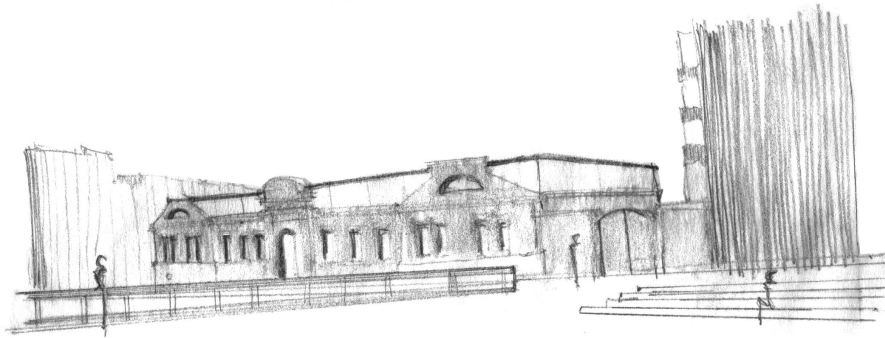




FACULDADE DE ARQUITECTURA
UNIVERSIDADE DE LISBOA



**IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO
SER HUMANO**

Centro de Cuidados Paliativos Pediátrico de Alcântara

Clara Montalvão de Santos e Silva Frazão
(Licenciada)

Dissertação/Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Arquitectura
(Mestrado Integrado em Arquitectura)

Orientador Científico: Professor Doutor Hugo José Abranches Teixeira Lopes Farias

Lisboa, FaULisboa, Junho, 2015

Agradecimentos

Agradeço a todos os Professores, Família e Amigos
que me ajudaram, não só nesta jornada,
mas em todo o percurso académico.

IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO SER HUMANO

Centro de Cuidados Paliativos Pediátrico de Alcântara

NOME: Clara Montalvão de Santos e Silva Frazão

MESTRADO: Mestrado Integrado em Arquitectura

ORIENTADOR: Doutor Hugo José Abranches Teixeira Lopes Farias

DATA: Lisboa, Junho, 2015

RESUMO

Em Importância e Influência da Arquitectura sobre o Bem-Estar do Ser Humano pretende-se realizar uma investigação que torne viável recuperar e transformar o actual Dispensário de Alcântara num Centro de Cuidados Paliativos Pediátrico, tendo como principal objectivo o estudo das atmosferas arquitectónicas, sempre presentes na vida de qualquer ser humano.

No desenvolvimento de uma sociedade e de um país é importante a reflexão e a preocupação arquitectónica com edifícios que se ocupem também do final da vida dos seus habitantes, como os centros de cuidados paliativos.

Este género de preocupações reflecte a importância dada às necessidades mais essenciais e ao aumento da qualidade de vida do indivíduo. Tal qualidade consegue-se, não só com o tipo de serviços prestados, mas também através da atmosfera arquitectónica envolvente. É assim desejável uma prática arquitectónica que influencie e incremente o bem-estar de todos os que com ela convivem.

Que a arquitectura tem relevo na vida quotidiana de uma sociedade através do peso das suas atmosferas é uma verdade irrefutável, mesmo para um olhar desatento, e assim pretende-se aqui indagar e reflectir sobre o modo como as atmosferas arquitectónicas geram qualidade de vida e, neste caso específico, alívio do sofrimento.

Palavras-chave: Centro de Cuidados Paliativos / Hospício / Atmosferas / Apropriação do Espaço / Bem-Estar / Conforto

IMPORTANCE AND INFLUENCE OF ARCHITECTURE ON THE HUMAN BEING WELLNESS

Pediatric Palliative Care Center of Alcântara

NAME: Clara Montalvão de Santos e Silva Frazão

MASTERS: Master Degree in Architecture

ADVISOR: Doutor Hugo José Abranches Teixeira Lopes Farias

DATE: Lisbon, June, 2015

ABSTRACT

In *Importance and Influence of Architecture on the Human Being Wellness* we intend to conduct an investigation on how to recover and transform the current Dispensary of Alcantara in a Pediatric Palliative Care Center, with the main goal of studying architectural atmospheres, always present in the life of any human being.

In the development of a society and of a country it is crucial to have an architectural concern for buildings sheltering ending life patients such as palliative care centers.

These concerns reflect the importance given to the most essential needs of human life as to the increasing of an individual's life quality. Such quality is achieved not only with the services provided but also through the surrounding architectural environment. It is thus desirable an architectural practice that increases the wellness of all who will live with it.

It is an irrefutable truth that Architecture can raise the society daily life quality through the weight of its atmospheres. So it is intended here to research on how the architectural atmospheres generate quality of life and, in this specific case, suffering relief.

Keywords: Palliative Care Center / Hospice / Atmospheres / Appropriation of Space / Wellness / Comfort

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Motivação.....	1
Tema.....	2
Objectivos.....	3
Metodologia e Estrutura.....	4
ESTADO DA ARTE.....	5
Componente teórica: experiência do corpo no espaço.....	5
Componente prática: centros de cuidados paliativos.....	9
1. CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTO.....	14
1.1 Contextualização histórica.....	15
1.2 Centros de cuidados paliativos – Experiência e opiniões profissionais do meio.....	20
1.3 Centros de cuidados paliativos nas cidades e no meio rural.....	26
1.4 Centros de cuidados paliativos e a influência da natureza.....	30
2. ATMOSFERAS E ARQUITETURA.....	35
2.1 O que qualifica e define uma atmosfera	35
2.1.1 Aspectos físicos que contribuem para a criação de uma atmosfera.....	35
2.1.2 A absorção das atmosferas.....	36
2.2 Dialéctica da apropriação do espaço.....	37
2.3 O arquitecto como criador de atmosferas.....	38
3. CASO PRÁTICO.....	40
3.1 Dispensário de Alcântara.....	40
3.2 Estratégia e Proposta Urbana.....	42
3.3 Dispensário de Alcântara vs Centro de Cuidados Paliativos Pediátricos de Alcântara.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	63
COMPONENTES COMPLEMENTARES DO PROJECTO FINAL DE MESTRADO.....	67
ANEXOS	
ANEXO I – Desenhos do Processo Evolutivo	
ANEXO II – Maquetes do Processo Evolutivo	

ÍNDICE DE IMAGENS

FIG. 1 Exemplo de uma Begijnhoven, (http://www.bloggen.be/deinze/archief.php?ID=565752).....	16
FIG. 2 Exemplo de uma Almshouse (http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cambridge87.JPG).....	16
FIG. 3 Ironmongers' Almshouse (Worpole , Ken (2009). <i>Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care</i> . Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63)..	16
FIG. 4 Exemplo de uma Almshouse (http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Boshuisen_Gasthuis.jpg).....	17
FIG. 5 St. Christopher's Hospice (Verdeber , Stephen F. Refuerzo , Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 13.).....	17
FIG. 6 Connecticut Hospice (Verdeber , Stephen F. Refuerzo , Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 35.).....	17
FIG. 7 Connecticut Hospice (http://hospice.com/).....	17
FIG. 8 Maison Victor-Gadbois Hospice (http://www.maisonvictorgadbois.com/).....	19
FIG. 9 Hospício Clínica Família (Verdeber , Stephen F. Refuerzo , Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 20.).....	19
FIG. 10 Planta do primeiro piso do Hospício Clínica Família (<i>Ibidem</i> p. 21.).....	19
FIG. 11 St. Joseph's Hospice (http://salixmechanical.com/projects/health/st-josephs-hospice-new-community-areas/).....	22
FIG. 12 St. Gemma's Hospice. Arquitectos: Jane Darbyshire and David Kendall Ltd. (Worpole , Ken (2009). <i>Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care</i> . Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	22
FIG. 13 Maggie's Center em Kirkcaldy por Zaha Hadid. (http://commons.wikimedia.org/wiki/File:MaggiesCentreKirkcaldy2.jpg).....	23
FIG. 14 Maggie's Center em Glasgow por OMA. (http://www.dezeen.com/2011/10/05/maggies-gartnavel-by-oma/).....	23
FIG. 15 Maggie's Center em Lanarkshire por Reiach and Hall. (http://blog.cmoa.org/2014/09/maggies-centres-a-focus-on-scotland/).....	23
FIG. 16 St. Oswald's Hospice (http://www.laidlaw.net/Laidlaw_HomePage/CaseStudies/WrexhamMaelorAdultAcuteandOlderPeoplesUnit/st_Oswalds.aspx).....	24
FIG. 17 Orfanato de Aldo Van Eyck (http://grupo20maroto.blogspot.pt/2013/11/desarrollo-y-referencias.html).....	24
FIG. 18 Orfanato de Aldo Van Eyck (http://grupo20maroto.blogspot.pt/2013/11/desarrollo-y-referencias.html).....	25
FIG. 19 Orfanato de Aldo Van Eyck (https://arqteoria.wordpress.com/2013/05/23/aula-04-arquitetura-tardo-moderna/).....	25
FIG. 20 Planta do Horizon House Children's Hospice. (Worpole , Ken (2009). <i>Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care</i> . Routledge, p. 59.).....	25
FIG. 21 Maggie's Center em Dundee por Frank Gehry. (Worpole , Ken (2009). <i>Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care</i> . Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	25
FIG. 22 St. Columba's Hospice (http://www.stcolumbahospicefundraising.org.uk/news/patients-and-relatives-pay-tribute-as-end-of-life-hospice-nears-dawn-4-407.aspx).....	30

FIG. 23 Trinity Hospice (http://www.wtpartnership.com/sector/trinity-hospice-clapham/).....	30
FIG. 24 Essa Flory Hospice Center na Pensilvânia (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 34.).....	31
FIG. 25 Houston Hospice no Texas (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p.38.).....	31
FIG. 26 St. Richard's Hospice em Worcester. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	32
FIG. 27 Maggie's London. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	32
FIG. 28 Pátio interior do St. Oswalds Children's Hospice em Gosforth, Newcastle. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	32
FIG. 29 Pavilhão do jardim de St. Oswalds Children's Hospice em Gosforth, Newcastle. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	33
FIG. 30 Jardim do New Farleigh Hospice em Chelmsford, Essex. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	33
FIG. 31 Atmosfera familiar - Livraria Lello no Porto (fotografia da autora).....	35
FIG. 32 Capela Bruder-Klaus de Peter Zumthor. (https://www.flickr.com/photos/schroeer-heiermann/6795487509/in/faves-73172555@N00/ .).....	36
FIG. 33 Capela de São Bento de Peter Zumthor. (http://www.snpcultura.org/tvb_espaco_e_silencio.html).....	36
FIG. 34 Villa Mairea de Alvar Aalto. (Pallasmaa, Juhani (2012). <i>The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses</i> . Wiley, p. 73.).....	36
FIG. 35 Casa de Caminha de Sérgio Fernandez. (http://www.aefaup.com/nwsl/2014/3/31/nlffjqosfgk8cu7o23qgf2tdef2o6w).....	37
FIG. 36 (Zumthor, Peter (2009). <i>Thinking Architecture</i> . Birkhäuser Architecture, p. 35.).....	37
FIG. 37 Atmosfera familiar - Praia da Azarujinha, São João do Estoril, Lisboa. (Fotografia da Autora).....	38
FIG. 38 Atmosfera familiar - Estrada da Quinta da Penha Verde, Sintra, Lisboa. (http://www.serradesintra.net/en/quintas-de-sintra/quinta-da-penha-verde).....	38
FIG. 39 Atmosfera familiar - aldeia de Famalicão da Serra, Guarda. (fotografia da autora).....	39
FIG. 40 Atmosfera familiar- casa da aldeia de Famalicão da Serra, Guarda. (fotografia da autora).....	39
FIG. 41 Atmosfera familiar - Quinta Santa Maria Casa Nostra na Várzea de Sintra, actualmente adaptada para turismo rural. Antiga casa de família. (http://www.booking.com/hotel/pt/santa-maria-casa-nostra.pt-pt.html).....	39
FIG. 42 Atmosfera familiar - Quinta Santa Maria Casa Nostra na Várzea de Sintra, actualmente adaptada para turismo rural. Antiga casa de família. (http://www.booking.com/hotel/pt/santa-maria-casa-nostra.pt-pt.html).....	39
FIG. 43 Dispensário de Alcântara em meados do século XX (http://restosdecoleccion.blogspot.pt/2014/04/dispensario-de-alcantara.html).....	40
FIG. 44 Entrada actual do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora).....	40
FIG. 45 Planta dos terrenos cedidos para a construção do edifício do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional da Torre do Tombo).....	40
FIG. 46 Situação actual do espaço central do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora).....	41

FIG. 47 Situação actual do espaço central do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora).....	41
FIG. 48 Planta do piso térreo do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional do Património Arquitectónico).....	41
FIG. 49 Planta de localização da proposta do projecto (registo gráfico da autora).....	42
FIG. 50 Planta de 1856 de Felipe Folque. (museu da cidade de Lisboa).....	42
FIG. 51 Planta de 1911 de Silva Pinto. (museu da cidade de Lisboa).....	42
FIG. 52 Viaduto da Calçada da Pampulha em 1950 (http://tlimtlimxabregas.blogs.sapo.pt/13886.html).....	42
FIG. 53 Avenida Infante Santo em construção em 1950. Fotografia de Eduardo Portugal no Arquivo Fotográfico da C.M.L. (http://biclaranja.blogs.sapo.pt/arquivo/1068361.html).....	43
FIG. 54 Avenida Infante Santo actualmente. (fotografia da autora).....	43
FIG. 55 Planta de localização do projecto – Reflexão sobre as estratégias Urbanas (registo gráfico da autora).....	43
FIG. 56 Secções da localização do projecto – Reflexão sobre as estratégias Urbanas (registo gráfico da autora).....	43
FIG. 57 Planta do projecto – Reflexão sobre as estratégias Urbanas (registo gráfico da autora).....	44
FIG. 58 Jardim/horta das irmãs missionárias. (fotografia da autora).....	44
FIG. 59 Jardim exterior do Dispensário de Alcântara actualmente. (fotografia da autora).....	44
FIG. 60 Planta aproximada do piso térreo do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional do Património Arquitectónico).....	45
FIG. 61 Planta do Maitri AIDS Hospice (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 148.).....	45
FIG. 62 Maitri AIDS Hospice (Idem, p. 147.).....	45
FIG. 63 Maitri AIDS Hospice (Idem, p. 150.).....	45
FIG. 64 Planta do piso térreo do Dispensário de Alcântara (http://www.estamo.pt/files/dispensario.pdf).....	47
FIG. 65 Corte do Dispensário de Alcântara (http://www.estamo.pt/files/dispensario.pdf).....	47
FIG. 66 2º piso do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora).....	47
FIG. 67 Planta do piso subterrâneo do Dispensário de Alcântara (http://www.estamo.pt/files/dispensario.pdf).....	47
FIG. 68 Imagem do mural de cerâmica do Christopher House Hospice em Austin, Texas. (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 53.).....	49
FIG. 69 Planta do tecto da sala de espera do edifício do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional do Património Arquitectónico).....	49
FIG. 70 Dispensário de Alcântara, actualmente, piso subterrâneo . (fotografia da autora).....	49
FIG. 71 Herzog & de Meuron , Basileia, hebelstrasse apartment building . (https://www.flickr.com/photos/jschiemann/6483685551/in/photostream/).....	50
FIG. 72 Secção do quarto individual do hospital de Veneza de Le Corbusier .	

(https://arquitrabalhos.wordpress.com/2010/12/20/utopias-hospital-de-venezale-corbusier/).....	50
FIG. 73 Planta do The Ark Center for Palliative Care, Roermond, Holanda. (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 99.).....	51
FIG. 74 Vidarklinen. (Worpole, Ken (2009). <i>Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care</i> . Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	51
FIG. 75 Houston Hopsice, Hospice of the Texas Medical Center. (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). <i>Innovations in Hospice Architecture</i> . Taylor & Francis, p. 161.).....	52
FIG. 76 Cité Napoléon, Paris. (Hertzberger, Herman (2009). <i>Lições de Arquitectura</i> . São Paulo: Martins Fontes, p. 39.).....	52
FIG. 77 Fotografia da sacada do Sanatório Sousa Martins no início do século XX (http://dazulterra.blogspot.pt/2013/11/a-montanha-magica.html).....	53
FIG. 78 Dispensário de Alcântara, em 15 de Maio de 1950, piso subterrâneo (http://restosdecoleccion.blogspot.pt/2014/04/dispensario-de-alcantara.html).....	54
FIG. 79 Referência do tecto do dispensário. Vivenda em Sant Joan. (http://www.archilovers.com/projects/137524/vivienda-en-sant-joan.html).....	54
FIG. 80 Parede separatória entre os espaços administrativos e o corredor. (registo gráfico da autora).....	54
FIG. 81 Secção da parede separatória entre os espaços administrativos e o corredor numa fase anterior. (registo gráfico da autora).....	55
FIG. 82 Referência da cozinha principal. (http://www.archilovers.com/projects/149766/gallery?1243573).....	55
FIG. 83 Referência da cozinha temporária. Vivenda em Sant Joan. (http://www.archilovers.com/projects/137524/vivienda-en-sant-joan.html).....	55
FIG. 84 Estado actual do corredor adjacente da sala de refeições do Dispensário de Alcântara (fotografia da autora).....	56
FIG. 85 Referência das escadas. Vivenda em Sant Joan. (http://www.archilovers.com/projects/137966/17-blair-road.html#images).....	56
FIG. 86 Cottage almshouse em Reydon, Suffolk (Worpole, Ken (2009). <i>Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care</i> . Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.).....	57

INTRODUÇÃO

Motivação

Portugal tem, na área dos cuidados paliativos pediátricos, um historial incipiente, necessitando urgentemente de uma política para esta área. Milhares de crianças portuguesas ficam sem qualquer apoio naquela que é uma situação existencial de limite, exigindo níveis de solidariedade activa muito elevados e sofisticados, tendo em conta a particularidade da situação médica destas crianças.

Notícias recentes davam conta de que Portugal é o país da Europa Ocidental mais atrasado na prestação destes cuidados (Knapp, 2011). “Até Fevereiro de 2013, era mesmo o único país sem actividade reconhecida (nível 1) pela *International Children’s Palliative Care Network*; em Março de 2013 passou ao nível 2 (capacidade de iniciar actividade) (Lacerda 2012b), a par da Noruega. Todos os outros países da Europa Ocidental se encontram no nível 3 (provisão localizada) ou 4 (integração com os serviços de saúde). Portugal tem portanto urgência em conhecer as necessidades paliativas das suas crianças e jovens e em desenvolver serviços que as apoiem e às suas famílias.”¹

Consciente desta grave insuficiência do sistema português propus-me desenvolver no concreto um Projecto de Arquitectura de Recuperação de um edifício, o antigo Dispensário de Alcântara, para um Centro de Cuidados Paliativos pediátrico.

Para saber exactamente do que iria falar e o que deveria ter em conta na elaboração do projecto, fiz durante um mês investigação no Instituto Português de Oncologia (IPO), em Lisboa, onde pude contactar com inúmeras crianças a quem eram prestados cuidados paliativos, com os serviços que ocorrem a estas situações e com os responsáveis do IPO por este serviço.

O conhecimento desta situação de carência em Portugal, a experiência que obtive, em regime de investigação no IPO, a minha vontade em

¹ <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/maioria-propoe-rede-de-cuidados-paliativos-pediatricos-1630161>

colaborar na superação desta grave insuficiência do nosso País, o simbolismo que representa reconstruir, para este nobre fim, um edifício que foi pioneiro na assistência médica em Portugal, representam para mim uma fortíssima motivação para levar por diante esta proposta de recuperação do Dispensário de Alcântara para um Centro de Cuidados Paliativos Pediátricos.

Tema

O tema geral do presente trabalho incide sobre a influência da arquitectura e do arquitecto, sobre o ser humano, através das atmosferas que propõe.

As atmosferas, sejam elas naturais ou artificiais, influenciam diariamente a forma de estar de cada um de nós. A envolvente em que estamos inseridos é algo que não consegue passar despercebido pelo nosso ser, ainda que seja a um nível inconsciente.

Desta forma, torna-se importante para o arquitecto, como alguém que tem a possibilidade de recriar novos espaços, perceber a pluralidade de características que definem uma atmosfera e as influências que estão na origem de quem as apropria e de quem as cria.

Um centro de cuidados paliativos ou hospício é uma instituição que pretende ter um ambiente doméstico. A própria palavra hospício, apesar de assumir um significado corrente de um local para pessoas com transtornos mentais, ou seja, manicómio, remete para o conceito de hospedagem e actualmente é também um local de abrigo ou tratamento para pessoas doentes ou pobres. Estas instituições devem, como objectivo principal, fazer com que as pessoas que as habitam temporariamente se consigam identificar e apropriar destes espaços assim como em suas casas.

É também um local que deve explorar os espaços colectivos e promover o convívio e o desenvolvimento de actividades que estimulem os utentes. É de grande importância que o centro de

cuidados paliativos ofereça, também, locais de reflexão e distanciamento da situação em que as pessoas estão contextualizadas, e que se consigam assim abstrair e transportar-se para outra realidade.

Num centro de cuidados paliativos assistimos então a uma multiplicidade de intenções onde é necessário que os espaços assumam uma polivalência atmosférica de forma a contribuir para o bem estar de todas as pessoas, com necessidades muito diversas, que ali estão. É necessário que espaços com naturezas, características e objectivos diversos, interagem uns com os outros de forma harmoniosa, e que contribuam para a promoção do mesmo para toda a sociedade interna do centro de cuidados paliativos pediátrico. Assim, é muito importante, até pela situação extrema em que as pessoas inseridas neste contexto vivem, que o meio envolvente esteja intencionalmente desenhado e que a arquitetura em que se encontram inseridas consiga ter uma influência positiva significativa e na vida quotidiana destes utentes.

Objectivos

O objectivo geral do projecto passa por reflectir e entender a importância que uma atmosfera tem no bem estar do ser humano e na compreensão da responsabilidade que o arquitecto tem como criador de algumas destas atmosferas.

O aprofundamento do tema da problemática da qualificação espacial é realizado através da abordagem a uma situação extrema, que é a de uma criança a necessitar de cuidados paliativos. Nesta situação será analisada e explorada a capacidade e a importância que os espaços arquitectónicos podem apresentar para uma política de recuperação ou de bem-estar do ser humano. Juntamente com esta análise será verificado até que ponto este bem-estar de um ser humano fragilizado pode ser alcançado com a ajuda do arquitecto através dos espaços e ambientes que este cria.

Os objectivos concretos deste Projecto consistem na reabilitação do antigo Dispensário de Alcântara para um centro de cuidados paliativos pediátricos e no redesenho da zona envolvente ao edifício, que contém o Convento do Sacramento-a-Alcântara, e a habitação corrente das irmãs missionárias. Através da readaptação e criação de um novo pólo, que aumenta a permeabilidade fazendo a ligação com outros pontos importantes e desvalorizados desta parte da cidade, pretende-se criar um novo pólo social, mantendo a tradição que há neste local de apoio a actividades sociais.

Metodologia e Estrutura

Inicialmente, o presente trabalho, passou por uma fase de enquadramento dos temas, recorrendo a uma recolha bibliográfica essencialmente focada na arquitectura de centros de cuidados paliativos e no papel da arquitectura no bem estar do ser humano, que contextualiza a dimensão histórica, o desenvolvimento social e os princípios estruturantes dos temas.

Foi realizado uma procura aprofundada, no Sistema de Informação para o Património Arquitectónico (SIPA), no Forte de Sacavém, no Arquivo Nacional da Torre do Tombo, no Arquivo Municipal de Lisboa e no Arquivo Geral do Ministério da Saúde, dos documentos disponíveis do Antigo Dispensário de Alcântara, e foi feito um estudo do edifício no sentido de entender o lugar.

Posteriormente, realizou-se uma aproximação e um estudo sobre os futuros pacientes do centro de cuidados paliativos pediátricos, em regime de investigação, durante um mês no IPO de Lisboa na ala de pediatria. Foram realizadas reuniões com diversos especialistas da área, como a Pediatra Oncológica Doutora Ana Lacerda, Coordenadora do Grupo multiprofissional de Apoio à Pediatria da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e, a Dr.ª Filomena Pereira, Directora do Serviço de Pediatria do IPO de Lisboa, e outras entidades, como as educadoras e alguns trabalhadores do IPO pediátrico, que convivem diariamente com estas pessoas e lidam com esta problemática.

E finalmente, foram estudados e analisados diversos casos de estudo e foram feitas visitas aprofundadas às instalações que acolhem crianças que contraíram esta doença, como o IPO de Lisboa e a Associação Acreditar. Com base no carácter doméstico que um centro de cuidados paliativos deve aspirar, os casos de estudo basearam-se, também, em muitas referências, fontes e exemplos de casas comuns. O desenvolvimento do projecto passou por um processo baseado no desenho à mão levantada, em maquetes de estudo e na utilização de ferramentas digitais, que possibilitaram o processo de investigação e a proposta das diversas atmosferas arquitectónicas.

A dissertação está estruturada em três partes:

Numa primeira abordagem, é feito um desenvolvimento da contextualização conceptual e histórica dos centros de cuidados paliativos, que reflecte a sua importância e analisa os resultados provenientes de diversas opções arquitectónicas.

Num segundo momento, é realizada uma reflexão da importância da arquitectura nestes contextos. A partir do desenvolvimento do estudo das atmosferas, é realizada uma procura sobre o que influencia a sua absorção e sobre o que está por detrás das influências que estas podem ter sobre o ser humano.

Finalmente, numa terceira parte, é realizado um relatório de todo o processo onde as escolhas do projecto prático são descritas e fundamentadas. No seu desenvolvimento referem-se alguns dos casos práticos que estiveram na base das decisões fundamentais do projecto.

ESTADO DA ARTE

Componente teórica: experiência do corpo no espaço

O tema das atmosferas na arquitectura, tema essencial para conseguir explorar a influência da arquitectura no ser humano, componente

teórica desta dissertação, já foi alvo de desenvolvimentos, explorações e debates. Alguns autores concentraram-se nesta questão e desenvolveram reflexões pessoais relacionadas com esta temática, que induzem a repensar e aprofundar o assunto.

Peter Zumthor (1943 -) e Juhani Pallasmaa (1936 -) são autores que discutem o tema com uma clareza inspiradora. Através de obras como *Pensar a Arquitectura*² e *Atmosferas*³, Peter Zumthor defende que as imagens e o conhecimento, em arquitectura, se obtêm num percurso académico e profissional, mas também, inconscientemente, a partir de uma experiência pessoal.

*Antigamente, experienciava a arquitectura sem pensar sobre o assunto.*⁴

É a vivência inconsciente e inocente dos espaços que cria as memórias mais profundas da arquitectura.

*Memórias como estas contêm a experiência arquitectónica mais profunda que conheço. Elas são o recipiente de atmosferas arquitectónicas e imagens que exploro no meu trabalho como arquitecto.*⁵

Em obras posteriores, é às antigas memórias e sensações da arquitectura que Peter Zumthor recorre para prever o que uma experiência arquitectónica transmitirá.

*Quando projecto um edifício, frequentemente dou por mim a afundar-me em antigas, e já meias esquecidas, memórias e seguidamente tento recolher o que a situação relembrada de arquitectura me transmitiu, ou seja, o que significou para mim na altura e tento pensar como me podem ajudar no presente a reavivar aquela atmosfera vibrante impregnada da simples presença das coisas, em que tudo tinha a sua forma e o seu lugar específico.*⁶

²Zumthor, Peter (2006). *Thinking Architecture*. Birkhäuser Architecture

³Zumthor, Peter (2009). *Atmosferas*. Editorial Gustavo Gili

⁴Zumthor, Peter (2006). *Thinking Architecture*. Birkhäuser Architecture, p. 7 (tradução livre da autora)

⁵Ibidem, p. 8 (tradução livre da autora).

⁶Ibidem, p. 8 (tradução livre da autora).

