doente atinge, perante a Arquitetura, um estado de submissão ao seu instinto (Zumthor, 2006). Este fenómeno não se explica, sente-se.

Perante a aceitação e reflexão dos impactos que este fenómeno tem no Homem, Zumthor foi uma das mentes que se dedicaram a este acontecimento único da Arquitetura. O arquiteto suíço apelida este fenómeno de atmosferas, capazes de estimular a esfera fenomenológica do ser humano, através da criação e da manipulação destes ambientes com recurso à materialidade, à acústica, à temperatura e tantos outros ínfimos detalhes da responsabilidade da Arquitetura. Ela proporciona o tal avanço e recuo do Doente (Zumthor, 2006).

De forma a proporcionar a tão desejada e necessitada paragem do tempo, e correspondente interregno da doença e sua azáfama, a Arquitetura apoia-se sobre as inúmeras memórias do Doente – memórias essas onde a doença não era protagonista. Esta viagem no tempo a que a Arquitetura conduz os seus utilizadores, segue a fórmula de fazer suscitar neles diferentes descodificações, através da manipulação do espaço (Hall, 1990).

As ambiências que a Arquitetura proporciona têm de ser capazes de ativar uma memória, de modo a remeter o utilizador para uma experiência passada que tenha o seu significado e a sua importância. É nesta associação, a certos períodos íntimos que o utilizador carrega no seu coração, que ele será capaz de efetuar o julgamento perante o trabalho realizado pela Arquitetura e perceber se a Arquitetura será bem aceite pelo utilizador.



Fig. 35 | Imaginário
Arquitetónico

Esta troca de posições, com o recuar da doença e o avançar da Arquitetura, é um acontecimento único e necessário para estes doentes. É nestes momentos que é dada autorização ao doente para se abster de tudo o que lhe rodeia, de tudo o que sente devido à doença e fechar os olhos a um futuro incerto e desafiante. É neste cosmicismo que o doente é capaz de eliminar todas as suas preocupações e todos os obstáculos que lhe impedem de alcançar o bem-estar.

3.2.2| Habitar

Uma obra adquire um enorme valor porque faz prevalecer a humanidade, havendo a possibilidade do sujeito se relacionar com essa obra como se de um espelho se tratasse. No entanto, esta característica também pode ser identificada noutras formas de arte não exclusivamente na Arquitetura. Porém, aquilo que a Arquitetura possui e que nenhuma outra forma de arte consegue atingir, é a capacidade de acolher o Homem concedendo-lhe a possibilidade de ser puro e simplesmente humano, deixando que se foque exclusivamente em si mesmo (Abreu, 2013).

A Arquitetura necessita de ser capaz de proporcionar um sentimento de leveza e simplicidade, de modo que os seus utilizadores se sintam livres de quaisquer pressões a que são submetidas pelo “mundo exterior”. Ela age como uma barreira entre o utilizador e o mundo exterior, fazendo com que não haja a necessidade de adotar uma postura defensiva, e assim, permitindo abstrair-se do ambiente que o rodeia para que se possa concentrar-se no seu Eu. O Homem é envolvido nesta nova dimensão do qual o espaço irá adotar um marco do território que é seu (Abreu, 2013).

O espaço arquitectónico tem de ser, por isso, um espaço que seja capaz de suprimir o tempo, onde o Homem sabe que não vai ser alvo de julgamentos, vai ser livre de preocupações; tem de ser capaz de ser reconhecido como um refúgio da agitação do quotidiano – ser a habitação (Dekkers, 2011).

Esta ideia de habitação precisa, portanto, de ser o mote de qualquer obra arquitectónica. A Arquitetura é a fundação do nosso ser, é o espaço onde habitamos. Ela é onde se irá buscar e onde se irá encontrar conforto e bem-estar; e, para o caso da má Arquitetura, é onde será encontrado desconforto.

3.3| Os Sentidos

3.3.1| Arquitetura dos sentidos

O doente é dotado de diversos sistemas sensoriais que terão um enorme impacto no seu estado emocional, mas sobretudo, no seu estado de saúde que se revela sensível e frágil, fruto da doença. A estimulação sensorial é um mecanismo que faz com que o cérebro produza determinadas hormonas que, por sua vez, irão produzir um estado emocional no doente (Sternberg, 2010).

O cérebro do ser humano é uma criatura de hábitos, estando num estado constante de vigilância ao ambiente que o rodeia. Quando este se encontra em sincronia com os padrões e ritmos existentes da envolvente, quer sejam eles visuais ou auditivos, o ser humano sente-se em paz e em harmonia. Ao serem introduzidas diversas alterações ou distúrbios no normal funcionamento do estado de harmonia e continuidade, que outrora estava presente, ir-se-ão, por consequência, produzir alterações nos centros emotivos do cérebro, capazes de afetar o sistema imunológico do corpo humano (Sternberg, 2010).

São estas alterações - estas estimulações sensoriais - em que a Arquitetura poderá intervir no processo do bem-estar e de cura do Doente. Alterações essas que o farão ansioso e, de seguida calmo, claustrofóbico e de seguida aliviado. Todas estas estimulações fazem com que o Doente se sinta vivo e incluído no meio que o rodeia (Miller, 2015). Por isso, os sentidos do Doente necessitam de ser constantemente estimulados e desenvolvidos, que está dependente do mundo que o rodeia (Hall, 1990)

A Arquitetura consegue assim, de uma forma indireta, proporcionar ao Doente um momento de vida e de recuperação. Esse processo deixa-se a cargo da medicina que, com o auxílio da ciência e da tecnologia, é capaz de oferecer uma resposta, essa sim, rigorosa. Qualquer detalhe ou qualquer outra estratégia que se revele útil para o Doente, na sua luta contra a doença, deve ser considerada e louvada. Através da manipulação da luz, da cor, da temperatura e dos mais diversos detalhes, a Arquitetura torna-se num instrumento fundamental, capaz de manipular o bem-estar e melhorar o sistema imunológico e estado emocional do Doente (Sternberg, 2010).

Fig. 36 | *Motor do Eu e da
Arquitetura*

A Arquitetura tem então a capacidade de fazer viajar no tempo os seus utilizadores a uma época à sua escolha. Através do emprego da Natureza, Ela é capaz de fazer transportar aos primórdios das civilizações, tempo esse onde Homem estabelecia uma relação muito íntima com a Natureza - protagonizou um regresso a Casa. E enquanto a Arquitetura é o motor desta máquina do tempo que permite fazer transportar para determinado lugar e fazer recuar, avançar e até parar o tempo; o ser humano com o seu cérebro é o cientista que se servirá, invariavelmente, de cobaia para realização de todas as experiências através da captação dos vários estímulos que lhe rodeiam



Caso de Estudo: Sanatório de Paimio

Aclamado como um projeto pioneiro na arquitetura moderna, Sanatório de Paimio protagonizou uma ruptura na maneira como a arquitetura era pensada. Os espaços foram desenhados e pensados de forma a que a Arquitetura fosse um instrumento de cura e, apesar de ser bem presente a tipologia hospitalar onde os quartos se distribuem ao longo de um extenso corredor; não se pode negar as qualidades humanas presentes nesta arquitetura.



Fig. 37 | Perspetiva do Sanatório de Paimio

O projeto na sua totalidade é concebido tendo o Doente como principal preocupação, e são introduzidas diversas estratégias que abrangem as várias escalas, desde a implantação do edifício até ao desenho do mobiliário. Foi dos primeiros grandes projetos que tornou o doente e as suas condições, a peça central do projeto

Foram incorporadas diversas estratégias de modo a proporcionar o máximo conforto ao paciente a várias escalas, nomeadamente o desenho do quarto do doente. Muitos doentes passam muitas horas deitados nas suas camas e, como tal, os quartos proporcionam, através dos candeeiros, uma luz indireta direcionada para o teto, de forma a oferecer um ambiente calmante, sem ferir a vista dos doentes.

Pelo restante equipamento também foram incorporadas várias ferramentas de modo a melhorar a estadia do doente. De forma a orientar o doente e a caracterizar cada espaço do sanatório, Aalto recorreu às cores em dois tipos de espaços: a amarelo as zonas de circulação e a cinza as zonas de estar. Assim, a compreensão por parte do doente e a sua orientação no espaço é facilitada, reforçando o caráter humanizado do projeto.

Fig. 38 | Quarto tipo do Sanatório

O quarto é um elemento muito importante para a estadia dos doentes e como tal eles foram alvo de um estudo intensivo de forma a que a sua permanência seja reconhecida e valorizada. Desde o desenho dos lavatórios, a forma como a luz artificial interage com o doente; tudo foi pensado de forma a melhorar a experiência do doente





Fig. 39 | Maquete Sanatório
No final de cada ala dos quartos eram posicionados, a sul, terraços solar com a intenção de convidar os doentes a saírem dos seus quartos e aproveitarem o ar puro e a luz solar, bens essenciais para o desenho de um sanatório para a época.



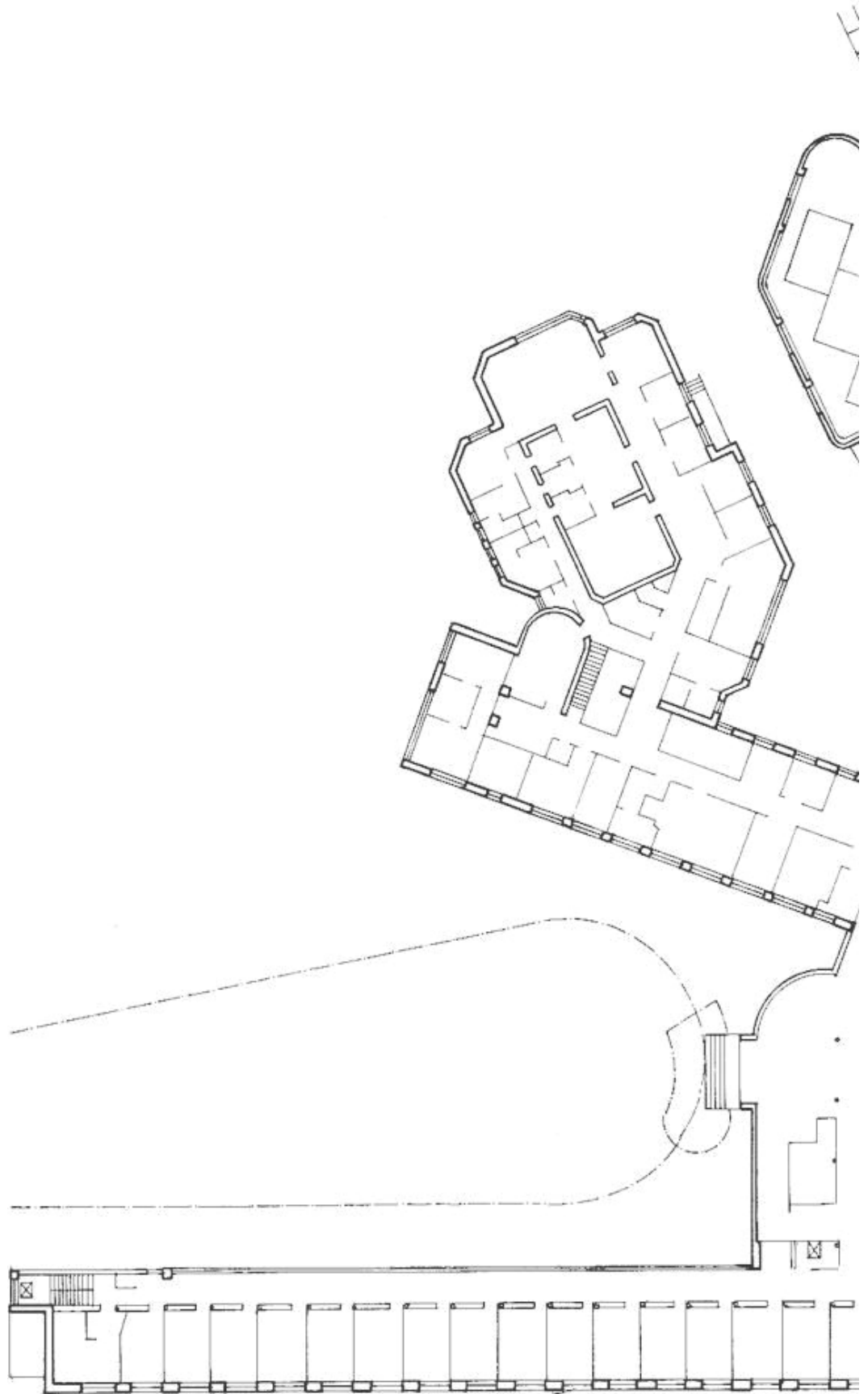
Fig. 40 | Maquete quarto tipo
O quarto concentrava em si diversas soluções arquitetónicas que tinham em vista melhorar a estadia dos doentes. Também o encontro entre a parede e o pavimento foi alvo de intervenção de modo a facilitar a sua limpeza; este encontro era encurvado



*Fig. 41 | Circulações verticais
de Paimio
As áreas de circulação vertical
foram pintadas a amarelo de
forma auxiliar o utilizador na
compreensão do espaço*



Fig. 42 | Terraço de Paimio
Apesar de não haver uma cura conhecida durante o período de concepção do projeto, este assenta sobre diversas diretrizes consideradas imprescindíveis para o desenho de um sanatório: forte insolação, circulação de ar fresco, forte relação com a natureza



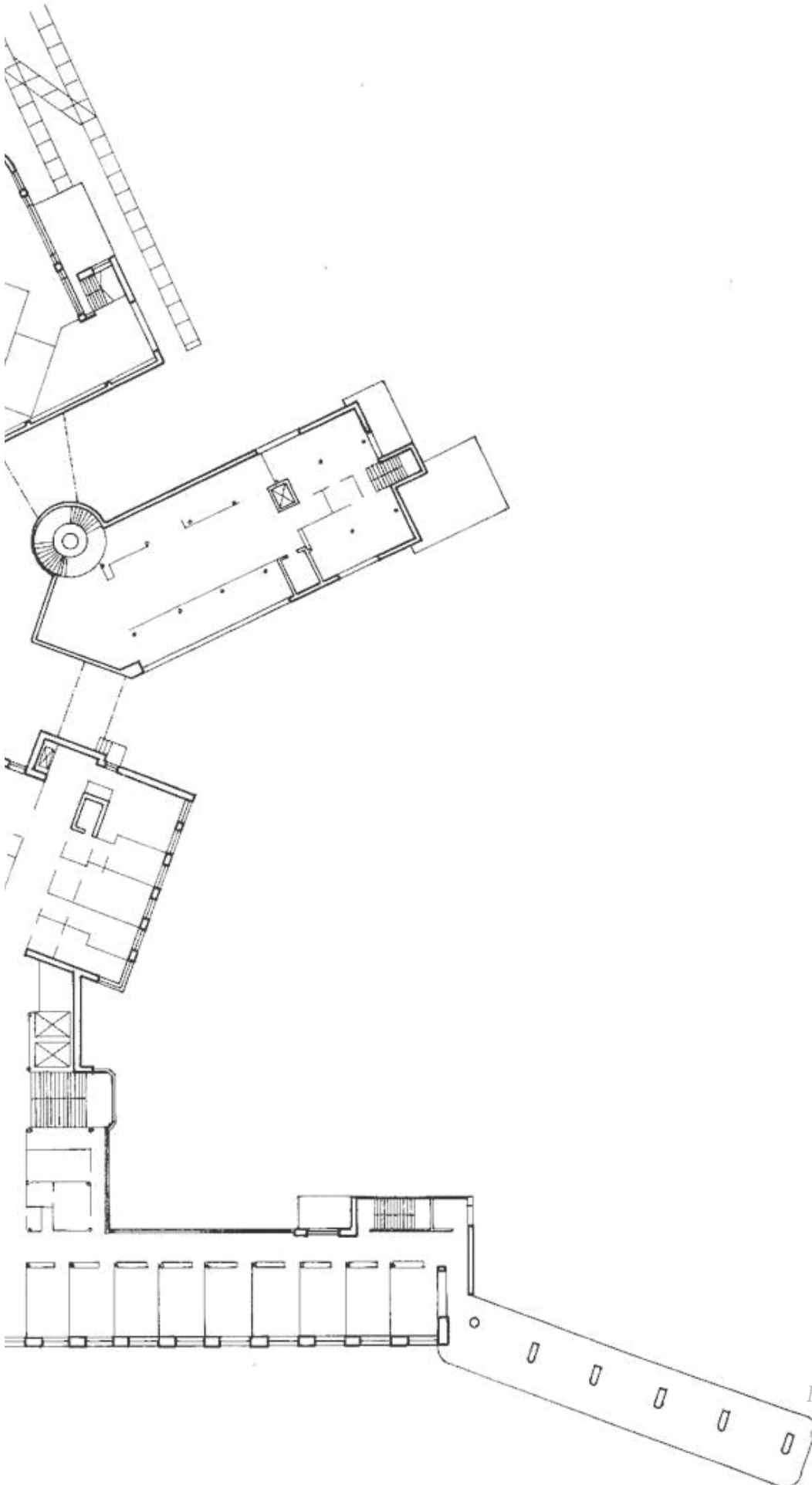
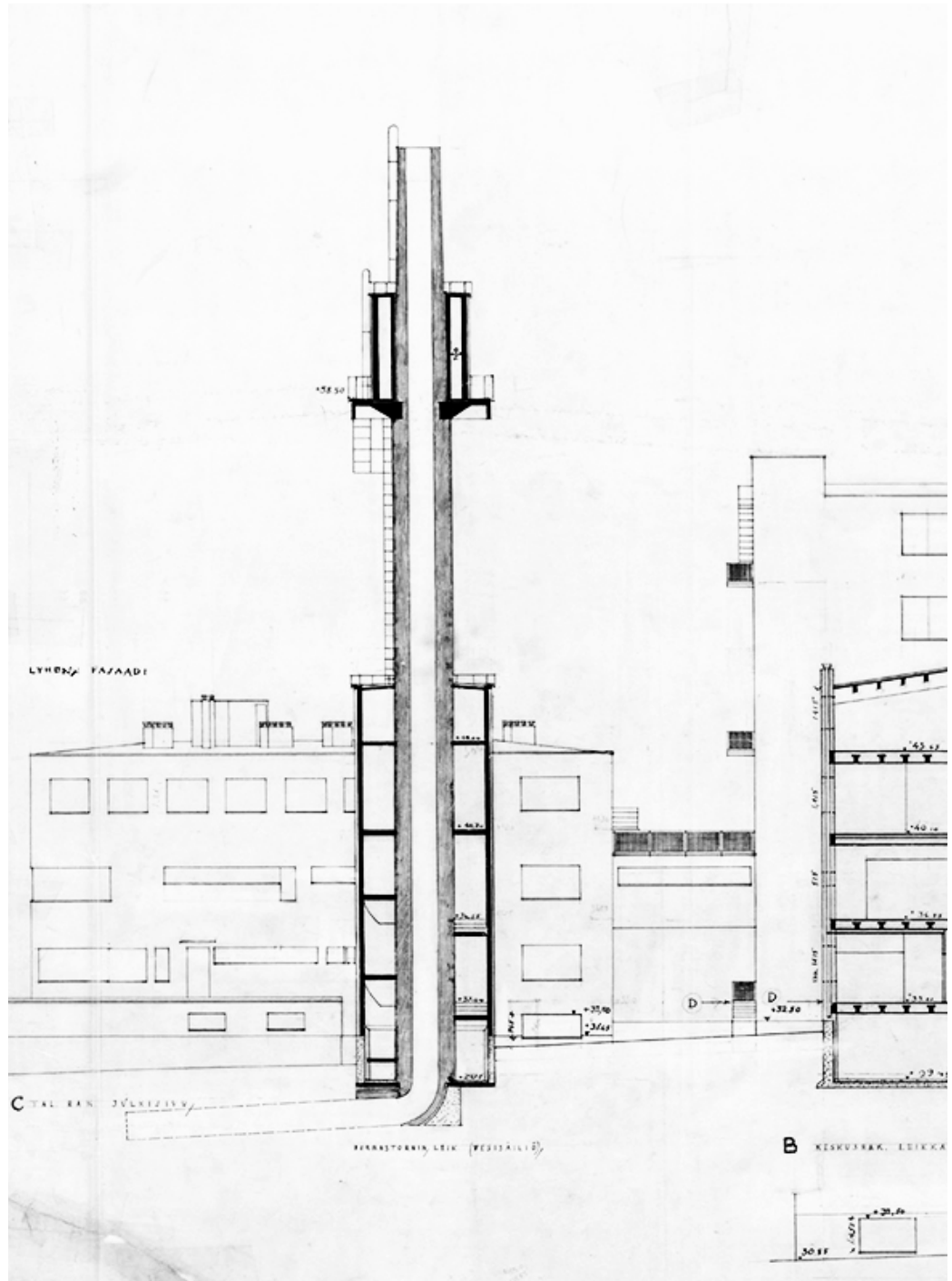


Fig. 43 | Planta Piso Tipo



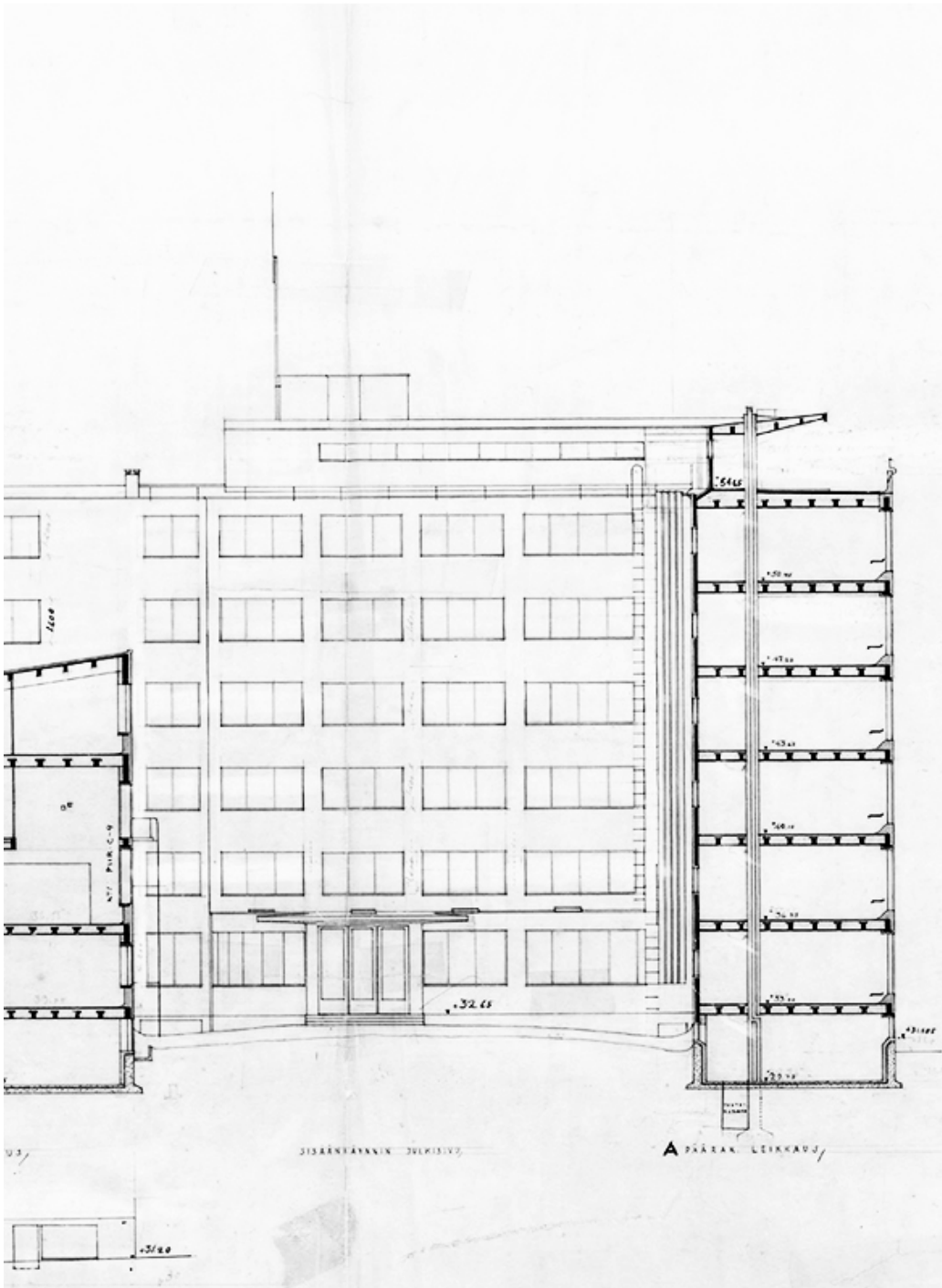


Fig. 44 | Corte Sanatório de Paimio

3.3.2| Eu e a Obra

A Arquitetura irá então depender deste interveniente que será o criador de todas as emoções e sensações por parte do doente – o cérebro. Tal como Peter Zumthor reflete (2006), é necessário considerar a Arquitetura como um instinto, onde a primeira impressão que Ela terá junto do seu utilizador será de grande impacto.

Graças ao utilizador, aos seus juízos de valor, às suas memórias, à sua cultura e aos seus sentimentos, numa fração de segundos, se estabelece-se uma atmosfera entre o Eu e a Obra. Será através desta apreciação da Obra, segundo um instinto, que irá estabelecer-se se o utilizador será ou não acolhido pela Arquitetura. Só é permitido que o utilizador sinta diversas emoções, sinta diversos devaneios, ou seja, o utilizador só vive se tiver a Arquitetura. Sem o Eu não há Arquitetura e sem a Arquitetura não há o Eu (Zumthor, 2006).

No entanto, é necessário ser-se realista e não depositar na Arquitetura toda a esperança de uma vida melhor. No contexto paliativo, não será a Arquitetura que irá milagrosamente curar o Doente. Mas será a Arquitetura que, modestamente, irá oferecer tudo o que estiver ao seu alcance para melhorar a sua condição física, mental e espiritual, por mais pequeno que seja esse melhoramento.

Projetar para um doente paliativo não se pode resumir a desenhar para um ser humano com algumas limitações físicas. Projetar para o Doente Paliativo é desenhar para o passado que o formou, para a sua doença que controla o presente e para um futuro que se revela cruel e inevitável. É projetar para a sua Família e para o Profissional que o acompanha, pois também fazem parte desta dolorosa jornada. É projetar para todos os gostos, todos os desgostos, todas as necessidades e todos os desejos que individualizam este Doente Paliativo. Projetar para Ele, significa projetar para todos estes intervenientes que, à sua maneira particular, completam a vida do Doente Paliativo.



IV

Domesticar a Dor

Álvaro Siza Vieira,
1998

“O arquiteto trabalha manipulando a memória, disso não há dúvida, conscientemente mas a maioria das vezes subconscientemente. O conhecimento, a informação, o estudo dos arquitectos e da história da arquitetura tendem ou devem tender a ser assimilados, até se perderem no inconsciente ou no subconsciente de cada um.”

4.1| A Simbiose: Sítio e Projeto

Inaugurado em 24 de Abril de 1987, o Hospital de São Francisco de Xavier é hoje um centro hospitalar de referência, que presta os seus serviços de saúde à zona Ocidental de Lisboa. O hospital oferece aos seus doentes diversos serviços clínicos, como o serviço de oncologia, cardiologia, cirurgia, pediatria, radiologia, de urgência entre outros. Relativamente aos Cuidados Paliativos, o hospital não conta com uma unidade dedicada a estes cuidados, possuindo apenas uma Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos que proporciona estes cuidados aos doentes internados.

Esta carência do hospital, em possuir um espaço físico dedicado aos Cuidados Paliativos, revelou-se como principal motivo de localizar aqui uma Unidade de Cuidados Paliativos que dê o seu apoio à capital portuguesa. Ao potenciar esta relação estreita entre o Hospital de São Francisco de Xavier e a nova Unidade de Cuidados Paliativos, permite que haja um alívio por parte do hospital – ao proporcionar um cuidado especializado aos doentes que estava em falta – como também por parte da Unidade que lhe permite assim usufruir dos serviços clínicos do hospital, sem a necessidade de replicá-los.

Outra oportunidade que surge ao projetar adjacientemente ao hospital é proporcionar qualidades espaciais que estão em falta, nomeadamente zonas exteriores de lazer. Estando todavia inserido no Parque Florestal de Monsanto, o Hospital de São Francisco de Xavier falha em comunicar diretamente com o mesmo, acabando por fechar-se em si mesmo. O núcleo hospitalar é, assim, uma grande barreira no que diz respeito à sua relação com a Natureza, sendo esta uma das problemáticas que virá ser atenuada no projeto da Unidade.

O local de intervenção localiza-se na zona Ocidental de Lisboa, integra a freguesia de Belém, encontrando-se a Sul do Hospital de São Francisco de Xavier. É delimitado pela Estrada Forte do Alto Duque, a principal via de acesso; está enquadrado pelo Plano Diretor Municipal de Lisboa como Espaço de Uso Especial de Equipamentos Ainda Por Consolidar-

O terreno apresenta uma área de 11 500 m² – retângulo com um comprimento de 95 m por 125 m – e conta com uma diferença média de cota de 7 m. Orienta-se primordialmente a Sul como também a Nascente e está inserido no Parque Florestal de Monsanto.

Esta inserção traz diversas vantagens aos utilizadores, fruto da sua fauna e flora muito ricas, capazes de proporcionar uma imersão completa na Natureza. A Serra de Monsanto é capaz de proporcionar, neste terreno um contacto permanente com a Natureza, como também sobre o Rio Tejo. Apesar da sua biodiversidade característica, em 2019 a Câmara Municipal de Lisboa procedeu ao desbaste de algumas árvores no perímetro adjacente ao Hospital de São Francisco de Xavier. Esta medida provocou o aparecimento de diversos vazios no local de intervenção, que a Câmara Municipal de Lisboa justifica como necessários para a criação de faixas de controlo de combustível em torno do hospital, reduzindo assim o risco de incêndio.



Fig. 45 | *Fotografia aérea do local de intervenção*

4.2| O Projeto

4.2.1| Domesticar a Dor

A Unidade de Cuidados Paliativos é composta por três zonas que são depois ligadas entre si através de uma galeria, e essas zonas são: a zona dos Quartos, a zona dos Gabinetes e, por último, a zona do Lazer.

A estratégia inicial, para a conceção da forma volumétrica para a Unidade, baseou-se num aproveitamento dos vazios deixados pelo desbastamento de árvores. Como tal, procedeu-se à identificação da maior área de vazios para implantar o conjunto edificado, de modo a não sujeitar o território a novas operações de desflorestação.

Uma segunda estratégia foi procurar ter o menor impacto visível na paisagem, de modo também a não interferir, quer na morfologia de Monsanto, quer também na vivência do interior do Hospital de São Francisco Xavier. Para alcançar este feito, a Unidade possui apenas um piso com uma cobertura ajardinada, com o objetivo de harmonizar o projeto da Unidade com o seu território envolvente.

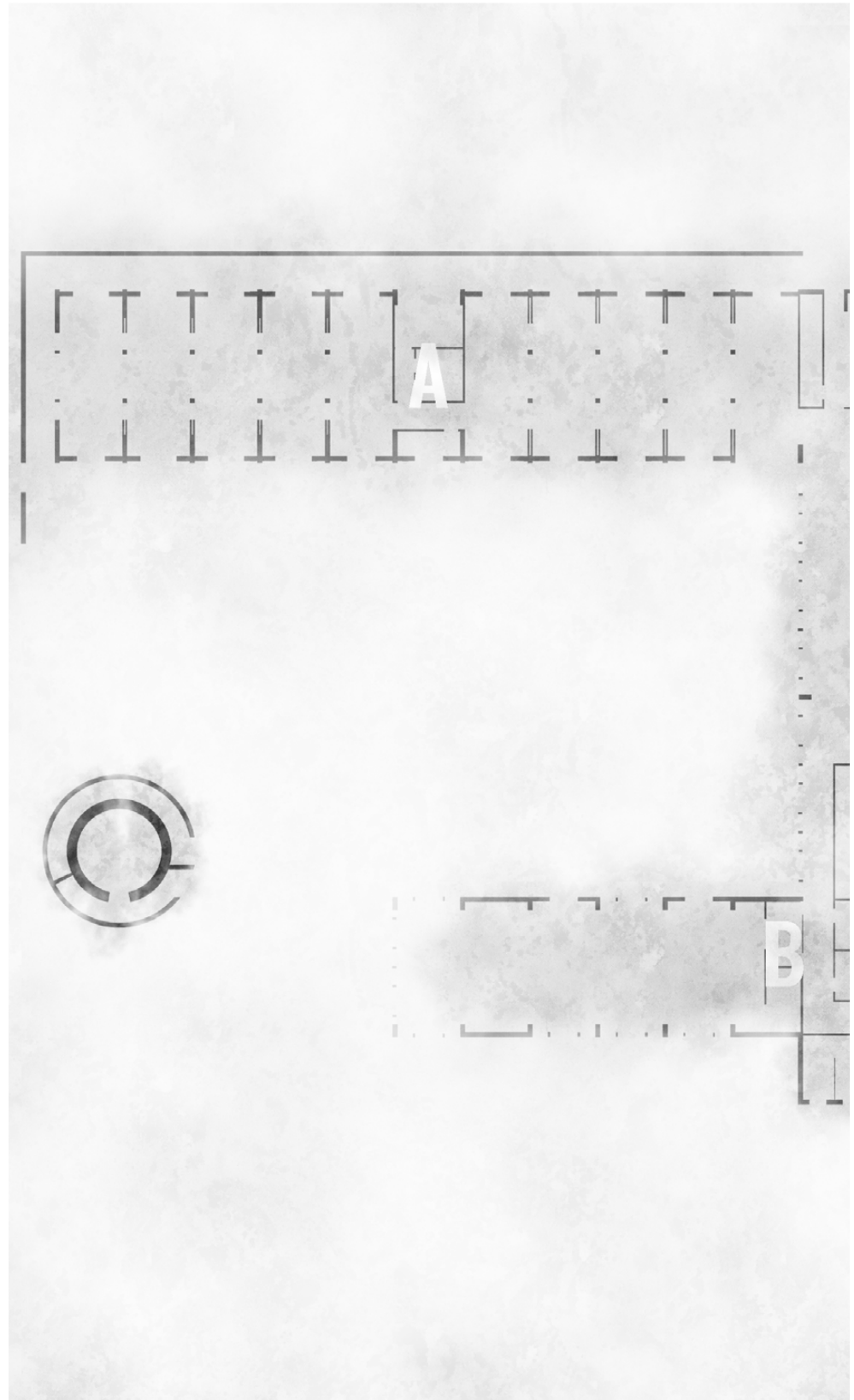
Em relação à ambiência no interior da unidade, procurou-se apostar na máxima transparência e permeabilidade com o exterior. A estratégia passou então pela utilização de grandes vãos envidraçados, que depois com a sua caixilharia e a estrutura portante da Unidade implementarão o seu ritmo; é fácil para o utilizador ter o contacto permanente com um grande aliado do bem-estar, a Natureza.

