

Arquitetura e Experiência Terapêutica.
Princípios de desenho e boas práticas
em Unidades de Cuidados Paliativos e
Cuidados Continuados

Teresa Maciel Oliveira



Teresa Maciel Oliveira. Arquitetura e Experiência Terapêutica.
Princípios de desenho e boas práticas em Unidades de
Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados



Arquitetura e Experiência Terapêutica. Princípios
de desenho e boas práticas em Unidades de
Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados
Teresa Maciel Oliveira



ARQUITETURA E EXPERIÊNCIA TERAPÊUTICA

Princípios de Desenho e Boas Práticas em Unidades de Cuidados
Paliativos e Cuidados Continuados

Teresa Maciel Oliveira

Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitectura orientada pela
Professora Doutora Gisela Lameira

Faculdade de Arquitectura da Universidade do Porto. 2024 / 2025

NOTA PRÉVIA A presente dissertação está inserida na Investigação em curso *HoTT: Housing Think Tank: Knowledge Integration on Multi-Family Residential Buildings*, desenvolvida no Centro de Estudos de Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto.

O corpo de texto foi redigido ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico, para garantir uma leitura mais fluída, as citações em línguas estrangeiras foram traduzidas livremente pela autora sempre que necessário. Algumas imagens e fotografias foram objeto de edição cromática ou recorte, exclusivamente para fins de uniformização visual, legibilidade e coerência com o design gráfico do documento, podendo assim diferir das originais, cujas autorias são devidamente referidas no final da dissertação. Os desenhos e elementos gráficos elaborados pela autora estão identificados nas legendas com a menção ©Elaboração própria, sendo os restantes desenhos e imagens creditados no índice de imagens.

AGRADECIMENTOS .

À professora Gisela Lameira, pela orientação, disponibilidade, paciência, pelo desafio e por me ter ajudado a crescer.

À minha família e aos meus amigos, pelo amor, pelo apoio incondicional e por me incentivarem sempre a dar o meu melhor.

Aos profissionais de saúde que gentilmente me receberam, pela abertura e partilha de opiniões e conhecimento.

Às Santas Casas da Misericórdia, pela disponibilidade e auxílio prestado.

Em particular:

Professora Doutora Daniela Arnaut.

Sr.^a Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Celorico de Basto, Dr.^a Maria Graça Mota.

Sr.^o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Póvoa de Lanhoso, Dr. Humberto Carneiro.

Enf. Diretora da Unidade D. Elvira Câmara Lopes, Enfermeira Sara Machado.

Enf. Sara Peixoto da Unidade D. Elvira Câmara Lopes.

Subdiretora de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Dr.^a Isabel Paixão.

Coordenador da Medicina Física e Reabilitação da Unidade Maria José Nogueira Pinto, Dr. Rafael Figueiredo.

Diretora do Serviço de Medicina Paliativa do Hospital de Chaves, Dr.^a Anabela Morais.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde, Arquitetura,
Ambientes de saúde,
Recuperação, Bem-estar,
Cuidados Paliativos,
Cuidados Continuados.

PT RESUMO .

O envelhecimento demográfico e o aumento da incidência de doenças crónicas e degenerativas, bem como o agravamento de situações de isolamento social, retratam um cenário de crescente vulnerabilidade, que tem levado à procura por cuidados de saúde mais especializados. Neste contexto, as Unidades de Cuidados Paliativos e as Unidades de Cuidados Continuados assumem particular relevância ao integrarem, para além dos cuidados de saúde específicos, respostas espaciais coerentes com as necessidades humanas.

A presente dissertação propõe-se estudar estas tipologias de cuidados e contribuir para a identificação e discussão de estratégias arquitetónicas que respondem aos desafios contemporâneos da saúde. Através da análise de princípios de desenho, fundamentais para o desenvolvimento de espaços terapêuticos, parte-se para uma reflexão sobre o contributo do espaço construído no bem-estar, autonomia e dignidade do doente.

Numa primeira fase, a investigação assenta numa revisão bibliográfica abrangente de diferentes momentos cronológicos com o objetivo de compreender de que forma o espaço arquitetónico pode contribuir para a saúde do corpo e da mente do doente. A dissertação estrutura-se à volta de três princípios-chave de desenho, a relação interior-exterior, o uso positivo dos espaços de circulação e a possibilidade de transformação e apropriação do espaço pelo doente. Estes princípios revelam-se cruciais para otimizar a experiência do doente em contextos de internamento prolongado.

A análise incide sobre quatro casos de estudo, dois em Portugal e dois no contexto europeu, cujas abordagens projetuais levantam questões pertinentes, permitindo identificar boas práticas e fragilidades no desenho destas unidades. Deste modo, pretende-se contribuir para uma visão crítica sobre estratégias de projeto capazes de atenuar a experiência de vulnerabilidade nestes contextos e, refletir sobre o potencial da configuração espacial como agente ativo e estimulante no processo terapêutico, alargando essa dimensão a toda a arquitetura da unidade e não apenas a momentos ou áreas específicas do programa funcional.

EN ABSTRACT .

Demographic ageing, the increasing incidence of chronic and degenerative diseases, and the worsening of social isolation reflect a scenario of growing vulnerability that has led to a rising demand for more specialized health-care. In this context, Palliative Care Units and Long-Term Care Units gain particular relevance by integrating, in addition to specific medical care, spatial responses that are coherent with human needs.

This dissertation aims to study these care typologies and contribute to the identification and discussion of architectural strategies that respond to the contemporary challenges of healthcare. Through the analysis of key design principles essential to the development of therapeutic environments, it seeks to reflect on the contribution of the built space to the well-being, autonomy, and dignity of the patient.

In its initial phase, the research is grounded in a comprehensive literature review across different historical moments, aiming to understand how architectural space can support both physical and mental health. The dissertation is structured around three core design principles, the interior-exterior relationship, the positive use of circulation spaces, and the potential for transformation and appropriation of space by the patient. This principles prove to be crucial in enhancing the patient experience in long-term care settings.

The analysis focuses on four case studies, two in Portugal and two in the European context, whose architectural approaches raise pertinent questions and allow for the identification of both good practices and design shortcomings. At last, this study seeks to offer a critical perspective on design strategies capable of supporting patient in contexts of heightened vulnerability, while, exploring the potential of spatial configuration as an active and stimulating agent in the therapeutic process, extending that dimension to the entire architectural experience, rather than limiting it to specific areas or programmatic functions.

KEY WORDS

Health, Architecture,
Healthcare facilities,
Recovery, Well-being,
Palliative Care,
Long-term Care.

ÍNDICE.

Lista de Abreviaturas	3
INTRODUÇÃO	4

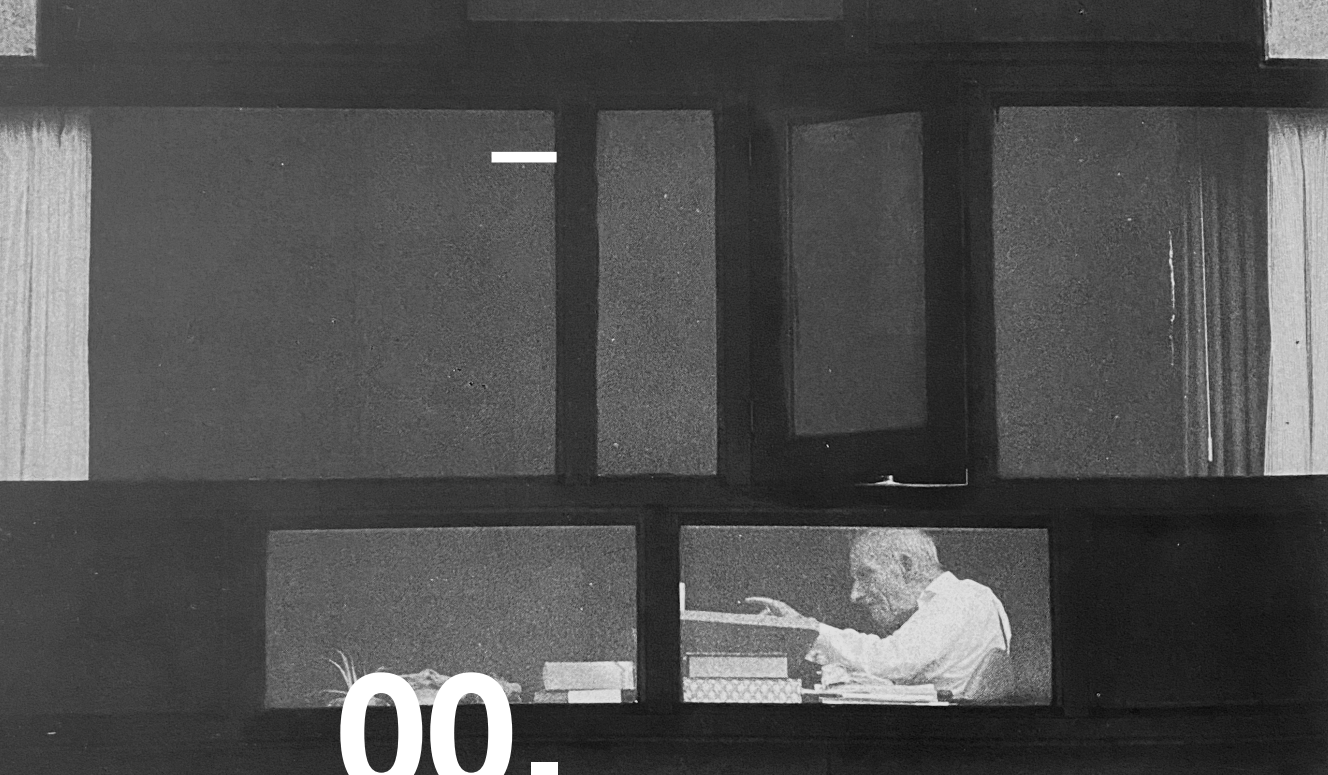
01. /	
UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS E DE CUIDADOS CONTINUADOS	12
01.1 Características, Desafios e Contexto	13
. Enquadramento Histórico	
. Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados. Características Distintivas	
. Causas e Emergência Social	
. Perfil dos Utilizadores e Implicações no Desenho do Espaço	
01.2 A Dimensão Sensorial e Terapêutica do Espaço	26
. Noções de Conforto e Bem-Estar	
. Relação do Corpo com o Espaço Sensações e Atmosferas	
. Espaço Terapêutico: Um Instrumento no Processo de Recuperação	

02. /	
QUATRO UNIDADES. CARACTERÍSTICAS ARQUITETÓNICAS	40
02.0 Booklet. Enquadramento dos Quatro Casos de Estudo	42
. Unidade São Bento de Arnoia	
. Unidade Maria José Nogueira Pinto	
. Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital	
. Unidade Urban Hospice	
02.1 Entre a Legislação e o Contexto Local	50
. Programa e Funcionamento das Unidades	
. Forma e Configuração Espacial dos Casos de Estudo	
02.2 Comparação de Abordagens de Projeto	56
. Dia-a-dia do Doente	
. Princípios Orientadores e Espaços Elementares	

03. /		CONCLUSÃO	106
PRINCÍPIOS CHAVE DE DESENHO.		Índice de Imagens	110
EXEMPLOS DE BOAS PRÁTICAS	70	Fontes Bibliográficas	116
03.1 Relação Interior - Exterior. A Luz, a Paisagem e os Espaços Exteriores	72		
. Espaços Exteriores e a Dupla Experiência Sensorial . Relações Visuais entre a Paisagem e a Esfera Íntima do Paciente . Integração de Extensões Exteriores . Espaços de Transição entre o Interior e o Exterior . Posicionamento e Orientação dos Edifícios			
03.2 Uso Positivo dos Espaços de Circulação. Deambulação e Transição, a sua Função Terapêutica	84		
. Circulação Horizontal: o Repensar do Corredor . Corredores como Ruas . Corredor, um Espaço de vida e de Movimento . Circulação Vertical: Escadas como Zonas de Reabilitação . Transição entre o Quarto e o Espaço de Circulação . Otimização do Corredor Interior . Elementos Cromáticos			
03.3 Transformação e Apropriação. O Espaço Determinado e o Espaço por Determinar.	97		
. Potencialidades do Sistema Modular . Flexibilidade e Conectividade do Quarto . Adaptabilidade a Diferentes Ambientes e Atividades . Espaços Evolutivos			

LISTA DE ABREVIATURAS.

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CC	Cuidados Continuados
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CP	Cuidados Paliativos
EBD	Evidence-Based Design
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EAPC	European Association for Palliative Care
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
IPO	Instituto Português de Oncologia
MJNP	[Unidade] Maria José Nogueira Pinto
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSD	Psychosocially Supportive Design
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SBdA	[Unidade] São Bento de Arnoia
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
WHO	World Health Organization



INTRODUÇÃO

OBJETO E OBJETIVO

A saúde constitui um direito humano fundamental, logo, o sistema de saúde e a arquitetura das suas infraestruturas, enquanto instrumentos de unificação e “*preservação da civilização*”¹, assumem-se como pilares essenciais para o desenvolvimento, o bem-estar e o progresso da sociedade.

A complexidade intrínseca ao bem-estar humano impõe aos espaços de saúde uma contínua adaptação às exigências sociais e aos desafios específicos de cada época. Nos últimos anos, observa-se uma transição significativa de modelos hospitalares de carácter monumental, que concentravam diversas especialidades na mesma estrutura, para um paradigma contemporâneo que favorece a criação de unidades especializadas e de menor escala. Esta reconfiguração tipológica procura integrar um cuidado mais personalizado e humanizado, que quer romper com a memória comum de desconforto, em que “os corpos doentes entram numa máquina onde são homogeneizados, perdendo a autonomia e privacidade”².

É neste contexto de evolução, e como resposta a necessidades de cuidado cada vez mais urgentes e específicas, como o acompanhamento em fim de vida ou suporte a doentes com condições crónicas e dependências, que se enquadram as tipologias de cuidados selecionadas como **objeto de estudo** desta dissertação: as Unidades de Cuidados Paliativos³ (UCP) e as Unidades de Cuidados Continuados⁴ (UCC)⁵.

Esta análise estende-se em contexto nacional e internacional e apoia-se em quatro casos de estudo: a Unidade de São Bento de Arnoia e a Unidade Maria José Nogueira Pinto (Portugal); a Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital (Viena, Áustria); e a Unidade Urban Hospice (Copenhaga, Dinamarca). Estes casos representam contextos reais distintos entre si, desde

▲1 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger.

1 “*Healthcare buildings are essential tools for the preservation of civilization* [...]”. Daniela Arnaut, “Cure and Care at the Cradle of Innovation” *Docomomo Journal* 62 (2020): 4.

2 “*Ill bodies enter a machine where they are homogenized, losing autonomy and privacy.*” Idem, *ibidem*.

3 Cuidados dedicados à estabilização da doença em doentes que se encontrem num processo de fim de vida ou com doença crónica incurável.

4 Cuidados de tratamento e apoio a pacientes com dependência física e/ou psíquica, com forte vertente social.

5 Neste trabalho, optou-se pela utilização da denominação “Cuidados Continuados” para referir o conceito mais lato e formal de “Cuidados Continuados Integrados”, visando a simplificação da escrita. Todas as referências a “Cuidados Continuados” devem, portanto, ser entendidas no seu sentido integral.

o seu enquadramento territorial até à organização espacial que influencia diretamente a prática dos cuidados.

A pertinência de uma investigação focada na qualidade arquitetónica das unidades de cuidados paliativos e de cuidados continuados é sublinhada pelo complexo panorama socio-sanitário atual, particularmente em Portugal, onde se manifestam desafios estruturais urgentes. O crescente envelhecimento demográfico, a prevalência de doenças crónicas e degenerativas, e o aumento do isolamento social, intensificam de forma exponencial a procura por estes cuidados especializados. Esta demanda confronta-se, no entanto, com um investimento público e uma capacidade de resposta infraestrutural que se revelam insuficientes para as necessidades emergentes.

Perante este cenário, e reconhecendo a responsabilidade e o potencial transformador da arquitetura na criação de ambientes que respondam com sensibilidade às exigências humanas em períodos de elevada vulnerabilidade, o presente estudo visa contribuir para a reflexão sobre estratégias projetuais. Estas estratégias deverão ser capazes de mitigar o desconforto e a angústia inerentes às condições experienciadas nestas unidades de saúde.

Neste contexto, a **problemática da investigação** articula-se em torno de um conjunto de questões: como projetar um espaço cujo propósito de conceção seja contribuir concretamente para o conforto e bem-estar do doente e, em simultâneo, capacitar uma recuperação ativa e participativa? Quais os princípios que a arquitetura deve adotar para se afirmar um instrumento de apoio terapêutico? De que forma é possível responder às exigências técnicas dos espaços de saúde sem comprometer a sua capacidade de comunicar referências do quotidiano aos doentes?

Partindo destas questões, estabelece-se como **objetivo principal** a identificação do papel da arquitetura na configuração de ambientes terapêuticos, analisando a sua influência na experiência de recuperação do doente. Nesta perspetiva, um ambiente terapêutico define-se como um espaço de tratamento, cuidadosamente projetado para estimular a recuperação, ao criar um contexto físico e social que promove o bem-estar, reduz o stress e encoraja uma postura positiva e ativa no doente. Reconhecendo a complexidade destes ambientes, propõe-se identificar, discutir e sistematizar um conjunto de ferramentas e princípios de desenho fundamentais para o desenvolvimento de ambientes terapêuticos, particularmente adaptados às unidades de cuidados paliativos e cuidados continuados. Nesse sentido, visa-se a identificação de boas-práticas associadas a cada princípio de desenho, procurando oferecer um contributo fundamentado para a qualificação destes espaços.

Em síntese, o **foco desta dissertação** reside em explorar de que forma o espaço, na sua integralidade, pode ser concebido como um agente ativo e estimulante no processo de recuperação do doente. O propósito é perceber como a própria arquitetura do edifício pode catalisar a reabilitação, permitindo que a dimensão terapêutica se estenda a toda a experiência vivida na unidade, e não se restrinja a espaços ou momentos específicos do programa funcional.

METODOLOGIA

Relativamente ao método de investigação, definiu-se, primeiramente, um campo de análise abrangente, com o intuito de examinar unidades tanto portuguesas como estrangeiras. Esta abordagem visou alargar o espectro da observação para além do contexto nacional.

Numa fase inicial, procedeu-se à elaboração de um inventário (uma aproximação ao panorama geral) com unidades de Cuidados Paliativos e de Cuidados Continuados tanto em Portugal como noutros países. Considerou-se, desde o início do estudo, esta perspetiva comparativa entre diferentes abordagens e realidades, de modo a permitir uma análise crítica mais informada. Esta comparação apresenta-se particularmente relevante considerando o desenvolvimento desta área em Portugal em relação a outros contextos internacionais. Para a formalização deste inventário recorreu-se a documentação técnica e relatórios oficiais disponibilizados por entidades públicas e organizações de referência, nomeadamente, o Diretório Nacional de Cuidados Paliativos 2023 (Observatório Português de Cuidados Paliativos)⁶, o relatório de Listagem de camas e lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2024⁷, e o *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013* (EAPC Press, 2013)⁸.

Posteriormente, após um pré-levantamento abrangente de casos de estudo, foi realizada uma primeira fase de seleção, onde foram estabelecidos critérios de triagem. O primeiro critério estabeleceu o intervalo temporal entre 2000 e 2020 para a seleção da amostra. Esta delimitação temporal fundamenta-se com o aumento, verificado nas últimas décadas, de estudos e debates científicos sobre o impacto do espaço físico no processo de recuperação e bem-estar, impulsionado pela evolução de investigações como o Evidence-Based Design (EBD) e o Psychosocially Supportive Design (PSD), aspetos que serão detalhados mais à frente. Adicionalmente, priorizou-se a seleção de unidades cuja configuração decorre de um pensamento arquitetónico estruturante, em detrimento de meras adaptações funcionais de edifícios ou alas preexistentes não concebidos para esse fim. Esta opção, que se foca em espaços resultantes de um projeto de arquitetura pensado, justifica-se pela intenção de analisar soluções projetuais recentes, de modo a compreender se o desenho de ambientes terapêuticos constitui uma preocupação efetiva na prática arquitetónica contemporânea e que tipo de respostas têm sido desenvolvidas.

Seguiu-se uma recolha bibliográfica inicial com o propósito de contextualizar o objeto de estudo. Esta etapa compreendeu a análise de publicações sobre ambientes terapêuticos; estudos relativos ao panorama das unidades de cuidados paliativos e continuados em Portugal; e dados estatísticos pertinentes. Esta revisão contribuiu para uma aproximação ao objeto de estudo e, ainda mais importante, permitiu a compreensão dos efeitos terapêuticos do espaço construído, bem como as suas limitações.

Uma componente crucial da investigação consistiu no trabalho de campo, materializado através de visitas *in situ* a quatro unidades. Este contacto

⁶ Observatório Português dos Cuidados Paliativos, *Diretório Nacional dos Cuidados Paliativos 2023* (OPCP, 18 de Setembro de 2023).

⁷ Administração Central do Sistema de Saúde, *Listagem de camas e lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2024* (ACSS, 29 de Fevereiro de 2024).

⁸ C Centeno et al., "EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition," (Milão: EAPC Press, 2013).

direto com a realidade revelou-se indispensável para observar o quotidiano dos diferentes utilizadores - pacientes (com variadas patologias e graus de debilidade) e profissionais de saúde - a forma como os espaços são efetivamente vividos e apropriados, bem como os ritmos e dinâmicas de funcionamento. Esta proximidade permitiu identificar os espaços mais utilizados e aqueles que apresentavam disfuncionalidades. Foi também fundamental para questionar a função e utilidade de determinados espaços, por vezes menosprezados na sua contribuição para o bem-estar e recuperação dos doentes.

Neste âmbito, realizaram-se visitas orientadas aos dois casos de estudo portugueses selecionados: a Unidade de São Bento de Arnoia, em Celorico de Basto, acompanhada pela Dr.^a Maria Graça Mota (Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Celorico de Basto), e a Unidade Maria José Nogueira Pinto (MJNP), em Lisboa, acompanhada pelo Dr. Rafael Figueiredo (Coordenador da Medicina Física e Reabilitação). Para além destas, considerou-se pertinente enriquecer a investigação com visitas a outras unidades, com o intuito de aprofundar o diálogo com os profissionais de saúde e de compreender como os cuidados de saúde se adaptam às particularidades dos edifícios existentes e suas eventuais debilidades. Incluem-se aqui a Unidade D. Elvira Câmara Lopes, uma nova estrutura integrada no Hospital António Ferreira Lopes da Misericórdia de Póvoa de Lanhoso (edifício original de 1912-17, da autoria do Arq. Moura Coutinho), visita acompanhada pela Enfermeira Sara Peixoto; e a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Chaves (edifício de 1973-75, dos Arqs. Sebastião Formozinho Sanchez, António Flores Ribeiro e José Luís A. Leitão Zúquete), visita acompanhada pela Dr.^a Anabela Morais (Assistente Graduada Sénior de Medicina Interna e Diretora do Serviço de Medicina Paliativa).

Para aprofundar o conhecimento das unidades e dos seus programas funcionais procedeu-se à análise da legislação e das recomendações técnicas nacionais. Essa leitura do enquadramento normativo revelou-se crucial não só para compreender a organização e o funcionamento indicados para estas tipologias de cuidado, mas também para confrontar as diretrizes oficiais com as práticas e realidades espaciais observadas durante o trabalho de campo.

Face à complexidade do objeto de estudo, e com base nos pontos de vista recolhidos, foi necessário circunscrever a análise através da definição de princípios-chave de desenho. A seleção destes princípios fundamentou-se na bibliografia especializada, nas fragilidades e potencialidades identificadas durante as visitas às unidades, e no objetivo central de perceber de que forma o espaço arquitetónico pode promover ativamente a recuperação dos doentes. Consequentemente, a seleção de um conjunto bibliográfico permitiu consolidar a base teórica e o posicionamento crítico necessários para a análise comparativa dos casos de estudo e para salientar as boas práticas relativas a cada princípio-chave. Em complemento, e com o intuito de ilustrar a materialização exemplar de cada princípio-chave, procedeu-se à identificação de um conjunto de referências arquitetónicas paradigmáticas. Estas, provenientes de obras de arquitetos com reconhecida investigação nos domínios temáticos em análise, e abrangendo outras tipologias de cuidados, serviram para demonstrar abordagens de excelência e soluções pas-

síveis de serem transpostas para os contextos das unidades de saúde analisadas nesta dissertação.

Após a delimitação do universo de análise e a definição dos princípios-chave, a seleção final dos casos de estudo orientou-se pela capacidade intrínseca de cada unidade para ilustrar e/ou questionar esses mesmos princípios. Esta fase implicou uma avaliação qualitativa, privilegiando edifícios cujas abordagens projetuais, seja pela sua exemplaridade, seja pelas problemáticas ou tensões que evidenciam, suscitassem questões pertinentes e aprofundassem a investigação sobre a aplicação dos referidos princípios. Importa salientar que este processo se revelou exigente, em grande parte pela escassez de unidades em Portugal que demonstrassem um assinalável interesse arquitetónico e as valências específicas requeridas, observando-se frequentemente um desfasamento entre a modernidade das práticas de cuidados de saúde e a natureza por vezes institucional dos espaços que as acolhem.

De forma não premeditada, a amostra final veio espelhar uma diversidade de contextos urbanos e geográficos, particularidade que se demonstrou vantajosa ao permitir uma análise comparativa mais completa de soluções adaptadas a distintas realidades. Esta heterogeneidade reflete a crescente e variada inserção destas tipologias de cuidados no tecido urbano e social, sublinhando a sua importância transversal. Assim, os casos selecionados constituem o terreno prático para a análise crítica e a validação dos princípios-chave de desenho explorados nesta dissertação.

ESTRUTURA

Esta dissertação inicia-se com um capítulo que evidencia as relações entre a Arquitetura e Saúde. Progressivamente o trabalho vai delimitando o âmbito dos seus objetivos até se focar na identificação de estratégias e qualidades espaciais com potencial benéfico para o processo de recuperação dos pacientes. Nesse sentido, o corpo da dissertação está organizado em três partes fundamentais.

O **primeiro capítulo** estabelece o enquadramento conceptual e histórico fundamental para a análise do desenho de espaços de saúde. O objetivo central é investigar a evolução destes espaços ao longo do tempo, questionando os modelos construídos e os conceitos que orientaram a sua transformação. Pretende-se, assim, compreender o percurso histórico e apurar conclusões importantes que possam ser aplicadas aos problemas contemporâneos no desenho de espaços terapêuticos.

Deste modo, o capítulo organiza-se em dois momentos-chave: o primeiro introduz o universo dos Cuidados Paliativos e dos Cuidados Continuados. Explora a sua origem histórica, define os conceitos, clarifica o seu papel na resposta às necessidades sociais e caracteriza o perfil dos doentes a quem estes cuidados se destinam. Esta análise permite compreender as especificidades e os desafios inerentes a estas tipologias de cuidado. O segundo momento inicia-se com uma clarificação dos conceitos de “conforto” e “bem-estar”, traçando a sua evolução histórica, particularmente entre a Revolução Industrial e o Período Moderno, e analisando o seu impacto

9 Michel Foucault, "The politics of health in the eighteenth century," *Foucault Studies*, no. 18 (Outubro 2014).

no desenho dos espaços de saúde. De seguida, recorrendo às referências teóricas, explora-se a relação intrínseca entre o corpo, enquanto recetor de estímulos sensoriais, e o espaço envolvente, fundamentando a construção do conceito de Espaço Terapêutico. Partindo da noção original de Foucault⁹, "*curing machine*", discute-se a sua reinterpretação contemporânea, cruzando diversas perspetivas para definir o que hoje se entende por um ambiente que contribui ativamente para a recuperação. Considera-se, assim, a configuração espacial como um instrumento no processo terapêutico, identificando princípios orientadores para a sua conceção.

O **segundo capítulo** dedica-se à caracterização de quatro unidades de cuidados paliativos e de cuidados continuados, recorrendo à análise comparativa focada nas suas soluções programáticas e espaciais. A sua estrutura organiza-se em três momentos: um *Booklet* introdutório que enquadra os casos de estudo (2.0), seguido por dois subcapítulos analíticos (2.1 e 2.2). Procura-se compreender como diferentes abordagens de projeto respondem à interação dos vários domínios: a legislação, o contexto de inserção e as necessidades de quem as habita.

O *Booklet* é apresentado como um documento autónomo para assegurar a fluidez da leitura do corpo principal do texto, contextualiza as quatro unidades de saúde selecionadas para a análise - a Unidade de São Bento de Arnoia, a Unidade Maria José Nogueira Pinto, a Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital e a Unidade Urban Hospice - através de dois parâmetros:

- Contexto geográfico e urbano - em que se explica o tipo de intervenção, a implantação do projeto e relação com a envolvente urbana;
- Organização funcional - em que se expõe a composição volumétrica, os acessos, a distribuição de funções e os fluxos de circulação do edifício.

O primeiro subcapítulo debruça-se sobre a relação entre o enquadramento normativo e a prática arquitetónica. Assente na análise da legislação e das recomendações técnicas, explora-se o programa funcional, os requisitos espaciais e como estes se traduzem na organização concreta dos quatro casos de estudo. Esta análise é baseada não só no estudo da legislação, mas também nas observações e informações recolhidas durante as visitas de campo às unidades de cuidados paliativos e cuidados continuados portuguesas.

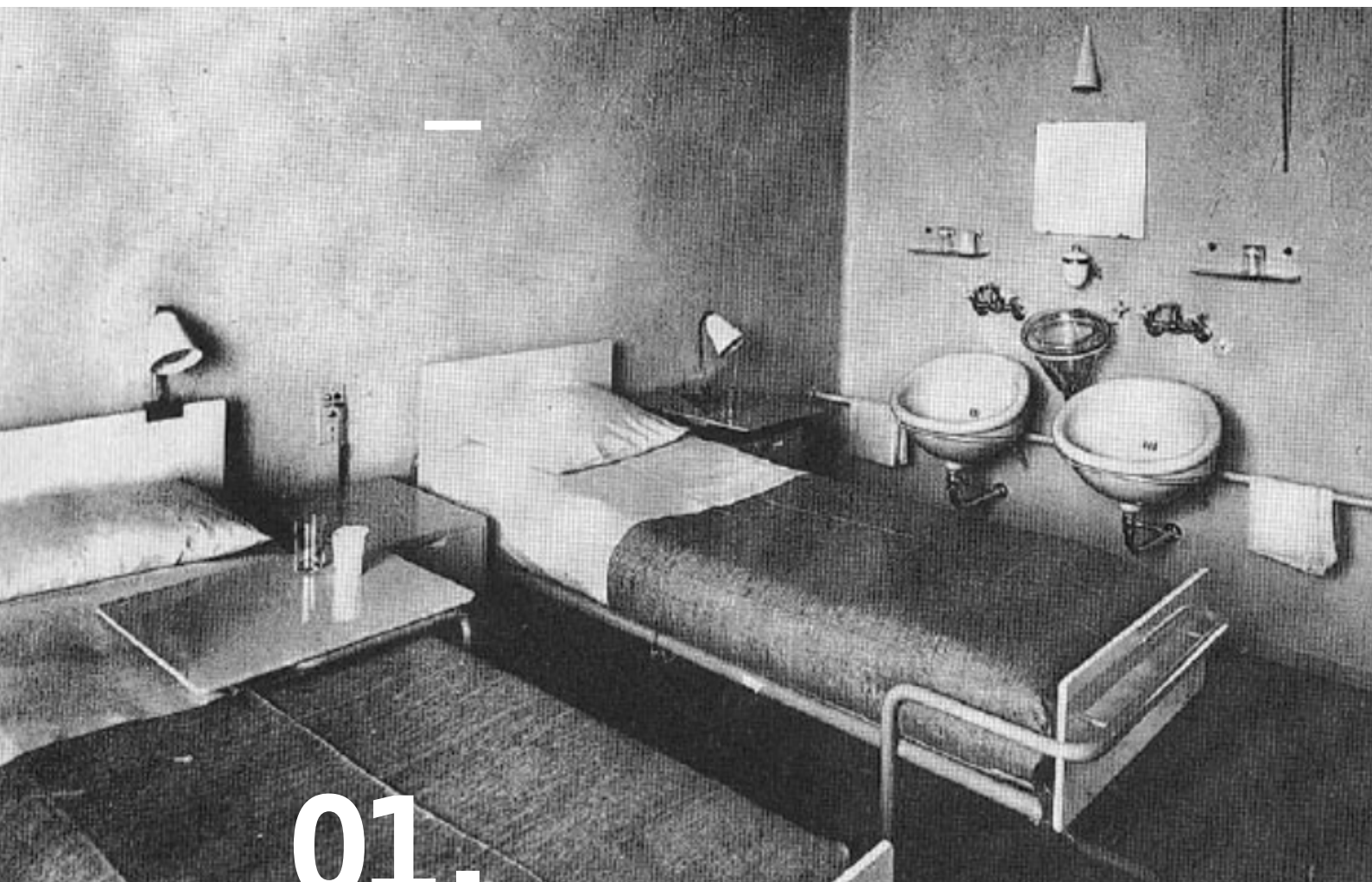
Em seguida, o segundo subcapítulo aprofunda a organização interna das unidades, através de uma análise comparativa das diferentes abordagens e estratégias de projeto implementadas em cada caso de estudo, incidindo sobre as várias áreas funcionais. Esta análise enriquecida pelo trabalho de campo, culmina na identificação dos espaços elementares considerados cruciais para a experiência e bem-estar do doente.