São questões como *O que é no fundo a qualidade arquitectónica?*⁷ que fazem o autor explorar temas como o da atmosfera. Na obra *Atmosferas*, Peter Zumthor afirma que existe qualidade arquitectónica se uma obra falar connosco. Qualidade arquitectónica só pode significar que se é tocado por uma obra. Mas o porquê desta qualidade e como se pode reproduzi-la é a grande questão. A esta presença, que algumas obras transportam consigo, chamou Peter Zumthor *atmosfera*. Mas o que define esta *atmosfera* e como se pode controlá-la? Pode dizer-se que a *atmosfera* é a primeira impressão que nos é transmitida de um espaço.

*A atmosfera comunica com a nossa percepção emocional, isto é, a percepção que funciona de forma instintiva e que o ser humano possui para sobreviver.*⁸

Apesar deste conceito de *atmosfera* ser muito instintivo, o autor consegue encontrar certos instrumentos e ferramentas que dão alguns esclarecimentos sobre a criação destas *atmosferas*.

Segundo a sensibilidade de Peter Zumthor, o que forma uma atmosfera pode ser dividido em nove pontos: *o corpo da arquitectura, a consonância dos materiais, o som do espaço, a temperatura do espaço, as coisas que me rodeiam, entre a serenidade e a sedução, a tensão entre o interior e exterior, degraus da intimidade, e a luz sobre as coisas.*⁹

Juhani Pallasmaa é outro autor que expressa uma preocupação sobre a forma como o ser humano vive o espaço actualmente e como o absorve.

Na obra *The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses*¹⁰, o autor expressa uma preocupação com o domínio da visão sobre os outros sentidos na forma como a arquitectura é pensada, concebida e criticada, e o conseqüente desaparecimento dos sentidos e qualidades sensoriais do universo da arquitectura.

⁷Zumthor, Peter (2009). *Atmosferas*. Editorial Gustavo Gili, p. 11.

⁸Ibidem, p. 13

⁹Cf. Zumthor, Peter (2009). *Atmosferas*. Editorial Gustavo Gili, p. 23-73

¹⁰Pallasmaa, Juhani (2012). *The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses*. Wiley

É através de uma percepção sensorial subjectiva, atingida através do conjunto de todos os sentidos interagindo entre si, que o ser humano absorve o que a envolvente possa ter para transmitir. Só através de uma visão desfocada é que o observador consegue realmente absorver a atmosfera que o rodeia.

O título do livro deseja exprimir o significado e a importância do tacto no nosso reconhecimento do mundo e reflectir sobre o domínio alcançado pelo sentido visual. A importância do sentido do tacto nas nossas vidas é evidente e a arquitectura tem de ser experimentada por todos os sentidos.

*Todos os sentidos, incluindo a visão, são extensões do sentido do tacto.*¹¹

Outro dos temas abordados é a forma como a atmosfera é absorvida pelo ser humano. O efeito que a visão periférica tem sobre nós na nossa percepção do mundo e o seu papel na nossa vida é mais importante, existencialmente, do que a visão focada. Quer isto dizer que, as primeiras impressões que adquirimos de um local, obtidas através de uma visão focada, não são as que nos transmitem a sua essência nem as que mais tarde permanecem em nós.

Investigações neurológicas sugerem que os processos cognitivos e de percepção se desenvolvem a partir de uma compreensão imediata e só depois passam a uma identificação dos pormenores, conseguida através de uma visão focada.

*As características atmosféricas dos espaços, lugares e configurações são apreendidas antes de qualquer observação consciente dos detalhes ser feita.*¹²

A qualidade arquitectónica, a partir de intenções conscientes, é completamente afectada pela visão periférica, pois é ela que inclui o indivíduo no espaço.

Assim, pode dizer-se que a complexidade do espaço físico é absorvido a partir do nosso corpo, através de todos os nossos sentidos. A partir

¹¹Pallasmaa, Juhani (2012). *The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses*. Wiley, p. 12 (tradução livre da autora).

¹²Ibidem, p. 15 (tradução livre da autora).

de impressões conscientes e inconscientes, a absorção do espaço passa sempre por uma interpretação do observador. As imagens e as experiências vividas moldam a percepção do indivíduo face à realidade e por sua vez o indivíduo altera também a realidade em que vive iniciando assim uma dialéctica da percepção do espaço.

Também o arquitecto, como ser criador, recorre inevitavelmente a imagens e experiências anteriores. É a partir deste reportório de memórias que o artista consegue antever e dar forma a novas obras. Todas as experiências artísticas e arquitectónicas são evocadas através de imagens poetizadas, absorvidas através de experiências do mundo real e que se tornam parte de nós, ao mesmo tempo que nos projectamos no espaço.

Existe uma constante troca recíproca entre a obra de arte e nós próprios e, na sua criação, há uma projecção e identificação poderosa de nós mesmos.

Concluindo, o arquitecto tem o poder de sugerir espaços que influenciam diariamente não só o indivíduo mas também a sociedade.

Como defende Herman Hertzberger em *lições de arquitectura*¹³ a arquitectura e o arquitecto tem, nas suas acções, o peso da responsabilidade de alterar constantemente a vida quotidiana das pessoas. A sociedade, que é também produto da influência da envolvente e simultaneamente elemento influenciador, pode ser manipulada por acções conscientes do arquitecto e pesa sobre a dinâmica de uma atmosfera.

*O arquitecto é como o médico – não há espaço para discriminação de valores no seu pensamento; deve dedicar a sua atenção igualmente por todos os valores, e deve, simplesmente garantir, que o que cria faz toda a gente sentir-se melhor.*¹⁴

¹³Hertzberger, Herman (2009). *Lessons for Students in Architecture*. 010 Publishers

¹⁴Ibidem, p. 267 (tradução livre da autora).

Componente prática: centros de cuidados paliativos

Relativamente à componente prática, existe também um conjunto de autores que exploram o tema da arquitectura e da sua importância nos centros de cuidados paliativos e nos centros médicos em geral. Estes autores e obras formam o reportório que torna possível o desenvolvimento do projecto de um centro de cuidados paliativos.

A obra de Ken Worpole, *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*¹⁵, defende a existência de um estilo arquitectónico distinto nos centros de cuidados paliativos, relacionado com o sentido de dignidade na morte e conclusão do sentido da vida. Aqui encontramos o conceito de centro de cuidados paliativos e o grau do seu desenvolvimento a um nível mundial focado nos desafios arquitectónicos envolvidos no projecto de centros de cuidados paliativos. São apresentados os diferentes tipos de edifícios que, historicamente, foram feitos para servir as necessidades dos doentes e dos moribundos. Também é examinada a sensibilidade actual do projecto de casas residenciais e das paisagens que as envolvem. São ainda relatados aspectos do desenvolvimento do processo de projecto e usados estudos de caso diversos. Finalmente, são apontadas as relações e as diferenças entre os centros de cuidados paliativos e diferentes programas dos centros de cuidados paliativos pediátricos.

Na obra de Stephen F. Verdeber e Ben J. Refuerzo, *Innovations in Hospice Architecture*¹⁶, encontramos muitos dos exemplos que foram seguidos no desenvolvimento deste projecto. É uma obra abrangente que nos fala da forma como a sociedade reage a este tema e as dificuldades que podemos ter ao lidar com a situação de doença prolongada.

Numa sociedade moderna a morte é vista como inapropriada. Não é difícil perceber porque é difícil aceitar a morte, quer para os médicos, quer para os arquitectos. Conflitos entre questões morais e técnicas

¹⁵Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge

¹⁶Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis.

tornam as decisões que dizem respeito ao final da vida numa questão problemática, uma vez que o interesse da medicina são os doentes e não os moribundos. Em último caso, a morte na medicina é vista como um símbolo de falha. Na área arquitectónica existem também dificuldades em conceber e confrontar a morte, pois no percurso profissional, os arquitectos tendem a construir como acto de afirmação, esperança, optimismo e até de alegria. O dilema é que os arquitectos são treinados de forma a visionar e projectar o que ainda não existe; no caso da criação de centros de cuidados paliativos, têm de aplicar o processo inverso de projectar para aqueles que vão desaparecer.¹⁷

Na arquitectura existe também o dilema do ponto de vista socio-económico, o moribundo não ter nenhum *status*, ou seja, não se integra nem na categoria de consumidor nem na categoria de produtor, que são os clientes habituais dos arquitectos.¹⁸

*Vitruvius declarou que um trabalho significativo em arquitectura é aquele que fornece comodidade, firmeza e prazer, e presumivelmente implica que este seja o caso para todas as pessoas vivas.*¹⁹

A arquitectura paliativa tem o poder de redefinir o conceito de invalidez no ser humano. É uma arquitectura de compaixão que aponta para o alívio do sofrimento, stress e desconforto desnecessários que o ser humano pode vir a sentir. Os centros de cuidados paliativos tornam possível uma independência e autonomia que reforçam a dignidade pessoal e aliviam um sofrimento desnecessário. Estes centros começam a ser fundamentais nas sociedades actuais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que *“em todos os países, os cuidados paliativos, incluindo o controlo de sintomas e o alívio da dor, será importante nos próximos anos... nada terá maior efeito imediato na qualidade de vida e alívio do sofrimento, não apenas para pacientes com*

¹⁷Cf. **Verdeber**, Stephen F., **Refuerzo**, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 3.

¹⁸Cf. *Ibidem*, p. 4.

¹⁹**Verdeber**, Stephen F., **Refuerzo**, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 4 (tradução livre da autora).

cancro mas também, para as suas famílias, do que implementar o conhecimento acumulado no campo dos cuidados paliativos.”²⁰

Os cuidados paliativos consistem, geralmente, em cuidados físicos, centros de enfermagem, assistência pessoal com actividades quotidianas, trabalho de medicina social, música e terapia de arte, companheirismo e aconselhamento psicológico destinado à família e ao paciente. Os arquitectos que estão a trabalhar nesta área precisam de estar conscientes que existem três dimensões que formam a linguagem paliativa: o papel da ciência, o papel do paciente e o papel do ambiente do edifício.

Como sociedade, o que construímos é reflexo directo do que somos.²¹

Os valores e princípios de um arquitecto são um factor fundamental na construção de uma arquitectura solidária. Os centros de cuidados paliativos constroem uma oportunidade de os pacientes reverem o percurso de vida, de se reconciliarem e de explorarem os aspectos físicos e espirituais da sua existência.

É contraproducente para a arquitectura permanecer isolada de disciplinas que estejam ligadas ao conceito de morte. Especialistas em medicina paliativa e arquitectos precisam de trabalhar juntos neste tema.

Arquitectura paliativa tem como objectivo assegurar o direito individual de morrer com dignidade, num cenário digno.²²

O estudo de Cynthia A. Leibrock e Debra D. Harris, *Design Details for Health: Making the Most of Design's Healing Potential*²³, é outra obra importante. As autoras questionam e pesquisam como o projecto e o desenho interior pode afectar os resultados de recuperação e de bem-estar de pessoas doentes. Esta obra oferece detalhes de design que podem melhorar a vida e a recuperação dos pacientes internados ou instalados em instituições de cuidados médicos, casos de estudo

²⁰Ibidem, p. 3 (tradução livre da autora).

²¹Ibidem, p. 5 (tradução livre da autora).

²²Ibidem, p. 5 (tradução livre da autora).

²³Leibrock, Cynthia A., Harris, Debra D.(2011). *Design Details for Health: Making the Most of Design's Healing Potential*. Wiley

fascinantes e pesquisa demonstrativa do papel positivo que o design pode ter nestas instalações.

Finalmente, a obra de Esther M. Sternberg, *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*²⁴, é essencial no desenvolvimento deste projecto, pois dá uma perspectiva inversa, ou seja, clínica e não arquitectónica desta questão. A autora explora a questão da interferência e influência dos diversos espaços e atmosferas sobre a cura do ser humano, a partir de uma perspectiva clínica onde se desenvolve e relaciona o sentido entre mente e corpo, percepção e lugar. Através de pesquisa e análise intensivas entre as reacções cerebrais provocadas por estímulos exteriores e as respostas a estes, sob a forma de recuperações terapêuticas, a autora chega a descobertas interessantes, algumas estranhas e inesperadas.

²⁴Sternberg, Esther M. (2010). *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*. Belknap Harvard

1. CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTO ²⁵

Architecture should defend man at his weakest. Alvar Aalto ²⁶

Introdução

O conceito de centro de cuidados paliativos ou hospício²⁷ remete originariamente – até pela sua própria raiz etimológica: *hospitum* – hospital, hostel, hotel e hospitalidade - para a ideia de protecção, abrigo e bem estar humano, referente a locais onde visitantes, convidados, peregrinos ou aqueles que precisam de ajuda espiritual e física são bem-vindos e tratados. O hospício actual ou os centros de cuidados paliativos vêm retomar o ambiente familiar e de intimidade nos cuidados que prestam aos doentes terminais, convertendo-se num conceito de referência para aqueles que prestam cuidados paliativos em hospitais e casas residenciais para os idosos.

Na sua essência, um centro de cuidados paliativos é um edifício, simples ou composto, com terrenos e jardins exteriores, no qual se prestam tratamentos e cuidados a pessoas com doenças terminais. É principalmente utilizado para providenciar acomodações residenciais e tratamentos para um número pequeno de pessoas, normalmente por um pequeno período, medido em dias ou semanas, ao invés de meses ou anos. Os centros de cuidados paliativos pediátricos têm um carácter diferente, na medida em que comportam apoios não só às crianças,

²⁵Este ponto acompanha a obra de **Verdeber**, Stephen F., **Refuerzo**, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, até à p. 57. e a obra de **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, até à p. 63 e da p.78 à p.89.

²⁶**Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. iniciais.

²⁷No contexto da dissertação, a palavra hospício tem o mesmo significado de centro de cuidados paliativos para dar ênfase ao acolhimento e à hospitalidade que são fundamentais nestes locais.

mas também aos familiares, e possibilitam um acompanhamento durante os anos seguintes ao diagnóstico.

A prioridade de um centro de cuidados paliativos é controlar os sintomas, o sofrimento, o bem estar emocional e espiritual dos pacientes e das suas famílias e amigos. A própria palavra, paliativos, remete para o controlo da doença e do sofrimento, ou seja, que não cura mas mitiga a doença.

A história dos hospícios e dos hospitais é uma história da evolução humana, da evolução de valores espirituais e religiosos, e estes edifícios têm sido construídos com os valores da sua época, assim como os templos, igrejas, palácios, jardins e cemitérios. Os cuidados das pessoas doentes e moribundas têm, na maioria das tradições religiosas, sido considerado como um dever sagrado e honroso, que requer definições apropriadas às causas nobres. É o dever da Arquitectura, nesses lugares e nesses tempos, inspirar e proporcionar consolo, mesmo se não conseguir curar.

Embora os primeiros centros de cuidados paliativos tenham sido construídos com o único propósito de conciliar uma passagem da vida para a morte, hoje em dia, comportam já um propósito mais extenso que não afecta apenas os seus residentes e, como resultado, a expressão “cuidados terminais” evoluiu para “cuidados paliativos especializados”.

1.1. Contextualização histórica

No início do séc. XII, funcionavam já vários hospícios no Sul de França e em Itália, acolhendo peregrinos doentes e pobres.²⁸O termo hospício

²⁸A existência de hospitais fora da Europa é muito mais antiga: há plantas de um hospital, em Sri Lanka, construído no séc. VI. Bagdad, capital dos primeiros Califas



Fig. 1 | Exemplo de uma Begijnhoven
(<http://www.bloggen.be/deinze/archief.php?ID=565752>)



Fig. 2 | Exemplo de uma Almshouse
(<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cambridge87.JPG>)



Fig. 3 | Ironmongers' Almshouse (Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)

referia-se a uma casa de repouso ou de recuperação para viajantes ou estrangeiros, especialmente membros das ordens religiosas. O termo “hospício” só no final do século XIX recebeu o seu significado actual de local de cuidados para os moribundos.

Na Europa medieval o acolhimento e a prestação de cuidado a doentes e idosos ²⁹ recaiu, primeiro, sobre a Igreja, mais tarde, sobre grupos de laicos e, finalmente, sobre o Estado.³⁰

Os primeiros hospitais europeus regularmente partilhavam a estrutura celular de mosteiros, fechados do mundo mas com espaços deambulatórios e pátios de jardins.

Este modelo foi também encontrado nos asilos (almshouses) e nos *begijnhoven* na Holanda e na Bélgica. Verificavam-se, em muitos países, variações de disposição espacial, nos edifícios de acolhimento de comunidades pobres, idosas, doentes e aflitos.

Asilos (almshouses) e hospitais eram frequentemente nomes diferentes para instituições semelhantes, às vezes, também, conhecidas como “sitalhouses”. As “almshouses” combinam a forma da raiz arquitectónica da habitação privada (com terraço, por exemplo), replicada em série para produzir um complexo colectivo maior, muitas vezes desenvolvido à volta de uma capela ou refeitório, com uma cúpula e um relógio sobre a porta central. Cada edifício tem uma inscrição única de esperança como *Be Kind Quickly*. Elementos de algumas destas almshouses ressurgiram novamente nos projectos de hospícios recentes. ³¹

muçulmanos, era célebre, no séc. X, pelos seus numerosos hospitais, e Ispahão, capital da Pérsia, contava em 1160 com 60 hospitais.

²⁹Na Holanda e na Bélgica, surgiram no século XIII, as Almshouse e as *Begijnhoven* (comunidades dos idosos e dos doentes, e de mulheres em particular).

³⁰No século XV, Florença tornou-se famosa pelos seus numerosos hospitais. Em França, no séc. XVIII, existiam mais de 2000 hospitais (eclesiásticos, comunitários ou do Estado) dedicados aos cuidados dos doentes e moribundos. No entanto, os hospitais eram, em geral, raros até ao final do século XIX, particularmente na América do Norte, onde, em 1800, nos EUA, havia apenas dois hospitais; em 1873 este número tinha crescido para 178, e por volta de 1923 havia já 4978 hospitais. Desde então os EUA têm sido líderes no desenvolvimento de uma vasta gama de hospitais especializados.

³¹ C.f. Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 16.

Só no século XIX é que os hospitais assumem uma identidade estatal e laica onde a responsabilidade clínica e financeira dos doentes recai já sobre o Estado e os edifícios de saúde começam a assumir dimensões megalómanas.

Em 1960 surgia uma filosofia alternativa aos grandes hospitais gerais. Cecily Saunders, uma enfermeira com conhecimentos médicos, e David Tasma, assistente social com uma doença terminal, conversando sobre as suas próprias necessidades, conseguiram imaginar uma “casa” onde as pessoas pudessem encontrar algum alívio e o encorajamento necessário para a socialização e a autoconsciência e onde o cenário pudesse ser benéfico e não deprimente. Segundo este modelo, os doentes terminais já não teriam de viver os restos dos seus dias isolados nas alas de oncologia dos hospitais. Começaram por existir programas contemporâneos que permitiam a ajuda psicológica, através de conversas abertas sobre morrer e a morte, com especialistas profissionais, familiares e amigos, caso o desejassem. Este círculo de pessoas e actividades tinha como objectivo tornar os últimos dias do paciente mais significativos, pacíficos e completos.

Os cuidados paliativos surgiram como alternativa ao isolamento de instituições, através de equipas dedicadas (enfermeiras, médicos, assistentes sociais, terapeutas, religiosos) que encorajam a família e amigos a fazer parte do processo de cuidados dos pacientes.

Em 1967 Saunders abriu o seu próprio instituto, St. Christophers’ Hospice, em Londres, com a ajuda financeira que David Tasma deixara após falecer. Aqui conseguiu ajudas de trabalhadores voluntários, que iam desde médicos e enfermeiros ingleses até à psiquiatra e escritora suíço-americana, Elisabeth Kubler-Ross.

O primeiro hospício autónomo, nos E.U.A., foi o Connecticut Hospice, construído em New Haven (1972-74) pelo arquitecto Lo-Li Chan.



Fig. 4 | Exemplo de uma Almshouse (http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Boshuisen_Gasthuis.jpg)

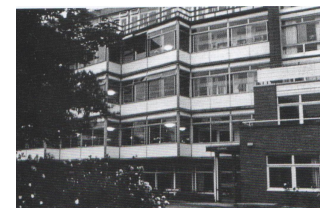


Fig. 5 | St. Christopher's Hospice (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 13.)

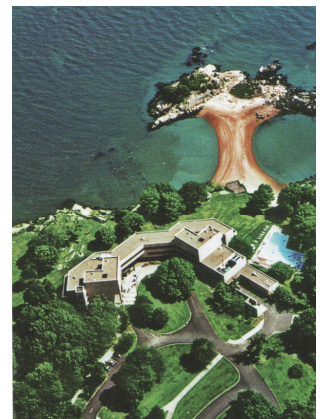


Fig. 6 | Connecticut Hospice (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 35.)

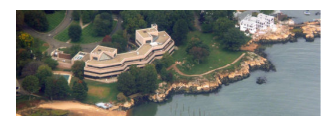


Fig. 7 | Connecticut Hospice (<http://hospice.com/>)

Em 1976, Lo-Li Chan foi o primeiro autor a escrever sobre a arquitectura de hospícios nos E.U.A. Este artigo ³² descrevia o trabalho que ele tinha realizado no Connecticut Hospice e sublinhava alguns conceitos fundamentais de projecto, que viriam a servir como ponto de referência para os arquitectos nos quinze anos seguintes. Lo-Li Chan concebeu transições amenas através de alcovas e vestíbulos, criando áreas para as pessoas reflectirem, fazerem pausas ou retiros íntimos, áreas estas que eram agora dignificadas arquitectonicamente. Estes princípios estabelecidos na natureza, juntamente com o respeito pela escala humana, diferenciavam o hospício dos hospitais típicos da época.

O movimento de Arquitectura de Hospícios, iniciado por Lo-Li Chang foi seguido por outros arquitectos, como Gregory J. Scott's, no seu projecto do Essa Flory Hospice of Lancaster County (2001), e por J.A. Hackney, primeiro autor a ser publicado por um jornal britânico, defendendo muitas inovações introduzidas já por Lo-Li Chang.

Em 1985 existiam cinco modelos de cuidados paliativos (uma tipologia baseada no modelo britânico): ³³

1. O edifício autónomo de cuidados paliativos independentes (como The Connecticut Hospice, Hillhaven Hospice, Tucson);
2. O edifício autónomo com afiliações com o hospital (como o Riverside Hospice in Boonton, New Jersey);
3. Unidade especializada de cuidados paliativos (PCU) dentro de instalações de cuidados a longo prazo;
4. Equipas itinerantes de cuidados paliativos dentro de certas instituições (como o St. Luke's Hospital, New York);

³²Chan, L., *Hospice: A new building type to Comfort the dying*, AIA Journal 65 (12); 42-45, 1976 in Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 16.

O nome do arquitecto aparece sob a forma de Lo-Li Chan e Li-Yo Chan na obra Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 16. e p.183, respectivamente e como L. Chan no índice primitivo do AIA Journal, 65 (12)

³³Cf. Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 16.

5. Programas providenciados exclusivamente em casas particulares (como a primeira fase do Hospice of Marin, California e o Hospice of Orlando, Florida).

O movimento britânico dos hospícios desenvolveu-se, a partir da Grã-Bretanha, para o Continente Americano, Europa, China, e Japão. A Bélgica abriu a sua primeira unidade de cuidados paliativos em 1985 e a Holanda em 1987. Na Alemanha, em 1990, existiam apenas três unidades de cuidados paliativos (PCU). No Japão, o primeiro hospício independente abriu em 1993, o Hospício Casa da Paz, em Tóquio (segundo o modelo "home-like", embora pertencente a um vasto complexo hospitalar, o NTT Hospital). Em Hong-Kong (1984) e na China (1998, Hospitais da Universidade de Shantou, no Sudeste da China) a Fundação Li Ka-Shing foi responsável pela abertura dos primeiros hospícios, e em 2005 estavam já estabelecidas 19 unidades de cuidados paliativos, afiliadas com hospitais. No Canadá, em 1992, havia já dois hospícios exemplares, um deles é a Maison Victor-Gadbois Hospice, no Quebec. Nos E.U.A., em 1984, existiam já 3 hospícios independentes e 516 unidades de cuidados paliativos, afiliadas com hospitais.

Na América do Sul, havia já um outro modelo de hospício, a Clínica Família (1997), em Santiago no Chile. Cada quarto era dividido em 2 unidades, cada uma controlada por uma estação central de enfermeiras, para que existisse um controlo visual máximo para todos os quartos. Cada quarto albergava 1 a 3 pacientes e tinha uma casa de banho. O piso térreo continha os serviços administrativos, áreas educacionais, zonas de refeição, capela e programas de cuidados. Tanto a Clínica Família como o St. Christopher's Hospice, em Londres, partilhavam um vocabulário arquitectónico exterior modernista. Em Jerusalém, o Ina and Jack KayHospice, fundado em 1987, foi o primeiro hospício autónomo de Israel, afiliado com um hospital.

O movimento a favor dos hospícios recebeu uma forte difusão por parte de organizações defensoras de cuidados de saúde mais



Fig. 8 | Maison Victor-Gadbois Hospice
(<http://www.maisonvictor-gadbois.com/>)



Fig. 9 | Hospício Clínica Família (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 20.)

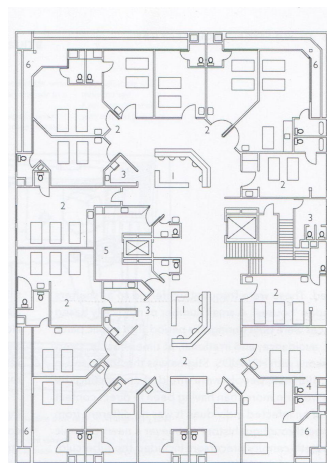


Fig. 10 | Planta do primeiro piso do Hospício Clínica Família (Ibidem p. 21.)

qualificados, como a European Association for Palliative Care, fundada em Milão em 1988, com 42 membros, em 9 países, e que em 1998 tinha já 9000 membros, em mais de 50 países.

Como já foi referido, infelizmente, em Portugal ainda não existe uma preocupação construtiva sobre estes problemas sociais. Portugal é, assim um dos países mais atrasados na Europa, sob o ponto de vista dos cuidados paliativos em geral.

1.2. Centros de cuidados paliativos – Experiência e opiniões profissionais do meio

Os centros de cuidados paliativos proporcionam a possibilidade de viver a vida com a máxima qualidade até à morte, trazendo também, algum conforto e compreensão aos pacientes e suas famílias.

Existem, porém, opiniões controversas e cepticismos adjacentes a esta nova filosofia.

O significado da palavra e as reacções de medo e ansiedade, quando pronunciada numa situação iminente, é ainda um ponto que impede uma aceitação completa destas instituições.

Os centros de cuidados paliativos têm também, uma grande preocupação relativamente aos espaços e à sua qualidade arquitectónica.

Apesar dos esforços, prevalece um certo cepticismo, relativamente à importância arquitectónica destes espaços, partindo do pressuposto de que não há meios para atender simultaneamente a uma arquitectura ambiental e a um conjunto complexo de cuidados clínicos. Em 2000, no North London Hospice, Naomi Stungo escreveu, no jornal *RIBA Interiors*:³⁴

³⁴Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 18. (tradução livre da autora).

Admitamos que, na altura em que uma pessoa tem de ir para um hospício, o design e a arquitectura são, provavelmente, a última coisa em que se está a pensar. Muitos mais importante são os cuidados de enfermagem, o alívio da dor e a atenção geral disponível e, porque nenhum destes pontos é barato, os hospícios (assim como os hospitais) tendem a ser zonas livres de projecto. As coisas são mesmo assim: a realidade do financiamento da saúde significa, geralmente que nos encontramos numa posição de ou é isto/ ou aquilo – ou saúde ou projecto – que é uma escolha terrível de se ter de fazer, uma vez que, inúmeras investigações mostram que ambos afectam o paciente.