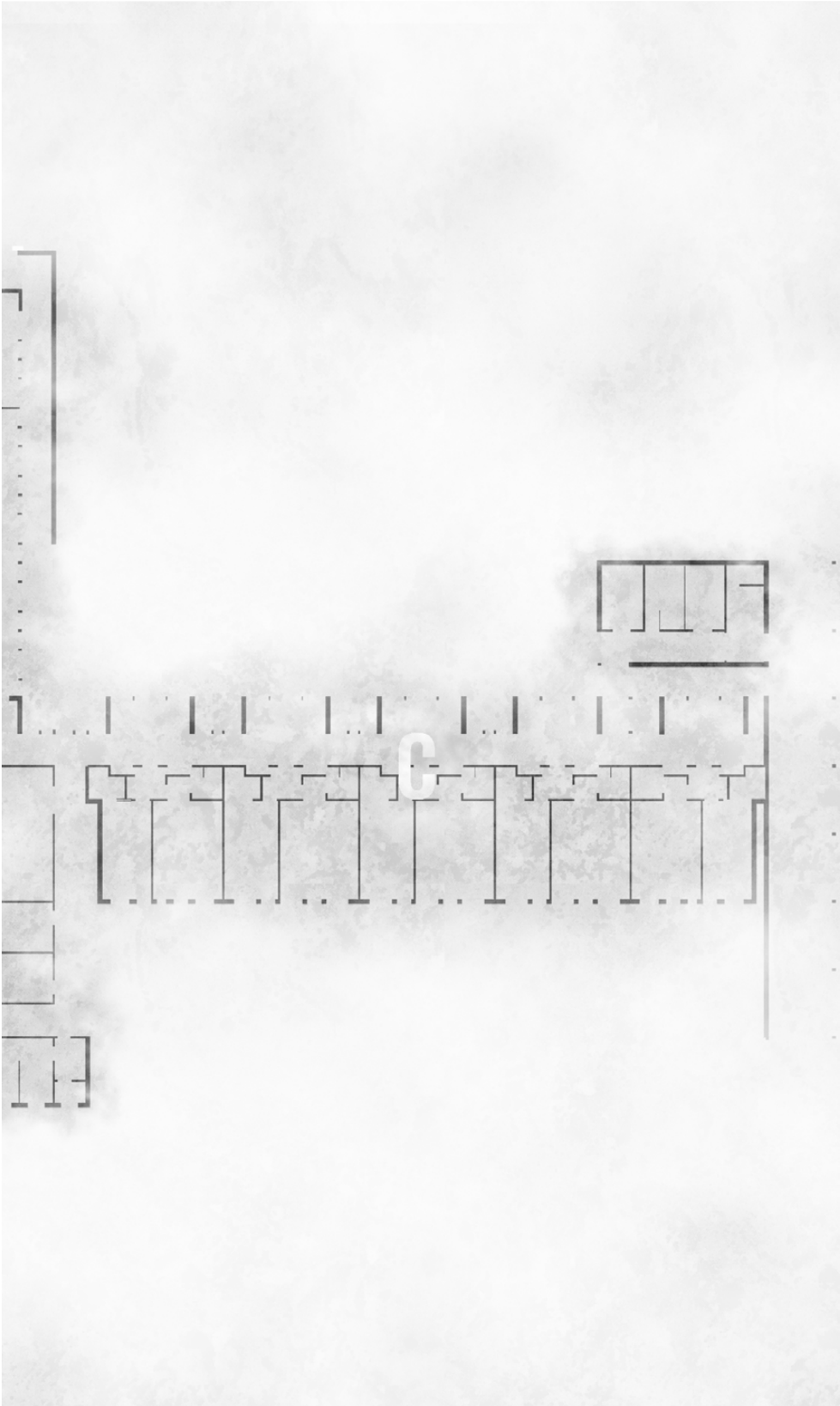
A estrutura empregue foi sobretudo uma estrutura em betão, sendo este material muitas vezes visível como é o caso nas platibandas da cobertura. À primeira vista, esta platibanda apresenta-se com uma forte expressão no desenho, assumindo sempre a mesma altura ao longo da Unidade; no entanto, no seu interior, os espaços usufruirão de diferentes pés-direitos, de modo a impor também diferentes ambientes a diferentes funções.

Como mencionado, o betão é um elemento muito recorrente neste projeto fruto do destaque que oferece ao projeto. Escolheu-se um betão com cofragem em ripado em madeira, com o objetivo de tirar proveito de um elemento texturado na cobertura que não fosse perfeito, enaltecendo a beleza das imperfeições. Também na galeria optou-se por adotar um elemento metálico, como o cobre, na sua estrutura, de forma a que também esta possa envelhecer com a ambição de que, juntamente com o betão da cobertura, possa fundir ainda mais a Unidade de Cuidados Paliativos no restante território.



Fig. 46 | Diagrama conceptual





*Fig 47 | Planta da Unidade
A Unidade pode ser dividida
em três grandes zonas:*

- A - Zona dos Gabinetes*
- B - Zona do Lazer*
- C - Zona dos Quartos*

4.2.2| Chegada

Um dos principais fatores para a escolha deste território foi, como já mencionado, a presença imediata de um hospital. Como tal, é prevista uma entrada técnica a norte da Unidade, de modo a usufruir da sua proximidade ao equipamento, dispondo também aqui os quartos de modo a que, em caso de uma emergência, o seu encaminhamento para o hospital seja fácil e rápido. Também aqui se pode encontrar um vestuário para os profissionais, uma pequena farmácia e uma zona de arrumos, de modo a tirar proveito desta zona mais técnica.

Se a zona dos quartos é composta por uma entrada de carácter técnico, na zona virada a poente está localizada a entrada principal e pública da Unidade. Este acesso é realizado pela Estrada Forte do Alto do Duque que, fruto da diferença de cotas que a estrada e a Unidade protagonizam, necessita de fazer a ligação entre cotas, quer seja pedonalmente - através de umas escadas - ou através da via rodoviária - através de uma rampa que dará acesso ao estacionamento subterrâneo, contando, no total, com trinta e dois lugares, dois deles para pessoas com mobilidade reduzida.

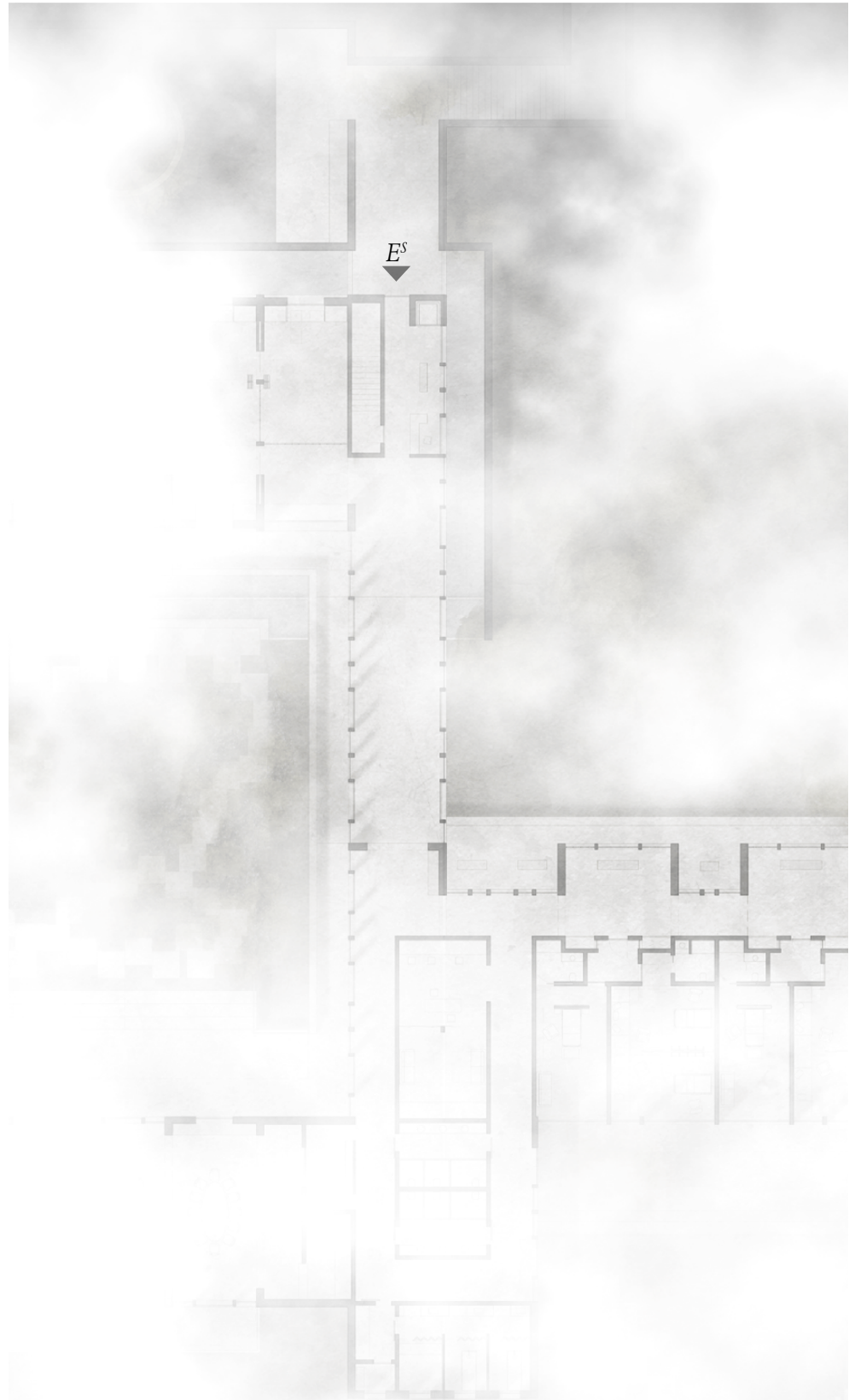
A chegada à Unidade de Cuidados Paliativos é um momento muito importante para o Doente e seus familiares e, como tal, esta não pode subjugá-los a mais ansiedade e insegurança, mas pelo contrário, deverá de assegurar desde o primeiro momento o máximo conforto. De modo a afastar esta negatividade procurou-se que, quando os utilizadores descem até à cota do edifício (através da escadaria ou da rampa), estes sejam encaminhados desde um espaço subterrâneo e sem contacto para o exterior, para um espaço de transição que à medida que vão percorrendo, vão descobrindo a Unidade.

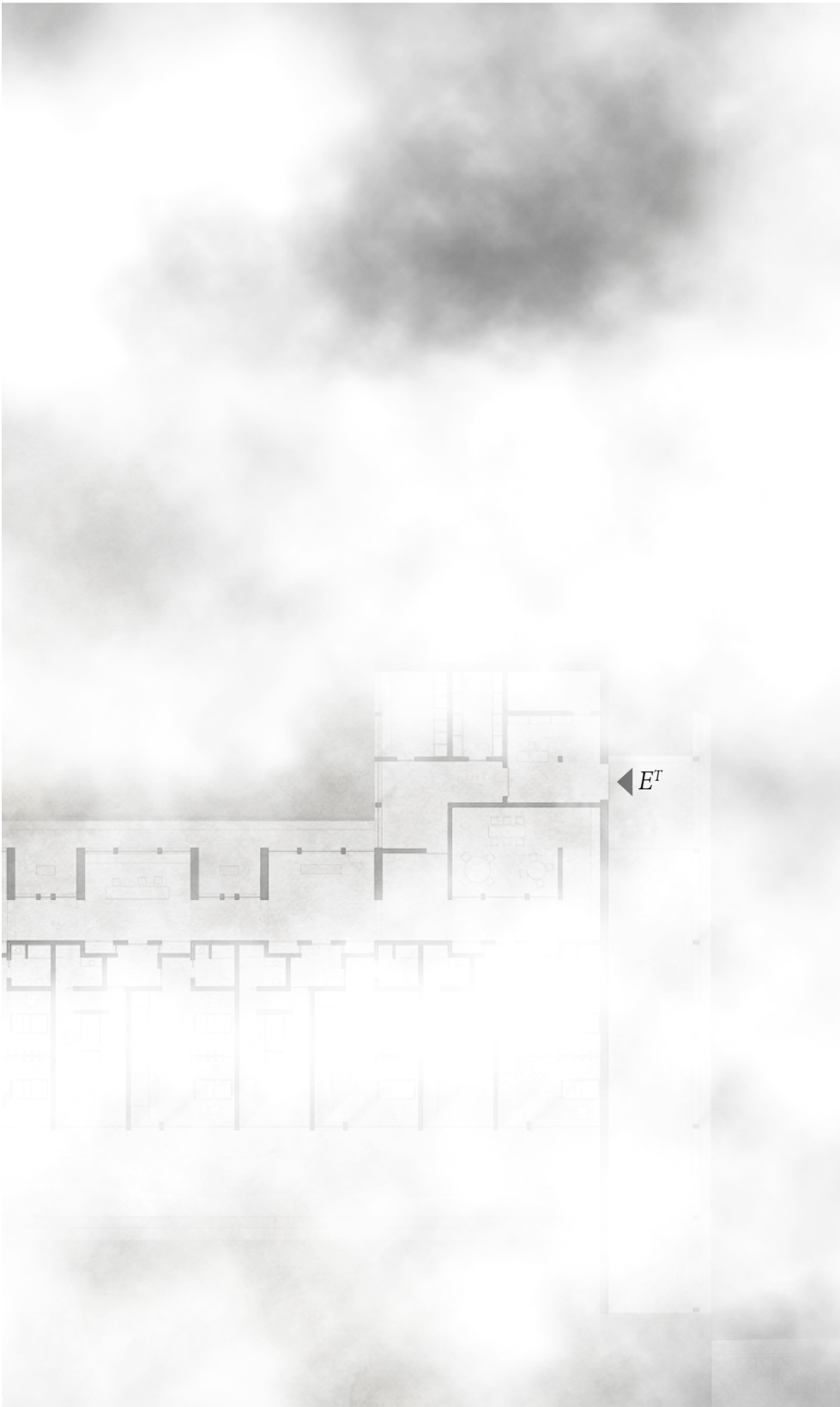
Nestes equipamentos, os espaços de transição são muito importantes, pois permitem ao Doente que se ajuste a uma nova realidade. Neste caso, ao desconectá-lo do mundo exterior e submetê-lo a um percurso subterrâneo e, de seguida, ir descobrindo a Unidade e toda a imensidão de Monsanto; permite-lhe entrar num novo mundo - um mundo longe da azáfama do hospital e da doença.

4.2.3| Galeria

Este elemento tanto pode funcionar como galeria interior como exterior e a configuração é aproveitada pelos vazios, o que potencia ainda mais esta relação próxima com o exterior. A fácil permeabilidade com exterior é uma máxima de todo o projeto, de modo a que os utilizadores sejam incentivados a conectarem-se com a Natureza, reforçando novamente o potencial da galeria exterior. Esta galeria adota uma configuração em U ficando a Unidade orientada a Sul e para a vastidão do Parque Florestal de Monsanto - se antes havia uma relação muito tímida entre o hospital e Monsanto, ela é agora revigorada com a Unidade. A forma em U da galeria ocupa uma posição central, não só para a Unidade, mas também em todo o conjunto hospitalar de São Francisco de Xavier, onde grande parte dos seus edifícios estão orientados segundo um eixo central. Este eixo é mantido através da galeria com o revés de ser agora a Natureza ao centro invés do edificado.

Este elemento irá depois crescer para o interior, na zona a norte do edifício, de forma a dar acesso aos quartos. Com a ambição de evitar um longo corredor sem qualquer tipo de aproveitamento para o Doente e restantes utilizadores, aqui a galeria sofre um rendilhado em frente às antecâmaras que dão acesso aos quartos. Nestas bolsas que se criam dá-se a oportunidade de existir uma zona de pausa, onde os doentes podem sair dos seus quartos e, rapidamente, encontrar uma zona de lazer com contacto com a Natureza.





*Fig. 48 | Galeria e respetivas entradas para a Unidade
A entrada E^S tem como finalidade servir de entrada principal para os seus utilizadores, sendo depois a entrada E^T de acesso a uma zona mais técnica da Unidade, usufruindo da proximidade ao hospital*

◀ Entrada

4.2.4| Quarto

A Unidade de Cuidados Paliativos é composta por dez quartos. Correndo o risco de sobrecarregar a Unidade com um elevado número de doentes, a escolha quer do número de doentes que poderão vir a ser admitidos, quer do número total de quartos e sua tipologia, foram escolhas que requereram investigação.

Baseando nas recomendações fornecidas pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) – que podem ser encontradas no Anexo VI –, conclui-se que, de forma a evitar a massificação e a despersonalização dos cuidados, as 15 camas propostas são um número adequado, potenciando ainda a alocação de recursos humanos. No que toca ao número de quartos individuais e até à possibilidade de quartos duplos ou triplos, pegando nas recomendações da ANCP (2006), estas sugerem um mínimo de 50% dos quartos serem individuais.

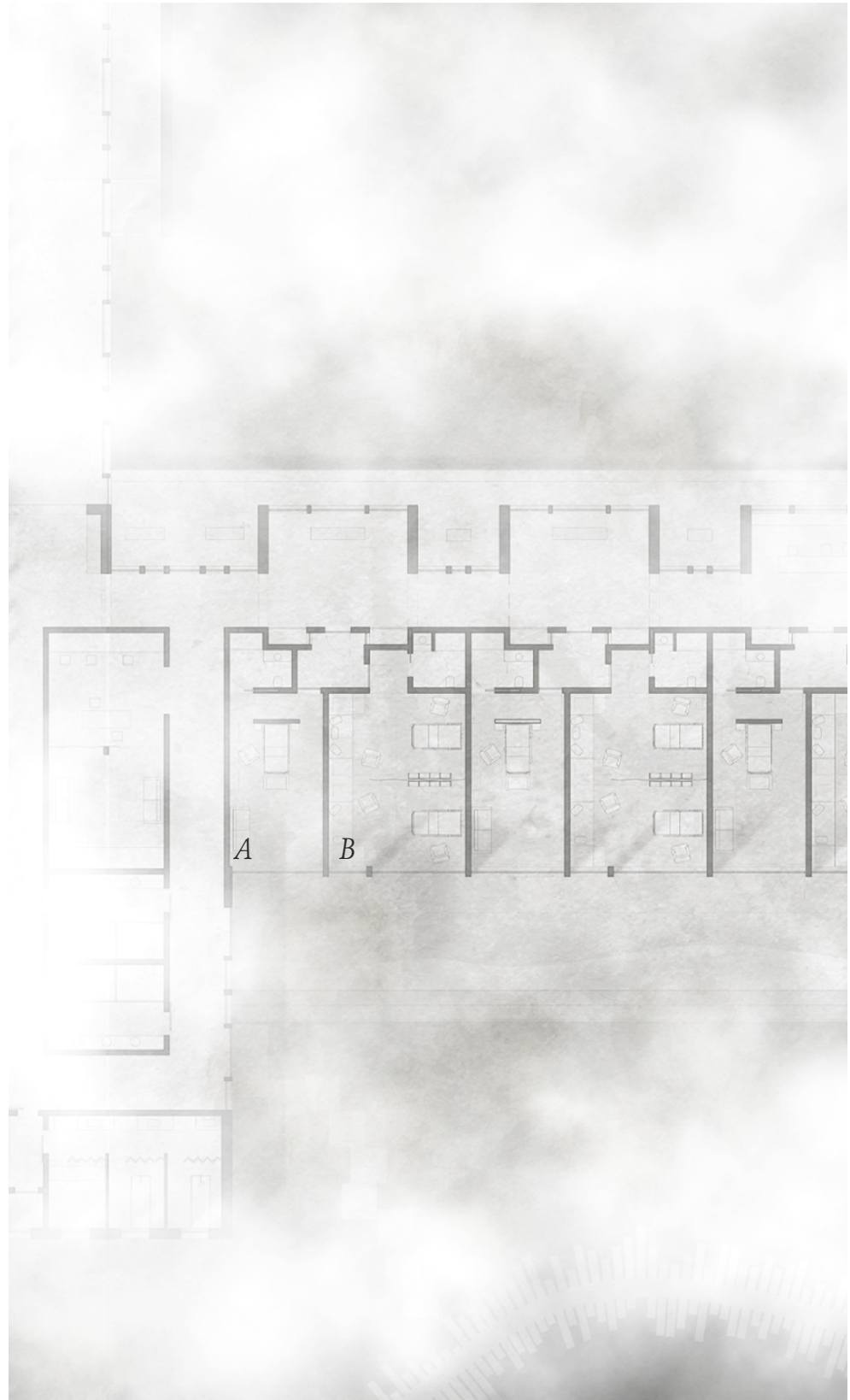
Como tal, foi tomada a decisão de implementar na unidade cinco quartos individuais e outros cinco quartos duplos – formando um módulo composto por um quarto individual e um quarto duplo - permitindo a permanência de 15 doentes paliativos. Esta dualidade possibilita a existência de atividades sociais junto dos doentes com menor apoio familiar, tal como sugere a ANCP (2006).

Um dos temas já discutidos é a fase de internamento dos doentes nos hospitais e como estes falham em acolhê-los. Por isso, o estudo da permanência do Doente é uma vertente vital desta Unidade de Cuidados Paliativos com o objetivo de humanizar a estadia. A primeira estratégia implementada neste registo foi o momento de entrada no quarto. Tal como já explicado, os espaços de transição deste tipo de equipamentos são muito importantes e, como tal, cada módulo de quartos dispõe de uma antecâmara que dá acesso a cada um dos quartos.

A antecâmara é comum a ambos os quartos e o único contacto que esta tem com o exterior é através de pequenos canteiros que estão colocados de modo a ser possível personalizar cada entrada. A intenção passa por permitir ao Doente a personalização, a seu gosto, dos canteiros, para que, quando percorrerem a galeria de acesso aos quartos, possam identificar o seu facilmente.

Começando pelo quarto duplo, à frente da entrada encontra-se a instalação sanitária partilhada e esta, tal como todas as instalações sanitárias desta unidade, dispõe de uma porta de correr, facilitando assim a sua identificação e o seu acesso. Esta instalação do quarto está equipada de modo a ser utilizada por um doente com mobilidade reduzida e conta com iluminação zenital, que é potenciada com recurso a teto falso. O resto do quarto é todo ele aberto havendo uma divisória entre as duas camas que permite alguma privacidade a cada Doente. Esta divisória funciona como uma estante e tem a intenção de ser preenchida com os objetos pessoais do Doente, estando assim sempre presente parte da sua identidade. Para além desta estante que divide ambas as camas, existe também um longo cortinado, com o intuito de conferir alguma privacidade no período da noite. Imaginando o ponto de vista do Doente na sua cama, o teto do quarto também foi sujeito a alguns detalhes, de modo a que não se assemelhe ao comum dos hospitais. Para isso, introduziu-se um conjunto de tetos falsos em arco e no sentido a que a cama do doente está orientada. Este teto falso tem um folga em relação às paredes laterais de forma a que a luz artificial desça pelas paredes, conferindo um ambiente acolhedor e íntimo. Junto à parede contrária às camas foi pensado um móvel que tenha três funções distintas: de arrumos para o próprio doente, como uma secretária e também um espaço de estar onde se pode sentar onde, à noite, os familiares poderão pernoitar.

Passando agora para os quartos individuais, estes partilham as mesmas estratégias do quarto duplo relativamente à antecâmara, à entrada de luz zenital nas instalações sanitárias e também ao teto falso em arco na zona da cama. Tanto os quartos individuais como os duplos têm acesso ao exterior e contam com um pequeno espaço onde os doentes podem sair e aproveitar o contacto com a Natureza.



A - Quarto individual

B - Quarto duplo

C - Sala de atividades

D - Farmácia

E - Zona de cacifos

F - Arrumos

G - Átrio de entrada

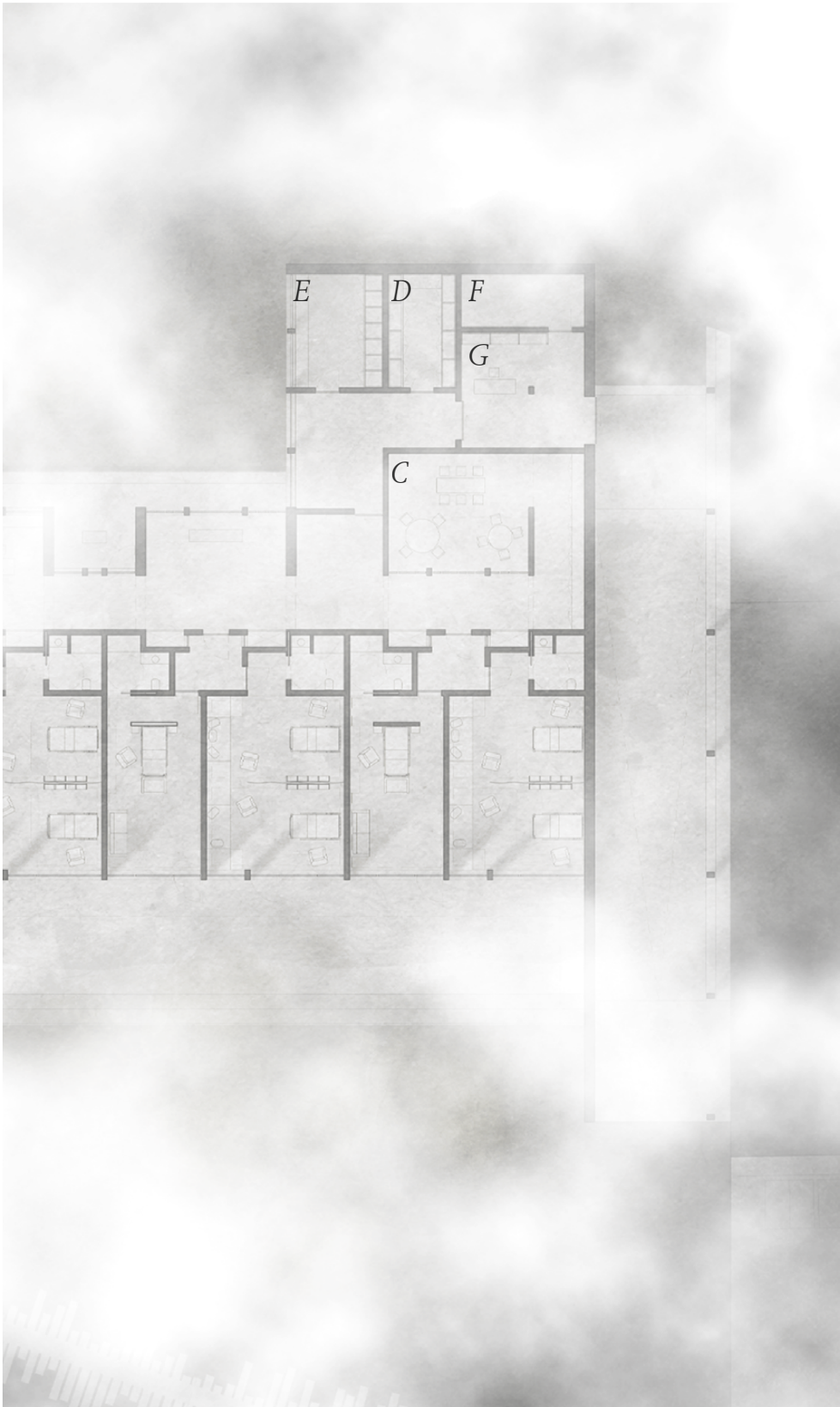


Fig. 49 | Zona dos quartos
 Esta área da Unidade é ocupada pelos quartos e é banhada pela galeria que vai sofrendo alguns recortes no seu traçado de forma a evitar a linguagem de corredor. Destes recortes criam-se zonas de estar e de pausa em frente à entrada para os quartos de forma a convidar o Doente em sair do quarto e conectar-se. No final da galeria, encontra-se uma zona dedicada a diversas atividades, sobretudo para os mais novos. Aqui, podem fazer os seus trabalhos da escola, outras atividades, enquanto visitam um ente querido.



*Fig. 50 | Planta dos quartos
Pormenor de um módulo
de quartos, à esquerda o
individual e à direita o duplo.
Ambas as tipologias prevêem a
permanência de um familiar,
sendo até desenhado um
mobiliário dedicado para o
quarto duplo. Possuem também
um acesso direto para o exterior.*



*Fig. 51 | Ambiente do quarto
A ambiência atingida
no interior do quarto é
proporcionada pelo teto falso
abobadado.*

4.2.5| Gabinete

Chegado à Unidade, o Doente encontra a zona dedicada aos gabinetes dos profissionais, bem como uma zona de convívio. Este volume foi projetado de modo a albergar uma grande versatilidade, sem nunca perder o acesso à luz natural. Parte da cobertura funciona como um lanternim, iluminando os espaços interiores, independentemente da sua configuração.

Ao centro encontram-se as instalações sanitárias que fazem a divisão deste volume em dois tipos de espaços: mais a norte, um conjunto de módulos que poderão albergar diversas atividades de lazer – como sala de espera, palestras ao público e, à noite, cada módulo poderá servir como espaço de dormir para um familiar ou profissional – e mais a sul encontra-se um conjunto de módulos de gabinetes médicos - que podem tomar diversas funções, com recurso a painéis que se movimentam de modo a dar forma aos ditos gabinetes dos profissionais ou, caso necessário, a aumentá-los para, quando necessário, a realização de reuniões em equipa.

Quer as zonas de convívio, como também as dos gabinetes, auferem do mesmo módulo e sofrem pequenas adaptações consoante a sua finalidade. Estas peças de mobiliário foram desenhadas em conjunto com a estrutura do edifício, de forma a que seja possível encerrar cada módulo sem perder a capacidade de usufruir do mesmo.

Em seu redor, esta parte do edifício conta com a presença da galeria que também pode adotar uma função de espaço de pausa, com vários assentos que permitem o convívio. Conta também com a presença da água em todo o seu redor, conferindo a esta zona da Unidade um ambiente calmo e refrescante. A sala mais a Sul desta área ocupa uma zona privilegiada, banhada pela água em todo o seu redor e, como tal, prevê-se aqui uma sala para as reuniões familiares.

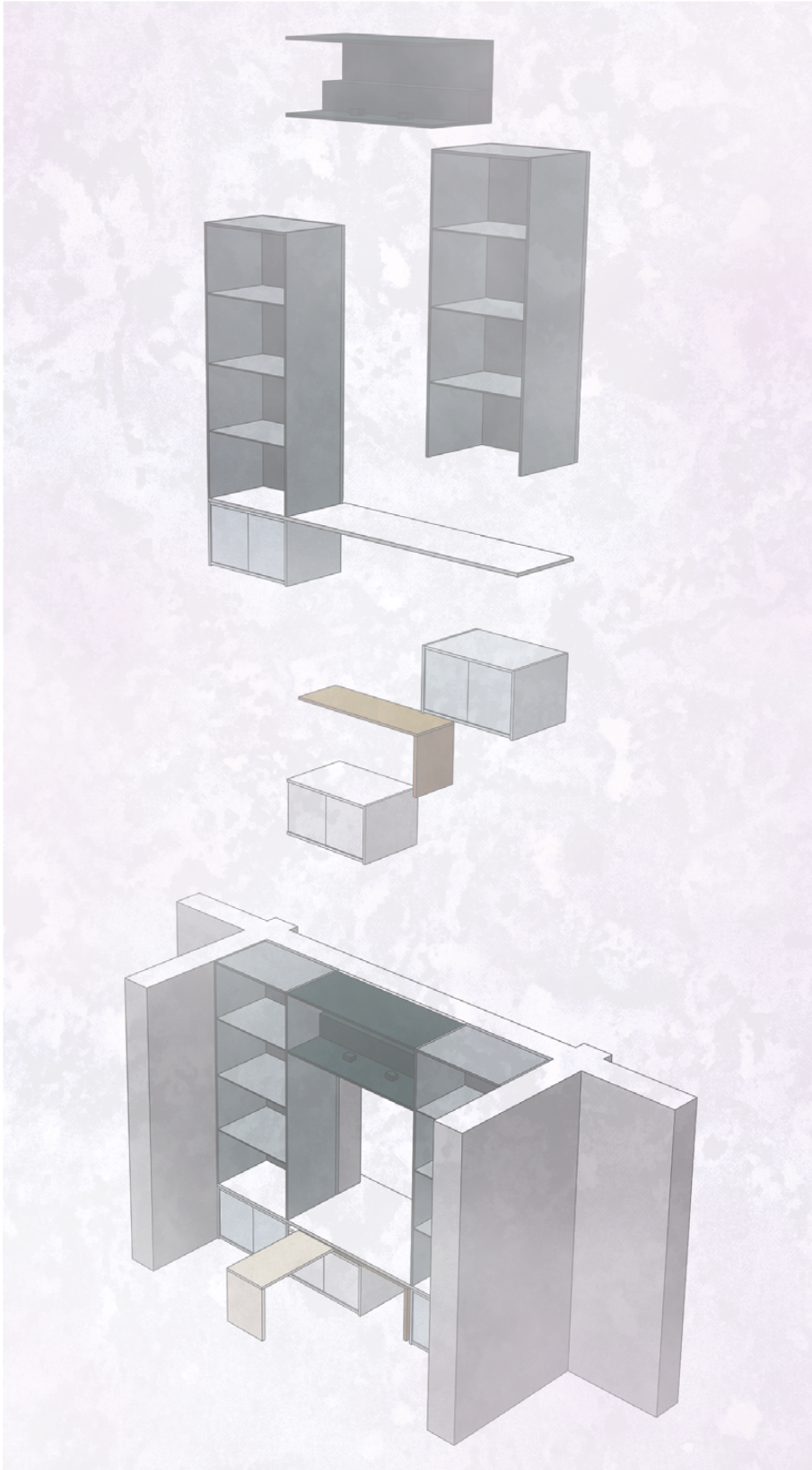
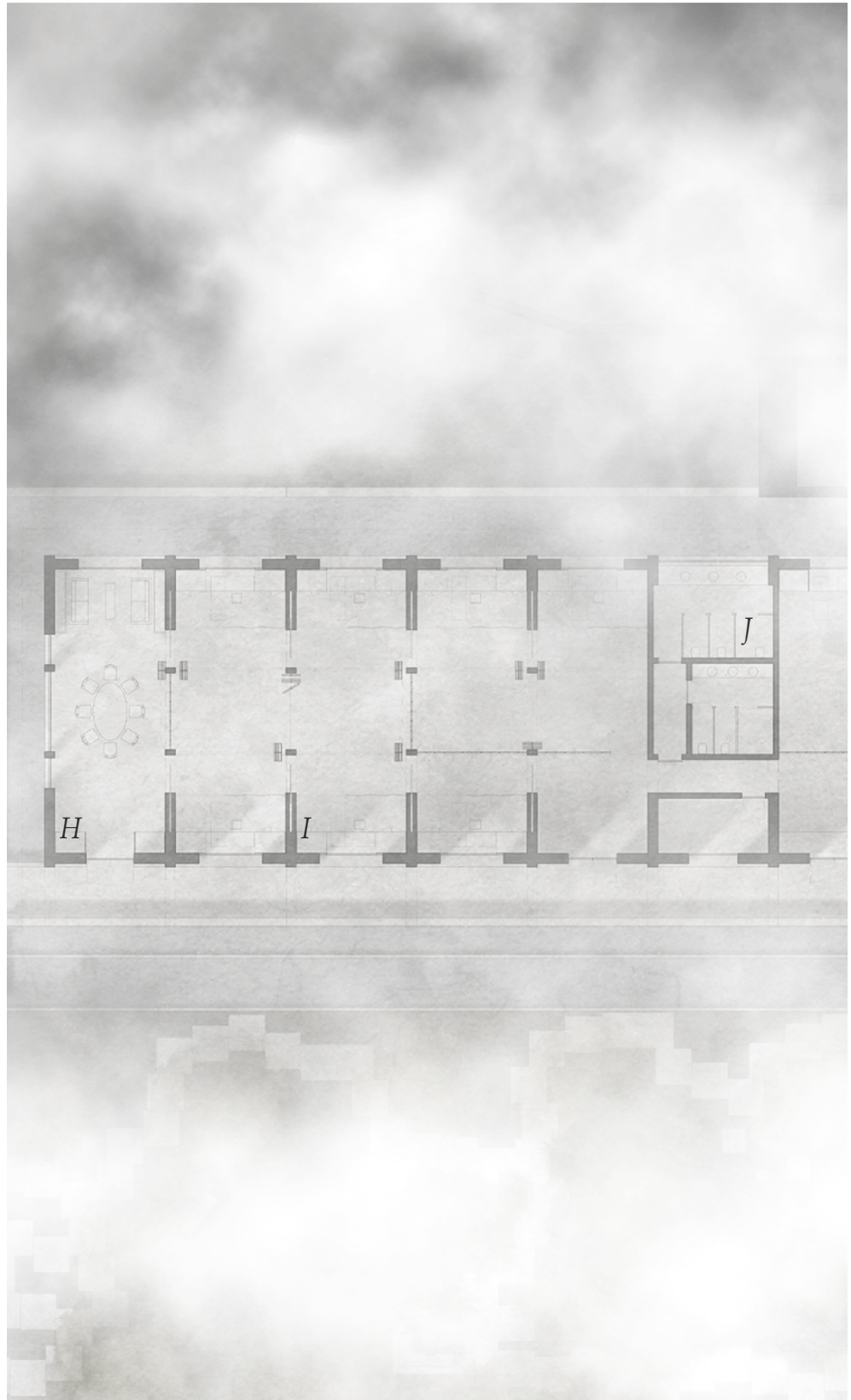


Fig. 52 | Peça de mobiliário dos gabinetes

O módulo é composto, nas partes laterais de diversas prateleiras, sendo a parte inferior ocupada por um pequeno armário para arrumos. A zona centro é recortada pelo vão envidraçado e esta zona é composta por três tipos de mobiliário. Na parte superior encontra-se uma prateleira, em que na sua parte posterior estão colocadas iluminações e uma cortina de forma a que à noite, se possa conferir a cada módulo a iluminação e privacidade necessário. Na parte inferior, encontra-se um elemento que pode realizar uma rotação de modo a proporcionar uma secretária ao profissional. Quando este elemento estiver arrumado, inferiormente a ele numa das extremidades encontra-se um vazio de forma a que o profissional possa trabalhar tirando proveito da vista para o exterior; sendo depois a outra extremidade ocupada por armários.