O **terceiro capítulo** explora a investigação sobre o papel da arquitetura em ambientes de prestação de cuidados, focando-se na análise de três princípios-chave de desenho que se revelam essenciais para otimizar a experiência do doente em unidades de cuidados paliativos e continuados. Neste capítulo, a metodologia de análise reúne a exposição comparativa dos quatro casos de estudo selecionados, complementada por uma discussão crítica de outros projetos de referência pertinentes a cada princípio abordado.

Assim, o terceiro capítulo estrutura-se em três subcapítulos, refletindo os três princípios-chave de desenho selecionados. O primeiro subcapítulo aborda a **Relação Interior-Exterior**, explorando a importância da luz, da paisagem e do acesso qualificado a espaços exteriores enquanto ferramentas promotoras da estimulação sensorial, do incentivo à atividade física e cognitiva, bem como da redução do stress e do combate à sensação de isolamento. Esta temática associa a configuração dos espaços privados, sociais e exteriores à necessidade de conexão com a natureza e à promoção da estimulação sensorial.

O segundo subcapítulo debruça-se sobre o **Uso Positivo dos Espaços de Circulação**, analisando como corredores e espaços de transição podem ser concebidos como instrumentos terapêuticos e sensoriais. Este princípio foca-se na forma como os espaços de ligação (intermediários) podem reforçar o sentido de coerência espacial, promovendo a orientação, o apoio social e o controlo por parte do doente.

Por último, o terceiro subcapítulo explora a **Transformação e Apropriação** do espaço, investigando o potencial da flexibilidade, adaptabilidade e personalização dos ambientes. Este tema analisa a forma como a possibilidade de intervenção ou modificação do espaço, particularmente nos domínios privado e social, potencia o sentido de autonomia e controlo do indivíduo.



UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS E DE CUIDADOS CONTINUADOS

01.1 Características, Desafios e Contexto

Enquadramento Histórico

Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados. Características Distintivas

Causas e Emergência Social

Perfil dos Utilizadores e Implicações no Desenho do Espaço

01.2 A Dimensão Sensorial e Terapêutica do Espaço

Noções de Conforto e Bem-Estar

Relação do Corpo com o Espaço | Sensações e Atmosferas

Espaço Terapêutico: Um Instrumento no Processo de Recuperação

01. UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS E DE CUIDADOS CONTINUADOS

O presente capítulo estrutura-se em duas partes distintas. A primeira dedica-se à contextualização das unidades de saúde em análise, compreendendo a evolução histórica dos modelos e espaços de cuidados de saúde no Ocidente até à conceção contemporânea. Procede-se à caracterização dos cuidados em estudo, da sua relevância social e do perfil dos respetivos doentes.

A segunda parte desenvolve a relação intrínseca entre o corpo e o espaço, explorando os conceitos de conforto e bem-estar, a influência das sensações e das atmosferas na perceção espacial e, consequentemente, a função do ambiente terapêutico na recuperação. Esta revisão bibliográfica estabelece a base teórica para a análise dos casos de estudo apresentados nos capítulos seguintes desta dissertação.

01.1. CARACTERÍSTICAS, DESAFIOS E CONTEXTO

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

“The healthcare systems of tomorrow will look different from those of the past [...] The better we understand the issues involved, the better prepared we will be to meet tomorrow’s healthcare demands and contribute to the development of effective, efficient, caring healthcare delivery systems.”¹⁰

Segundo Manuel Luís Capelas et al., o termo *hospice* (do latim *hospitium*) tem o sentido de hospitalidade e surgiu com a expansão do Cristianismo, através de locais destinados aos peregrinos. Inicialmente concebidos como estruturas destinadas ao descanso e pernoita, esses locais evoluíram progressivamente para funções de acolhimento de pobres e enfermos. Mais tarde, na Idade Média, com o surgimento de várias ordens religiosas, criaram-se instituições de acolhimento de cariz religioso com o mesmo propósito hospitalar de assistência¹¹, mas integradas no tecido monástico. Esses edifícios não representavam propriamente um espaço médico, mas antes materializavam a ambição da Igreja de expressar a sua missão benevolente e espiritual¹². Esses espaços eram lugares de segregação destinados ao isolamento de doentes e à contenção da propagação epidémica. A sua configuração espacial respondia não a exigências terapêuticas, como o tratamento da patologia, mas a uma lógica de salvação espiritual, sendo os cuidados uma forma caritativa e de espírito misericordioso prestada pelas entidades religiosas¹³.

Com o avanço científico dos séculos XVI e XVIII, estas tipologias passam a servir o propósito académico de observação do desenvolvimento de doen-

12 Sanatório (1929-1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Vista interior do quarto (página esquerda).

10 Janet R. Carpman and Myron A. Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 3 ed. (San Francisco: Jossey-Bass, 1993): 17.

11 Manuel Luís Capelas et al., “Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional,” *Revista Cuidados Paliativos*, 2014, 8.

12 Cor Wagenaar, “Modern Hospitals Cultural Heritage,” *Docomomo Journal* 62 (2020): 38-40.

13 Daniela Arnaut, “Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função” (Doutoramento Instituto Superior Técnico. Universidade de Lisboa, 2020), 35.

ças em doentes, ou seja, espaços de análise para o desenvolvimento e consolidação do conhecimento médico emergente¹⁴. Como explica o autor Cor Wagenaar¹⁵, os atos médicos não eram prestados em ambiente hospitalar, uma vez que as classes altas da sociedade recorriam à prestação de cuidados ao domicílio, reservando-se os hospitais ao acolhimento das camadas mais desfavorecidas da população.

O contributo efetivo dos hospitais para a cura de doentes só ganhou expressão no final do século XVIII¹⁶, com o início do pensamento moderno. A consolidação do hospital como instrumento terapêutico decorre da reorganização do espaço arquitetónico. Esta ocorre quando se começa a pensar as normas de dimensionamento e de organização do espaço segundo as necessidades específicas dos doentes, das doenças e do contexto, partindo do conhecimento dos efeitos negativos dos espaços existentes¹⁷.

Por volta do século XIX, com a separação de doentes por patologia, surgem locais destinados à prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, com o objetivo de proporcionar o alívio sintomático da dor. A criação dos cuidados paliativos, entendidos como o tratamento dirigido a pacientes em fim de vida, remonta a 1967, com a abertura do primeiro *Hospice* da Era Moderna - o St. Christopher's Hospice¹⁸, em Londres - fundado por Cicely Saunders¹⁹. Em 1969 Saunders cria o programa de cuidados paliativos domiciliários que teve como objetivo formar competências no cuidado e controlo da dor, compreender o impacto dos diversos problemas do doente bem como da família, e promover a investigação e a formação²⁰. É a partir deste momento que os cuidados do doente em fim de vida geram mais interesse e atenção e se dinamizam pelo mundo.

Os autores do artigo *Desenvolvimento Histórico dos Cuidados Paliativos*²¹ confirmam o reconhecimento dos Cuidados Paliativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nos anos 80, e a promoção da sua necessidade de implementação nos serviços de saúde de cada país. Em 1994 aparece a primeira Unidade de Cuidados Paliativos em Portugal, no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. No ano seguinte é criada a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos²².

Anteriormente, em 1977, George Engel tinha proposto o Modelo Biopsicossocial²³ que viria a revolucionar o pensamento da medicina e da ciência. Este modelo reconhecia os componentes multifatoriais da doença, ou seja, identificava a interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais no paciente²⁴. É neste momento, que a ciência começa a distanciar-se do pensamento sequencial de causa-efeito²⁵, tornando-se, então, mais humanista. Este modelo viria a ser a base teórica dos Cuidados Integrados²⁶.

Os Cuidados Continuados Integrados surgem em Portugal em 2006, após ter sido constituída uma Unidade de Missão (2005), com o objetivo de desenvolver estratégias e soluções adequadas às necessidades da população idosa portuguesa. As combinações dos Cuidados a longo prazo com o modelo de Cuidado Integrado criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), designada de REDE²⁷.

14 Wagenaar, "Modern Hospitals Cultural Heritage," 40.

15 Idem, *Ibidem*.

16 "A radical transformation in building and designing for health is underway - but not everyone will benefit equally," Harvard University: 27 de abril de 2020, acessado a 10 de novembro de 2022, <https://www.gsd.harvard.edu/2020/04/the-pandemic-may-institute-a-radical-transformation-in-building-and-designing-for-health-but-not-everyone-will-benefit-equally/>.

17 Arnaut, "Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função," 33-39.

18 Capelas et al., "Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional," 8.

19 Cicely Saunders, pioneira do Movimento Moderno dos *Hospice*, fundou o primeiro *hospice* em Londres e defendeu cuidados compassivos para doentes em fim de vida.

20 Capelas et al., "Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional," 9.

21 Idem, *Ibidem*.

22 Idem, 11.

23 O modelo biopsicossocial compreende a saúde como um estado complexo, influenciado por fatores biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais interligados.

24 Robert C. Smith, "The biopsychosocial revolution," *Journal of General Internal Medicine* 17, no. 4 (2002), <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.20210.x>.

25 "[...] science gradually moved away from previous linear, cause-effect thinking. To that point, understandably, medicine's guiding biomedical model focused only on diseases." Idem, *ibidem*.

26 "A Historical Perspective on the Integrated Care Model." EHRintelligence: 12 de Julho de 2021, acessado a 2 de maio, 2023, https://ehrintelligence.com/news/a-historical-perspective-on-the-integrated-care-model?__cf_chl_tk=nPoB6WuP6Pn-L4MgM2Tit4s1VtoHrSZGa5eoB-mgqWE1o-1682711465-0-gaNycG-zNCpA.

27 Idem, *ibidem*.

// EVOLUÇÃO DA TIPOLOGIA HOSPITALAR NO OCIDENTE

1/ TEMPLOS DEDICADOS AOS DEUSES	Antiguidade 300 a.C.	Modelo de saúde espiritual e naturalista. - assistência espiritual; - paisagem natural, presença de água e natureza - acreditava-se nos seus efeitos curativos; - dormitório comum bem ventilado e temperado pela luz solar.
2/ HOSPITAIS MILITARES E TERMAS	Roma antiga séc. I a.C. - V d.C.	Valetudinarium. - tratamento de soldados; - quartos iluminados e ventilados por clerestórios à volta de um pátio exterior central. Infraestruturas sanitárias. - aquedutos e banhos públicos: terapia pela água.
3/ ENFERMARIAS MONÁSTICAS ORDENS RELIGIOSAS	Idade Média séc. VI - X	Modelo de caridade. - assistência espiritual e preparação para a morte de doentes, pobres, peregrinos e idosos; - enfermarias em torno de um espaço central ajardinado (simbolizava o jardim de Éden: referência bíblica) - pequenos quartos com uma ou duas camas junto às janelas. - Hôtel-Dieu séc.VII : caracterizava-se por uma sala grande e mal ventilada, onde várias pessoas partilhavam a mesma cama, a prioridade era acolher.
4/ HOSPITAL CRUCIFORME	Renascimento séc. XV - XVI	Planta cruciforme (Leon Battista Alberti). - vínculo religioso; - recuperação dos ideais humanistas; - mediação entre público e privado; - salubridade dos cuidados assistenciais; - higiene e saneamento; - estudo do corpo humano, mas fora das instalações hospitalares.
5/ INSTITUIÇÃO MÚLTIPLA		“Anti-modelo”: Hôtel-Dieu (1657). - exclusão e segregação social; - condições patogénicas e insalubres; - propagação de infeções hospitalares.
	Revolução científica séc. XVIII	Modelo de ensino e pesquisa. - medicina como ciência; - hospital com funções de observação e pesquisa; - início da separação de pacientes por patologia; - hospital militar: organização e racionalização espacial.
6/ HOSPITAL PAVILHONAR	Revolução industrial final do séc. XVIII início do séc. XIX	Modelo terapêutico. - crítica e oposição ao “anti-modelo” - Hôtel-Dieu; - higiene, limpeza, linhas simples e formas puras. - estrutura em pavilhões separados por doença, ligados entre si; - ambiente natural como instrumento terapêutico: ar fresco, luz solar, ambiente verde e calmo.

7/ MONOBLOCO/ TORRE	Movimento moderno séc. XX	Modelo tecnológico. - racionalização da eficiência funcional e económica do espaço; - supremacia dos procedimentos médicos: Medicina como disciplina científica; - decadência do processo terapêutico que os espaços podem desempenhar.
8/ DESCENTRALIZAÇÃO DAS SERVIÇOS	Contemporânea séc. XXI	Modelo humanizado. - paciente no centro da ação: reconhecimento do doente como entidade física, psíquica, social e espiritual; - humanização dos espaços de saúde; - ambiente terapêutico; - descentralização dos serviços; - efeito curativo dos espaços verdes, iluminação natural, e quartos individuais.

▲3 Evolução da tipologia hospitalar no ocidente. ©Elaboração própria.

Ao longo da última década, verificou-se uma tendência de descentralização dos serviços hospitalares, promovendo a organização dos cuidados de saúde em redes hierarquizadas, estruturadas de acordo com uma ordem progressiva de complexidade. Nesta configuração, as unidades locais de saúde, distribuídas por região, concentram diferentes tipos de serviços:

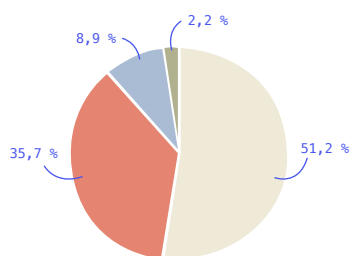
- **cuidados de saúde hospitalares** - organizados em vários níveis, onde os hospitais centrais e universitários oferecem cuidados mais diferenciados, enquanto os hospitais distritais disponibilizam cuidados menos especializados;

- **cuidados de saúde primários** - compostos por centros de saúde com várias unidades funcionais, incluem unidades de saúde familiares, unidades de cuidados na comunidade e serviços de acompanhamento ao internamento domiciliário;

- **serviços de cuidados continuados** - englobam unidades de convalescença, que preparam os pacientes para o regresso à vida familiar após a intervenção hospitalar, e unidades de curta, média ou longa duração (unidades geridas pelas misericórdias ou entidades privadas, que atuam como prestadores complementares ao Serviço Nacional de Saúde).

Neste contexto, problemas simples ou casos de tratamento especializado não são resolvidos em hospitais. O internamento em serviços hospitalares é, portanto, reservada a casos de emergência clínica ou doença aguda. A implementação destas unidades descentralizadas permite uma maior proximidade à sociedade, criando espaços de escala humana e adaptados às necessidades locais. Entende-se, assim, que a expressão “arquitetura hospitalar” se torna insuficiente para descrever a realidade atual, uma vez que os hospitais deixaram de ser os únicos espaços responsáveis pelo acolhimento e tratamento de pacientes.

CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS CONTINUADOS. CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS



Casa
 Unidade de Cuidados Paliativos
 Hospital
 Lar de idosos

▲ 4 Preferência de local de morte por parte do doente em Portugal, 2010.

©Elaboração própria com base no estudo: Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa (Acta Med Port, 2013).

28 Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

29 "Palliative Care," 2020, acessado em fevereiro de 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

30 Cecilia Sepúlveda et al., "Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective," *Journal of Pain and Symptom Management* 24 (2002): 92.

31 WHO, "Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers," (2016): 13.

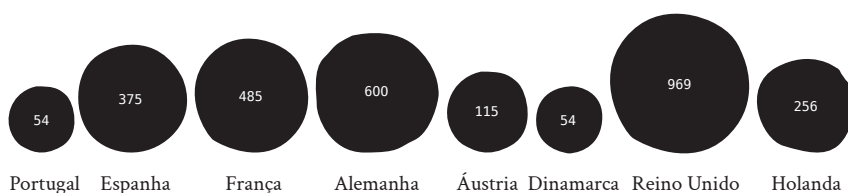
32 ERS, *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos* (Porto, 2015), 17.

Entende-se por **Cuidados Paliativos (CP)** um conjunto de cuidados holísticos que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes em fim de vida ou em fase inicial ou avançada de doença crónica incurável e evolutiva, seja ela incapacitante a nível físico, psicológico ou social.

Compete, assim, aos cuidados paliativos antecipar o plano estratégico de intervenção para todos os doentes que no percurso da sua doença padeçam de dependência e sofrimento. Este trabalho consiste na elaboração de um plano individual e integral de cuidados, que define quando e como intervir em prol do doente e das suas capacidades físicas e cognitivas em articulação com as especialidades intervenientes no tratamento da doença²⁸. Por outras palavras, prevenir a progressão da doença e o surgimento de complicações adicionais, oferecendo um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até à sua morte²⁹.

Para além da estabilização clínica, os cuidados são centrados no paciente com especial atenção às suas necessidades familiares ou sociais, incorporando a presença da família ao longo do processo, incluindo, sempre que possível, crianças e animais de estimação. O trabalho desenvolvido pelos cuidados paliativos vai além do apoio ao paciente: a equipa acompanha também os prestadores de cuidados familiares, tanto durante a doença como no período de luto. As necessidades destes cuidadores devem ser consideradas e avaliadas, de modo a que o plano de cuidados seja adequado a cada família/cuidador³⁰.

Segundo a OMS, um grande número de doentes prefere morrer em casa com acompanhamento familiar³¹. Outros dados revelam também que "*em Portugal, Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Flandres, concluiu-se que, perante uma situação de doença severa, com menos de um ano de vida, a maioria dos inquiridos preferiria não morrer numa unidade não dedicada a cuidados paliativos de um hospital (35,1%) ou em lares de idosos (30,3%)*"³². Estes dados são reveladores da importância da presença dos familiares ao longo dos tratamentos, principalmente em situações de fim de vida, por esse motivo o apoio aos familiares torna-se essencial. [FIGURA 4]



► 5 Número de serviços paliativos em diferentes países da Europa. ©Elaboração própria com base no *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013*. (EAPC Press, 2013).

 n.º total de serviços paliativos em cada país

33 O modelo *Hospice*, comum em alguns países da Europa e nos Estados Unidos, corresponde a unidades autónomas, frequentemente localizadas fora do contexto hospitalar, que oferecem um ambiente mais doméstico e menos institucional, centrado na humanização dos cuidados e no conforto do doente em fim de vida. Em contrapartida, o modelo português assenta na integração dos CP em estruturas hospitalares ou socio-sanitárias que integram a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Em Portugal, não existem unidades *Hospice* inseridas na RNCP. (Figura 6)

34 ACSS, Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, (2021-2022). https://www.acss.min-sau-de.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

35 Conversa com Dr.ª Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

36 As equipas multidisciplinares nos CP contam com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais/ religiosos e todos os profissionais de saúde aliados, para além disto ainda contam com equipas de apoio domiciliário e voluntários. ACSS, Short Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, 11.

No âmbito dos Cuidados Paliativos, distinguem-se dois modelos de prestação de cuidados, cuja aplicação varia em função da evolução clínica do doente e da organização dos sistemas de saúde em cada país: as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e as unidades *Hospice*. A principal diferença entre estes modelos reside na sua configuração institucional e no ambiente arquitetónico³³.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos são prestados em UCP, cujo funcionamento é heterogéneo, mas tendem a integrar-se em estruturas hospitalares vocacionadas em tratamento agudo³⁴. Segundo a Dr.ª Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa do Hospital de Chaves³⁵, a integração hospitalar potencia a eficácia das UCP, permitindo apoio clínico imediato e continuidade dos processos de reabilitação dentro da mesma unidade.

Estes espaços podem estar inseridos em hospitais ou ser estruturas autónomas, obrigando a alternativas espaciais distintas. Devem estar preparadas para albergar várias equipas interdisciplinares, contando assim, com um programa amplo, mas específico a cada equipa de trabalho³⁶.

Nas visitas às unidades de saúde realizadas no âmbito da presente investigação, identificou-se que cada unidade adota um método de trabalho distinto, podendo recorrer a diversos colaboradores externos, como equipas comunitárias e voluntárias. Neste contexto, o desenho do espaço deve ser pensado e desenvolvido em colaboração com os profissionais, de forma a integrar eficazmente a dinâmica de trabalho pretendida, resultando num espaço mais eficiente e confortável.

► **6** Distinção conceptual e arquitetónica entre o modelo *hospice care* (com base em exemplos internacionais) e o modelo institucional de cuidados paliativos implementado no contexto português*. ©Elaboração própria.

* Apesar das diferenças identificadas, incluiu-se na presente investigação a análise de um caso de estudo do modelo *Hospice* - a Unidade Urban Hospice - com o objetivo de comparar abordagens arquitetónicas distintas e enriquecer a reflexão projetual.

● **HOSPICE CARE**

(com base no modelo internacional)

doente

- doentes em fase terminal, geralmente nas últimas semanas ou dias de vida;

internamento

- internamento destinado à fase final da vida, focado no conforto e dignidade até ao momento da morte;

cuidados

- cuidados de conforto e controlo sintomático, sem finalidade curativa;

objetivo

- o doente permanece e falece na unidade em ambiente assistido e humanizado;

integração

- unidade autónoma, não necessariamente ligada a uma estrutura hospitalar;

espacialidade

- rejeição do ambiente clínico tradicional, aposta em espaços familiares, acolhedores e não institucionais.

● **UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS**

(com base no modelo nacional)

- doentes com doença grave, crónica ou progressiva em qualquer fase da doença - não apenas em fim de vida;

- internamento pontual em caso de agudização da doença, com objetivo de estabilização e continuidade de cuidados;

- cuidados de conforto, controlo clínico e sintomático, podendo coexistir com terapêuticas modificadoras da doença;

- privilegia-se a morte em casa, no ambiente familiar, sempre que possível;

- maioritariamente integradas em hospitais ou estruturas socio-sanitárias (RNCP/ RNCCI);

- ambiente com base clínica, mas desenhado para ser o mais humanizado e confortável possível.

Os Cuidados Continuados (CC) têm como objetivo promover a autonomia e fortalecer as capacidades do doente em situação de dependência, criar condições para uma vida com saúde através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. É feito um trabalho contínuo, diferenciado e integrado (em rede) que vai além do contexto hospitalar³⁷. Exatamente como acontece nos cuidados paliativos, dependendo da necessidade de cada paciente, a prestação de cuidados pode ocorrer em casa ou em instalações específicas.

“Têm acesso à REDE³⁸ todos os indivíduos que por ausência ou perda de autonomia psíquica ou intelectual, por falta de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, por ausência ou insuficiência de apoio familiar ou de outra natureza, é incapaz de realizar as suas atividades da vida diária [...] o acesso não é exclusivo a pessoas idosas, mas sim para todos os indivíduos que se encontrem em situação descrita”.³⁹

Esta abordagem caracteriza-se por uma dinâmica assente na comunicação e na colaboração entre profissionais de diversas áreas, em que o doente é o elemento central de um processo terapêutico integrado. Tal como descrito no excerto, destina-se a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que careçam de um acompanhamento contínuo⁴⁰.

Segundo o estudo de Maria Carolina Monteiro et al.⁴¹, sobre as UCC em Portugal, antes da existência destes cuidados, o internamento hospitalar era a única alternativa que existia para salvaguardar o bem-estar de doentes com dependência, mesmo quando já não necessitavam de cuidados agudos. Os pacientes não tendo para onde ir, por se encontrarem muitas vezes em situações de isolamento ou abandono, ficavam a ocupar camas necessárias a outros doentes. É com o surgimento destas unidades que se possibilita “as altas hospitalares de situações que apenas necessitam de reabilitação e tratamento continuado”⁴².

As UCC são geralmente estruturas autónomas que não estão vinculadas a infraestruturas hospitalares. Grande parte destas instituições são de cariz privado ou colaborações público-privadas, podendo estar inseridas em extensões de lares para idosos. Desta forma, o desenho destas unidades tem de albergar uma vasta equipa de funcionários (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros), contando com as especificidades que uma estrutura independente acarreta.

CAUSAS E EMERGÊNCIA SOCIAL

Ao longo dos anos “[...] o envelhecimento e a velhice têm sofrido mutações sociais e representacionais: do estatuto respeitável nas sociedades tradicionais transformou-se em isolamento e dependência nas sociedades industrializadas”⁴³. Em concordância com os autores M.C. Monteiro et al., atualmente a velhice é sinónimo de isolamento, solidão e dependência⁴⁴.

37 A Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) inclui UCP inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Estas unidades não são hospitalares e funcionam como um prolongamento das UCC. O tempo de internamento excede os 30 dias, sendo o risco social o principal critério de admissão, não a agudização da doença. Estas unidades prestam cuidados de baixa a moderada complexidade.

38 Os autores referem-se à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

39 Maria Carolina Monteiro, Osvaldo Santos, e Maria Céu Costa, “Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal,” *Biomedical and Biopharmaceutical Research* 10 (2013): 170.

40 Os cuidados são financiados e geridos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e em parceria com instituições públicas e privadas, como as Misericórdias. Idem, ibidem.

41 Este continua a ser um problema atual devido à falta de investimento face à elevada procura das unidades, como se explica de seguida no texto Causas e Emergência Social.

42 Monteiro, Santos, e Costa, “Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal,” 167.

43 Idem, 165.

44 A falta de autonomia pode desenvolver-se como efeito natural do envelhecimento ou estar relacionada com casos de deficiência, seja ela natural ou adquirida, provisória ou definitiva, independente do fator idade. A dependência caracteriza-se pela necessidade que um indivíduo tem de ajuda de terceiros para realizar as suas atividades básicas, quer sejam físicas ou psíquicas. Idem, ibidem.

É certo que, nos países industrializados, o aumento da população mais velha⁴⁵ é um fenómeno em crescimento, e Portugal será um dos países da Europa com a maior percentagem de população envelhecida⁴⁶. Assim, como causa-efeito, observa-se o aumento de doenças crónicas devido a este fator: “o índice de dependência total subiu de 48 em 2001, para 52 em 2011, ou seja: por cada 100 pessoas com idade ativa 52 são dependentes”⁴⁷. No mesmo artigo é referido uma estimativa do Plano Nacional de Saúde, que calculava que em 2020, 10% dos portugueses seriam dependentes para a realização autónoma das atividades da vida diária. A partir desta informação, conclui-se que as pessoas vivem mais anos, mas com menos qualidade de vida.

Perante este cenário, estima-se que a necessidade e a procura de cuidados continuados e paliativos deverão aumentar: não só como consequência do envelhecimento da população, mas também pela crescente taxa de doenças transmissíveis e não transmissíveis, como o cancro, a doença de Alzheimer, entre outras⁴⁸. Desta forma, percebe-se a relevância e a necessidade do aumento deste tipo de estruturas.

Como já mencionado, o conceito de envelhecimento sofreu alterações sociais resultantes das recentes mudanças na estrutura da sociedade. O modelo tradicional de família alterou-se, assim como o tempo a ela dedicado; atualmente há um maior foco nas ambições profissionais, o que leva a jornadas de trabalho mais intensas e, consequentemente, a uma diminuição do tempo disponível para a casa e para a família nuclear. Como resultado, muitos adultos mais velhos vivem sozinhos e frequentemente em situações de isolamento. Quando já não têm capacidades físicas ou psíquicas para manter a sua autonomia, torna-se fundamental integrá-los em redes de suporte⁴⁹.

Apesar de grande parte das famílias não terem condições para cuidar dos seus familiares em situação de dependência, Portugal destaca-se, segundo a Entidade Reguladora da Saúde, por apresentar uma das maiores taxas de cuidados domiciliários informais da Europa. Estes cuidados são frequentemente assegurados por alguém residente na mesma habitação. Em contrapartida, o país regista uma das mais baixas taxas de prestação de cuidados não domiciliários (CC)⁵⁰. Dados da OMS⁵¹ e da ERS⁵² revelam que alguns familiares assumem o papel de cuidadores por não terem outra opção. Consequentemente, estes fatores levam a altos níveis de stress contribuindo para a deterioração da qualidade de vida dos cuidadores, sendo que a taxa de depressão e ansiedade, nestes casos, ronda os 30% a 50%⁵³. Logo, importa realçar que estes cuidados têm influência não só na saúde dos pacientes como na dos seus familiares. Lamentavelmente, Portugal ainda se encontra nas piores posições da Europa, com mais de 90% da população acima dos 65 anos sem acesso a cuidados continuados de qualidade⁵⁴.

Com as estimativas apresentadas, importa refletir sobre a falta de investimento e a grande necessidade de Cuidados Continuados e Paliativos no corpo social. Portugal é referido como um dos países com maior necessidade, mas com menos investimento. Isto refletir-se-á na qualidade dos cuidados prestados, principalmente ao nível de qualidade espacial. Face à carência significativa de resposta, as instituições tendem a recorrer à so-

45 Por população envelhecida compreende-se o conjunto de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

46 Monteiro, Santos, e Costa, “Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal,” 166.

47 Idem, *ibidem*.

48 ERS, *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*, 22.

49 Monteiro, Santos, e Costa, “Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal,” 167.

50 ERS, *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*, 9.

51 “Some family caregivers take on the role not because they want to but because they feel obliged to do so”. WHO, “Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers,” 13.

52 ERS, *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*, 9-10.

53 “[...] with rates of potential depression and anxiety between 30% and 50% being reported. Caregivers are responsible for numerous tasks, are often financially disadvantaged and frequently become socially isolated”. WHO, “Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers,” 13.

54 ERS, *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*, 11.

brelotação das unidades como forma de ampliar a sua capacidade de acolhimento. Como se verificou em algumas visitas elaboradas no contexto da investigação, a preferência por quartos triplos e a supressão de espaços comuns de convívio, aparenta revelar uma falta de valorização deste tipo de espaços enquanto parte do processo terapêutico.

PERFIL DOS UTILIZADORES E IMPLICAÇÕES NO DESENHO DO ESPAÇO

A compreensão aprofundada das unidades em estudo e a sua configuração espacial exige, como ponto de partida, a identificação do perfil dos utilizadores, das características e das debilidades associadas ao estado clínico. Estes fatores são determinantes no processo de conceção arquitetónica, uma vez que condicionam e orientam as soluções espaciais adotadas. De forma geral, estas unidades acolhem quatro categorias principais de utilizadores:

1. Pacientes;
2. Profissionais de saúde;
3. Familiares e acompanhantes;
4. Voluntários.

Utilizadores Primários: Pacientes e Profissionais de Saúde

Os pacientes e profissionais de saúde constituem os utilizadores primários, sendo a unidade projetada para assegurar a eficiência nos processos terapêuticos e simultaneamente, promover o bem-estar físico e emocional dos pacientes.

No caso dos pacientes, importa reconhecer a diversidade das suas condições, quer a nível das necessidades clínicas e do estado funcional, quer do suporte social disponível ou dos objetivos terapêuticos delineados. Esta heterogeneidade exige uma resposta espacial flexível e humanizada, capaz de acomodar diferentes graus de dependência e promover a dignidade e autonomia possível em cada situação.

Pacientes em cuidados paliativos necessitam de intervenções centradas no alívio sintomático e na preservação da qualidade de vida em fases avançadas de doenças crónicas ou terminais. As doenças oncológicas em estado avançado, resistentes a tratamentos curativos, são frequentemente acompanhadas de dor intensa e mal-estar constante⁵⁵. Pacientes com doenças crónicas não oncológicas (como insuficiência cardíaca, doença pulmonar crónica ou doenças neurológicas degenerativas) requerem um controlo contínuo dos sintomas, aliado de apoio emocional⁵⁶. Em situações de doenças em estado terminal, quando os pacientes se encontram nos últimos dias de vida, os cuidados devem centrar-se no conforto, na dignidade, e no suporte psicológico e espiritual.

Pacientes em cuidados continuados apresentam condições clínicas que exigem reabilitação, cuidados prolongados e suporte funcional contínuo para recuperar ou manter a qualidade de vida. Entre estes incluem-se pacientes em reabilitação pós-aguda, que sofreram AVC ou cirurgias complexas

⁵⁵ Cecilia Sepúlveda et al., "Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective," *Journal of Pain and Symptom Management* 24 (2002): 91

⁵⁶ "Palliative Care," 2020, acedido em fevereiro de 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

que precisam de recuperar a sua autonomia funcional⁵⁷. Indivíduos com doenças crónicas incapacitantes, como insuficiência renal crónica, doenças respiratórias ou amputações, ou com défices cognitivos progressivos, como Alzheimer ou demência avançada, requerem cuidados e supervisão constante, bem como apoio nas atividades básicas⁵⁸. Alguns pacientes paliativos podem, consoante o estado clínico, integrar este grupo.

Pacientes com necessidades sociais e de apoio incluem pessoas cuja necessidade de internamento resulta sobretudo da ausência de uma rede familiar ou comunitária ou de condições socioeconómicas vulneráveis⁵⁹. Enquadram-se neste grupo pacientes sem suporte familiar, com dificuldades habitacionais ou sociais, ou que enfrentam necessidades psicológicas complexas agravadas pela perda da funcionalidade ou evolução da doença⁶⁰. Nestes casos, os espaços devem ser pensados para promover a inclusão, assegurar um ambiente seguro e oferecer suporte emocional.

Utilizadores Secundários: Familiares, Acompanhantes e Voluntários

Embora não se configurem como utilizadores diretos, os familiares, acompanhantes e voluntários desempenham um papel fundamental no processo de recuperação e bem-estar dos pacientes. Neste sentido, o espaço deve contemplar zonas de acolhimento e convivência que facilitem a sua presença ativa, promovendo a participação em atividades conjuntas, o apoio emocional e, em alguns casos, contribuir diretamente nos cuidados prestados.

Os familiares e cuidadores informais representam um elemento essencial na rede de suporte do doente, necessitando, eles próprios, de estruturas de apoio:

- emocional e psicológico, para lidar com o desgaste inerente à progressão da doença de um ente querido;
- orientação para prestar cuidados básicos ou gerir a condição do paciente após a alta;
- e, por fim, apoio no processo de luto, após a morte do familiar, o que reforça a necessidade de espaços apropriados à privacidade, ao silêncio e ao acolhimento emocional.