A face pública de um edifício é feita através de um conjunto de elementos: localidade, limites do perímetro, pontos de entrada, nomes, indicações, sinalética, e claro, o estilo arquitectónico do próprio edifício. As primeiras impressões contam sobretudo para os mais vulneráveis.³⁵

Até mesmo os nomes dos edifícios podem ser vistos com alguma apreensão pública. Isto foi demonstrado quando, em 2000, o “Macmillan Runcie Day Hospice” decidiu alterar o seu nome para “Grove House” e o número de referências dos pacientes aumentou significativamente.³⁶ Ainda muitas pessoas têm problemas com a palavra hospícios ou centro de cuidados paliativos, pois está implícito um local de cuidados terminais, mesmo que hoje em dia muitos dos pacientes entram e saem depois de um período significativo de tempo.

No entanto, a maioria dos hospícios mantém no título das suas instituições, a palavra “hospício”, com a concordância da comunidade, que aprova o termo e o conceito que lhe subjaz, embora o próprio edifício, assim como a sua localização e paisagem, também tenham um papel decisivo na criação da confiança pública.

Esperamos que o espaço físico faça uma quantidade significativa de trabalho por nós. Isto é particularmente verdadeiro em edifícios que

³⁵Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 53.

³⁶Cf. *Ibidem*, p. 53.

*servem doentes terminais, onde a ansiedade do paciente encontra significado em todos os lugares, para o bem ou para o mal.*³⁷

Os edifícios, não deviam portanto, apenas funcionar, mas também ter um significado. Idealmente, devia ser prestada atenção aos dois sentidos de arquitectura, assumindo que aparência externa e eficácia interna se complementam entre si.

Christopher Richards, da empresa Acanthus LW Architects, designers do South Bromley Hospice e do Hospice on the Weald, em Kent, Reino Unido, disse que *“as pessoas dizem-nos que querem que estes edifícios as façam sentir o doméstico e o tradicional, em vez de institucional e clínico – apesar de não quererem que seja arquitectonicamente desafiador.”*³⁸

Na Irlanda permanece uma preferência por edifícios mais formais, com uma arquitectura mais estabelecida e tradicional referente a instituições de caridade ou edifícios de saúde. Na Escandinávia, por outro lado, a tendência para um projecto e um design moderno é maior. Um relatório Dinamarquês sobre os centros de cuidados paliativos britânicos notou que uma característica partilhada entre eles é a específica intenção de não se quererem assemelhar a um hospital.³⁹

St. Joseph's in Hackney, desenhado por Greenhill Jenner Architects, *é conscientemente minimalista, como insistiu o pessoal, que aparentemente afirmou que não estavam interessados numa alegria simulada, ou num acolhimento fingido. Estes espaços não pretendem ser domésticos, contudo comunicam conforto e um alto nível de cuidados profissionais, com uma contenção de bom gosto.*⁴⁰

O grau de domesticidade na aparência e no sentir dos centros de cuidados paliativos modernos é uma questão sensível para a qual não existe uma resposta única. The Maggie's Cancer Caring Centres, embora, não residenciais, são uma rede de edifícios que têm como



Fig. 11 | St. Joseph's Hospice
(<http://salixmechanical.com/projects/health/st-josephs-hospice-new-community-areas/>)



Fig. 12 | St. Gemma's Hospice.
Arquitectos: Jane Darbyshire and David Kendall Ltd. (Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)

³⁷Ibidem, p. 53/54 (tradução livre da autora)

³⁸Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 55 (tradução livre da autora).

³⁹Cf. Ibidem, p. 55.

⁴⁰Ibidem, p.55. (tradução livre da autora).

objectivo apoiar pessoas afectadas pelo cancro através, de uma atmosfera acolhedora, informação e conselhos práticos, não substituindo os locais apropriados de terapia para o cancro. Foi fundado pela iniciativa da falecida crítica e escritora de arquitectura, Maggie Keswick Jencks e, como o marido, Charles Jencks, com a mesma profissão, acreditava na habilidade arquitectónica dos edifícios elevarem o espírito. Este continua ainda envolvido nos programas de arquitectura e de organização de fundos. Os Maggie's Centers dizem que se esforçam por combinar o melhor da escala doméstica e de um design desafiador e muitos dos que foram construídos recentemente foram projectados por arquitectos inovadores de renome como: Frank Ghery, Zaha Hadid, OMA e muitos outros.⁴¹

O arquitecto Ian Clarke da empresa Jane Drbyshire and David Kendall Ltd pensa que *todos os ambientes de cuidados de saúde deveriam promover um sentimento instintivo de à-vontade e de simplicidade. (...) O hospício pode oferecer uma segurança e uma atmosfera animadora e esperançosa mas talvez com alguns ambientes ligeiramente diferentes de uma casa e oferecendo coisas diferentes – como uma boa vista e acessibilidade a jardins cuidados, por exemplo – mais sobre a experiência humana, menos sobre visual doméstico.*⁴²

Um problema moderno enfrentado pelos centros de cuidados paliativos é o dos acessos a veículos de entrega de produtos, porque a dimensão dos veículos modernos de entrega colide com a escala e com a intimidade da entrada principal ou então não é suportada por uma reduzida retaguarda do edifício, a parte funcional deste. Ainda mais sensível é a questão da remoção dos corpos do hospício, da forma calma e ordenada que esta operação deve ter

A maioria das salas mortuárias são colocada na parte posterior do edifício contudo, existem opiniões controversas sobre esta questão: descrição institucional ou ritual humano.



Fig. 13 | Maggie's Center em Kirkcaldy por Zaha Hadid. (<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:MaggiesCentreKirkcaldy2.jpg>)

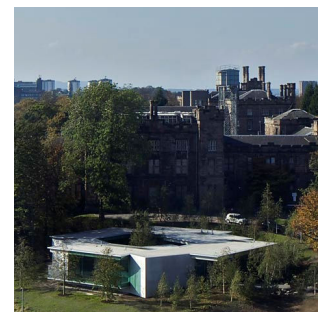


Fig. 14 | Maggie's Center em Glasgow por OMA. (<http://www.dezeen.com/2011/10/05/maggies-gartnavel-by-oma/>)



Fig. 15 | Maggie's Center em Lanarkshire por Reich and Hall. (<http://blog.cmoa.org/2014/09/maggies-centres-a-focus-on-scotland/>)

⁴¹Ibidem, p.41 e p.55.

⁴²Ibidem, p.55. (tradução livre da autora).

A gente não nota nada, ou apenas casualmente, mais tarde. Quando alguém morre, passa-se tudo no mais estrito sigilo, em consideração para com os outros pacientes, sobretudo pelas senhoras, que, sem isso, talvez tivessem crise de nervos. Nem se percebe, quando alguém morre no quarto do lado. Trazem o caixão de madrugada, enquanto todos estão a dormir, e vão buscar a pessoa em questão somente em horas determinadas, por exemplo durante as refeições. (...) ⁴³

(..) Pensei nestes dias que é uma estupidez da parte de todas estas senhoras terem um tal pavor de morte e de tudo o que se relaciona com ela, a ponto de tornar-se preciso ocultar tudo e administrar o Santo Sacramento enquanto elas estão a comer. ⁴⁴



Fig. 16 | St. Oswald's Hospice
(http://www.laidlaw.net/Laidlaw_HomePage/CaseStudies/WrexhamMaelorAdultAcuteandOlderPeoplesUnit/st_Oswalds.aspx)

Julia Neuberger diz que a atitude de um grupo de pessoas numa casa de cuidados que visitou, apesar de não ser um hospício, era a de forte ressentimento pelo facto de que os corpos eram retirados pela porta das traseiras: *Entramos pela porta da frente portanto queremos sair pela porta da frente.* ⁴⁵

Os centros de cuidados paliativos, com a grande afluência que têm, de trabalhadores e visitantes durante as 24 horas do dia, são muitas vezes confrontados com problemas de estacionamento.

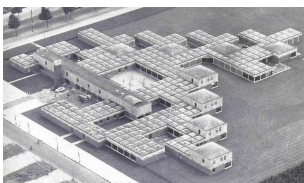


Fig. 17 | Orfanato de Aldo Van Eyck
(<http://grupo20maroto.blogspot.pt/2013/11/desarrollo-y-referencias.html>)

Stephen Verdeber e Ben J. Refuerzo ⁴⁶ defendem fortemente uma política de estacionamento descentralizado: *a localização apropriada e o design de áreas de estacionamento é fulcral para o sucesso do hospício. Poucos lugares na proximidade do edifício pode ser uma fonte de stress para os pacientes e as suas famílias.* ⁴⁷

Os edifícios que abrem directamente para uma rua ou um parque de estacionamento não dão tempo nem espaço ao visitante para se

⁴³Mann, Thomas (s.d.). *Montanha Mágica*. Livros do Brasil, p. 57.

⁴⁴Ibidem p.116.

⁴⁵Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 57. (tradução livre da autora)

⁴⁶Autores da obra *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis.

⁴⁷Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 57 (tradução livre da autora).

reajustar à medida que se movem de uma realidade para a outra. A entrada de St. Oswald's Hospice – único edifício de cuidados de saúde a ganhar o prémio arquitectónico de *building of the year* do Royal Institute of British Architects – lembra muito o Orfanato de Amsterdão, construído em 1960, de Aldo Van Eyck onde as ideias de comunidade, de reconciliação, de repensar e renovar são destacadas.⁴⁸

Um centro de cuidados paliativos para crianças deverá ser um local muito mais sociável do que um hospício para adultos, onde a ênfase está colocada na privacidade pessoal.

O ambiente e os valores anti-institucionais são vitais num centro de cuidados paliativos para crianças. A possibilidade de entrar discretamente e facilmente é crucial. Uma vez passada a área de recepção, no caso do Horizon House Children's Hospice, em Belfast, por exemplo, o edifício abre para uma extensa área de quartos e jardins.

Outro dilema interessante que se levanta é de verificar se a parte administrativa, de gestão e de angariação de fundos, que normalmente ocupam uma área grande do edifício, estará ou não a distorcer a escala e o sentido original do projecto. Uma resposta inicial a este problema seria a de sugerir que os escritórios fossem situados noutra local. No entanto, se situarmos a parte de angariação de fundos e doações longe do hospício, os voluntários rapidamente perderiam a sua motivação. De certa forma, as angariações de fundos e doações e o voluntariado têm de ser visto como sendo também o coração dos serviços do hospício, tal como a educação e o treino profissional, que hoje em dia também ocupam um espaço significativa em qualquer novo hospício.

Outro dilema interessante é o do posicionamento da sala espiritual ou a capela. No caso do Horizon House Children's Hospice (Belfast) e do St. Francis (Berkhamsted) foram escolhidas pequenas torres de tijolo para colocar o espaço que pode ser visto como um local consagrado, de reza ou em certas ocasiões a vista dos corpos. No projecto de Frank



Fig. 18 | Orfanato de Aldo Van Eyck
(<http://grupo20maroto.blogspot.pt/2013/11/desarrollo-y-referencias.html>)



Fig. 19 | Orfanato de Aldo Van Eyck
(<https://arqteoria.wordpress.com/2013/05/23/aula-04-arquitetura-tardo-moderna/>)

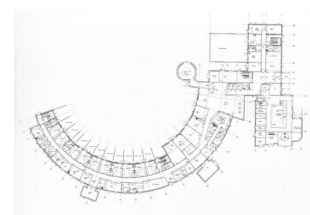


Fig. 20 | Planta do Horizon House Children's Hospice. (Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 59.)



Fig. 21 | Maggie's Center em Dundee por Frank Gehry. (Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)

⁴⁸Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 61.

Gehry para o centro de Maggie's Dundee também é proposta uma torre com dois andares.⁴⁹

Não existe uma resposta simples para a questão da localidade ideal de um novo centro de cuidados paliativos ou para as questões arquitectónicas que se põem. As circunstâncias, os interesses locais e as necessidades da sociedade próxima é que determinarão as decisões que devem ser tomadas e as formas de as concretizar, ou seja, cada caso é único e está dependente das circunstâncias em que está inserido.

1.3 - Centros de cuidados paliativos nas cidades e no meio rural

Propõe-se a localização do projecto do centro de cuidados paliativos para crianças no centro da cidade de Lisboa. Esta, é uma solução que integra o meio envolvente, na medida em que permite que o projecto, de natureza maioritariamente residencial, esteja próximo da família e pessoas próximas, servindo assim, a cidade. O ideal seria que cada município fosse servido de um centro de cuidados paliativos, com uma distância não superior a um raio de 40 a 50 km.

Como referido no capítulo anterior, não existe nenhuma regra referente ao local ideal para a implantação de um centro de cuidados paliativos – não existem locais ou combinações de condições de locais perfeitos. Ainda assim, como o director do projecto do New Farleigh Hospice referiu, no projecto de um centro de cuidados paliativos existem três características fundamentais: localidade, localidade e localidade.⁵⁰

Vão sempre existir vantagens e desvantagens para os pacientes, visitantes, trabalhadores e serviços de suporte, na decisão de localizar um centro, quer seja no meio rural ou urbano. Quando Cicely Saunders

⁴⁹Cf. Ibidem p.60.

⁵⁰Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 47.

decidiu colocar o hospício de St. Christopher's nos subúrbios de Sydenham, mais tarde escreveu:

Queríamos estar num local onde existissem estações em cada extremidade da estrada e autocarros a irem de cima para baixo. Os pacientes querem ver isto e não encantadores prados verdes. ⁵¹

Embora um local rural, rodeado por campos verdes, pareça ser o sítio ideal para projectar um centro de cuidados paliativos, existe uma série de factores inerentes a esta decisão, que poderão discordar desta premissa.

As vantagens e desvantagens do meio rural e urbano, unanimemente reconhecidas, podem ser apresentadas esquematicamente: ⁵²

Vantagens de uma localização urbana	Desvantagens de uma localização rural
<ul style="list-style-type: none"> -Desafia os arquitectos a desenhar edifícios adequados aos diversos locais; -Acesso mais baratos a serviços de utilidade pública; -Boa conexão com os meios de transporte; -Proximidade com outros centros médicos; -Contexto exterior familiar aos pacientes; -Acesso aos visitantes e aos pacientes a lojas locais; -Mais fácil de atrair e manter os trabalhadores; -Mais fácil de atrair voluntários; -Símbolo de esforço da comunidade local. 	<ul style="list-style-type: none"> -Maior facilidade na realização do projecto; -Acesso mais caros a serviços de utilidade pública; -Pobre conexão com os meios de transporte; -Distante de outros centros médicos; -Contexto exterior estranho aos pacientes; -Longe de lojas locais; -Mais difícil de manter os trabalhadores; -Mais difícil de atrair voluntários; -Considerado como um refúgio da comunidade.
Desvantagens de uma localização urbana	Vantagens de uma localização rural
<ul style="list-style-type: none"> -solo mais caro; 	<ul style="list-style-type: none"> - solo mais barato;

⁵¹Idem, p. 47 (tradução livre da autora).

⁵²Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 48 (tradução livre da autora).

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Edifícios com vários pisos;- Capacidade de locais exteriores mínima;- Barulho e poluição;- Morte no meio da vida. | <ul style="list-style-type: none">- Edifícios com poucos pisos;- Boas oportunidades de bons espaços exteriores;- Ar fresco e tranquilidade;- Morte como um retorno à natureza. |
|--|---|

O *Design Guidelines for Specialist Palliative Care Settings*, produzido pelas autoridades da Saúde e da Criança da Irlanda, em 2005,⁵³ é um dos poucos documentos que trata as decisões relativas ao lugar do centro como um problema central para a concepção dos valores éticos dos serviços de cuidados paliativos. O relatório dedica uma pequena secção sobre a questão da selecção do lugar.

Normalmente, existirá um requisito, para as equipas de projecto, que é o de analisar as opções de avaliação, formalmente e detalhadamente, para que o local para o desenvolvimento do centro, seja identificado. Espera-se deste exercício, que tenha em conta algumas questões relevantes como:

-É essencial que uma aproximação, colaboração, serviços e ligações operacionais sejam estabelecidas entre os cuidados paliativos e as instalações de um hospital. Ligações de particular importância devem incidir na área da indústria farmacêutica, radiologia, e intervenções de tratamento.

-Na medida do possível, a escolha do local para um novo centro de cuidados paliativos deve ter em consideração ligações rodoviárias e redes de transportes públicos, de forma a assegurar a melhor acessibilidade possível.

⁵³Department of Health (Ireland). (2005) *Design Guidelines for Specialist Palliative Care Settings* [Online]. Available from:<http://www.thehealthwell.info/node/773606> [Accessed: 10th April 2015].

-As unidades devem ter uma presença física reconhecível na comunidade, de forma a fortalecer a sua identidade, a desenvolver familiaridade, e para facilitar a ansiedade e desorientação na admissão provocada tanto nos pacientes como nos familiares.

-Os arquitectos devem assegurar uma compatibilidade com o resto do bairro de forma a assegurar uma unidade harmoniosa com a sua envolvente;

-Orientações e vistas devem ser interessantes e estimulantes, e melhorar o carácter e qualidade ambiental da unidade paliativa;

-Tem de ser dada atenção à adequação técnica do local, especialmente em relação a geotécnicas, serviços de utilidade pública, área local, capacidade para expandir, entre outros factores;

-O custo de um terreno e o custo da preparação para facilitar o desenvolvimento vão ser factores chaves relativamente a qualquer desenvolvimento proposto;

-A capacidade do local para acomodar o centro em si e qualquer possibilidade de expansão do projecto, em conjunto com padrões de circulação de veículos e pessoas (ou seja, acesso para os trabalhadores, transportes para os pacientes, visitantes, entrega de provisões, eliminação de resíduos, tráfego associado com a remoção, etc...) têm também de ser tidos em consideração.⁵⁴

⁵⁴Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 49 (tradução livre da autora).

A palavra remoção presente no parágrafo anterior é referente à remoção de corpos, uma questão sensível relativa à localização e acesso a instalações mortuárias. Alguns centros de cuidados paliativos têm considerado a possibilidade de tratar esta situação em separado. Para além disto, os próprios centros, hoje em dia, devolvem muitas pessoas às suas casas. A eliminação de provisões mortuárias reforça a noção pública de que os centros de cuidados paliativos já não são apenas locais de cuidados terminais.⁵⁵

1.4 - Centros de cuidados paliativos e a importância da Natureza

*Os jardins dos hospícios têm diversas funções, desde providenciar locais de protecção e acolhimento, lugares de refúgio e beleza e, também, a função de reter alguma referência ao mundo mais primário e não cultivado da “natureza”, a que muitas pessoas associam como a sua última casa.*⁵⁶



Fig. 22 | St. Columba's Hospice
(<http://www.stcolumbahospicefundraising.org.uk/news/patients-and-relatives-pay-tribute-as-end-of-life-hospice-nears-dawn-4-407.aspx>)

No Trinity Hospice, em Londres, o chefe executivo observou que um número considerável de pessoas morria nos seus jardins.

A qualidade das paisagens é, portanto, um elemento vital no sucesso de qualquer centro de cuidados paliativos.

Como Nancy Gerlach-Spriggs escreveu:

Alguns jardins tiveram um papel crucial na evolução dos cuidados humanos. Os jardins tem uma mitologia, uma poesia e uma história fortemente relacionada com os ciclos da vida e com o processo de cura, renovação e, em último caso de morte. A aparência persistente de jardins de cura em diversos lugares e épocas de inovação médica sugere que para além da estética, o ser humano sente uma necessidade biológica do contacto com o natural.⁵⁷



Fig. 23 | Trinity Hospice
(<http://www.wtpartnership.com/sector/trinity-hospice-clapham/>)

⁵⁵ Cf. Idem, p.50.

⁵⁶ **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 78 (tradução livre da autora).

⁵⁷ Cf. Idem, p.79 (tradução livre da autora).

Um importante recurso do pioneiro St. Christopher's Hospice, em Sydenham, foi a atenção que foi dada aos jardins como elemento de sucesso dos valores éticos de um hospício original, servindo como exemplo para projectos de centros de cuidados paliativos futuros.

Está agora a ser aceite, dentro dos parâmetros mais amplos da Arquitectura, o facto de que a vista de uma paisagem atractiva a envolver casas de pessoas doentes ou idosas pode trazer benefícios psicológicos. Estas paisagens são muitas vezes chamadas de jardins terapêuticos, jardins restauradores ou ambientes de cura. Para além disso, existe agora uma linha de pesquisa distinta no sector de saúde – exemplificado na composição de Roger Ulrich's "Viewthrough a window"⁵⁸ e estudos seguintes – que sugere que visualizações de vegetação ou o acesso a jardins ajuda a recuperação do paciente a seguir a sessões de tratamento ou cirurgia.

Muitos hospitais, clínicas e centros de saúde incluem hoje um jardim dentro e fora do edifício. Estes custos adicionais são justificados pelos benefícios que trazem à saúde e, em última instância, pelas poupanças financeiras devidas à aceleração da recuperação dos pacientes.⁵⁹

A ideia de que o jardim é um local onde segredos são partilhados e as pessoas chegam a realizações mais claras do seu destino é comum a muitas fés e culturas, mas tem uma procura particular na imaginação daqueles que desenham jardins de hospícios.

Assim, muita gente encontra conforto na ideia de que com a morte há um retorno à terra. A natureza, nesta perspectiva, é nossa aliada e a nossa última casa. Como indicou o historiador Simon Schama, quando escrevia sobre as paisagens nos quadros de Caspar David Friedrich:⁶⁰

A ânsia de encontrar na natureza um consolo para a nossa mortalidade.

⁵⁸Ulrich, R. S. (1984). *View through a window may influence recovery from surgery*, existe um link para o PDF neste artigo em: (<http://www.chalmers.se/en/departments/arch/centres/Centre%20for%20Healthcare%20Architecture/Research/Pages/Literature-Roger-S.-Ulrich.aspx>)

⁵⁹Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 79 (tradução livre da autora).

⁶⁰Cf. *Ibidem*, p. 80 (tradução livre da autora).

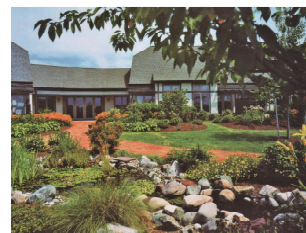


Fig. 24 | Essa Flory Hospice Center na Pensilvânia (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 34.)



Fig. 25 | Houston Hospice no Texas (Verdeber, Stephen F. Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 38.)

Uma questão ainda hoje debatida por arquitectos paisagistas, filósofos e teólogos é a de os jardins serem parte da natureza ou se a natureza ser ela mesma uma espécie de jardim universal. ⁶¹

Cicely Saunders enfatizou a importância de criar uma atmosfera em que aqueles que não tivessem dores ou sintomas pudessem estar livres para procurar o sentido da vida à sua maneira. ⁶²

São conexões com os fenómenos naturais, que apelam a um mundo fora do quarto, que se tornam significativos para nós.

Em Vidarkliniken, na Suécia, as paisagens são impressionantes: com terra cultivada, lagos e florestas. Muita da comida servida neste hospital, é plantada e colhida no local e a maioria do lixo orgânico e da água é reciclado naturalmente estabelecendo um sentido de conexão entre os pacientes e a paisagem ainda maior.

A maioria dos centros de cuidados paliativos utilizam uma mistura de jardim com elementos de jardinagem, pois todos ajudam a atender a uma variedade de práticas e necessidades psicológicas. Na maioria dos hospícios modernos cada quarto dos pacientes abre para um terraço plano, desenhado para ser completamente acessível, mesmo por pacientes estritamente confinados às suas camas. Muitas vezes estes elementos das imediações dos quartos são divididos como jardins pequenos e privados.

O modelo arquitectónico, em que o quarto singular dos pacientes no piso térreo abre para o seu próprio pequeno pátio ou terraço dividido é amplamente utilizado. ⁶³

O relacionamento entre o interior e o exterior consegue também ser atingido através de outros meios. Pátios ajardinados interiores – alguns acessíveis, outros não – podem ser usados para diferenciar e proporcionar luz a diferentes áreas do edifício. Elementos de sombreamento e de abrigo, como uma pérgula ou um alpendre,



Fig. 26 | St. Richard's Hospice em Worcester. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e



Fig. 27 | Maggie's London. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)

⁶¹Cf. Ibidem, p. 81.

⁶²Cf. **Verdeber**, Stephen F., **Refuerzo**, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 33.(tradução livre da autora).

⁶³Cf. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 82 (tradução livre da autora).

galerias ou outros elementos ajudam a eliminar o limite restrito entre exterior e interior, assim como o uso de plantas interiores e recursos a água e poços de luz. O conceito inovador de Macmillan Green foi desenvolvido pelo atelier Architects Design Partnership em 1987 como um modelo de projecto para os Centros de Cuidados do Cancro Macmillan. Este modelo propõe que cada edifício tenha uma área central de actividades num espaço aberto, como uma praça interior, onde deve existir um café-bar, sala de jantar, sala de espera, área de lareira e sala com televisão – todas elas conectadas a um terraço exterior e jardins, que podem incluir aviários, aquários, canteiros e jardins de ervas.⁶⁴

Na América do Norte, a unidade de cuidados oncológicos da Universidade de Wisconsin foi desenhada pelos arquitectos da firma OWP/P como um tipo de edifício interior-exterior. Reconhecendo a paisagem, o edifício torna-se parte dela. As pessoas fazem os seus tratamentos no exterior. Retirando as componentes do edifício para permitir a entrada da luz, o céu e a paisagem tornam-se parte do edifício assim como o tijolo ou a carpete.⁶⁵

Felizmente, o Antigo Dispensário de Alcântara possibilita a introdução da presença da natureza na vida quotidiana dos pacientes, veiculando um bom funcionamento de um centro de cuidados paliativos pediátrico e tornando-se até num dos princípios essenciais do projecto.

Até meados do séc. XX os cuidados paliativos não se distinguem dos conjuntos dos cuidados de saúde que a sociedade colocava à disposição dos pacientes, também em instituições gerais de saúde/hospitais gerais.

No entanto, dados os tratamentos clínicos permitirem um prolongamento de vida aos doentes incuráveis, e às necessidades de um acompanhamento diferenciado experimentadas por estes

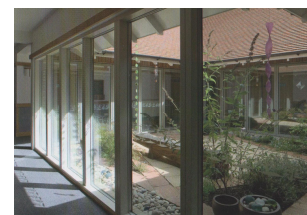


Fig. 28 | Pátio interior do St. Oswalds Children's Hospice em Gosforth, Newcastle. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)



Fig. 29 | Pavilhão do jardim de St. Oswalds Children's Hospice em Gosforth, Newcastle. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)



Fig. 30 | Jardim do New Farleigh Hospice em Chelmsford, Essex. (Ibidem, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)

⁶⁴Cf. Ibidem, p.83 (tradução livre da autora).

⁶⁵Cf. Ibidem, p.83 (tradução livre da autora).

doentes, vê-se surgir, a partir de 1960, um movimento, simultaneamente, por parte dos doentes e por parte de corpos clínicos especializados, a favor de uma nova estratégia clínica e institucional para este grupo de doentes.

As novas estratégias clínicas defendiam uma abordagem mais relaxante e dignificadora do doente e da sua situação, e eram acompanhadas por uma exigência de criação de um tipo novo de instituição de saúde - os centros de cuidados paliativos - que deveriam estar funcionalmente, arquitectónicamente e, mesmo, ambientalmente adaptadas às exigências específicas de doentes incuráveis, conscientes, e capazes de experimentarem sentimentos de gratidão ou de conforto espiritual, perante certos pormenores funcionais que lhes facilitassem a vida quotidiana, ou perante certas soluções artísticas ou ambientais que lhes trouxessem a beleza de alguns aspectos da vida.