H - Sala de reuniões familiares

I - Gabinete tipo

J - Instalações sanitárias

K - Recepção

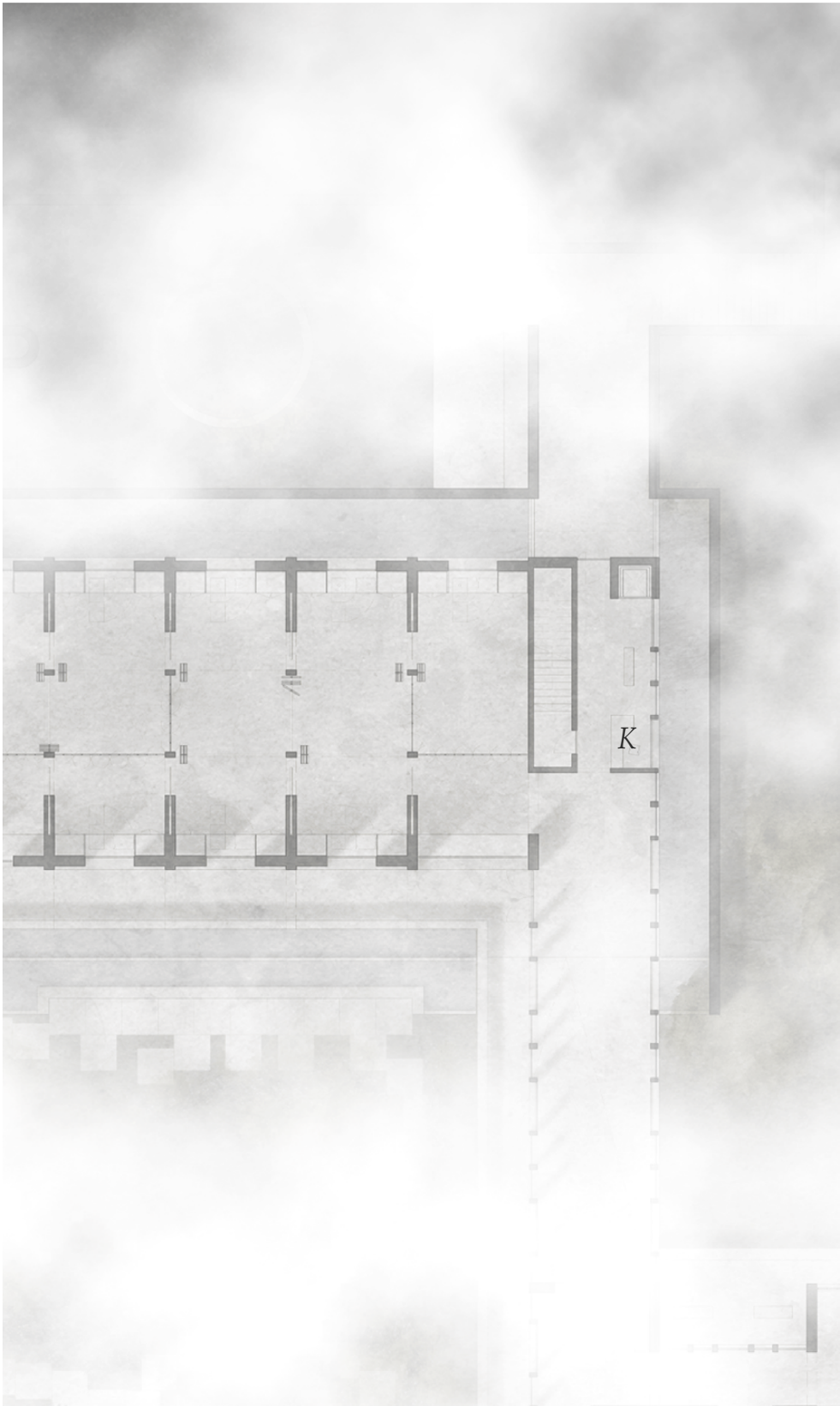


Fig. 53 | Zona dos gabinetes
Esta zona da Unidade pode adotar diversas formas e apropriações. Na sua base, os módulos à esquerda são dedicados para o uso profissional como médicos, psicólogos, assistentes sociais, outros especialistas de saúde e ainda poderão ser aqui os gabinetes administrativos da Unidade. Sendo que depois à direita pode adotar a função de sala de espera, um simples espaço de estar, podem ser organizadas palestras ou atividades especializadas; sendo que depois à noite, prevê-se o encerramento de cada módulo de forma a garantir um espaço para que um familiar ou um profissional possa pernoitar.





*Fig. 54 | Ocupação diurna
Organização típica da zona de
estar durante o período diurno*





*Fig. 55 | Ocupação noturna
Organização típica da zona de
estar durante o período noturno*

4.2.6| Convívio

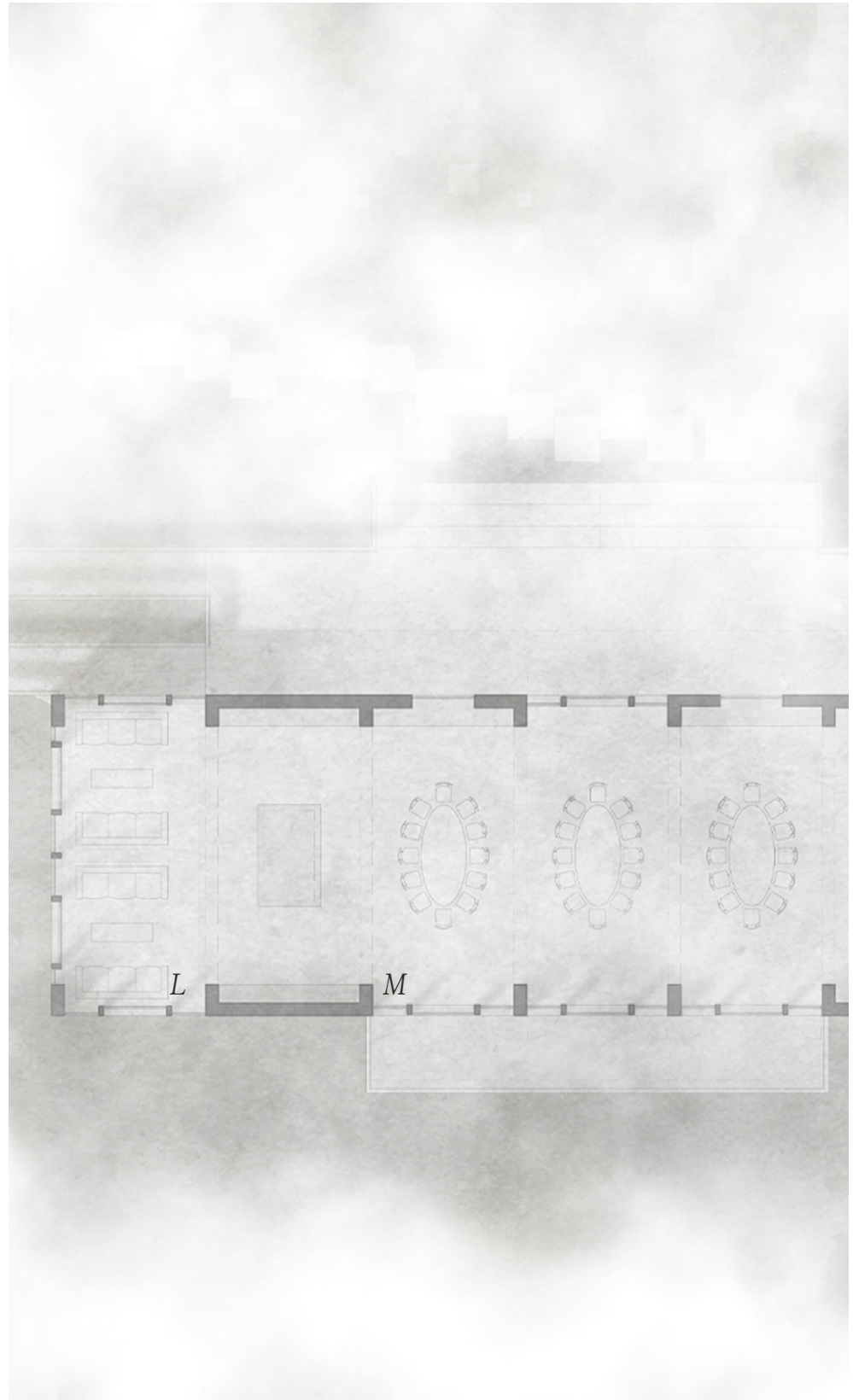
Esta zona ocupa a parte mais a nascente do edifício e é constituído por uma zona de águas nomeadamente pelas instalações sanitárias e por um espaço de banhos, onde se poderá prestar uma higiene personalizada ao Doente e, também, através da hidroterapia, proporcionar um período de reabilitação que deverá auxiliar na busca pelo bem-estar. Também se encontra, nas imediações destes espaços de água, a copa de apoio ao refeitório, aglomerando desta forma grande parte das infraestruturas dedicadas às águas residuais.

Esta zona ocupa uma posição central de toda a Unidade e, como tal, esta será destinada aos profissionais de saúde de forma a facilitar a sua deslocação em caso de emergência. Esta sala poderá dividir-se em duas, resultando numa sala de enfermagem e noutra de descanso para os profissionais.

Como já mencionado ao longo deste trabalho, o convívio e a partilha de momentos com outras pessoas – sejam elas familiares, profissionais ou outro Doente – são algo extremamente potente, capaz de fazer conectar o Doente ao mundo que o rodeia. Num último espaço, pode-se encontrar uma extensa sala composta num primeiro momento por um refeitório com a respetiva copa de apoio, e, depois, por uma zona de estar, com vista panorâmica para o terreno.

A refeição é um momento importante, capaz de galvanizar estes momentos de partilha e de comunhão e, por isso, o desenho deste espaço deverá também de o refletir. Para além do acesso à galeria exterior, este espaço usufrui ainda, do lado oposto, de uma varanda privada, com mesas posicionadas perpendicularmente, modo a desobstruir a visão para o exterior e facilitar a movimentação neste espaço. Recorrendo a uma métrica, o espaço foi dividido em três, cada um com a sua mesa, e a sua divisão é feita através do teto. Estas divisões permitem que haja uma maior singularidade no espaço e uma maior intimidade, remetendo ainda o Doente para o seu quarto - o porto seguro.

Os tetos que aqui se encontram seguem o mesmo padrão encontrado nos quartos, através de um teto em arco que segue a cobertura, também ela abobadada e visível num dos alçados da Unidade. Na outra ponta, a sala de estar ocupa uma posição invejável da Unidade, pois possui vista para todo o restante terreno bem como, por entre as copas das árvores do Parque, é possível avistar ao fundo o Rio Tejo e a outra margem. A divisão entre estes dois espaços é feita através de uma lareira de piso que se encontra a meio do espaço permitindo a fácil passagem nas suas laterais e conferindo a todo este espaço um ambiente íntimo e acolhedor.



L - Sala de estar

M - Refeitório

N - Copa de apoio

O - Hidroterapia

P - Instalações sanitárias

Q - Sala multidisciplinar

R - Sala de descanso

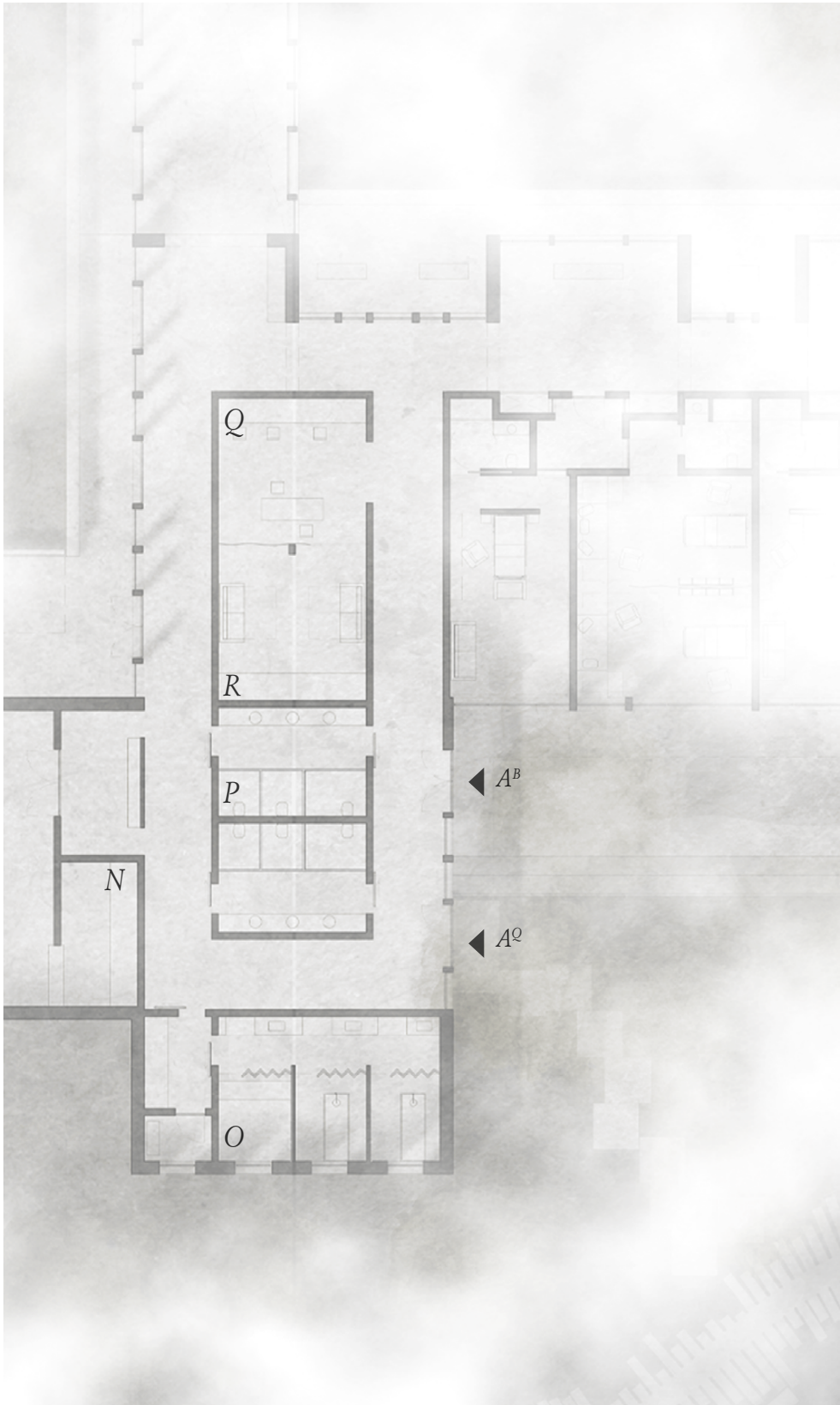


Fig. 56 | Zona dos convívios
 Nesta zona da Unidade, estão agrupadas grande parte das infraestruturas ligadas às águas, e ela conta com dois acessos para o exterior: um deles para o percurso da Bia (A^B), e outro para o espaço exterior dos quartos (A^Q). O teto do espaço do refeitório e da sala de estar é abobadado, à semelhança do que acontece nos quartos. No entanto aqui a própria estrutura da cobertura, afigere de uma forma abobadada sendo que é visível o seu formato no alçado nascente

4.2.7| Mundo Exterior

O objetivo do jardim da Unidade, é o de desafiar os sentidos dos utilizadores através dos jogos de luz, das cores das plantas ou o ouvir da água. Nestes pequenos momentos, o Doente pode-se conectar ao mundo que o rodeia, um mundo que o desafia a viver e o desafia a encarar a morte de uma forma corajosa. O anexo VIII elenca um conjunto de soluções cromáticas e aromáticas e algumas espécies florestais pensadas para este jardim.

Este percurso, por sua vez, estabelece ligação com um volume que se posiciona no final da galeria. Este edifício tem duas funções, a primeira é de servir de miradouro de forma a observar toda a vastidão do Parque Florestal de Monsanto e, também, de ser um espaço de meditação. Este espaço tem uma forma cónica e conta com uma abertura no cimo que permitirá pequenos feixes de luzes penetrarem o espaço conferido, um ambiente íntimo e harmonizador.

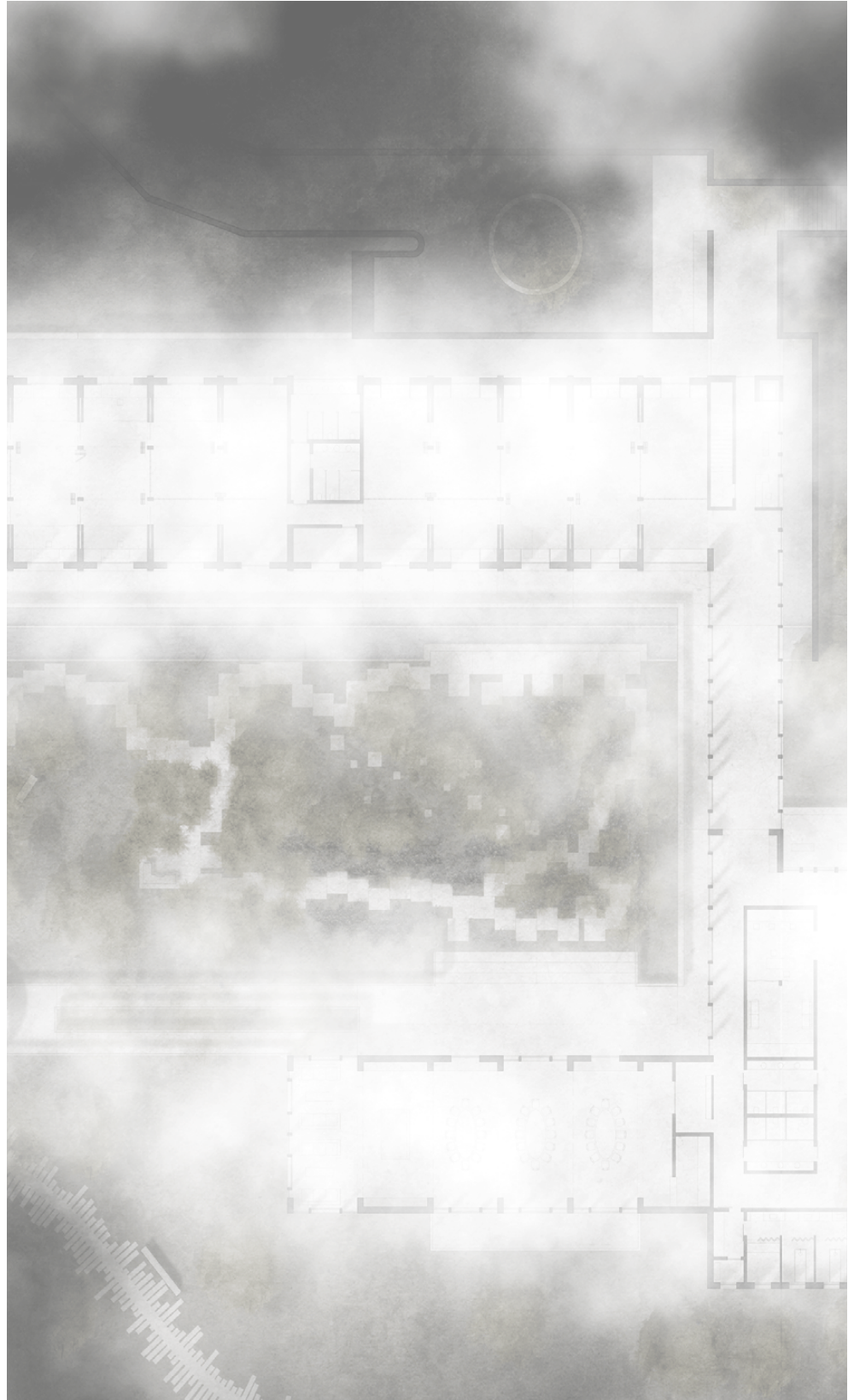
Também deste edifício parte um percurso que fará a ponte com o hospital. Dali é possível estabelecer um contacto direto entre a Unidade e o hospital, ou apenas um contacto entre o hospital e o Parque Florestal de Monsanto. Este percurso termina no dito edifício, e inicia-se no Jardim da Bia. Este espaço conta com a presença de algumas lojas solidárias, bar e biblioteca e tem como objetivo de proporcionar uma melhor estadia no hospital - este jardim está localizado a sudeste do Hospital de São Francisco de Xavier. Por esta, e por outras razões, o Jardim da Bia foi o local escolhido para fazer a ponte entre o mundo hospitalar e o mundo da Unidade.

Este percurso até ao Jardim da Bia passa perto da zonas dos quartos e, como tal, foi desenvolvida uma faixa arbórea entre estes dois elementos com o objetivo de, em primeiro lugar, proporcionar a privacidade necessária aos quartos e, em segundo lugar, melhorar a vivência no interior do quarto proporcionando-lhe uma vista cénica para o exterior.



Fig. 57 | Momento de introspecção

O Espaço Ecuménico é destinado a qualquer pessoa, a qualquer religião e a qualquer sofrimento - um lugar de silêncio onde a intimidade com o Eu é amplificada. Os momentos de silêncio e de introspecção também são fundamentais para qualquer Doente, de forma a encarar o seu destino com todas as forças necessárias



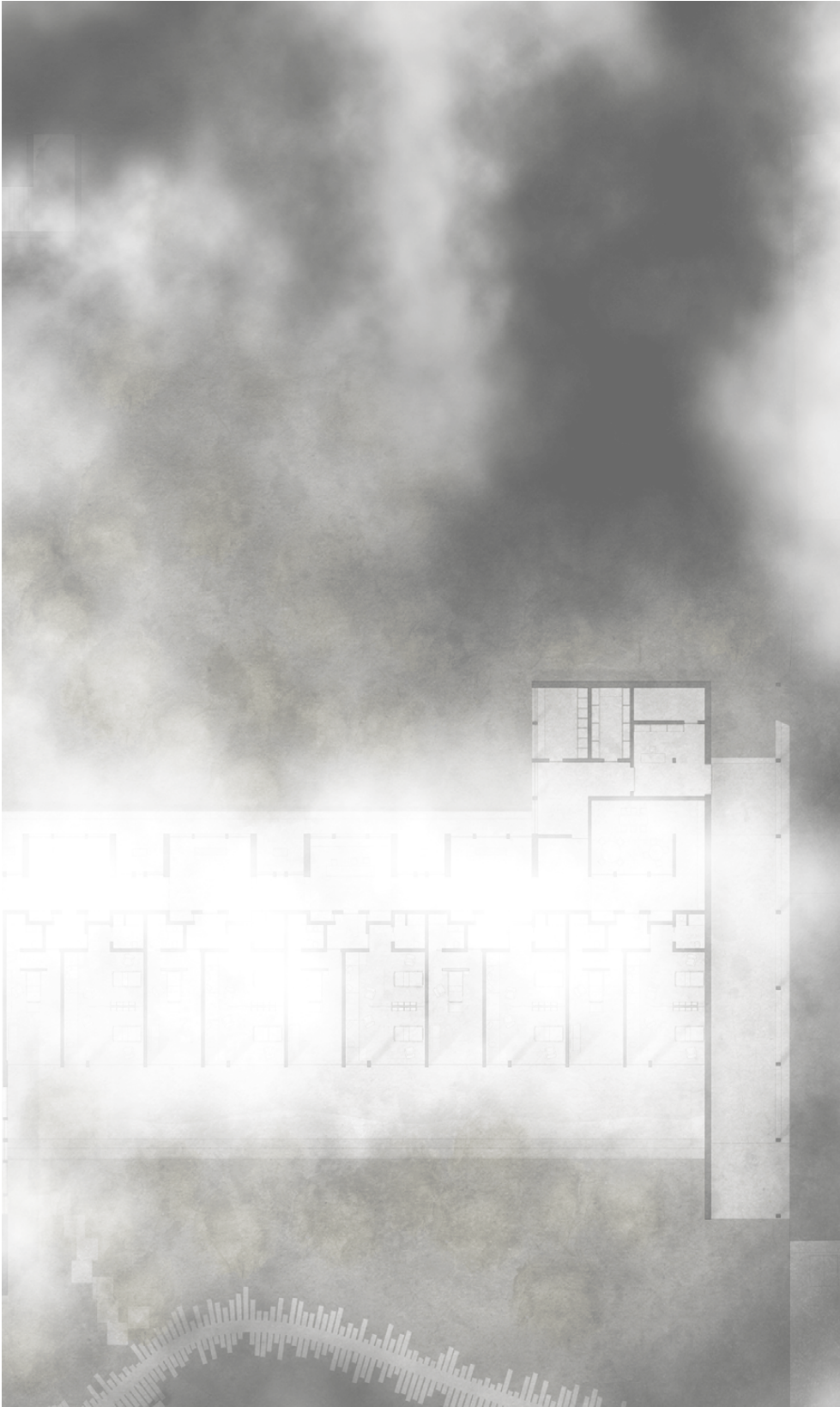
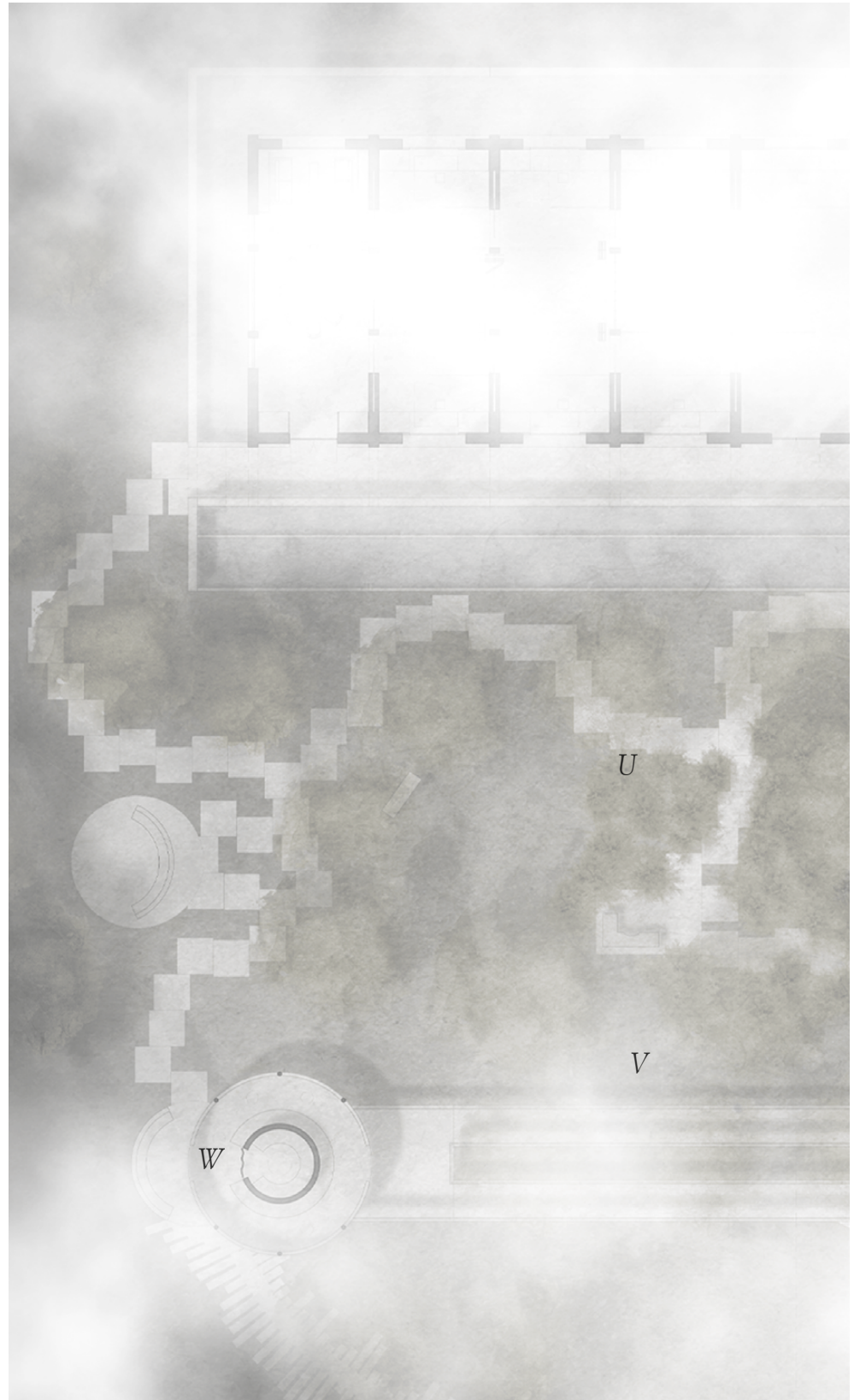


Fig. 58 | Mundo natural na Unidade

Procurou-se que não fosse a Arquitetura a invadir a Natureza, mas sim o inverso. Nesta batalha onde as duas protagonistas vão reclamando o seu espaço no projeto, resulta numa relação próxima e desejada para os utilizadores da Unidade.

A abordagem inicial para o desenho dos espaços exteriores foi idêntica àquela utilizada para os espaços interiores: aproveitar a vegetação já existente e fazer desenrolar os espaços através dessa pré-existência. Desta forma, a Galeria abraça um jardim no interior da Unidade onde o utilizador é seduzido a percorrê-lo.



S - Tipologia - cheiros

T - Tipologia - prata

U - Tipologia - descoberta

V - Tipologia - papoilas

W - Espaço ecuménico

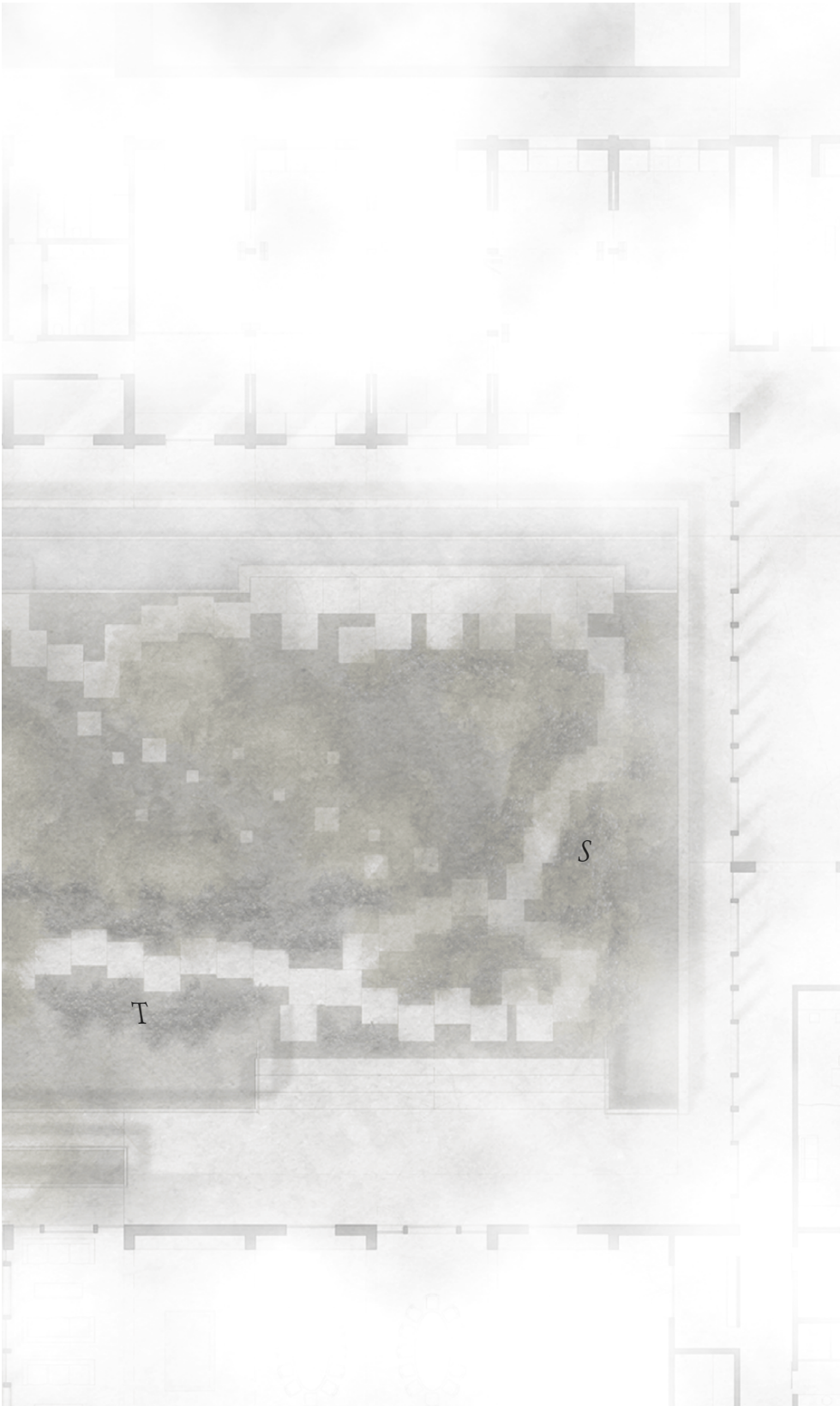


Fig. 59 | Jardim terapêutico da Unidade

De forma a potenciar a experiência de percorrer este jardim, ele apresenta diversos troços, cada um com as suas características. Procurou-se implementar diversos ambientes, cheiros, cores, texturas e sons; que intriguem e façam o Doente explorar como se pode ver no anexo VIII. Sendo a segurança um fator importante, optou-se por desenhar apenas um percurso circular com o objetivo de não perder a vigilância deste espaço.

Conclusão

Considerações Finais

A ida ao hospital pode ser algo assustador, devido à confrontação com uma realidade onde a morte, a perda e o sofrimento entram pela mesma porta. Se já na condição de visitante a ida ao hospital provoca um sentimento de desconforto, imagine-se então na condição de doente - aquele que depende do hospital para sobreviver.

Transportando esta realidade para um doente específico como é o Doente Paliativo, toda ela é amplificada. O hospital ganha mais responsabilidade em atender à doença, e perde cada vez mais a capacidade de estabelecer um diálogo com o Doente. Esta sua ida ao hospital é algo previsto, mas mesmo assim a falta de preparação em receber os doentes e de lhes proporcionar uma estadia digna é notório nestes equipamentos. O Doente é levado, no percurso final da sua vida, a permanecer num espaço que falha em acolhê-lo.

A principal vertente de Domesticar a Dor é posicionar o Doente como peça central de todo o desenvolvimento deste trabalho. É conhecê-lo a si e a quem o ajuda; pois torna-se imprescindível finalmente atender à realidade destes doentes que é muitas vezes esquecida e até evitada pela sociedade.

Para tal acontecer, o projeto apoia-se em múltiplas estratégias onde a intenção final seja o Doente e não a doença. O ponto de partida foi o desenho de algo muito importante para o Doente, pois é aqui onde ele se refugiará, como também será aqui onde será feita uma ponte com a sua casa, de forma a trazer todas as memórias nostálgicas antes da doença. Como tal, o desenho do quarto necessita de ser alvo de grande sensibilidade e atenção no que toca à permanência do Doente, de forma a evitar proporcionar um ambiente semelhante ao de um hospital onde a impessoalidade domina.

Daqui procurou-se fazer o Doente deixar o mundo da doença e conectar-se com o mundo que o rodeia. No seio do sofrimento pode-se tornar difícil arranjar forças, físicas e mentais, para manter uma relação social com o próximo ou de manter velhos hábitos do quotidiano. A doença acorrenta o Doente a um estado de renúncia e de depressão e é por isso fundamental mostrar-lhe um mundo alternativo à doença; um mundo com várias vivências ainda por descobrir e um mundo que valha apenas refugiar-se – um mundo com vida.

Para que esta conexão fosse possível, foram implementados diversos estímulos sensoriais e tirou-se proveito da influência que a Natureza exerce no ser humano. Aproveitou-se ainda os benefícios que o convívio com o próximo podem trazer à vivência diária do Doente, sem nunca lhe negar ou privar de momentos de silêncio e de introspeção.

Uma outra vertente deste trabalho é dar a conhecer a importância que os Cuidados Paliativos têm para o Doente. Os Cuidados Paliativos são o seu principal aliado, pois são eles os únicos intervenientes dotados capazes de dar uma resposta especializada ao longo do seu trajeto, sem esquecer a Família.

À semelhança de outros temas tabus, também os Cuidados Paliativos são um tema a evitar, por invariavelmente mencionar-se a morte. Uma grande lição que os Cuidados Paliativos proporcionam no que toca à morte é que, contrariamente ao que acontece nos hospitais, em que é esperada a sua apropriação e mesmo assim há uma falta de preparação em acolhê-la; a morte é inevitável, o que torna necessário enfrentá-la e preparar-se para ela sem qualquer tipo de receio e constrangimento. Havendo esta preparação para o dia que inevitavelmente todo o ser humano irá atravessar, ajuda o Doente em enfrentar o resto dos seus dias de forma a que ele sente o controlo da sua própria vida.