CrITÉRIOS de Internamento e Permanência

Ambas as tipologias, Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados, têm critérios de admissão semelhantes que combinam fatores clínicos e sociais. Segundo a Dr.^a Anabela Morais⁶¹, nos cuidados paliativos os pacientes são internados com base em critérios clínicos, relacionados com a necessidade de tratamento sintomático e de acompanhamento em fases avançadas da doença. Nestes casos, o tempo de permanência tende a ser curto.

Todavia, existe igualmente situações de internamento motivadas por critérios de ordem social, designadamente:

- Exaustão do cuidador informal, em que o internamento visa permitir um período de descanso ao cuidador. Nestes casos, o tempo de permanência do doente é limitado, não podendo ultrapassar, em média, duas semanas.
- Ausência de retaguarda social (risco social) aplica-se quando as pessoas vivem isoladas, sem rede familiar ou comunitária de apoio. Contrariamen-

⁵⁷ Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

⁵⁸ Monteiro, Santos, e Costa, "Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal," 170.

⁵⁹ Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

⁶⁰ Conversa com Dr.^a Maria Graça Mota, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Celorico de Basto, Unidade de São Bento de Arnoia, 17/03/2023.

⁶¹ Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

CRITÉRIO DE INTERNAMENTO E PERMANÊNCIA**Critério Clínico**

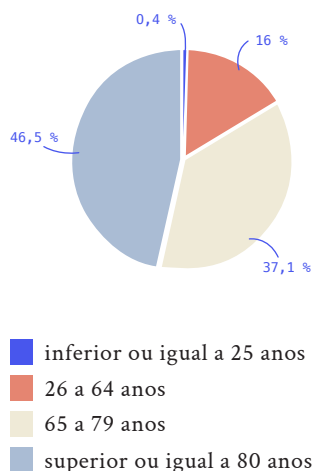
necessidade de cuidados
agudos
até estabilização

Critério Social

exaustão do cuidador
+/- 2 semanas

risco social
até ter apoio social

▲7 Esquema sobre os critérios de internamento e permanência. ©Elaboração própria.



▲8 Percentagem de doentes assistidos em CC e CP em Portugal, entre 2014 e o 1º semestre de 2015. ©Elaboração própria com base em dados da ERS (2015).

62 Ver fluxograma da RNCCI na página 25 (figura 10).

63 Conversa com Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023.

64 Janet R. Carpmann and Myron A. Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 3 ed. (San Francisco: Jossey-Bass, 2016), 391-92.

te ao critério anterior, mesmo não havendo indicação clínica, os pacientes permanecem internados por tempo indeterminado, até que os serviços sociais consigam garantir uma resposta adequada.

Esta última situação revela uma sobrecarga das unidades, que passam a acolher pacientes cuja permanência se justifica não pela condição clínica, mas pela inexistência de alternativas sociais. Tal realidade compromete a rotatividade e eficiência do sistema, agravada pela escassez de respostas institucionais adequadas no setor social.

Nos cuidados continuados, os períodos de internamento são mais prolongados, variando em função da natureza dos cuidados prestados. Este modelo implica frequentemente processos de reabilitação física e/ou de manutenção⁶² funcional, cuja resposta clínica exige tempo e acompanhamento continuado. Os critérios de admissão mantêm-se semelhantes aos dos cuidados paliativos, mas a duração da estadia tende a estender-se entre um e seis meses⁶³.

Esta extensão temporal reflete a complexidade das situações clínicas e a necessidade de promover uma recuperação gradual da autonomia do paciente. Em muitos casos, esta reabilitação inclui também preparação para o regresso ao quotidiano, exigindo articulação entre a equipa de saúde, os cuidadores e os serviços de apoio social.

Declínio das capacidades

As unidades de cuidados continuados acolhem, maioritariamente, indivíduos em idade avançada, entre os 65 e os 90 anos, faixa etária na qual se verifica um agravamento progressivo de doenças crónicas e/ou associadas ao envelhecimento, com consequente aumento das comorbilidades. Embora em menor número, também se registam casos de pacientes com idade inferior, quando a condição clínica justifica a sua permanência nestas estruturas. [FIGURA 8]

Para além das limitações impostas pela própria doença, os indivíduos em idade avançada enfrentam fragilidades adicionais decorrentes do envelhecimento. Trata-se de um grupo com necessidades específicas, determinadas por transformações fisiológicas, sociais, emocionais, e psicológicas inerentes a este processo. Entre as alterações fisiológicas mais comuns destacam-se o declínio das capacidades sensoriais, nomeadamente a diminuição da acuidade visual e auditiva, assim como da sensibilidade tátil e térmica; acrescem ainda o comprometimento das funções cognitivas e cognoscitivas bem como a deterioração das capacidades físicas, visível na perda de mobilidade, equilíbrio, força e resistência⁶⁴.

Estas limitações têm um impacto significativo na autonomia e segurança dos indivíduos, exigindo uma resposta arquitetónica sensível às suas condições e às exigências de acessibilidade, conforto e orientação no espaço.

Caracterização da autonomia

Os pacientes podem apresentar vários tipos de autonomia, dependendo do estado físico e psíquico do doente. Verifica-se a presença de doentes acama-

TIPOS DE MOBILIDADE

Acamados

- Pouca relação com o meio ou estuporoso
- Perfeita relação com o meio

Não acamados

- Sem necessidade de apoio
- Com necessidade de apoio: cadeira de rodas ou auxiliar de marcha

▲9 Esquema dos diferentes tipos de mobilidade. ©Elaboração própria.

dos e não acamados. Entre os primeiros, encontram-se casos em estado estuporoso⁶⁵, sem percepção nem interação com o meio envolvente, enquanto outros mantêm plena consciência e capacidade funcional de relação com o meio⁶⁶. No grupo dos não acamados, podem observar-se tanto indivíduos com boa mobilidade, como outros com limitações motoras, necessitando de apoio técnico, como cadeiras de rodas ou auxiliares de marcha.

Regra geral, os pacientes sem autonomia física representam a maioria em termos absolutos e percentuais. No entanto, como resultado dos efeitos do envelhecimento, verifica-se um crescimento do número de indivíduos com boa mobilidade, mas com capacidades cognitivas reduzidas. Conforme o Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação da Unidade Maria José Nogueira Pinto, é fundamental que quem pensa as unidades reconheça as evoluções e diferenças dos padrões no tipo de pacientes, de forma a garantir que os espaços possam ser verdadeiramente inclusivos e adaptados às diferentes necessidades de todos.

Impacto das debilidades físicas e cognitivas no comportamento

Os pacientes acamados tendem a permanecer longos períodos confinados ao espaço do quarto, o que os torna mais vulneráveis à carência de interação social e à ausência de estímulos positivos. Esta condição contribui para o agravamento de sentimentos de solidão e isolamento. Nesses casos, a presença de elementos naturais no interior do espaço, assim como a inclusão de dispositivos que facilitem o acesso a áreas de convívio, revela-se essencial para a promoção do bem-estar psicológico e emocional dos pacientes.

Por outro lado, pacientes com debilidades físicas apresentam riscos adicionais como perda de mobilidade, equilíbrio e resistência, aumentando o risco de quedas⁶⁷. Superfícies com ausência de contraste, como paredes envidraçadas ou pouca distinção cromática entre o pavimento e as paredes, podem dificultar a percepção dos limites do espaço, aumentando a probabilidade de acidentes. A falta de apoios físicos e de zonas de descanso ao longo de um percurso pode gerar exaustão ou insegurança em pacientes com baixa resistência física. Corredores estreitos, desníveis, superfícies moles ou escorregadias dificultam o deslocamento seguro e aumentam o risco de comportamentos defensivos ou retraídos por partes dos pacientes.

Nos estados demenciais, os episódios de confusão podem ser desencadeados, não apenas por delírios, mas também por características espaciais. Pacientes com défices cognitivos sofrem, frequentemente de desorientação, e pode gerar ansiedade, agitação, ou até tentativas de fuga. As alterações comportamentais podem ser exacerbadas por elementos arquitetónicos e materiais presentes no espaço. Ambientes com disposições complexas ou sem elementos claros de orientação dificultam a compreensão espacial levando a um aumento do stress ou comportamento errático. A presença de materiais que criam reflexos ou brilhos⁶⁸ pode provocar desordem sensorial ou encandeamento, afetando negativamente os pacientes⁶⁹. Ambientes com padrões visuais complexos e contrastantes podem ser percebidos como confusos, agravando a sensação de desconforto ou até de insegurança.

65 Estupor é uma condição clínica em que os pacientes apresentam um estado de consciência deficiente. Por esse motivo, manifestam dificuldade ou ausência de resposta a estímulos externos.

66 Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

67 Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

68 “Glare caused by unshielded artificial lighting, reflections on glass, and direct sunlight can be a major problem, because it can be visually overwhelming and temporarily distract older patients and visitors, diminishing their awareness of the immediate physical environment, as well as their attention span and short-term memory.” Carpmann and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 395.

69 Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

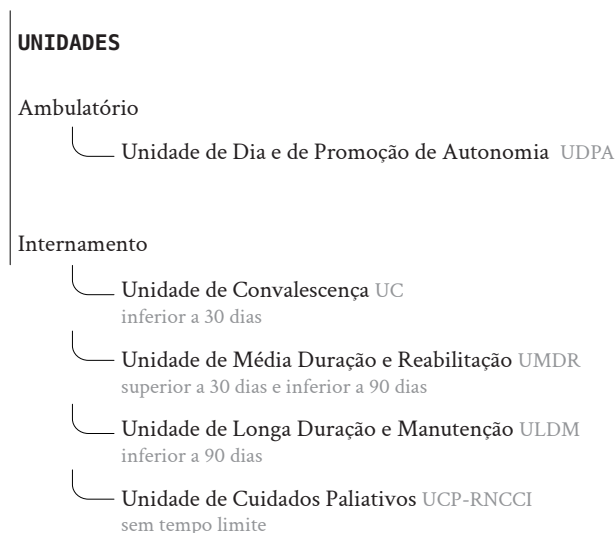
A autonomia física do paciente não exclui a possibilidade de degeneração das capacidades cognitivas, uma vez que um paciente que apresente uma ótima condição física pode, ainda assim, dispor de condições cognitivas disfuncionais significativas. Assim, é crucial reconhecer que os pacientes podem enfrentar uma combinação de diferentes estados clínicos, o que exige uma abordagem integrada e abrangente tanto no cuidado quanto no projeto e planejamento dos espaços destinados a tratamentos paliativos e continuados.

▼ 10 Organização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.
©Elaboração própria com base em dados da ERS (2015) e do Diretório Nacional de Cuidados Paliativos (2013).

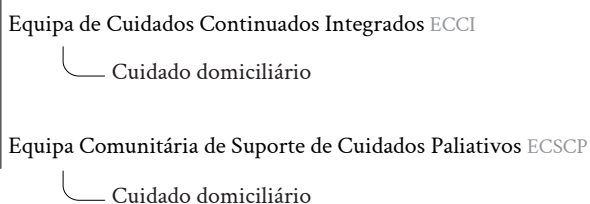
Diante dessas condições, torna-se fundamental conceber os espaços de saúde de forma inclusiva e funcional, atendendo às necessidades de todos os tipos de pacientes e situações. É essencial adotar uma abordagem centrada no paciente e na sua condição, considerando os diferentes níveis de dependência e autonomia.

// ARQUITETURA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

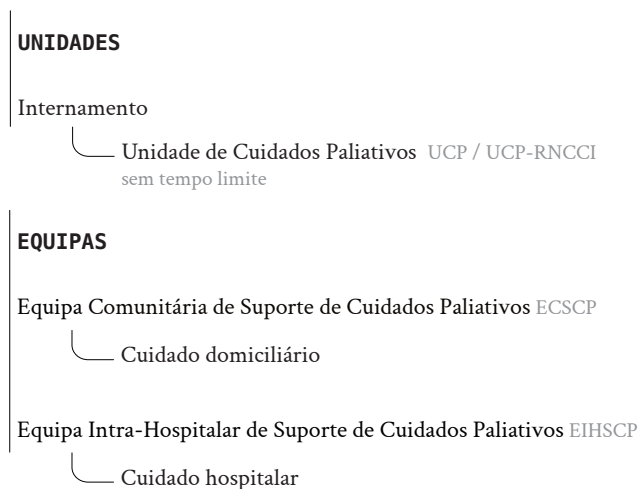
RNCCI / REDE



EQUIPAS



RNCP



01.2.

A DIMENSÃO SENSORIAL E TERAPÊUTICA DO ESPAÇO

NOÇÕES DE CONFORTO E BEM-ESTAR

De acordo com a literatura consultada, as pessoas vivem mais tempo, mas não necessariamente com melhor qualidade de vida. No período pós-Segunda Guerra Mundial observou-se um crescente interesse multidisciplinar, no estudo dos conceitos de conforto, bem-estar e qualidade de vida, em particular, nos campos da medicina e arquitetura⁷⁰.

No âmbito desta investigação importa revisitar, mesmo que de forma breve, os conceitos de conforto e bem-estar e de que modo estes interferiram e inspiraram a arquitetura. Os autores Prieto González⁷¹ e Daniela Arnaut⁷² serão a base referencial para o enquadramento teórico, uma vez que este tema é consideravelmente explorado por outros autores com visões distintas. Ambos os autores abordam o desenvolvimento espacial do conceito de conforto, sendo relevante reter para o trabalho a sua importância na produção dos ambientes de saúde atuais. Daniela Arnaut reflete, sobretudo, sobre a evolução dos espaços de cura questionando a eficiência e o conforto, entendendo-os como conceitos que permitem à arquitetura tornar-se um instrumento terapêutico.

Conforto e bem-estar encontram-se fortemente associados à noção de qualidade de vida. Um conceito abrangente e de natureza marcadamente subjetiva. Esta noção é moldada por um conjunto de valores e crenças culturais, consoante a perceção e expectativas que cada indivíduo desenvolve em relação à sua própria vida, nas suas múltiplas dimensões - física, psíquica e social. A qualidade de vida traduz-se, assim, na conjugação de fatores que remetem para a saúde, a dignidade, a realização pessoal, a prosperidade, a interação social e a conquista de objetivos pessoais. Este conceito assume particular relevância no contexto dos cuidados de saúde, na medida em que está intrinsecamente ligado com o nível de satisfação do indivíduo relativamente ao seu estado de saúde e à vida em geral⁷³.

Embora frequentemente usados como sinónimos ou conceitos complementares, conforto e bem-estar possuem, no contexto dos cuidados de saúde, significados distintos e específicos. Segundo os autores Pinto et al.⁷⁴, cada termo remete para dimensões conceptuais próprias sendo importante diferenciá-los.

O bem-estar é um estado multidimensional que abrange saúde, felicidade, prosperidade e satisfação pessoal. Correlaciona-se com dimensões físicas, sociais e ambientais, embora geralmente, esteja associado à perspetiva psicológica e espiritual do ser humano, à sua energia interna, com maior relevância na saúde mental⁷⁵.

Por sua vez, o conforto pode ser entendido como a sensação de alívio, comodidade ou fortalecimento, frequentemente associada à redução de esta-

70 Sara Pinto et al., "Comfort, well-being and quality of life. Discussion of the differences and similarities among the concepts," *Porto Biomedical Journal* (2017): 6.

71 Eduardo Prieto González, "The welfare culture. Poetics of comfort in architecture of the 19th and 20th centuries," (2016).

72 Arnaut, "Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função," (2020).

73 Pinto et al., "Comfort, well-being and quality of life. Discussion of the differences and similarities among the concepts," 7.

74 Idem, *ibidem*.

75 Idem, *ibidem*.

76 Pinto et al., “Comfort, well-being and quality of life. Discussion of the differences and similarities among the concepts,” 7.

dos de desconforto. Pode ser sensação de bem-estar ou comodidade aplicada aos quatro contextos da experiência humana: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental⁷⁶. Quando aplicado à saúde relaciona-se com aspetos físicos e materiais do espaço. Desta forma, o conforto é um conceito que pode ser trabalhado pela arquitetura, embora a sua aplicação não seja clara e linear como explica Prieto González⁷⁷, é uma ideia relativa e culturalmente construída, que vai além da aplicação técnica de questões ambientais:

“Comfort is not a kind of algorithm that can be computed according to certain parameters of temperature and humidity – or at least, not only that – but a concept in accordance with diverse and complex factors, such as the relationships between space and the human body.”⁷⁸

A Evolução do Conceito de Conforto

O conceito de conforto sofreu variações no seu significado ao longo do tempo. Prieto González, na obra *“The Welfare Culture. Poetics of Comfort in Architecture of the 19th and 20th centuries”* explica que, segundo Vitruvius (século I a.C.), a ideia de conforto apareceu com o início da civilização sob a forma de energia: fogo. Mais tarde, por oposição, Alberti (século XV) associou o conceito de conforto com o início da tectónica, isto é, à construção de paredes e teto que possibilitou o abrigo e por consequência o bem-estar e a proteção do homem. Ambas partilham a visão de controlar e adaptar o ambiente às necessidades, isto é, *“a civilização consiste em isolar a natureza para criar microclimas controlados dentro de climas imprevisíveis. [...] o conforto é uma questão tanto energética como tectónica”*⁷⁹, portanto, a existência de fogo e abrigo viabilizaram o conforto térmico.

Prieto González esclarece que é com o movimento higienista, no séc. XIX, que o conceito de conforto se altera, substituindo a ideia de conforto térmico por conforto terapêutico. Segundo outra perspetiva, o autor Tomas Maldonado⁸⁰, situa o conforto como um conceito intrínseco à modernidade, argumentando que a sua emergência reconfigurou a estrutura familiar tradicional e, por conseguinte, o espaço habitacional. Georges Teyssot⁸¹, por sua vez, identifica que o conforto era a máxima da teoria da arquitetura até ao início do século XX, quando Le Corbusier, com a sua célebre premissa *“machine for living”*, propõe uma nova compreensão sobre o habitar.

O surgimento e desenvolvimento do Movimento Moderno foram, em parte, impulsionados por grandes vagas epidémicas, nomeadamente, a tuberculose. Apesar da arquitetura ter desempenhado um papel fundamental no combate desta doença⁸², também foi uma das causas do seu surgimento, devido às condições de insalubridade da época. A sobrelotação das habitações, aliada à precariedade dos espaços interiores - caracterizada pela ausência de ventilação e de iluminação natural - e às deficientes condições de habitabilidade e higiene, resultaram num terreno fértil para a disseminação de doenças. Esta realidade evidenciou a estreita correlação entre o espaço construído e a saúde pública.



▲11 Jacob August Riis. *Lodgers in Bayard Street Tenement, Five Cents a Spot*. 1889

77 “The notion of comfort is therefore an ideological device”. Prieto González, “The welfare culture. Poetics of comfort in architecture of the 19th and 20th centuries,” 122.

78 Idem, ibidem.

79 Idem, ibidem.

80 Tomas Maldonado and John Cullars, “The Idea of Comfort,” *Design Issues* 8 (1991): 35.

81 O tema *“machine for living”* foi desenvolvido na revista *L'Esprit nouveau*, por Le Corbusier em 1921. Georges Teyssot, “The Ur-Forms of Modernism. On 19th Century Hospitalized and Hygienic Dimensions of Architecture,” *Docomomo Journal* 62 (2020): 22.

82 Philippe Grandvoinnet, “Sanatoriums in Europe: Build Heritage and Transformation Strategies,” *Docomomo Journal* 62 (2020): 45-46.



▲ **12** Crianças a apanhar sol, por volta de 1928, num “preventorium” ao ar livre, uma escola para rapazes “pre-tubercular” que abriu em 1922 na Califórnia.

► **13** Capa da *Revista Nacional de Arquitectura* 126, junho 1952.

83 Bacilo da tuberculose foi descoberto pelo microbiologista alemão Robert Koch.

84 Beatriz Colomina, *X-ray Architecture* (Zurich: Lars Mullers Publishers, 2019), 73.

85 Beatriz Colomina and Mark Wigley, “The Bacterial Clients of Modern Architecture” *Docomomo Journal* 62 (2020): 7.

86 Idem, 8.

87 Prieto González, “The welfare culture. Poetics of comfort in architecture of the 19th and 20th centuries,” 122.

88 Wagenaar, “Modern Hospitals Cultural Heritage,” 37.

89 Daniela Arnaut, “Hospital Séc. XX - Máquina de curar ou equipamento de bem-estar?,” *Oficina de projeto curar e cuidar, reabilitar: registo de processo* (2020): 30.

90 Foucault, “The politics of health in the eighteenth century,” 121.

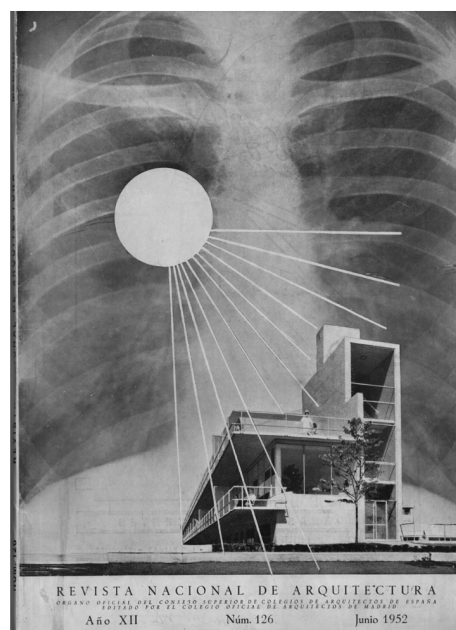
91 Arnaut, “Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função,” 52.

92 Arnaut, “Hospital Séc. XX - Máquina de curar ou equipamento de bem-estar?,” 32.

A descoberta do bacilo de Koch em 1882⁸³, revolucionou a compreensão da tuberculose e impulsionou uma profunda transformação na conceção da arquitetura, marcada por uma clara rutura com os paradigmas do passado⁸⁴. Esta nova consciencialização da presença de microrganismos no ambiente impulsionou a procura por soluções que pretendiam eliminar os agentes patogénicos. Nesse contexto, a higienização da arquitetura emergiu, no final do século XIX, como resposta à necessidade de expulsar milhões de microrganismos invisíveis⁸⁵, tornando-se parte de um processo de medicalização do espaço construído, no qual a saúde humana passou a depender da salubridade dos edifícios⁸⁶. A higiene tornou-se, assim, numa nova forma de conforto arquitetónico no início do século XX⁸⁷.

Neste cenário, a colaboração entre arquitetos e médicos consolidou-se como uma prática recorrente no desenvolvimento de espaços hospitalares, sendo os sanatórios um exemplo paradigmático. A sua arquitetura marcou o início da época moderna. Em contraste com o modelo arquitetónico predominante no século anterior, o desenho dos sanatórios refletia o que se considerava ser os modelos terapêuticos da época. Caracterizavam-se por amplas galerias, que promoviam um contacto direto com o exterior e a exposição à luz solar, além de grandes vãos envidraçados, que asseguravam a iluminação natural e ventilação dos interiores.

O pensamento modernista replicou-se a todas as tipologias de edificado. Os hospitais, como “*microcosmos da sociedade*” que espelham os seus valores⁸⁸, não foram exceção, levando à criação das máquinas de cura - “*healing machines*”. A conceção dos novos modelos hospitalares assentava sobretudo na crença tecnológica e na constituição da medicina como ciência⁸⁹: “*o hospital tendia a tornar-se um elemento essencial na tecnologia médica*”⁹⁰, resultando na homogeneidade do espaço de cura e na redução da sua complexidade⁹¹. Nesse contexto, o corpo doente era tratado como um objeto abstrato, submetido a um processo de cura padronizado que priorizava a funcionalidade em detrimento da experiência sensorial⁹².





◀14 Quarto de dormir com uma parede vermelha brilhante.

◀15 Richard Döcker, Sanatório de Waiblingen, 1928, doentes nos terraços.

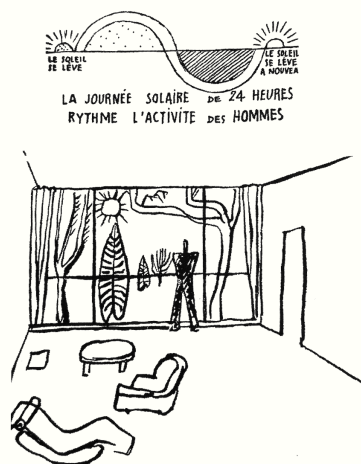
◀16 Casa de Theo Effenberger, na exposição de habitação em Wrocław, Polónia, anteriormente conhecida por Breslau, 1929.





▲ 17 Gravura de Le Corbusier em *Le poème de l'angle droit*, 1955.

▲ 18 “Os prazeres essenciais” segundo Le Corbusier, em *La maison des hommes*, 1942.



A expressão “*healing machine*”, concebida por Michel Foucault, e outrora considerada o paradigma da modernidade, veio a revelar-se, com o tempo, um modelo fracassado. O foco na sistematização e controlo das operações de funcionamento hospitalar, em detrimento da atenção ao paciente individual, levou a uma abordagem desumana da saúde. Como observa Daniela Arnaut⁹³, o hospital deixou de ser uma máquina de curar, para se tornar apenas numa máquina. Segundo os autores Colomina, Wigley⁹⁴ e Wagenaar⁹⁵, devido à obsessão com a higiene, os fundamentos teóricos da arquitetura moderna colapsaram e este modelo é, atualmente, considerado insalubre e as suas construções obsoletas.

A conjugação dos princípios arquitetónicos preconizados pelo modernismo: a estética da transparência, os terraços e os solários, contribuíram, segundo Prieto González⁹⁶, para o ideal da vida ao ar livre. As novas concepções terapêuticas, da ventilação e da luz solar como efeito benéfico para o corpo humano, contribuíram para o repensar ideológico e estético do espaço construído, e por consequência para uma nova visão do conceito de conforto⁹⁷. Este processo deu origem a uma nova etapa da medicalização na segunda metade do século XX, na qual os espaços exteriores e a presença de luz solar afirmaram-se como o novo paradigma terapêutico⁹⁸. Conforme o autor⁹⁹, tal paradigma implicava uma adaptação das funções psicofisiológicas do habitar aos ciclos solares, atribuindo ao conforto um sentido biológico e holístico.

Nesse momento, o corpo deixa de ser entendido como um elemento abstrato e reconhece-se a globalidade da sua identidade física, psicológica e social. Segundo Maldonado¹⁰⁰ em *The idea of Comfort*, estava-se perante a destituição do corpo em prol da valorização da pessoa. Nesse sentido, Arnaut¹⁰¹ acrescenta que a humanização dos processos de cura implicou o reconhecimento do doente como ser humano com as suas experiências, expectativas e vontades próprias, e não apenas como um caso clínico.

A ideia de conforto alterou-se e a humanização do espaço substituiu a sistematização outrora conseguida pela arquitetura funcionalista. O conceito de humanização tornou-se a nova corrente da arquitetura moderna, nos anos 40, defendido por vários arquitetos, como Alvar Aalto, opondo-se à padronização e ao minimalismo do espaço, por serem ideais que contribuíam para uma arquitetura rígida e desconfortável, segundo explica Arnaut¹⁰².

93 Arnaut, “Hospital Séc. XX - Máquina de curar ou equipamento de bem-estar?,” 32.

94 Beatriz Colomina and Mark Wigley, “The Bacterial Clients of Modern Architecture,” *Docomomo Journal* 62 (2020): 14.

95 Idem, *ibidem*.

96 Prieto González, “The welfare culture. Poetics of comfort in architecture of the 19th and 20th centuries,” 123.

97 Idem, *ibidem*.

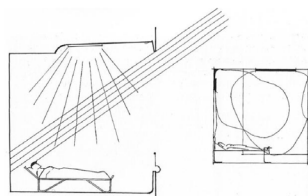
98 Idem, *ibidem*.

99 Idem, 124.

100 “[...] destruction of the body in favor of the formation of the “person”.” Tomas Maldonado and John Cullars, “The Idea of Comfort,” *Design Issues* 8 (1991): 37.

101 Arnaut, “Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função,” 53.

102 Ana Tostões and Daniela Arnaut, “Curar e cuidar em Portugal. Políticas, descobertas e equipamentos (1901-1976),” *Curar e Cuidar. Arquitetura e Saúde em Portugal (1901-1976)*, (2020): 29.



▲19|20 Vistas interiores do quarto (1933). Sanatório Paimio, Finlândia.

▶21 Desenho de Alvar Aalto de um lavatório silencioso (1932). Sanatório Paimio, Finlândia.

▲22 Doentes em cadeiras reclináveis no terraço (1933). Sanatório de Paimio, Finlândia.

▲23 Diagrama da incidência solar e térmica no interior do quarto, pensado segundo a lógica do corpo deitado; diagrama que mostra o ambiente térmico no quarto pensado para o doente na horizontal. Sanatório de Paimio, Finlândia.

103 Alvar Aalto, *La humanización de la Arquitectura*, trans. Xavier Sust, vol. 9 (Barcelona: Tusquets Editores 1978), 32.

104 Colomina, *X-ray Architecture*, 67.

105 Alvar Aalto, *La humanización de la Arquitectura*, 31-32.

106 Hyon-Sob Kim, "Alvar Aalto and Humanizing of Architecture," *Journal of Asian Architecture and Building Engineering* 8, no. 1 (2009/05/01 2009): 11, <https://doi.org/10.3130/jaabe.8.9>, <https://doi.org/10.3130/jaabe.8.9>.

Para Aalto¹⁰³ o erro da arquitetura moderna não estava na sua racionalização, mas no facto de ela não abranger o campo psicológico e humano. Isto é, para a arquitetura ser humanizada, o funcionalismo deve transcender a técnica, e incluir também os campos psicofisiológicos. Desta forma, compreende-se que os espaços de saúde vão além da sua função utilitária, e o seu desenho deve abranger mais do que a interpretação simplificada de um programa predefinido; deve ser uma simbiose equilibrada entre características sensoriais e características técnicas.

De forma exemplar, o Sanatório de Paimio (Aino e Alvar Aalto, 1929-1933) refletia o equilíbrio entre a aplicação dos princípios modernos para o tratamento da tuberculose, e as considerações comportamentais e psicológicas do paciente dentro do espaço construído. A presença de luz natural para iluminar o interior através de grandes janelas, as galerias e os terraços que permitiam o contacto com o exterior, com o ar fresco e com a luz solar. Os quartos duplos com superfícies lisas e sem ornamentos, as esquinas de encontro entre chão, parede e teto arredondadas para facilitar a limpeza e minimizar a acumulação de poeira. As paredes interiores brancas, característica de limpeza e higiene, e o teto pontuado por tons de azul.

Neste projeto, o desenho do espaço e do mobiliário era definido em função da condição horizontal do corpo acamado e da procura de conforto do corpo fragilizado. Assim, o desenho do teto assumia a importância de "um novo alçado"¹⁰⁴ e a iluminação artificial, era colocada nas paredes, para evitar o encandeamento dos olhos dos pacientes. Para o aquecimento dos quartos foram utilizados radiadores de teto de forma que o calor incidisse diretamente sobre os pés do paciente. O vão das janelas foi calculado pela perspectiva da cama, bem como os parapeitos das varandas exteriores, permitindo ao doente observar a vista, sem esforço. As cadeiras foram desenhadas com encosto inclinado para facilitar a respiração dos pacientes e os lavatórios desenhados especialmente para reduzir o ruído da água, seguindo o pensamento de Aalto¹⁰⁵. Todo o projeto de arquitetura, do sanatório, assegurava que as estratégias técnicas serviriam sensivelmente as exigências emocionais dos pacientes¹⁰⁶. Para Aalto, a conceção de um ambiente confortável e acolhedor contribui-a para otimizar a eficiência do processo de cura dos pacientes.

A ideia de conforto integrou-se, progressivamente, nas conjunturas primárias de higiene, incorporando dimensões como a intimidade, a privacidade e a identificação do corpo como entidade individual e autodeterminada. Segundo Daniela Arnaut¹⁰⁷, a conceção contemporânea de conforto associa-se “à desinstitucionalização” do espaço de cura, ao reconhecimento da participação ativa e crítica do doente no processo terapêutico, e ao reconhecimento da dualidade do desenho do espaço hospitalar composto por um conjunto de áreas simultaneamente específicas e genéricas. Esta evolução traduziu-se na introdução de enfermarias de menor escala e na preferência de quartos individuais¹⁰⁸, alterando o ambiente institucional por uma atmosfera acolhedora e familiar¹⁰⁹.

RELAÇÃO DO CORPO COM O ESPAÇO SENSAÇÕES E ATMOSFERAS

“The inhumanity of contemporary architecture and cities can be understood as the consequence of the negligence of the body and the senses, and an imbalance in our sensory system.”¹¹⁰

No âmbito desta investigação, pretende-se compreender a relação entre o corpo e o espaço, com o objetivo de aprofundar o impacto da arquitetura no bem-estar e conforto do paciente, sobretudo quando este se encontra numa posição de extrema vulnerabilidade e debilidade.

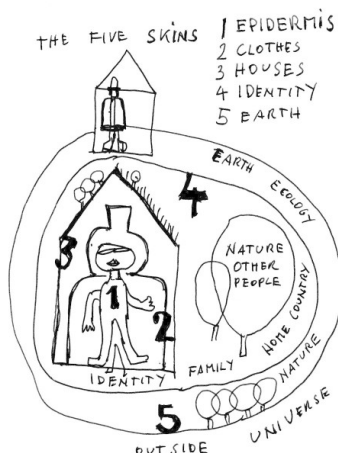
O desenho de Hundertwasser, *Men's Five Skins*, propõe uma perceção do mundo como uma estrutura interligada, que representa diferentes níveis do universo habitado, desde a primeira forma de identidade até à relação com a natureza.