2. ATMOSFERAS E ARQUITETURA

2.1. O que qualifica e define uma atmosfera

Como se podem projectar coisas assim, que têm uma presença tão bela e natural que me toca sempre de novo. Uma denominação para isto é a atmosfera. Peter Zumthor ⁶⁶

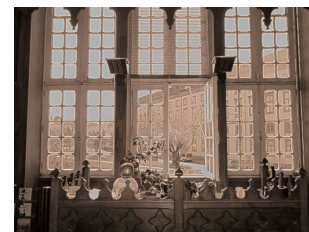


Fig. 31 | Atmosfera familiar - Livraria Lello no Porto (fotografia da autora)

Em Arquitectura, uma atmosfera tem duas vertentes: a dimensão objectiva e a dimensão subjectiva. Quando se fala de atmosfera fala-se do peso do espaço sobre o indivíduo. Entenda-se, aqui, que peso transporta consigo mais do que um significado. Dividimos, numa tentativa de definir esta ideia de atmosfera, os aspectos físicos daqueles relacionados com a apropriação individual e subjectiva desses aspectos físicos.

2.1.1. Aspectos físicos que contribuem para a criação de uma atmosfera

Uma atmosfera é difícil de apreender e descodificar. A razão por que nos relacionamos mais com alguns locais do que outros é complexa e misteriosa. Peter Zumthor, na sua obra *Atmosferas*, tenta-a descodificar em nove pontos e fá-lo com eficácia. Estão, no cerne deste problema, elementos como o *corpo da arquitectura*, definido como a (...) *presença material dos objectos de uma arquitectura (...)*⁶⁷; a *consonância dos materiais*⁶⁸; o *som do espaço*⁶⁹; a *temperatura do espaço*⁷⁰; as *coisas que me rodeiam*⁷¹; o nosso movimento no espaço, a que o autor dá o título de *entre a serenidade e a sedução*⁷², a *tensão*

⁶⁶Zumthor, Peter (2009). *Atmosferas*. Editorial Gustavo Gili, p. 11.

⁶⁷ Cf. Zumthor, Peter (2009). *Atmosferas*. Editorial Gustavo Gili, p. 23.

⁶⁸ Cf. Ibidem, p. 23.

⁶⁹ Cf. Ibidem, p. 29.

⁷⁰ Cf. Ibidem, p. 33.

⁷¹ Cf. Ibidem, p. 35.

⁷² Cf. Ibidem, p. 43.

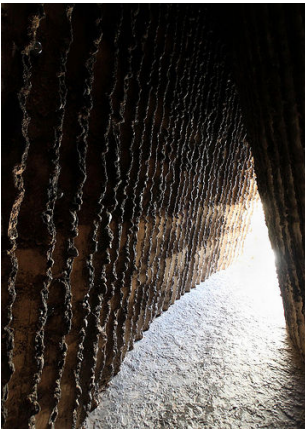


Fig. 32 | Capela Bruder-Klaus de Peter Zumthor.
(<https://www.flickr.com/photos/schroerer-heiermann/6795487509/in/faves-73172555@N00/>.)



Fig. 33 | Capela de São Bento de Peter Zumthor.
(http://www.snpcultura.org/tvb/esnaco_e_silencio.html)



Fig. 34 | Villa Mairea de Alvar Aalto. (Pallasmaa, Juhani (2012). *The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses*. Wiley, p. 73.)

entre o interior e exterior,⁷³ *degraus da intimidade* (ou como diria um arquitecto clássico: *escala*)⁷⁴ e a *luz sobre as coisas*.⁷⁵ Estes são elementos que nos permitem perceber o espaço de forma imediata. Outros pontos que poderiam ser, ainda, tomados em consideração, como factores que influenciam a atmosfera, são a cor, a forma, a organização do espaço e a relação entre espaços com diversas funcionalidades e ainda, a maneira como os materiais reagem e projectam alguns dos elementos descritos em cima, como a luminosidade ou a temperatura. Existe ainda a forma como todos os elementos se conjugam uns com os outros e a harmonia que daí resulta, que é o que, na sua obra, Peter Zumthor refere como *Harmonia no segundo anexo*.⁷⁶

*Mas o mais belo é quando as coisas se encontram, quando se harmonizam. Formam um todo. O lugar, a utilização e a forma. A forma remete para o lugar, o lugar é este e a utilização é esta.*⁷⁷

*Não trabalhamos na forma, trabalhamos com todas as outras coisas.*⁷⁸

Falamos de coisas concretas sentidas pelo corpo, mesmo que inconscientemente. Estes elementos permitem-nos sentir o espaço de forma imediata.

Existem ainda outros factores que se elevam na absorção de uma atmosfera, que estão intrínsecos ao indivíduo e à forma como este se apropria de um espaço, como veremos no ponto seguinte.

2.1.2. A absorção das atmosferas

A forma como estamos no mundo e nos definimos nele está dependente, entre outros factores, dos nossos sentidos. Mas cada um

⁷³ Cf. *Ibidem*, p. 47.

⁷⁴ Cf. *Ibidem*, p. 51.

⁷⁵ Cf. *Ibidem*, p. 57.

⁷⁶ Cf. *Ibidem*, p. 67.

⁷⁷ Cf. *Ibidem*, p. 69.

⁷⁸ Cf. *Ibidem*, p. 71.

sente de maneira diferente, e os nossos sentidos estão sempre sujeitos à interpretação que cada um faz do mundo.

A atmosfera, seja ela exterior ou interior, natural ou artificial, é absorvida por nós, influenciando a nossa forma de estar. Consciente ou inconscientemente, positiva ou negativamente, somos sempre vulneráveis ao ambiente que nos rodeia e não podemos fugir a esta condição. Esta absorção é facultada, segundo Juhani Pallasmaa, não pela visão focada, mas pela imagética táctil inconsciente e pela visão periférica não focada.⁷⁹ O autor defende que a verdadeira absorção de uma atmosfera é feita inconscientemente. O que nos toca não é aquilo em que reparamos num primeiro contacto, mas precisamente o que nos é transmitido quando não estávamos a “olhar”.

As atmosferas têm uma presença sobre nós, assim como nós alteramos a presença de uma atmosfera. A nossa presença altera o espaço. Admitindo que tudo são objectos no mundo, incluindo o corpo humano, a interacção mútua influencia e define ambos simultaneamente: *“sendo o nosso corpo um objecto entre objectos é, ao mesmo tempo, aquele que vê e toca os outros, interpenetrando-se e definindo-se mutuamente.”*⁸⁰

2.2. - Dialéctica da apropriação do espaço

Os locais estão sempre sujeitos a uma interpretação e nunca são percebidos da mesma forma. O modo como cada um se apropria de um espaço é íntimo, pessoal e intransmissível.

No entanto, há ainda outros factores de carácter mais complexo e ambíguo, alheios ao mundo dos sentidos, relacionados com a nossa imagem de mundo e com as memórias que a ela se conectam. Espaços que nos detêm mais do que outros podem não ter características relacionadas com o que sentimos no imediato, mas um significado

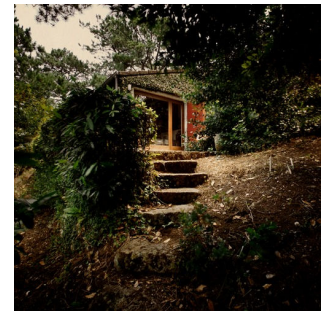


Fig. 35 | Casa de Caminha de Sérgio Fernandez.
(<http://www.aefaup.com/nwsl/2014/3/31/nlffjqosfgk8cu7o23qgf2tdef2o6w>)



Fig. 36 | (Zumthor, Peter (2009). *Thinking Architecture*. Birkhäuser Architecture, p. 35.)

⁷⁹ Cf. Pallasmaa, Juhani (2012). *The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses*. Wiley, p. 14 (tradução livre da autora).

⁸⁰ Cf. Ibidem, p. 23 (tradução livre da autora).

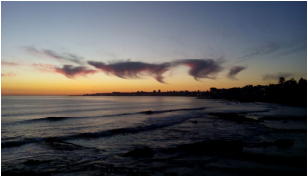


Fig. 37 | Atmosfera familiar - Praia da Azarujinha, São João do Estoril, Lisboa. (Fotografia da Autora)



Fig. 38 | Atmosfera familiar - Estrada da Quinta da Penha Verde, Sintra, Lisboa. (<http://www.serradesintra.net/en/quintas-de-sintra/quinta-da-penha-verde>)

mais profundo. São, por vezes, memórias de um certo local que nos fazem afeiçoar ao que ele é hoje, mesmo que as memórias não sejam actuais. As memórias representam a identidade de um lugar na nossa mente e essa identidade pode ser alterada tanto por novas vivências desse mesmo espaço como por novas vivências de outros espaços diferentes.⁸¹ As novas vivências fundem-se com as antigas, dando novas identidades aos locais, não obstante a força consciente que eventualmente possamos fazer para não alterar a visão que tínhamos.

Estamos perante uma dialéctica entre as representações já existentes em nós e as novas representações que absorvemos em cada instante. As vivências anteriores influenciam o sentido que damos à percepção dos novos espaços, mas esta nova percepção, por sua vez, altera o sentido da experiência passada e o modo como a vivenciámos até aí.

Transportamos em nós a nossa própria atmosfera, fluida, difusa, em constante movimento e transformação, diluindo-se e reconstituindo-se numa dança infundável. A propósito, podemos lembrar as palavras do filósofo Heraclito: *Águas sempre diferentes correm sobre aqueles que entram nos mesmos rios [...]*.⁸² Do mesmo modo, não podemos viver duas vezes a mesma atmosfera.

2.3. O arquitecto como criador de atmosferas

Depende muito do projectista, devido a certos actos e intenções arquitectónicas, facilitar e direccionar a apropriação de um espaço. Embora seja sempre de modo único que cada sujeito sente e vive esse espaço, o arquitecto pode e deve criar oportunidades para que a apropriação se faça em determinadas direcções. Ele tem a possibilidade de criar ou moldar espaços que fazem eclodir comportamentos e atmosferas. A arquitectura não funciona só como

⁸¹ Inspirado em **Zumthor**, Peter (2009). *Thinking Architecture*. Birkhäuser Architecture, p. 7.

⁸² Fragmento 12 de Heraclito citado em **Santos**, José Trindade. (© 1985). *Antes de Sócrates: Introdução ao Estudo da Filosofia Grega*. Gradiva. p. 93.

espaço cénico, mas como motor de sensações e experiências que irão constituir a nossa realidade e o nosso próprio ser.

*O arquitecto pode contribuir na criação de um ambiente que oferece oportunidades para as pessoas fazerem as suas marcas e identificações pessoais, de tal maneira que pode ser apropriado e anexado por todos como um lugar que realmente lhes pertence.*⁸³

Esse motor é entregue à responsabilidade de um ser humano que deve prever e antever o resultado da sua obra e, através do desenho, posicionar-se no que um dia será responsável por alterar a sua vida e a de muitos outros seres humanos.

*Um objectivo fundamental do desenho para a territorialidade é estimular a apropriação do espaço por parte dos utentes.*⁸⁴

É assim óbvio que o arquitecto tem entre mãos também a possibilidade da criação de bem-estar, veiculado pela atmosfera interiorizada e absorvida pelo utilizador do espaço. Ao retratarmos as atmosferas como impulsionadoras e condicionadoras das nossas formas de estar, retratamos também o arquitecto, como principal responsável por esta forma de equilíbrio.

Assim, a forma como cada um absorve uma atmosfera é única e as memórias que influenciam esta absorção constante dos espaços são individuais e intransmissíveis. Vemos que, na origem da absorção de uma atmosfera, estão inerentes factores que ultrapassam o arquitecto, como é o caso da reinterpretação subjacente que cada um faz de cada realidade. O papel do arquitecto passa por perceber para quem está a construir e tentar, através de factores físicos, erguer estes espaços e condicioná-los como forma de conseguir determinadas atmosferas.

⁸³Hertzberger, Herman (2009). *Lições de Arquitectura*. São Paulo: Martins Fontes, p. 47.

⁸⁴Muga, Henrique (2005). *Psicologia da Arquitectura*. Edições Gailivro, p.134, na tese de mestrado da Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa de Vieira, Tiago (2013). *Espaço coletivo e interação social: Uma residência universitária na colina de Sant'ana*. p.33.

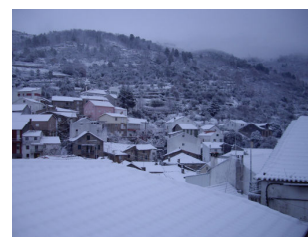


Fig. 39 | Atmosfera familiar – aldeia de Famalicão da Serra, Guarda.
(fotografia da autora)



Fig. 40 | Atmosfera familiar – casa da aldeia de Famalicão da Serra, Guarda.
(fotografia da autora)



Fig. 41 | Atmosfera familiar - Quinta Santa Maria Casa Nostra , na Várzea de Sintra, nos anos 70.
(fotografia de um familiar)



Fig. 42 | Atmosfera familiar - Quinta Santa Maria Casa Nostra na Várzea de Sintra, actualmente adaptada para turismo rural. Antiga casa de família.
(<http://www.booking.com/hotel/pt/santa-maria-casa-nostra.pt-pt.html>)

3. CASO PRÁTICO

3.1. Dispensário de Alcântara



Fig. 43 | Dispensário de Alcântara em meados do século XX (<http://restosdecoleccion.blogspot.pt/2014/04/dispensario-de-alcantara.html>)



Fig. 44 | Entrada actual do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora)

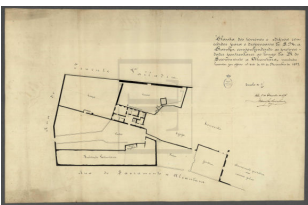


Fig. 45 | Planta dos terrenos cedidos para a construção do edifício do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional da Torre do Tombo)

Partindo de um centro pioneiro na sua área, o Dispensário de Alcântara, o primeiro Dispensário e edifício social português, construído por iniciativa da Rainha D. Amélia e inaugurado em 1893, proponho-me, também, construir um edifício com um programa ainda inexistente em Portugal... Resultará deste projecto o primeiro centro de cuidados paliativos pediátricos autónomo, centro pioneiro, a nível nacional. Tentei, ainda, dar azo a um paradoxo no tempo entre o edifício que pretendo criar e o edifício que ele foi um dia, ambos pioneiros nos seus tempos e onde a memória de um se transforma na atmosfera do outro.

Actualmente, ao edifício do dispensário foi atribuída uma protecção de grau 3, como consta do respectivo registo do *SIPA – Sistema de Informação para o Património Arquitectónico*⁸⁵, e as informações técnicas originais sobre o edifício são escassas. Sabe-se apenas que o edifício deverá ter sofrido uma recuperação nos anos 40 do séc. XX, a partir de documentos localizados no arquivo do património arquitectónico (Forte de Sacavém), e de outros documentos conservados na Torre do Tombo. A existência desta recuperação é visível através de pormenores, como os materiais, que se encontram nos desenhos técnicos e de algumas indicações que o próprio edifício nos dá actualmente. Por exemplo, através da fonte, ainda hoje presente, no interior, vemos que antigamente existia um pátio central, que mais tarde foi coberto.

Ainda hoje a Ordem das Irmãs Missionárias, que durante décadas desenvolveu actividades educativas e assistenciais no Dispensário, tem a sua habitação localizada na parte posterior do dispensário e aí

⁸⁵ URL:

http://www.monumentos.pt/Site/APP_PagesUser/SitePageContents.aspx?id=8937d1d0-e95b-40aa-9f23-c2aea86119b4

desenvolve actividades, como o banco alimentar, mantendo o carácter social que o local sempre teve.

Em 2006 o edifício do Dispensário encontrava-se devoluto; porém desde 2010 que o mesmo se encontra à venda. O Dispensário localiza-se na zona do Palácio e Convento das Necessidades, tendo a sua fachada principal orientada para a Avenida Infante Santo. Também o Convento do Sacramento, extinto em 1897, desenvolvia actividades de apoio social, estando hoje fechado ao público. Foi recuperado recentemente e pertence agora ao Ministério dos Negócios Estrangeiros mas, pelo que apurei, este organismo ainda não iniciou no edifício qualquer actividade.

Os edifícios adjacentes ao Dispensário, como a habitação da Ordem das Irmãs Missionárias e o Convento do Sacramento, pertencem actualmente ao Ministério dos Negócios Estrangeiros.

O Dispensário de Alcântara apresenta uma estrutura de madeira, com recurso a paredes mestras e a uma organização central, que envolve o que, aparentemente, foi um pátio exterior, como alguns elementos o sugerem nas imagens. No entanto, nas últimas plantas, o edifício apresenta-se já como espaço fechado. As divisões dos espaços interiores do antigo Dispensário, com os programas principais dedicados, claro, à assistência a tuberculosos, desenvolviam-se maioritariamente em volta deste espaço central. Existe uma parte que foge a esta lógica simétrica e que parece ter sido construída posteriormente. Esta parte não tem importância programática pelo que se conclui que, provavelmente, não foi possível ao arquitecto incluir todo o programa necessário ao bom funcionamento do Dispensário. Aqui encontram-se apenas salas de arrumos, instalações sanitárias e acessos.

O edifício tem também um segundo piso, mas através de algumas características como o seu pé direito, levanta-se a possibilidade de ter sido construído posteriormente. Este segundo piso é apenas um piso de serviços com cobertura de lusalite e com a laje em avançado estado de degradação.



Fig. 46 | Situação actual do espaço central do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora)



Fig. 47 | Situação actual do espaço central do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora)

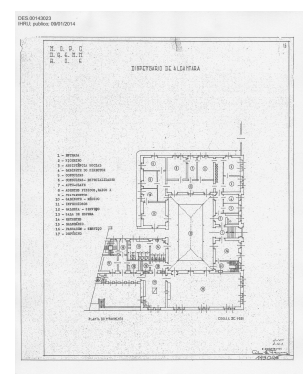


Fig. 48 | Planta do piso térreo do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional do Património Arquitectónico)

Finalmente o edifício contém ainda uma parte subterrânea onde podemos assumir, através de elementos como a chaminé prevalecte, que era onde estavam situados os locais dedicados às refeições.

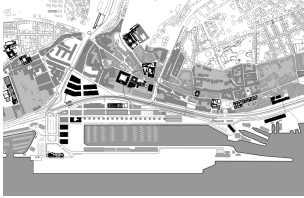


Fig. 49 | Planta de localização da proposta do projecto (registo gráfico da autora)



Fig. 50 | Planta de 1856 de Felipe Folque. (museu da cidade de Lisboa)



Fig. 51 | Planta de 1911 de Silva Pinto. (museu da cidade de Lisboa)

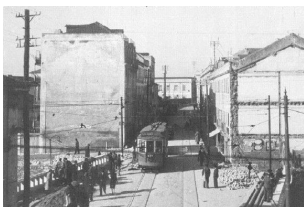


Fig. 52 | Viaduto da Calçada da Pampulha em 1950 (<http://tlimtlimxabregas.blogs.apo.pt/13886.html>)

3.2. Estratégia e proposta urbana

A intervenção incide sobre esta área da cidade, entre a Avenida Infante Santo e o Convento do Sacramento, freguesia de Alcântara. A proposta pretende criar um pólo onde se concentram actividades de apoio social, mantendo assim uma tradição comunitária existente neste local e recuperando a sua riqueza histórica e cultural.

As soluções encontradas tentam dar resposta a certas problemáticas do local. Apesar da proximidade com o rio e do valor histórico que esta área carrega, existe também uma elevada sobreposição de diferentes épocas, que se traduz numa falta de identidade local. Os percursos viários mal resolvidos não proporcionam à cidade a permeabilidade de que precisa, fazendo cair no esquecimento certos locais, percursos ou praças e não relacionando da melhor forma os locais de qualidade desta zona.

Aqui, nesta parte da cidade, filha de aterros e desenvolvimentos que sobrepõem diversas idades e histórias, existe pouca permeabilidade, e poucos percursos que permitem descobrir e ir descobrindo uma cidade historicamente rica. Foi reflectindo sobre o local privilegiado do Dispensário, face ao rio, à frente ribeirinha e a outros pontos estratégicos, como a Praça da Armada, que a minha proposta centraliza as suas estratégias.

O objectivo desta estratégia é o aumento da vivência de bairro, a partir da criação de uma nova centralidade na cidade. As estratégias desenvolvidas focam-se no aumento da permeabilidade, na criação de uma estrutura que fortaleça os serviços de apoio social que servem actualmente a cidade, e no aumento de relações visuais entre este local e o rio.

Estas estratégias passam por criar percursos interessantes que permitam, ao mesmo tempo, a ligação de diversos locais e criar e reestruturar novos espaços de estar na cidade que valorizem o que historicamente está esquecido. São também exploradas através da reestruturação e reorganização da rede viária, da reabilitação de alguns dos edifícios devolutos presentes nesta localidade, da alteração de pavimentos de diversos percursos, como forma de alterar a dinâmica e a finalidade de alguns caminhos existentes. Mais especificamente, no caso da reestruturação da rede viária, o viaduto que actualmente liga a Avenida Infante Santo à frente ribeirinha é retirado e a passagem para o outro lado passa a ser feita, unicamente, por Alcântara e/ou o Cais do Sodré; os novos caminhos são feitos maioritariamente a partir dos actuais terrenos do Convento do Sacramento e passam a fazer a ligação entre alguns pontos essenciais desta localidade, como é o caso do Largo das Forças Armadas com a rua Tenente Valadim ou com o recuperado Largo do Sacramento. Estes percursos lidam também com o elevado declive deste local, a partir de escadas e de um elevador, acessos estes que estão cobertos pela reconstrução de um dos antigos armazéns do Convento. A alteração de pavimentos faz com que todo este local receba um carácter maioritariamente pedonal, privilegiando o transeunte, mesmo nas ruas adjacentes como é o caso da rua Tenente Valadim ou da rua do Sacramento a Alcântara.

Quanto à criação, aproveitamento ou requalificação de espaços públicos, o projecto foca-se essencialmente sobre os terrenos do Convento do Sacramento e também sobre a calçada da Pampulha, promovendo a relação com o rio e com o novo edifício que é o Centro de Cuidados Paliativos Pediátricos de Alcântara.

As alterações programáticas deste pólo consistem na recuperação do antigo Dispensário de Alcântara para um novo centro de cuidados paliativos pediátrico, na reconstrução dos antigos armazéns, que existiam na parte posterior do Convento do Sacramento, em novas sedes de organizações não governamentais (ONG) (mantendo a memória construtiva dos que lá existiam até recentemente), no



Fig. 53 | Avenida Infante Santo em construção em 1950. Fotografia de Eduardo Portugal no Arquivo Fotográfico da C.M.L. (<http://biclaranja.blogs.sapo.pt/arquivo/1068361.html>)



Fig. 54 | Avenida Infante Santo actualmente. (fotografia da autora)



Fig. 55 | Planta de localização do projecto – Reflexão sobre as estratégias Urbanas (registo gráfico da autora)

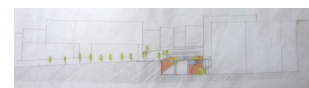


Fig. 56 | Secções da localização do projecto – Reflexão sobre as estratégias Urbanas (registo gráfico da autora)

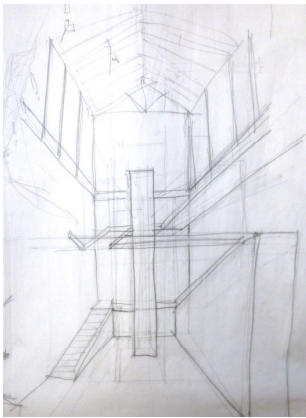


Fig. 57 | Perspectiva do projecto – Reflexão sobre as estratégias Urbanas (registro gráfico da autora)

desenvolvimento de actividades do MNE no Convento do Sacramento e das Irmãs Missionárias, que ainda lá habitam, estas agora também relacionadas com o centro de cuidados paliativos pediátrico.

A proposta pretende converter este ponto em que está o Dispensário, não apenas num local de passagem, mas antes num novo foco central da cidade, como estratégia de devolução da antiga riqueza cultural deste local, através dos diversos pátios que servem as funções deste pólo e de algumas das suas estruturas de apoio, como a cafetaria, os diferentes acessos e os novos postos de trabalho.

O projecto foca-se, deste modo, na conversão do edifício do Dispensário de Alcântara num centro de cuidados paliativos pediátrico, e pretende promover diversas actividades com o possível envolvimento de uma sociedade próxima local.

3.3. Dispensário de Alcântara vs Centro de Cuidados Paliativos Pediátricos de Alcântara

Os Centros de Cuidados Paliativos são instituições que se focam na eliminação da dor evitável e na dignidade do paciente.

Neste sentido, o projecto está estruturado de forma a motivar os utentes a envolverem-se diariamente em diversas actividades proactivas. Algumas destas actividades são realizadas no exterior, como é o caso da jardinagem ou agricultura, envolvendo também, e se possível, o apoio da comunidade local, nomeadamente das Irmãs Missionárias.

Pátio Interior

Como vimos anteriormente, a atmosfera em que se vivem as ultimas horas é bastante importante, mas o ser humano sente também uma necessidade biológica de estar perto do que lhe é natural. Assim, para uma boa atmosfera neste centro, tentou-se tirar partido de todas as possibilidades que o rodeiam, desde o pátio interior, aos espaços exteriores pertencentes ao centro e não só, como é caso dos espaços adjacentes das Irmãs Missionárias.

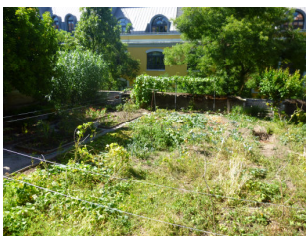


Fig. 58 | Jardim/horta das irmãs missionárias. (fotografia da autora)



Fig. 59 | Jardim exterior do Dispensário de Alcântara actualmente. (fotografia da autora)

Uma circunstância que não se encontra com facilidade num meio urbano é esta possibilidade de conciliar os espaços interiores e exteriores. Felizmente, o edifício do Dispensário dispõe de algumas condições que tornam possível aplicar alguns dos princípios estruturantes da minha proposta, designadamente, a existência da possibilidade de espaços abertos, quer no interior, quer no exterior do edifício. Isto permite enquadrar com eficácia a proposta de um centro de cuidados paliativos com uma grande proximidade da natureza e do meio exterior. Este princípio está sustentado na ideia de que nas situações de fronteira a referência ao mundo da natureza, aos seus ciclos, aos seus ritmos, à sua lógica e ao seu destino pode representar um ponto de equilíbrio existencial muito valioso e muito útil para que o ser humano se reencontre consigo mesmo numa atmosfera de grande serenidade e de grande estabilidade emocional.

Na requalificação do edifício, pretende-se que o espaço central, actualmente interior, se torne num espaço exterior e seja preservada a lógica central que rege o edifício com um novo conteúdo programático que se adapta melhor às necessidades actuais. Tal como o Maitri AIDS Hospice, adaptado a partir de uma garagem de automóveis antigos num bairro urbano também, o programa e o edifício do novo centro de cuidados paliativos pediátricos de Alcântara devem adaptar-se mutuamente a condições e necessidades pré-existentes. À semelhança do centro, também o Maitri AIDS Hospice, apesar de ter pouco espaço, manteve um espaço exterior no centro do hospício, reconhecendo a necessidade da proximidade com o exterior na vida quotidiana das pessoas nestas situações.

Pretende-se que o pátio interior seja símbolo de vida e que encha um vazio, vivido pelas pessoas nesta situação, com diversas espécies de árvores ou plantas com variações sazonais, de forma a evidenciar os ciclos da vida. A botânica escolhida, desde a Jasmin (*Syringa vulgaris*), a Gârdenia (*Gardenia jasminoides*), os Brincos de Princesa (*Fuchsia hybrida*) ou o Bambu (*Bambusoideae*), é florida e denuncia a altura do ano; no entanto muitas das plantas são de folha perene de forma a manter a vivacidade mesmo nos meses frios. O desenho do pátio é

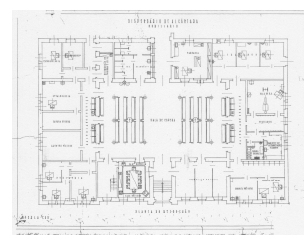


Fig. 60 | Planta aproximada do piso térreo do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional do Património Arquitectónico)

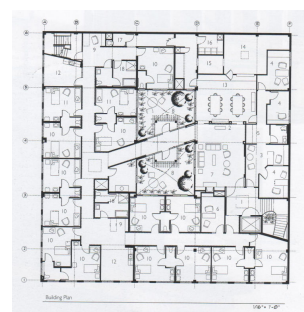


Fig. 61 | Planta do Maitri AIDS Hospice (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 148.)