Domesticar a Dor tem, por isso, esta intenção de ser mais uma voz na tomada de consciência acerca destes cuidados de saúde. À data do presente trabalho, apenas 70% da população portuguesa tinha acesso a estes cuidados o que demonstra um atraso destes cuidados no panorama português. Seja este atraso justificado por uma burocracia excessiva ou por um sistema incapaz de dar resposta, a realidade é que atualmente é negado um final de vida digno a muitas pessoas. Apesar destes atrasos, Portugal tem realizado nos últimos anos diversos esforços com objetivo de dar resposta no âmbito destes cuidados (Anexo III).

Sem os Cuidados Paliativos, o Doente apenas se pode apoiar em algo que não está devidamente preparado para o auxiliar na sua plenitude e, por isso, tal como esta Unidade de Cuidados Paliativos em Lisboa; os Cuidados Paliativos, oferecem um conjunto de cuidados humanizados e personalizados, capazes de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e espirituais do Doente.

Bibliografia

ABREU, Pedro Marques de - A ideia de “habitação”. Em **2º Congresso Internacional de Habitação no Espaço Lusófono**. Lisboa : [s.n.]

AHUJA, Nitin - End Stages. **Places Journal**. . ISSN 2164-7798. 2018 (2018). doi: 10.22269/180515.

ARIÈS, Philippe - **História da Morte no Ocidente - da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro : Saraiva de bolso, 2012

BAYEFSKY, Rachel - Dignity, Honour, and Human Rights: Kant’s Perspective. **Sage Journals**. 41:6 (2013) 809–837. doi: 10.1177/0090591713499762.

BOTTON, Alain de - **A Arquitetura da Felicidade**. Lisboa : Dom Quixote, 2017

CARTER, Helen *et al.* - Living with a terminal illness: Patients’ priorities. **Journal of Advanced Nursing**. 45:6 (2004) 611–620. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02953.x.

CNCP - Plano estratégico de desenvolvimento cuidados paliativos. Biênio 2019-2020. 2019) 1–32.

COSTA, Mariana de Soveral Gomes da - Notas sobre o hospital como dispositivo biopolítico em Foucault. **ARTis ON**. 10 (2020) 161–167. doi: 10.37935/aion.v0i10.274.

CURTIS, J. R. *et al.* - Understanding physicians’ skills at providing end-of-life care: Perspectives of patients, families, and health care workers. **Journal of General Internal Medicine**. 16:1 (2001) 41–49. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.00333.x.

DEKKERS, Wim - Dwelling, house and home: Towards a home-led perspective on dementia care. **Medicine, Health Care and Philosophy**. 14:3 (2011) 291–300. doi: 10.1007/s11019-011-9307-2.

FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira - Medicina e Hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**. 23:3 (2011) 487–500. doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000300004>.

FIGUEIREDO, Ana Teresa Rodrigues - **Por um hospital mais urbano. Os hospitais de S. João e da Universidade de Coimbra na cidade do século XXI.** [S.l.] : Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2013

FOUCAULT, Michel - **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro : Edições Graal, 1979

FRANCKE, Anneke L.; WILLEMS, Dick L. - Terminal Patients Awareness of Impending Death. **Cancer Nursing.** 28:3 (2005) 241–247. doi: 10.1097/00002820-200505000-00014.

GONÇALVES, Ferraz - **História e filosofia dos cuidados paliativos** [Em linha], atual. 2019. [Consult. 12 fev. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/109>>.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda - Cuidados Paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciencia e Saude Coletiva.** 18:9 (2013) 2577–2588. doi: 10.1590/S1413-81232013000900012.

LAWTON, M. Powell - The varieties of wellbeing. **Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process.** 9:2 (1983) 65–72.

Lei nº31/2018 **D.R. I.** 137(18-07-2021). 3238 - 3239 [Consult. 21 Abr. 2021] em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115712240/details/maximized>

Lei nº52/2012. **D.R. I Série A.** 172 (05-09-2012). 5119-5124. [Consult. 11 Fev. 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/174841>

Lei nº101/2006. **D.R. I Série A.** 109 (06-06-2006). 3856-3865. [Consult. 12 Fev. 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/353934>

MOORE, Andrew *et al.* - 'I am closer to this place'—Space, place and notions of home in lived experiences of hospice day care. **Health & Place.** 19 (2012) 151–158.

MURRAY, Scott A. *et al.* - Illness trajectories and palliative care. **British Medical Journal.** . ISSN 09598146. 330:7498 (2005) 1007–1011. doi: 10.1136/bmj.330.7498.1007.

NETO, Isabel Galriça - **Cuidados Paliativos - Conheça-os melhor**. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020

OUSSET, P. J. *et al.* - Therapeutic Gardens. **Archives of gerontology and geriatrics**. 26:1 (1998) 369–372.

PEREIRA, Sandra Martins - **Cuidados Paliativos: confrontar a morte**. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2010

PROVIDÊNCIA, Paulo - **A Cabana do Higienista**. Coimbra : Edições do Departamento de Arquitectura da FCTUC, 2000

SPICHIGER, Elisabeth - Living with terminal illness: patient and family experiences of hospital end-of-life care. **International Journal of Palliative Nursing**. 14:5 (2008) 220–228. doi: 10.12968/ijpn.2008.14.5.29489.

STEEMERS, Koen - Architecture for Wellbeing and Health. Em [Em linha]. Londres : VELUX Daylight Symposium, 2015 Disponível em WWW:<URL:https://www.daylightandarchitecture.com/library/daylight-symposium-2015_koen-steemers/>.

STEPTOE, Andrew; DEATON, Angus; STONE, Arthur A. - Subjective wellbeing, health, and ageing. **The Lancet**. 385:9968 (2015) 640–648.

STERNBERG, Esther M. - **Healing Spaces**. Cambridge : Harvard University Press, 2010

ULRICH, Roger S. - View through a window may influence recovery from surgery. **Science**. .ISSN 00368075. 224:4647 (1984) 420–421. doi: 10.1126/science.6143402.

VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. - **Innovations in hospice architecture**. Abingdon : Taylor & Francis, 2006. ISBN 9781134338283.

WALTERS, Trudie - Facilitating well-being at the second home: the role of architectural design. **Leisure Studies**. 2016) 1–12. doi: 10.1080/02614367.2016.1216580.

ZUMTHOR, Peter - **Atmospheres**. Basileia : BIRKHAUSER, 2006

Anexos

Anexo I	A.2
Entrevista Dra. Ana Paula Figueiredo	
Anexo II	A.12
Excerto Entrevista	
Anexo III	A.16
Apoio Paliativo na cidade de Lisboa - Situação e estratégias	
Anexo IV	A.22
Fragmentos - Conflitos, dilemas e um caminho para o conhecimento	
Anexo V	A.28
Imaginário Paliativo	
Anexo VI	A.46
Organização do Espaço	
Anexo VII	A.50
Fotografias do Local	
Anexo VIII	A.54
Natura - Notas de um projeto paisagístico para o jardim da Unidade	
Anexo IX	A.72
Processo de Trabalho	
Anexo X	A.84
Peças desenhadas do projeto final	

Anexo I

Entrevista Dr^a Ana Paula Figueiredo

A presente entrevista realizada à Dr^a Ana Paula Figueiredo, teve lugar na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, a 27 de maio de 2021

Nascida a 11 de Agosto de 1961 em Almada, Ana Paula Parreira Figueiredo licenciou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa em 1986, vindo depois a especializar-se em Medicina Interna no Hospital de Santo António dos Capuchos (Lisboa) em 1994.

Entre os anos 1995 e 1996, a Dr^a Ana Paula Figueiredo trabalhou como Especialista de Medicina Interna no Hospital de Serpa, onde acumulou com o cargo de Diretora do mesmo hospital.

Entre 1997 e 2021, trabalhou no Hospital do Montijo. Durante este período, em 1998 efetuou o exame para o grau de Assistente Graduada de Medicina Interna e em 2012 iniciou funções no então recém-criado Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, chegando a acumular funções clínicas no Serviço de Medicina Interna e na Unidade de Cuidados Paliativos integrada no Hospital do Barreiro (CHBM).

No mesmo ano de 2012, concluiu a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

Em 2014, a Dr^a Ana Paula Figueiredo é nomeada Coordenadora da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHBM, sendo, depois em 2015, Coordenadora da Unidade de Cuidados Paliativos do CHBM. No ano de 2017, é nomeada responsável da Consulta Externa de Medicina Paliativa do CHBM e mantém-se desde então a acumular estes três últimos cargos.

Em 2020, adquire a competência Pedagógica como Formadora, pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, IP.

Quem é que usufrui deste tipo de cuidados saúde?

Os cuidados paliativos destinam-se a doentes com doenças graves, crónicas, incuráveis, progressivas e causadoras de grande sofrimento. Esta tipologia de cuidados (paliativos) abrange também as famílias/cuidadores desses doentes.

Infelizmente, há ainda grandes preconceitos e desconhecimento em relação aos cuidados paliativos, seja da população em geral ou dos próprios profissionais de saúde. Por este facto, a maioria dos doentes que nos são referenciados, são pessoas que já estão próximas da morte. Porém, há também doentes em fase activa de vida (desde que a sua condição clínica se enquadre nos pressupostos acima descritos) que são acompanhados por uma equipa de cuidados paliativos.

Quando é que o doente deve ser submetido a este tipo de cuidados?

Algumas doenças sabem-se ser incuráveis desde o seu diagnóstico (como por exemplo a Esclerose Lateral Amiotrófica, conhecida como ELA) e outras que, pela ausência de respostas aos tratamentos, vão evoluindo desfavoravelmente (por exemplo alguns cancros mantêm a sua progressão, apesar dos tratamentos oncológicos e/ou de radioterapia). Tanto o primeiro grupo de doentes quanto o segundo, deverão ser acompanhados por profissionais de cuidados paliativos. Este acompanhamento deve ser paralelo e complementar ao do seu médico assistente.

O doente paliativo não é sinónimo de um doente que está para morrer.

Os pressupostos acima, englobam doentes em fase activa de vida, mas também doentes em fases de doença mais avançada ou mesmo terminal.

Costumo equiparar o que hoje se está a passar com os cuidados paliativos, com o que há trinta anos se passava com os doentes com SIDA. Havia o “papão” da SIDA, onde SIDA igual morte.

O que os cuidados paliativos têm para oferecer aos doentes?

Conforme referi na primeira questão, os cuidados paliativos destinam-se a doentes com doenças graves, crónicas, incuráveis, progressivas e causadoras de grande sofrimento. Esta tipologia de cuidados (paliativos) abrange também as famílias/cuidadores desses doentes.

O sofrimento inerente a uma doença grave e incurável, não se relaciona apenas com sintomas (físicos), envolve também as vertentes familiares, sociais, laborais, psicológicas e espirituais.

Cada pessoa é muito mais do que um corpo e a sua família faz parte do mundo mais restrito de cada um, por isso a família é sempre abrangida pelo trabalho da equipa de paliativos.

Em todas as outras vertentes da Medicina, o alvo primário é o tratamento da doença. Nos cuidados paliativos, o alvo é o tratamento da pessoa e da família, de uma forma holística. O tratamento da doença não está incluído, não nos compete, mas também não nos exclui.

Quando os doentes vêm pela 1ª vez à nossa consulta, têm medo pelo estigma associado ao nome “paliativo” ou então nunca ouviram falar desta vertente da Medicina e desconhecem a razão para terem sido encaminhados para nós. Após lhes explicarmos não apenas o que são os cuidados paliativos, mas quais os objectivos dos mesmos e como os podemos ajudar, rapidamente perdem esse medo.

De que forma é que arquitetura pode ser importante para os doentes?

Para o doente paliativo, não basta ter acesso a cuidados clínicos adequados. O ambiente em que vive e que o envolve, deve ser adaptado à sua condição.

A luz neste âmbito torna-se fundamental pois ainda se tem a tendência de associar a ideia de morte a escuro - a noite tem a cor preta, daí a maioria dos doentes terem medo dela!

Quartos com boa luz, bem ventilados e com uma boa cor, são essenciais. Podem estar pintados de branco, mas deve existir uma personalização nesse quarto, de modo a que haja alguma alegria no meio de toda a tristeza que a doença traz.

Um outro factor relevante, é a loiça em que a alimentação é servida. Estamos a falar de pessoas que pela sua doença e pela inactividade que dela advém, têm o apetite diminuído e por isso, a loiça deve atrativa, com cor, de tamanho mais reduzido que o comum. Por exemplo, se no momento da refeição, for colocado ao doente um prato do mesmo tamanho que usam os outros elementos da família, o impacto psicológico é negativo, porque um prato grande com muita comida ou um prato grande com pouca comida, faz sentir que por não conseguir comer tudo o que lhe colocaram no prato ou por o seu prato estar mais vazio que o dos outros, respectivamente, faz com que pense que a sua doença está a agravar. Estas sensações estão presentes, mesmo que o doente não as verbalize e são mais um factor a acrescentar ao seu sofrimento.

Estes aparentemente pequenos pormenores, quando existe uma grande fragilidade tanto física quanto psicológica, tornam-se muito importantes para o bem-estar e conforto destes doentes.

Os familiares podem acompanhar este processo de perto?

Os familiares não só podem como são incentivados a acompanhar as decisões e todo o processo que a equipa paliativa delinea para o doente.

Antes da pandemia por Covid, faziam-se na Unidade de Cuidados Paliativos, festas de aniversário e a presença da família ou de amigos, junto ao doente, era possível entre as dez horas e as vinte e duas horas, diariamente. Em alguns casos, um dos elementos da família podia pernoitar junto do doente.

Agora e desde a situação pandémica, tudo ficou mais difícil e complicado para as famílias.

A separação entre as unidades de cuidados paliativos e os hospitais demonstra-se benéfica?

Na área da Península de Setúbal, há duas Unidades de Cuidados Paliativos não hospitalares, uma em Alhos Vedros e outra perto de Brejos de Azeitão.

Todas as Unidades de Cuidados Paliativos têm o mesmo tipo de abordagem e de princípios em relação ao doente e à família. Porém, as Unidades que menciono, ao não estarem integradas num hospital, não têm à sua disposição, todos os meios em termos de Especialidades e tecnologia, que uma Unidade de Paliativos de hospital possui.

Quanto à localização de uma Unidade de Cuidados Paliativos hospitalar, na minha opinião, deveria estar localizada num edifício contíguo ao hospital e não dentro dele. Deste modo, alguns dos constrangimentos em termos de Normas e restrições, a que os serviços hospitalares estão obrigados, podiam ser obviadas.

A coexistência destas duas tipologias de Unidades é benéfica, na medida em que permite uma continuidade do mesmo tipo de cuidados, aos doentes paliativos. Numa Unidade Hospitalar, estão os doentes mais complexos que depois de estabilizados e no caso de não ser possível o seu regresso a casa, são transferidos para essas Unidades.

Como explica o atraso que Portugal tem em relação aos paliativos?

Nós começámos muito mais tarde que outros países, a organizar e dinamizar os cuidados paliativos e é difícil dinamizá-los e consolidá-los. Por outro lado, há a parte cultural enraizada e existe de forma marcante o tabu da morte, como se caso não falarmos da morte ela não chega.

Em Portugal, a má notícia é dada á família em primeiro lugar e só depois ao doente, ao contrário do que deve ser feito.

Os profissionais de saúde, em particular os médicos, são ensinados e orientados para curar e por isso paliar é ainda estranho para muitos. É fundamental que as Faculdades de Medicina incluam nos seus programas a cadeira obrigatória de paliativos.

Paliar não deve ser feito apenas por equipas específicas nesta área. O pensar o doente como um todo, o repensar a terapêutica em função do estado do doente, o envolver o doente e a família no plano de cuidados, é fundamental.

Os hospitais estão cheios de doentes com necessidades paliativas que continuam com a sua quimioterapia, que continuam com as suas cirurgias programadas e que continuam com o que for considerado indicado para o seu caso, mas que têm ao mesmo tempo necessidades paliativas, muitas vezes não identificadas.

Apesar de tudo, tenho notado uma mudança positiva por parte dos meus colegas, estando mais atentos a certos aspectos. Porém, para que se consiga ultrapassar várias barreiras, tem de se quebrar o tabu de que paliativo igual a morte.

O que poderá ser feito para reverter esse tabu?

Conforme referi na questão anterior, é fundamental que as Faculdades de Medicina incluam nos seus programas a cadeira obrigatória de paliativos.

Se o próprio médico tem “medo” dos paliativos e pensa que paliativos significa fim de vida, então será isso que é transmitido ao doente, por linguagem não verbal.

Em termos de sociedade... é necessário alterar muita coisa na mentalidade dos portugueses. É cultural, mas o facto de ser cultural não quer dizer que não se mude.

É fundamental tratar o doente como uma pessoa no seu todo, não sendo apenas os fármacos que fazem parte desse plano porque “a dor da alma é muito mais difícil de tratar que a dor do corpo.”

Nos casos em que o doente é apoiado por um cuidador informal, na sua perspectiva isso torna-se mais benéfico para o doente ou deve ser acompanhado apenas por profissionais?

A família é o pilar da sociedade e não há tratamentos ou profissionais, por muito bons que sejam, que a possa substituir.

Directamente em relação à sua questão, a permanência do doente no seu domicílio e com um cuidador informal é sem qualquer dúvida, melhor não apenas para o doente, como para a família. Porém, se estivermos perante um doente com situação clínica a agravar como é o caso do doente paliativo, é necessário haver uma equipa multidisciplinar para apoiar e orientar em várias vertentes.

Tal como se o doente estivesse internado, as decisões são partilhadas entre os profissionais, o doente e a família. Nós estamos ali como motor auxiliar e de suporte.

Os doentes são incentivados a trazer alguns dos seus objetos pessoais para tornar o quarto hospitalar mais seu e mais doméstico?

Conforme já referi quando se falou da importância da arquitetura nos cuidados paliativos, o quarto hospitalar onde o doente se encontra, deve ser personalizado tanto quanto possível.

Volto, no entanto, a mencionar as alterações a que a pandemia por Covid obrigou. Antes deste problema de saúde pública, os doentes tinham no seu quarto não apenas fotografias como até quadros e outros objectos pessoais que para eles eram importantes. A própria roupa que vestiam, era a sua.

As pessoas podiam sair dos seus quartos e andar pela Unidade, havendo um espaço (sala) de convívio. Podiam, inclusivamente, deslocar-se ao átrio do hospital, após informados os profissionais e dada autorização para tal.

Agora, quase tudo mudou.

A personalização do quarto de hospital, pretende diminuir o sofrimento resultante do afastamento da sua casa, dos seus pertences e da sua família. Mais, a maioria das pessoas continua a querer morrer em casa. Porém, se eu estou dependente, preciso de alguém em casa que seja capaz de suportar o meu sofrimento, a minha dependência e a minha morte quando ela acontecer. Isto é complexo, sobretudo se não existirem equipas de paliativos domiciliários que possam estar presentes nos momentos mais difíceis.

Acha que as unidades devem de manter uma identidade mais próxima do hospital ou da casa?

Não há nada que substitua a nossa casa.

A Unidade hospital ou extra-hospitalar, é sempre um local estranho ao doente, mesmo que apropriadamente personalizado.

Os doentes paliativos gostam de estar cá (na Unidade de Cuidados Paliativos), acabamos por ser parte da sua família, mas são poucos aqueles que não querem regressar a casa. Isso, porém, não é possível na maioria dos casos, por falta de suporte familiar e profissional, fora do ambiente hospitalar.

Por muito agradável que seja um quarto de hospital e por muito próximos que sejam os profissionais, nada se compara à nossa casa.

“A dor da alma é muito mais difícil de tratar que a dor do corpo”

Na sua prática profissional diária, que restrições espaciais a dr^a sente?

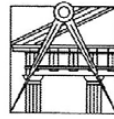
À parte as restrições impostas pela pandemia, considero haver duas grandes restrições espaciais na Unidade de Cuidados Paliativos. Uma é a falta de uma sala onde os doentes pudessem fumar. Não se devia impedir de fumar um doente que está em fase de fim de vida, se for esse o seu desejo. Infelizmente não o podem fazer por falta de um espaço adequado a isso.

Outra grande lacuna nesta Unidade de Cuidados Paliativos, é a ausência de um jardim interior, com árvores, plantas e bancos, onde as pessoas pudessem sentar-se e desfrutarem do ar, do vento, do sol. Tenho consciência de que neste aspeto, estou na esfera idílica, mas não deixo de o assinalar.

Formulário de consentimento informado



UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE ARQUITETURA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Investigação no âmbito do Mestrado em Arquitetura

Autor: Nuno Daniel da Silva Ribeiro

O atual trabalho de investigação, intitulado “Domesticar a Dor – Projeto de uma Unidade de Cuidados Paliativos em Lisboa”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Arquitetura e tem como principal objetivo clarificar a temática dos Cuidados Paliativos e de que forma a Arquitetura poderá auxiliar da melhor forma o doente paliativo.

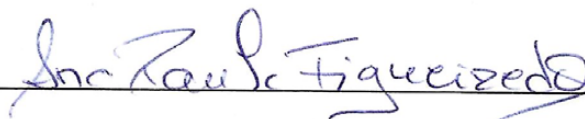
Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de profissionais de saúde que estejam em contacto com esta realidade paliativa. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário e/ou de uma pequena entrevista que deverão ser gravados para permitir uma melhor compreensão dos factos. Havendo o recurso a questionário e/ou entrevista, a estes documentos terão eventual acesso outras pessoas que não o investigador.

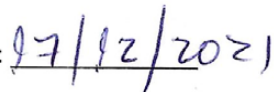
A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura:



Data:



Anexo II

Excerto Entrevista

O seguinte excerto regista, de forma abreviada, uma entrevista realizada pelo autor a um profissional de saúde a 12 de Novembro de 2021. Este profissional desempenha funções como psicólogo clínico numa clínica privada na cidade de Lisboa e atua diretamente numa unidade de cuidados paliativos. À impossibilidade de ter sido enviado o formulário de consentimento informado devidamente assinado pelo entrevistado, o presente excerto é composto por algumas das perguntas realizadas durante a entrevista.

De forma a salvaguardar o anonimato do entrevistado, as respostas às perguntas foram realizadas pelo autor, que teve por base a resposta original do entrevistado; nas quais foram sintetizadas e escritas segundo a forma de expressar do autor deste trabalho.

O que é que os Cuidados Paliativos têm para oferecer a estes doentes, que os outros cuidados de saúde não têm?

Os cuidados paliativos são um modelo de assistência ao doente e à sua família segundo as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente ou da família. Para além destes cuidados paliativos existem ainda as ações paliativas dedicadas aos doentes que têm um agravamento súbito do seu estado clínico.

A medicina tem evoluído nos últimos anos de forma considerável, no entanto, ainda não é capaz de dar resposta a um conjunto de doenças ou ainda não é capaz de diagnosticar a tempo o que impossibilita a sua cura.

Para estes doentes, a quem a medicina não é capaz de atender, há os cuidados paliativos que atua em função de quatro domínios fundamentais dos cuidados paliativos: físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Os cuidados paliativos podem não ajudar a curar o doente, mas podem ajudar o doente a lidar com os problemas que a doença provoca sob os quatro domínios anteriores.

Para além deste apoio centrado no doente, há um outro paradigma paralelo que é o apoio à família do doente fruto da sua parte integrante na vida do doente.

Sente que, na atual realidade portuguesa, os doentes têm o devido apoio destes cuidados paliativos ou aponta algumas falhas de como o sistema está montado?

Segundo a última estatística, cerca de 70% da população morre sem acesso a cuidados paliativos em Portugal. Isto não é um problema do doente nem da família, só revela que o sistema não tem profissionais para dotar equipas de recursos humanos.

Existem doentes que têm de facto uma boa qualidade de resposta destes cuidados, mas há outros que ela é inexistente por ainda haver muitas limitações em termos de equidade e justiça no acesso. Há ainda depois uma grande assimetria na distribuição destes cuidados no território. Falta profissionais e falta equipas por ausência de dinheiro, por ausência de estratégia e por ausência de profissionais de outras áreas.

Acha benéfica a separação entre a unidade e o hospital?

É benéfica no sentido em que traz uma noção de humanização e proximidade aos cuidados paliativos. Essa separação permite uma maior proximidade das relações e uma maior facilitação do processo de vivência da morte. No entanto, é preciso não esquecer que certos doentes que, devido à especificidade da doença, têm de socorrer ao internamento hospitalar.

Segundo a lei, está prevista a existência de dois tipos de unidades de cuidados paliativos: as unidades de agudos, que acontecem em contexto hospitalar; e as unidades da rede nacional de cuidados continuados que podem não estar inseridas em hospitais.

Também se pode falar nos custos, na medida em que uma cama hospitalar é muito mais cara, bem como toda a estrutura em si envolvida é mais pesada e, como tal, tem uma maior carga burocrática, administrativa e logística. Por sua vez, as camas das unidades de cuidados paliativos fora das unidades de internamento tem a sua maior valia de se tornarem autênticos centros de acolhimento de pessoas em contexto de fim de vida.

Anexo III

Apoio paliativo na cidade de Lisboa - Situação e estratégias

O presente anexo procura oferecer uma perspetiva das estruturas atuais, capazes de dar resposta aos doentes paliativos na cidade de Lisboa (referida ao ano de 2020).

É importante de salientar que perdura uma grande disparidade entre a oferta existente nas várias cidades do país havendo, uma maior concentração da oferta destes cuidados na capital portuguesa deixando outras regiões do país sem grande capacidade de resposta.

Dito isto, está previsto um investimento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos a rondar os 205 milhões de euros. Este investimento é articulado com a Reforma Nova Geração de Equipamentos e Respostas Sociais da Componente 3, inseridos no Plano de Recuperação e Resiliência proposto pelo governo português.

Com este investimento, os Cuidados Paliativos conseguem estabelecer-se de uma forma mais assertiva junto da sociedade ao lhe serem atribuídas mais unidades de internamento e mais recursos humanos necessários para proporcionar um atendimento digno aos que mais precisam.

“A concretização do investimento consiste num programa estruturado e faseado para apoiar financeiramente promotores do setor público, social ou privados (replicando o modelo do Programa Modular que foi utilizado anteriormente, com sucesso, e que permitiu a construção célere de novas unidades de internamento para a RNCCI e para a RNCP), de forma a alcançar os seguintes objetivos:

- 1 - Aumentar em 5.500 camas as respostas de internamento da RNCCI, concretizando a construção de 275 novos módulos de 20 camas (em unidades existentes ou a construir, sendo a construção da responsabilidade do proprietário/promotor);
- 2 - Criar 20 unidades de promoção de autonomia, para resposta a 500 doentes que podem permanecer no domicílio, mas ter a continuidade de cuidados necessária à sua reabilitação;
- 3 - Criar 50 equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados, de modo a ser possível dar resposta a 1.000 doentes no domicílio (apoio para recursos materiais e viaturas elétricas, sendo os recursos humanos da responsabilidade do SNS ou dos promotores candidatos);
- 4 - Alargar até 1.000 lugares, das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em 50 residências e unidades sócio ocupacionais (apoio à construção de novas respostas ou alargamento de respostas já existentes);
- 5 - Alargar até 100 lugares, em 10 equipas de apoio domiciliário de saúde mental (apoio à aquisição dos recursos materiais necessários e de viaturas elétricas para a atividade das equipas);
- 6 - Construir ou alargar 20 unidades de internamento de cuidados paliativos, para dar resposta a 400 doentes (apoios para captar novos promotores);
- 7 - Alargar até 100 lugares, em 10 equipas comunitárias de cuidados paliativos (apoio à aquisição dos recursos materiais necessários e de viaturas elétricas para a atividade das equipas).”

in “<https://recuperarportugal.gov.pt/2021/06/08/investimento-re-c01-i02/>”

Investimento REC01-i02, incorporado no programa “Recuperar Portugal” que por sua vez está inserido no Plano de Recuperação e Resiliência apresentado pelo Governo Português no ano de 2021

*Gráfico a | Equipas
Comunitárias de Suporte
em Cuidados Paliativos
na cidade de Lisboa
(https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/01/ECSCP_Portal_30112020.pdf)*

Tipologia	Entidade
ECSCP	ACES Cascais
ECSCP	ACES Estuário do Tejo
ECSCP	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
ECSCP	ACES Loures-Odivelas
ECSCP	ACES Sintra (Polo Cacém-Queluz)
ECSCP	ACES Sintra (Polo Rio de Mouro-Colares)
ECSCP	EDSCP - IPO Lisboa

Tipologia	Entidade
EIHSCP	Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
EIHSCP	Hospital Beatriz Ângelo P.P.P.
EIHSCP	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.
EIHSCP	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.
EIHSCP	Hospital de Cascais P.P.P.
EIHSCP	Centro Hospitalar do Oeste
EIHSCP	Hospital de Vila Franca de Xira P.P.P.
EIHSCP	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

Gráfico b | Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos da cidade de Lisboa
(https://stg.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/05/EIHSCP_Portal-05052020.pdf)

Gráfico c | Unidades de Cuidados Paliativos da cidade de Lisboa
 (https://stg.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/05/UCP_05052020.pdf)

Tipologia	Entidade
UCP	Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
UCP	Hospital Residencial do Mar
UCP	Ametic, Lda - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda
UCP	Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE)
UCP	Clínica S. João de Deu
UCP	Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus
UCP	Naturidade Oeiras, S.A (Naturidade - Laveiras)

Anexo IV

Fragmentos - Conflitos, dilemas e um caminho para o conhecimento

Durante a sua licenciatura, a sua respetiva especialização e até mesmo durante a sua prática profissional, o médico pode ser frequentemente confrontado com diversos dilemas éticos que colocam em causa ou a filosofia deontológica da sua profissão – a medicina – ou colocam em causa os desejos do doente. Este conflito ético é ainda depois evidenciado e colocado em discussão, quando se trata do doente paliativo e os seus respetivos cuidados paliativos.

A filosofia deste tipo de cuidados está assente sobre os alicerces da dignidade e bem-estar do doente, procurando proporcionar-lhe, tanto quanto possível, as respetivas condições necessárias para um fim de vida digno e humano. Esta tipologia de cuidados de saúde caracteriza-se pela sua extrema humanização e compaixão, onde o doente e a sua família são colocados acima de muitas restrições, no que toca ao tratamento a realizar. O doente e a família são chamadas à discussão para discutirem o seu próprio futuro e vida! Esta alocação de prioridade poderá depois vir a colocar o profissional de saúde, neste caso o médico, numa posição de conflito ético interno.

Nos Cuidados Paliativos, o doente é chamado para participar em qualquer decisão clínica caso ainda se encontre consciente e orientado. É-lhe explicado todo o processo como por exemplo, qual o tratamento que se está a equacionar avançar, como é que esse tratamento será realizado e o seu porquê. Esta transmissão de toda a informação permite que haja, sempre que possível, uma decisão partilhada entre cada um dos três atores: o doente, a sua família e o médico. O conflito ético em causa, ganha forma quando o doente (ou a sua família caso este não se encontre nas suas máximas condições), exerce o seu direito de cessar por completo qualquer tipo de tratamento a que ele esteja a ser submetido independentemente de essa escolha demonstrar-se bastante danosa para a sua condição de saúde. Devido à sua insignificância ou por o resultado não ser o pretendido, o doente pode interromper o tratamento em curso ou impedir qualquer outra decisão médica o que pode entrar em confronto com a própria filosofia da medicina – curar.

Esta última diz aos seus seguidores para preservar a vida do doente a todo o custo, os médicos são assim instrumentalizados para curar qualquer ser humano. Nas situações acima descritas, o médico irá então seguir que vertente? Irá seguir as suas bases deontológicas que lhe conferem o poder e responsabilidade de curar o doente; ou irá seguir os desejos do doente, de quem jurou proteger, mesmo que isso signifique uma deterioração acentuada da sua saúde que poderia ser evitada. Nestes casos, o médico enfrenta logo de seguida ainda mais uma batalha: de não poder cair na tentação de impor a sua própria convicção e o seu poder, independentemente da ética da medicina e/ ou ética dos paliativos.

Para o ajudar neste conflito interno, o médico conta com o auxílio dos próprios códigos de ética, os inúmeros regulamentos e guias que o impedem de desviar-se do seu principal objetivo, o de proporcionar a cura ou o bem-estar ao doente. Durante a sua instrução, o médico toma conhecimento de todas estas questões regulamentares ou de ética. Quer seja no curso de enfermagem, quer seja no curso de medicina, estes profissionais foram submetidos a diversas unidades curriculares que colocam os estudantes de ambos os cursos em confronto com os tais regulamentos, questões de ética, enfim, em confronto com os seus reguladores de poder. Serão estes reguladores que irão auxiliar o doente em restringir o poder do médico, balizando-os sob fortes parâmetros bem identificados de modo a enviesar o médico a impor a sua total convicção e autoridade.

Estabelecendo agora um paralelismo entre a prática da medicina e a prática da arquitetura, este tipo de regulamentação demonstra-se ineficiente ou, até mesmo, inexistente. Os demais regulamentos oficiais, revelam-se incapazes de instruir o arquiteto na sua prática projetual. Esta afirmação é sustentada fruto da permeabilidade desses tais regulamentos em permitir a construção de inúmeros projetos que não são capazes de atender às necessidades e exigências dos seus utilizadores. Esta incapacidade tem depois os seus efeitos práticos ao proporcionar uma dose de desconforto aos usuários bem como possíveis restrições das suas práticas laborais, sociais, etc.

O projeto é dividido em várias fases onde o arquiteto é chamado para começar a dar matéria ao projeto. São necessárias efetuar várias investigações no âmbito do território, da população em que se localizará e também acerca do programa como as suas especificidades e necessidades. Ora, focando sobretudo neste última etapa – a de programação -, o arquiteto começa logo a desenhar as valências que o seu projeto terá que saber albergar, bem como começará a hierarquizar-las e organizá-las de modo a satisfazer as exigências do utilizador. É neste estudo prévio, onde o arquiteto necessita de expor o seu conhecimento projetual em torno da esquematização, da organização, das características únicas, das necessidades do seu utilizador e da relação que os vários espaços estabelecem entre si; e é aqui que se originam falhas e desconexões com aquilo que o projeto realmente pretende.

Estas falhas, ou desconexões, são pormenores basilares do projeto e incrementais para a vivência e só serão muitas vezes depois expostas numa fase tardia do projeto. Alterar a materialidade do revestimento de uma escada ou até inverter a abertura de determinado vão, são alterações passíveis de fazer quando comparadas com a alteração das instalações sanitárias dos quartos do doente. Há a tendência de fazer esconder as instalações sanitárias ou de mascarar-las de modo que passem despercebido por se julgar um espaço menos nobre que o resto dos espaços. Mas para um doente que sofre variadíssimos sintomas, um doente em sofrimento e portador de muitas dores, a sua última preocupação será de procurar pela instalação sanitária no meio da sua agonia e desnorreamento.

Apesar desta decisão de mascarar estes espaços provocar os seus constrangimentos para o doente, ela é permitida pelos regulamentos e qualquer outro documento oficial que corajosamente se apresenta como um guia de como projetar. O que demonstra que, apesar de estes regulamentos se tornarem úteis numa fase projectual do projeto, onde são debatidas questões mais espaciais e materiais do projeto, há toda uma fase projectual que alberga uma dimensão mais programática e racional e que tem em atenção às especificidades do utilizador que não é atendida nem regulamentada.

Isto proporciona um livre-arbítrio para o arquiteto onde tem a liberdade para debruçar sobre o projeto todas as suas convicções, desejos e crenças, nas decisões que englobam esta dimensão projectual. Deste modo, o utilizador fica refém do conhecimento e do julgamento que o arquiteto possui para experienciar e vivenciar a sua obra arquitetónica de uma forma adequada e acomodada. Durante esta fase, o arquiteto, tal como o médico, pode vir a ser confrontado com sucessivos dilemas ou questionamentos no qual não tem nenhum regulamento ou nenhum livro de regras para se apoiar.

É nestes casos que o arquiteto irá basear-se em si mesmo: nas suas experiências vividas, no seu conhecimento, no seu quotidiano, noutras obras arquitetónicas, enfim, em tudo o que se apresente como um argumento para lhe ajudar a ultrapassar esse dilema. O conhecimento que o arquiteto acarreta na sua bagagem, será então fundamental para avançar com o seu projeto. Enquanto o médico se poderá apoiar nos ditos sagrados regulamentos, o arquiteto aqui não poderá basear-se em nada nem em ninguém senão ele próprio.

Debrucemo-nos então agora, na fase de instrução que o arquiteto atravessa ao longo da sua educação. Da mesma forma que o médico, é, desde o seu período na escola, instrumentalizado para curar acima de tudo o seu doente dando origem a uma visão parcial de como colocar em prática a medicina; também o arquiteto é neste seu período de instrução, instrumentalizado para celebrar a vida. Este tem uma maior tendência em abordar projetos onde o bem-estar e conforto são mais previsíveis e apetecíveis do que temas fraturantes onde esta “vida” não é celebrada.