Assim, o corpo apresenta-se como o primeiro elemento de contacto com o espaço, e a pele destaca-se como órgão privilegiado dessa relação¹¹¹. Esta visão partilhada entre os arquitetos, Friedensreich Hundertwasser e Juhani Pallasmaa, sublinha a centralidade do corpo na perceção do ambiente, um princípio que Pallasmaa desenvolve detalhadamente ao explorar a natureza sensorial do corpo humano.

Segundo o arquiteto Juhani Pallasmaa¹¹², o corpo humano além de um organismo físico, é também um organismo sensorial, composto por consciência, pensamentos, memória, sonhos e necessidades: identidade; é o primeiro elemento de conexão e perceção do mundo¹¹³. O corpo funciona como recetor de estímulos sensoriais em constante interação com o ambiente¹¹⁴. Considerando essa premissa, importa reconhecer o corpo como centro da experiência espacial, especialmente em contexto de saúde.

No desenho de Hundertwasser, a ideia de que a “casa” é uma pele destaca a importância do ambiente construído como uma extensão do corpo e da identidade individual. Esta ideia ressoa com a ênfase de Pallasmaa na relação íntima entre o corpo e o espaço construído.

A arquitetura é entendida, assim, como uma experiência multissensorial e existencial, que conecta o indivíduo ao mundo por meio do ambiente



▲24 Friedensreich Hundertwasser, *Men's Five Skins*, 1997.

¹⁰⁷ Arnaut, “Hospital Séc. XX - Máquina de curar ou equipamento de bem-estar?,” 28.

¹⁰⁸ Idem, 32.

¹⁰⁹ “Our domicile is the refuge of our body, memory and identity.” Juhani Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses* (England: John Wiley & Sons Ltd., 2005), 64.

¹¹⁰ Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 17-19.

¹¹¹ Idem, 11.

¹¹² Idem, 45.

¹¹³ Idem, 10.

¹¹⁴ Idem, 40.

construído, reforçando a sua existência e individualidade¹¹⁵. O arquiteto Fernando Espuelas¹¹⁶ concebe a arquitetura como outra extensão do corpo humano, como uma prótese que, além de proteger as suas limitações e fraquezas, melhora as suas capacidades e facilita a relação com o meio envolvente.

No âmbito da saúde, a arquitetura assume maior destaque, pois a condição de vulnerabilidade intrínseca ao corpo doente intensifica a percepção corporal, estabelecendo uma relação mais profunda e consciente com o espaço construído¹¹⁷. Dessa forma, e para ampliar o sentido da experiência humana, o desenho de espaços de saúde deve considerar todos os sentidos em simultâneo¹¹⁸.

Peter Zumthor destaca a importância da qualidade sensorial na conceção de espaços arquitetónicos. Segundo o autor, as atmosferas - qualidades intangíveis e emocionais do ambiente - comunicam diretamente com a percepção emocional do observador, propiciando uma profunda conexão entre o indivíduo e o espaço construído¹¹⁹. Assim, a disposição e organização dos elementos constituintes do espaço - a luz e as sombras, a acústica e os sons, as texturas e os materiais - influenciam a percepção que o recetor tem do espaço arquitetónico, bem como a qualidade dos estímulos sensoriais que dele advêm¹²⁰.

A experiência arquitetónica resulta das respostas e reações individuais e coletivas lembradas pelo corpo e pelos sentidos. As primeiras memórias sensoriais criam referências fundamentais, razão pela qual as sensações de conforto, proteção e pertença estão profundamente enraizadas nas experiências primitivas armazenadas na memória corporal¹²¹. Consequentemente, as memórias negativas associadas a determinados espaços, especialmente quando relacionados com os cuidados de saúde, podem influenciar de forma adversa a percepção do ambiente por parte do doente, perpetuando sensações de desconforto e insegurança. A memória coletiva destes espaços, muitas vezes percebidos como desagradáveis e impessoais, está relacionada com a desvalorização do corpo enquanto lugar de memória, de afetos e de experiências, frequentemente negligenciado na conceção desses ambientes¹²². Segundo a arquiteta Daniela Arnaut¹²³, a arquitetura dos espaços de saúde tem sido descurada, uma vez que a maioria dos edifícios existentes privilegia a eficácia das funções e do tratamento, em detrimento da dimensão social ao considerar o doente um elemento abstrato.

A importância da qualidade dos estímulos sensoriais, conseguida através da interação com o espaço construído, é enfatizada particularmente quando o corpo se encontra debilitado e frágil condicionado pela doença¹²⁴. Desta forma, a conceção de espaços de saúde deve assentar na premissa de que o corpo, mesmo doente, permanece recetivo a estímulos, e que a criação de atmosferas conducentes à recuperação beneficia, não apenas o processo terapêutico do paciente, mas também a eficiência da própria instalação de saúde. Ao proporcionar ambientes que evocam sensações de conforto e segurança, a arquitetura pode atuar como um complemento ao tratamento médico, contribuir para a construção de memórias agradáveis e fortalecer o vínculo entre o espaço de saúde e o paciente.

115 Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 44.

116 Fernando Espuelas, *Madre materia* (Madrid: Lampreave, 2009), 109.

117 Arnaut, "Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função", 27.

118 Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 11.

119 Peter Zumthor, *Atmosferas. Entornos arquitectónicos. As coisas que me rodeiam*, trans. Astrid Grabow (Barcelona: Gustavo Gili, 2006), 6-12.

120 Idem, 16.

121 Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 60-62.

122 Arnaut, "Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função", 29.

123 Idem, *ibidem*.

124 Roger S Ulrich, "Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research," *Journal of Health Care Interior Design* 3 (1991): 97.

ESPAÇO TERAPÊUTICO: UM INSTRUMENTO NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O conceito de espaço de cura surge com o início do pensamento moderno, momento em que a organização do espaço hospitalar começou a ser considerada um fator determinante no processo terapêutico¹²⁵. Segundo Michel Foucault, esta transformação insere-se no desenvolvimento mais amplo da biopolítica - uma nova forma de poder focada na gestão da vida e da saúde da população¹²⁶. A mudança de paradigma ocorreu a partir da compreensão dos impactos negativos gerados pelos espaços hospitalares existentes, levando à criação de normas de dimensionamento e organização espacial adaptadas às necessidades específicas dos pacientes, das patologias e do contexto¹²⁷. Para Foucault, esta abordagem consolidou o reconhecimento do hospital como um instrumento terapêutico, onde a arquitetura do hospital deve funcionar como uma “*curing machine*”, e a reestruturação dos espaços em função da eficiência do processo médico passa a desempenhar um papel central no tratamento¹²⁸.

Contudo, como observa Wagenaar¹²⁹, o foco na racionalização dos espaços durante o período moderno, embora inicialmente ligado a uma ideia de eficiência terapêutica, levou à criação de ambientes excessivamente funcionais e desprovidos de considerações humanísticas: “*tudo o que se referia às qualidades das pessoas como criaturas civilizadas foi descartado*”. Como consequência, muitos desses espaços tornaram-se inadequados às necessidades contemporâneas de cuidado.

Atualmente, o conceito de ambiente terapêutico é mais abrangente, integrando tanto dimensões funcionais como emocionais, segundo defende Ulrich¹³⁰. A partir desta perspectiva, pode-se considerar que os espaços de saúde, para além de garantirem a eficiência operacional dos profissionais de saúde e a eficácia dos tratamentos clínicos, devem também promover o bem-estar psicológico e o conforto físico dos pacientes, contribuindo positivamente para os resultados clínicos e para a qualidade da experiência humana no processo de recuperação.

Como referido anteriormente, o desenho do espaço pode tanto facilitar como dificultar o processo de recuperação, ao impactar comportamentos, ações e interações de doentes e familiares. Neste contexto, questiona-se: como pode o ambiente terapêutico transformar-se num instrumento que agiliza o processo de recuperação? Que tipo de “*mensagens são mais conducentes à saúde e à cura?*”, nas palavras de Schweitzer, Gilpin e Frampton¹³¹.

Ora, uma vez estabelecida a relação entre o espaço construído e o conforto do paciente, torna-se indispensável compreender quais os elementos espaciais e ambientais do projeto de arquitetura mais suscetíveis de otimizar a recuperação física, mental, emocional e espiritual dos pacientes. Tal análise deve considerar a heterogeneidade cultural, as crenças e as percepções relativas às noções de doença, saúde, conforto e bem-estar, de modo a validar as necessidades individuais de cada paciente¹³².

A arquiteta Maggie Jencks¹³³, em *A View from the Front Line*¹³⁴, destaca

125 Arnaut, “Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função,” 33-35.

126 “Care beyond biopolitics,” E-flux Architecture, 2022, acessado a 18 de agosto de 2022, <https://www.e-flux.com/architecture/sick-architecture/469553/care-beyond-biopolitics/>

127 Arnaut, “Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função,” 33-35.

128 Foucault, “The politics of health in the eighteenth century,” 121.

129 Wagenaar, “Modern Hospitals Cultural Heritage,” 40.

130 Ulrich, “Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research,” 97.

131 Marc Schweitzer, Laura Gilpin, and Susan Frampton, “Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health,” *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10, 1 (2004): 72, Mary Ann Liebert.

132 Idem, 71.

133 Margaret Keswick Jencks foi diagnosticada com cancro da mama em 1988, em 1993 foi diagnosticada com um cancro terminal com várias metástases. A arquiteta, juntamente com o seu marido, era a cofundadora dos Maggie’s Cancer Centres: centros médicos destinados a doentes oncológicos, que se distinguem pelo seu programa e arquitetura de apoio ao doente.

134 “*Involvement in ones own treatment is a empowering weapon in this battle. [...] that patients who eat healthy, keep active, and take steps to deal with stress and fear, feel fewer symptoms and less pain even in the final stages of their disease.*” in Maggie Keswick Jencks, *A View From the Front Line* (London: Marcia Blakenham, 1995), 23.

a importância dos espaços de saúde para pacientes em estados psicológicos fragilizados e condições físicas debilitadas. A autora expõe que o medo, aliado à ignorância, são sentimentos profundamente debilitantes, pelo que defende ser fundamental o fortalecimento do estado mental do paciente e o seu envolvimento ativo no processo de recuperação.

O ambiente terapêutico, ao contrário da abordagem sistemática dos processos de saúde, oferece uma experiência centrada nas necessidades do paciente e respetivos familiares. Desta forma, entende-se que o espaço de saúde deve funcionar como um transmissor subliminar de mensagens de apoio e esperança¹³⁵ e, ao mesmo tempo, fortalecer os recursos interiores do paciente, capacitando-o a participar ativamente na sua recuperação¹³⁶.

Ao conceber o espaço de saúde como ambiente terapêutico, atribui-se a elementos específicos do espaço a capacidade de atuar como instrumentos de cura. Se, por um lado, é importante considerar as condições térmicas e acústicas do espaço, por outro, é essencial reconhecer a dimensão terapêutica que a arquitetura pode assumir ao estimular sensações, comportamentos, atividades e práticas saudáveis, atuando no inconsciente do paciente ao incentivar o processo de recuperação.

Para um desenvolvimento mais completo da compreensão da dimensão terapêutica da arquitetura, importa referir duas abordagens contemporâneas no âmbito da investigação do conforto e do desenho do espaço como dispositivo terapêutico: o *Evidence Based Design* (EBD)¹³⁷ e o *Psychosocially Supportive Design* (PSD)¹³⁸. Ambos os modelos procuram estabelecer diversos parâmetros que possibilitem a determinação de um ambiente terapêutico, favorecendo o bem-estar psicológico do paciente como meio de facilitar a sua recuperação.

O EBD desenvolve-se em torno dos efeitos psicológicos que certas características espaciais têm no doente, com intenção de diminuir os momentos de inquietação no processo de internamento, fundamentando-se numa linha de investigação científica credível. A investigação sugere que os ambientes de saúde devem apresentar características que promovam a autonomia do paciente e o sentido de controlo sobre o meio físico¹³⁹, além de fomentar o apoio social e a imaginação por meio de estimulação espacial¹⁴⁰.

Conforme o estudo médico Salutogénico¹⁴¹, o stress extremo e o estilo de vida são fatores com grande influência sobre a saúde física e mental do indivíduo. A preservação de sentimentos positivos e da autonomia ajudam a conservar a estabilidade emocional e, consequentemente, a saúde. Nesta perspetiva, o modelo PSD¹⁴², defende uma arquitetura que promova a autodeterminação do indivíduo mediante a compreensão e controlo do espaço, e que proporcione o acesso a estímulos positivos, de modo a estabelecer uma relação mais complexa entre o indivíduo e o ambiente construído¹⁴³. Essa abordagem visa reduzir os momentos de stress, considerando a interdependência entre fatores ambientais e psicológicos.

135 “The design of healthcare facility reflects on the quality of care. The challenge of sending a “We Care” message cannot stop with the staff. The message must be designed into the facility itself.” Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 23.

136 Agnes E. van den Berg, *Health Impacts of Healing Environments* (Londres: DutchTrans, 2005), 9.

137 O *Evidence Based Design*, com início em 1984, é um estudo conduzido por Roger Ulrich, com base na psicologia ambiental desenvolvida nos anos oitenta. Utiliza estudos de impacto comparativos como métodos decisivos, para garantir que as escolhas são fundamentadas em evidências sólidas e não em preferências estéticas.

138 O arquiteto Alan Dilani, nos anos 90, aplicou o pensamento médico salutogénico, desenvolvido por Aaron Antonovsky, à conceção arquitetónica de equipamentos de saúde, resultando na criação do modelo *Psychosocially Supportive Design*. Antonovsky, médico sociólogo que, no final dos anos 70, desenvolveu o termo “salutogenes” (causas da saúde) em oposição ao conceito “pathogens” (causas da doença). O conceito procura perceber a origem da saúde, investigando os fatores que interferem com a saúde e o bem-estar, e identificando as consequências do stress e do estilo de vida na saúde humana.

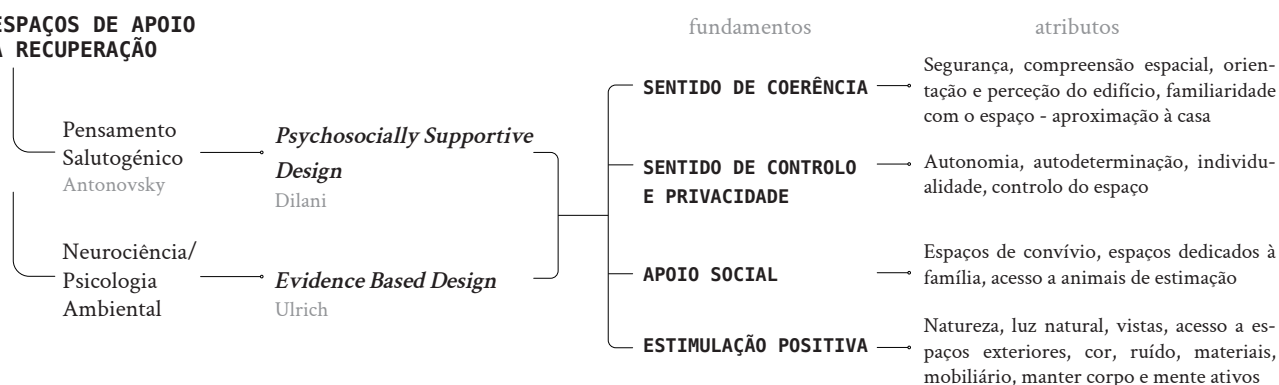
139 Ulrich, “Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research,” 100.

140 Ibid. 101-102.

141 Alan Dilani, “A New Paradigm of Design and Health,” *World Congress and Exhibition for Design and Health* (2003): 18.

142 Idem, ibidem.

143 O arquiteto Alan Dilani desenvolveu estudos relativos à saúde e arquitetura, que explicam a diferença entre a redução dos riscos que o ambiente físico pode provocar no doente e o aumento dos fatores de bem-estar desse mesmo ambiente.

ESPAÇOS DE APOIO À RECUPERAÇÃO

▲25 Representação gráfica da relação entre os dois modelos, com a definição dos fundamentos que orientam a criação de espaços terapêuticos, baseado nos quatro atributos descritos nas teorias de Ulrich e Dilani. ©Elaboração própria.

Fundamentos para a Criação de Espaços Terapêuticos

Sentido de coerência

Como abordado anteriormente, a experiência de internamento associa-se frequentemente a sentimentos de desconforto emocional e desorientação, especialmente em indivíduos com idade avançada, défices cognitivos ou fragilizados por tratamentos - estados de saúde frequentes em UCC e UCP. A perceção espacial, dependente das capacidades cognitivas do indivíduo e do grau de atenção que consegue dedicar¹⁴⁴, é crucial para o bem-estar durante o período de hospitalização. Assim, torna-se fundamental que o projeto de arquitetura priorize a clareza e coerência espacial, promovendo a sensação de segurança. O sentido de coerência é conseguido através de um desenho consistente na sua linguagem e função, de modo a que as mensagens transmitidas pelo espaço induzam comportamentos adequados e facilitem a sua correta utilização.

As dificuldades de orientação espacial devem ser mitigadas por estratégias de legibilidade e organização espacial. Para tal, é fundamental adotar parâmetros de hierarquização de espaços coerente com a sua função, sistemas de circulação intuitivos e legíveis, transição e articulação clara entre os diferentes ambientes, bem como promover a familiaridade com o espaço através de uma organização semelhante ao ambiente familiar¹⁴⁵.

Sentido de Controlo e Privacidade

Os pacientes em cuidados paliativos frequentemente experienciam uma sensação de impotência e perda de controlo decorrente da progressão da doença, caracterizada por cansaço, dor crónica e regimes de medicação severos¹⁴⁶. Nestes contextos, a promoção do sentido de controlo, contribui para a autonomia do doente e, também, para a redução da sua ansiedade¹⁴⁷. Este objetivo pode ser alcançado através da arquitetura, com a incorporação de dispositivos espaciais que permitam ao doente adaptar o espaço às suas necessidades e preferências. Desta forma, ao facilitar a tomada de decisões e a apropriação do espaço físico, a arquitetura torna-se um instrumento terapêutico com o qual os doentes podem interagir enquanto traçam o seu caminho para a recuperação¹⁴⁸.

Os pacientes com idade avançada tendem a valorizar a sua independência

¹⁴⁴ Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 101-02.

¹⁴⁵ Idem, 97-102.

¹⁴⁶ Sepúlveda et al., "Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective," 91.

¹⁴⁷ Ulrich, "Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research," 99.

¹⁴⁸ Meredith TenHoor, "Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonole," *Terrain*, 2022, acedido a 23 de agosto de 2022, <https://journals.openedition.org/terrain/23254> (146-63).

e a apreciar características e políticas de conceção que apoiem as suas capacidades físicas e cognitivas. Esta valorização da autonomia é igualmente relevante no contexto de pacientes com Alzheimer ou outras formas de demência¹⁴⁹. A possibilidade de exercer um controlo efetivo ou mesmo percecioneado sobre o espaço contribui para atenuar a sensação de impotência frequentemente associada à condição clínica, fomentando sentimentos de pertença, dignidade e bem-estar¹⁵⁰. Neste sentido, acredita-se que medidas como o controlo dos níveis de privacidade, a capacidade de se movimentar livremente sobre o espaço, a possibilidade de realizar atividades quotidianas (como preparar pequenas refeições, praticar jardinagem ou aceder a espaços exteriores) promovem a sensação de controlo e consequentemente de conforto.

Apoio Social

Neste sentido, o projeto de arquitetura deve evitar a criação de barreiras físicas que fragmentem os espaços e inibam a convivência. A flexibilidade espacial deve abranger também o campo social, promovendo a fluidez e a interação entre utilizadores, de modo a potenciar apoio mútuo e o sentimento de comunidade. A arquitetura, ao possibilitar a criação de ambientes que se adaptam às necessidades dos utilizadores e fomentam o relacionamento interpessoal e de entreajuda, alinha-se com os princípios do modelo EBD¹⁵¹, que enfatiza o papel do apoio social na redução de situações de stress.

Adicionalmente, um ambiente de apoio compreende tanto a inclusão de espaços que estimulam a interação e o diálogo, como a promoção de momentos de recolhimento, introspeção e vivência da individualidade¹⁵². O edifício deve oferecer uma variedade de ambientes que se adaptem às diferentes fases de socialização vividas pelos pacientes, proporcionando-lhes a liberdade de escolher espaços que atendam às suas preferências e necessidades momentâneas. Esta adaptabilidade deve considerar a alteração dos estados emocionais inerentes ao percurso terapêutico¹⁵³.

Esta necessidade de suporte é particularmente importante no contexto dos cuidados paliativos, onde a arquitetura cumpre um papel crucial ao proporcionar um ambiente que acolhe não só o paciente, mas também a sua rede de apoio. As famílias e visitas são uma importante fonte de suporte para os pacientes. A sua presença no acompanhamento e assistência do paciente, reduz significativamente os momentos de ansiedade e de isolamento vividos pelo paciente. De modo a suportar a presença dos familiares, o projeto deve incorporar espaços adequados à sua estadia, como camas para pernoitar nos quartos dos pacientes, arrumação para os seus pertences pessoais e acesso a instalações sanitárias privadas¹⁵⁴.

Nesse sentido, a interação social proporcionada por ambientes bem concebidos permite que os pacientes criem ligações entre si, tecendo um sentimento de compreensão mútuo; favorece a criação de vínculos entre familiares, visitantes e profissionais de saúde, contribuindo para a construção de um ambiente acolhedor e solidário¹⁵⁵.

149 Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 393.

150 Hertzberger, *Lições de arquitetura*, 170.

151 Ulrich, "Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research," 101.

152 Luisa Alonso Pedrosa, "La arquitectura de la experiencia de la muerte: una aproximación al espacio del final de la vida" (Master Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona. Universidad Politécnica de Cataluña, 2018), 128.

153 TenHoor, "Des architectures du soin," *Terrain*, 2022.

154 Conversa com Dr.^a Anabela Moraes, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

155 Ulrich, "Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research," 101.

Estimulação positiva

Por fim, a arquitetura de espaços de saúde deve procurar criar atmosferas que promovam o conforto, estimulem a imaginação e favoreçam o bem-estar físico e mental, demovendo a atenção do paciente de agentes stressantes¹⁵⁶. Para tal, recomenda-se preferencialmente a integração de elementos naturais, como a luz solar, as vistas para o exterior, a presença de vegetação, bem como a seleção adequada de texturas, cores, materiais e revestimentos que contribuam para o controlo acústico. A incorporação destes elementos deve conferir ao ambiente uma atmosfera serena, propícia tanto ao repouso como à prática de atividades físicas, cognitivas e sociais, funcionando como estímulos sensoriais que apoiam o processo de recuperação.

Segundo os arquitetos Borasi e Zardini¹⁵⁷, a arquitetura terapêutica define-se também pela integração de princípios que fomentam um estilo de vida saudável através do ambiente construído, ou seja, o espaço pode desempenhar um papel ativo na saúde incentivando comportamentos saudáveis através da sua utilização. Este princípio, refere-se ao espaço como um meio de estimulação do doente, através do incentivo a práticas saudáveis. Corroborando esta visão, o arquiteto Juhani Pallasmaa afirma que “a arquitetura inicia, direciona e organiza o comportamento e o movimento [...] ela emoldura, articula, estrutura, dá importância, relaciona, separa e une, facilita e proíbe”¹⁵⁸. Compreende-se a partir desta afirmação que a arquitetura possui a capacidade de influenciar e moldar o comportamento dos seus utilizadores, podendo incentivar ações e interações, definindo, assim, a relação entre o edifício, o corpo do utilizador, e o ambiente envolvente.

Para o arquiteto Peter Zumthor, é igualmente importante considerar a atmosfera do ambiente, isto é, projetar espaços que inspirem calma e serenidade, lugares onde se pode simplesmente existir¹⁵⁹. Este tipo de abordagem traduz-se numa estimulação distinta, que pacifica a mente e promove o equilíbrio emocional dos pacientes, enquanto fortalece a dimensão sensorial e emocional da experiência arquitetónica.



▲ 26 Long Meadow, 1900. Prospect Park (1865), Brooklyn. Frederick Law Olmsted.

¹⁵⁶ “[...] human well-being is usually fostered when physical surroundings provide a moderate degree of positive stimulation – that is, levels of stimulation that are neither too high nor too low.” Ulrich, “Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research,” 102.

¹⁵⁷ Giovanna Borasi and Mirko Zardini, “Demedicalize architecture,” *Docomomo Journal* 62 (2020): 80.

¹⁵⁸ Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 60.

¹⁵⁹ Zumthor, *Atmosferas. Entornos arquitectónicos. As coisas que me rodeiam*, 44.

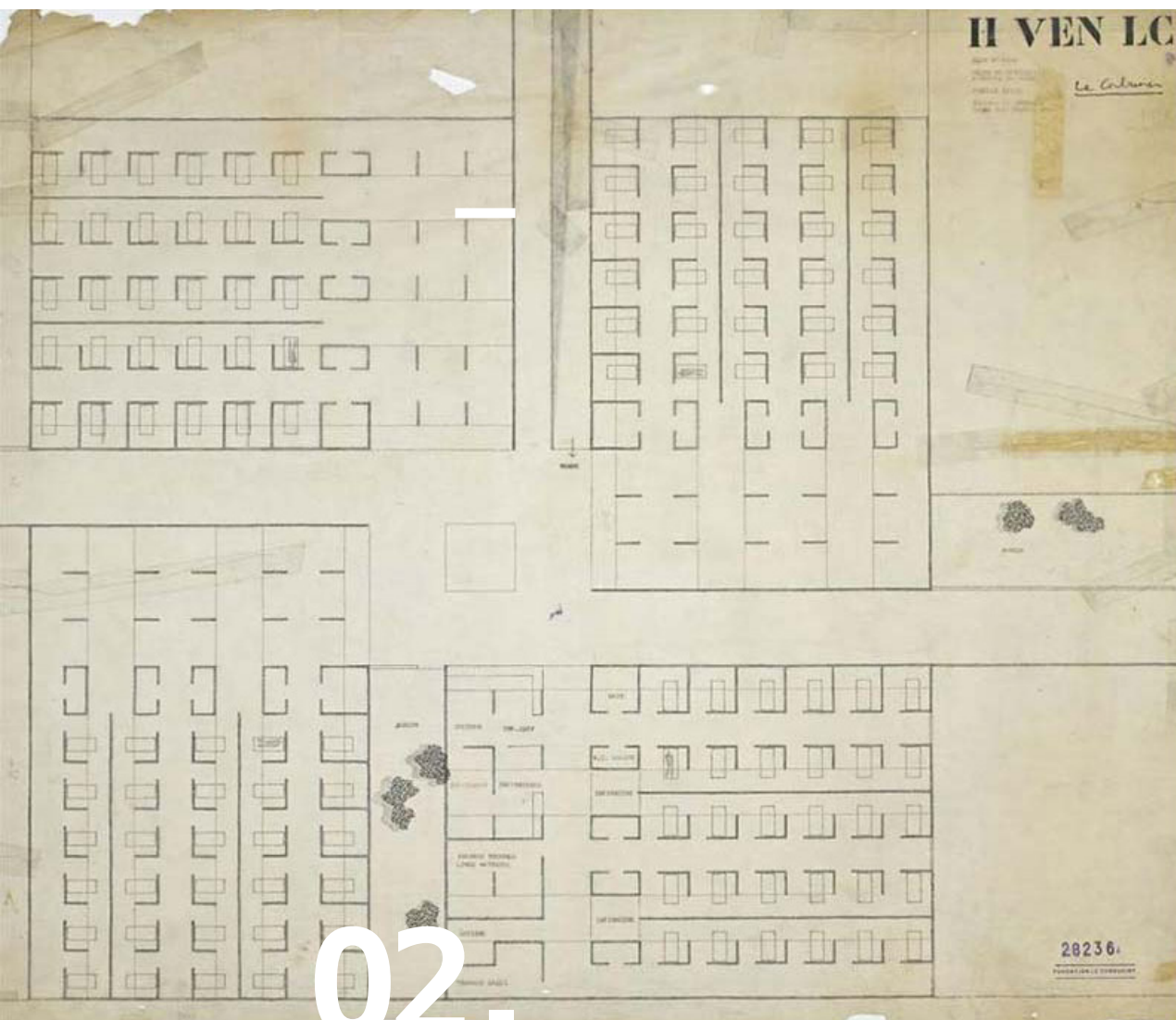
Em suma, ao considerar os parâmetros destinados a minimizar os agentes prejudiciais ao bem-estar, em articulação com as necessidades específicas dos pacientes em unidades de cuidados paliativos e continuados, bem como com as exigências espaciais e funcionais destas unidades (explorado no Capítulo 02), é possível identificar um conjunto de princípios capazes de melhorar significativamente a interação do doente com o edifício e a sua experiência com o ambiente construído. Destacam-se o **uso positivo de espaços de circulação e transição**, a **valorização da relação entre o interior e o exterior** e a **adaptabilidade do espaço às necessidades variáveis dos utentes** (explorado no Capítulo 03).

Estes princípios, quando adequadamente integrados no projeto de arquitetura, promovem a mitigação dos agentes adversos e incentivam a recuperação. Através da criação de ambientes que favorecem a coerência e a compreensão espacial, o apoio social e estimulação positiva, assim como a promoção do controlo e da privacidade, é possível transformar o espaço

num instrumento ativo e de cuidado.

De forma a concluir o primeiro capítulo, compreende-se que os espaços terapêuticos transcendem a integração de princípios que promovem o bem-estar no seu desenho, ao fomentar um estilo de vida e comportamentos saudáveis a partir do ambiente construído. Esses espaços reconhecem a relevância de um projeto inclusivo e acessível. Para o desenvolvimento de tais ambientes, é fundamental considerar três parâmetros:

Em primeiro lugar, compreender as debilidades e os diferentes tipos de dependências dos pacientes, bem como os processos terapêuticos envolvidos; em segundo lugar, reconhecer o corpo humano como centro de estímulos sensoriais, o que possibilita a definição de dispositivos ambientais capazes de minimizar sensações de desconforto e de restituir condições de intimidade, individualidade, conforto e bem-estar. Por fim, deve-se priorizar a segurança, aliada à eficiência funcional e programática do espaço, de modo a garantir que o espaço responde adequadamente às exigências clínicas e humanas.



QUATRO UNIDADES . CARACTERÍSTICAS ARQUITETÓNICAS

02.0 Booklet: Enquadramento dos Quatro Casos de Estudo

Unidade São Bento de Arnoia

Unidade Maria José Nogueira Pinto

Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital

Unidade Urban Hospice

02.1 Entre a Legislação e o Contexto Local

Programa e Funcionamento das Unidades

Forma e Configuração Espacial dos Casos de Estudo

02.2 Comparação de Abordagens de Projeto

Dia-a-dia do Doente

Princípios Orientadores e Espaços Elementares

02. QUATRO UNIDADES . CARACTERÍSTICAS ARQUITETÓNICAS

◀27 Planta da unidade de tratamento. Hospital (1964) (projeto não construído), Veneza, Itália. Le Corbusier (página esquerda).

A caracterização das unidades de cuidados paliativos e continuados em Portugal, realizada no capítulo anterior, revelou a diversidade e a complexidade dos desafios enfrentados por estes serviços. Esta abordagem permitiu estabelecer uma base teórica que explora a importância do ambiente físico na promoção do conforto e bem-estar dos pacientes internados. Para aprofundar esse domínio, o presente capítulo apresenta a análise de quatro unidades, tendo em vista a caracterização programática e espacial e o seu confronto com as necessidades e padrões de uso dos pacientes. A comparação entre casos de estudo permitirá identificar tanto as boas práticas quanto os desafios na criação de espaços que promovam qualidade de vida e conforto.

Este capítulo inicia-se com a apresentação dos quatro casos de estudo e, em seguida, com uma análise sintética à legislação relativa ao desenho de unidades de cuidados paliativos e continuados, realizada mediante a determinação do programa funcional de cada tipologia de cuidados, dos requisitos das diferentes áreas que o constitui e, em seguida, da organização espacial de cada unidade.

Num segundo momento, o estudo aprofunda a organização funcional interna das unidades através da comparação de diferentes abordagens de projeto. Por último, a identificação dos espaços elementares do doente será fundamentada pelo reconhecimento de padrões de uso, de forma a determinar os dispositivos e as características espaciais que permitem à arquitetura tornar-se uma ferramenta para a recuperação ativa. Estes resultados servirão como base para o desenvolvimento do terceiro capítulo, dedicado à análise comparativa de três princípios-chave de desenho capazes de otimizar a experiência do doente.

UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA

ARQUITETO ATELIER ABERTO

ANO 2007–2012

ÁREA CONSTRUÍDA 5160 m²

Nº CAMAS 24

Nº PISOS 1

LOCALIZAÇÃO CELORICO DE BASTO, PT

INVESTIMENTO PRIVADO

CLIENTE SANTA CASA DA MISERICÓRDIA

TIPOLOGIA DE CUIDADOS UCC–ULD

▼ MOSTEIRO SÃO BENTO DE ARNOIA, 2000



▼ MOSTEIRO SÃO BENTO DE ARNOIA, 2010



▼ UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA, 2013



QUALIDADES

Acesso direto dos quartos ao exterior com sistema de proteção solar;
Extensões exteriores;
Relações visuais contínuas entre interior e exterior;
Horizontalidade do desenho;
Corredores com diferentes alturas e escalas;
Elementos cromáticos na circulação;
Transição entre o quarto e o corredor;
Espaços evolutivos;
Convívio entre pacientes da ERPI e da UCC.