Fig. 62 | Maitri AIDS Hospice (Idem, p. 147.)



Fig. 63 | Maitri AIDS Hospice (Idem, p. 150.)

irregular e dinâmico com um elemento central, a árvore Ameixeira (*Prunus cerasifera*). A irregularidade do desenho foi concebida para envolver e divertir os habitantes, em especial as crianças.

Estrutura e Organização do Edifício

Na requalificação do edifício pretende manter-se, como material estrutural principal, a madeira, mas acrescenta-se também o metal.

A parte que se assemelha ao acréscimo posterior é retirada, no projecto, de forma a prevalecer uma lógica central e simétrica. Para se incluir um novo programa com as diferentes necessidades que um centro de cuidados paliativos exige, mantiveram-se as paredes mestras, e alterou-se a distribuição interior, de forma a conseguir uma relação constante e harmoniosa com o pátio interior.

Inicialmente, numa primeira abordagem ao edifício, e na lógica de que a proximidade com a natureza é essencial, pensou-se na possibilidade dos quartos permanecerem no piso térreo, direccionados para o pátio interior, fazendo assim com que a proximidade com a natureza ajudasse a definir a atmosfera interior deste espaço. Nos centros de cuidados paliativos dos anos 80 do séc. XX, esta lógica de posicionar as terapias, ou seja, os espaços mais públicos, no andar de cima não seria um problema, pois os centros de cuidados paliativos funcionavam maioritariamente com uma lógica de interioridade, ou seja, apenas para os seus hóspedes. Actualmente, isto já não é uma condição.

*Enquanto os primeiros hospícios foram concebidos apenas como um edifício dedicado aos seus habitantes, o seu programa é hoje muito mais extenso. O Hospício de New Farleigh, em Chelmsford (2006) foi desenhado e construído sem uma Casa mortuária, algo que não teria sido considerado apropriado nem há 5 anos atrás.*⁸⁶

Desta forma, o piso térreo, piso mais público, contém as salas de terapia, adequando-se melhor às necessidades, permitindo servir não só as pessoas que lá estão a habitar, mas também a cidade. Aqui

⁸⁶Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 12. (tradução livre da autora)

encontram-se também os espaços administrativos e o consultório médico.

Nesta requalificação, pretende-se *habitar a cobertura*, que actualmente é um piso de serviços. Neste segundo piso, dedicado às pessoas que estão hospedadas, situam-se os quartos dos pacientes, e existem, também, os quartos que possibilitam a recepção de visitantes que não morem perto do local.

No piso subterrâneo consegue-se manter a mesma lógica estruturante e programática primitiva; no entanto, devido à necessidade de mais espaços de serviços, o espaço subterrâneo foi aumentado. O projecto posiciona, neste espaço, maioritariamente os espaços de serviço, como lavandaria, arrumos, balneários dedicados aos trabalhadores, cozinhas, espaços de refeição e uma sala de estar.

Atmosfera e Apropriação do edifício

A atmosfera que se pretende num centro de cuidados paliativos é, como já foi dito anteriormente, uma atmosfera acolhedora e de uma escala doméstica.

*Nós precisamos que os nossos edifícios façam sentir os pacientes seguros e bem vindos. Precisam de ser pequenos e domésticos, em escala. Por outro lado estes pequenos edifícios não devem ser excessivamente familiares ou muito aconchegantes. Devem estar à altura da ocasião assim como tu, a pessoa a precisar de ajuda, tem de estar à altura da ocasião de um dos desafios mais difíceis que, qualquer um de nós provavelmente, terá que enfrentar. No mínimo devem elevar os nossos espíritos.*⁸⁷

O projecto proposto para o estudo das atmosferas teve em consideração este programa e este tipo de edifício devido à multiplicidade atmosférica que este local pede e à versatilidade que deve estar presente nos espaços. Em última análise, foi também para por em prática o estudo de um projecto num público tão fragilizado,

⁸⁷ *Maggie's Architectural Brief*, introdução, citada em **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 41. (tradução livre da autora)

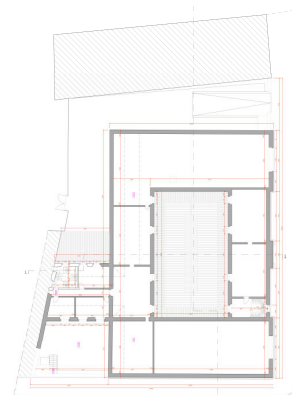


Fig. 64 | Planta do piso térreo do Dispensário de Alcântara (<http://www.estamo.pt/files/dispensario.pdf>)



Fig. 65 | Corte do Dispensário de Alcântara (<http://www.estamo.pt/files/dispensario.pdf>)



Fig. 66 | 2º piso do Dispensário de Alcântara. (fotografia da autora)

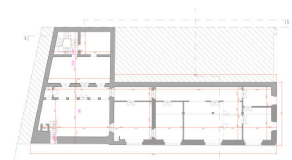


Fig. 67 | Planta do piso subterrâneo do Dispensário de Alcântara (<http://www.estamo.pt/files/dispensario.pdf>)

tendo sempre em vista o melhoramento da sua qualidade de vida ou até mesmo a possibilidade de recuperação, como já se começa a ver em alguns locais.

Este edifício é então uma instituição que pretende remeter, a quem lá habita, para a memória que cada um tenha das suas casas.

Na construção de uma atmosfera, tudo assume uma relevância significativa. Assim como na música, que envolve um espaço e molda uma atmosfera, todas as notas têm personalidade e assumem um papel fundamental. Também os elementos de uma construção, por mais insignificantes que possam parecer, assumem um papel determinante na materialização destas atmosferas. É de extrema relevância reflectir cuidadosamente nos detalhes, pois estes ajudam a caracterizar os espaços e a as atmosferas necessárias ao bom funcionamento do edifício, pelo que tentarei incluir a explicação de todos eles neste relatório.

As paredes deste centro de cuidados paliativos apresentam maioritariamente uma cor branca, ao inverso das sugestões de muitos autores, na tentativa de que os próprios utilizadores dos espaços o personalizem. Como diz Herman Hertzberger, a apropriação dos espaços pode e deve ser proporcionado pelo arquitecto.

*A influência dos utilizadores pode e deve ser estimulada, pelo menos se for feito nos locais adequados, ou seja, onde o envolvimento suficiente pode ser esperado; (...) o arquitecto está numa posição em que pode contribuir para estas questões improvisando, e é certamente o seu dever, pelo menos, fazer uma tentativa nesse sentido.*⁸⁸

O objectivo é dar forma aos espaços públicos de tal maneira que a comunidade local se sinta pessoalmente responsável por eles, para que

⁸⁸Hertzberger, Herman (2009). *Lições de Arquitectura*. São Paulo: Martins Fontes, p. 25.

*cada membro dessa comunidade contribua à sua maneira para um ambiente em que ele ou ela se possam relacionar e identificar.*⁸⁹

Também aqui se pretende esta apropriação por parte dos utentes, sempre com o objectivo de transportá-los para a memória das suas casas, não só a partir de elementos físicos, mas também, a partir dos hábitos antigos. Assim é promovido o estímulo do transporte de objectos pessoais bem como o de criar e redecorar o próprio centro por parte de cada utente, familiar ou trabalhador.

É também um dos objectivos do projecto que o próprio centro de cuidados paliativos conte, através do edificado, a sua História e retenha uma memória das pessoas que por ali passaram.

Actos de lembrança e memoriais estão intimamente relacionados com a arte e consequentemente estimulam as actividades que o centro pode promover. Um bom exemplo está presente no Christopher House Hospice em Austin, Texas, onde logo à entrada vemos um trabalho composto por mais de 100 moldes em cerâmica, de mãos de antigos pacientes.

Outras expressões de lembrança podem ser móveis, ou seja, elementos que não tenham um local de exibição permanente, como qualquer tipo de mobília, artefactos portáteis ou plantas como é o caso, por exemplo, das plantas do jardim do Maitri AIDS Hospice.

Piso Superior

No piso superior o actual estado da laje e a cobertura de lusalite invalidam a possibilidade do seu aproveitamento. Assim este segundo piso será inteiramente novo.

A laje deste piso irá reproduzir a laje do piso térreo, que é abobadilhada, por forma a conseguir-se uma lógica estrutural coerente.

A nova cobertura passa a ser de madeira, com o objectivo de tornar o local mais confortável e acolhedor e, através desta nova estrutura, o pé direito é aumentado. A cobertura de serviços torna-se agora numa



Fig. 68 | Imagem do mural de cerâmica do Christopher House Hospice em Austin, Texas. (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 53.)

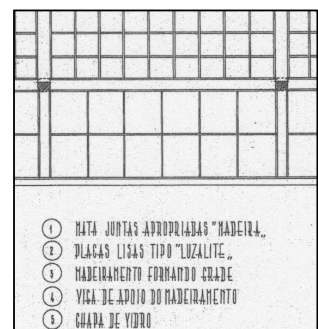
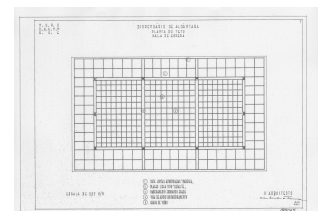


Fig. 69 | Planta do tecto da sala de espera do edifício do Dispensário de Alcântara (Arquivo Nacional do Património Arquitectónico)



Fig. 70 | Dispensário de Alcântara, actualmente, piso subterrâneo. (fotografia da autora)

⁸⁹ Hertzberger, Herman (2009). *Lições de Arquitectura*. São Paulo: Martins Fontes, p. 45.



Fig. 71 | Herzog & de Meuron ,
Basileia, hebelstrasse apartment
building .
(<https://www.flickr.com/photos/jschiemann/6483685551/in/photostream/>)

cobertura habitável e é aqui que se encontrará o piso mais acolhedor e onde dormirão os residentes do centro. Pretende-se construir uma nova secção no edifício que se adapta às pré-existências e onde se distingue de forma clara a parte antiga da parte nova. Com uma linha de vidro, entre as cornijas e a cobertura, que separa o novo do antigo, e realça a horizontalidade promovida pelas cornijas e pela direcção das tábuas da cobertura, é possível oferecer iluminação ao interior deste segundo piso e, para quem está de fora, transmitir a sensação de uma cobertura flutuante. Neste novo piso toda a construção é de madeira e metal, quer estejamos a falar da estrutura ou dos seus acabamentos, um pouco à semelhança do prédio de Herzog & de Meuron, *Hebelstrasse Apartment Building*, em Basileia, esta nova construção apresenta um aspecto homogéneo, actual e acolhedor.

Neste segundo piso situam-se os quartos, que no caso de um hospício são os espaços mais importantes. O quarto de um hospício carrega em si a maior responsabilidade quando se trata de determinar o sucesso de um centro de cuidados paliativos.

Assim, o quarto singular apresenta-se como sendo a melhor opção pela privacidade, por razões de higiene, de saúde e para um controlo interno de factores essenciais que definem a atmosfera, como a temperatura, a luz ou a circulação do ar.

No projecto, cada quarto contém a sua própria casa-de-banho e duas camas, uma para o paciente outra para o acompanhante.

Em última instância o quarto é um local que consegue ser, em cada momento, a nossa casa, o nosso espaço. O quarto não é apenas um local de acolhimento, deve também ser um local de pensamentos, experiências, memórias e alterações do tempo.

No quarto, factores como dimensões, proporções, forma, conforto, e luminosidade são tudo questões importantes.

A altura dos tectos nos quartos também é importante. Alguns arquitectos insistem que qualquer edifício com uma altura de tectos uniforme é uma instituição, não um lugar de conforto.

Grandes arquitectos como Alvar Aalto, no projecto do sanatorium de Paimio, e Le Corbusier, no Hospital de Veneza, que nunca foi construído, contribuíram de forma significativa na introdução do pensamento do papel da arquitetura nas instalações de saúde, dando especial relevância ao quarto.

Le Corbusier projectou o quarto individual, no Hospital de Veneza, de forma radical. O quarto ou, a cela, é a origem do projecto como um todo. Este é um espaço sem janelas para o exterior como forma de proporcionar o isolamento completo. A luz entra apenas por claraboias que os pacientes podem controlar para alterar a intensidade.

*Eu notei que os quartos eram desenhados para pessoas que passavam os seus dias na posição vertical, não para aqueles que passavam dias a fio nas suas camas. (...) Por isso tentei desenhar para pacientes não-activos que proporcionaram aos acamados uma atmosfera tranquila.*⁹⁰

Alvar Aalto trouxe um novo sentido necessário ao desenho de um quarto de hospital. Este focou-se principalmente nas entradas de luz que vinham de cima, através de claraboias e de clerestórios.

Assim, ambos os arquitectos referem a importância da luz vinda de cima, quer seja nos quartos ou nos corredores.

Foi atendendo a estas razões, que o projecto inclui uma claraboia em todos os quartos dos pacientes, trabalhada de forma a deixar a luz entrar e transmitir ao paciente uma aproximação perspectica ao exterior.

Nos corredores a actividade deve ser continuada e estimulada por ritmos variados. No hospício de Vidarkliniken, os corredores são descritos como ruas pedestres interiores. No Horizon House Children's Hospice, o corredor dos quartos segue uma curva de maneira a não termos a impressão de que é um corredor grande e comprido assim como sucede, também, no The Ark Center for Palliative Care, em

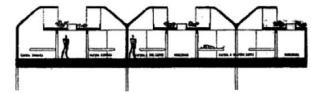


Fig. 72 | Secção do quarto individual do hospital de Veneza de Le Corbusier .
(<https://arquitrabalhos.wordpress.com/2010/12/20/utopias-hospital-de-venezale-corbusier/>)

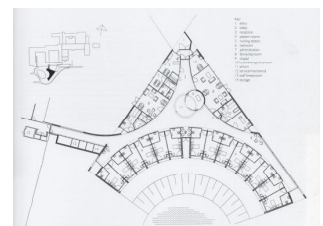


Fig. 73 | Planta do The Ark Center for Palliative Care, Roermond, Holanda.
(Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 99.)

⁹⁰Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 77.



Fig. 74 | Vidarklinen. (Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)



Fig. 75 | Houston Hopsice, Hospice of the Texas Medical Center. (Verdeber, Stephen F., Refuerzo, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor & Francis, p. 161.)



Fig. 76 | Cité Napoléon, Paris. (Hertzberger, Herman (2009). *Lições de Arquitectura*. São Paulo: Martins Fontes, p. 39.)

Roermond, Holanda. Em St. Oswald's Hospice em Newcastle, Jane Darbyshire quebra o corredor com recantos com bancos nas janelas para o jardim, pequenas áreas de retiro capazes de aceitarem um sofá ou algumas cadeiras. No design do novo Hospício, em Cork, os corredores são direitos, mas pequenos e pontuados por janelas e bancos. Assim, os corredores devem assumir um papel fundamental da vida em sociedade num hospício, onde as actividades e o convívio são promovidos e a memória de instalações como hospitais, em que os corredores são compridos, deve ser evitada. Desta forma o design dos hospícios pode facilmente quebrar o padrão monótono de corredor típico dos grandes hospitais.

No primeiro piso, os espaços de transição têm contacto directo com a rua e os quartos viram-se para dentro, também como forma de proteger os quartos dos pacientes das agressões exteriores, muito presentes na cidade. Todos os quartos têm uma saída para o exterior e um espaço na galeria. Aproveitando as colunas do actual edifício, a galeria, com 2,50 metros de largura, pretende ser parte do quarto, como extensão do interior. Assim nos quartos é suportada a perspectiva de que o espaço imediatamente exterior ao quarto, corredor ou galeria, se torne um local de passeio, repouso ou ajuntamento da sociedade, que ganha a função de rua urbana, providenciando uma ligação entre paciente e a vida em sociedade no centro, conceito que se tentou aplicar na revitalização da Cité Napoléon, primeiro exemplo, em França (Paris), de construção urbana destinada a trabalhadores.

Os corredores assumem uma função de estadia mediante os espaços de estar que enunciam as entradas dos quartos. Estas reentrâncias funcionam como recantos necessários para proporcionar espaços de estar e de reflexão aos seus utentes, e permitem, também, que não haja uma divisão tão marcada entre o espaço mais público, que é o corredor, e o espaço privado do quarto.

Esta dualidade existe graças à qualidade espacial do limiar, como uma plataforma, com direitos próprios, um local onde dois mundos se sobrepõem, em vez de uma demarcação nítida. ⁹¹

A galeria do pátio interior está, como já foi mencionado, maioritariamente reservado aos quartos. Com um carácter de descanso, esta galeria assume-se como parte da vida quotidiana dos seus residentes. Apesar de acessível a todos, reveste um papel de continuidade do interior e local de descanso.

O uso do espaço público, pelos residentes, como se fosse privado fortifica a reivindicação do utilizador daquela área, aos olhos dos outros. ⁹²

Quase como as galerias de descanso da "Montanha Mágica", estas assumem um papel essencial neste centro de cuidados paliativos pediátricos.

(...) saiu à sacada, que corria ao longo do edifício, subdividida apenas por paredes de vidro fosco, que, embora sem avançarem até a balaustrada, formavam compartimentos correspondentes aos diversos quartos. ⁹³

Ainda neste piso, o tecto e o pavimento liso revestido a madeira de nogueira e de carvalho, respectivamente, são uma forma de tornar todo o piso mais acolhedor. As tábuas de revestimento de madeira apresentam-se sempre em sentido longitudinal e no tecto, entre a madeira que reveste a cobertura e as diversas paredes do edifício, esta direcção é acentuada com uma alheta.

Piso Térreo

No piso térreo, a lógica do piso superior é invertida, ou seja, as salas têm contacto directo com a rua mas mantêm uma relação com o pátio interior. Assim, neste piso apresenta-se um plano muito aberto, sendo que só as salas de terapia da música e multissensorial, por necessidades funcionais, é que estão completamente encerradas. Estas salas, pode dizer-se, funcionam como divisória entre as salas de



Fig. 77 | Fotografia da sacada do Sanatório Sousa Martins no início do século XX
(<http://dazulterra.blogspot.pt/2013/11/a-montanha-magica.html>)

⁹¹Hertzberger, Herman (2009). *Lições de Arquitectura*. São Paulo: Martins Fontes, p. 32.

⁹² Ibidem, p.17 (tradução livre da autora).

⁹³Mann, Thomas (s.d.). *Montanha Mágica*. Livros do Brasil, p. 42.

terapias adjacentes. Desta forma pretende-se também que os espaços de transição se tornem imperceptíveis através de limites principalmente psicológicos. Assim como no piso superior, o corredor tem também reentrâncias nos vãos que criam locais de descanso. Desta forma, não existe a sensação de corredor, mas antes uma sensação de grande sala que conecta com outras áreas públicas. Isto permite, também, uma aproximação com o exterior onde o acesso, o contacto e o controlo sobre as crianças neste pátio interior tornam-se também mais fáceis.

Até mesmo as divisórias que existem nas salas dos cantos, paredes antigas que se mantiveram pela sua natureza programática, são parcialmente constituídas por vidro, com o mesmo objectivo das outras salas, o de manter a visibilidade constante nas salas do piso térreo e de promover a sociabilidade e o envolvimento da comunidade nas actividades a decorrer.

Nos vãos das paredes exteriores antigas rebaixou-se o beirado interior, para, mais uma vez, se seguir a lógica de aproveitamento do espaço, permitindo que as pessoas se possam sentar e que o próprio edificado faça parte da sua forma de estar do quotidiano.

O pé direito do piso térreo é bastante alto, o que era normal para os edifícios da época com esta finalidade. Num edifício em que se pretende uma aproximação com a casa individual, apesar deste ser o piso público, este é um factor que representa um problema. Uma das formas encontradas para tentar contornar esta questão foi trabalhar as sancas. As sancas altas vão funcionar como uma caixa, de forma a dar a sensação de um tecto mais baixo e permitindo também, um tratamento da iluminação artificial, através do afastamento de algumas partes das sancas, como acontece por exemplo na Vivenda en Sant Joan, em Barcelona, projectada pelo atelier Egue y Seta.

Pode-se observar o movimento de extensão do exterior para o interior, desde o posicionamento das salas e dos espaços de transição às dimensões da galeria e à abertura do pátio interior. Foi, também, com o objectivo de tornar esta intenção mais clara, que se optou pelo



Fig. 78 | Dispensário de Alcântara, em 15 de Maio de 1950, piso subterrâneo (<http://restosdecoleccion.blogspot.pt/2014/04/dispensario-de-alcantara.html>)

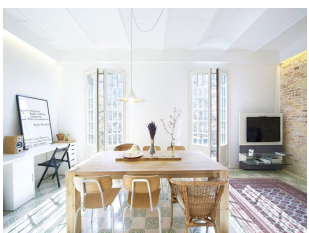


Fig. 79 | Referência do tecto do dispensário. Vivenda en Sant Joan. (<http://www.archilovers.com/projects/137524/vivienda-en-sant-joan.html>)

pavimento do piso térreo uniforme, o granito, incluindo no exterior, à excepção das salas de terapia. Estas salas têm o piso em madeira para acolher e proteger as crianças em tratamento e também para evidenciar e privilegiar as salas com funcionalidade que se dedicam às crianças.

Os espaços administrativos apresentam novas paredes divisórias com o corredor, as quais permitem, também através de reentrâncias, um aumento dos espaços de estar e de espera e facilitam aos funcionários a apropriação dos espaços.

Piso Subterrâneo

No piso inferior, o piso de serviços, situam-se a sala de refeições e as cozinhas. Existe uma cozinha principal para os profissionais e outra cozinha temporária, que acolhe e serve os utentes do centro de cuidados paliativos independentemente da presença de profissionais. A cozinha principal, e a cozinha temporária, preparada para servir as necessidades imprevistas dos habitantes, continuam a manter o carácter acolhedor do centro. Em ambas as cozinhas, mantiveram-se alguns elementos da memória do que lá estava, como a chaminé ou a parede de azulejos e aproveitaram-se os vãos para dar continuidade às bancadas, sempre com o objectivo de aproveitamento de todos os espaços. As duas cozinhas pretendem manter as mesmas materialidades, com cores diferentes. Através das características que as compõem uma apresenta um carácter visivelmente mais informal e outra, com espaços mais protegidos, um carácter mais profissional. Prevalece na cozinha principal a cor cinzenta nas paredes e branca nos azulejos e, para contrastar, na cozinha temporária prevalece a cor preta dos azulejos, e branca das paredes, como se pode ver nas figuras ao lado.

Na sala de refeições, as mesas são redondas para aumentar a flexibilidade e convidar a companhia de visitas inesperadas. Para manter algumas características do antigo edifício, como forma de apelar à memória do local, esta sala aproveita os vãos corridos que existem e cria outras aberturas, direccionadas para a sala adjacente. A



Fig. 80 | Parede separatória entre os espaços administrativos e o corredor.
(registo gráfico da autora)

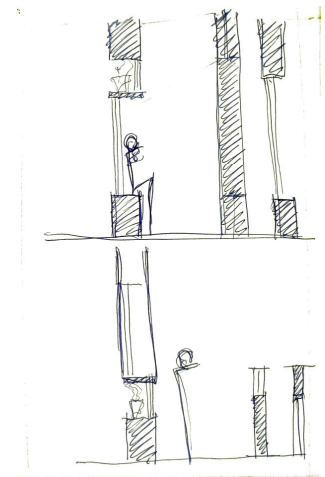


Fig. 81 | Secção da parede separatória entre os espaços administrativos e o corredor numa fase anterior.
(registo gráfico da autora)

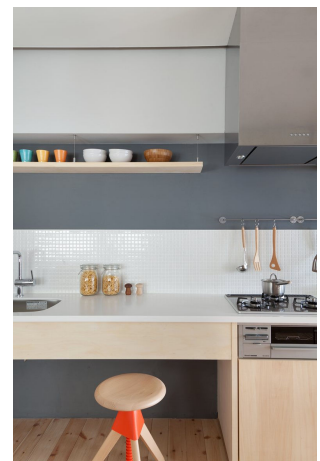


Fig. 82 | Referência da cozinha principal.
(<http://www.archilovers.com/projects/149766/gallery?1243573>)



Fig. 83 | Referência da cozinha temporária. Vivenda em Sant Joan. (<http://www.archilovers.com/projects/137524/vivienda-en-sant-joan.html>)



Fig. 84 | Estado actual do corredor adjacente da sala de refeições do Dispensário de Alcântara (fotografia da autora)



Fig. 85 | Referência das escadas. Vivenda em Sant Joan. (<http://www.archilovers.com/projects/137966/17-blair-road.html#images>)

sala adjacente à sala de refeições é um espaço de estar que, com as aberturas visuais já referidas, permite que as refeições se tornem um momento de relaxamento para todos os utentes, quer já tenham acabado a refeição, quer queiram prolongá-la.

Escadas

As escadas são um elemento de excepção que contrasta com a regra rígida, de linhas direitas, que o edifício apresenta. Com uma forma orgânica, as escadas assumem um carácter mais divertido e as guardas, com um 1,1 metro, contêm nelas uma iluminação embutida que corre ao longo de toda a escadaria.

Fachadas

Nas fachadas do edifício prevalece a cor amarela, que representa grande parte da identidade exterior do edifício.

Na fachada posterior, à qual foi retirada uma parte, foi necessário criar novas aberturas, que servem o primeiro piso. Como se pretende uma distinção nítida dos novos elementos construtivos, as aberturas têm molduras que se distinguem através da sua materialidade, a madeira, tal como a cobertura.

O edifício tem duas entradas principais. Uma na fachada anterior, que dá para a rua Tenente Valadim, dedicada aos pedestres, e outra dedicada às pessoas que chegam nos veículos de emergência, situada na fachada posterior. Assim, a parte traseira do edifício foi dedicada aos acessos e estacionamento de algum veículo de emergência que faça parte do centro, como forma de poder oferecer uma maior assistência aos pacientes com mobilidade reduzida. Relativamente ao estacionamento de ligeiros, este situa-se nos espaços exteriores e adjacentes à rua, devido à falta da alternativa de outros locais que não desclassifiquem esta parte histórica da cidade.

Por último, a designação de Centro de Cuidados Paliativos Pediátricos de Alcântara é motivo de apreensão por parte de muitos utentes e num edifício que serve doentes terminais a vulnerabilidade é muita e a ansiedade pode ser motivada por muitos factores. Existem centros de

cuidados paliativos, como é o caso da Grove House, que optaram por retirar a palavra “paliativa” da sua denominação e obtiveram bons resultados; contudo, a maioria insiste em manter o nome pelo conceito bem estabelecido que está por detrás.⁹⁴ Assim, neste centro de cuidados paliativos, optou-se pela designação formal de Centro de Cuidados Paliativos Pediátrico de Alcântara mas, dada a importância devida às características externas do edifício que são fundamentais na criação da confiança pública, esta designação não aparece representada no edifício. Em vez disso, na porta da entrada, à semelhança das Almshouses, em que cada edifício contém uma inscrição inspiradora como *Be Kind Quickly*, a frase que aparece é:

Peço-te que venhas e me dês

*Um pouco de ti mesmo onde eu habite.*⁹⁵

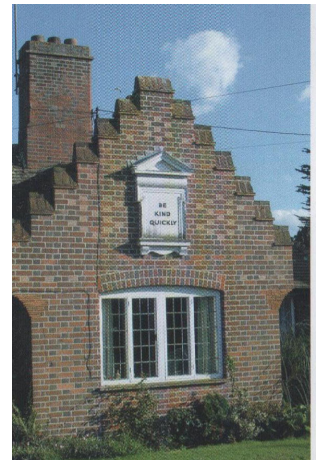


Fig. 86 | Cottage almshouse em Reydon, Suffolk (Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, fotografia inserida entre a p. 62 e a p. 63.)