No caso dos cuidados paliativos, pode-se dizer que arquitetura deverá poder celebrar a morte. A reunião entre amigos a aproveitar um final de tarde tentador num pátio da habitação, dá lugar agora à reunião entre familiares em torno de um ente querido em fase terminal. A descontração e a tranquilidade dão lugar ao sofrimento e à angústia – a vida dá lugar à morte. Estes temas sensíveis e complexos não chegam a ser abordados nas escolas e faculdades de arquitetura fruto desse tabu que existe em torno dos mesmos e também devido à celebração exclusiva da vida.

No seu período de formação, o arquiteto não é talhado com as ferramentas necessárias para se debruçar sobre temas que fogem ao normal funcionamento da arquitetura e, à falta dos tais apoios regulamentares e éticos, onde é que o arquiteto se apoiará de modo a ser capaz de projetar uma obra digna para os seus utilizadores particulares?

Enquanto os médicos possuem os sagrados códigos de ética que balizam a sua influência – por vezes negativa – sobre o outro e que os guia de forma a atuar da forma mais correta, o arquiteto é refém de si mesmo. Cabe ao próprio arquiteto adquirir a consciência necessária para se educar e para se abstrair por momentos desta ideia pré-concebida de que a arquitetura apenas é destinada a um número restrito de pessoas que reúnem determinadas condições económicas, sociais e de saúde – para pessoas saudáveis, felizes e com capacidades financeiras.

A arquitetura deverá ser disponível e estar ao alcance de qualquer pessoa independentemente das suas restrições, dos seus modos de vida, das suas necessidades e das suas capacidades. O arquiteto verte no projeto muitas das suas experiências, semelhantes às que o seu utilizador poderá experienciar, memórias que poderão ser compatíveis com o caso em mãos e até mesmo inspirações de outras obras que atuam sob o mesmo programa. Mas neste caso específico de projetar uma unidade de cuidados paliativos, caso o arquiteto tenha passado por alguma situação familiar semelhante, essas experiências e essas memórias podem-se tornar até um obstáculo ao progresso do próprio projeto. E nos outros casos onde o arquiteto nunca experienciou este trágico acontecimento, resta-lhe basear-se em quê para projetar?

Os regulamentos mostram-se ineficazes, a educação que lhe foi proporcionada revela-se insuficiente e há agora esta agravante de o arquiteto ser um completo ignorante acerca do tema em mãos, sem nunca ter experienciado nem vivenciado quer em termos espaciais, quer em termos sociais. A única solução possível para este pobre arquiteto resume-se na investigação – no saber. Terá que ser necessário cultivar o saber em torno deste tema de modo a recuperar as condições necessárias para poder ocupar uma posição que lhe permita projetar uma obra que vá ao encontro das necessidades do seu utilizador.

O refúgio do arquiteto aqui não serão os regulamentos, nem apenas a sua própria educação e nem só as suas experiências; serão os livros, os artigos, os testemunhos de outros que já atravessaram aquilo que os seus utilizadores também atravessarão.

Mas continua-se sem descobrir quem será o ator que irá auxiliar o arquiteto a tornar-se num profissional mais preciso, eficiente e rigoroso na tua prática, ou seja, quem é que possuirá o poder sobre o arquiteto. A última conclusão a que se chegou foi que quem influenciará e quem auxiliará a sua prática é nada mais nada menos que o próprio arquiteto. É ele que exercerá poder sobre si mesmo, é ele que tem a responsabilidade de exigir única e exclusivamente o rigor e a eficiência na sua prática. Restando por sua vez uma última questão: como é que este poder único poderá ser cultivado a nível regulamentar, educacional e até mesmo pessoal; de modo que a prática da Arquitetura não sofra nas mãos dos próprios arquitetos.

Anexo V

Imaginário Paliativo

Desde o primeiro momento, o Doente foi colocado no centro das atenções nas várias etapas deste projeto. Durante a delimitação do programa para a Unidade, foi considerada a hipótese de se desenvolverem pequenos espaços pensados para a permanência do doente e seus familiares ou para a permanência dos profissionais de saúde.

Desta feita, este espaço era destinado para o Doente que, apesar do seu diagnóstico, ainda não requer uma vigilância permanente dos cuidados de saúde mas a sua habitação não é a mais desejável para acolher um doente com as suas necessidades. Estas pequenas habitações tinham como principal propósito, acolher este tipo de doentes e suas famílias que apesar da proximidade necessária a um equipamento de saúde, podem usufruir de um espaço tranquilo e harmonioso em família.

Este conceito teve como caso de estudo os Outdoor Care Retreat do grupo Snøhetta, onde foram construídas cabanas no terreno do hospital como forma de os doentes internados possam usufruir daquelas cabanas para dar continuidade aos seus tratamentos ou receberem as suas visitas e no fundo quebrarem a rotina hospitalar tendo por base a proximidade à Natureza.

Este conceito de oferecer um contacto próximo da Natureza com pequenas habitações mínimas, foi algo trabalhado no decorrer deste projeto. No entanto, esta ideia não chegou a ser concretizada fruto das suas várias restrições projetuais. A proximidade ao hospital e à Unidade, o número de habitações, a linguagem adotar nestas estruturas e o respeito pela envolvente de forma a não sobrecarregar Monsanto, seriam alguns dos temas a desenvolver neste conceito. No final de contas este projeto final de mestrado seria assim composto por dois projetos - a Unidade e estas habitações - que requeriam a sua especial atenção e sensibilidade de forma a oferecer ao Doente um espaço digno para si.

Apesar de não ter chegado a ser concretizado em projeto, deixa-se aqui o processo realizado em torno desta temática na possibilidade de no futuro esta ideia possa ser revisitada... quem sabe...



Fig. I | Outdoor Care Retreat, Snøhetta
(<https://www.archdaily.com/909038/outdoor-care-retreat-snohetta>)



Fig. II | Outdoor Care Retreat, Snøhetta
(<https://www.archdaily.com/909038/outdoor-care-retreat-snohetta>)

Fig. III | *Outdoor Care Retreat, Snobetta*
<https://www.archdaily.com/909038/outdoor-care-retreat-snobetta>



Fig. IV | *Outdoor Care Retreat, Snobetta*
<https://www.archdaily.com/909038/outdoor-care-retreat-snobetta>

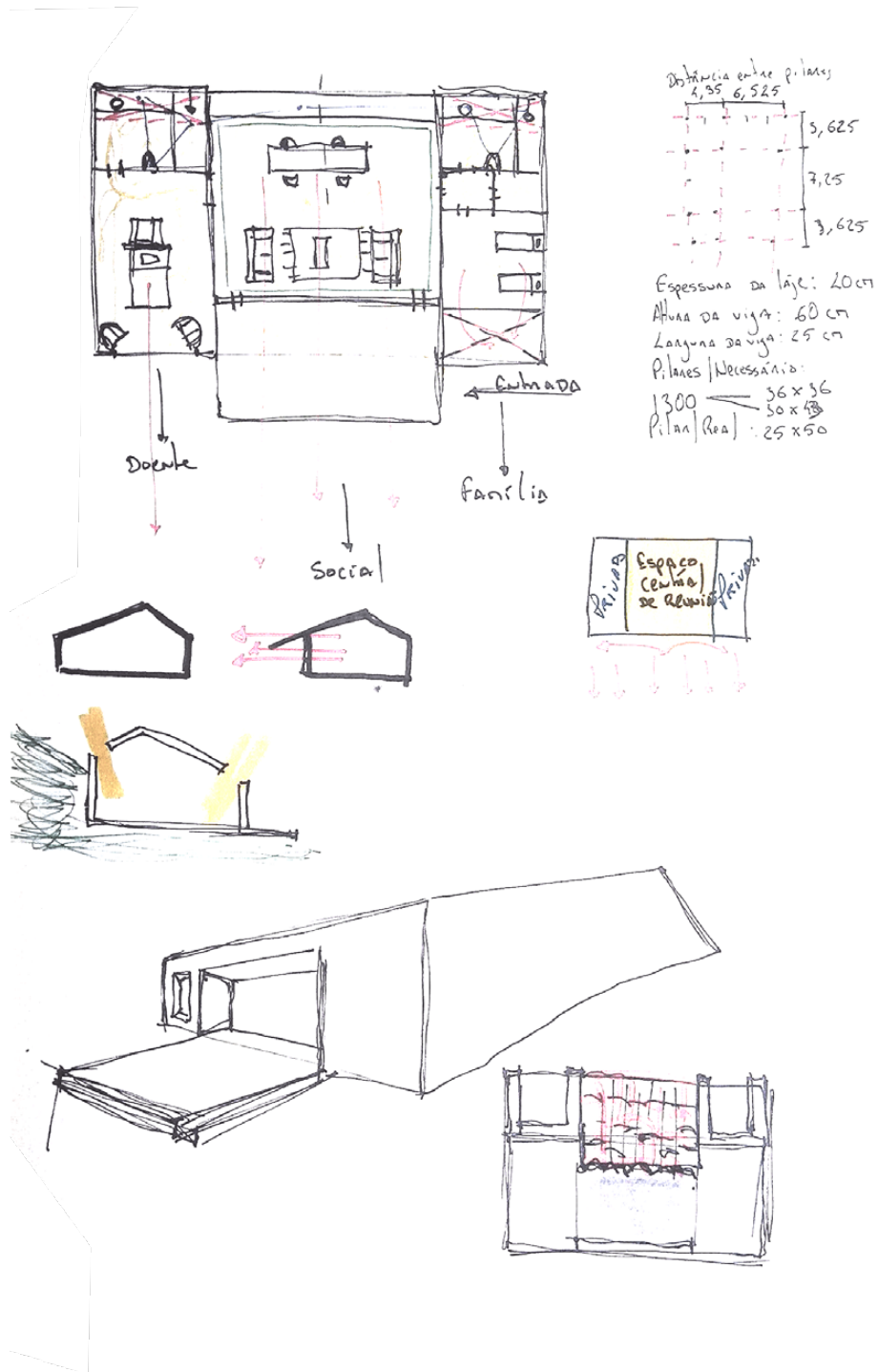


Fig. V | Esquissos
(Imagem do autor)



Fig. VI | Recriação tridimensional de proposta (Imagem do autor)



Fig. VII | Recriação tridimensional de proposta (Imagem do autor)

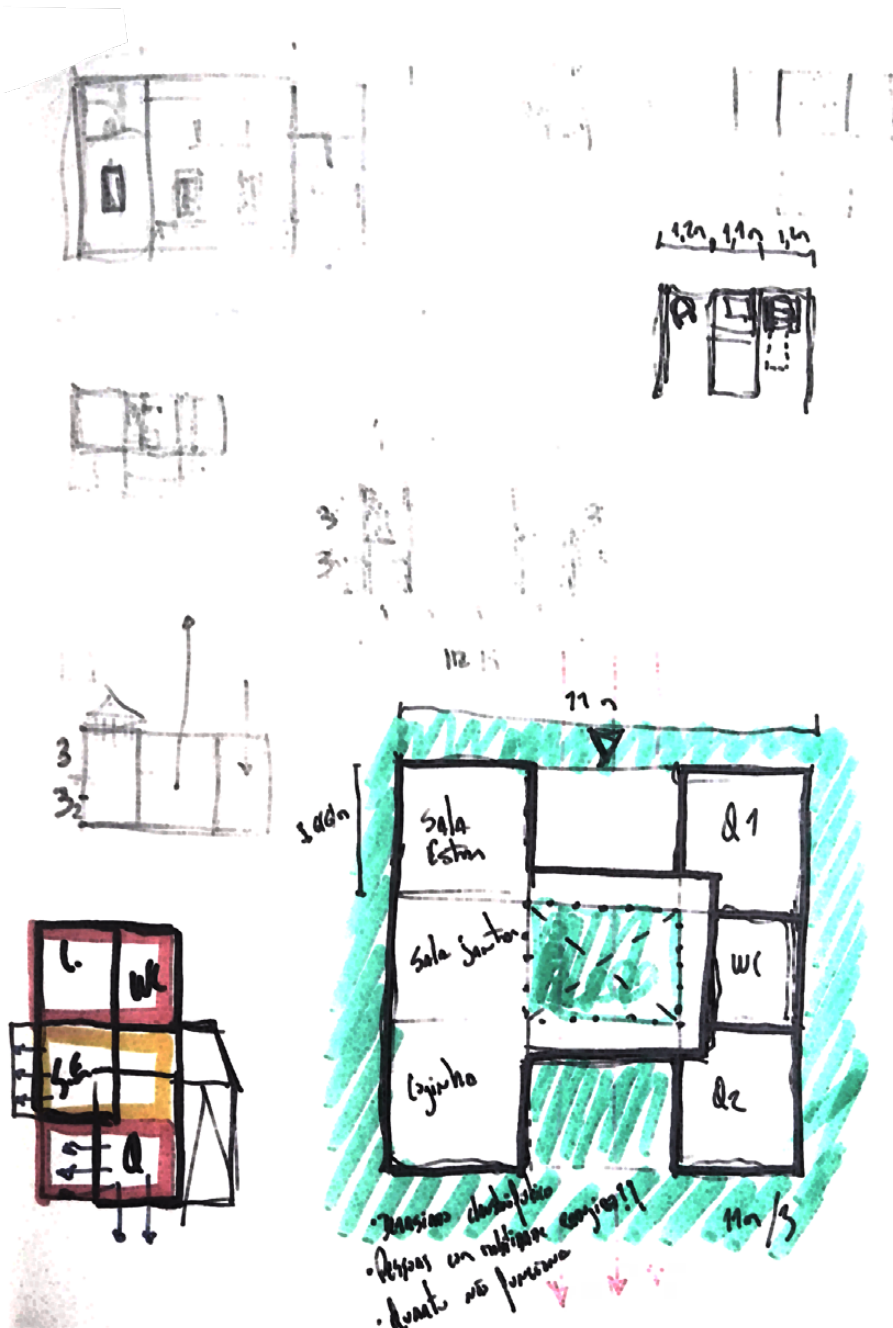
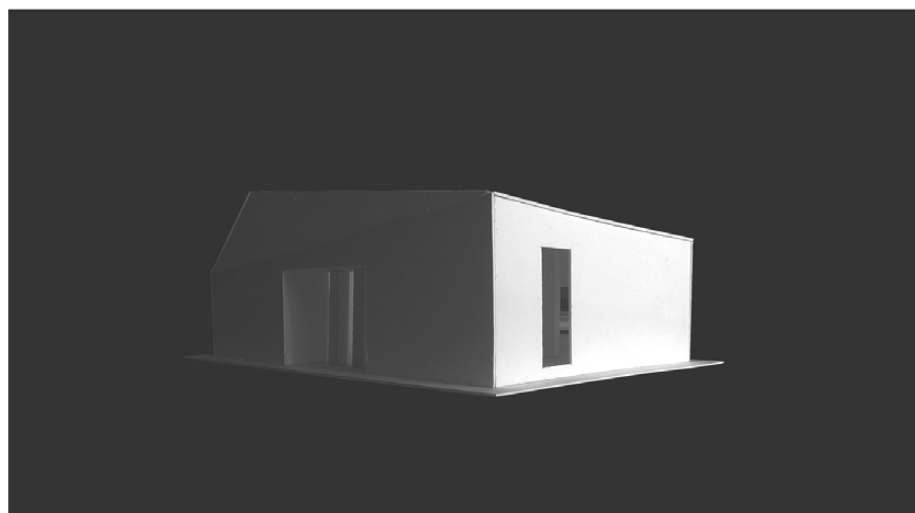
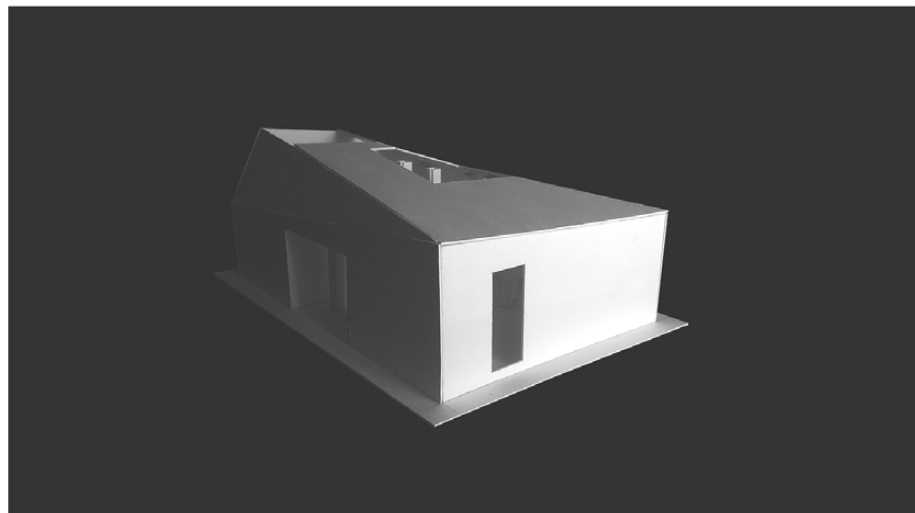
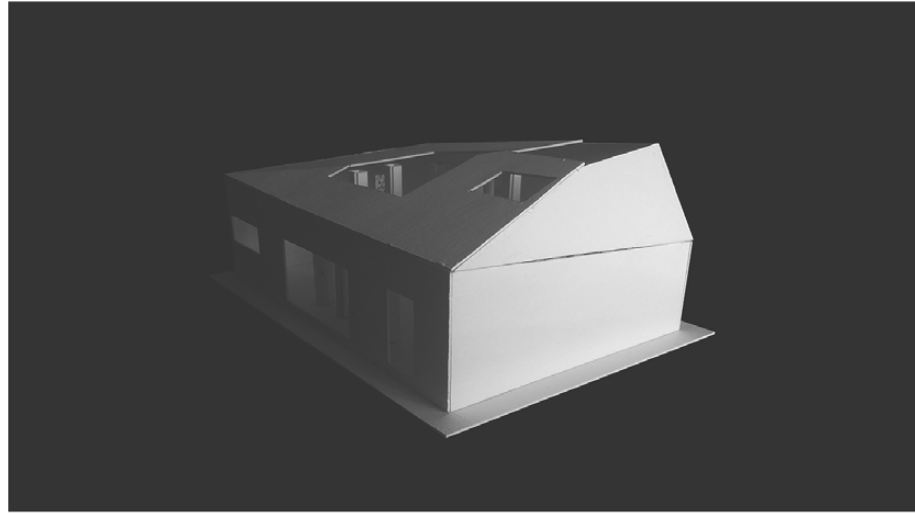


Fig. VIII | Esquissos
(Imagem do autor)



*Fig. IX | Maquetas de propostas
para a habitação
(Imagem do autor)*

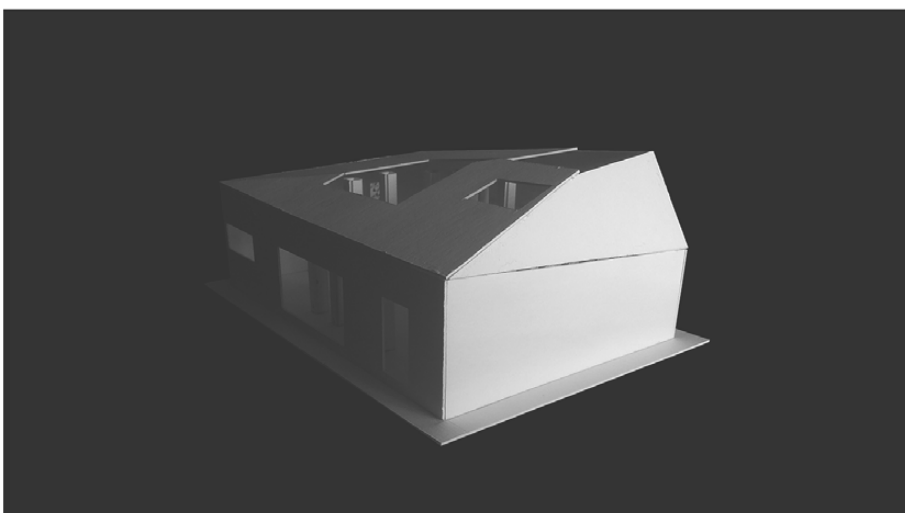
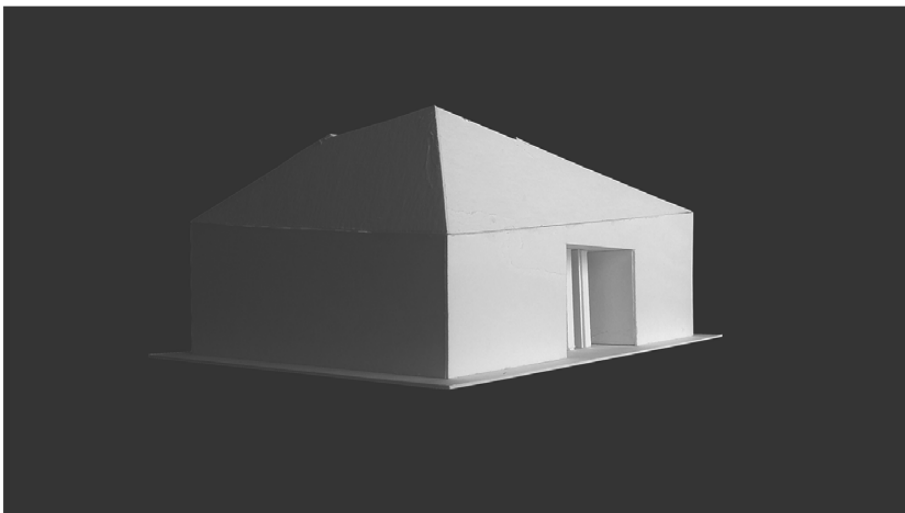
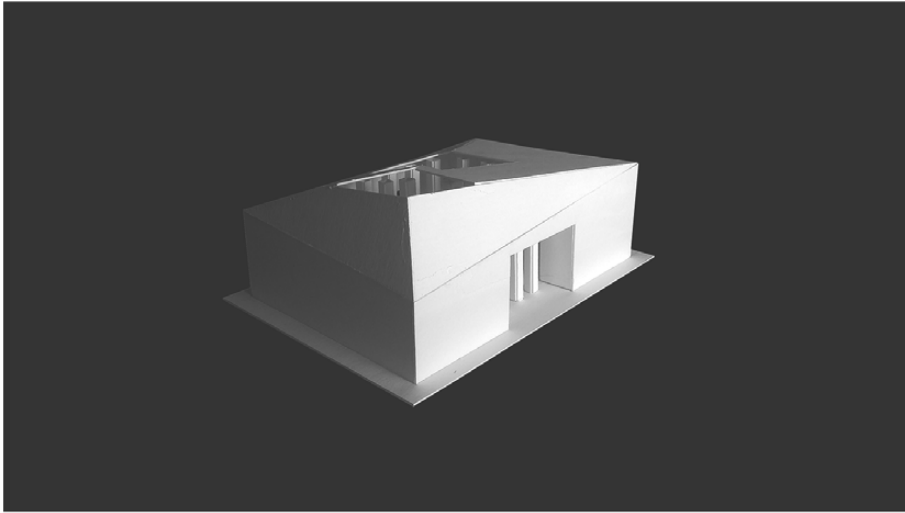
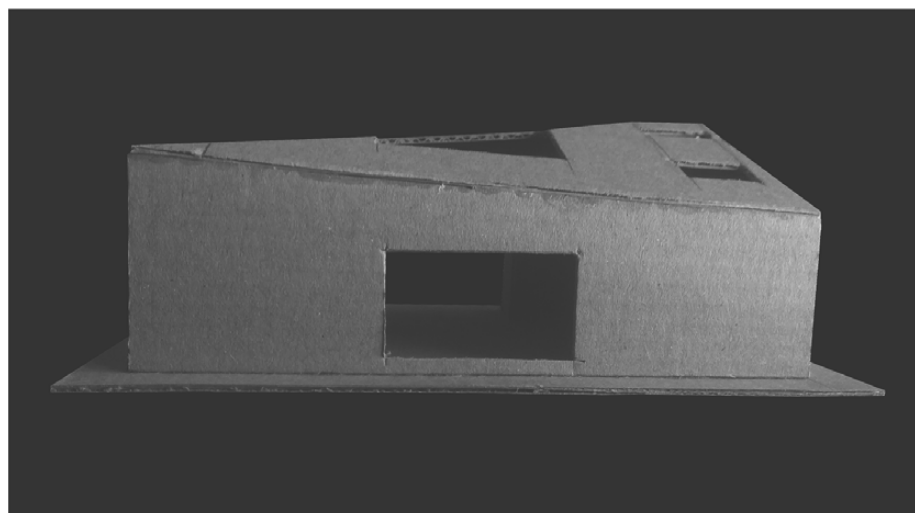
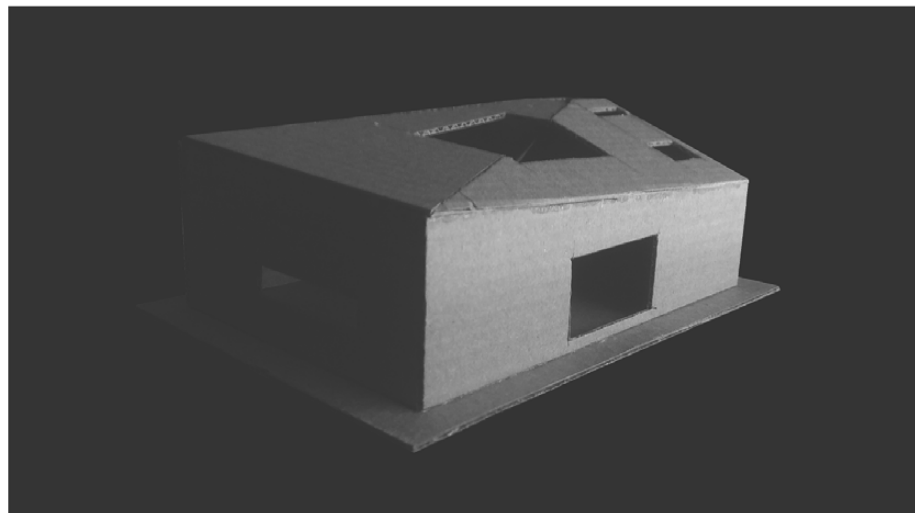
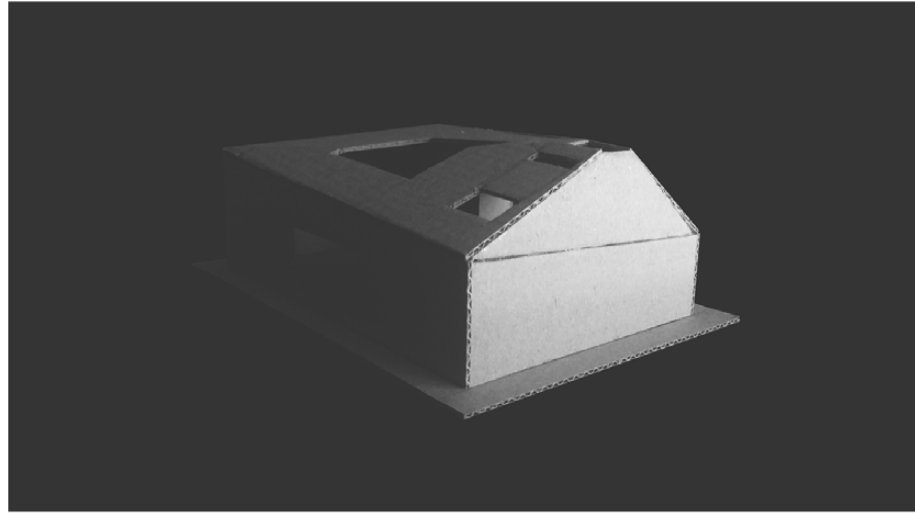


Fig. X | Maquetas de propostas para a habitação (Imagem do autor)



*Fig. XI | Maquetas de propostas
para a habitação
(Imagem do autor)*

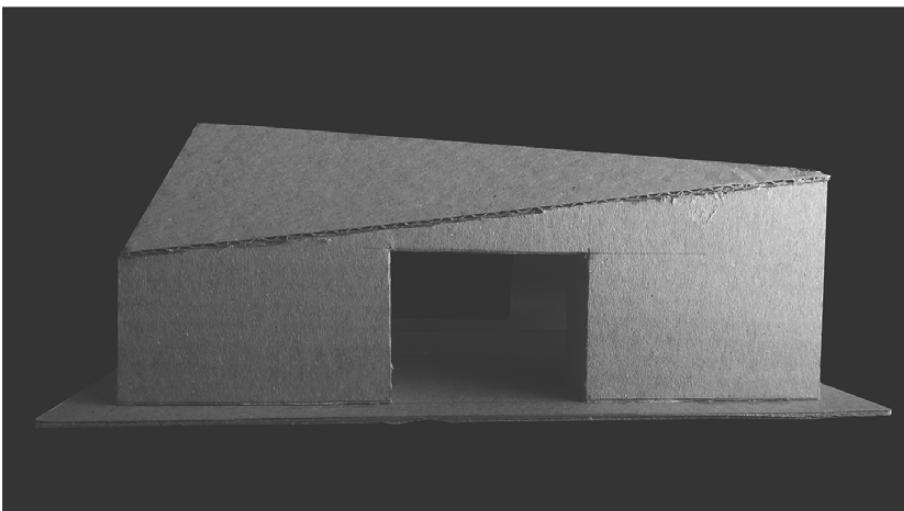
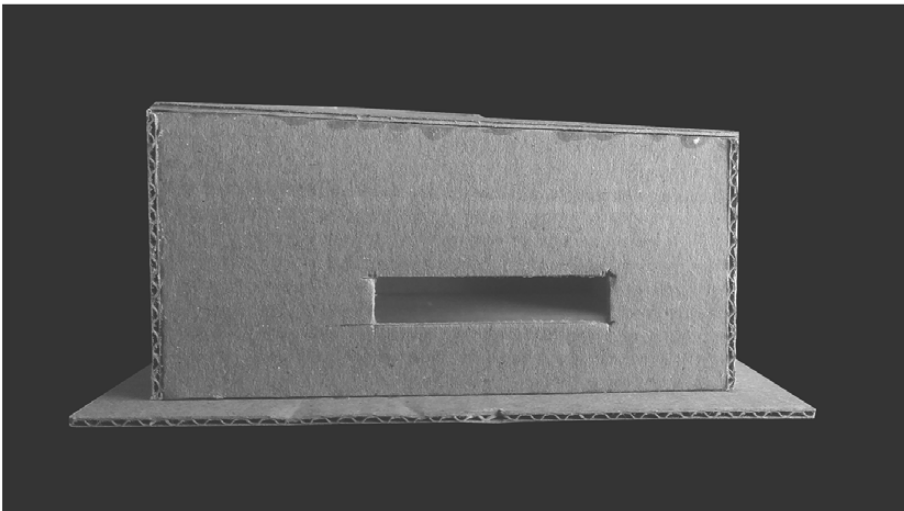
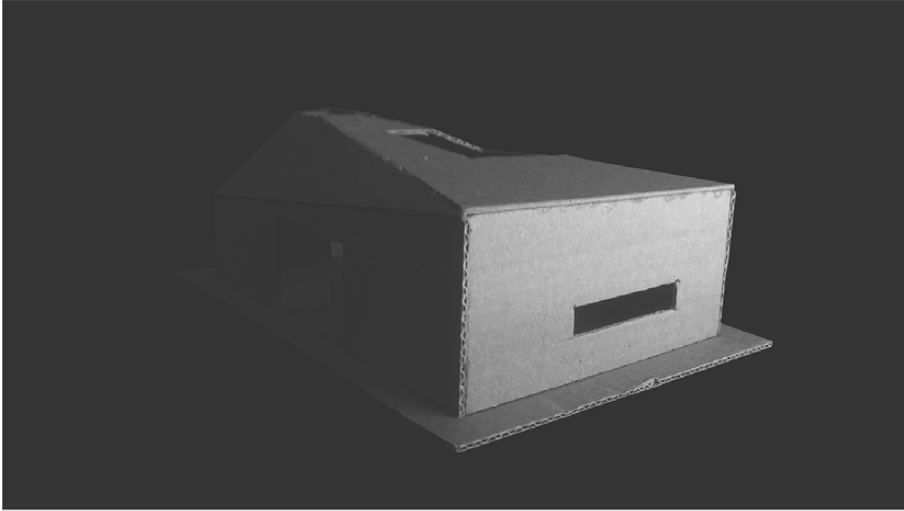


Fig. XII | Maquetas de propostas para a habitação (Imagem do autor)

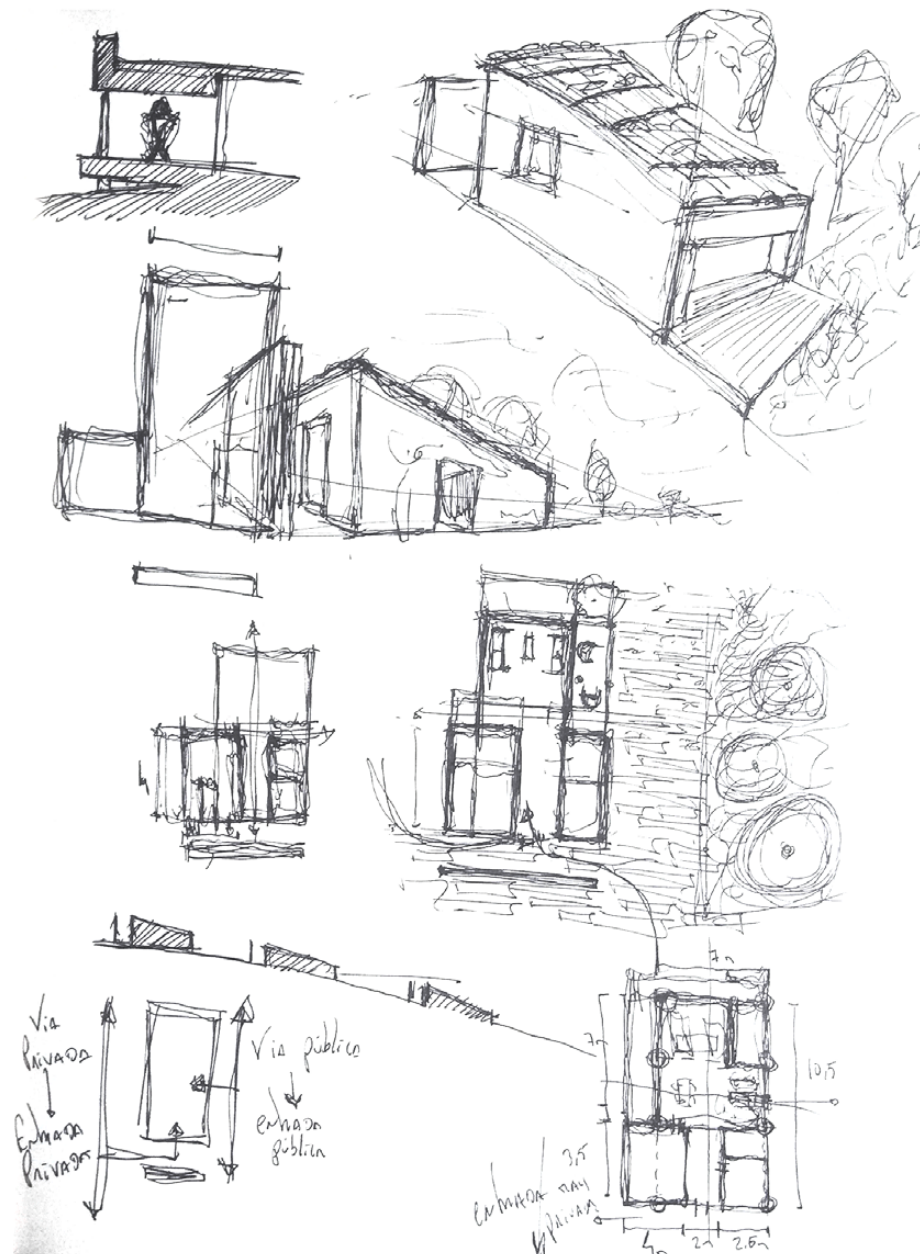


Fig. XIII | Esquissos
(Imagem do autor)