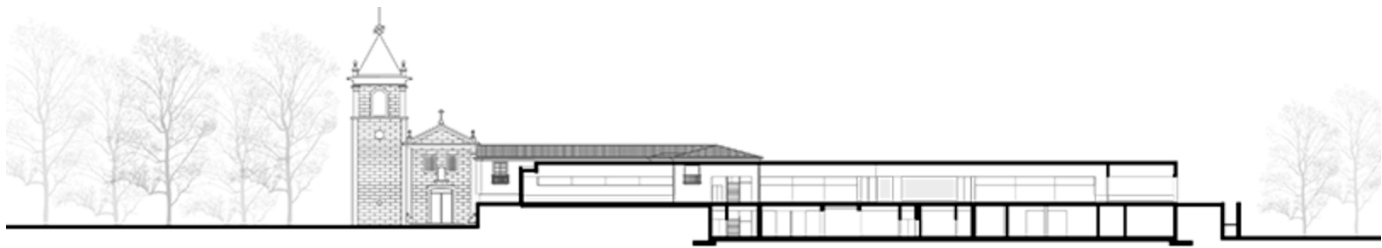
FRAGILIDADES

Escassez de áreas exteriores mobiladas, de momentos de descanso e de percursos;
Corredores longos sem áreas de paragem;
Falta de privacidade no quarto;

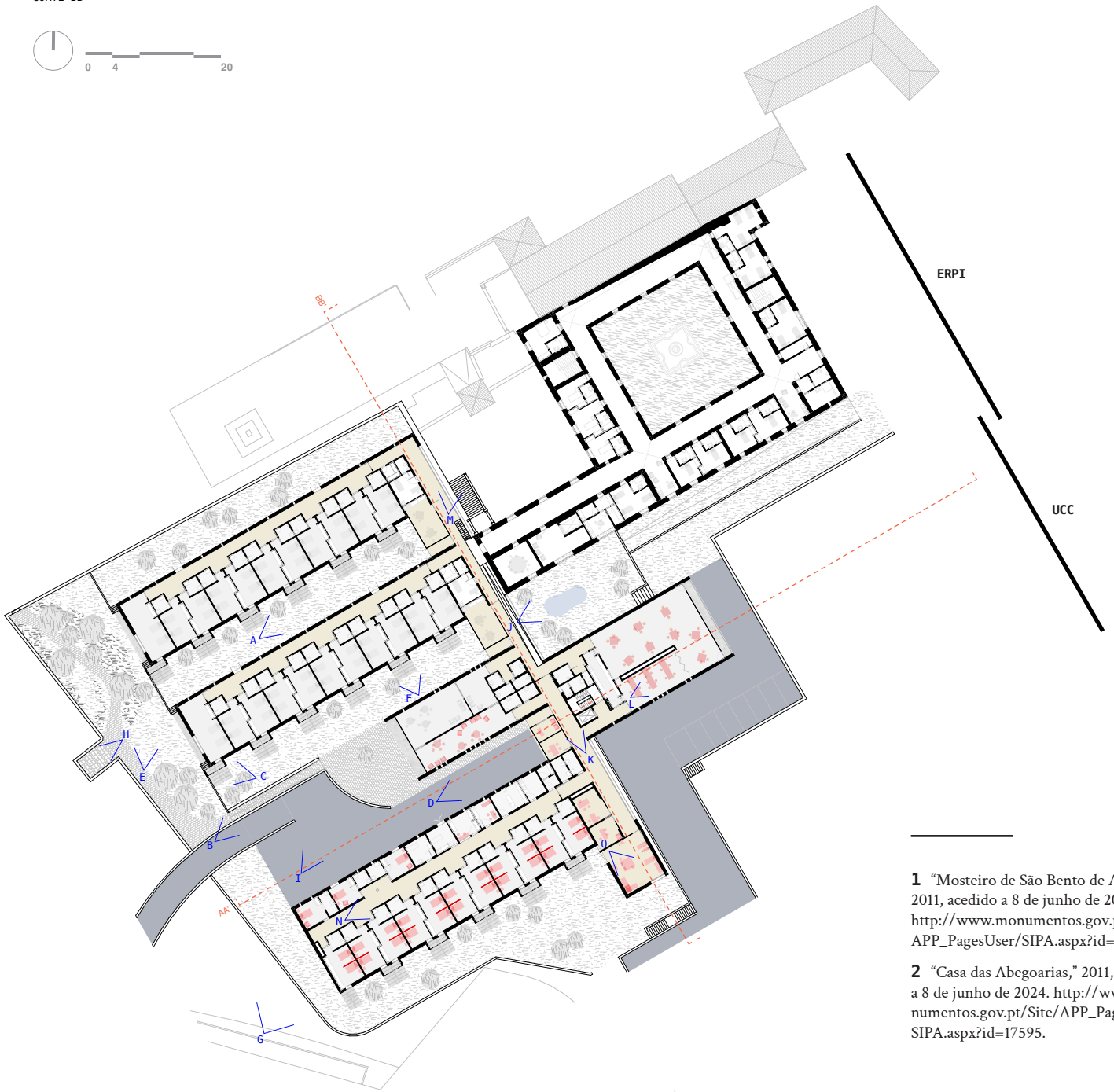
► 1 Planta. ©Elaboração própria.

► 2–3 Cortes.

▲ 4–6 Implantação.



CORTE BB'

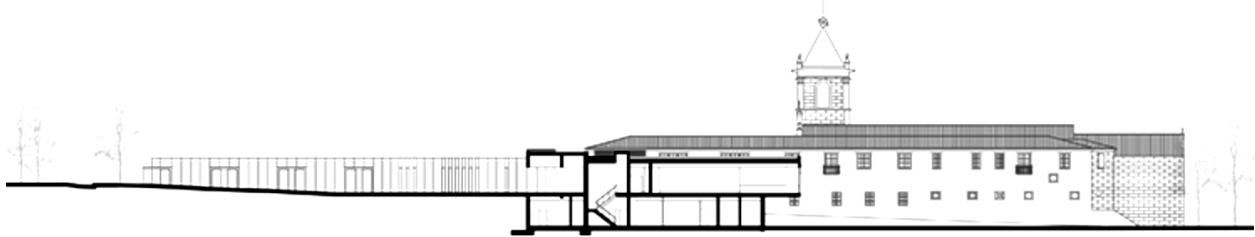


ERPI

UCC

1 “Mosteiro de São Bento de Arnóia,” 2011, acessado a 8 de junho de 2024. http://www.monumentos.gov.pt/Site/APP_PagesUser/SIPA.aspx?id=1953.

2 “Casa das Abegoarias,” 2011, acessado a 8 de junho de 2024. http://www.monumentos.gov.pt/Site/APP_PagesUser/SIPA.aspx?id=17595.



CORTE AA'

Contexto geográfico e urbano

A unidade localiza-se na freguesia de Arnoia, município de Celorico de Basto, distrito de Braga, e pertence à região do Tâmega e Sousa. Na sua proximidade, a Este, encontra-se o rio Tâmega e, a Nordeste, fica a vila de Celorico de Basto, a cerca de dois quilómetros. Arnoia constitui um território de reduzida densidade urbana e ainda pouco consolidado, pois apresenta uma matriz rural evidente pela predominância de núcleos agrícolas, paisagens verdes e ribeirinha.

A unidade situa-se numa encosta e, por esse motivo, estabelece uma relação visual forte com o Monte da Nossa Senhora da Graça, sendo este um símbolo de esperança para os pacientes. A unidade é um prolongamento do Mosteiro São Bento de Arnoia (antigo Mosteiro beneditino de S. João de Arnoia) que integra para além da Unidade de Cuidados Continuados, uma estrutura residencial para idosos (ERPI), dividindo-se entre as antigas instalações do mosteiro e o novo volume. A UCC ocupa apenas uma das alas da nova estrutura.

A unidade encontra-se integrada nos terrenos do antigo mosteiro beneditino, fundado no Século X, composto por uma igreja de planta longitudinal, com nave única e capela-mor quadrangular, com torre sineira quadrangular adossada à esquerda da igreja e dependências monacais, desenvolvidas em torno de um claustro quadrangular, adossadas à sua direita¹. A Este encontra-se a Casa das Abegoarias², antiga casa agrícola do mosteiro. A circundar o mosteiro, a Sul e a Oeste, estendem-se os campos de cultivo que compunham a antiga cerca da quinta. No extremo Oeste, encontra-se uma fonte ladeado por muros de granito.

Organização funcional

A composição volumétrica da unidade é racional e objetiva: o eixo de circulação transversal entre o novo e a pré-existência desenvolve-se a sudoeste do mosteiro, conectando as três alas de internamento (duas destinadas à ERPI e outra à UCC) às áreas comuns. A partir deste elemento ramificam-se outros corredores de forma mais reservada. A nova estrutura desenvolve-se horizontalmente e, apesar da clara distinção da linguagem formal, as dimensões das alas novas são idênticas ao edifício pré-existente, comunicando visualmente entre si e através dos espaços exteriores.

A partir da receção, encontra-se o eixo de circulação que liga todos os volumes. A sudoeste, encontram-se as alas de internamento e a sala de convívio. A nordeste, situa-se o volume que abriga o refeitório, o qual se abre para a paisagem, enquadrando o Monte da Nossa Senhora da Graça. Este volume repousa sobre a área de serviços, onde se localizam os vestiários, armazéns, cozinha e lavandaria. Esta área técnica está posicionada um piso abaixo da cota dos quartos, permitindo que as atividades dos profissionais não interfiram com a estadia dos pacientes, contando ainda com uma entrada autónoma para cargas e descargas. O corredor de circulação culmina no ginásio, a sudeste, próximo da ala dos cuidados continuados situando-se na parte mais reservada do lote. Os dois volumes referentes às áreas comuns, sala de refeições e sala de convívio, localizam-se no centro da estrutura, separando a área da Unidade de Cuidados Continuados da área da Estrutura Residencial para Idosos.



A



B



B



D



E



H



J



F



K



G



I



L

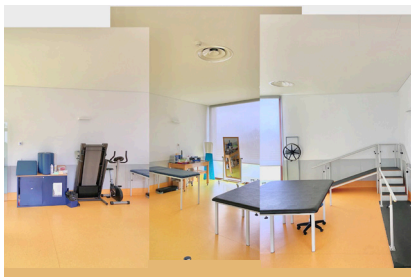
▲ 7-18 Fotografias da unidade.
► 19-21 Fotografias da unidade.



N

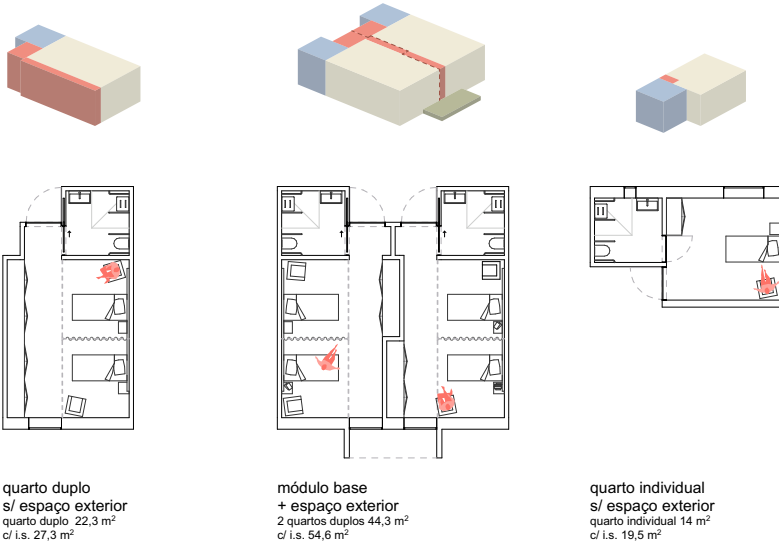


M



O

// ÁREA PRIVADA DO DOENTE



▲ 22 Plantas dos quartos.
©Elaboração própria.

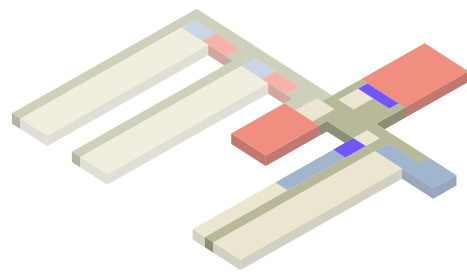
- entrada e arrumação
- área privada
- instalação sanitária
- extensão exterior

▲ 23 Diagramas de organização.
©Elaboração própria.

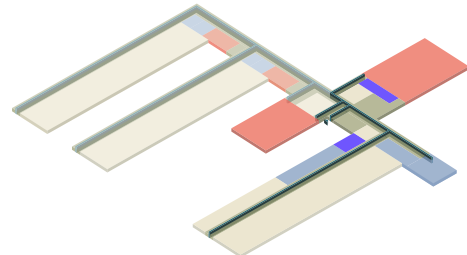
- área de receção e mediação
- área comum
- área privada do doente
- área de tratamento
- área privada de serviços

▼ 24 Planta com fluxos.
©Elaboração própria.

// ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL



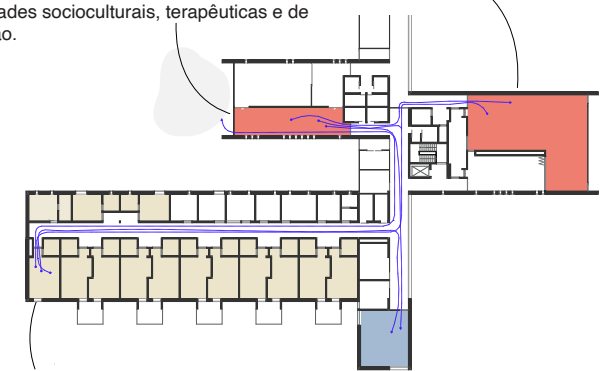
// CONFIGURAÇÃO ESPACIAL



// SIMULAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS FLUXOS DE CIRCULAÇÃO

Cada espaço social tem uma função específica, logo os pacientes reúnem-se com maior frequência na sala de convívio ao longo do dia, para atividades socioculturais, terapêuticas e de socialização.

A sala de refeições é reservada para os horários das refeições



As áreas comuns localizam-se afastadas da ala dos quartos de modo a garantir um ambiente mais tranquilo e reservado para o descanso dos pacientes.

O ginásio, localizado próximo à ala da UCC, favorece o acesso e a utilização pelos doentes.

UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

ARQUITETO SARAIVA ASSOCIADOS

ANO 2012

ÁREA CONSTRUÍDA 5000 m²

Nº CAMAS 73

Nº PISOS 5 (+ CAVE)

LOCALIZAÇÃO CASCAIS, PT

INVESTIMENTO PRIVADO

CLIENTE SANTA CASA DA MISERICÓRDIA

TIPOLOGIA DE CUIDADOS UMDR|ULDM|UCP

▼ EDIFÍCIO DE ESCRITÓRIOS, 2007



▼ UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO, 2014



▼ ENVOLVENTE, 2024



QUALIDADES

Luz natural no rés-do-chão e 4º piso;

Abertura visual das áreas de convívio para os corredores;

Sistema modular do edifício: reorganização funcional dos espaços;

FRAGILIDADES

Escassez de luz natural nos quartos, corredores e áreas comuns;

Fraca relação visual com o exterior devido ao posicionamento e dimensão dos vãos;

Ausência de espaços exteriores qualificados e de acesso a elementos naturais;

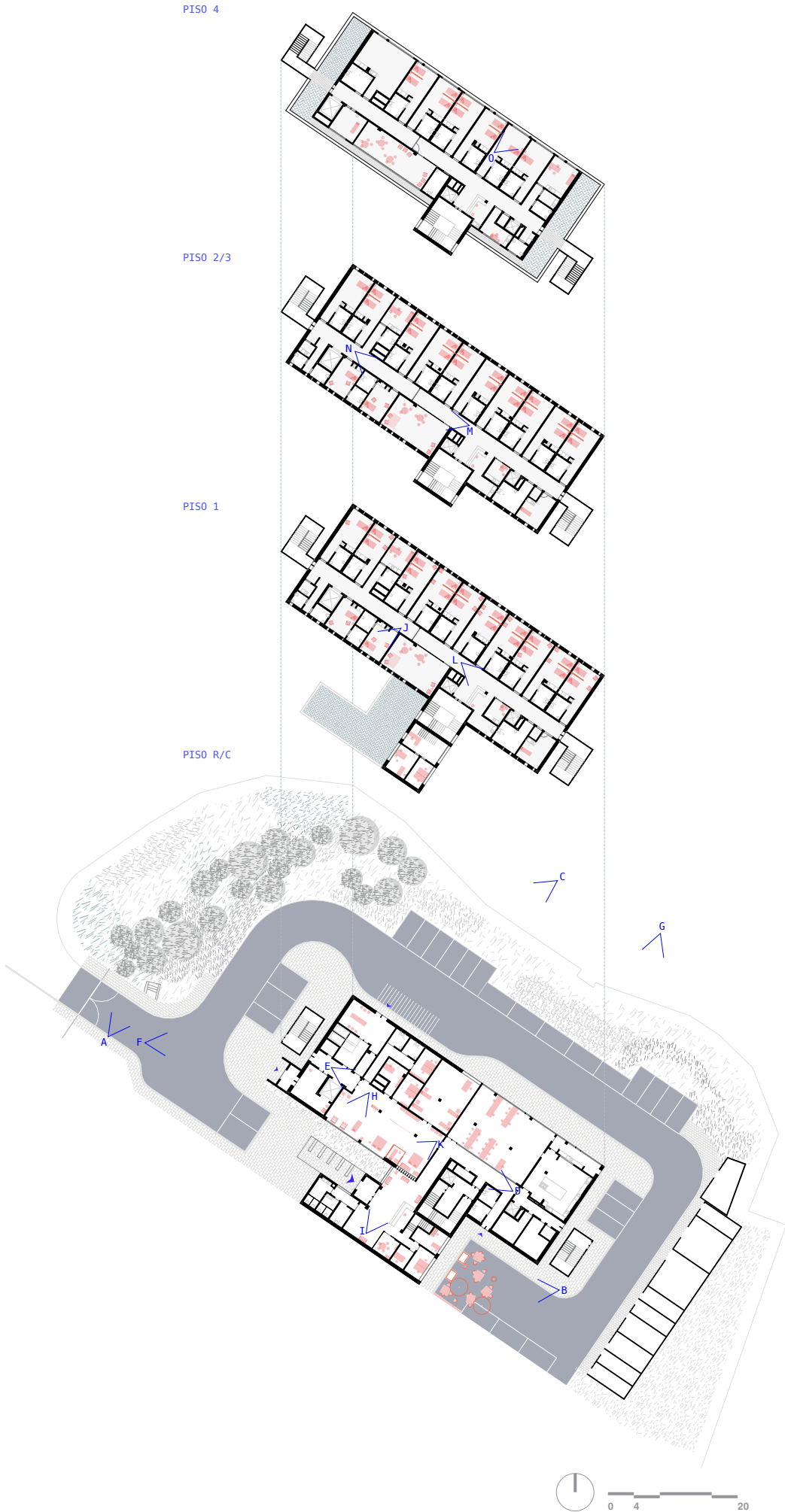
Verticalidade do edifício é um obstáculo à mobilidade autónoma;

Corredores simples e repetitivos face à falta de elementos cromáticos diferenciadores;

Falta de privacidade do quarto.

►25 Plantas. ©Elaboração própria.

▲26–28 Implantação.



Contexto geográfico e urbano

A unidade localiza-se na Aldeia de Juso, uma área residencial na faixa limítrofe norte da freguesia de Cascais e Estoril - zona de fronteira entre freguesias, mais concretamente com Murches, Alcabideche. Situa-se numa zona suburbana da periferia de Cascais, caracterizada pela predominância de lotes de habitação unifamiliar na sua envolvente. A Aldeia de Juso distancia-se da linha costeira aproximadamente 3 km e da Serra de Sintra cerca de 8 km, para sul. Esta localidade é atravessada pela A5 e pelo nó de ligação entre a A5 e a EN9. Na envolvente próxima, a 2,3km, encontra-se o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

A unidade resulta do restauro de uma antiga fábrica e edifício de escritórios, preservando apenas a volumetria existente. Os limites norte, sul e este do terreno são contíguos à via pública, enquanto a parte tardo, orientada a poente, é adjacente a um armazém de serviço comercial. A zona exterior da unidade é ocupada pelo parque de estacionamento e por uma pequena área arborizada a norte com pinheiros mansos.

Organização funcional

O edifício possui cinco andares acima do solo e um outro subterrâneo destinado às áreas técnicas. A unidade apresenta uma métrica modular constante que lhe confere maior flexibilidade, adaptabilidade e funcionalidade, permitindo a alteração rápida do layout e dos módulos sem perturbar o seu funcionamento normal.

A unidade dispõe de quatro pisos de internamento, o último destina-se a pacientes paliativos³, e os demais a receber pacientes em cuidados continuados. O piso térreo agrupa um conjunto diversificado de funções, integrando a área administrativa, diretamente associada à receção. A este espaço conectam-se a área de refeições, composta pelo refeitório, cozinha e copa, e a área de fisioterapia, constituída pelo ginásio, sala de terapia ocupacional e gabinetes médicos. Numa área mais reservada encontra-se a casa mortuária com uma saída independente, e adjacente a esta situa-se a sala de culto.

Os pisos de internamento desenvolvem-se ao longo de um corredor transversal (distribuição em pente) que organiza o andar em duas áreas. De um lado, encontram-se os quartos virados a nordeste; do outro, situam-se as restantes divisões, como sala de convívio, posto de controlo, gabinetes e áreas técnicas, voltadas a sudoeste. Esta organização estabelece uma clara sectorização de funções e permite aos profissionais monitorizar os pacientes de qualquer divisão de trabalho.

³ Em parceria com o IPO de Lisboa, foi desenvolvido um protocolo que visa receber pacientes de cuidados paliativos. Atualmente, o protocolo não se encontra em vigor e o último piso está em processo de obras para aumentar a capacidade de acolhimento de pacientes em cuidados continuados.



A



C



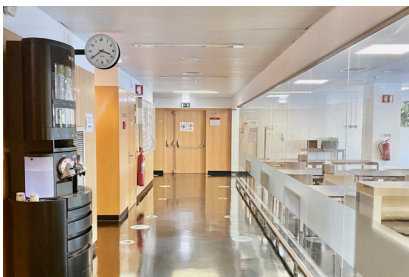
E



G



I



K



M



O



Q



S



U



W



Y



AA

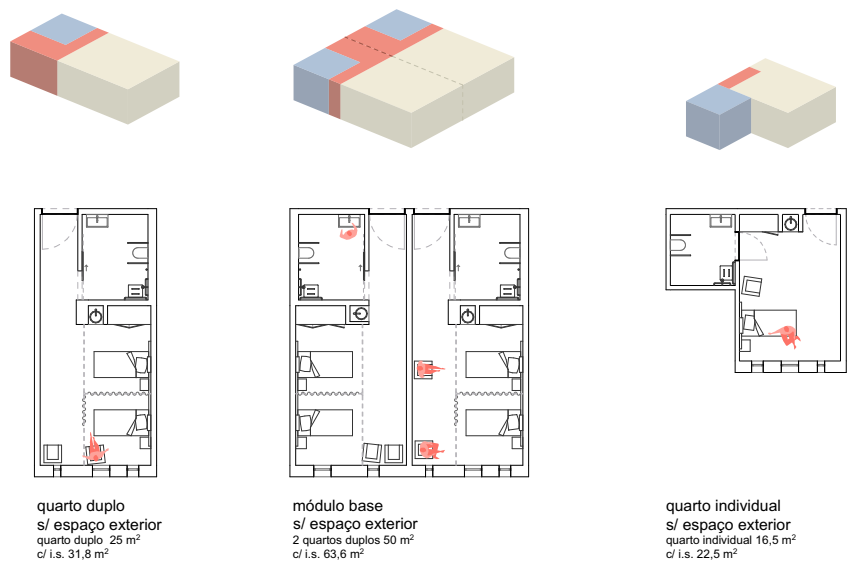


AC



AE

// ÁREA PRIVADA DO DOENTE



▲44 Plantas dos quartos.
©Elaboração própria.

- entrada e arrumação
- área privada
- instalação sanitária

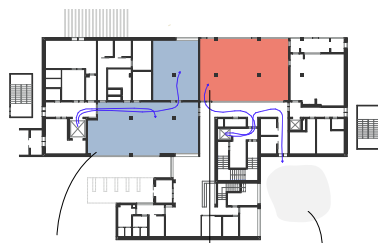
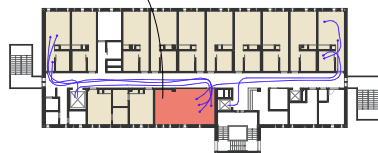
▲45 Diagramas de organização.
©Elaboração própria.

- área de receção e mediação
- área comum
- área privada do doente
- área de tratamento
- área privada de serviços

▼46 Plantas com fluxos.
©Elaboração própria.

// SIMULAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS FLUXOS DE CIRCULAÇÃO

Cada piso dispõe de uma pequena área social adjacente ao corredor que funciona como sala de convívio e sala de refeições, onde também ocorrem atividades recreativas com os animadores socioculturais.

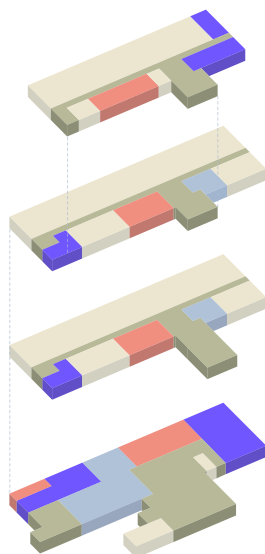


Para as atividades de fisioterapia os pacientes têm de se deslocar até ao rés-do-chão, onde se localiza o ginásio.

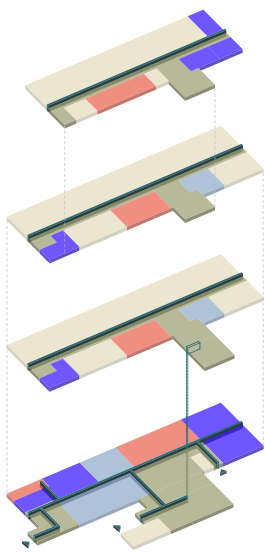
O espaço exterior é acedido por elevador.

A cafeteria/refeitório do rés-do-chão é espaço de encontro ocasional entre pacientes e visitas, e de profissionais.

// ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL



// CONFIGURAÇÃO ESPACIAL



▲29-39 Fotografias da unidade.

▶40-43 Fotografias da unidade.

UNIDADE PAVILHÃO 79
WILHELMINENSPI TAL

ARQUITETO SHARE ARCHITECTS
ANO 2012
ÁREA CONSTRUÍDA 2000 m²
Nº CAMAS 14
Nº PISOS 1
LOCALIZAÇÃO VIENA, ÁUSTRIA
INVESTIMENTO PÚBLICO
CLIENTE WIENER GESUNDHEITSVERBUND
TIPOLOGIA DE CUIDADOS UCP

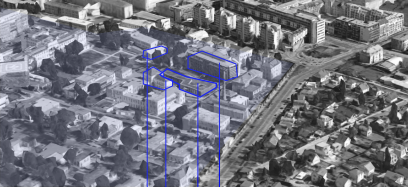
▼ WILHELMINENSPI TAL, 2009



▼ PAVILHÃO 79, 2014



▼ ENVOLVENTE, 2024



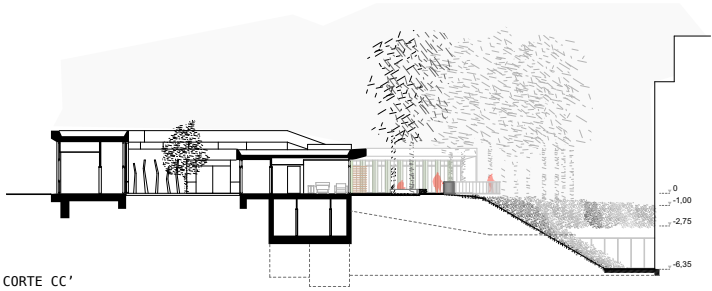
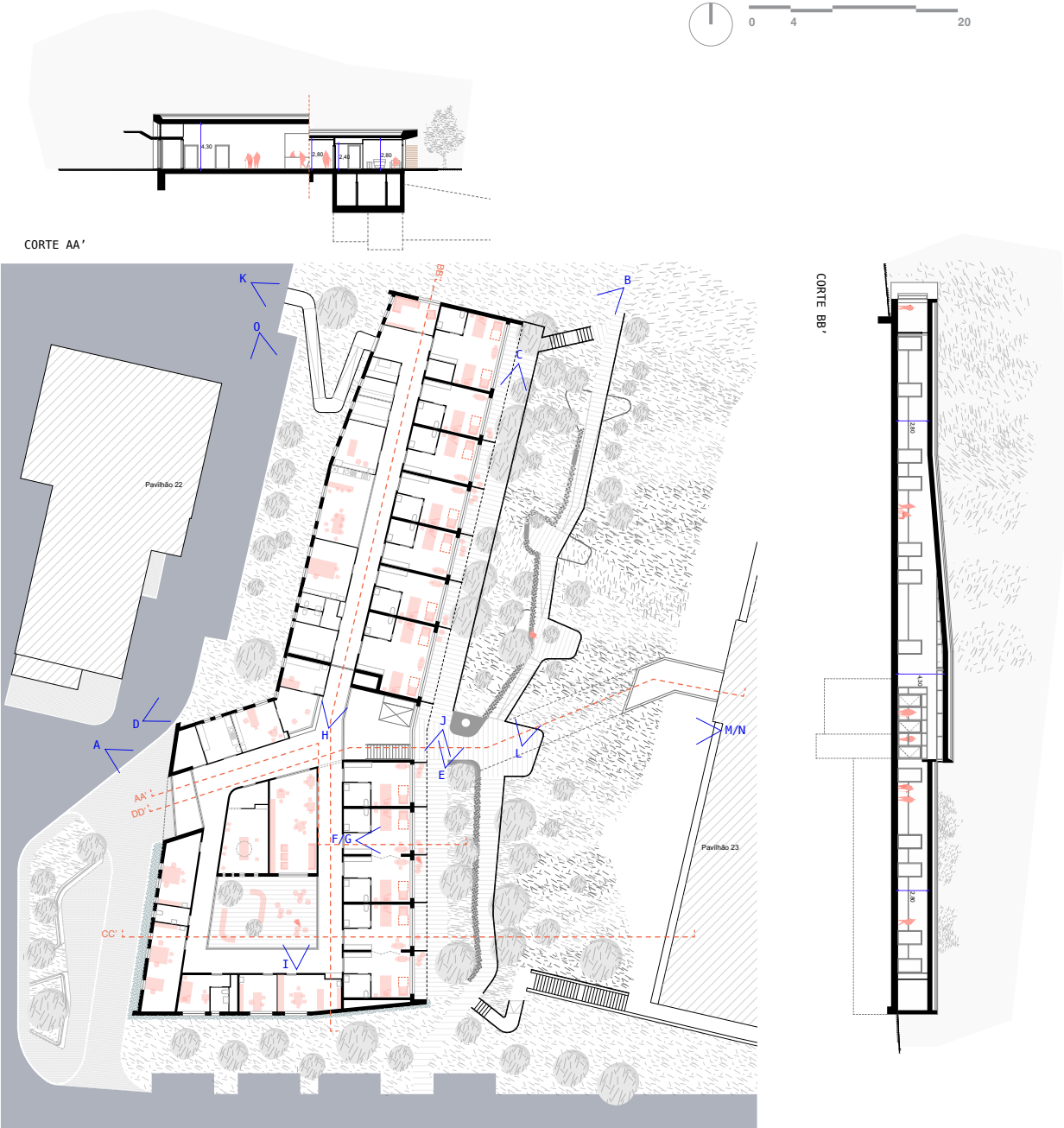
- 1. IGREJA (PAVILHÃO 46)
- 2. CAPELANIA (PAVILHÃO 22)
- 3. UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS (PAVILHÃO 79)
- 4. CENTRO ONCOLÓGICO (PAVILHÃO 23)

QUALIDADES

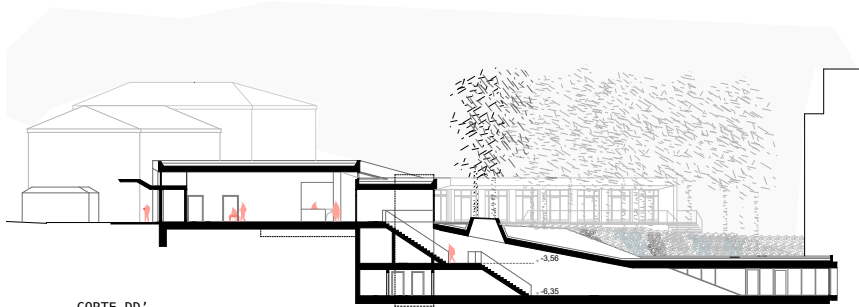
Acesso direto dos quartos ao exterior com sistema de proteção solar;
Extensões exteriores;
Relações visuais contínuas entre interior e exterior;
Horizontalidade da implantação;
Abertura visual das áreas de convívio para os corredores;
Corredores com diferentes alturas e escalas;
Transição interior-exterior;
Iluminação natural no corredor;
Elementos cromáticos pontuais;
Privacidade controlada;
Flexibilidade e conectividade do quarto.

► 47–51 Planta e cortes. ©Elaboração própria.

▲ 52–54 Implantação.



CORTE CC'



CORTE DD'

Contexto geográfico e urbano

A Unidade de Cuidados Paliativos integra-se no complexo hospitalar Wilhelminenspital⁴ em Ottakring, no centro da cidade de Viena, Áustria. Ottakring é o 16º distrito de Viena, localizado na parte Oeste da cidade. É um bairro predominantemente residencial e comercial, densamente urbanizado e povoado⁵, devido à presença de blocos de habitação plurifamiliar e de lotes de habitação unifamiliar. Nas proximidades do centro hospitalar, aproximadamente a 3km, encontra-se o Palácio Schönbrunn.