⁹⁴ C.f. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, p. 53.

⁹⁵ **Mello Breyner Andresen**, Sophia (2010). No Tempo Dividido, VIII, 6-7 in *Obra Poética*. Alfragide: Editorial Caminho, SA, p. 270.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito desta investigação foi feita uma reflexão sobre em que consiste uma atmosfera arquitectónica e de que forma esta condiciona o bem estar do ser humano, com o fim de entender a responsabilidade que recai sobre o arquitecto como criador de espaços e como pode este estar consciente das suas acções.

As atmosferas são a envolvente sempre presente nas nossas vidas. Fruto de uma multiplicidade de factores e características, umas objectivas, outras mais subjectivas e misteriosas, são inevitavelmente condicionantes da forma de estar de cada um de nós. As atmosferas, ou, se quisermos, os espaços em que as pessoas estão inseridas, estão constantemente a interferir com sentimentos e atitudes pessoais. Todos os factores físicos que contribuem directamente na composição das atmosferas assumem uma relevância e em conjunto com elementos não físicos, como o som que está por detrás ou as presenças que nele estão inseridas, as atmosferas relacionam-se de forma independente com cada ser.

A forma como absorvemos a atmosfera que nos envolve está muito relacionada com a nossa experiência sensorial, absorvida inconscientemente com o corpo. O porquê de nos sentirmos atraídos ou retraídos por certos ambientes é misterioso, visto que a experiência sensorial é apenas atingida através do nosso corpo como um todo, com todos os sentidos interagindo entre si. Assim, até mesmo o indivíduo com o olhar mais desinteressado está sujeito aos efeitos de uma atmosfera.

As nossas imagens visuais são dependentes do sentido de experiências passadas adquiridas passivamente e a forma como nos apropriamos de novos espaços está dependente de imagens anteriores.

À luz destas observações concluímos que não é possível dizer objectivamente de que forma uma atmosfera influencia o bem estar do ser humano, em geral, pois a sua influência é subjectiva e tem na sua

origem numa pluralidade de factores. Todo o indivíduo absorve o espaço de forma única pois, todos os elementos físicos que compõem um espaço estão sujeitos a uma interpretação, por parte do seu observador.

A Arquitectura tem em si a capacidade de produzir estes ambientes impulsionadores e de estimular a postura individual do ser humano. Ao retratarmos as atmosferas como impulsionadoras e condicionadoras das nossas formas de estar, retratamos também, o arquitecto, como principal responsável desta forma de equilíbrio. O arquitecto tem, desta forma, a possibilidade de alterar e condicionar as emoções do ser humano, pelo que se torna de extrema importância e responsabilidade a reflexão profunda sobre os espaços e atmosferas que este projecta, ou seja, de perceber e reflectir sobre o mistério que é a “atmosfera”. Este tem portanto grande responsabilidade nos seus projectos, admitindo que as suas obras vão ter um contributo inevitável para a vida de quem com elas se confronta. Torna-se, então, indispensável o domínio do seu corpo sobre a projecção dos locais que ainda não foram construídos, ou seja, a capacidade de se transportar para o inexistente, e o bom entendimento da envolvente, que condicionará a obra futura.

Porque cria circunstância – positiva ou negativa – a sua acção pode ser benéfica ou maléfica e daí que as suas decisões não possam ser tomadas com leviandade ou em face de uma visão parcial dos problemas ou por atitude egoísta de pura e simples satisfação pessoal. Antes de arquitecto, o arquitecto é homem, e homem que utiliza a sua profissão como um instrumento em benefício dos outros homens, da sociedade a que pertence. ⁹⁶

O desenvolvimento dos centros de cuidados paliativos, quer as instituições quer o movimento, tem vindo a crescer pois as pessoas

⁹⁶Távora, Fernando (1982, “2088”). *Da organização do espaço*. Porto: FAUP Publicações, p. 74.

acreditam que estes centros conseguem lidar com o sofrimento da morte. Esta convicção, que se encontra nos princípios básicos do pensamento intelectual e social de hoje, está a influenciar o cuidado dos moribundos em todo o mundo. A dor evitável e a indignidade, são, portanto, o foco dos cuidados paliativos que se não-de dispensar a todos aqueles que deles necessitem.

Morrer em casa pode ser o ideal para a maioria, como vários casos demonstram, mas esta atitude pode rapidamente mudar, quando um grande sofrimento se instala ou quando as pessoas experienciam um bom cuidado de hospício num regime temporário. É portanto, essencial que na hora da morte haja mais do que uma envolvente familiar. É necessário que haja também tecnologias que possibilitem uma morte passiva. A preocupação de políticas relacionadas com as condições em que as pessoas morrem é crescente, o que sugere que estamos a entrar numa nova era em que a morte volta a estar no centro das políticas sociais.

No entanto, a falta de perícia arquitectónica no planeamento destas instituições é ainda uma das grandes áreas em que a Arquitectura é deficiente.⁹⁷

No centro de cuidados paliativos o convívio com pessoas na mesma situação e a realização de diversas actividades são factores essenciais e que devem ser promovidos pelos espaços que o arquitecto cria. O princípio base de um centro de cuidados paliativos é o de as pessoas viverem as suas vidas em toda a sua plenitude. No tempo que os pacientes ali estão, quer seja temporário ou final, é de extrema importância que as pessoas não sintam nenhuma exclusão ou perda de status e se sintam incluídas nesta sociedade interna.

Os centros de cuidados paliativos devem assumir um carácter e uma escala doméstica que transporte os pacientes para um local familiar semelhante ao que sentiriam nas suas casas.

⁹⁷ C.f. **Worpole**, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge, da p. 2 à p. 9.

A construção deste tipo de edifício deve então remeter para as memórias individuais que cada um tem das suas casas e aqui surge um aspecto problemático, pois a memória individual é um conceito subjectivo. Muitos dos aspectos sociais que o centro deve estabelecer podem e devem ser proporcionados e sugeridos pelo arquitecto; contudo, é difícil para este prever as memórias individuais que cada um tem da sua casa.

Uma das características principais que distingue o espaço da nossa casa, espaço que é nosso, do resto dos espaços, é a apropriação ilimitada que fazemos dele e os hábitos que nele estabelecemos. Assim, uma das características principais deste centro de cuidados paliativos pediátrico são os espaços neutros que possibilitam a apropriação individual do centro e principalmente dos quartos, através de actividades promovidas pelo próprio centro. Desta forma, o centro mantém as suas actividades relacionadas também com a própria construção e apropriação quotidiana dos espaços, quer por parte dos pacientes, quer por parte dos trabalhadores, contribuindo para o equilíbrio da sociedade interna e para a própria história do edifício. É também princípio estruturante deste projecto a aproximação com a natureza, pela importância dos ciclos naturais, e o significado que estes podem assumir numa situação limite. Um dos factores que se procurou estabelecer foi o da extensão do espaço exterior para o espaço interior do centro de cuidados paliativos. Assim os espaços interiores do edifício são dispostos de forma a manterem uma relação constante com o espaço exterior, que é criado no centro do edifício. Pretende-se, deste modo, que a natureza seja uma componente essencial, sempre presente na vida dos utentes deste centro de cuidados paliativos pediátrico.

BIBLIOGRAFIA

Alexander, C., Chermayeff, S. (1963). *Community and Privacy, towards a new architecture of humanism*. New York: Doubleday

Alexander, C., Ishikawa, S., Silverstein, M. (1977). *A Pattern Language: Towns, Buildings, Construction*. New York: Oxford US Press.

Cullen, Gordon (1983). *Paisagem Urbana*. Lisboa: Edições 70.

Dias, Manuel G. (2001). *Lisboa, Passado, Presente e Futuro*. Parceria.

Freire, Vitor A. (2009). *Panóptico, Vanguardista e Ignorado: o pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda*. Livros Horizonte.

Grinyer, Anne (2012). *Palliative and End of Life Care for Children and Young People: Home, Hospice and Hospital*. Chichester,UK: Wiley-Blackwell.

Hertzberger, Herman (2009). *Lições de Arquitectura*. São Paulo: Martins Fontes.

Hockey, Jenny, Komaromy, Carol, Woodthorpe, Kate (2010). *The Matter of Death: Space, Place and Materiality*. New York: PALGRAVE MACMILLAN.

Leibrock, Cynthia A., **Harris**, Debra D. (2011). *Design Details for Health: Making the Most of Design's Healing Potential (Wiley Series in Healthcare and Senior Living Design)*. Wiley.

Ligtelijn, V. (1999). *Aldo Van Eyck, Works*. Basileia: Birkhäuser – Publishers for Architecture.

Lynch, Kevin (1960, “2009”). *A Imagem da Cidade*. Lisboa: Edições 70.

Mann, Thomas (s.d.) *Montanha Mágica*. Lisboa: Livros do Brasil.

Mello Breyner Andresen, Sophia (2010). *Obra Poética*. Alfragide: Editorial Caminho, SA.

Pallasmaa, Juhani (2011) *The Embodied Image: Imagination and Imagery in Architecture (Architectural Design Primer)*. Wiley.

Pallasmaa, Juhani (2012). *The Eyes of the Skin: Architecture and the Senses*. Wiley.

Pallasmaa, Juhani (2009). *The Thinking Hand (Architectural Design Primer)*. Wiley.

Rodrigues, José M. (2010). *Teoria e Crítica de Arquitetura Século XX*. Ordem Arquitectos, Caleidoscópio.

Rossi, Aldo (1966, “2001”). *A Arquitectura da Cidade*. Lisboa: Edições Cosmos.

Santos, José Trindade. (© 1985). *Antes de Sócrates: Introdução ao Estudo da Filosofia Grega*. Gradiva.

Strauven, F. (1994, "1998"). *Aldo Van Eyck: the Shape of Relativity*.
Amsterdão: Architectura&Natura Press.

Sternberg, Esther M. (2010). *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*. Belknap Press of Harvard University Press.

Távora, Fernando (1982, "2008"). *Da organização do espaço*. Porto:
FAUP Publicações.

Venturi, Robert (1977). *Complexity And Contradiction In Architecture*.
Museum of Modern Art.

Venturi, Robert (1977). *Learning From Las Vegas*. Mit Press LTD.

Verdeber, Stephen F., **Refuerzo**, Ben J. (2010). *Innovations in Hospice Architecture*. Routledge.

Vitrúvio, Marco (2006). *Tratado de Arquitetura*. Instituto Superior Técnico.

Worpole, Ken (2009). *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Routledge.

Zevi, Bruno (2002). *Saber ver a Arquitetura*. São Paulo: Martins Fontes.

Zumthor, Peter (2009). *Atmosferas*. Editorial Gustavo Gili.

Zumthor, Peter (2014). *Buildings and Projects, 1985-2013*. Verlag Scheidegger and Spiess.

Zumthor, Peter (2006). *Thinking Architecture*. Birkhäuser Architecture.

IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO
SER HUMANO

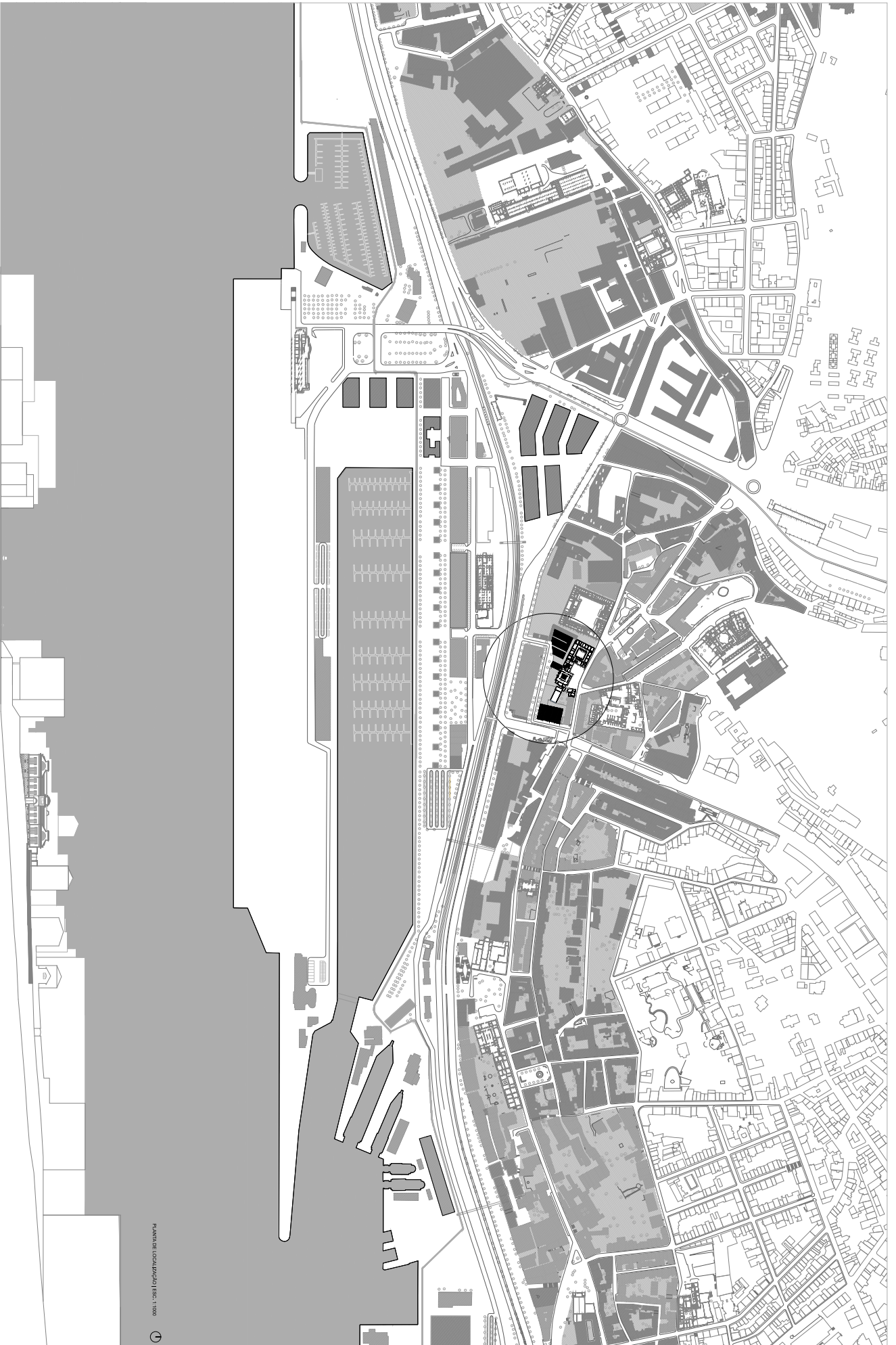
**COMPONENTES COMPLEMENTARES DO PROJECTO FINAL DE
MESTRADO**

ANEXOS

ANEXO I - Desenhos do Processo Evolutivo

ANEXO II - Maquetes do Processo Evolutivo

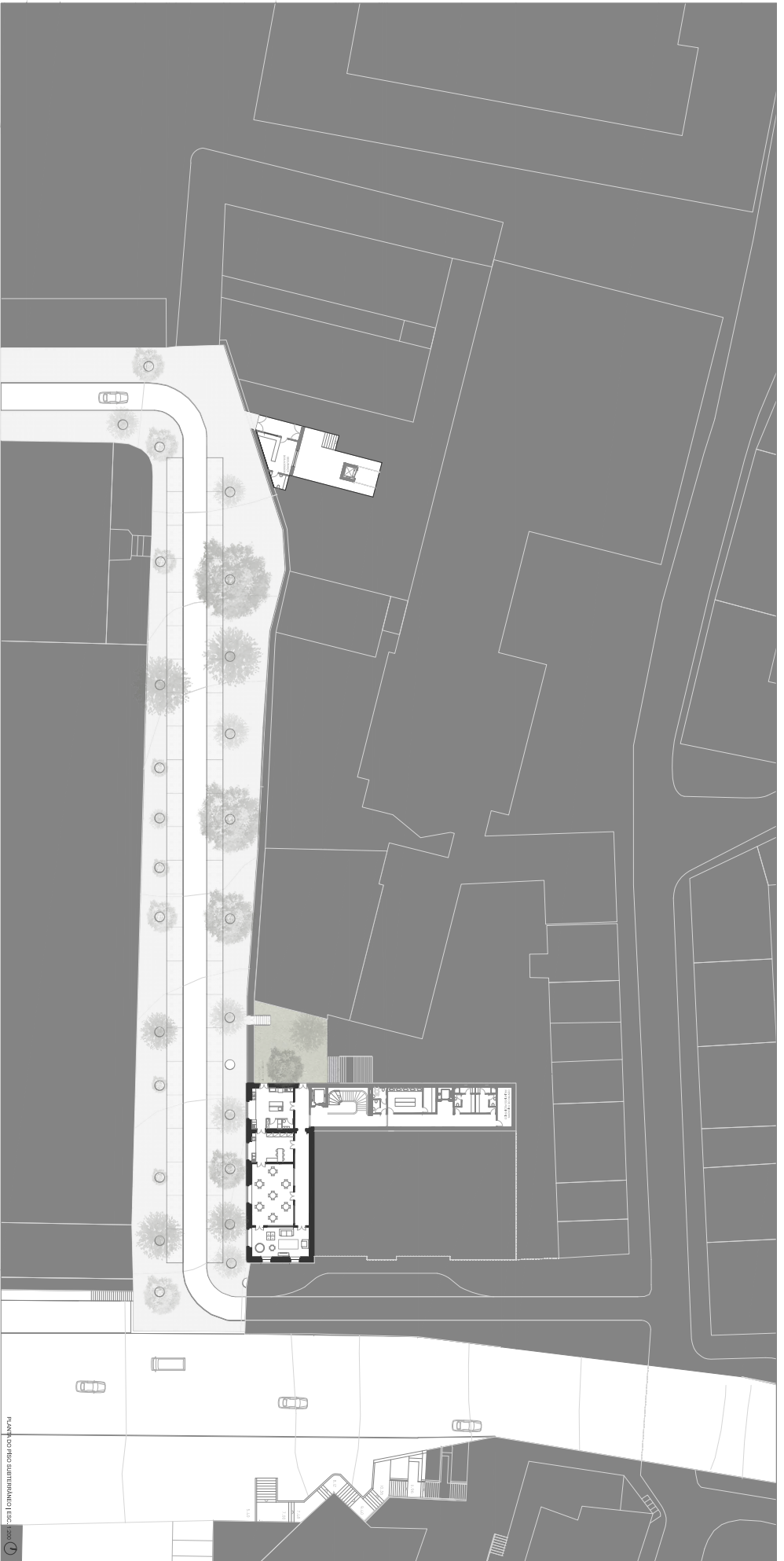
ANEXO III - Maquetes de Apresentação



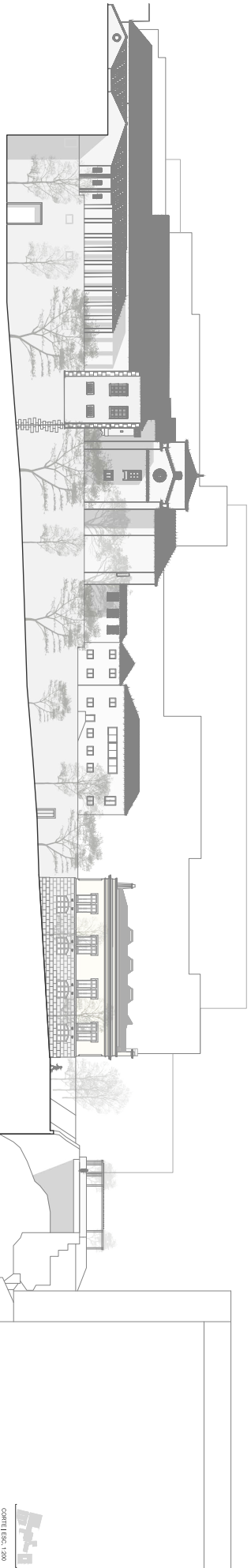
PLANTA DE LOCALIZAÇÃO ESC. 1:1000



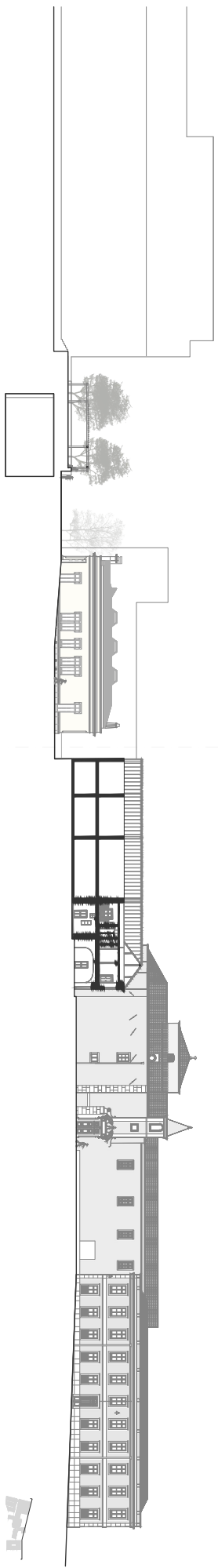
IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO SER HUMANO
Centro de Cuidados Palliativos Psicológicos de Alameda



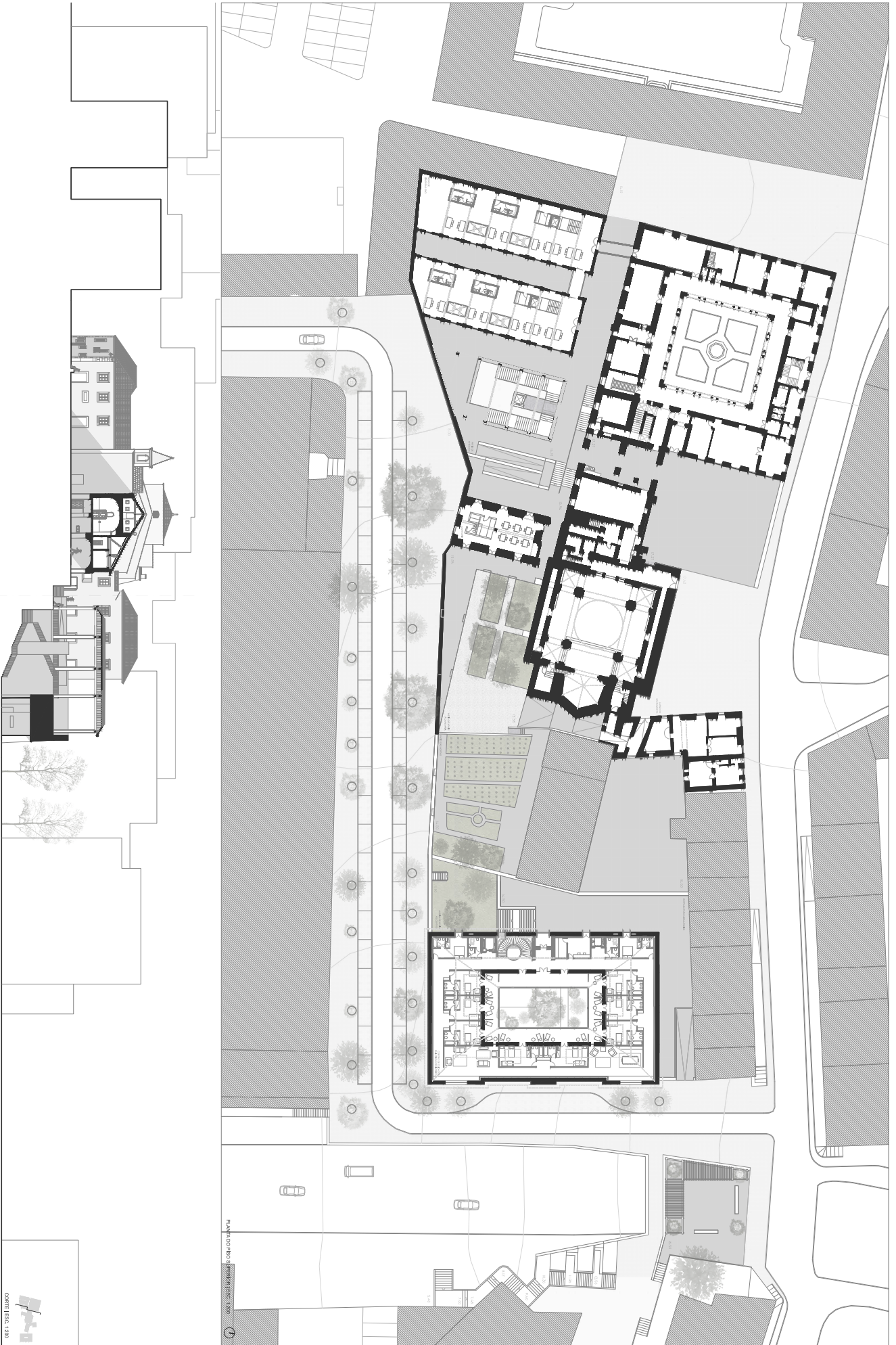
plano do 1.º andar (esc. 1:200)



corte (esc. 1:200)



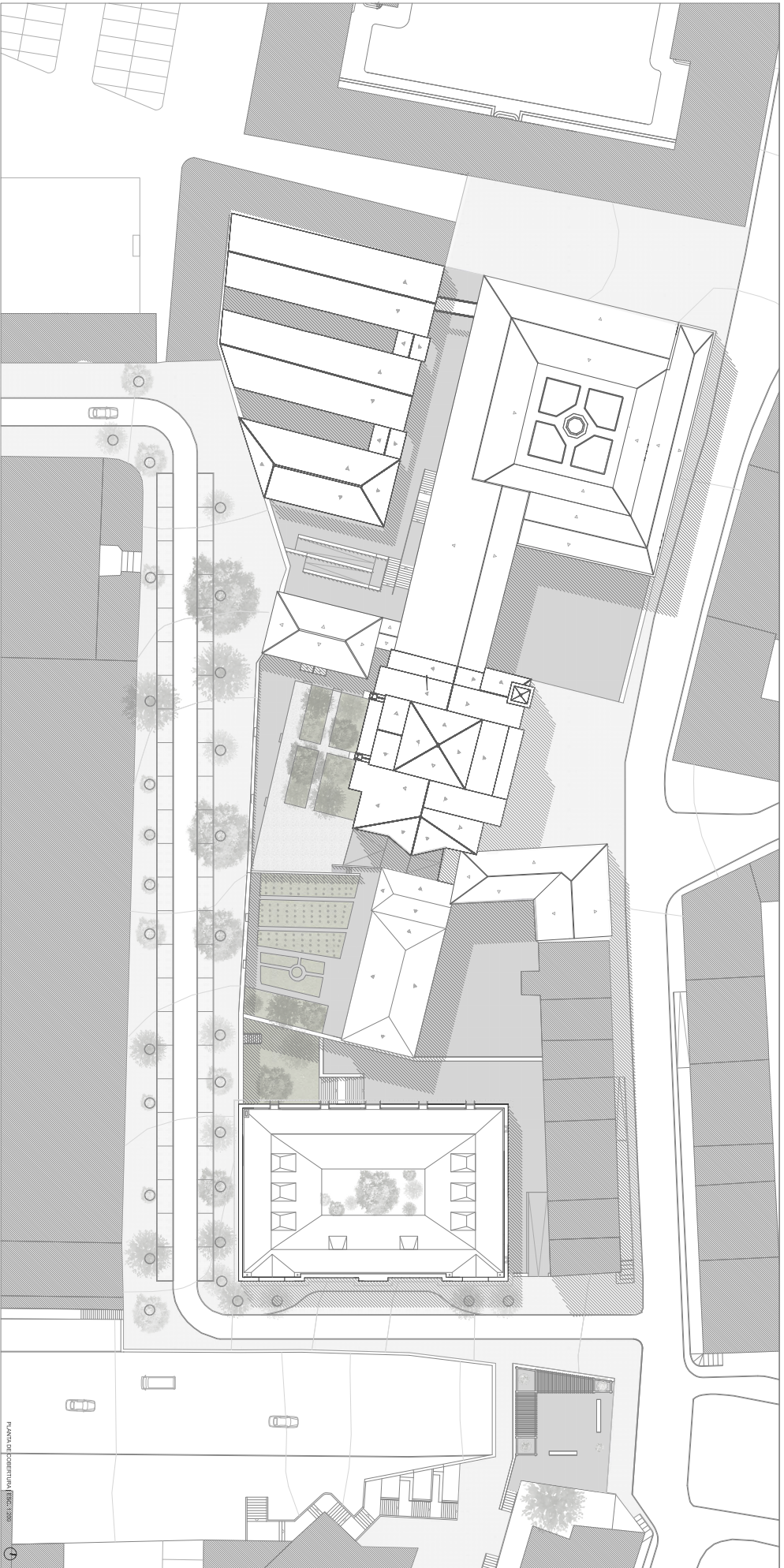
COBRE ESC. 1:200



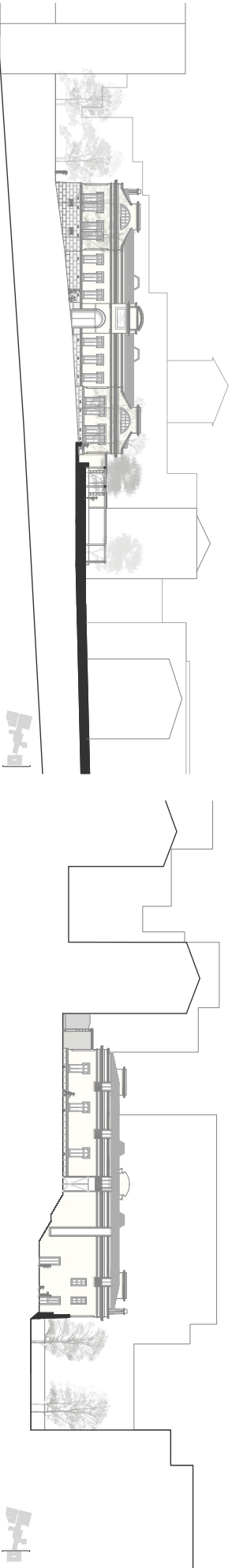
PAVILHÃO DE ARQUITECTURA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA