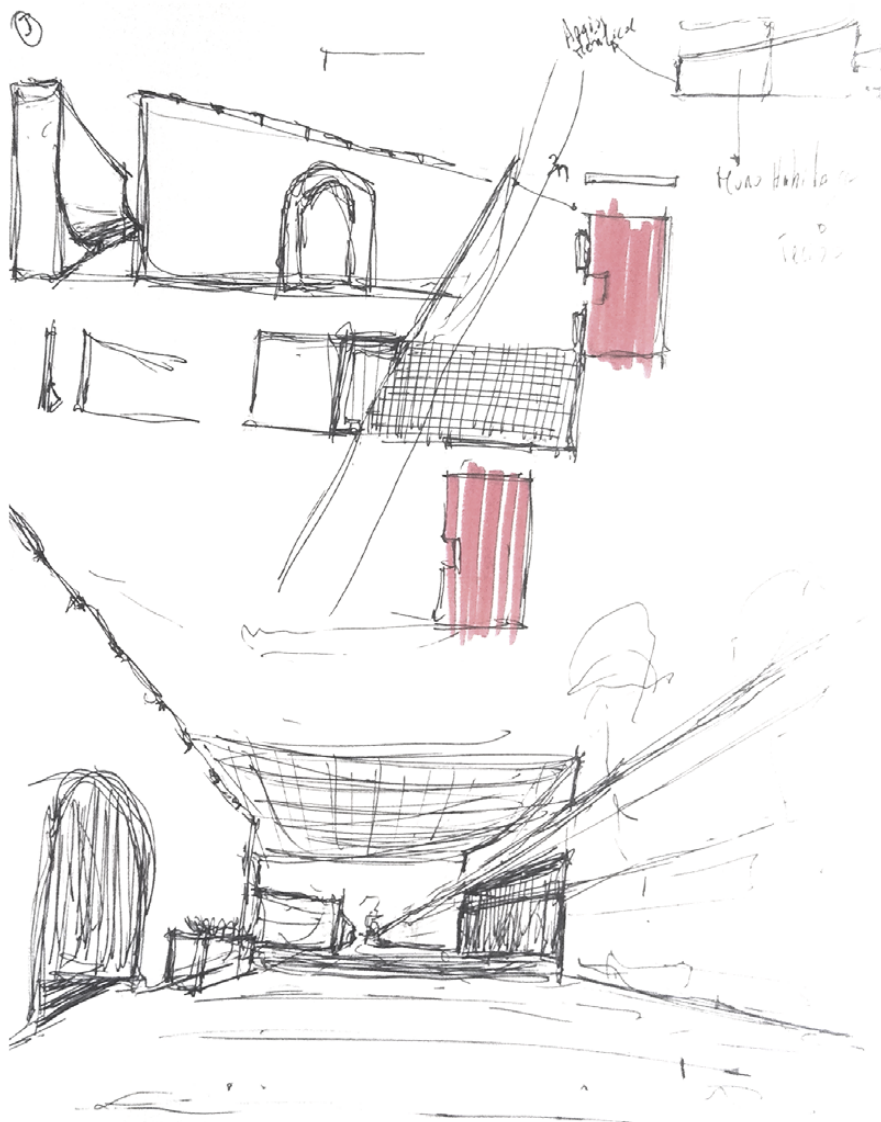


Fig. XIV | *Esquissos*
(Imagem do autor)

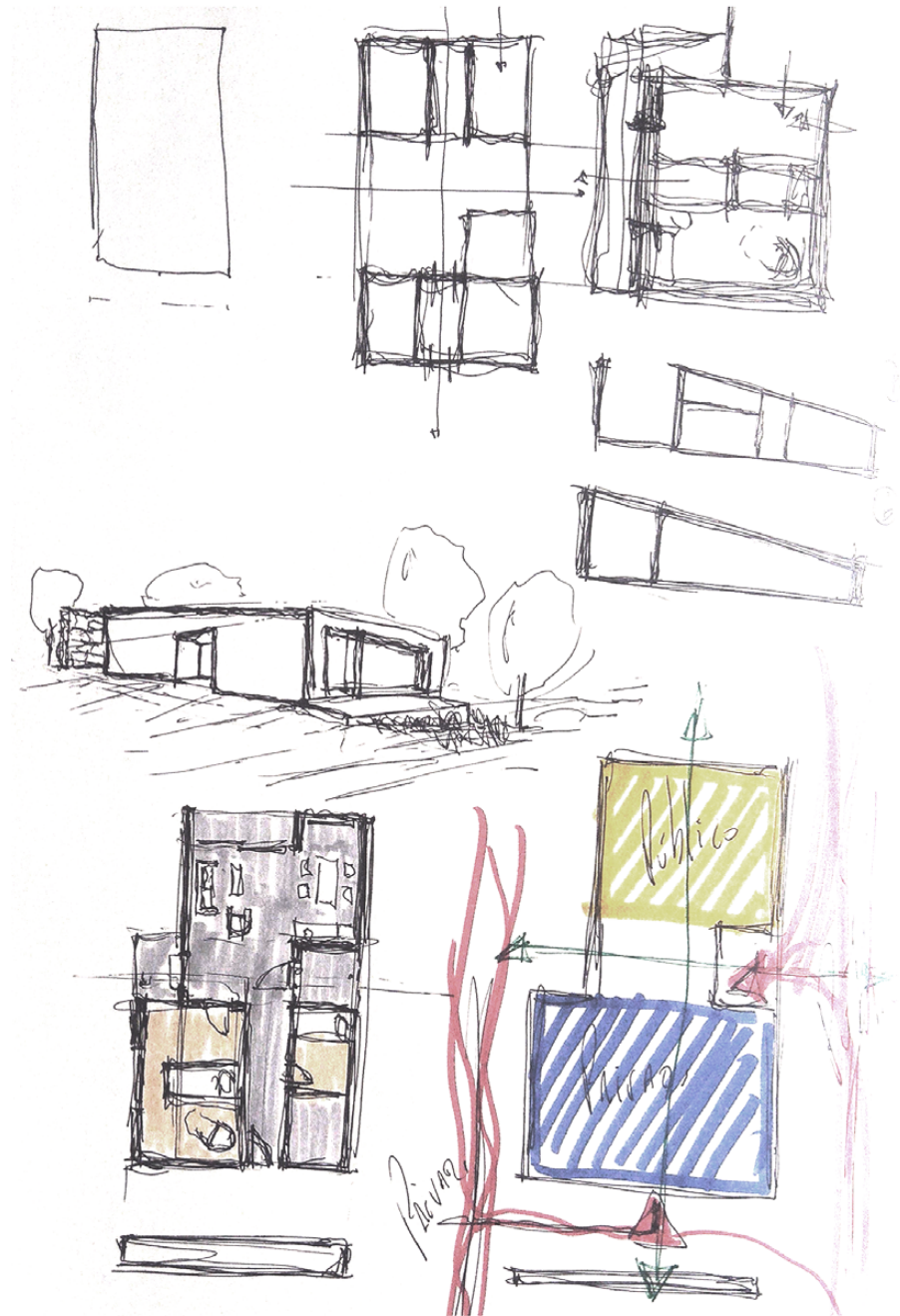


Fig. XV | *Esquissos*
(Imagem do autor)

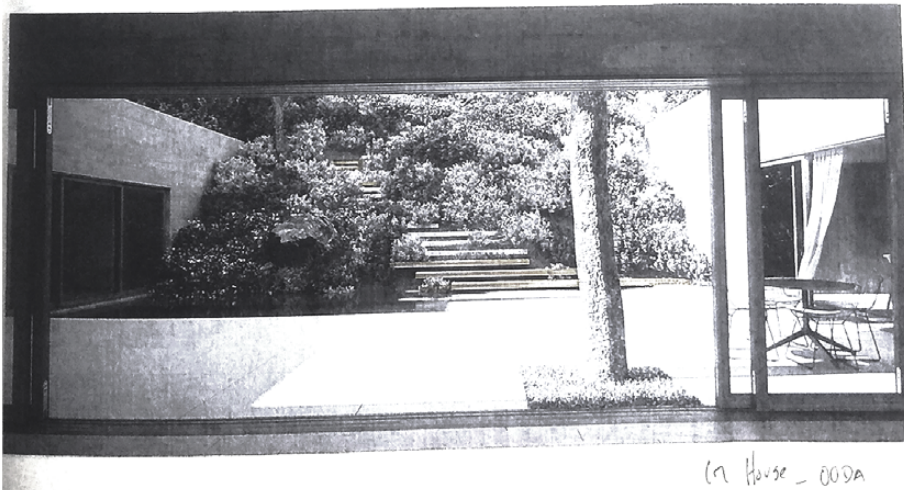
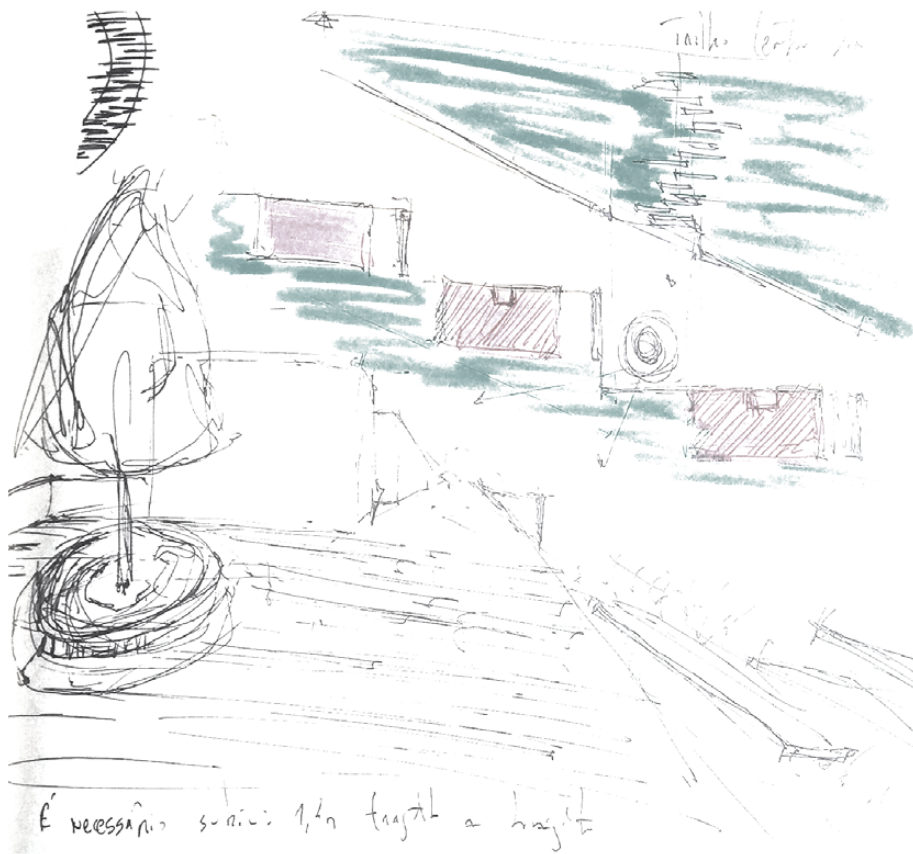


Fig. XVI | Esquissos
(Imagem do autor)

*Fig. XVII | Recriação
tridimensional de uma proposta
(Imagem do autor)*



*Fig. XVIII | Recriação
tridimensional de uma proposta
(Imagem do autor)*



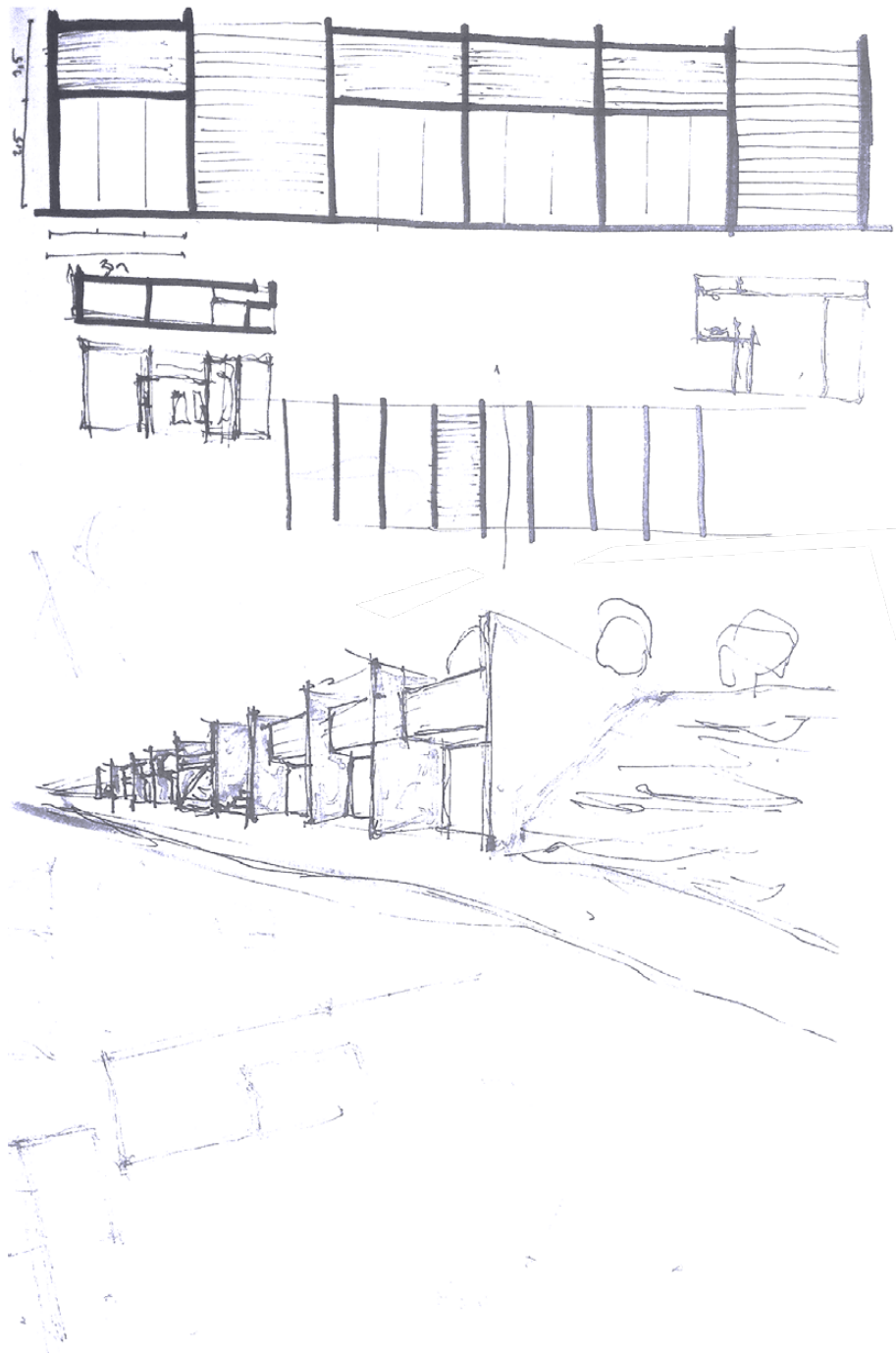


Fig. XIX | *Esquissos*
(Imagem do autor)

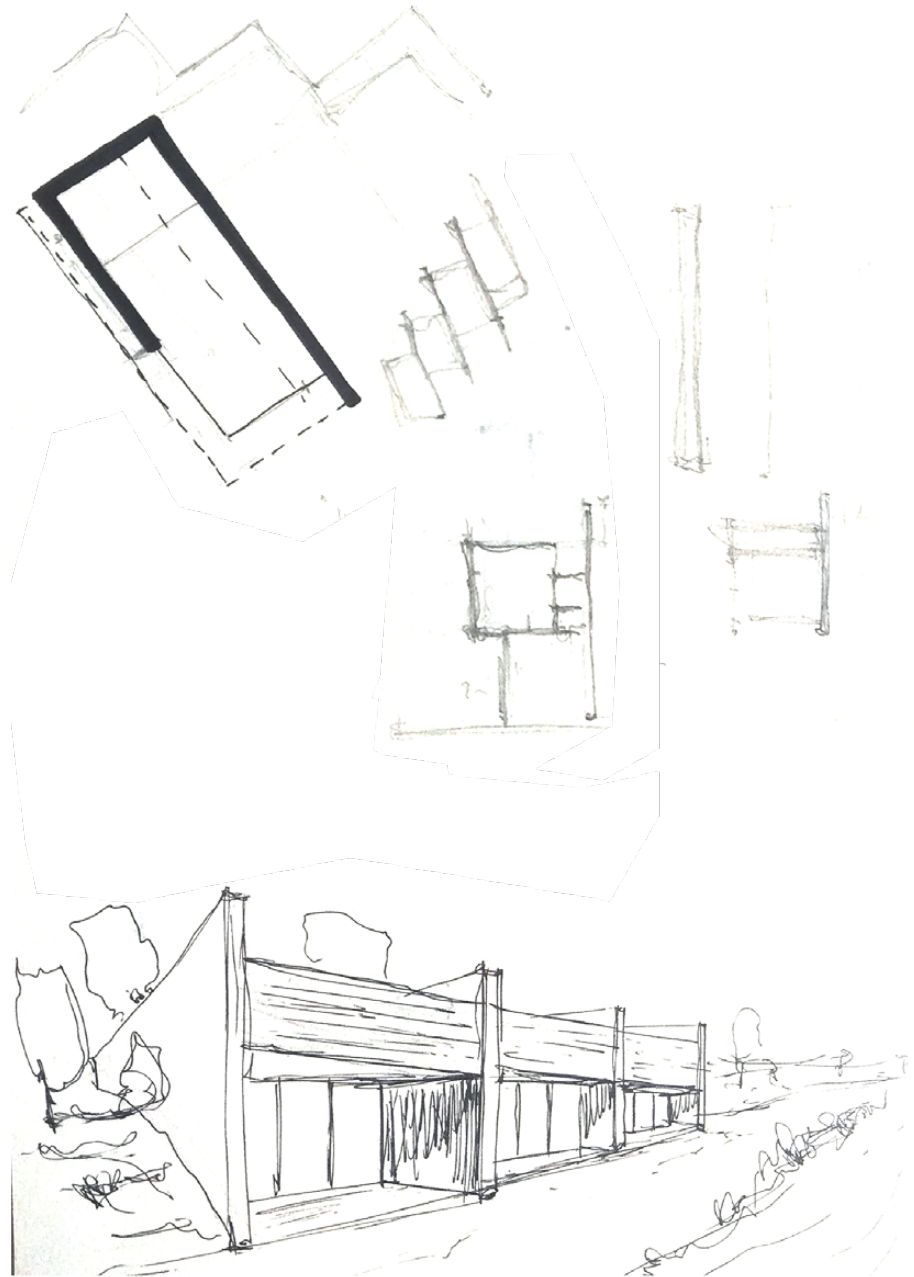


Fig. XX | *Esquissos*
(Imagem do autor)

Anexo VI

Organização do Espaço

O excerto seguinte, retirado de “Organização de Serviços em Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP” publicado pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos a março de 2006, serviu de apoio para as decisões tomadas em projeto no âmbito do funcionamento de uma unidade de cuidados paliativos.

Atualmente, o estado de arte que ambiciona relacionar o mundo dos Paliativos com o mundo da Arquitetura ainda se caracteriza como algo superficial e pouco numeroso. Para além do documento mostrado adiante, acresce ainda um relatório publicado pela Direção - Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, intitulado “Recomendações sobre instalações para Cuidados Continuados”.

Neste último relatório, são expostos diversos parâmetros dos quais a Arquitetura terá que saber responder no âmbito das Unidades de Cuidados Continuados e que se realizam alguns paralelismos com as Unidades de Cuidados Paliativos.

“b) Estrutura física recomendável para internamento

Já foi dito que a prestação de cuidados paliativos, muito mais do que uma infraestrutura, depende de uma atitude rigorosa, humanizada e profissional. A formação e a qualidade técnica dos recursos humanos, são insustentáveis, o factor crítico a prática assistencial. No entanto, existem condições físicas nos internamentos que maximizam esta mesma atitude. Não existindo modelos rigorosos, socorremo-nos, das seguintes recomendações sensatas e largamente reconhecidas como úteis:

- Os serviços de internamento devem ter desejavelmente entre 10-20 camas, com mais de 50% de quartos individuais, para evitar a massificação e despersonalização dos cuidados. Os quartos duplos ou triplos permitem algumas actividades sociais para os doentes com menor apoio familiar.
- A cama deve de ser articulada, preferencialmente electrónica e dispor de colchão adequado. Deve existir painel para fornecimento de oxigénio, e também para permitir a aspiração de secreções, caso esse procedimento venha a ser necessário (o que deve acontecer raramente).
- A iluminação deve ser natural e de boa qualidade, e garantir-se o menor ruído exterior possível.
- Deve ser estimulada a personalização do quarto, sendo útil existirem prateleiras, quadros de cortice e dispositivos para a colocação de quadros decorativos. O doente deve ser encorajado a levar alguns objectos pessoais para o internamento. Materiais como a madeira tornam o ambiente mais alegre e ligeiro e os adereços (colchas, cortinados, etc) devem de ser coloridos.
- Devem existir condições no quarto para a permanência de um acompanhante 24h/dia.
- A casa de banho é, desejavelmente, mas não obrigatoriamente individual com zona de banhos adaptada.

Para além das instalações individuais, recomenda-se uma casa de banho adaptada para banho geral assistido, com banheira adequada. Algumas gruas para mobilização de doentes com graves défices de mobilidade e outras ajudas técnicas que facilitam bastante o trabalho dos profissionais e proporcionam mais conforto aos doentes.

Dos espaços comuns fazem ainda parte uma copa/mini cozinha destinada aos familiares que frequentem a unidade, com frigorífico e micro-ondas.

Deve existir pelo menos uma sala para atendimento específico dos familiares.

A equipa de trabalho deve de dispor de uma sala de reuniões, para além de uma zona de descanso/convívio, se tal for possível.

O secretariado deverá funcionar numa zona específica.

No caso de existir hospital de dia - que poderá ser comum a outros serviços, para maior rentabilização - este deve dispor de uma área de terapia ocupacional e reabilitação, de uma área para atendimento clínico (consultórios e sala de tratamentos e pensos) e área de convívio (sala de refeições e, por exemplo, cabeleireiro, sala para relaxamento e massagens.

A tecnologia requerida é a específica para cuidados de internamento deste tipo (provisão de oxigénio, administração de terapêutica subcutânea e disponibilidade de fármacos opióides e outros necessários para o controlo sintomático, materiais de penso, etc), sem necessidade de recurso a equipamentos de elevada complexidade.”

*in ANCP - Organização de Serviços em Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP.
(2006)*

Anexo VII

Fotografias do Local



*Fig. XXI | Local de intervenção
(Imagem do autor)*



*Fig. XXII | Local de intervenção
(Imagem do autor)*



Fig. XXIII | Local de intervenção
(Imagem do autor)

Anexo VIII

Natura - Notas de um projeto paisagístico para o jardim da Unidade

Devido à grande importância que se procura dar ao mundo vegetal, procurou-se fazer um pequeno levantamento das espécies existentes no terreno de intervenção através de observação direta ou com recurso a material de apoio proporcionada pela Câmara Municipal de Lisboa.

Desta feita, também é dado a conhecer um pouco melhor os ambientes que se procuram transmitir ao longo dos percursos do jardim da Unidade com especial atenção em dois troços do jardim que têm as suas características específicas.



Fig. XXIV | *Pinus pinaster* -
Pinheiro manso
https://jb.utad.pt/especie/Pinus_pinea



Fig. XXV | *Quercus faginea* -
Carvalho português
https://stringfixer.com/pt/Portuguese_Oak



Fig. XXVI | *Lygos sphaerocarpa*
<http://www.freenatureimages.eu/plants/Flora%20O-R/Retama%20sphaerocarpa%2C%20Lygos/index.html>



Fig. XXVII | *Quercus rotundifolia* - azinbeira
<https://flora-on.pt/#/bmw70>



Fig. XVIII | *Cupressus lusitanica* - Cipreste português
<https://bauedarwin.wordpress.com/2014/04/27/cupressus-lusitanica-cipreste-portugues/>



Fig. XXIX | A primeira tipologia implementada no jardim passa por oferecer uma paleta de cores harmoniosa com os tons roxos, verdes e prateados que contam com a presença de um aroma muito rico e harmonioso da lavanda e do alecrim
<https://www.gardenista.com/posts/rehab-diaries-the-resurrection-of-a-medieval-noblemans-garden/>





Fig. XXX | *Artemisia 'powis castle'*
<http://ekps.tamu.edu/details?id=28>



Fig. XXXI | *Perovskia atriplicifolia*
<https://www.waltersgardens.com/variety.php?ID=PERSA>

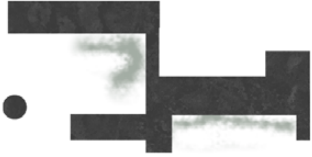


Fig. XXXII | *Stipa tenuissima*
https://jb.utad.pt/especie/Nassella_tenuissima#imagem-43914tenuissima#imagem-43914



Fig. XXXIII | *Artemisia schmidtiana*
https://www.bluestoneperennials.com/img/ARSM/650/ARSM_0_Artemisia_Silver_Mound.jpg.1625818837.webp



Fig. XXXIV | *Agave americana*
https://jb.utad.pt/especie/Agave_americana_subesp_americana#imagem-7692



Fig. XXXV | *Echeveria runyonii*
http://www.llifl.com/Encyclopedia/SUCCULENTS/Family/Crassulaceae/21875/Echeveria_runyonii_cv_Topsy_Turvy



Fig. XXXVI | *Verbena bonariensis*
<https://theanxiousgardener.com/2014/07/25/verbena-bonariensis-beds>



Fig. XXXVII | *Miscanthus sinensis*
<https://www.gardenexpress.co.uk/miscanthus-sinensis-kleine-silberspinne>



Fig. XXXVIII | *Lavandula angustifolia* - Lavanda
<https://www.jardimdasideias.com.br/aprenda-a-cuidar-de-sua-muda-de-lavanda/>



Fig. XXXIX | *Salvia rosmarinus* - Alecrim
<https://garden.org/plants/view/78759/Rosemary-Salvia-rosmarinus/>



Fig. XL | A segunda tipologia que se pode encontrar no jardim da Unidade estabelece uma transição muito leve com anterior tipologia. Esta por sua vez é toda ela prateada o que poderá suscitar uma grande curiosidade em ir descobri-la sem deixar de proporcionar um ambiente calmo e sereno.

<http://thinkingoutsidetheboxwood.com/?p=22276>





Fig. XLI | *Plectranthus argentatus*
https://es.wikipedia.org/wiki/Plectranthus_argentatus#/media/Archivo:Gardenology.org-IMG_9307_rbgm10dec.jpg



Fig. XLII | *Senecio cineraria*
<https://www.floresefolkagens.com.br/cineraria-maritima-senecio-douglasii/>



Fig. XLIII | *Senecio candicans*
<https://rightplantz.com/plants/senecio-candicans-senaw/>



Fig. XLIV | *Graptopetalum mendozae* 'leather petal'
<https://davesgarden.com/guides/pf/showimage/370454/>



Fig. XLV | *Helicbrysum petiolare*
https://fb.utad.pt/especie/Helicbrysum_petiolare



Fig. XLVI | *Senecio serpens*
<https://www.floresfolbagens.com.br/senecio-azul-senecio-mandaliscae/>

*Fig. XLVII | Jardim da gulbenkian
<https://www.gulbenkian.pt/jardim/visitas-guiadas/grupos-particulares/uma-obra-prima-da-arquitetura-paisagista/>*



*Fig. XLVIII | Neste pequeno troço do jardim, procurou-se imprimir um sentimento de descoberta. Através da sua alta vegetação, o utilizador vai descobrindo aos poucos outras facetas da Unidade ao longo deste trajeto que tem ao seu dispor bancos que proporcionam momentos de pausa
<https://www.amigosdoparque.com/2010/07/visita-de-estudo-em-portugal.html>*





Fig. XLIX | *Cortaderia selloana*
https://jb.utad.pt/especie/Cortaderia_selloana



Fig. L | *Bambusa oldhamii* -
Bambu
<https://bambuparque.pt/bambu/bambusa-oldhamii/>

Fig. LI | A inserção da papoila tira proveito da sua grande variedade de cor que beneficia também dos tons prateados das outras tipologias plantadas no jardim, afim de dar grande destaque e oferecer uma variadíssima panóplia de cores. Estão localizadas junto à galeria que vai dar acesso ao espaço ecuménico dando origem também a um grande contraste entre a explosão de cores que oferecem com o betão do espaço, destacando-o e fazendo-o revelar-se para os utilizadores
<https://pt.vecteezy.com/foto/2280772-colorido-misturado-papoulas-em-um-jardim-de-verao>



*Fig. LII | *Papaver rhoeas* - Papoila*
https://fb.utad.pt/especie/Papaver_rhoeas



Anexo IX

Processo de Trabalho

O processo apresentado neste anexo é um conjunto de apontamentos que, de uma forma ou de outra, auxiliaram na busca da forma final deste projeto de uma forma contínua e rigorosa.

Além dos esboços, recriações tridimensionais, plantas e maquetes a seguir apresentados, surgem outras tipologias (figuras VI, VII, XVII e XVIII) e peças desenhadas (figura V, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XIX e XX) de propostas para pequenas habitações que acabaram por não serem retidas na proposta final do trabalho, como mostra o anexo V - Imaginário Paliativo.

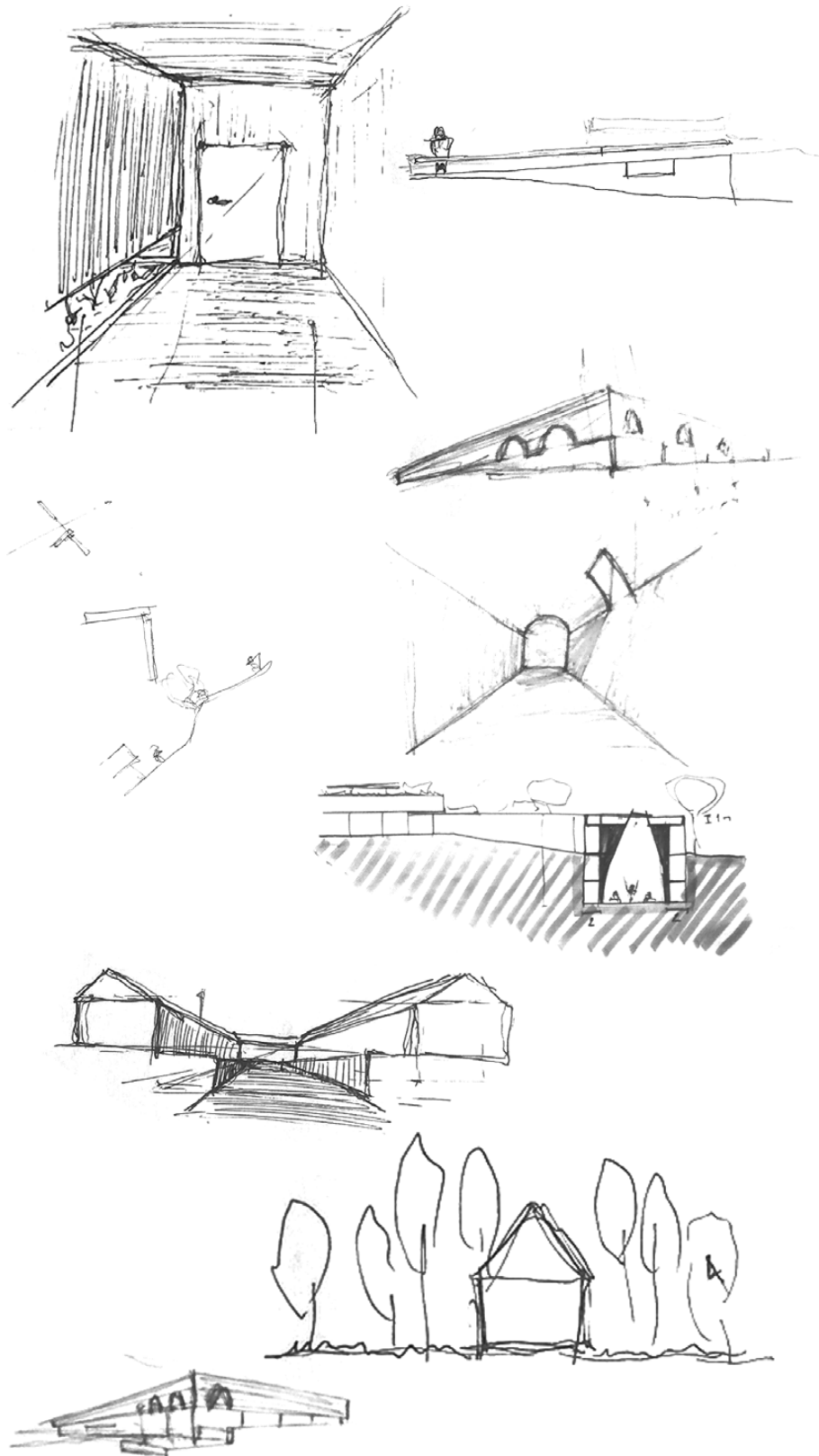


Fig. LIII | Esquissos
(Imagem do autor)

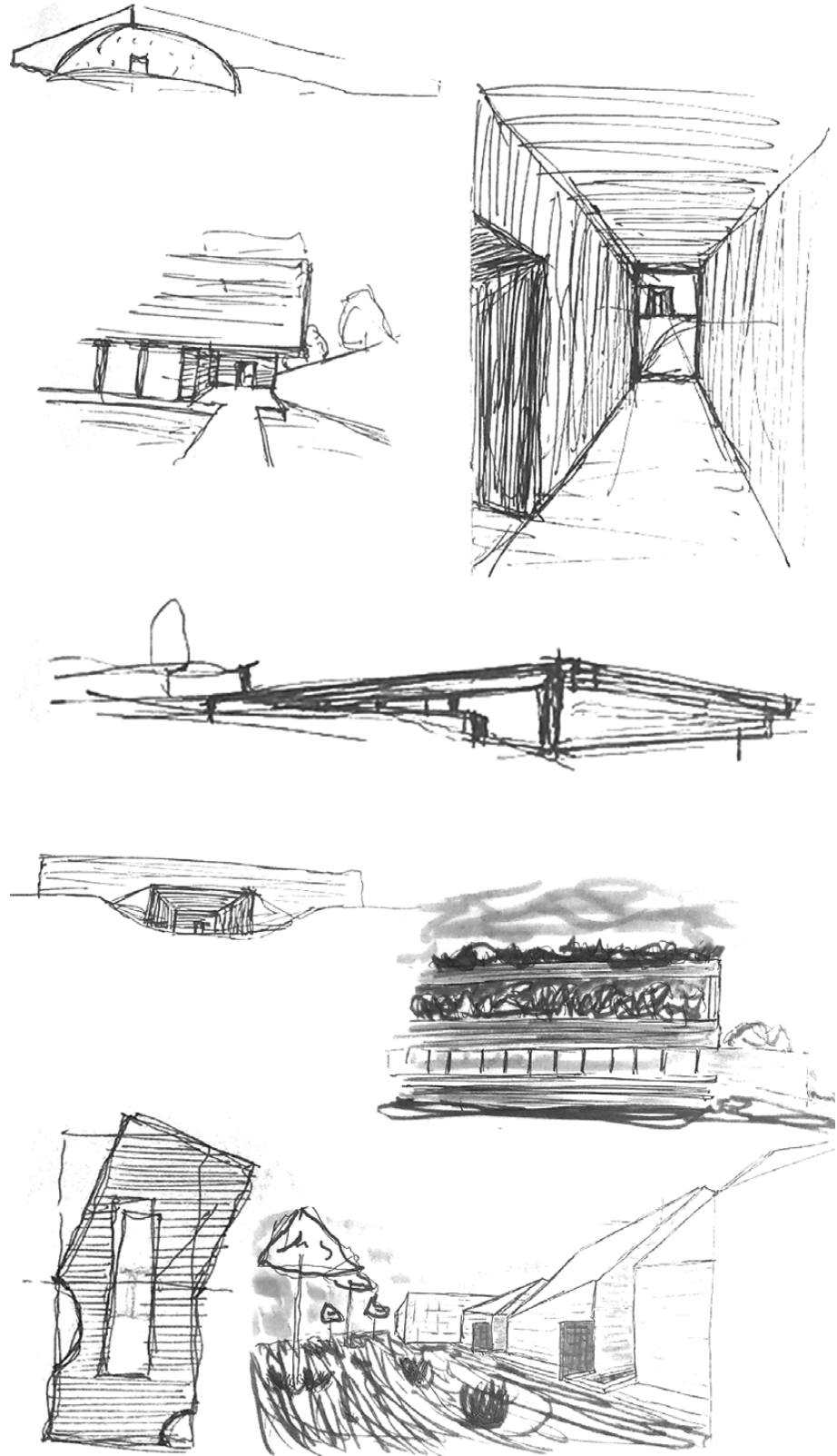


Fig. LIV | Esquissos
(Imagem do autor)