O terreno do Wilhelminenspital é caracterizado por uma paisagem de parque verdejante desde o final do século XIX - quando os pavilhões, considerados agora património, foram construídos. A Unidade de Cuidados Paliativos⁶ está localizada entre o Pavilhão 23, a nascente (Centro de Oncologia e Hematologia), e o Pavilhão 22, a poente (Capelania⁷), no meio de uma área arbórea de decíduas e coníferas. A igreja encontra-se a norte da unidade, no Pavilhão 46.

Organização funcional

A volumetria da unidade assemelha-se à forma de “P” e a sua organização é concebida numa sequência linear de espaços que progride de uma área menos privada para uma zona mais íntima, desenvolvendo-se ao longo do eixo principal de circulação. Essa disposição cria duas áreas: a primeira, em torno do pátio central, que atua como espaço de encontro e socialização entre pacientes e visitantes; e uma segunda, onde se localizam os quartos. A diferença de pé direito ao longo da circulação possibilita não só a entrada de luz natural no interior da unidade, como também ajuda a definir o nível de privacidade de cada área.

O posto de enfermagem está estrategicamente localizado no centro da unidade, funcionando como espaço de convergência entre as ligações horizontais e verticais. O seu posicionamento permite uma visão abrangente sob a unidade.

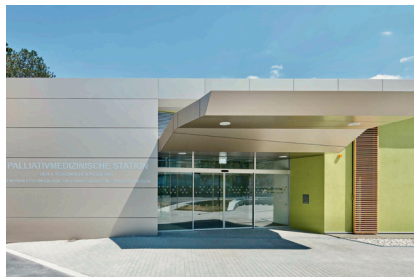
A horizontalidade da volumetria promove a permeabilidade espacial entre o interior e o exterior. Este projeto foi pensado de forma a manter o jardim existente e as árvores no terreno. Assim, a implantação do edifício permitiu preservar 33 das 40 árvores originais.

4 Wilhelminenspital, também conhecido como Klinik Ottakring, é um hospital do sistema de saúde público austríaco.

5 A densidade populacional de Ottakring é de aproximadamente 11.856 habitantes por km².

6 A construção da UCP faz parte do plano de reforma hospitalar de Viena (Reformprozess Wiener Spitalskonzept 2030) para modernizar os cuidados de saúde da cidade até 2030.

7 Serviço multirreligioso que presta assistência e orientação espiritual aos pacientes, familiares e profissionais de saúde, geralmente fornecida pelo capelão.



A



C



H



J



B



D



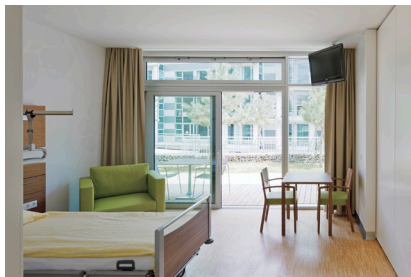
F



K



E



G



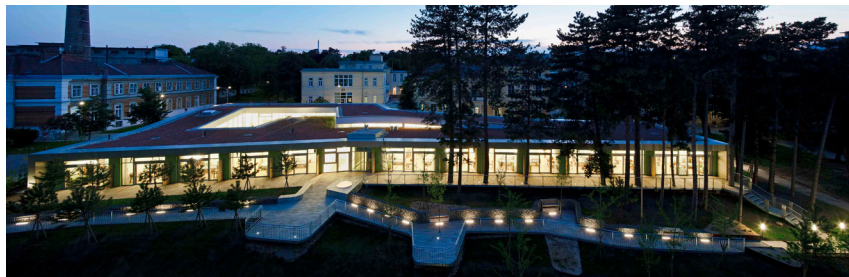
I



L



M

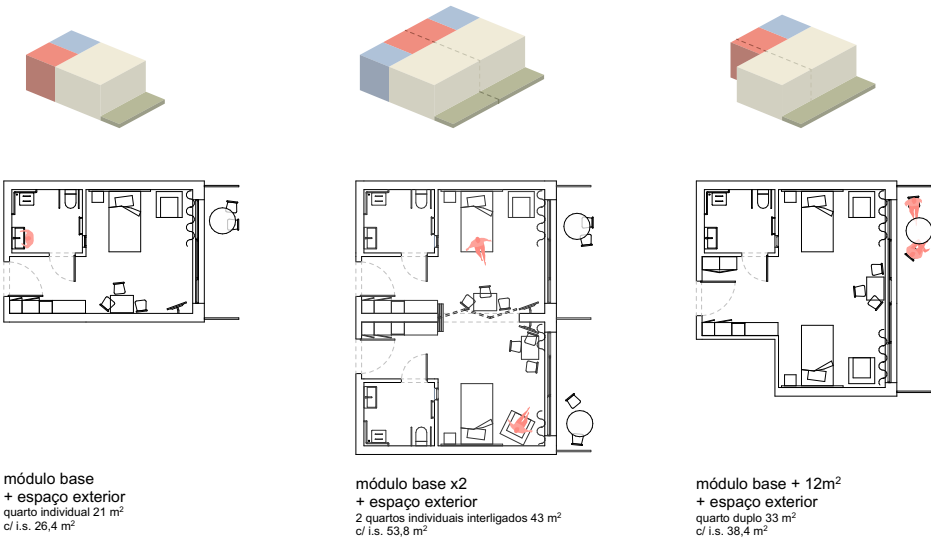


N



O

// ÁREA PRIVADA DO DOENTE



▲70 Plantas dos quartos.
©Elaboração própria.

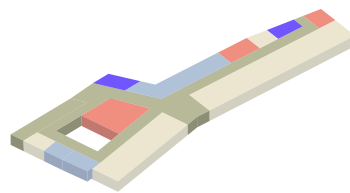
■ entrada e arrumação
■ área privada
■ instalação sanitária
■ extensão exterior

▲71 Diagramas de organização.
©Elaboração própria.

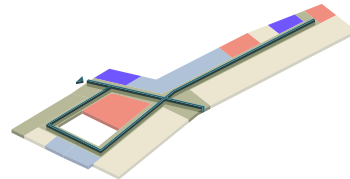
■ área de receção e mediação
■ área comum
■ área privada do doente
■ área de tratamento
■ área privada de serviços

▼72 Planta com fluxos.
©Elaboração própria.

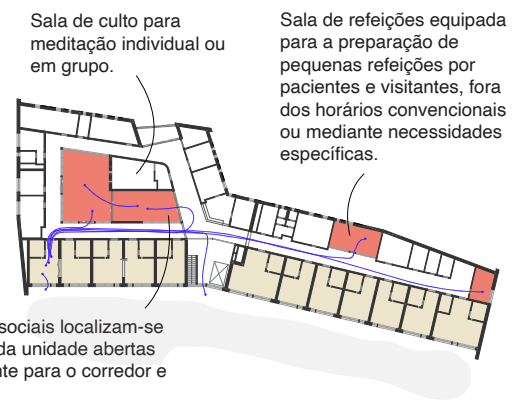
// ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL



// CONFIGURAÇÃO ESPACIAL



// SIMULAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS FLUXOS DE CIRCULAÇÃO



A unidade dispõe também de diversos espaços exteriores de estar, acessíveis a partir dos quartos e das áreas comuns, permitindo momentos de convívio ou recolhimento ao ar livre.

▲55–66 Fotografias da unidade.

►67–69 Fotografias da unidade.

UNIDADE URBAN HOSPICE

ARQUITETO NORD ARCHITECTS

ANO 2016

ÁREA CONSTRUÍDA 2230 m²

Nº CAMAS 16

Nº PISOS 2

LOCALIZAÇÃO COPENHAGA, DINAMARCA

INVESTIMENTO PRIVADO(SEMELHANTE SCM)

CLIENTE DIAKONISSESTIFTELSEN

TIPOLOGIA DE CUIDADOS HOSPICE

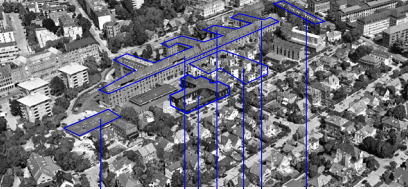
▼ 2013



▼ URBAN HOSPICE, 2016



▼ DIAKONISSESTIFTELSEN, 2024



- 1. JARDIM INFANTIL
- 2. RECEÇÃO; CANTINA; SALA DE CONFERÊNCIAS
- 3. UNIDADE URBAN HOSPICE
- 4. IGREJA
- 5. HABITAÇÃO SÊNIOR
- 6. CENTRO DE FORMAÇÃO
- 7. CASA DE REPOUSO E LAR PARA IDOSOS

QUALIDADES

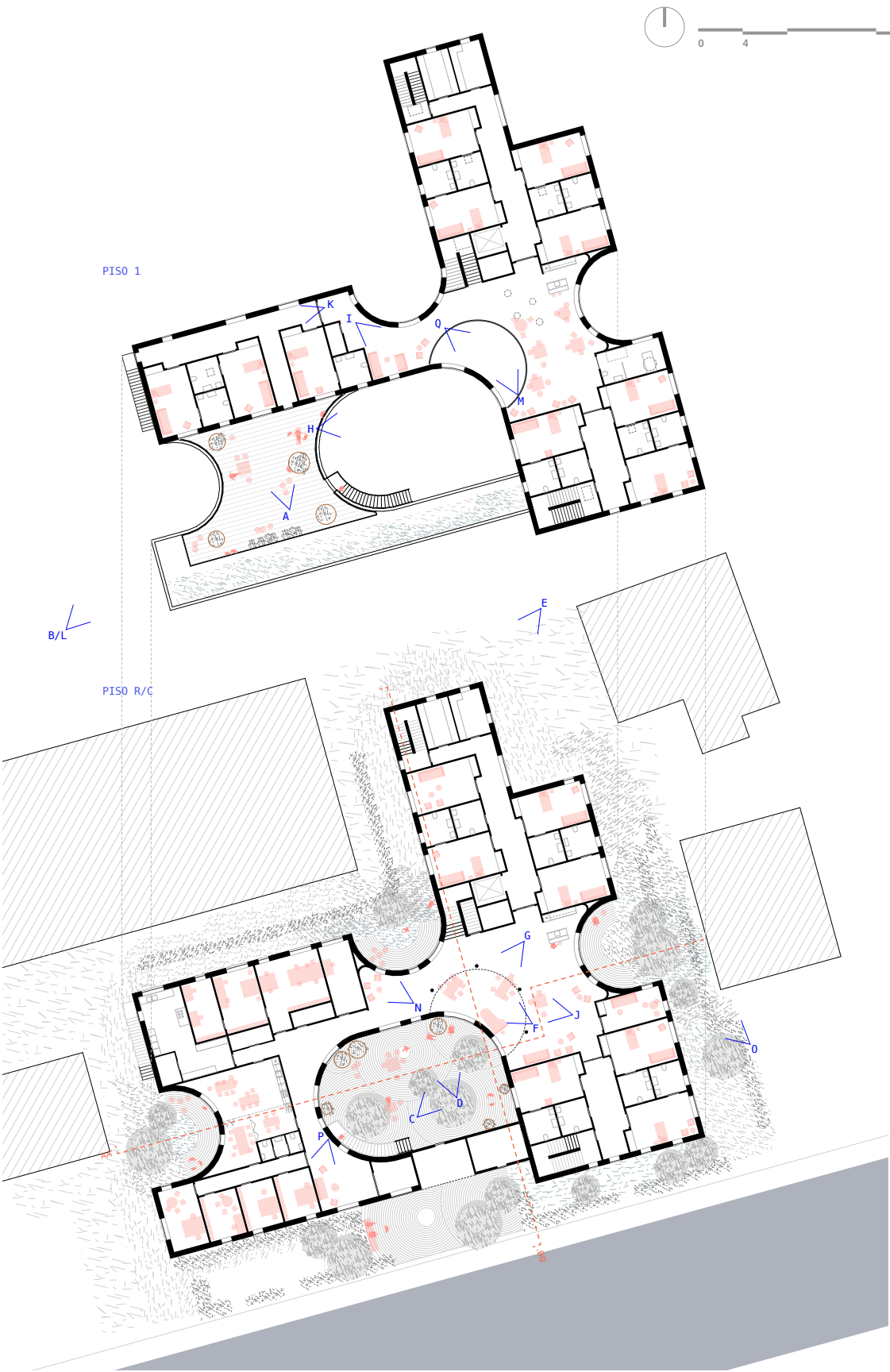
Extensões exteriores;
Relações visuais contínuas entre interior e exterior;
Iluminação natural em todas as áreas;
Verticalidade do desenho;
Transição interior-exterior;
Área social (convívio e refeições) conjunta;
Comunicação visual entre pisos;
Privacidade controlada;

FRAGILIDADES

Falta de opções de flexibilidade e conectividade do quarto.

►73–75 Plantas e cortes. ©Elaboração própria.

▲76–78 Implantação.



8 Frederiksberg é um município independente dentro da cidade de Copenhaga. Devido à sua localização central é completamente cercado pela cidade, possuindo autonomia administrativa como município.

9 A densidade populacional de Frederiksberg é de aproximadamente 11.494 habitantes por km².

10 A Fundação Deaconess (Diakonissestiftelsen) é uma instituição de caridade privada que gere várias entidades de saúde e assistência social. Apesar de pertencer a uma associação privada, a unidade funciona ao abrigo de um acordo com a Região da Capital da Dinamarca, que, por conseguinte, permite a hospitalização de doentes gratuitamente, sendo financiada pelo estado.

Contexto geográfico e urbano

A unidade situa-se em Frederiksberg, uma cidade dinamarquesa em Copenhaga⁸. É um município residencial⁹ altamente urbanizado, caracterizado pelo predomínio de edifícios de habitação plurifamiliar, os quais são maioritariamente reabilitações de edifícios antigos, como é comum nas áreas residenciais dos centros históricos. A habitação unifamiliar aparece em menor quantidade, mas ainda com uma presença considerável na malha urbana, sendo que o hospice se insere num quarteirão de lotes unifamiliares. Na envolvente da unidade encontram-se vários parques urbanos, e uma alta rede de infraestruturas como linhas de metro. A menos de 1km da unidade situa-se o Hospital Universitário de Frederiksberg.

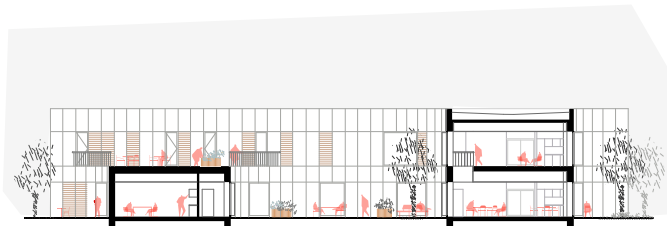
A unidade pertence à Fundação Deaconess¹⁰ e encontra-se dentro do perímetro do quarteirão da fundação, o que permite a sua integração com outros serviços também adjacentes ao terreno da fundação, como cuidados residenciais para a terceira idade, centros educativos, jardins de infância, entre outros. O lote da fundação não tem limites físicos demarcados, o que permite a sua inclusão na malha urbana e pode demonstrar uma vontade de diálogo com a comunidade.

Organização funcional

O conceito e a forma da unidade foram fortemente influenciados pelo perímetro irregular do terreno e pela proximidade com os edifícios adjacentes. Nesse sentido, a sua volumetria integra-se na paisagem, mantendo uma abertura para a comunidade e promovendo assim o sentido de inclusão. Ao mesmo tempo, o desenho da unidade proporciona privacidade aos pacientes, pois a sua disposição funcional foi pensada em torno de um pátio interior, o qual funciona como centro de organização da unidade. O edifício é segmentado por várias unidades (secções) mais pequenas, que se interligam por espaços de circulação curvos e por áreas de estar, cujo desenho se define pela composição formal do pátio.

A área comum é o núcleo central de reunião e socialização, ou seja, é o espaço interior que agrega e compõe a atmosfera de união da unidade. No segundo andar a área social é constituída por um mezanino com vista tanto para o pátio interior como para a sala de estar do piso inferior. Apesar da unidade se desenvolver em dois pisos, esta disposição facilita a interação visual e comunicação vertical entre os andares, a coesão espacial da unidade e a entrada de luz natural.

Apesar do desenho da unidade ter uma abordagem introspetiva também se abre para o exterior. Os recantos curvos em redor da unidade foram projetados para integrar pequenos jardins, proporcionando aos pacientes e visitantes espaços ao ar livre que são acessíveis e acolhedores. Estas secções recuadas, aliadas ao terraço do segundo piso, oferecem áreas de descanso e contemplação, reforçando a conexão entre o interior e a sua envolvente.



CORTE AA'



A



C



H



J



B



F



I



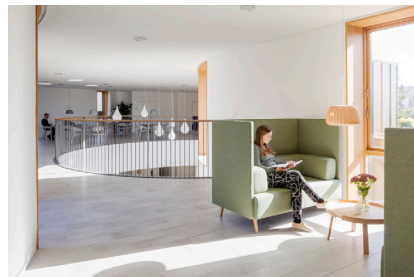
K



E



G



I



L



O



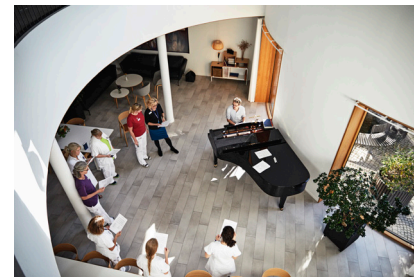
M



P

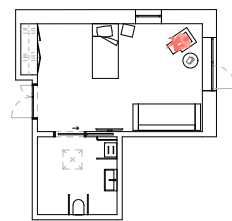


N

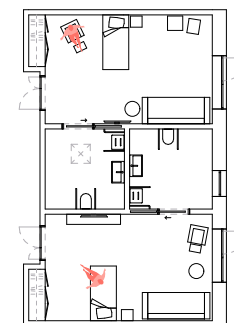
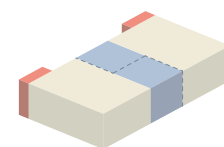


Q

// ÁREA PRIVADA DO DOENTE



módulo base
s/ espaço exterior 22,5 m²
c/ l.s. 30,5 m²



módulo base x2
s/ espaço exterior 45 m²
c/ l.s. 61 m²

▲96 Plantas dos quartos.
©Elaboração própria.

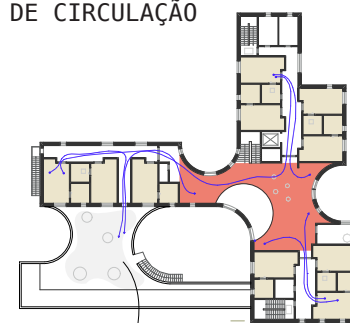
- entrada e arrumação
- área privada
- instalação sanitária

▲97 Diagramas de organização.
©Elaboração própria.

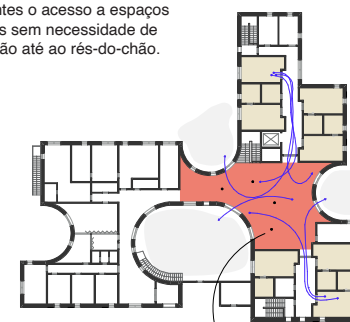
- área de receção e mediação
- área comum
- área privada do doente
- área de tratamento
- área privada de serviços

▼98 Plantas com fluxos.
©Elaboração própria.

// SIMULAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS FLUXOS DE CIRCULAÇÃO

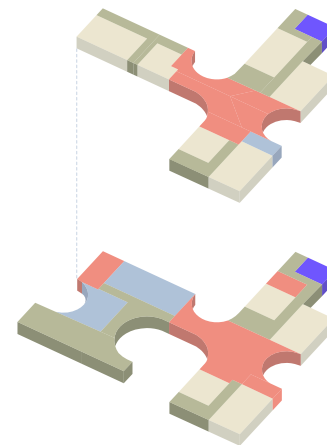


A ligação direta ao exterior é assegurada em ambos os pisos, permitindo aos doentes o acesso a espaços exteriores sem necessidade de deslocação até ao rés-do-chão.

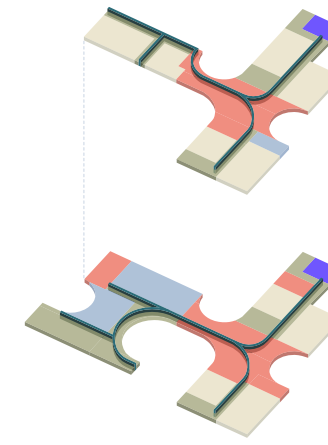


Em ambos os pisos, a área social ocupa uma posição central e encontra-se interligada por um mezanino, promovendo continuidade visual entre os pisos. A área social tem uma função polivalente, conjugando zonas de estar e de refeições num único espaço.

// ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL



// CONFIGURAÇÃO ESPACIAL



▲79-90 Fotografias da unidade.

►91-95 Fotografias da unidade.

02.1.

ENTRE A LEGISLAÇÃO E O CONTEXTO LOCAL

A definição do programa dos cuidados paliativos¹⁶⁰ e continuados¹⁶¹ está intrinsecamente associada ao enquadramento da legislação em vigor. A legislação portuguesa, embora abrangente, define a organização e o funcionamento das unidades, estabelecendo princípios gerais e requisitos mínimos que permitam uma adaptação às necessidades específicas de cada unidade e dos pacientes que acolhe. Desta forma, os regulamentos esclarecem que o programa funcional deve atender às necessidades individuais e específicas de cada paciente, garantindo a prestação de cuidados personalizados e humanizados. A equipa de profissionais deve incorporar diversas áreas e trabalhar de forma integrada para abranger todos os cuidados e carências. Esta prestação de cuidados deve ser contínua, independentemente do paciente se encontrar ou não hospitalizado¹⁶².

Relativamente à dimensão espacial do programa, que será analisada neste capítulo, a legislação destinada a estes espaços converge com a aplicada em unidades de internamento¹⁶³. O foco primordial recai sobre a segurança e eficiência espacial. Estas diretrizes são mais facilmente mensuráveis e determináveis, e reforçam a conceção de um ambiente clínico acessível e flexível¹⁶⁴. Materializam-se em normas que estabelecem áreas mínimas e especificações técnicas para os diferentes espaços funcionais, como instalação de equipamentos elétricos e mecânicos, climatização, iluminação, tomadas e pontos de água/esgotos, relações funcionais entre compartimentos, observações gerais, entre outras.

Desta forma, a legislação estabelece um programa funcional tipo que define a composição espacial mínima e as dimensões das unidades. É especificado a área útil mínima e largura mínima de compartimentos essenciais como quartos, instalações sanitárias e banho assistido, salas de tratamento, observação e reabilitação, além das áreas destinadas a atividades médicas e de enfermagem, de convívio e de refeições¹⁶⁵. A tipologia das unidades influencia diretamente a organização espacial, determinando a presença e dimensão de cada compartimento (como se irá demonstrar de seguida).

Pode-se verificar que o programa é definido por áreas funcionais, que variam consoante a tipologia de cuidados. A estrutura funcional das unidades em estudo é composta por áreas distintas, cada uma com funções específicas: receção, administração, área de convívio, área privada do doente, área médica, área de reabilitação, de apoio do pessoal, logística e morgue.

Em todos os regulamentos de unidades de internamento, a área privada do doente, composta pelo quarto, instalações sanitárias e banho assistido, mostra-se um elemento invariável e padronizado, assegurando a sistematização em cada unidade. A área e largura mínima de cada quarto é definida pelo número de camas que receberá. Contudo, independentemente da capacidade, cada quarto deverá integrar uma instalação sanitária própria, de forma a garantir a privacidade e o conforto dos pacientes¹⁶⁶, de preferência

160 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*, ACSS, IP (Lisboa, 2021); Portaria nº 66/2018 de 6 de março. Diário da República nº 46/2018 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa; Portaria nº 290/2012 de 24 de setembro. Diário da República nº 185/2012 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

161 Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, (2024); Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República nº 174/2014 – 1ª Série. Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.

162 Entidade Reguladora da Saúde, *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*, ERS (Porto, 2015).

163 Administração Central do Sistema de Saúde, *Recomendações Técnicas para Unidades de Internamento*, ACSS, IP (Lisboa, Setembro 2011), Coordenação. Pedro Cabral. Edição: UONIE/ACSS; Portaria nº 290/2012 de 24 de setembro. Diário da República nº 185/2012 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

164 Administração Central do Sistema de Saúde, *Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar*, ACSS, IP (Lisboa, 2022).

165 Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República nº 174/2014 – 1ª Série. Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.

166 Idem, *ibidem*.

junto à entrada do quarto¹⁶⁷. Cada quarto deverá ter instalações técnicas para receber duas camas, mesmo que seja individual. A configuração espacial de quartos partilhados deve permitir a saída ou deslocação de uma cama sem necessidade de movimentação ou perturbação da outra¹⁶⁸.

Estas diretrizes, referentes à dimensão e organização dos quartos em cuidados paliativos e continuados, são substancialmente semelhantes divergindo apenas no mínimo de quartos individuais determinado: nos cuidados continuados, pelo menos 15% dos quartos devem ser individuais, enquanto nos cuidados paliativos essa percentagem sobe para os 20%. Embora a legislação estabeleça estes valores mínimos, as Unidades de Cuidados Paliativos demonstram uma preferência por quartos individuais, de modo a garantir a privacidade e individualidade necessária aos pacientes. Em Unidades de Cuidados Continuados é mais frequente encontrar quartos duplos, respeitando sempre o mínimo de quartos individuais regulamentado.

A legislação portuguesa estabelece que a área coletiva em cuidados continuados é definida por uma área de refeições, de convívio e de atividades, podendo ser uma sala única adequadamente dividida ou várias salas perfazendo no total a área mínima estabelecida¹⁶⁹. Estas divisões podem ser facultativas em cuidados paliativos, mas segundo a Dr.^a Anabela Morais da Unidade Paliativa do Hospital de Chaves¹⁷⁰, a presença destes espaços é essencial para um cuidado holístico e humanizado, fundamental para os cuidados de fim de vida. O mesmo acontece com a área de medicina física e reabilitação. Em cuidados continuados a legislação define a existência de uma área destinada à prática de diversos tipos de terapia, como ginásio, terapia ocupacional, eletroterapia e terapia da fala¹⁷¹. A legislação, em cuidados paliativos não estabelece nenhuma referência a este tipo de espaços¹⁷², mas como referido anteriormente, segundo a Dr.^a Anabela Morais, embora não seja obrigatório ou regulamentado, a sua existência reforça o bem-estar do paciente.

As áreas técnicas e de tratamento destinadas ao uso exclusivo de profissionais de saúde, como área de logística, área do pessoal e morgue, são definidas com o objetivo de otimizar os fluxos de trabalho e garantir a sua eficiência. As suas características e configuração espacial são semelhantes em ambas as unidades, certificando a padronização e sistematização dos processos aplicados.

Relativamente aos casos estrangeiros em estudo, o Pavilhão 79 de Wilhelminenspital na Áustria, e Urban Hospice na Dinamarca, a análise comparativa do programa funcional das unidades revela uma estrutura base comum, caracterizada pela divisão em áreas funcionais semelhantes às encontradas no contexto português. No entanto, a hierarquização dessas áreas varia, refletindo as particularidades de cada unidade. No caso da Unidade Urban Hospice a importância recai sobre a área social e o exterior, enquanto as outras unidades enfatizam as áreas clínicas. Esta variação demonstra que o programa, embora estruturado, permite adaptações para atender às necessidades e objetivos específicos de cada instituição, promovendo a qualidade e eficiência dos cuidados.

167 Administração Central do Sistema de Saúde, *Recomendações Técnicas para Unidades de Internamento*.

168 Idem, *ibidem*.

169 A área mínima é estabelecida dependendo do número total de pacientes que a unidade acolhe, com um mínimo de 2 m² por utente para utilização em simultâneo de no mínimo 50% dos utentes em sala de refeições/refeitório; e 2 m² por utente para utilização em simultâneo de no mínimo 80% dos utentes em sala de convívio/atividades. Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República n.º 174/2014 – 1.ª Série. Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.

170 Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

171 Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República n.º 174/2014 – 1.ª Série. Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.

172 Portaria n.º 66/2018 de 6 de março. Diário da República n.º 46/2018 – 1.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa; Portaria n.º 290/2012 de 24 de setembro. Diário da República n.º 185/2012 – 1.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Para além da conformidade com as normas técnicas, é igualmente importante considerar os diferentes contextos urbanos em que as unidades estão inseridas, pois apesar de compartilharem objetivos e cuidados semelhantes, o contexto em que se inserem influencia significativamente a forma como se expressam espacialmente. Esta diversidade enriquece a análise, permitindo uma comparação abrangente entre as abordagens de desenho adotadas em Portugal e no estrangeiro.

Por esse motivo, as quatro unidades selecionadas situam-se em contextos geográficos diferentes. Dois dos casos de estudo localizam-se em Portugal, mas em pontos distintos do território. A Unidade de São Bento de Arnoia está situada na região norte, numa área rural isolada do interior do país. A Unidade Maria José Nogueira Pinto encontra-se na região de Lisboa e Vale do Tejo, numa área residencial mais urbanizada da costa litoral.

Por sua vez, as outras duas unidades, o Pavilhão 79 de Wilhelminenspital e o Urban Hospice, estão inseridas em contextos internacionais, localizadas em Viena e Copenhaga, respetivamente. Ambas situam-se em áreas densamente urbanizadas, porém em contextos particulares, a primeira está integrada dentro de um hospital central, e a segunda encontra-se numa área residencial.

PROGRAMA E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES

Durante o período de internamento, as unidades transformam-se na casa temporária dos pacientes que acolhem. As Unidades de Cuidados Continuados e as Unidades de Cuidados Paliativos embora tenham objetivos distintos, convergem na procura por proporcionar ambientes confortáveis e humanizados aos seus pacientes. Por um lado, as UCC acolhem doentes internados durante longos períodos, verificando-se a necessidade de criar condições quase residenciais¹⁷³; por outro, as UCP, mesmo inseridas em contextos hospitalares, priorizam espaços que promovam o conforto e a intimidade, alinhando-se com princípios de humanização do cuidado¹⁷⁴. Esta convergência resulta na necessidade comum de proporcionar ambientes que facilitem a estabilização e o bem-estar dos pacientes, independentemente da fase de vida ou do grau de dependência em que se encontrem.

Como exposto anteriormente e, observando-se uma tendência geral que transcende o contexto nacional, apesar das especificidades de cada tipologia, as UCP e as UCC compartilham um programa funcional semelhante. A organização funcional destas unidades pode ser dividida em cinco setores segundo uma gradação crescente de privacidade: área de receção e mediação, área comum, área privada do doente, área de tratamento e área de serviços técnicos, à semelhança com a organização pré-definida pela legislação.

Os espaços de receção e mediação, como o átrio, funcionam como interface entre o exterior e o interior da unidade, além de promover a transição entre os diversos setores. As áreas comuns englobam todos os ambientes internos que se destinam a atividades coletivas de convívio ou relaxamento.

173 Conversa com Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023.

174 “Nas Unidades de Cuidados Continuados, onde pacientes permanecem internados por longos períodos, é essencial ter espaços de convívio e socialização para humanizar os cuidados. Embora não obrigatórios, esses espaços também são importantes nas Unidades de Cuidados Paliativos, promovendo interações entre pacientes, familiares e profissionais, e enfatizando a humanização do atendimento.” Conversa com Dr.^a Anabela Moraes, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

175 Também poderá estar presente em Unidades de Cuidados Paliativos, embora não seja obrigatório ou imposto pela legislação, como acontece nos cuidados continuados.

A área privada do doente caracteriza-se como a mais confortável e importante para a sua estadia. De carácter mais exclusivo, a área de tratamento integra todos os espaços que são destinados à prática de terapias e de atividades de reabilitação física ou cognitiva relacionadas com o plano terapêutico¹⁷⁵ ou de observação médica. Por fim, a área de serviços técnicos é uma parte fundamental para o funcionamento de cada unidade de saúde, como instalações complementares à prestação de cuidados.

▼**28** Programa funcional tipo para UCP e UCC no contexto da legislação portuguesa, agrupamento por áreas funcionais e níveis de privacidade. Embora este quadro represente o modelo normativo português, os casos de estudo internacionais analisados partilham uma estrutura programática semelhante, mas com especificidades (como demonstrado na figura 29, página seguinte). ©Elaboração própria.

// PROGRAMA FUNCIONAL TIPO PARA UCP E UCC

•••• profissionais, pacientes, familiares, visitantes

••• profissionais, pacientes, familiares

•• profissionais, pacientes

• profissionais

ÁREA DE RECEÇÃO E MEDIAÇÃO

ÁREA DE RECEÇÃO

••••

- átrio
- posto de atendimento
- i.s. visitas

ÁREA DE ATENDIMENTO SOCIAL

••••

- gabinete de atendimento a familiares

GABINETE DE DIREÇÃO E ADMINISTRATIVO

•

- gabinete de direção
- salas de secretariado

ÁREA COMUM

ÁREA DE REFEIÇÕES, DE CONVÍVIO E DE ATIVIDADES

•••

- copa
- refeitório
- sala de convívio e atividades
- i.s. associados
- cabeleireiro ...
- sala de culto

ÁREA PRIVADA DO DOENTE

ÁREA DE QUARTOS E HIGIENE PESSOAL

•••

- quarto
- i.s. de cada quarto
- banho assistido
- quarto para familiares

ÁREA DE TRATAMENTO

ÁREA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

••

- posto de enfermagem
- sala de observações
- gabinete médico
- gabinete de enfermagem

ÁREA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

••

- ginásio
- terapia ocupacional
- eletroterapia
- terapia da fala
- ...