OPORT. ESC. 1.000

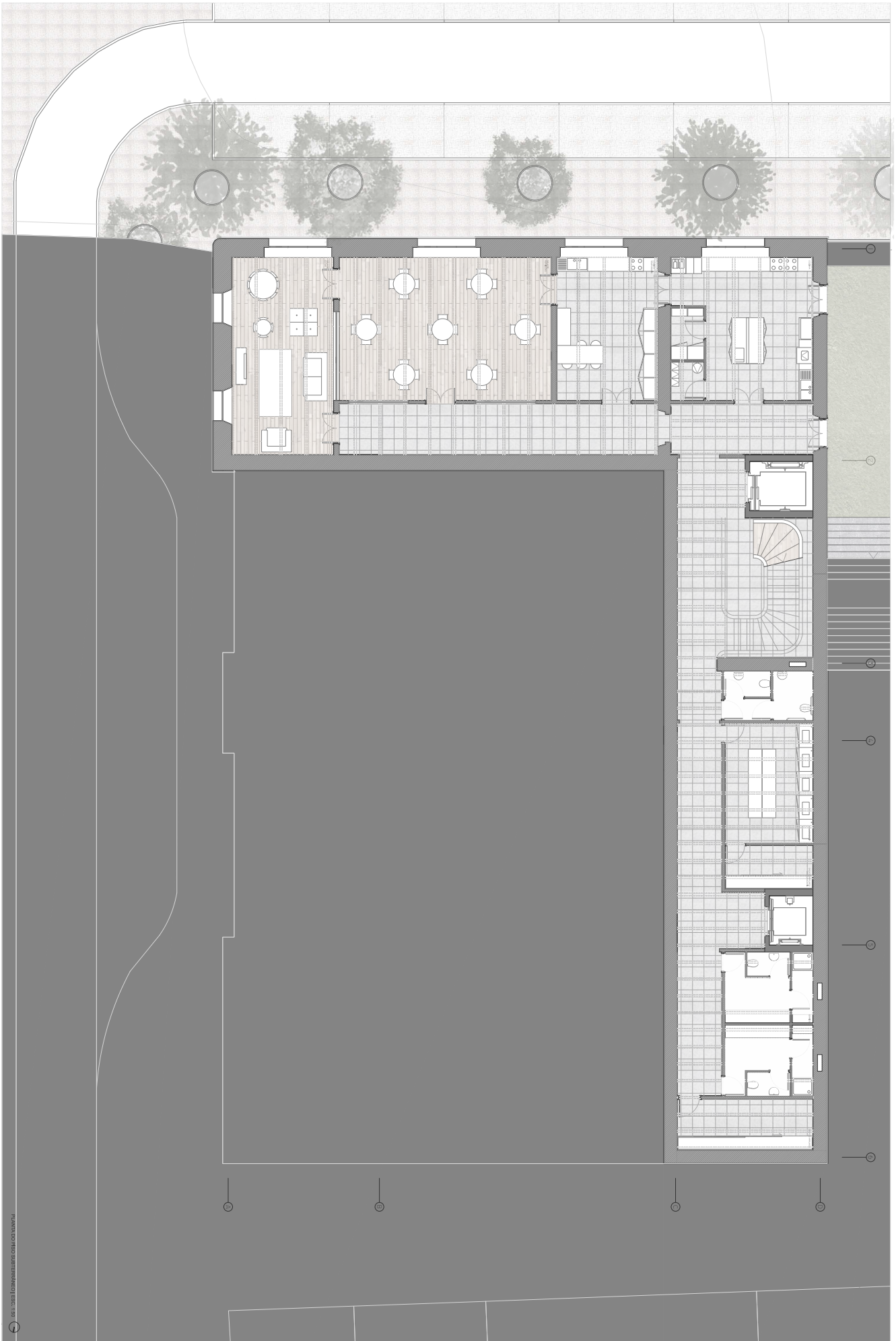


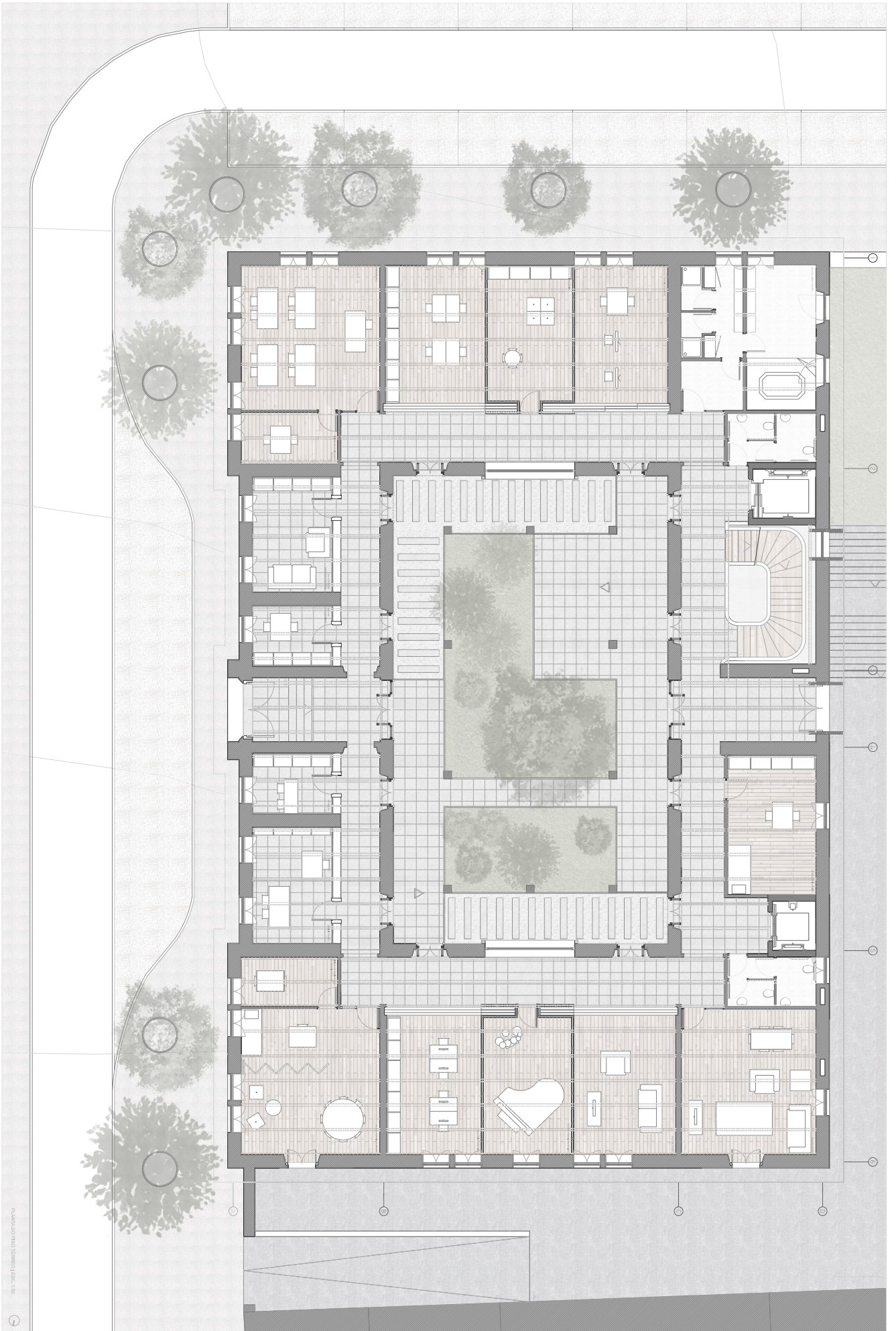
PLANO DE COBERTURA [ESQ. 1:300]

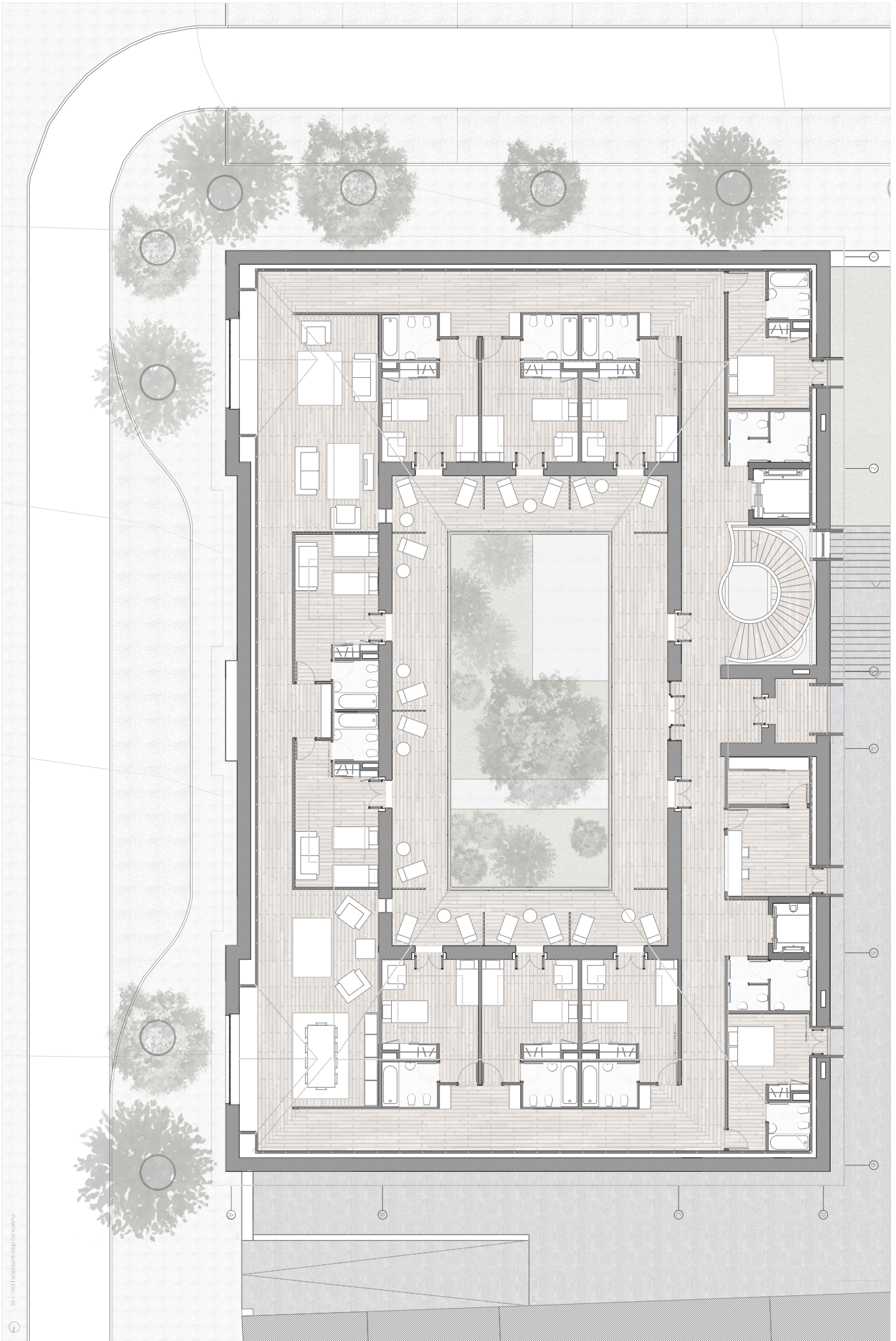


COBERT. [ESQ. 1:300]

COBERT. [ESQ. 1:300]

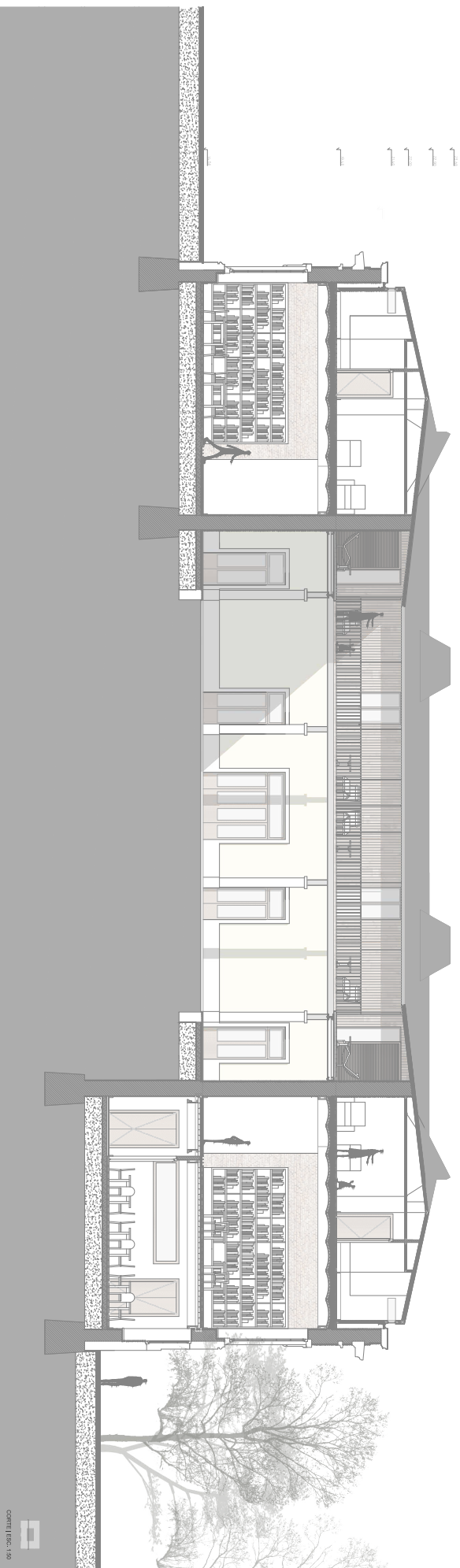




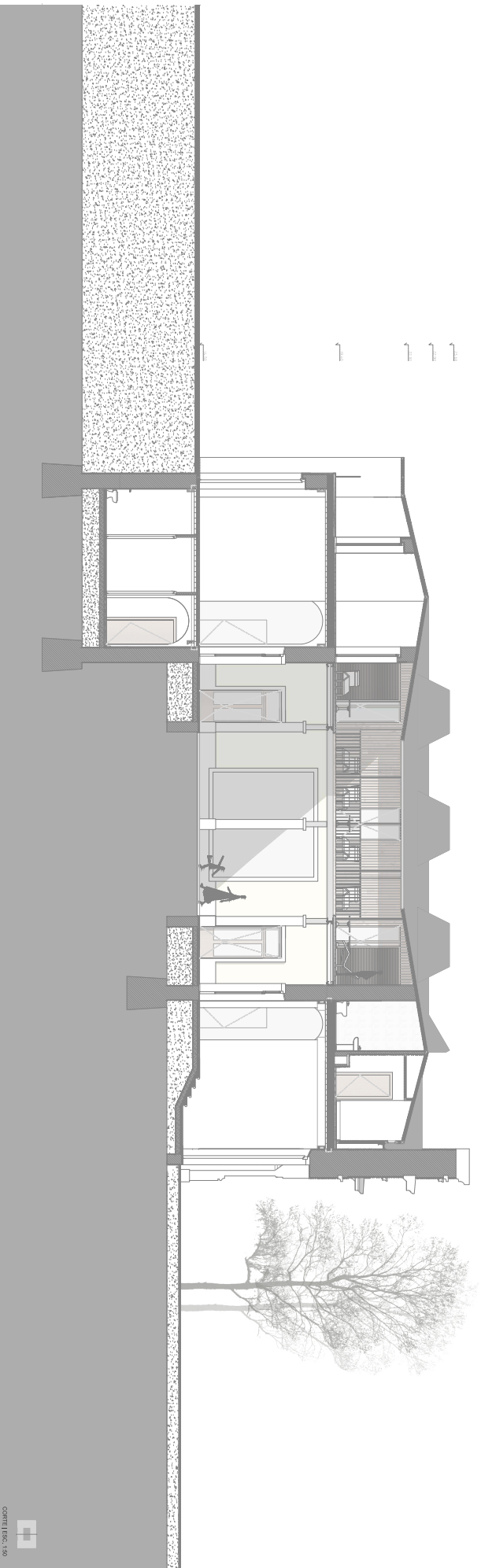




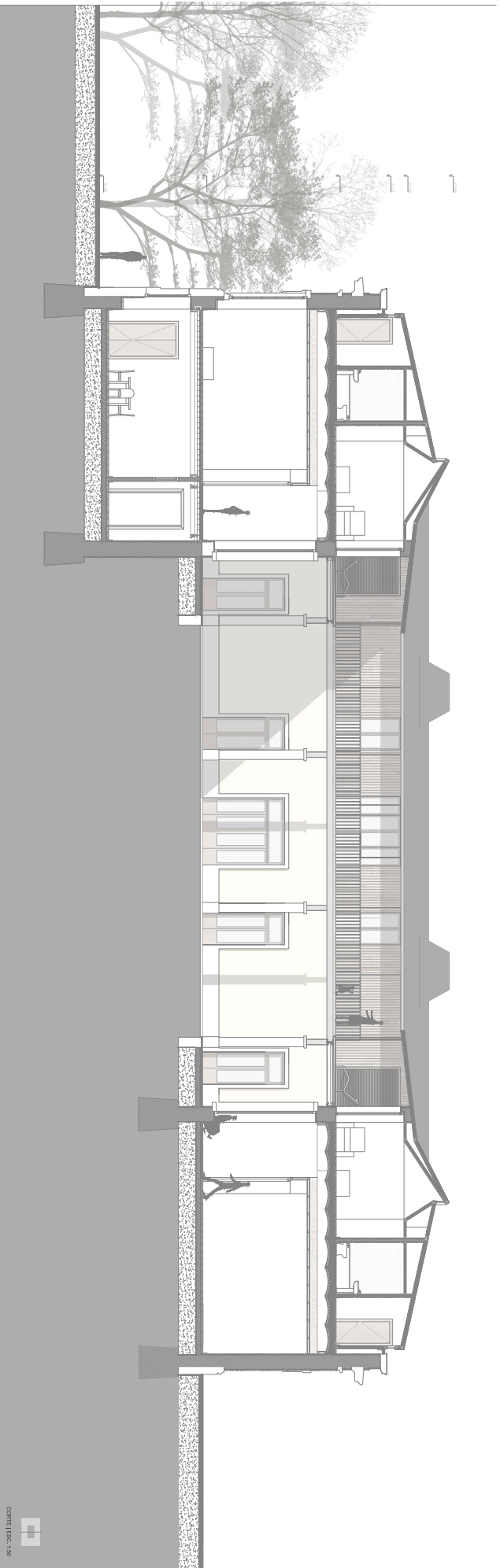
CORTE ESEC. 1/90



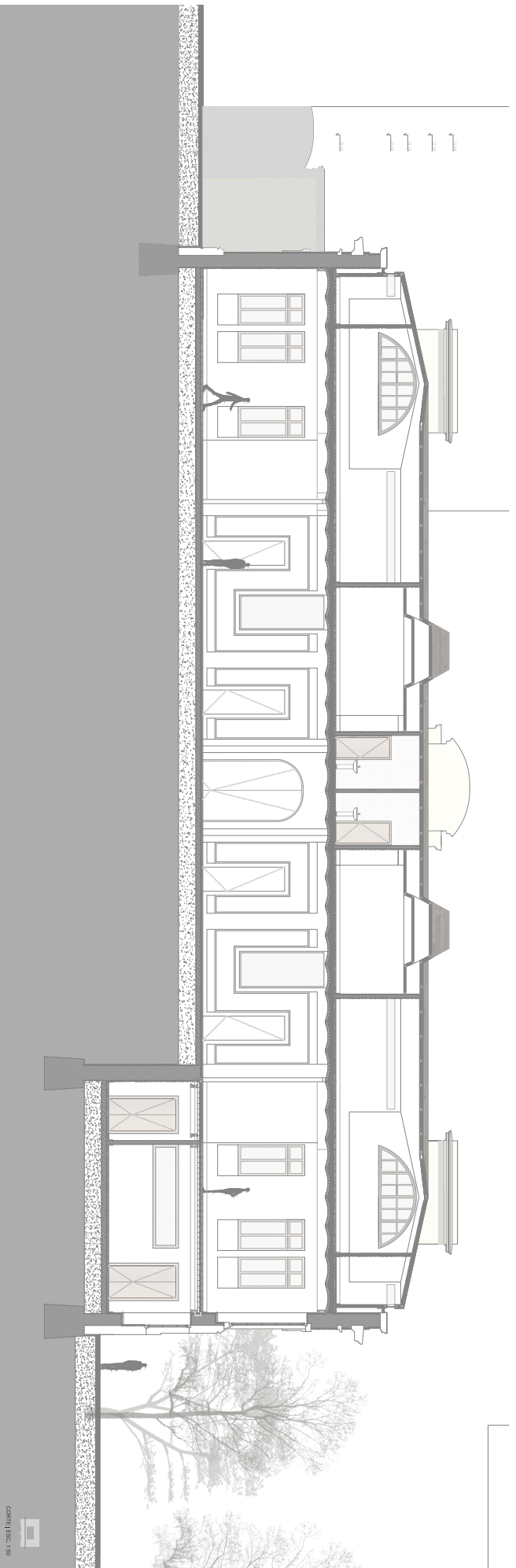
CORTE ESEC. 1/90



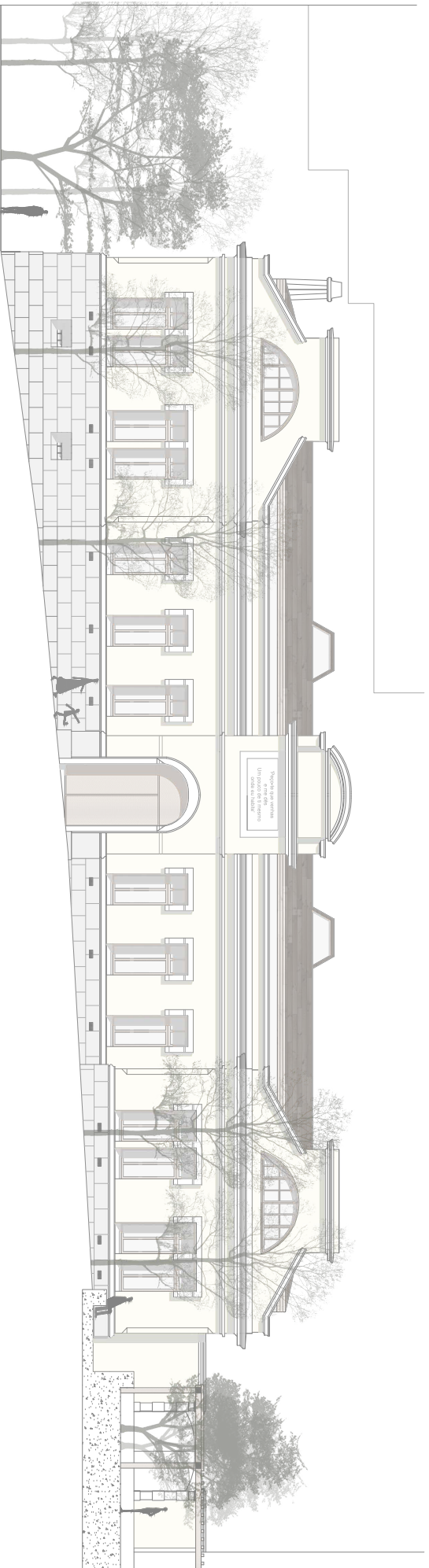
CORTE I (Esc. 1:50)