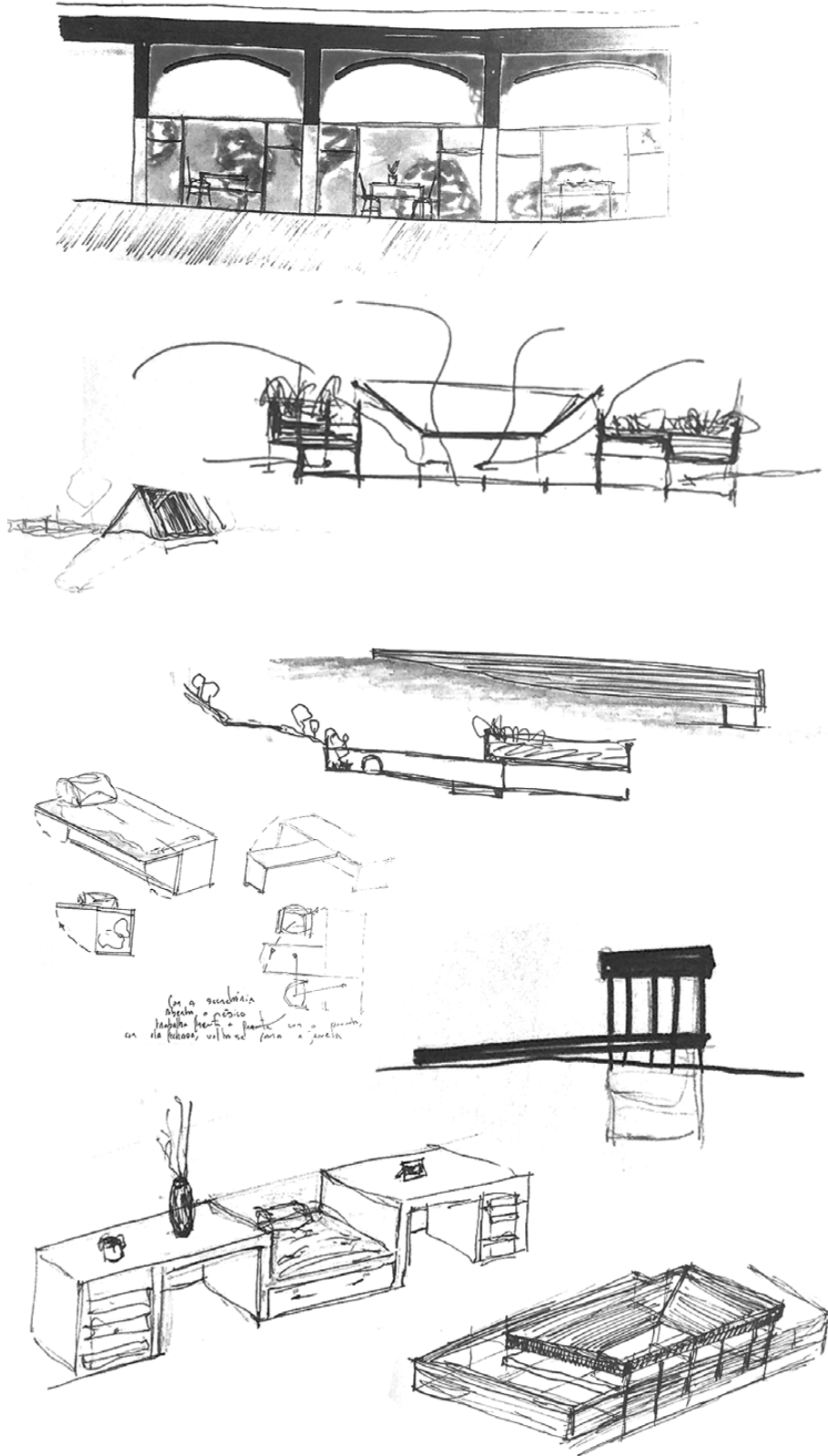
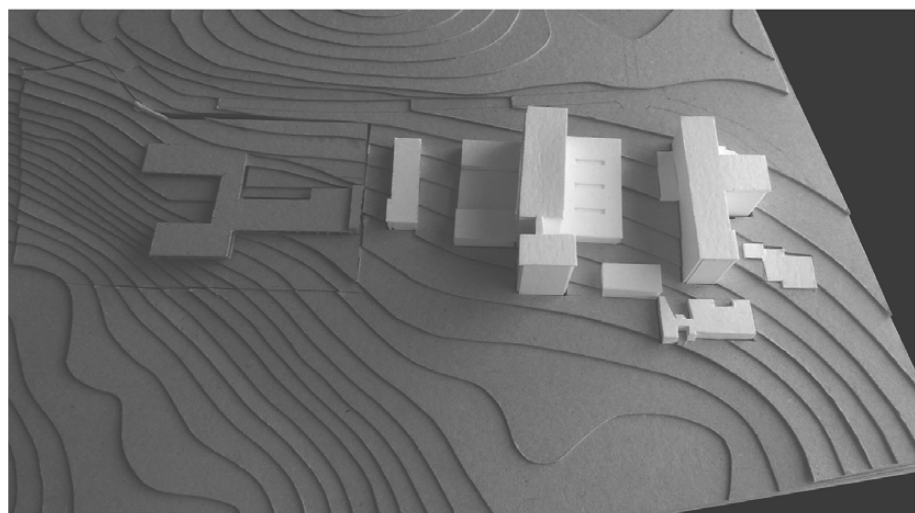
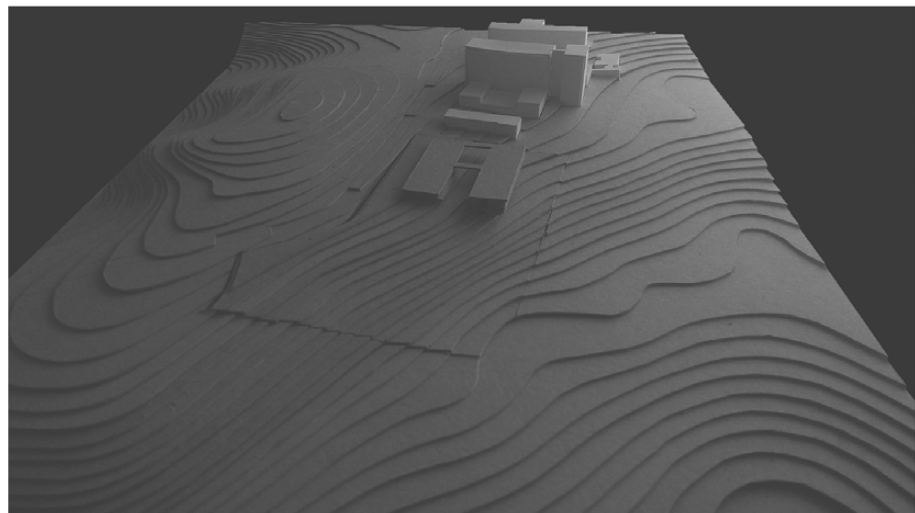
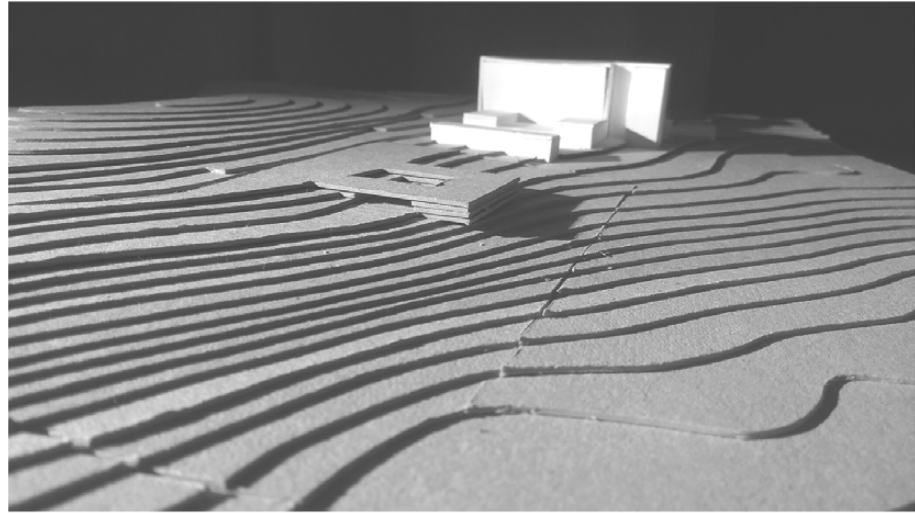
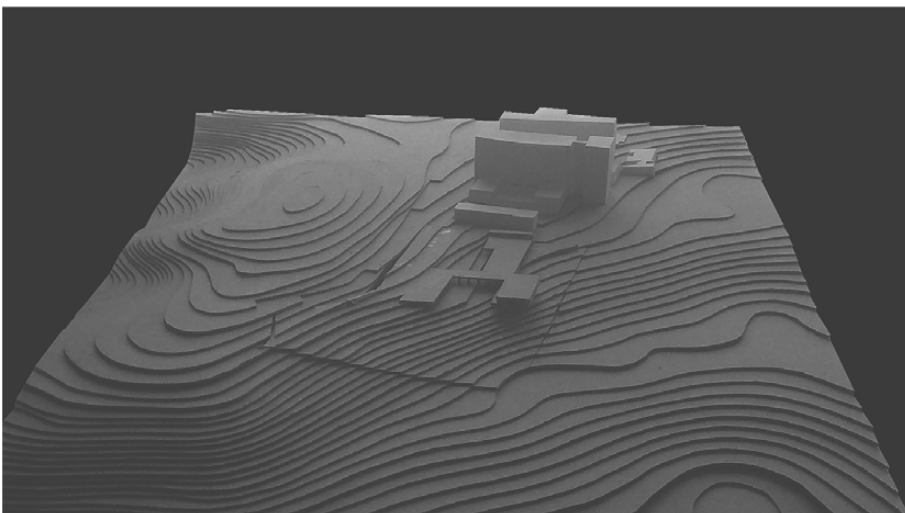
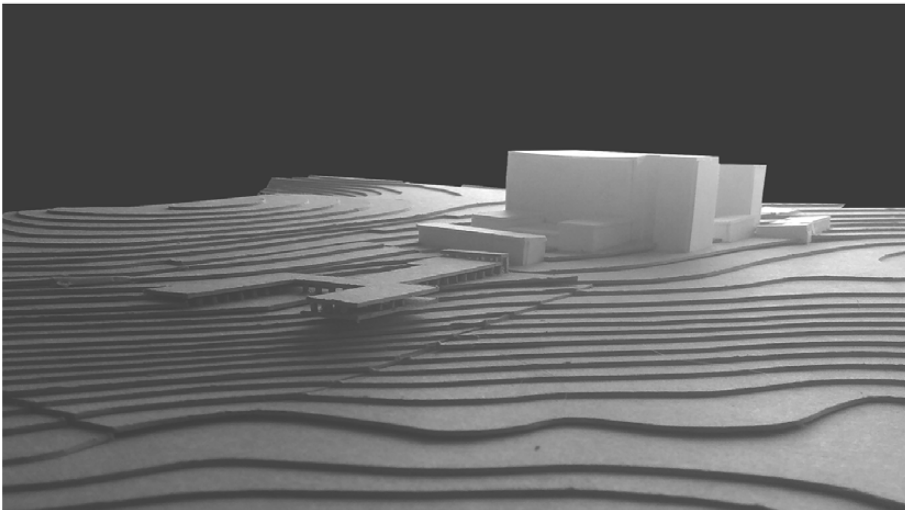
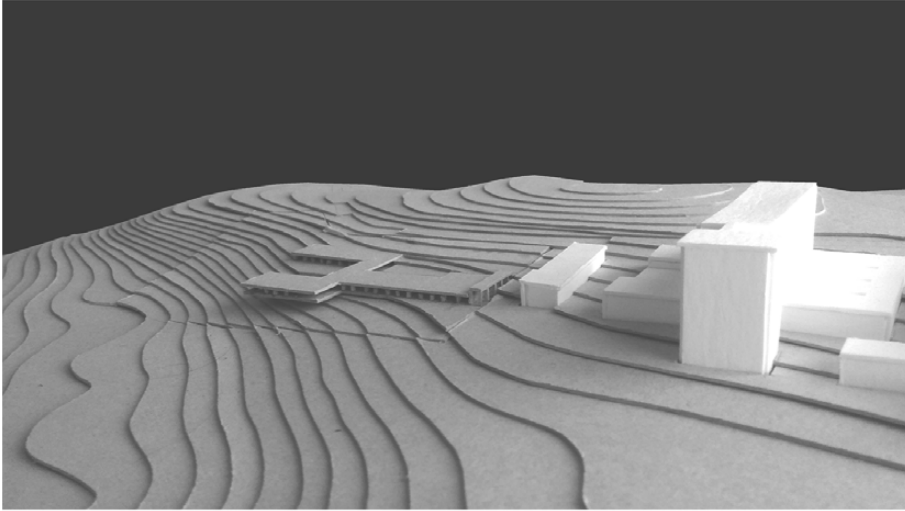


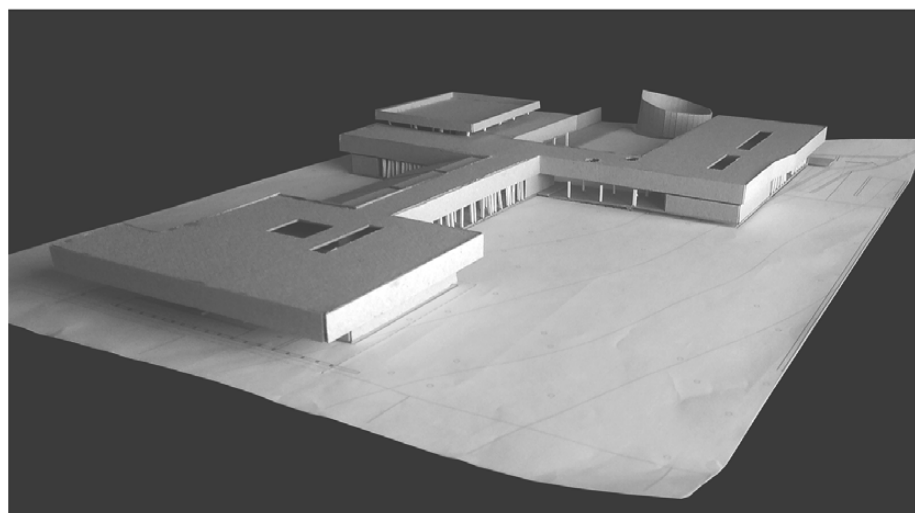
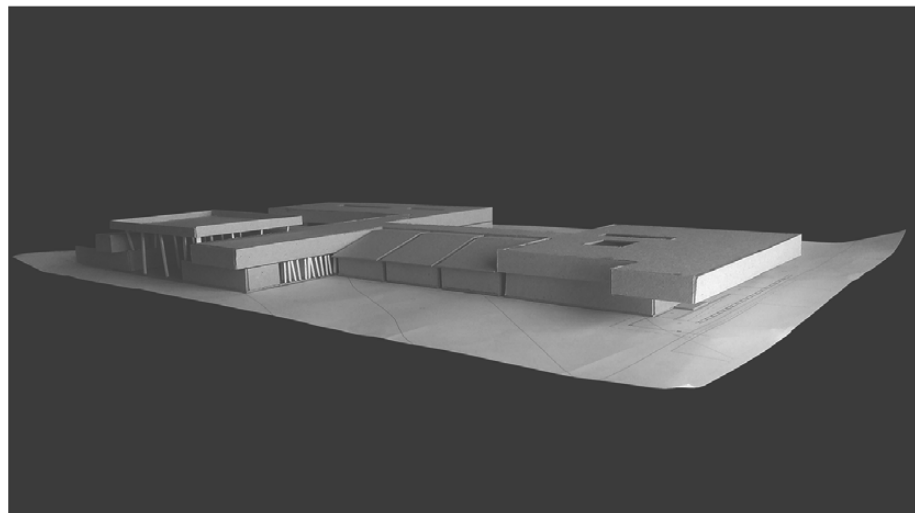
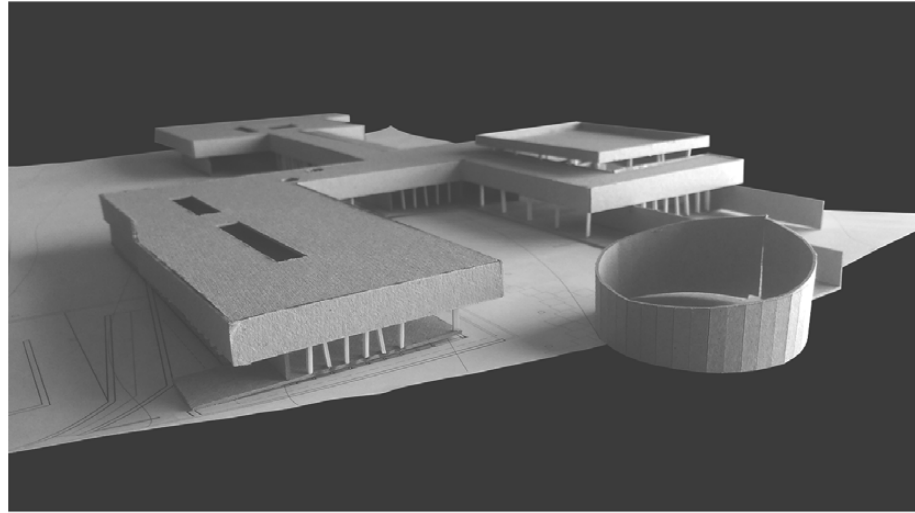
Fig. LV | Esquissos
(Imagem do autor)



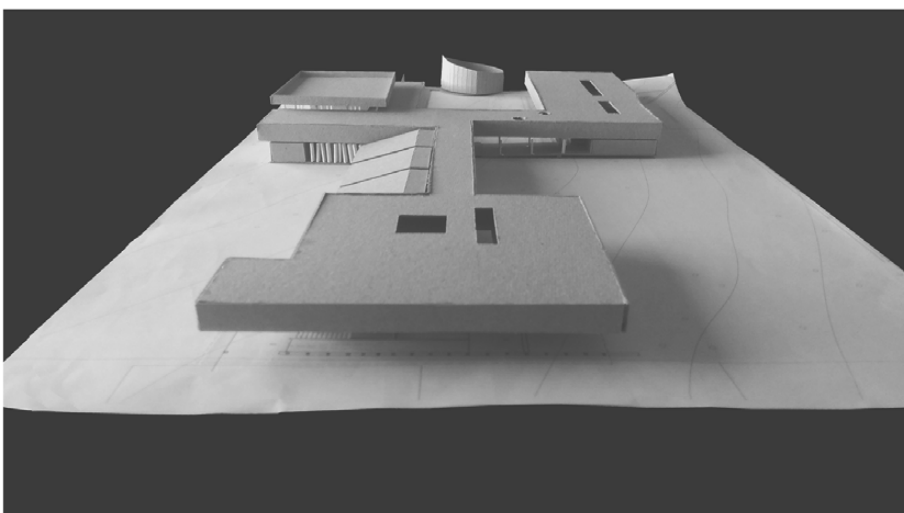
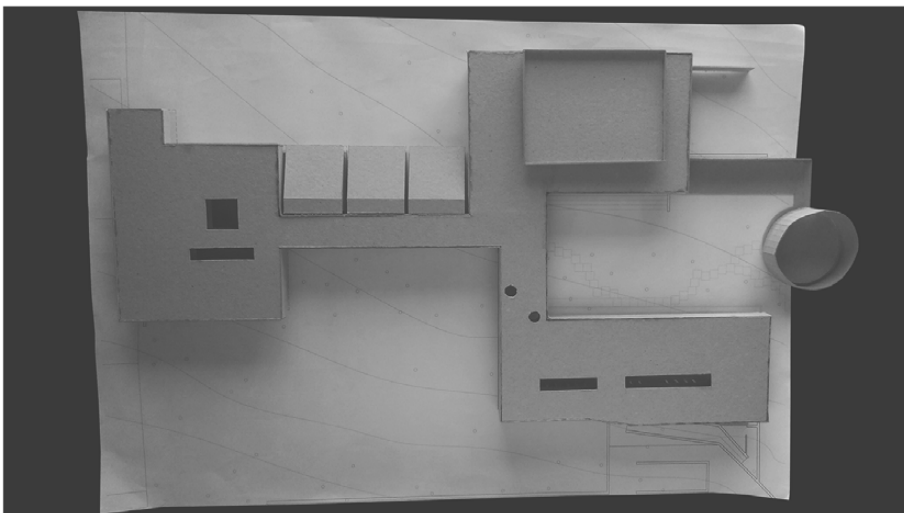
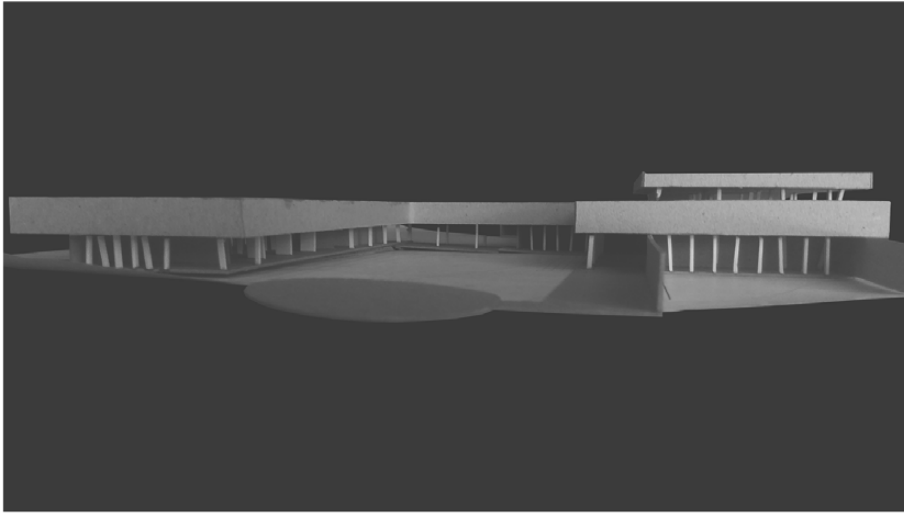
*Fig. LVI | Maquetas de propostas
intermédias
(Imagem do autor)*



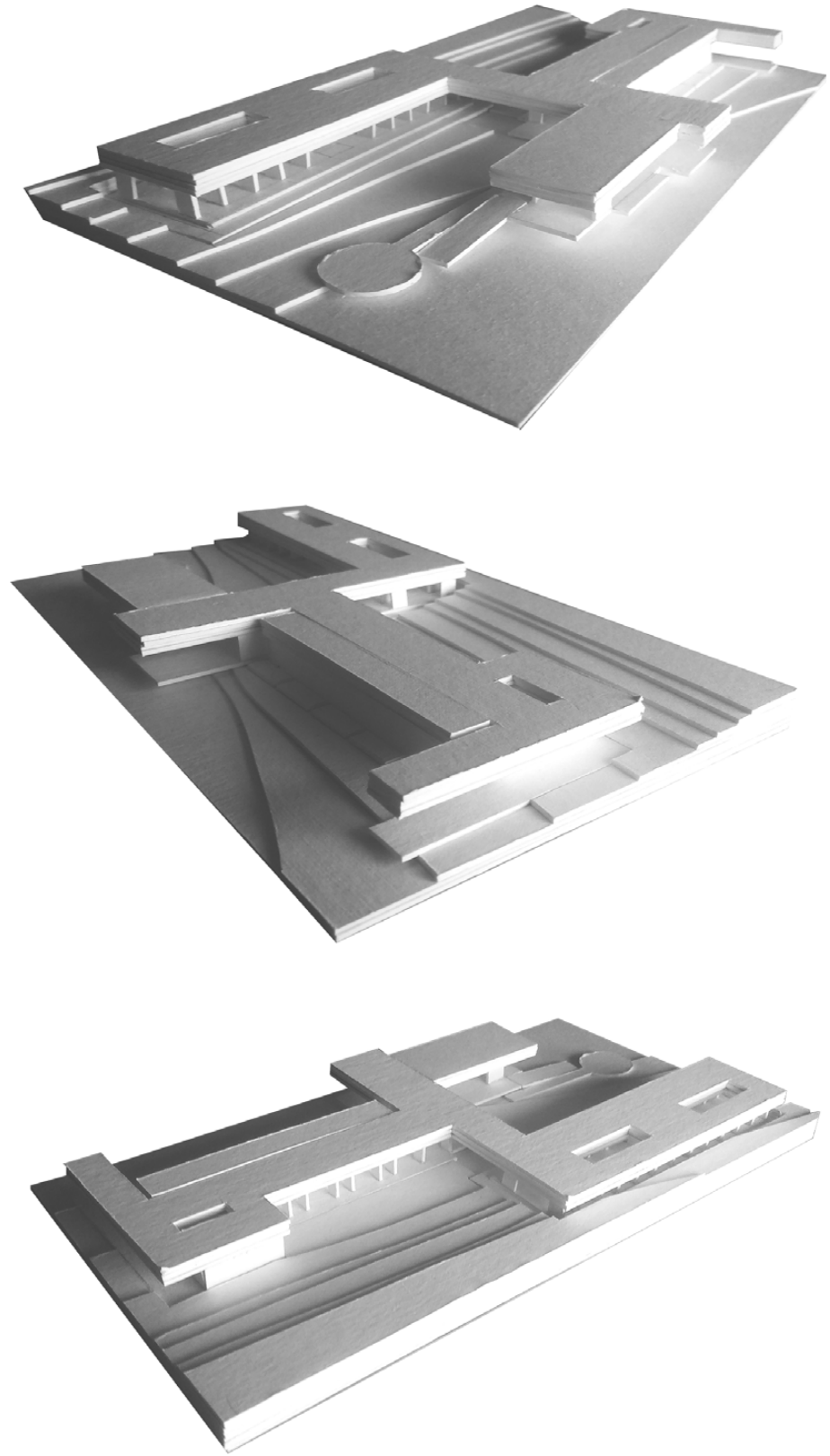
*Fig. LVII | Maquetas de propostas intermédias
(Imagem do autor)*



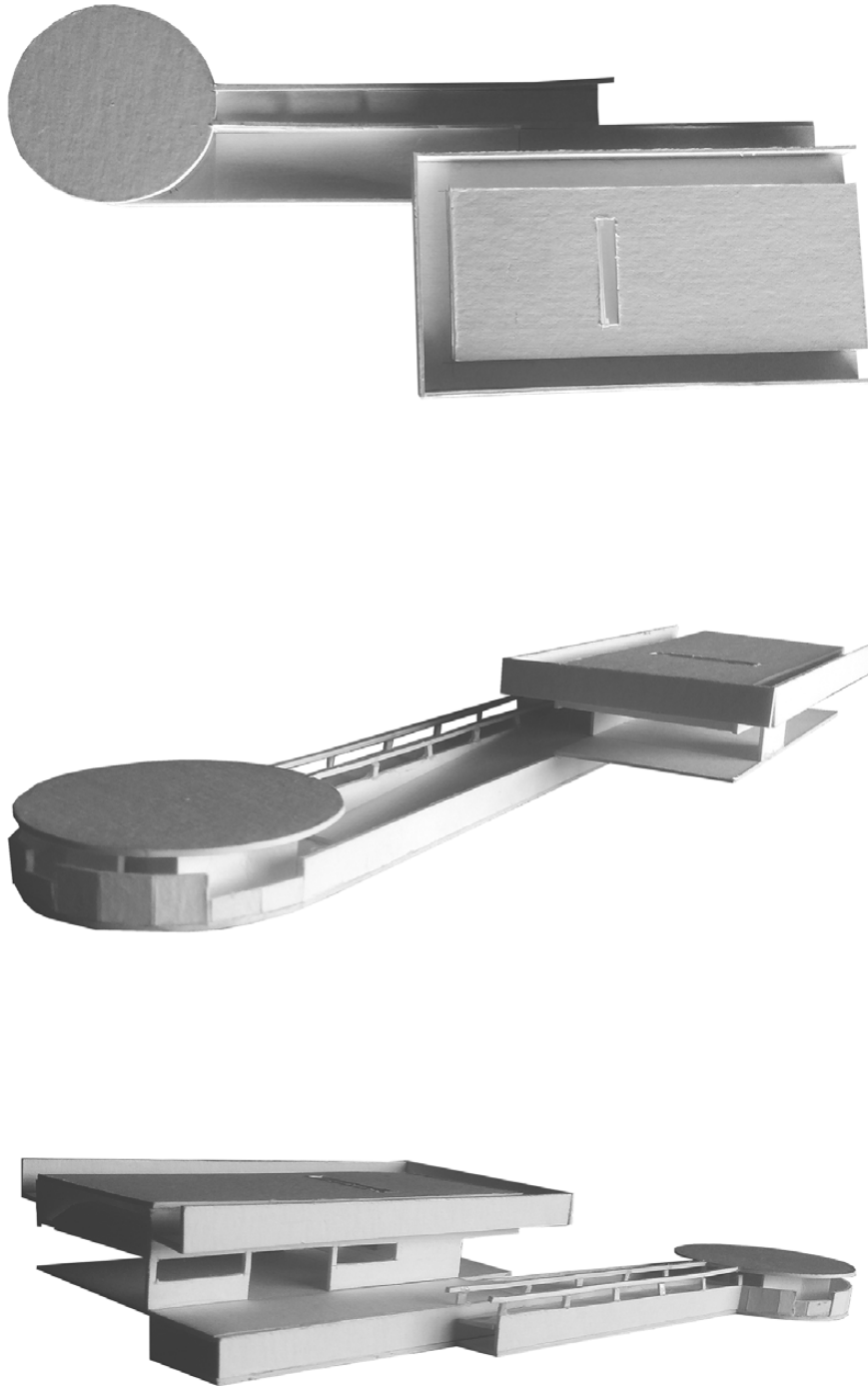
*Fig. LVIII | Maquetas de propostas
intermédias
(Imagem do autor)*



*Fig. LIX | Maquetas de propostas
intermédias
(Imagem do autor)*



*Fig. LX | Maquetas de propostas
intermédias
(Imagem do autor)*



*Fig. LXI | Maquetas de propostas
intermédias
(Imagem do autor)*



Fig. LXII | Plantas e recreação digital de propostas intermédias (Imagem do autor)

Anexo X

Peças de apresentação

Índice das peças

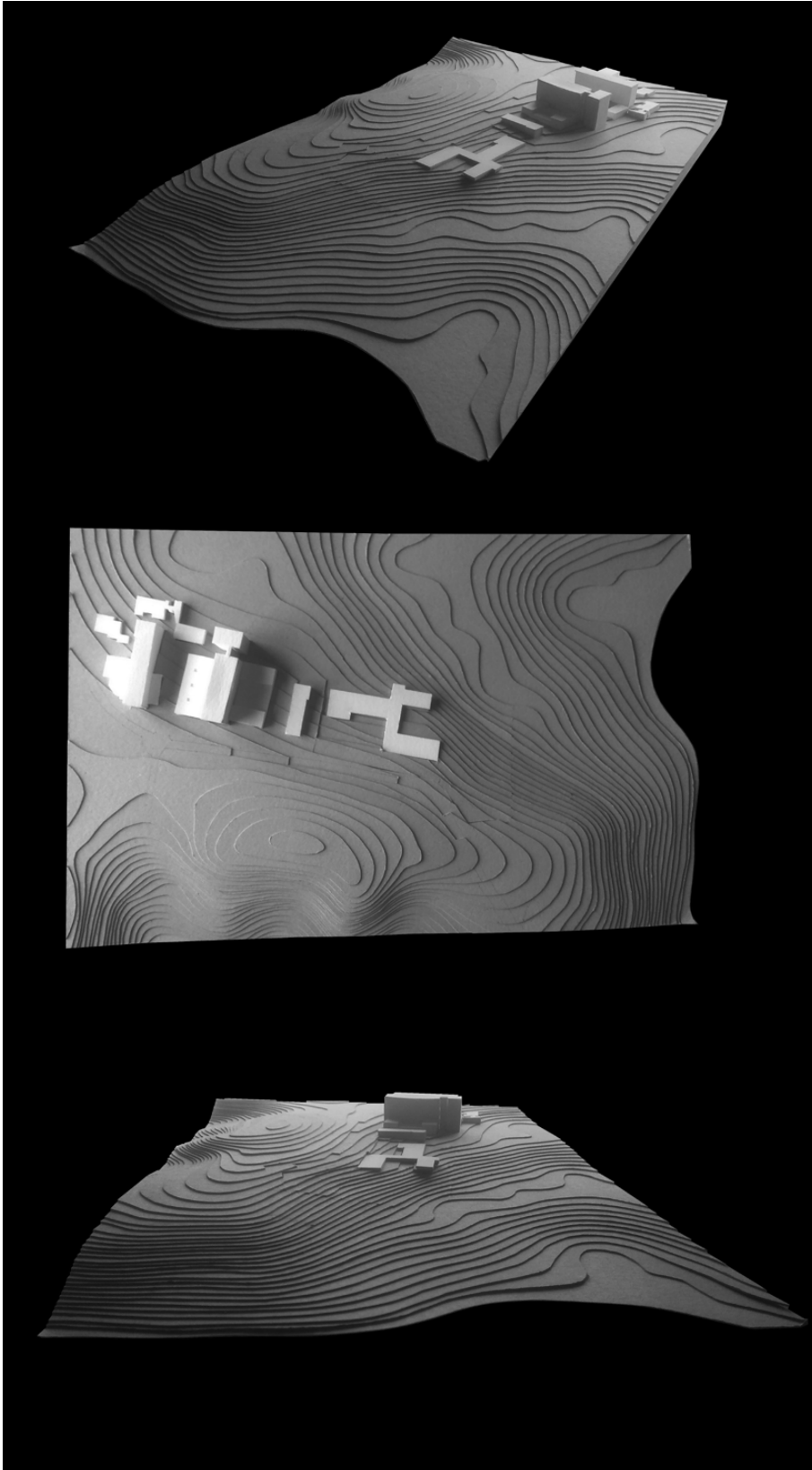
i. Maquetas

M.1	Maquete à escala territorial 1 500	A.88
M.2	Maquete da proposta final 1 200	A.89
M.3	Maquete do módulo dos quartos 1 50	A.90

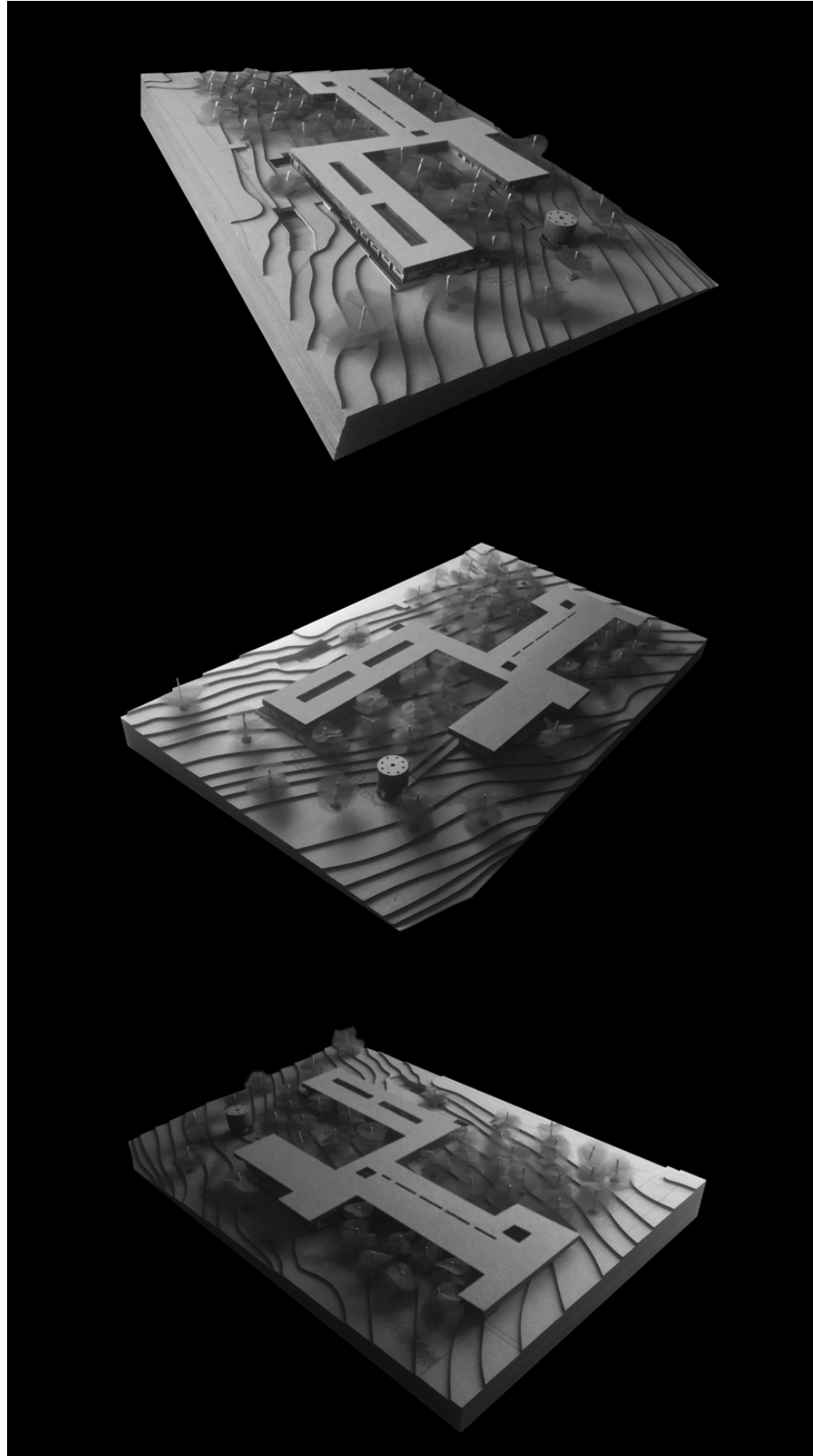
ii. Painéis

Pç 1	Planta Territorial . 1 20 000	A.92
Pç 2	Planta Implantação . Corte 5 . 1 500	A.93
Pç 3	Planta Piso Térreo . Corte D . Corte 3 . 1 200	A.94
Pç 4	Corte 1 . Corte 2 . Corte 4 . Isometria . 1 200	A.95
Pç 5	Corte A . Corte B . Corte E . Corte F Perspetiva Jardim . 1 200	A.96
Pç 6	Perspetiva Quarto Individual	A.97
Pç 7	Alçado Nascente Quartos . Planta Tipo Quartos Corte α . 1 50	A.98
Pç 8	Perspetiva Gabinete	A.99
Pç 9	Planta Utilização Gabinetes . 1 200 . Planta dos Módulos Corte β . 1 50	A.100
Pç 10	Perspetiva Jardim	A.101
Pç 11	Planta de Estacionamento . Planta do Jardim Corte B . 1 150	A.102
Pç 12	Perspetiva Ecuménico	A.103
Pç 13	Corte γ . Planta Ecuménico . 1 50	A.104