ÁREA PRIVADA DE SERVIÇOS TÉCNICOS

ÁREA DO PESSOAL

•

- sala de trabalho multidisciplinar
- vestiários do pessoal

ÁREA DE LOGÍSTICA

•

- zona de material
- lavandaria: sala de equipamentos de limpeza; sala de desinfeção; sala de sujos; ...

CASA MORTUÁRIA

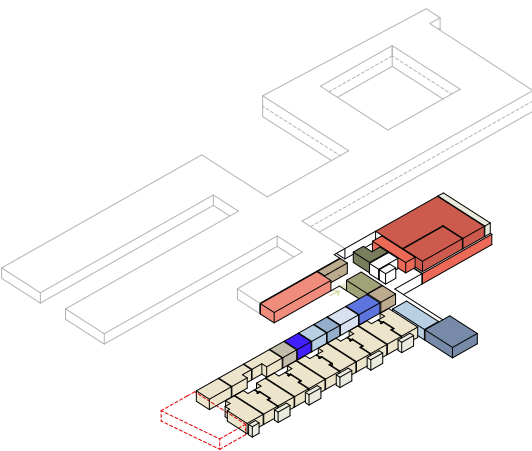
•

- depósito de cadáveres

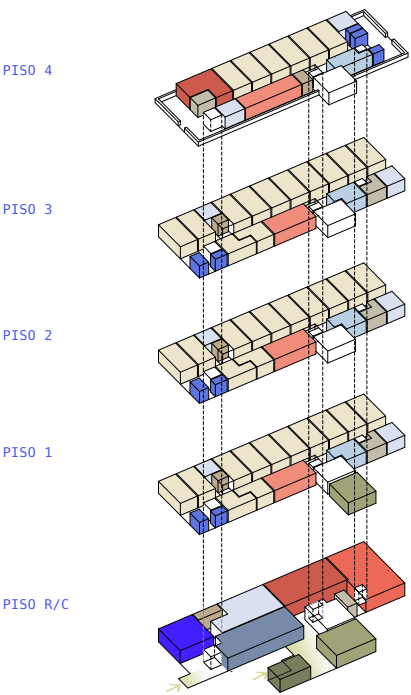
// ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL – ANÁLISE COMPARATIVA

 entrada/átrio	 sala de refeições	 i.s. doentes	 ginásio	 serviços de limpeza
 administração/ secretariado	 cozinha	 banho assistido	 gabinete médico/ enfermagem	 morgue
 i.s. visitantes	 sala de convívio	 quarto para visitas	 posto enfermagem	 expansão da UCC
	 sala de culto	 quarto do doente	 sala de tratamento	 ERPI
		 varanda/espço exterior		 caixa de escadas

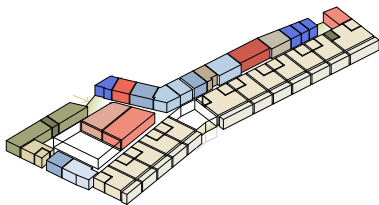
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA



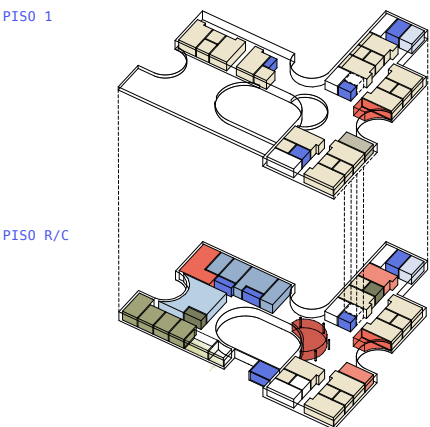
02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO



03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



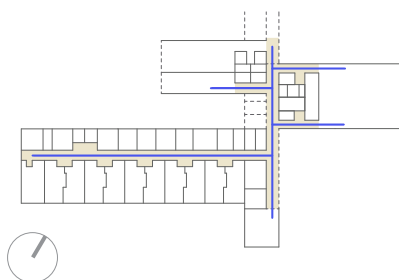
04 UNIDADE URBAN HOSPICE



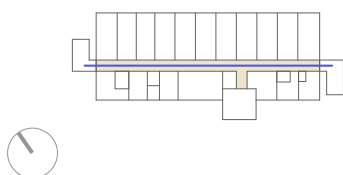
▲29 Diagramas de organização funcional. Análise comparativa entre as quatro unidades. ©Elaboração própria.

FORMA E CONFIGURAÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE ESTUDO

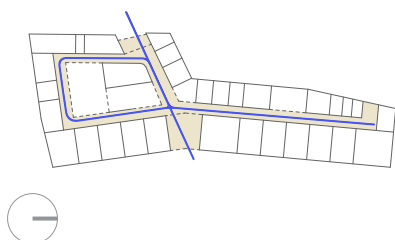
▼ 30 Diagramas de disposição e distribuição dos quatro casos de estudo.
©Elaboração própria.



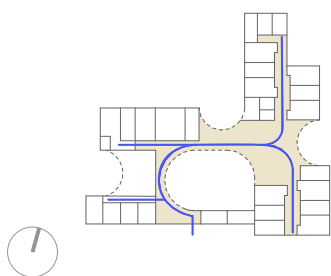
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA



02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO



03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPIITAL



04 UNIDADE URBAN HOSPICE

A configuração espacial das unidades está diretamente relacionada com o programa funcional e as características do edifício que a acolhe juntamente com a sua envolvente. Os casos de estudo seleccionados demonstram a variedade de respostas possíveis, tendo como base a forma dos espaços de distribuição do edifício. As soluções encontradas podem ser agrupadas em duas categorias principais: distribuição linear e distribuição radial. A primeira, exemplificada pela Unidade de São Bento de Arnoia e pela Unidade Maria José Nogueira Pinto, caracteriza-se por corredores lineares que distribuem o espaço de forma sequencial. A distribuição radial, presente na Unidade Urban Hospice, organiza-se em torno de um núcleo central, o pátio. A Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, por sua vez, combina ambos os sistemas, organização radial em torno de um pátio e um corredor linear, resultando numa planta em forma de P. [FIGURA 30]

Esta análise formal aos casos em estudo revela também uma diversidade de soluções volumétricas, com influência na organização do programa e no funcionamento de cada unidade. A Unidade Maria José Nogueira Pinto, com uma estrutura vertical distribui as unidades funcionais em diferentes pisos, o que permite uma clara separação entre os diferentes níveis de cuidados (sendo que cada piso corresponde a uma tipologia de cuidados). Em contrapartida, os edifícios Unidade de São Bento de Arnoia e Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital adotam uma configuração horizontal, concentrando todas as suas funções num único piso, permitindo a fluidez de circulação. O edifício Unidade Urban Hospice, por outro lado, apresenta uma solução intermediária, com dois pisos organizados numa escala mais residencial. [FIGURA 29]

A distribuição e organização do edifício exerce uma influência determinante sobre a forma como os espaços são utilizados. As decisões tomadas na fase de projeto, ao definir a disposição dos ambientes e os fluxos de circulação, estabelecem as condições básicas para a ocupação do edifício, limitando e potencializando as possibilidades de uso. Ao longo das visitas foi demonstrado pelos vários profissionais de saúde, a preferência pela distribuição horizontal do edifício face à estrutura vertical, por favorecer a autonomia a deambulação voluntária, bem como o contacto com o ambiente exterior.

■ espaço central de circulação
— eixo de distribuição

0 20 40

02.2. COMPARAÇÃO DE ABORDAGENS DE PROJETO

A partir da observação *in situ* das Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos, constataram-se divergências significativas entre a legislação vigente e a materialização espacial dos programas. Procedeu-se, então, a uma análise comparativa das diferentes abordagens de projeto aplicadas ao programa funcional, utilizando os casos de estudo como base de pesquisa. A seleção dos espaços analisados foi determinada através de conversas com os profissionais, identificando aqueles que se mostraram relevantes durante as visitas e que apresentaram estratégias de desenho distintas entre as unidades.

Área de Recepção e Mediação

Esta área representa o primeiro contacto dos usuários com a unidade, integrando funções destinadas à recepção dos novos pacientes, ao atendimento familiar e social e às funções administrativas.

A zona de recepção difere entre o contexto português e o estrangeiro. À semelhança dos Centros de Cancro Maggie¹⁷⁶, as duas unidades estrangeiras em estudo optam por uma entrada informal que se distancia dos padrões institucionais. Por esse motivo, a entrada caracteriza-se por ser uma área de boas-vindas com mobiliário convidativo¹⁷⁷, substituindo as habituais zonas de balcão de recepção e sala de espera das unidades hospitalares. Segundo esta lógica, a zona administrativa, embora presente, é discretamente integrada no ambiente, procurando minimizar a percepção de espaço burocrático¹⁷⁸.

A eliminação de barreiras físicas e visuais, como balcões e salas de espera e a introdução de elementos que remetem ao lar, como sofás e cadeiras, contribuem para a construção de um ambiente que acolhe os pacientes. A Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, mesmo inserida numa estrutura hospitalar, demonstra um esforço para mitigar essa associação de ambiente clínico. Essa abordagem contrasta com a encontrada nas unidades portuguesas que, mesmo distanciadas do contexto hospitalar, tendem a perpetuar a imagem tradicional de recepção.

► 31 Planta aproximada, área de recepção, 1:200 (página seguinte). ©Elaboração própria.

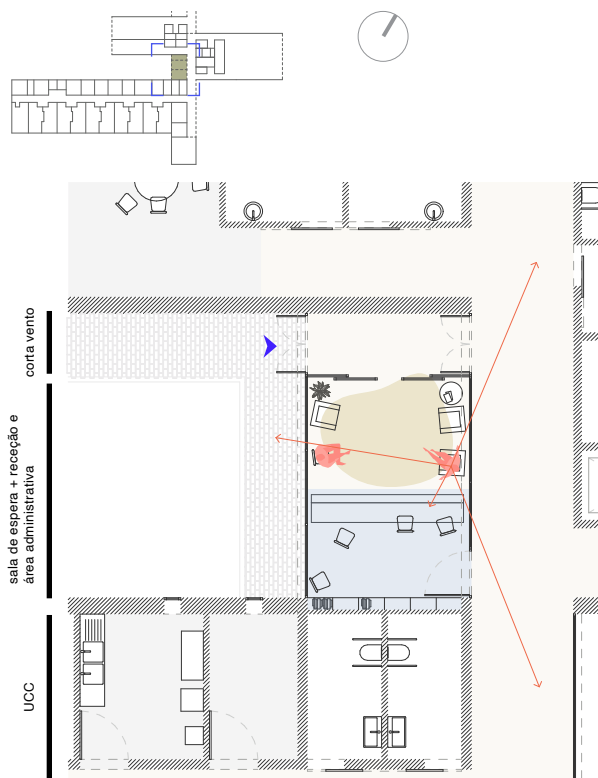
176 Os Maggie's Cancer Centres foram anteriormente apresentados e contextualizados no Capítulo 1 (secção 01.2), onde se discute o seu papel como exemplo relevante de boas práticas. A sua origem e conceito são mencionados na nota de rodapé n.º 133 do referido capítulo.

177 “We think of this as a “pause” space, in which a newcomer can see and assess what’s going on without feeling they have to jump right in. [...] There should be somewhere for you and a friend or relative to sit, a shelf with some books and an ability to assess, more or less, the layout of the rest of the building.” Maggie’s Keswick Jencks Cancer Caring Trust, *Maggie’s Architecture and Landscape Brief* (2015).

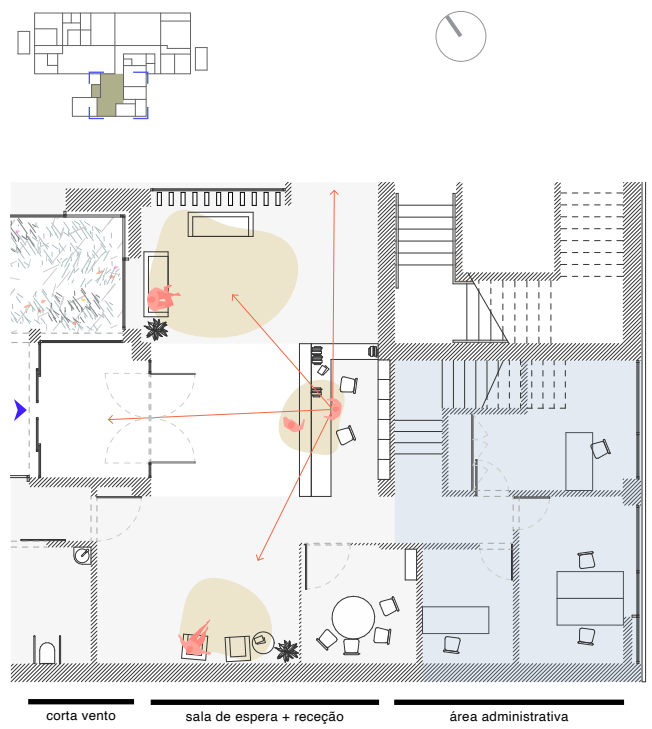
178 “The office space should be discreet but positioned so that a member of staff working at their desk can spot somebody new coming in to the Centre, (there will be no reception desk).” Maggie’s Keswick Jencks Cancer Caring Trust, *Maggie’s Architecture and Landscape Brief* (2015).

// ÁREA DE RECEÇÃO

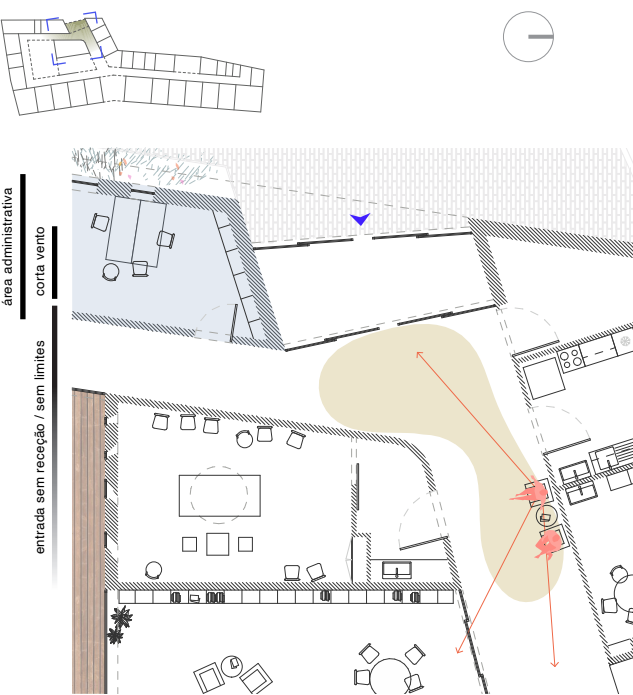
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA



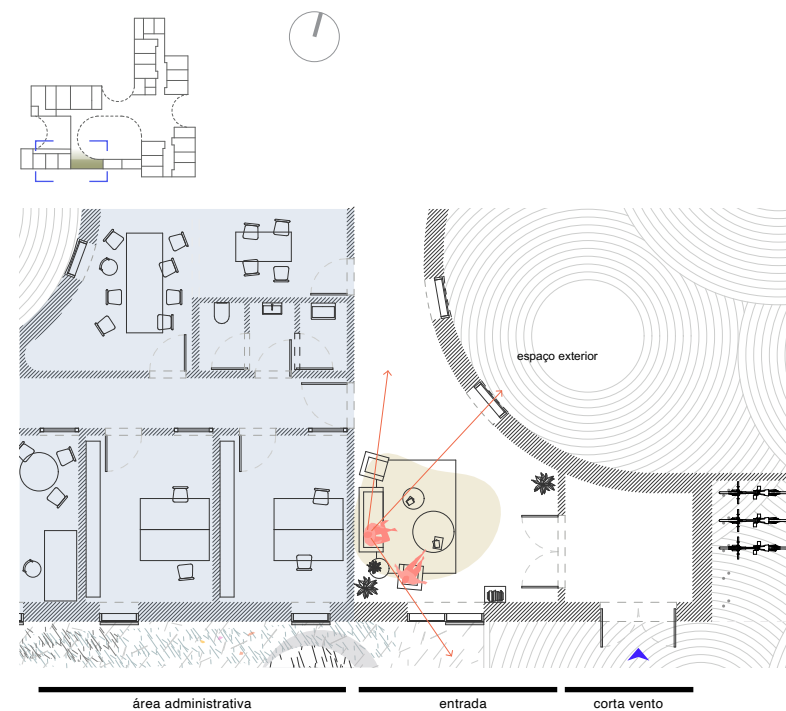
02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO



03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



04 UNIDADE URBAN HOSPICE



Área Comum e Social

179 Philippe Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés* (Paris: Le Moniteur, 1997), 100.

180 Arnaut, "Edifícios de Saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função," 95.

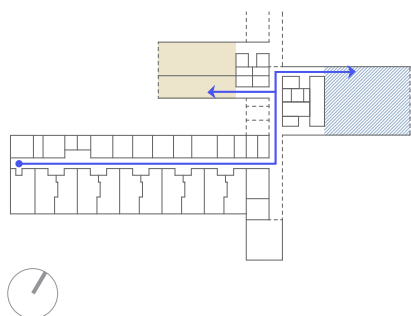
181 Os *hospices* incorporam inúmeros princípios de desenho semelhantes aos utilizados nos centros de apoio oncológico Maggie, com o objetivo de proporcionar um cuidado humanizado. Maggie Keswick Jencks, *A View From the Front Line*, ed. Marcia Blakenham (London: Maggie's Cancer Caring Centre, 2007), 29.

▼ **32** Diagramas de identificação esquemática dos espaços de refeições e dos espaços de convívio. ©Elaboração própria.

A área comum integra todos os espaços que se destinam à utilização coletiva e à socialização entre pacientes, familiares e profissionais. Essencial para o desenvolvimento da interação social, abrange espaços como a sala de refeições e/ou cozinha, a sala de convívio e atividades, assim como a sala de culto, destinada à crença para prática individual ou coletiva. A sua atmosfera deve ser apropriada à meditação e reflexão e deve permanecer neutra sem qualquer preferência ou predominância religiosa¹⁷⁹.

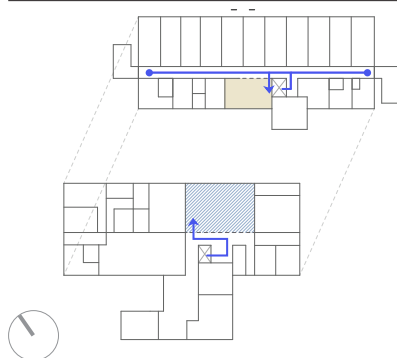
Evidencia-se uma nítida divergência nas abordagens arquitetônicas das áreas sociais entre as unidades. As unidades portuguesas e austríaca distinguem-se por uma abordagem clínica, procedente dos antigos modelos de saúde, caracterizada pela segmentação funcional dos espaços¹⁸⁰. Esta segmentação resulta numa configuração espacial específica, onde cada divisão possui uma função particular e exclusiva. Essa organização é evidente nas três unidades, onde a sala de convívio e o refeitório são espaços distintos e independentes um do outro.

01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA

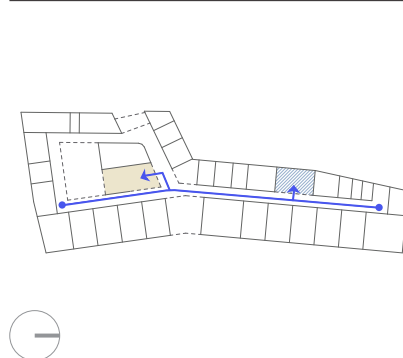


02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

PISO R/C + PISO TIPO



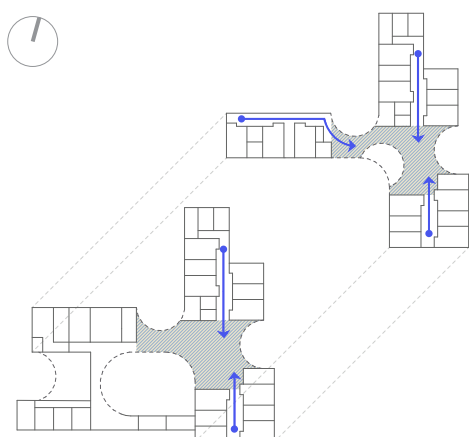
03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



0 20 40

04 UNIDADE URBAN HOSPICE

PISO R/C + PISO 1



▨ sala de refeições

■ sala de convívio

➡ percurso de circulação desde os quartos até às áreas sociais

Contrariamente ao exposto, e utilizando como referência a Unidade Urban Hospice, observa-se uma área multifuncional que integra diversas atividades, desde refeições, convívio, lazer e introspeção. Esta solução demonstra uma clara tendência de humanizar o cuidado manifestando-se no espaço projetado uma atmosfera familiar e acolhedora. Neste contexto, a área social emerge como núcleo central da vida comunitária organizando a unidade de forma análoga a uma estrutura familiar¹⁸¹.

Verifica-se, então, uma distinção entre a tradicional segmentação programática e funcional dos espaços clínicos, comum em unidades portuguesas, e a convergência de usos no espaço do *hospice*. Esta última estratégia procura atingir um ambiente mais familiar, para promover um cuidado mais humanizado.



▲ 33 Maggie's Yorkshire Centre, Leeds (2020). Espaço da cozinha enquanto elemento central do edifício, concebido por Heatherwick Studio.

182 Administração Central do Sistema de Saúde, *Recomendações Técnicas para Unidades de Internamento*, 15.

183 A ULDM D. Elvira Câmara Lopes, de Póvoa de Lanhoso, embora não faça parte dos casos de estudo selecionados, apresenta uma característica comum com um dos casos analisados: a sala de refeições localiza-se num andar diferente do andar de internamento. Essa configuração, que exige o deslocamento dos pacientes por elevadores, resulta na falta de utilização dessa divisão pelos pacientes, semelhante ao que acontece na Unidade MJNP. Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

184 Congsi Hou, "Mapping the Days. The relationship between the built environment in day-care centers and the spontaneous activities of people with dementia" (Tese de Doutoramento Universidade Técnica de Dresden, 2018), 90.

185 A utilização do elevador foi realçada como um elemento dificultador da deambulação e mobilidade dos utentes, pois exige o acompanhamento do paciente por um profissional. Se a unidade se desenvolver num só piso os utentes teriam autonomia para se movimentar livremente, sem necessitar de apoio e os profissionais apenas necessitavam de acompanhar o percurso do paciente visualmente. Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

186 A premissa de ambiente familiar e acolhedor subjacente à conceção deste estabelecimento resultou na configuração da cozinha como o espaço matriz que articulou os demais espaços interiores e exteriores.

Outro aspeto a ser considerado nas áreas comuns é a importância da sala de refeições para a normalização do cuidado. Conforme as diretrizes da ACSS¹⁸² os espaços para refeições em unidades de internamento são considerados essenciais, sendo desejável que os pacientes façam as suas refeições fora do quarto. Esta prática possibilita um momento de estímulo e uma mudança do ambiente de repouso para um ambiente coletivo, idêntico ao que ocorre no quotidiano do seio familiar. Apesar desta recomendação, estas divisões são pouco utilizadas em algumas unidades portuguesas¹⁸³, devido à disposição do programa. Como explicado anteriormente, a configuração espacial do edifício exerce uma influência direta sobre o comportamento dos pacientes. Assim, a distância a percorrer entre os quartos e as divisões sociais¹⁸⁴, bem como a presença de obstáculos à circulação livre, como elevadores¹⁸⁵, pode comprometer a utilização desses espaços pelos pacientes, principalmente pelos mais debilitados, conforme será demonstrado de seguida.

Durante a visita à Unidade Maria José Nogueira Pinto, foi mencionado que ambos os refeitórios não eram utilizados pelos pacientes. O refeitório localizado no rés-chão é utilizado apenas por funcionários ou visitantes. O outro, destinado a funcionários e pacientes paliativos, localizava-se no último piso e foi posteriormente transformado num quarto triplo, o que pode revelar uma desvalorização desta área ou a falta de eficiência do seu desenho. Em ambos os casos os pacientes fazem as suas refeições no quarto ou na sala de convívio.

Assim sendo, considera-se que o desenho e a proporção do refeitório, resultantes das decisões de projeto, são fatores determinantes para o seu aproveitamento, revelando uma incompatibilidade com as necessidades da unidade. A conceção da sala de refeições com uma área de 120,73m², para acomodar todos os pacientes da unidade de cuidados continuados, exigiu a sua localização no rés-do-chão, o que gerou a necessidade de deslocamento vertical dos pacientes, comprometendo a acessibilidade e o uso desse espaço.

Em contrapartida, na Unidade de São Bento de Arnoia, a sala de refeições apesar de distanciada da ala de internamento, encontra-se na mesma cota; esta configuração encoraja a sua utilização exclusivamente nas horas de refeição, facilitando a deambulação e autonomia dos pacientes. Neste caso, o distanciamento da sala de refeições não restringe a sua utilização por se encontrar no mesmo piso dos quartos, permitindo criar duas áreas: uma mais reservada de descanso e outra de contacto social.

Todavia, nos casos estrangeiros, a área de refeições é claramente utilizada, uma vez que, é desenhada de forma diferente. Estes espaços integram cozinhas ou kitchenettes e são pensados como locais de convívio que exploram a vida em comunidade, onde os pacientes se podem reunir à volta da mesa. Como é visível na Unidade Urban Hospice, a zona de convívio está associada à área de refeições, resultando num espaço amplo que funciona como uma rótula entre a unidade¹⁸⁶. Esta divisão é um espaço de reunião e de partilha entre os pacientes, assemelhando-se à ideia da cozinha de uma casa (ideia vastamente explorada pelos Centros de Cancro Maggie). Como

187 Entre as atividades terapêuticas, a cozinha apresenta um lugar essencial para pacientes de idade avançada ou pacientes internados durante um período extenso, de forma a manterem o contacto com atividades e preocupações do quotidiano.

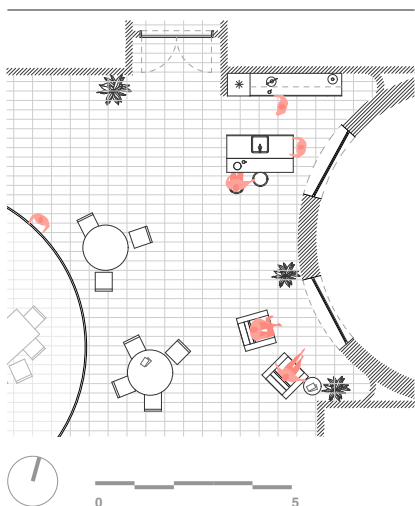
▼ **34|35** Planta aproximada (1:200) e axonometria representativa da espacialidade da área de refeições. Apesar das diferenças dimensionais, ambas as propostas procuram alcançar um ambiente de carácter familiar, promovido pela configuração de um espaço análogo à cozinha doméstica, entendido como núcleo agregador e potenciador de convivência. ©Elaboração própria.

apoio a esta divisão existe uma cozinha/copa onde são preparadas as refeições pelos profissionais. Assim, a kitchenette é utilizada pelos pacientes ao longo do dia para prepararem pequenas refeições ou bebidas, contribuindo para a sensação de autonomia do paciente¹⁸⁷. Além disso, esse espaço está ligado ao exterior permitindo a sua extensão para o pátio, como acontece também no seio familiar.

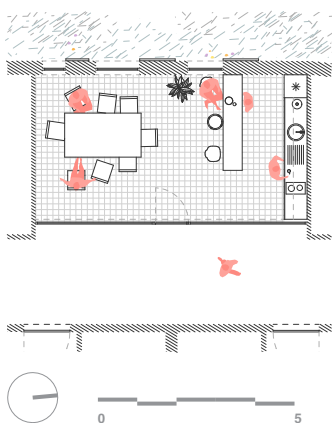
Desta forma, entende-se que a integração de salas com dimensões menores, distribuídas por piso ou ala de internamento, com uma pequena kitchenette, que possa comunicar com as áreas de estar, facilitaria o acesso e o uso aos pacientes de cada piso, e tornaria o espaço da unidade mais idêntico à casa do paciente. A Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, adota uma abordagem semelhante, dispondo de uma sala de refeições com uma pequena kitchenette de 20,63m², promovendo uma maior acessibilidade e frequência de uso.

04 UNIDADE URBAN HOSPICE

PISO 1



03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



Área Privada do Doente

Numa unidade de saúde, o quarto é a célula base do seu funcionamento. A qualidade deste espaço é fundamental para garantir a privacidade e segurança do utente, como também o sucesso da sua recuperação. Neste sentido, o desenho destes espaços depara-se com dois desafios: por um lado, assegurar a privacidade do doente, sem causar sentimentos de isolamento, e, por outro, criar uma atmosfera acolhedora numa unidade institucional.

A discussão sobre a utilização de quartos individuais ou partilhados em ambientes de saúde revela a complexidade da relação entre o espaço físico e o bem-estar do paciente¹⁸⁸. A privacidade do doente, embora fundamental, deve ser equilibrada com a promoção da socialização e contacto humano. A ausência de estímulos sociais e a sensação de isolamento podem contribuir para o agravamento de quadros clínicos de ansiedade e depressão¹⁸⁹. Alguns autores¹⁹⁰ acreditam que os quartos com mais de uma cama podem oferecer um contacto social valioso para pacientes hospitalizados por longos períodos e em reabilitação ou para pacientes em fim-de-vida.

No entanto, a utilização de quartos duplos ou triplos pode aumentar a ansiedade, a agitação e o stress, resultando na preferência dos pacientes por quartos privados ou semiprivados¹⁹¹. Assim, acredita-se que o sistema de quarto individual não deve excluir a possibilidade de quartos adjacentes ou comunicantes de maneira a equilibrar a necessidade de privacidade com o desejo de companhia.

Tanto os Cuidados Paliativos portugueses¹⁹² como estrangeiros privilegiam os quartos individuais, para permitir a privacidade total do utente e da sua família. As unidades devem estar preparadas para receber os familiares que queiram pernoitar ou participar no cuidado do doente, devendo incluir espaço e mobiliário adequado à sua estadia. Em contrapartida, nas Unidades de Cuidados Continuados é comum a utilização de quartos duplos para favorecer o contacto social e a entreaajuda entre pacientes. Os quartos triplos são raros, surgindo geralmente como exceções ou adaptações realizadas posteriormente com o intuito de aumentar a capacidade de camas¹⁹³.

A Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, em Viena, implementou uma solução que consiste no desenho de dois quartos semiprivados, cada um com casa de banho individual, articulados por uma parede deslizante que pode ser aberta ou fechada conforme as necessidades de privacidade. Esta configuração, embora implique um menor número de camas por área, demonstra uma flexibilidade que permite adaptar o ambiente às necessidades individuais de cada paciente, o que representa um avanço na humanização dos espaços hospitalares.

188 R. Sagha Zadeh et al., “Environmental Design for End-of-Life Care: An Integrative Review on Improving the Quality of Life and Managing Symptoms for Patients in Institutional Settings,” *J Pain Symptom Manage* 55, no. 3 (Mar 2018), <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011>.

189 Ulrich, “Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research,” 101-02.

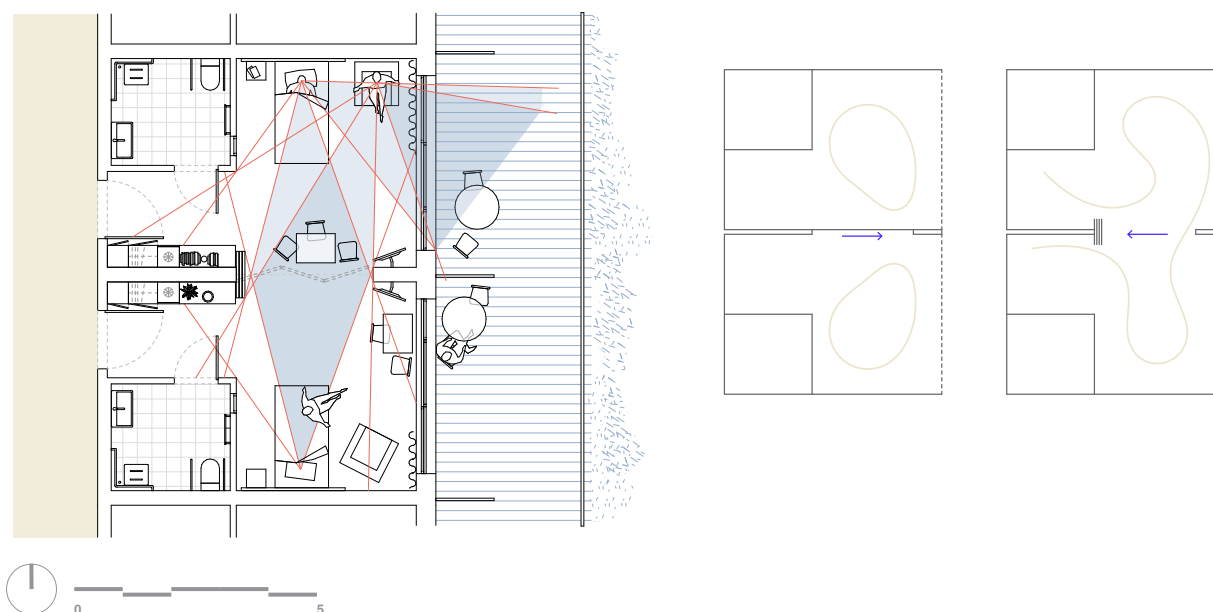
190 Carpmann and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 230.

191 Idem, *ibidem*.

192 Conversa com Dr.^a Anabela Moira, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

193 Como é o caso da Unidade de São Bento de Arnoia em Celorico de Basto, com a extensão da unidade, e da Unidade Maria José Nogueira Pinto em Cascais, com a alteração do programa funcional de algumas divisões.