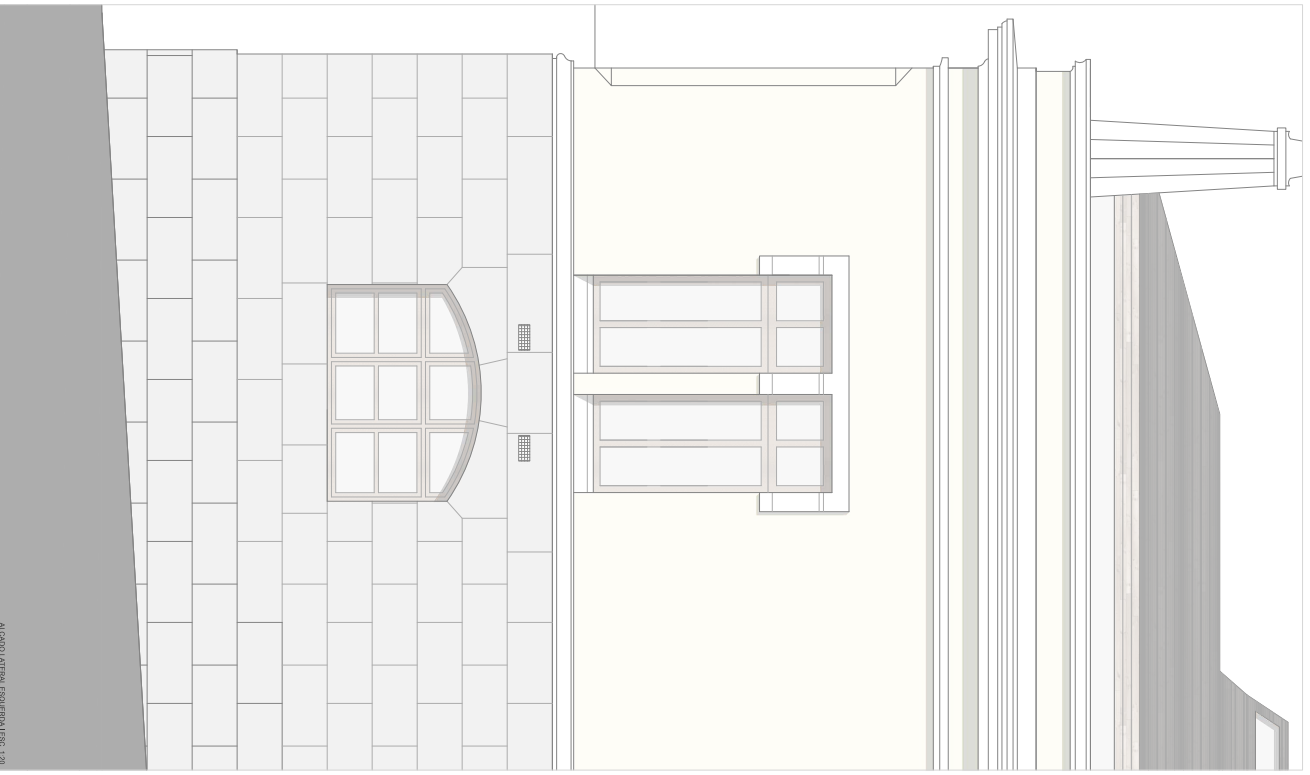
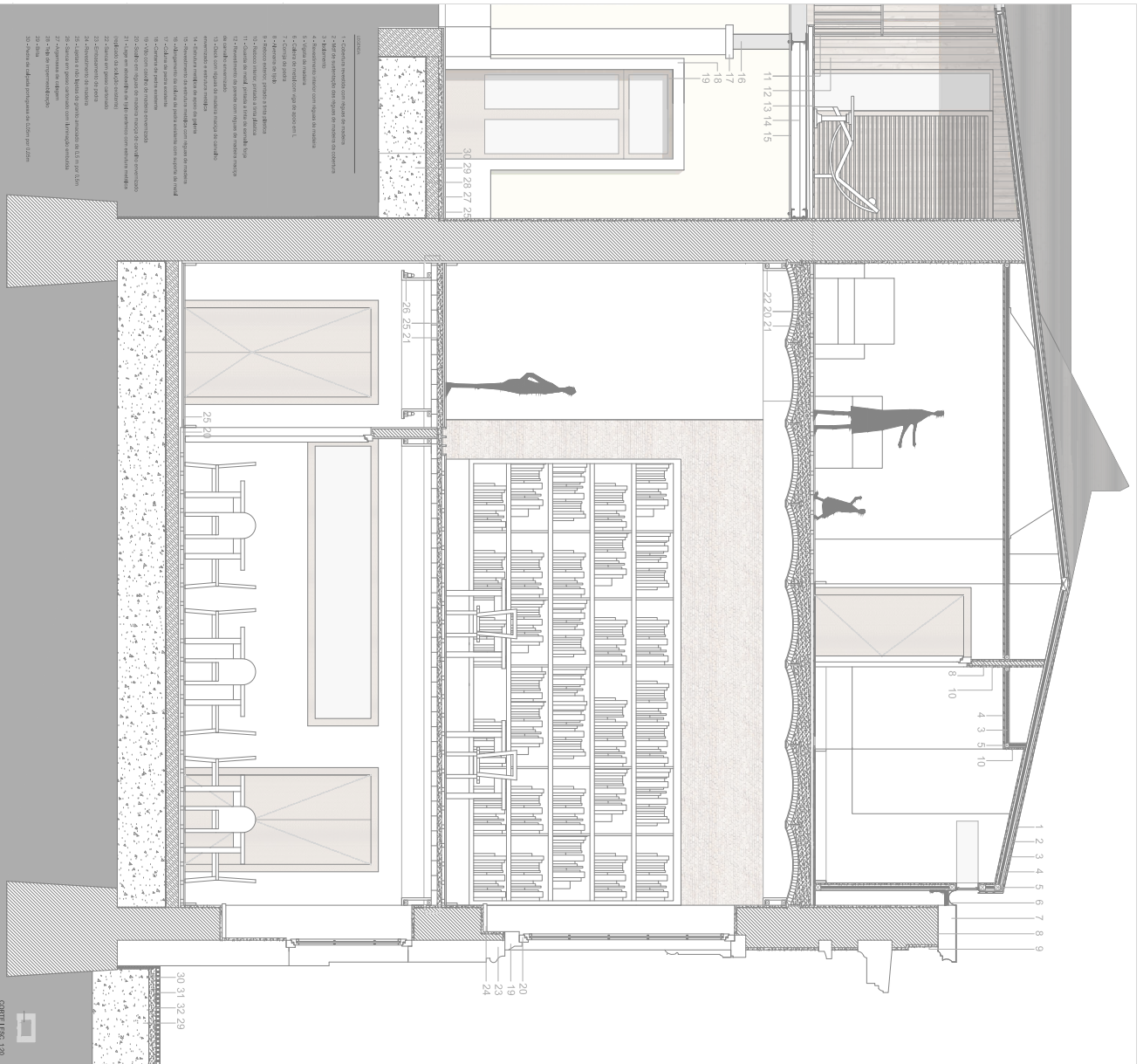
CORTE II (Esc. 1:50)

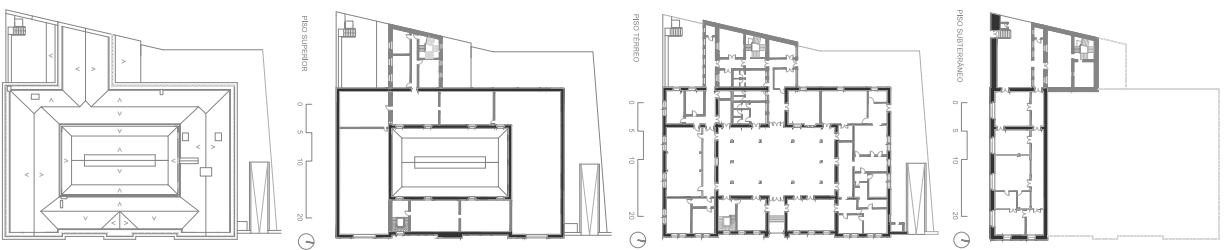


Corte I Esc. 1:50

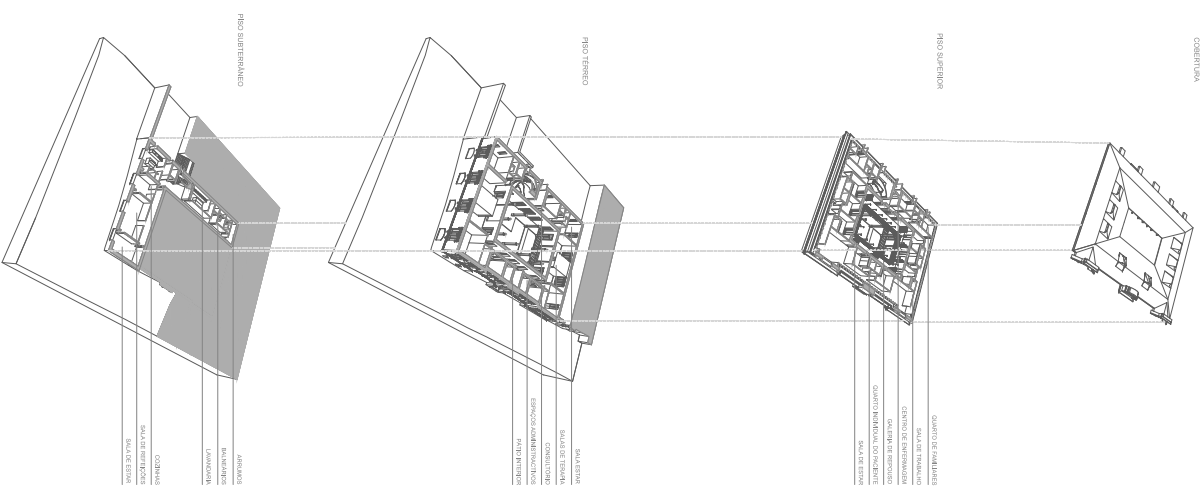


Açoso Normal Esc. 1:50





COBERTURA



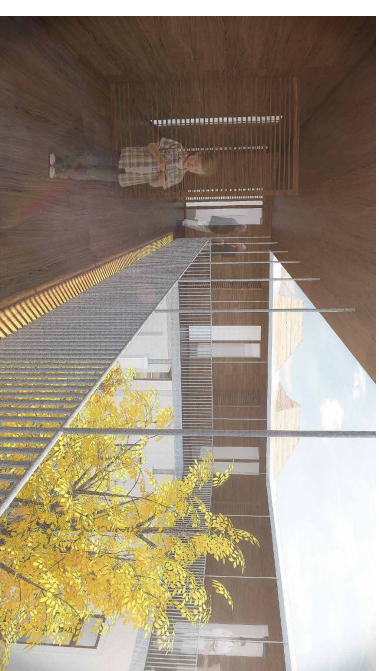
QUARTO DE BANHEIRO
 SALA DE TRATAMENTO
 CENTRO DE CUIDADOS
 QUARTO PARA FARMACIA
 SALA DE EXAMES
 SALA DE EXAMES

SALA ESPERA
 SALA DE TRATAMENTO
 CONSULTÓRIO
 SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
 PRATO INTERIORES

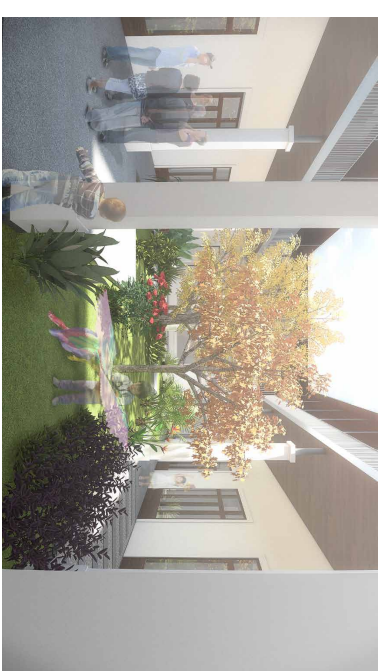
ARMAZÉM
 HALL DE ENTRADA
 LAVATÓRIOS
 COZINHA
 SALA DE TRATAMENTO
 SALA DE EXAMES



Esquema de acesso aos quartos



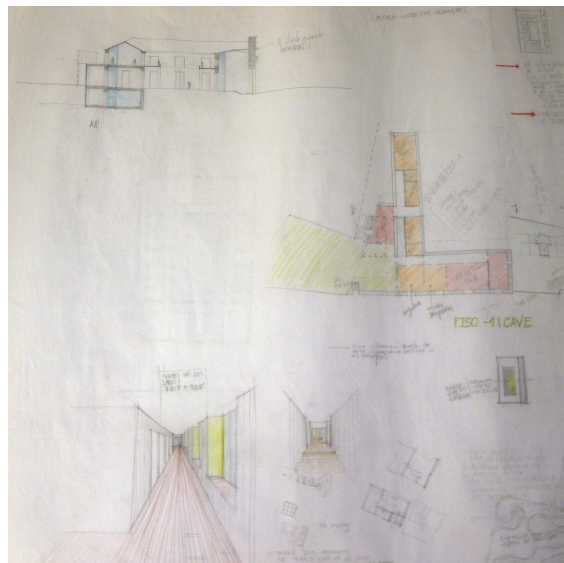
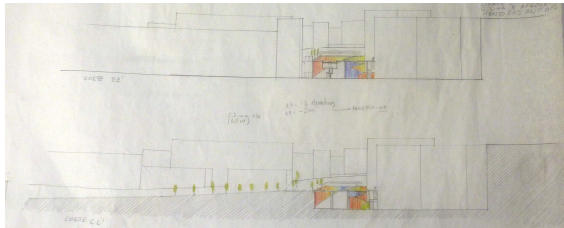
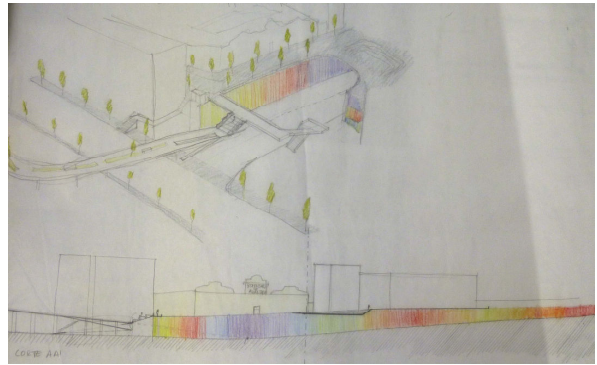
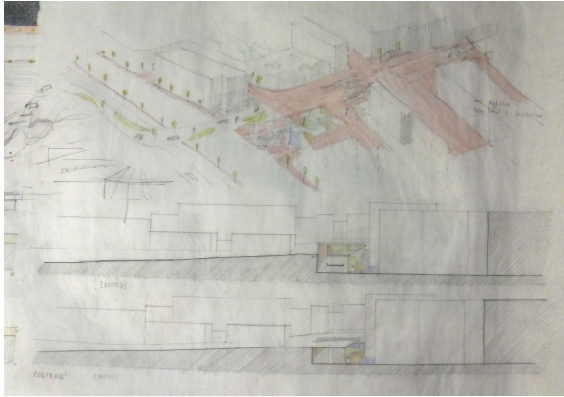
Galeria interior



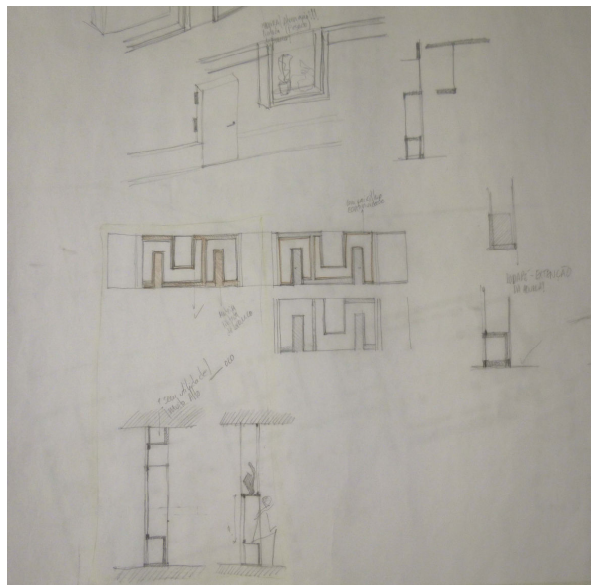
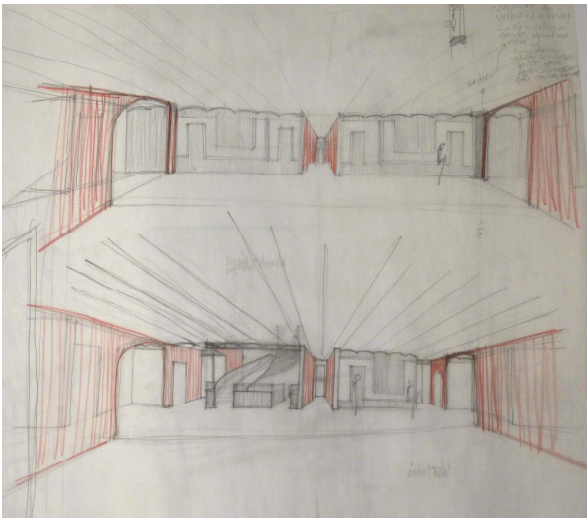
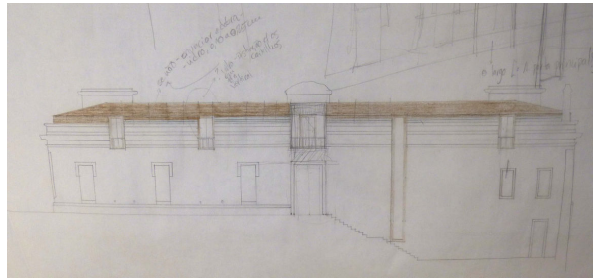
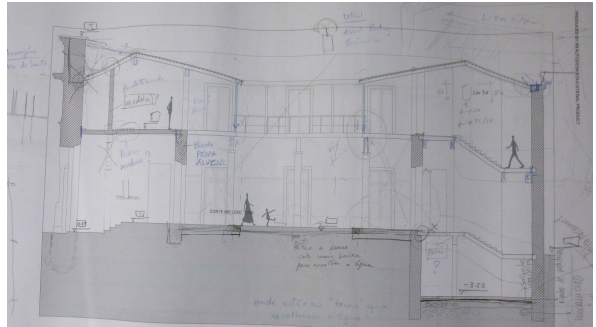
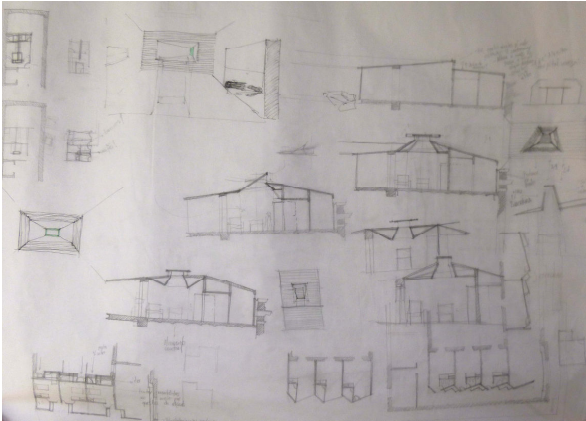
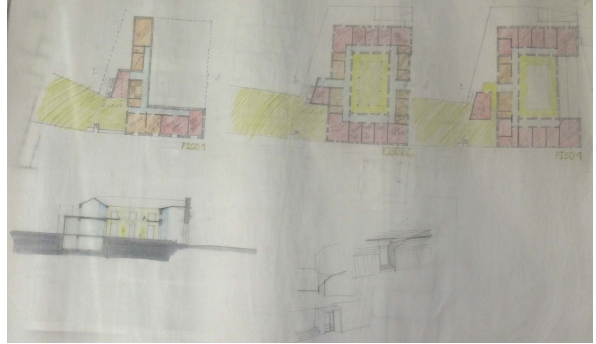
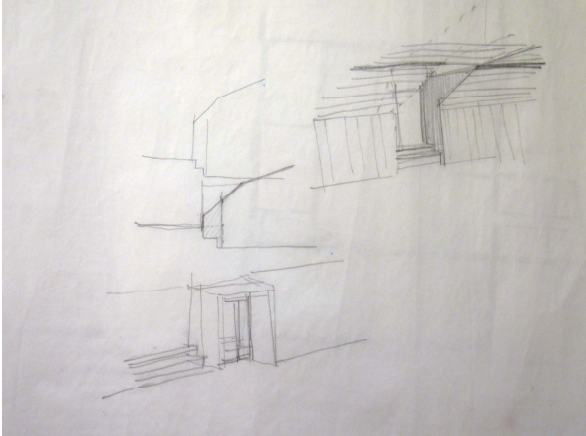
Pátio interior

IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO SER HUMANO

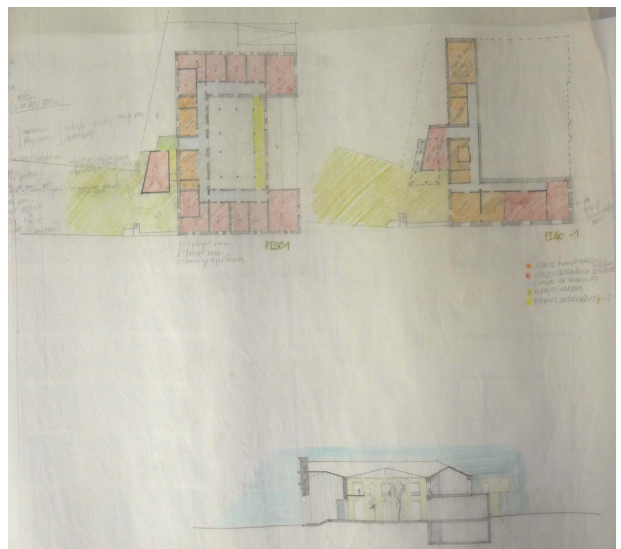
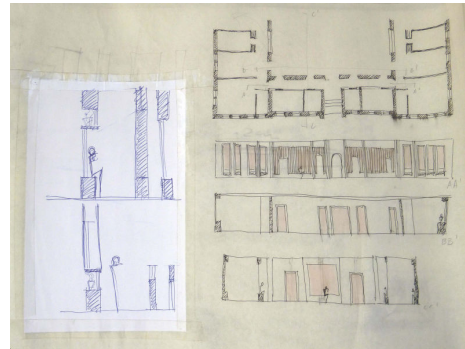
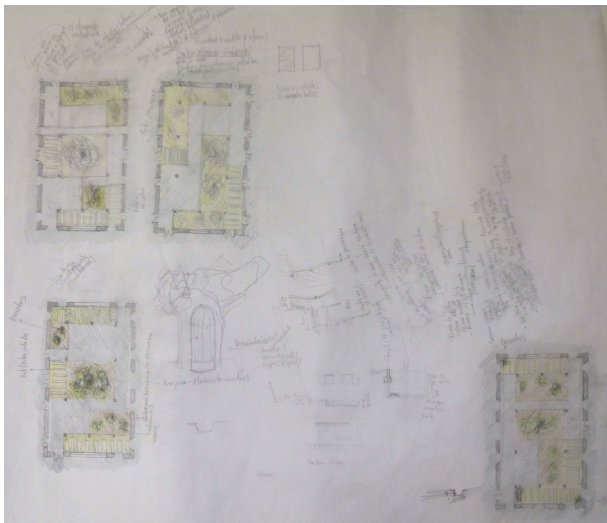
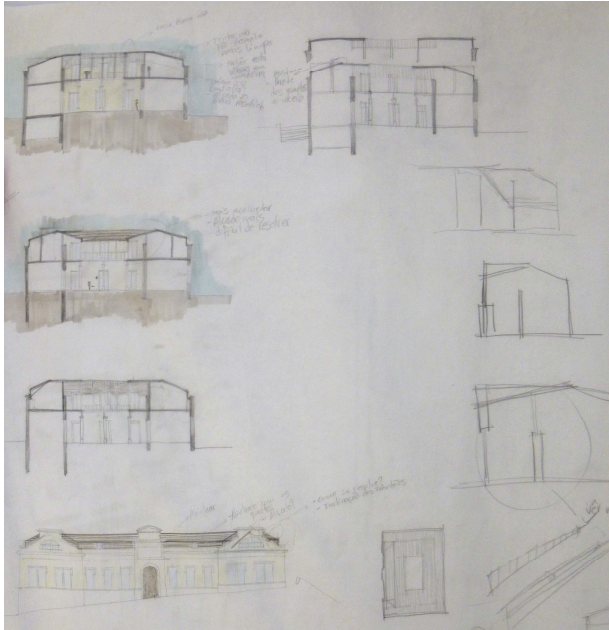
ANEXOS I – DESENHOS DO PROCESSO EVOLUTIVO



ANEXOS

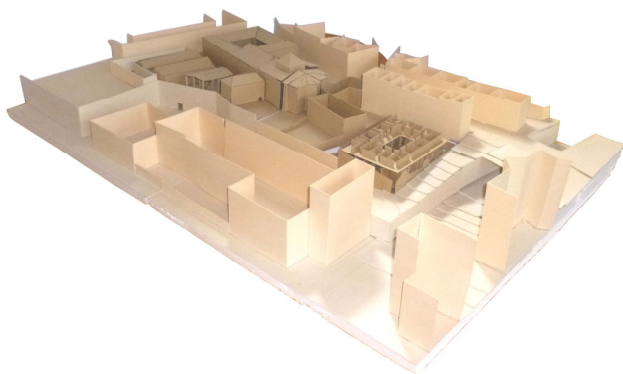
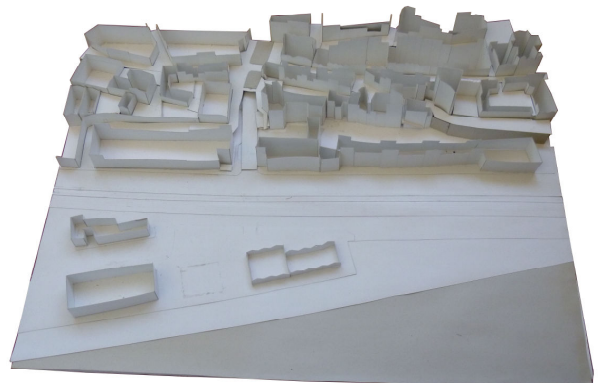
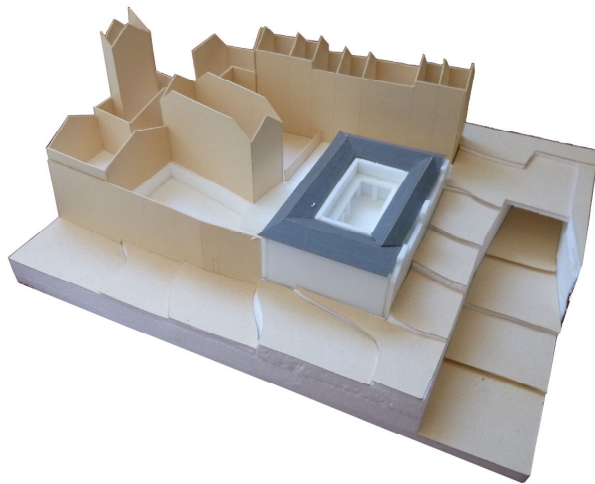
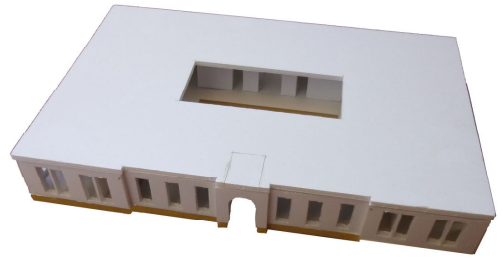
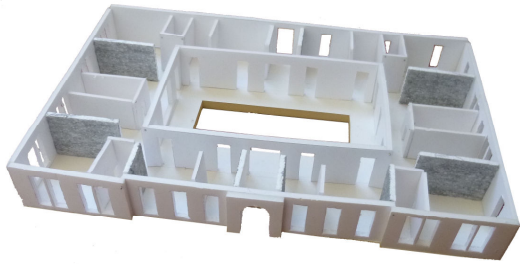


IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO SER HUMANO



ANEXOS

ANEXOS II- MAQUETES DO PROCESSO EVOLUTIVO



ANEXOS III- MAQUETES DE APRESENTAÇÃO



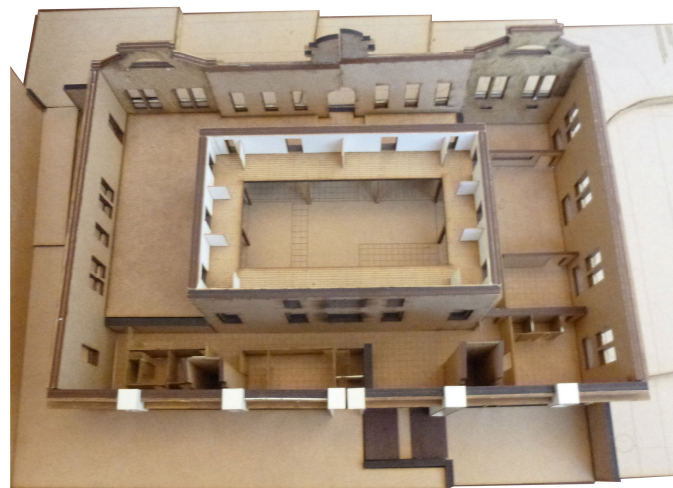
Maquete de Apresentação | Escala 1/500

ANEXOS



Maquete de Apresentação (nesta página e nas páginas seguintes) | Escala 1/100

IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA SOBRE O BEM-ESTAR DO SER HUMANO



ANEXOS