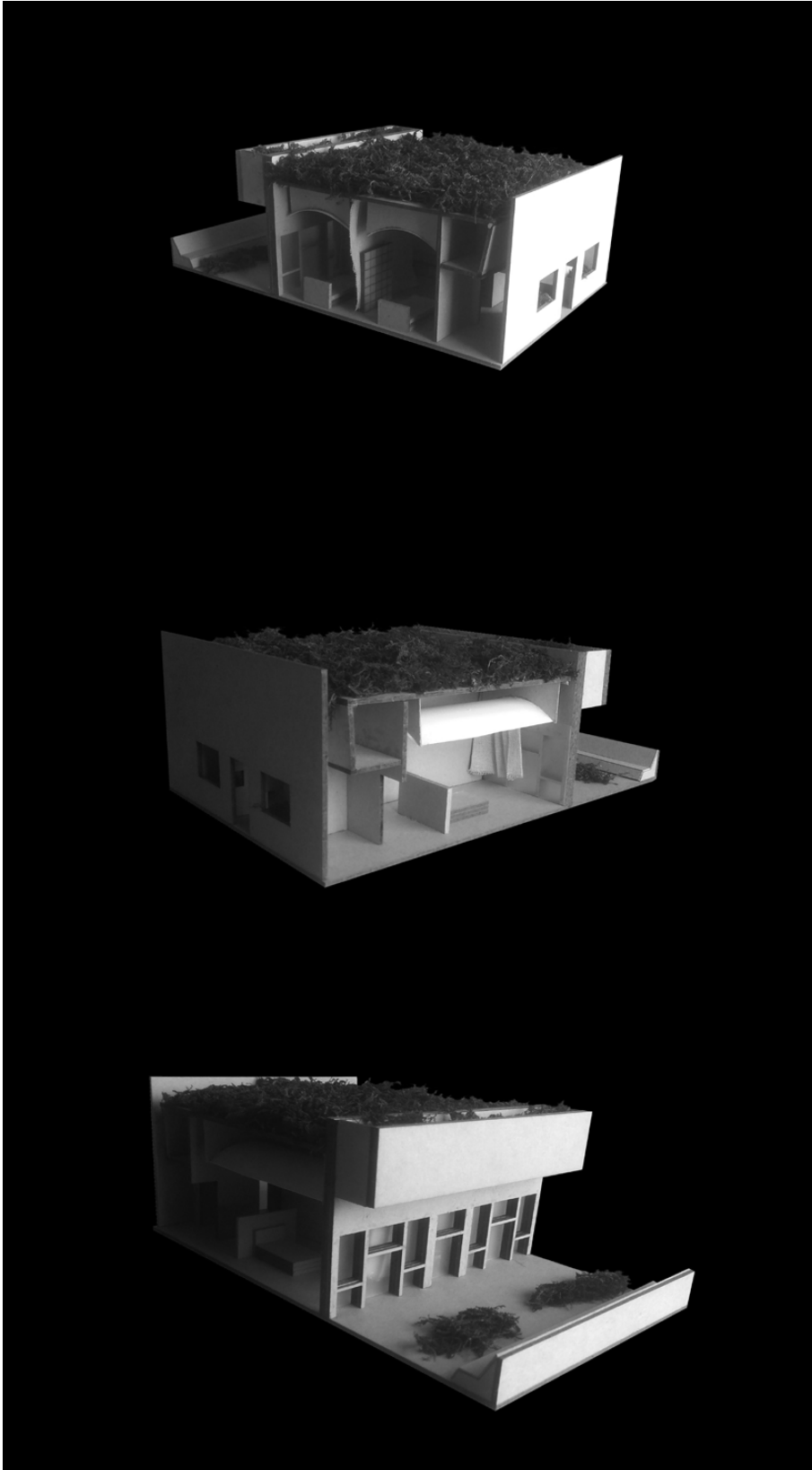
i. Maquetas



M.1 | *Maquete à escala territorial*
1|500

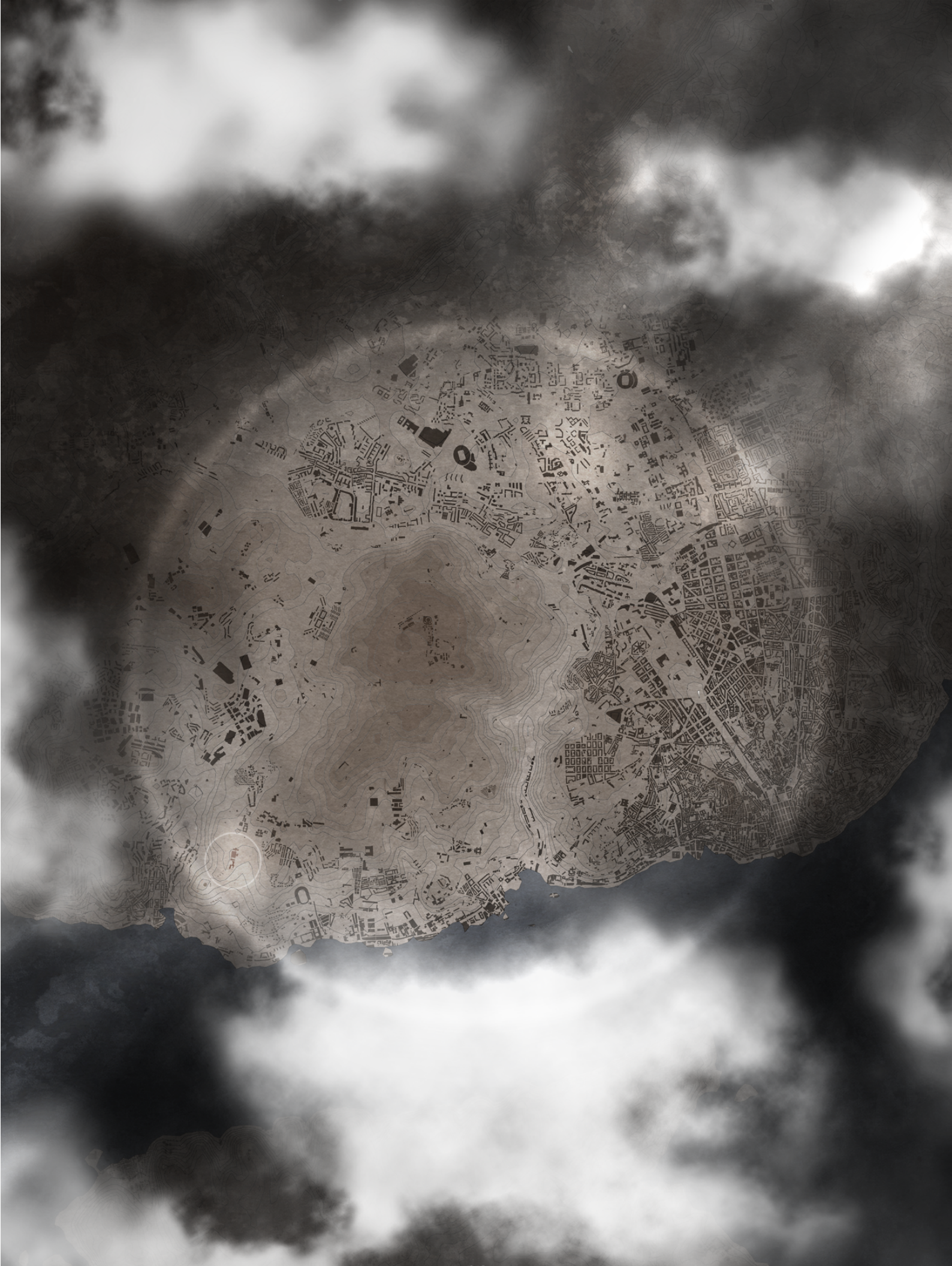


M.2 | *Maquete da proposta final*
1|200



M.3 | Maquete do módulo dos quartos 1|50

ii. Painéis



Domesticar a Dor
Planta Territorial . 1 | 20 000

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos





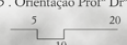
F
E
D
C
B
A

1 2 3 4 5

Domesticar a Dor

Planta de Implantação . Corte 5 . 1|500

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Profª Drª Madalena Cunha Matos





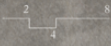
Corte D

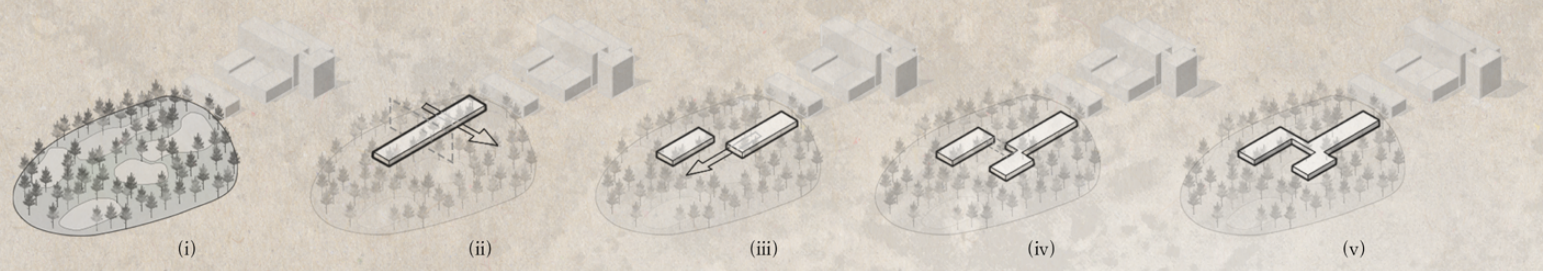
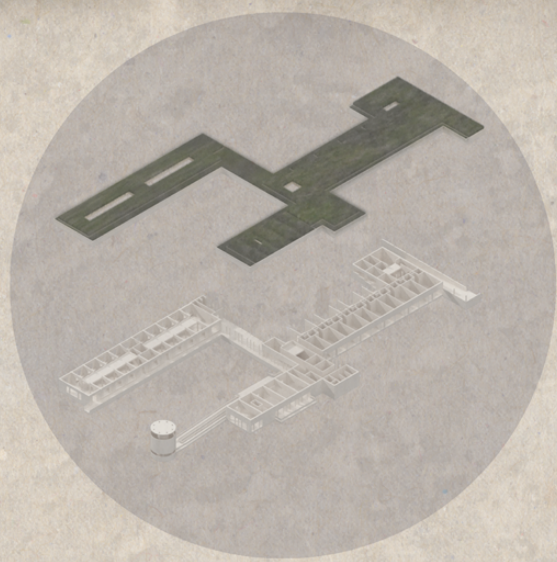
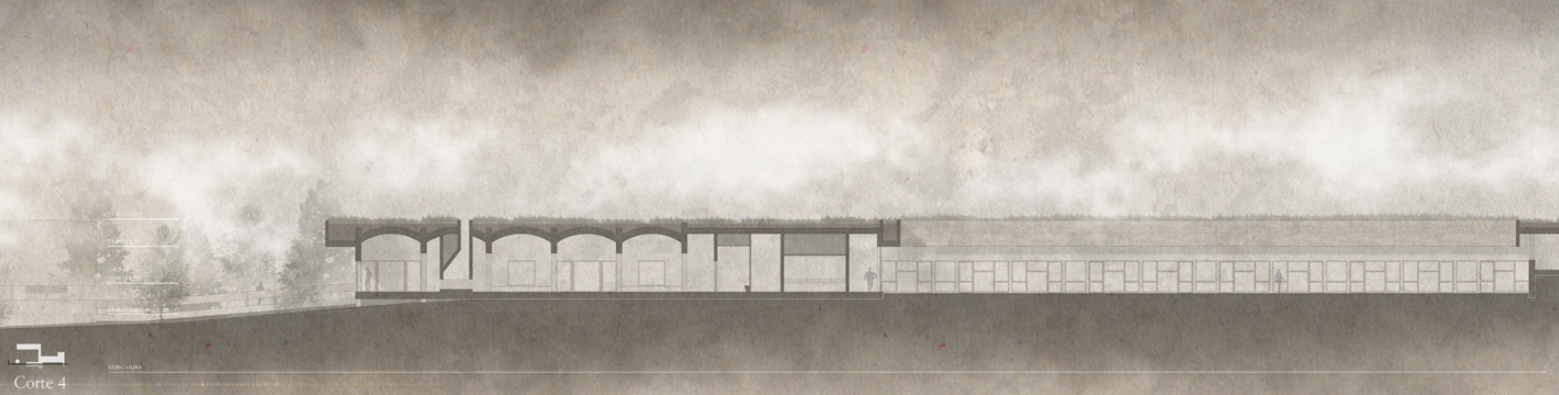
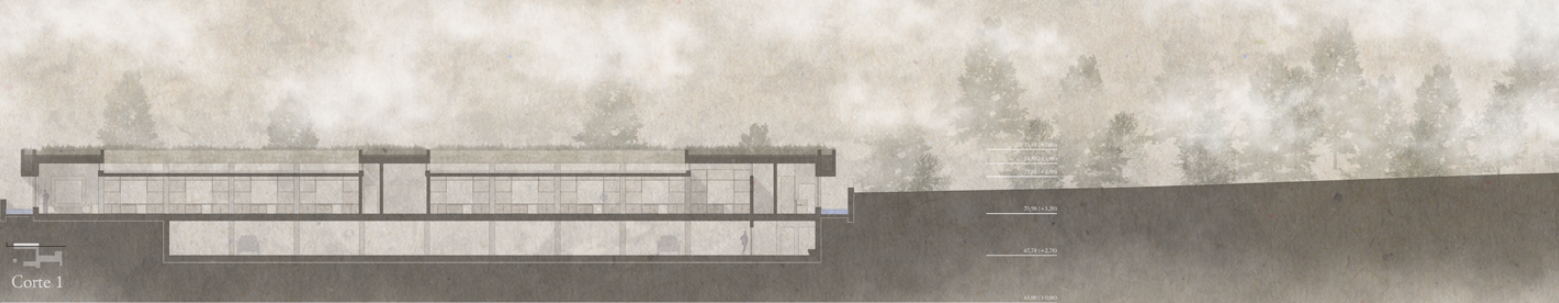
Corte 3

Domesticar a Dor

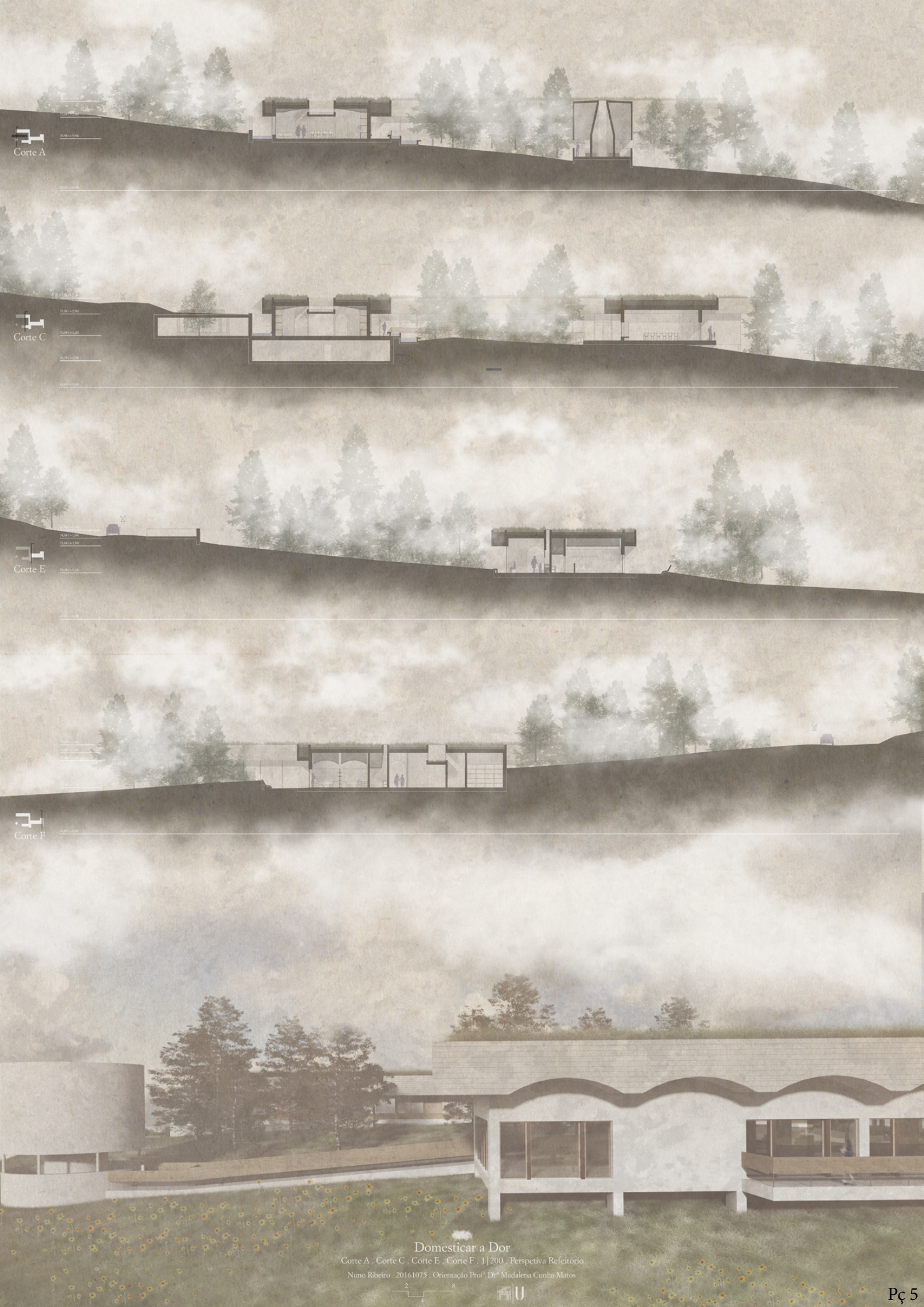
Planta Piso Térreo . Corte D . Corte 3 . 1|200

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos





Domesticar a Dor
 Corte 1 . Corte 2 . Corte 4 . 1 | 200 . Isometria
 Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Profª Drª Madalena Cunha Matos



Corte A

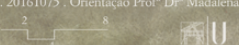
Corte C

Corte E

Corte F

Domesticar a Dor

Corte A . Corte C . Corte E . Corte F . 1|200 . Perspetiva Refeitório
Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos

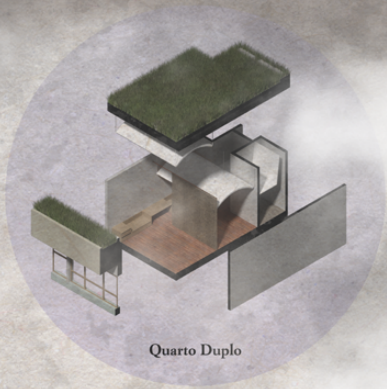
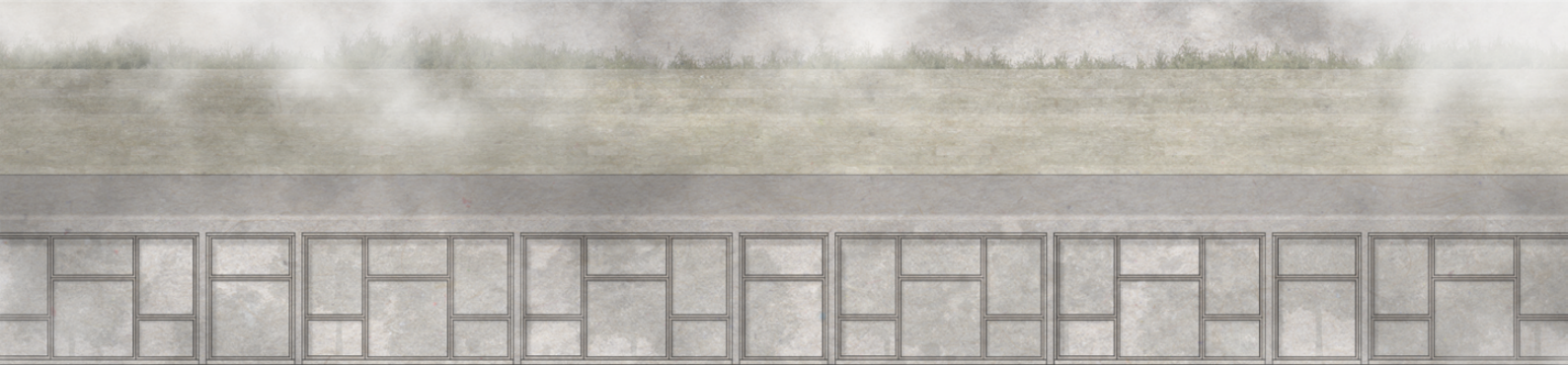




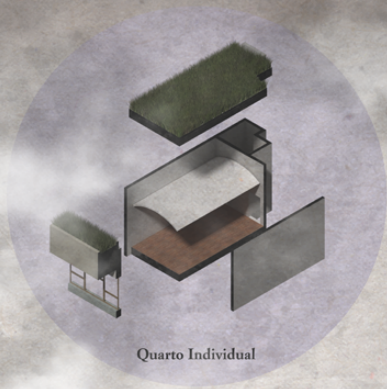
Domesticar a Dor
Perspetiva Quarto Individual

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Profª Drª Madalena Cunha Matos

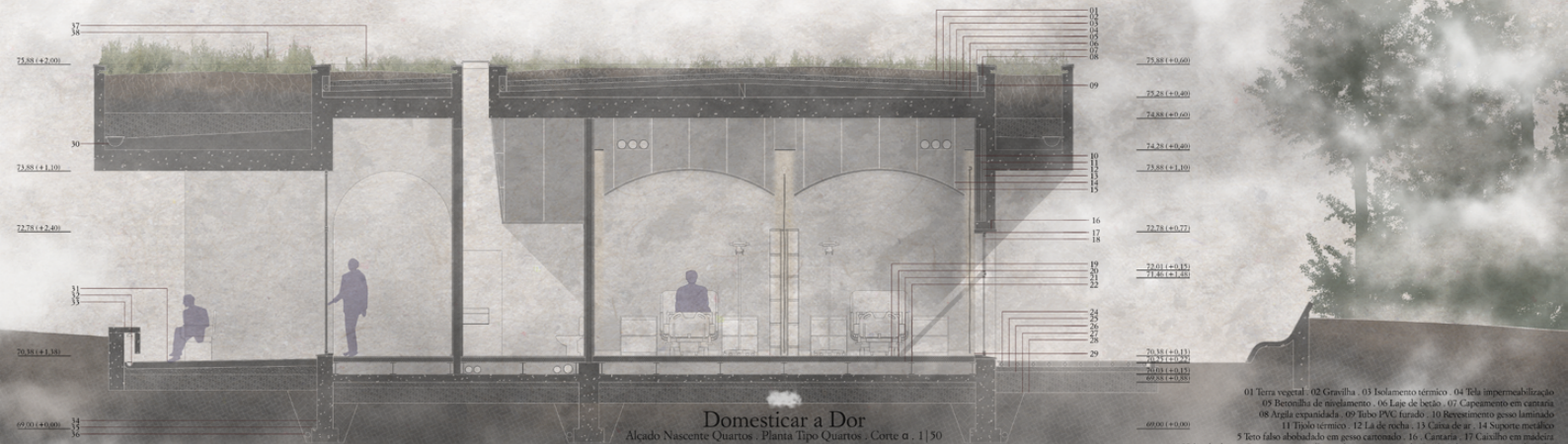




Quarto Duplo

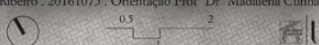


Quarto Individual



- 01 Terra vegetal - 02 Gravilha - 03 Isolamento térmico - 04 Tela impermeabilizadora
- 05 Bateria de nivelamento - 06 Laje de betão - 07 Carpetamento em cartazina
- 08 Argila expandidada - 09 Fibo PVC furado - 10 Revestimento gesso laminado
- 11 Tábua cerâmica - 12 Lã de rocha - 13 Caixa de ar - 14 Sapateiro metálico
- 15 Teto falso abobadado em gesso cartonado - 16 Cartazina - 17 Cascalho em madeira
- 18 Vidro duplo - 19 Pavimento em soalho madeira maciça tratada "jarobá" de 2,2 cm - 20 Lã de rocha
- 21 Placa OBS - 22 Perfil LPE 220 23 Relevo em cartazina - 24 Deck de madeira - 25 Alcaça compactada
- 26 Gravilha 27 Solo compactado - 28 Terra vegetal - 29 Bocalço em madeira - 30 Calceira
- 31 Velocidade ataja azol - 32 Estrutura metálica para caixeira - 33 Betão
- 34 Fundação corrida em betão - 35 Sapata de fundação em betão - 36 Dreno
- 37 Cobertura ajardinada extensiva (teja) - 38 Cobertura ajardinada semi-intensiva (teja) (teja azul)

Domesticar a Dor
 Alameda Nascente Quartos - Planta Tipo Quartos - Corte α - 1|50
 Modelos Tridimensionais Quartos
 Nuno Ribeiro - 20161075 - Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos

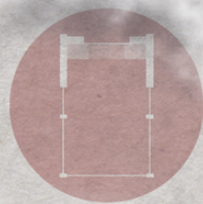
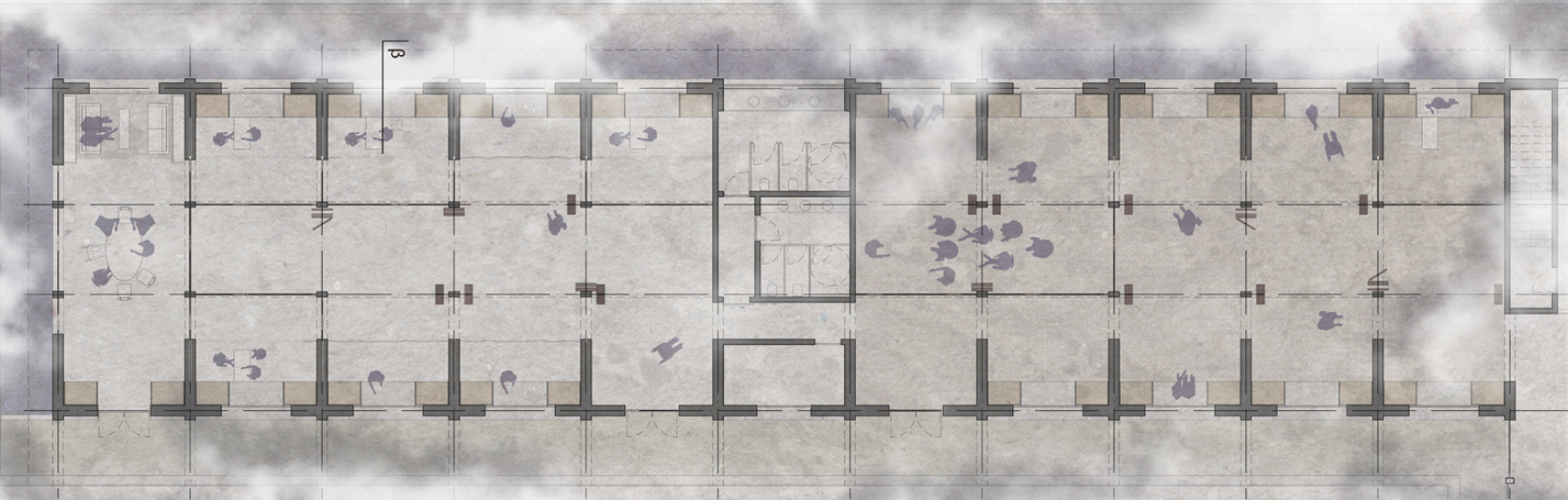




Domesticar a Dor
Perspetiva Módulo

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos

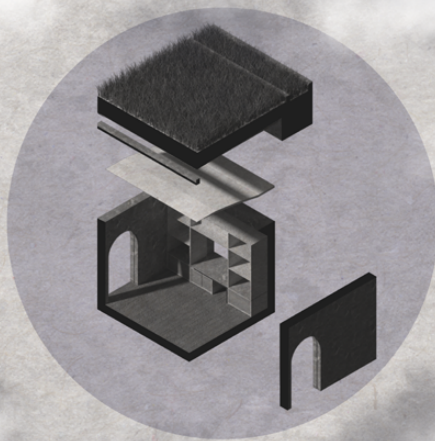




Sala de conferência



Sala de trabalho



Gabinete médico
Zona de dormida



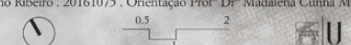
Convívio

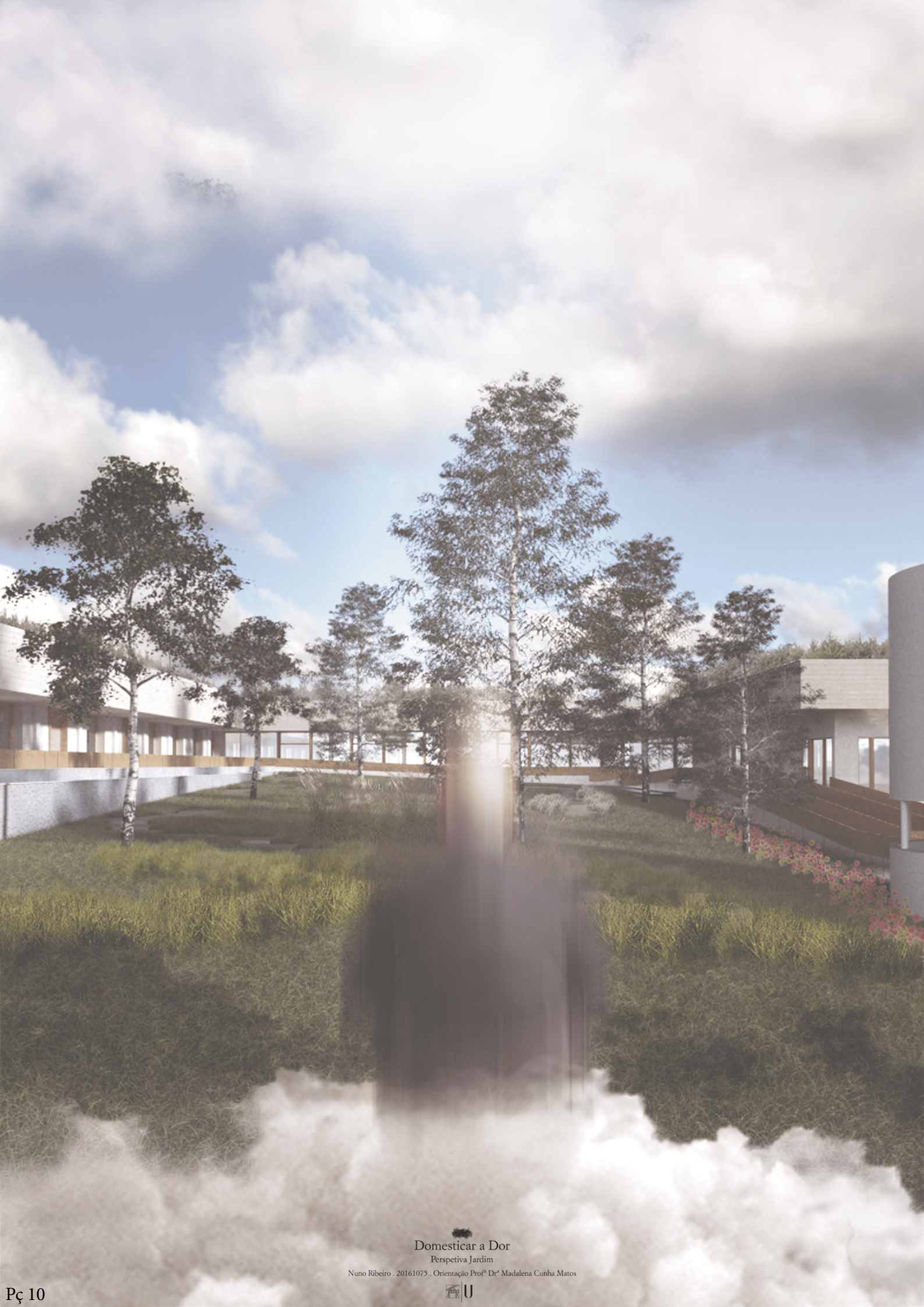


- 01 Terra vegetal
- 02 Graxilha
- 03 Isolamento térmico
- 04 Tela impermeabilização
- 05 Bateria de nivelamento
- 06 Laje de betão
- 07 Argila expandida
- 08 Tábua PVC furado
- 09 Caloteira
- 10 Reboco queimado
- 11 Tijolo térmico
- 12 La de rocha
- 13 Caixa de ar
- 14 Catwalk de madeira
- 15 Vão duplo
- 16 Pavimento em soalho madeira maciça tratada "Jatobá" de 2,2 cm
- 17 La de rocha
- 18 Placa OIBS
- 19 Perfil DPE 200
- 20 Laje de betão
- 21 Asta compactada
- 22 Graxilha
- 23 Solo
- 24 Fundação corrida em betão
- 25 Sapata de fundação em betão
- 26 Dreno
- 27 Cobertura ajardinada extensiva (relva)
- 28 Cobertura ajardinada semi-extensiva (herbácea anual)



Domesticar a Dor
 Planta de Utilização dos Gabinetes - 1/200. Modelo com diferentes Tipologias
 Planta dos Módulos - Corte β - 1/50
 Nuno Ribeiro - 20161075 - Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos





Domesticar a Dor
Perspetiva Jardim

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Profª Drª Madalena Cunha Matos





p.p. pinus pinea | q.f. quercus faginea | q.r. quercus rotundifolia | c.p. cupressus lusitana | l.s. lygos spaerocarpa

a. artemisia powis castle | p.a. perovskia atriplicifolia | s.t. stipa tenuissima | v.b. verberna bonariensis | m.s. miscanthus sinensis | l.a. lavandula agustifolia | s.r. salvia rosmarinus

pl.a. plectranthus argentatus | s.c. senecio cineraria | a.s. artimisia schmidtiana | a.a. agave americana | se.c. senecio candicans | g.m. graptopetalum mendozense | h.p. helichrysum petiolare | s.s. senecio serpens | e.r. echeveria runyonii

c.s. cortaderia sellona | b.o. bambusa oldhamii

p.r. papaver rhoeas

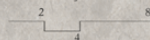


Corte B

Domesticar a Dor

Planta do Jardim e Estacionamento . Corte B . 1 | 150

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Profª Drª Madalena Cunha Matos





Domesticar a Dor
Perspetiva Ecuménico

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Prof.ª Dr.ª Madalena Cunha Matos



Corte γ



Domesticar a Dor

Corte γ . Planta Ecuménico . 1|50

Nuno Ribeiro . 20161075 . Orientação Profª Drª Madalena Cunha Matos