03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



▲ 36 Relação visual entre os dois quartos individuais com ligação por parede deslizante. Esta configuração permite a comunicação e socialização entre os doentes, ao mesmo tempo que garante a possibilidade de privacidade voluntária, assegurada pelo mecanismo de separação móvel. ©Elaboração própria.

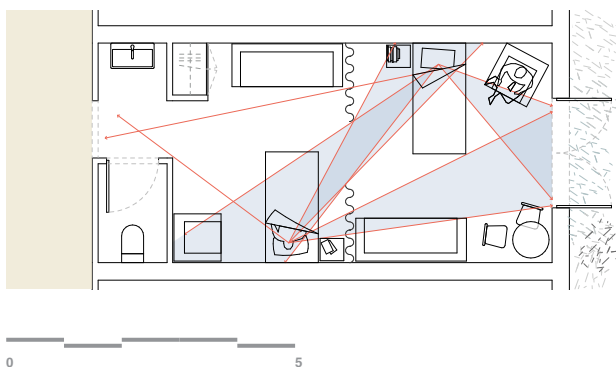
► 37 Esquema ilustrativo da articulação entre os dois quartos, evidenciando as possibilidades de separação e comunicação proporcionadas pela abertura ou fecho da parede deslizante. ©Elaboração própria.

▼ 38 Relação visual entre os doentes que coabitam o quarto duplo, na disposição *toe-to-toe*, representada em planta. ©Elaboração própria.

194 Pedrosa, "La arquitectura de la experiencia de la muerte : una aproximación al espacio del final de la vida," 130.

Esta proposta de quartos semiprivados conectados por uma parede móvel e com kitchenette, apresenta ser uma solução adaptável a unidades de cuidados paliativos. A possibilidade de alterar a tipologia do quarto consoante as necessidades individuais dos pacientes por maior privacidade ou interação social, e a integração de uma pequena kitchenette, permitem ao paciente maior controlo sobre o espaço privado que o envolve. Este desenho representa uma resposta de espaços personalizados e flexíveis e será explorado no terceiro capítulo.

Outra disposição que permite a comunicação entre pacientes é a solução de quarto duplo *toe-to-toe*¹⁹⁴, onde as duas camas se encontram frente a frente, mas desencontradas, podendo socializar, ter acesso às vistas da janela, controlar o acesso ao quarto e controlar alguma privacidade voluntária através da cortina. Esta solução demonstra-se mais apropriada a ambientes de cuidados continuados, atendendo às preferências e necessidades específicas desse contexto, quarto duplo, e distancia-se da configuração mais comum encontrada em ambas as unidades portuguesas (duas camas lado a lado separadas por cortina).



Adicionalmente às questões de privacidade, a implementação de elementos divisórios móveis, sejam eles paredes, portas ou cortinas, revela-se fundamental para garantir a contenção de possíveis agentes patogênicos e minimizar o risco de infecção cruzada entre pacientes¹⁹⁵. Desta forma, todas as soluções apresentadas representam uma solução ótima neste contexto.

Mudando o foco para a área de banhos assistidos, a legislação e as diretrizes técnicas determinam a existência desta divisão em todas as unidades de saúde, com dimensões que permitem a realização de procedimentos de higiene com eficiência. Paradoxalmente, a observação das unidades visitadas revela uma realidade unanimemente distinta, caracterizada pela falta de utilização desses espaços e pela sua adaptação para outras finalidades, como arrumação.

Vários profissionais manifestaram a sua preferência pela realização dos procedimentos de higiene do doente dentro do quarto, desde que as dimensões da instalação sanitária o permitam, evitando assim o transporte desnecessário dos doentes pelos corredores. Essa discrepância entre a teoria e a prática evidencia a necessidade de uma análise crítica das soluções adotadas e de uma maior articulação entre as normas e as necessidades dos pacientes. Além disso, a falta de espaços para arrumação de material médico é também uma questão pertinente, pois resulta na acumulação desse material nos corredores, ou noutras divisões.

A consequência desta situação é a perda de uma área potencialmente útil para outros fins, que fica empatada por uma divisão não utilizada. Como exemplo utiliza-se a Unidade Maria José Nogueira Pinto, que transformou a divisão do banho assistido e sala de tratamento num quarto duplo, sendo que nos restantes pisos é utilizada como arrumos.

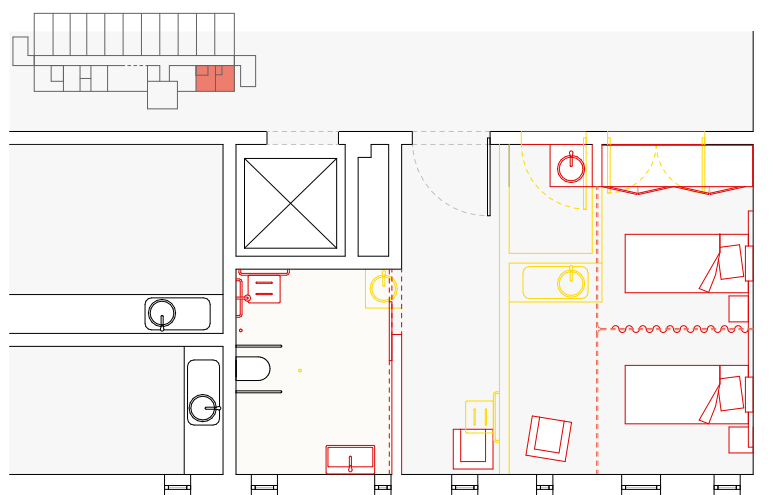
195 Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

▼ **39** Intervenções nas áreas de banhos assistidos e sala de tratamentos no piso 1. As representações a vermelho e amarelo assinalam as alterações introduzidas posteriormente ao projeto original. ©Elaboração própria.

► **40** Diagrama ilustrativo das alterações de uso realizadas com o objetivo de aumentar a capacidade de internamento. ©Elaboração própria.

02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

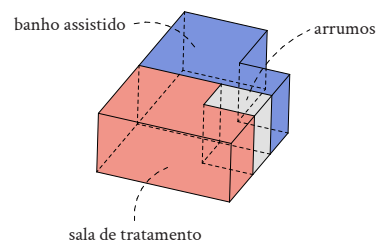
PISO 1



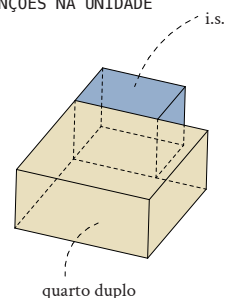
arrumos 2 m²
 banho assistido 15,4 m² sala de tratamento 16 m²
 quarto duplo 27,6 m²
 c/ i.s. 35,5 m²



PROJETO SARAIVA ASSOCIADOS
 PISO TIPO



INTERVENÇÕES NA UNIDADE
 PISO 1



Área de Tratamento

Área de tratamento compreende o espaço de reabilitação física e cognitiva que acolhe as práticas dos fisioterapeutas, bem como o espaço destinado às práticas médicas e de enfermagem inerentes a qualquer unidade de saúde. Aqui a relação entre profissionais e doente é reforçada e é registrada a evolução clínica do paciente.

A criação de espaços adequados à fisioterapia é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados. Além das áreas de tratamento equipadas com máquinas e materiais específicos, é essencial contar com espaços de arrumação adequados para organizar esses recursos. Conforme as críticas apontadas pelos profissionais entrevistados¹⁹⁶, a falta de áreas de armazenamento é uma das principais deficiências desses espaços. Outra necessidade crucial é a implementação de um espaço central onde os fisioterapeutas possam registrar e acompanhar de forma eficiente a evolução dos pacientes, similar a um posto de enfermagem¹⁹⁷.

Em edifícios com vários pisos e ginásio no rés-chão, como é o caso da Unidade Maria José Nogueira Pinto, as zonas de circulação vertical com elevadores, devem ser complementadas por áreas de espera espaçosas e bem iluminadas, permitindo que os pacientes aguardem pelo elevador confortavelmente, sem causar agrupamentos e evitando o congestionamento desses espaços. Atualmente, a área de espera em frente ao elevador da Unidade MJNP, não atende a esses requisitos, o que pode gerar desconforto aos pacientes que aguardam de pé a chegada do elevador. A criação de ambientes mais agradáveis nesses locais contribui significativamente para a comodidade dos utentes, demonstrando a importância de considerar detalhes aparentemente secundários na arquitetura da unidade¹⁹⁸.

196 Conversa com Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023.

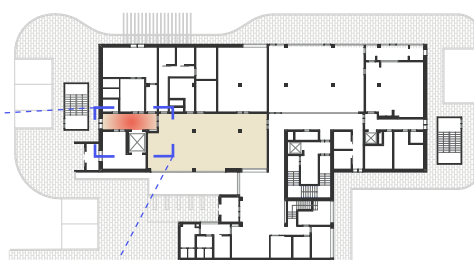
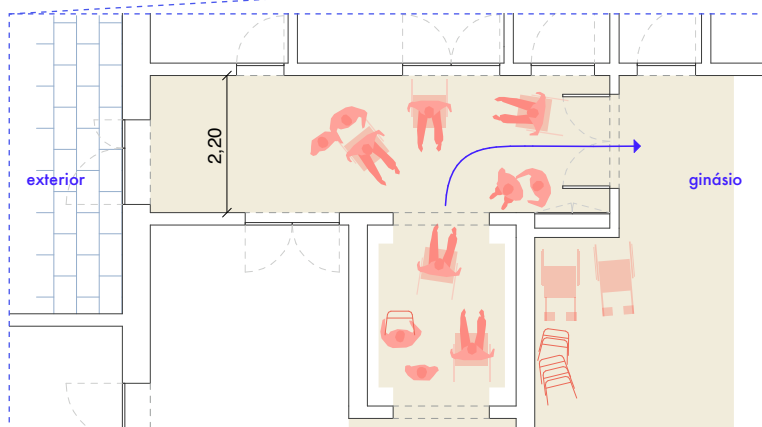
197 Idem.

198 “[...] *waiting in itself is not so bad – it’s the circumstances in which you have to wait that count. Overhead (sometimes even neon) lighting, interior spaces with no views out and miserable seating against the walls all contribute to extreme mental and physical enervation.*” Jencks, *A View From the Front Line*, 21.

▼ **41** Planta aproximada do rés-do-chão. Registo do problema de insuficiência de espaço em frente ao elevador de acesso ao ginásio, observado durante a visita realizada a 13 de setembro de 2023. ©Elaboração própria.

02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

PISO R/C



≈ 16 m²
≈ 120 m²

Com uma área de ginásio de aproximadamente 120 m², a área de acesso à circulação vertical, com cerca de 16 m², é insuficiente e desqualificada: sem luz natural, sem cadeiras e sem espaço suficiente para esperar.



A Unidade de São Bento de Arnoia, utiliza o espaço de circulação adjacente ao ginásio como espaço complementar para atividades de deambulação terapêutica¹⁹⁹. Esta abordagem reflete uma conceção interessante demonstrando como os espaços de circulação podem ser adaptados para complementar o tratamento, e será explorado no capítulo seguinte, no ponto **Uso Positivo da Circulação**.

Seguindo a linha de raciocínio sobre a otimização do desenho dos espaços de tratamento, o posicionamento do posto de enfermagem face à disposição dos quartos exerce um papel importante na assistência e acompanhamento dos pacientes. Por questões de segurança e vigilância, este espaço deve estar estrategicamente localizado de modo a permitir ao enfermeiro, a partir desse local, uma visualização ampla e direta da unidade. Essa configuração facilita a monitorização constante dos pacientes, o controlo de acessos e a pronta resposta a eventuais solicitações²⁰⁰.

As unidades portuguesas e austríaca demonstram uma compreensão clara dessa premissa, apresentando uma localização central entre os quartos e com vista para as principais circulações verticais. Destaca-se a abordagem contrastante da Unidade Urban Hospice que procura disfarçar o ambiente institucional ao eliminar a presença do balcão do posto de enfermagem junto dos quartos.

Em resumo, a criação de espaços de tratamento eficazes exige uma cuidadosa consideração de diversos fatores, desde a organização do material até à criação de ambientes que promovam o bem-estar dos pacientes. Ao atender a essas necessidades é possível otimizar os processos de tratamento.

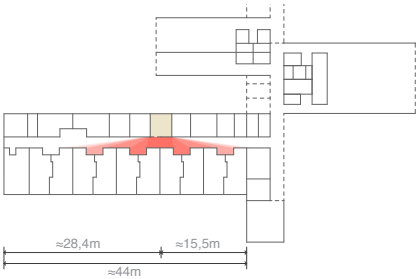
199 Conversa com Dr.ª Maria Graça Mota, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Celorico de Basto, Unidade de São Bento de Arnoia, 17/03/2023.

200 Conversa com Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023.

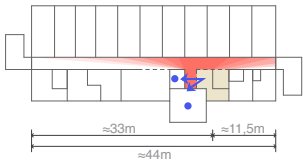
▼ **42** Diagramas de identificação esquemática da relação de visibilidade entre o posto de enfermagem e os quartos, com destaque para a proximidade à circulação vertical. ©Elaboração própria.

- área de visibilidade
- posto de enfermagem
- acessos vertical e exterior
- controlo das áreas de acesso ao piso de internamento

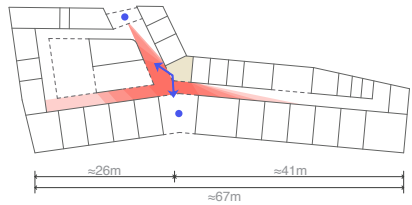
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA



02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO
PISO TIPO



03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



Área de Serviços Técnicos

A área de serviços técnicos é composta por todos espaços auxiliares que complementam e apoiam o cuidado do doente, com acesso restrito aos profissionais de saúde.

A sala de trabalho multifuncional foi referida, durante as visitas, como um espaço importante para a otimização do trabalho dos profissionais de saúde²⁰¹. Esse espaço, concebido para facilitar o contacto entre profissionais, a troca de ideias, a discussão de casos clínicos e a tomada de decisões conjuntas, promove o trabalho colaborativo entre profissionais de diferentes especialidades, extremamente importante em unidades que exigem o trabalho interdisciplinares. No entanto, a visita à Unidade Maria José Nogueira Pinto revelou que a ausência desse espaço constitui uma lacuna no desenho do programa funcional da própria unidade, como foi mencionado pelo Dr. Rafael Figueiredo.

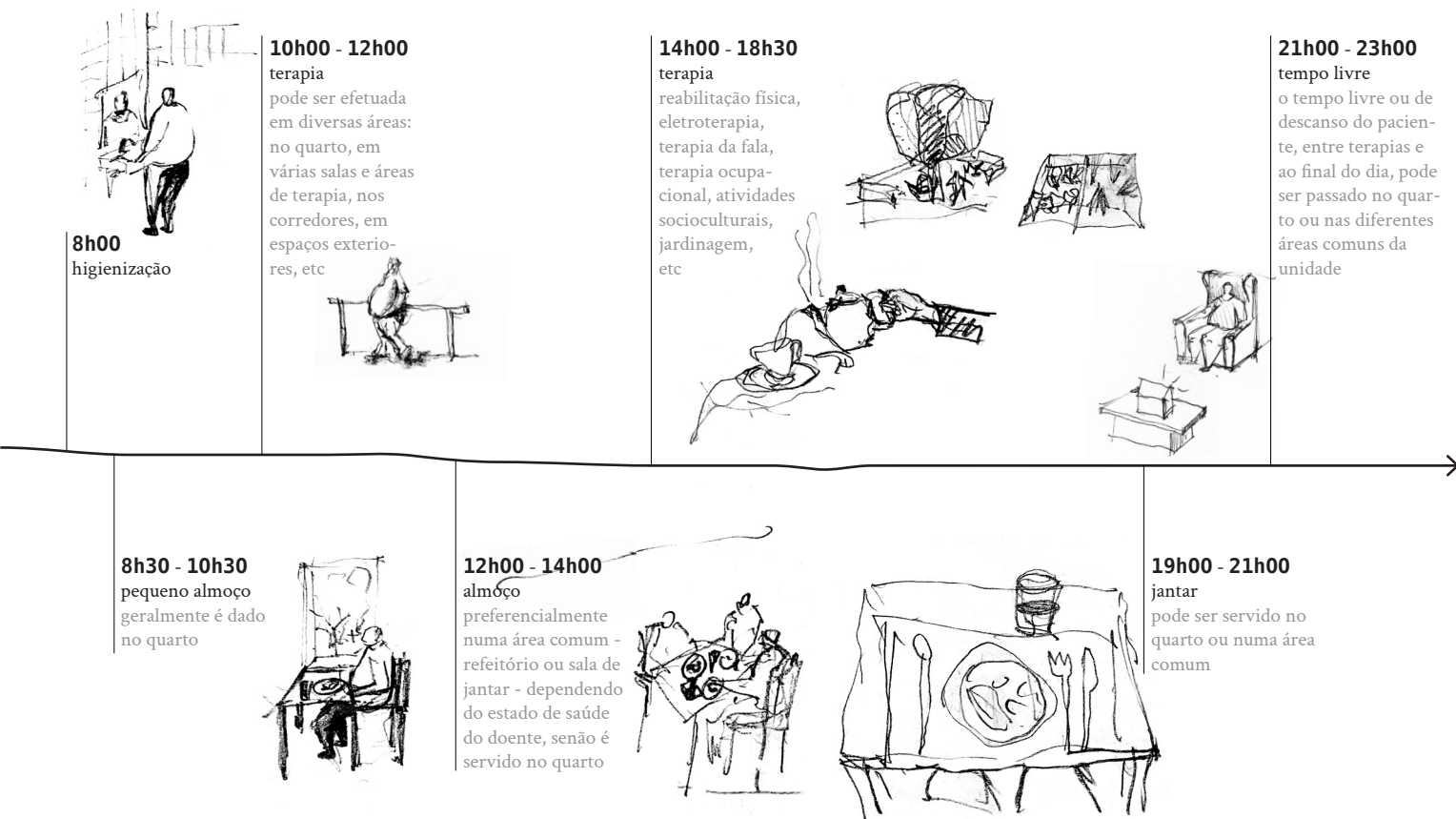
A falta de um espaço dedicado para a reunião da equipa multidisciplinar contrasta com outras soluções encontradas. Ao analisar os casos de estudo, percebe-se as diferentes abordagens na organização espacial das áreas de logística, das áreas de apoio ao pessoal, bem como dos gabinetes de tratamento médico e de enfermagem. Por exemplo, a Unidade Urban Hospice agrupa essas divisões numa área, dissimulando a sua presença na unidade. Por um lado, esta disposição espacial afasta a atenção do doente das áreas mais clínicas e institucionais para áreas mais confortáveis. Por outro, permite que os profissionais tenham um espaço reservado de concentração, sem a distração e interrupção dos restantes utentes e familiares. Enquanto nas restantes unidades, as áreas técnicas e clínicas são explicitamente incorporadas no projeto arquitetónico, aparecendo integradas no núcleo dos quartos, demonstrando a importância dessas funções para o funcionamento da unidade.

Em contraste com as demais unidades estudadas, a Unidade Urban Hospice apresenta uma solução distinta quanto à integração da casa mortuária. Esta é uma divisão importante para as unidades em estudo, devido ao número elevado de pacientes em situações de fim-de-vida. É comum, em várias unidades de tratamento paliativo e continuado, como é o caso das unidades portuguesas, a existência de uma entrada de serviço separada e fora de vista, para os agentes funerários e para a retirada dos cadáveres. Porém, a Unidade Urban Hospice, assume a inexistência desta divisão por defender que desta forma, a morte é mais normalizada entre os utentes²⁰².

201 Conversa com Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023.

202 Segundo Helle Tingrup, diretora da Unidade Urban Hospice, “a morte e a vida partilham a mesma entrada”, desta forma, não existe uma morgue separada: os corpos permanecem no local durante 24 horas, para que as famílias e amigos possam visitá-los e prestar a sua última homenagem. As famílias podem acompanhar o caixão enquanto este é conduzido através das áreas públicas do edifício e pela porta da entrada até ao carro funerário. Hugh Pearman. 2 de julho de 2017 *Architectural*. Acedido a 19 de dezembro de 2022. <https://www.architecturalrecord.com/articles/12818-urban-hospice-by-nord-architects-copenhagen>

DIA-A-DIA DO DOENTE



• O tempo dedicado à terapia representa a principal componente do quotidiano do doente.

O plano terapêutico é previamente delineado, sendo que, ao longo do dia e/ou da semana, o paciente transita entre diferentes áreas terapêuticas, consoante os objetivos definidos.

Entende-se por terapia o tempo acompanhado por profissionais, que pode incluir um conjunto diversificado de atividades de natureza física, social, cultural ou psicológica.

• • Nas Unidades de Cuidados Paliativos, há menos foco na reabilitação física intensiva, mas continuam a existir terapias e atividades adaptadas e acompanhadas por profissionais, com o intuito de estimular o doente. Nestas situações, o tempo livre tende a ser mais alargado, sendo maioritariamente dedicado ao descanso.

• • • O tipo e a diversidade de espaços disponíveis variam consoante a unidade, o que implica que algumas atividades sejam adaptadas à realidade espacial e funcional de cada contexto.

O tempo livre pode ser tempo de descanso ou de lazer autónomo.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES E ESPAÇOS ELEMENTARES

O espaço do doente pode ser estruturado em três esferas interdependentes: o espaço exterior à unidade (jardim), o espaço interior comum (área comum) e o espaço interior privado (quarto). Este conjunto, representa espaços essenciais na estadia do doente, formando assim o ambiente elementar para a sua recuperação²⁰³. O quarto constitui a parte mais íntima, de regeneração, descanso e tranquilidade. A área comum inclui todas as áreas sociais internas que possibilitam a socialização, entreajuda e partilha de experiências. Por fim, o jardim representa a liberdade de movimento, pois constitui o espaço em que o paciente estabelece contacto com a natureza e em que se afasta do ambiente clínico.

Os espaços de ligação que se conectam entre eles e as suas diferentes combinações devem ser considerados como espaços intermediários que moldam a relação do indivíduo com o ambiente construído, com a natureza e com os fluxos de movimento e atividade.

A perceção do espaço pelo paciente é definida por fronteiras físicas e psicológicas que se entrelaçam. Desta forma, o espaço interior privado - quarto - é percecionado como território pessoal delimitado por barreiras físicas; e o restante espaço – espaço exterior ao quarto - é tudo o que não é sentido como próprio na experiência individual do paciente. A definição dessas fronteiras é fundamental para a criação e perceção de um ambiente de saúde coerente e confortável²⁰⁴.

Espaço interior privado < quarto >

Na ausência de uma definição clara do espaço privado, torna-se impossível qualquer análise que procura compreender a relação entre o edifício e o indivíduo que o habita. A compreensão básica do espaço mais íntimo é uma condição indispensável para se estabelecer um diálogo entre o sentimento de apropriação do espaço pessoal e do espaço comum²⁰⁵. A privacidade é, então, uma condição prévia para que o paciente possa estabelecer um sentimento de pretensão. O quarto, como núcleo da esfera íntima do doente, deve ser concebido como um refúgio, capaz de acolher as suas emoções e promover o bem-estar no processo de recuperação, integrando elementos que favoreçam a autonomia e reforcem as sensações desejadas.

A transição entre a zona íntima e o espaço interior comum deve ser pensada como um processo gradual, para que cada paciente possa julgar o nível de intensidade da relação com o espaço público, ou possa-se preparar para interações sociais. Assim é necessário pensar espaços intermediários que funcionem como zonas preparatórias para filtrar e purificar os estados de espírito dos doentes ou dos visitantes.

203 As conclusões apresentadas derivam das conversas – com a Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023, e com o Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023 – sobre os modos de utilização do espaço por parte do doente, o dia-a-dia do mesmo e os espaços fundamentais para o seu bem-estar na perspectiva dos profissionais.

204 Pedrosa, “La arquitectura de la experiencia de la muerte : una aproximación al espacio del final de la vida,” 149.

205 Idem, *ibidem*.

Espaço interior comum < área comum >

A conceção de espaços comuns deve privilegiar a flexibilidade, compatibilizando áreas de socialização e reclusão no seu desenho. Estes espaços devem ter características e escalas diferentes para que sejam propícios à conversa e à partilha de atividades, enquanto outros devem favorecer o fluxo de conversas íntimas, ou ainda favorecer a reflexão e o recolhimento, como acontece na esfera privada de uma casa²⁰⁶.

Ao analisar os espaços comuns das unidades de saúde, é fundamental reconhecer que as áreas de circulação transcendem a sua função primária de conectar diferentes ambientes. Estas propiciam a socialização espontânea e complementam os espaços de convívio tradicionalmente designados para tal. A vida quotidiana demonstra que a interação não se restringe a locais pré-determinados, mas ocorre de forma natural e fluida em diversos pontos do edifício. Desse modo, as circulações, por reunirem um maior fluxo de pessoas, configuram-se como locais mais propícios para a ocorrência de encontros casuais. Esta constatação, confirmada pelos profissionais²⁰⁷, aponta para a necessidade de repensar o desenho destas áreas, propondo integrá-las no sistema de espaços destinados à sociabilidade.

Neste sentido, acredita-se que a versatilidade dos espaços de circulação permite a sua adaptação a fins terapêuticos, podendo, além de servir as atividades sociais, complementar as áreas de recuperação e de medicina física. Assim, com o desenho adequado, os espaços de circulação podem-se tornar extensões do ginásio durante o período de treino ou estimular a prática de atividades de deambulação terapêutica fora do horário de tratamento formal do doente.

Espaço exterior da unidade < jardim >

Este espaço é caracterizado pelo seu contacto com o exterior que permite ao paciente fugir da realidade institucional e realizar atividades relacionadas com a natureza. Segundo vários estudos, o jardim tem efeitos positivos no alívio dos sintomas, nomeadamente, na redução do nível de stress dos pacientes, que, por sua vez, ajuda a reduzir o consumo de fármacos²⁰⁸. A terapia animal (contacto com animais) e a jardinagem (cuidar da horta e regar), são algumas atividades terapêuticas que ajudam a melhorar o bem-estar e a condição psicofísica do doente²⁰⁹. Para além das características mencionadas, é um espaço extremamente rico em cheiros, sons, cores e formas, que contribui para a estimulação sensorial dos pacientes, especialmente necessária para pacientes idosos e/ou com patologias do foro mental²¹⁰. O jardim é também um local de encontros e adequado para reunir visitantes externos.

A interação e comunicação destes diferentes espaços, através dos espaços de circulação, dos espaços de transição e da relação entre o espaço interior e exterior, são elementos espaciais que contribuem para o sucesso da estadia e consequentemente para o processo de recuperação do paciente, resultando na otimização do espaço terapêutico das unidades. Dessa forma, a importância destas áreas e o seu desenho otimizado serão analisados no capítulo seguinte.

206 Pedrosa, “La arquitectura de la experiencia de la muerte : una aproximación al espacio del final de la vida,” 128.

207 Dr. Rafael Figueiredo, Coordenador da Medicina Física e Reabilitação, Unidade Maria José Nogueira Pinto, 13/09/2023.

208 Clare Cooper Marcus and Marni Barnes, “Gardens in Healthcare Facilities: Uses, Therapeutic Benefits, and Design Recommendations,” (The Center for Health Design, Inc., 1995), 60-61.

209 Conversa com Dr.^a Anabela Moraes, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

210 Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.



PRINCÍPIOS CHAVE DE DESENHO . EXEMPLOS DE BOAS PRÁTICAS

- 03.1 Relação Interior - Exterior.** A Luz, a Paisagem e os Espaços Exteriores
 - Espaços Exteriores e a Dupla Experiência Sensorial
 - Relações Visuais entre a Paisagem e a Esfera Íntima do Paciente
 - Integração de Extensões Exteriores
 - Espaços de Transição entre o Interior e o Exterior
 - Posicionamento e Orientação dos Edifícios
- 03.2 Uso Positivo dos Espaços de Circulação.** Deambulação e Transição, a sua Função Terapêutica
 - Circulação Horizontal: o Repensar do Corredor
 - Corredores como Ruas
 - Corredor, um Espaço de vida e de Movimento
 - Circulação Vertical: Escadas como Zonas de Reabilitação
 - Transição entre o Quarto e o Espaço de Circulação
 - Otimização do Corredor Interior
 - Elementos Cromáticos
- 03.3 Transformação e Apropriação.** O Espaço Determinado e o Espaço por Determinar
 - Potencialidades do Sistema Modular
 - Flexibilidade e Conectividade do Quarto
 - Adaptabilidade a Diferentes Ambientes e Atividades
 - Espaços Evolutivos

03. PRINCÍPIOS CHAVE DE DESENHO . EXEMPLOS DE BOAS PRÁTICAS

◀44 Hôpital L'Eau Vive (1960), Soisy-sur-Seine, França. Nicole Sonolet e Philippe Paumelle (página esquerda).

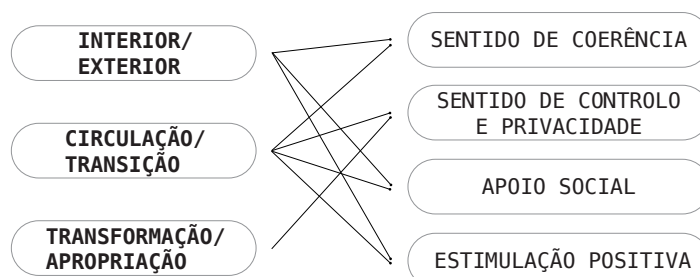
Nos capítulos anteriores, explorou-se a premissa de que o espaço físico exerce um papel fundamental na recuperação do paciente, transmitindo mensagens que podem influenciar positiva ou negativamente o processo de internamento. A análise aprofundou também o programa funcional e a organização das unidades de cuidados paliativos e de cuidados continuados permitindo identificar os espaços elementares do doente e os componentes espaciais intermediários como fatores cruciais na sua experiência. Verificou-se, assim, que a arquitetura, ao criar ambientes acolhedores e funcionais, pode influenciar significativamente o processo de cura.

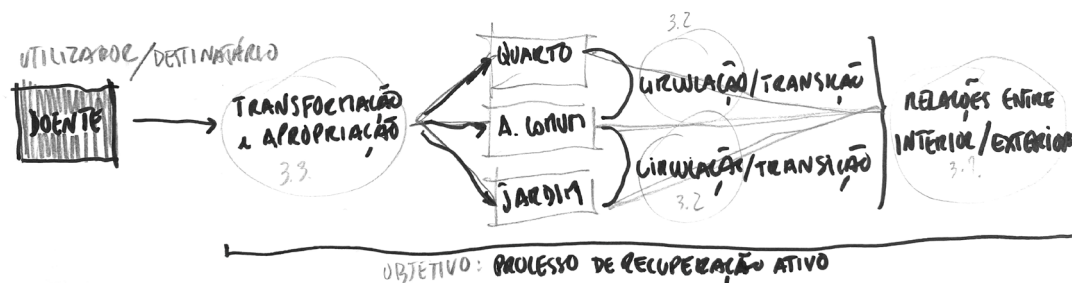
Neste contexto, o presente capítulo tem como objetivo aprofundar a investigação, analisando de forma comparativa três princípios-chave de desenho que podem otimizar a experiência do doente nestas unidades, nomeadamente:

1. **a relação interior - exterior** da unidade, que revela ser um fator essencial de conexão entre o indivíduo e a natureza;
2. **o uso positivo dos espaços de circulação**, por promoverem o sentido de coerência, de controlo e de privacidade, sendo espaços estimulantes e inspiradores que garantem o suporte social do mesmo;
3. **a transformação e apropriação** do espaço, que trabalha o sentido de controlo, autonomia e personalização do paciente.

A partir da análise comparativa dos quatro casos de estudo, e recorrendo a outros projetos de referência na disciplina da arquitetura, procura-se identificar as melhores práticas e as oportunidades de melhoria em cada um desses princípios, contribuindo para o desenvolvimento de projetos mais eficientes e humanizados em unidades de cuidados paliativos e em unidades de cuidados continuados.

▼45 Princípios chave de desenho em relação com os princípios orientadores para a promoção do bem-estar do doente. ©Elaboração própria.





03.1. RELAÇÃO INTERIOR – EXTERIOR

A LUZ, A PAISAGEM E OS ESPAÇOS EXTERIORES

▲ 46 Princípios chave de desenho em relação com os espaços elementares para o doente. ©Elaboração própria.

211 Catherine Maumi, "Landscape architecture according to Olmsted: beyond purifying the air, pacifying the mind," *Docomomo Journal* 62 (2020): 29.

212 "[...] hospital facilities often have surrounding exterior areas that distance them from the urban area. [...] they are rarely used beyond being a kind of buffer between the noise and bustle of urban traffic." Paulo Providência, "Seven notes on the program and design of healthcare buildings' rehabilitation," *Docomomo Journal* 62 (2020): 74.

213 Maumi, "Landscape architecture according to Olmsted: beyond purifying the air, pacifying the mind," 29.

214 Schweitzer, Gilpin, and Frampton, "Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health," 71.

215 "Thus, natural light, visual relationships to gardens and landscapes, [...] induce predispositions that facilitate healing; this is now "scientific evidence"" Providência, "Seven notes on the program and design of healthcare buildings' rehabilitation," 70.

216 TenHoor, "Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonole." *Terrain*, 2022.

Em primeiro lugar, é fundamental reconhecer a importância da natureza nas suas variadas dimensões na vida humana. No contexto urbano, os espaços verdes desempenham um duplo efeito curativo: além das funções biológicas, como a purificação do ar e a regulação do microclima, também exercem funções sociais ao contribuir para a saúde mental dos habitantes, proporcionando ambientes serenos capazes de estimular e apaziguar a mente²¹¹. Ao mesmo tempo, o ambiente frenético da cidade pode ser comparado ao panorama igualmente intenso e stressante das instalações hospitalares. A mesma dualidade de efeitos pode ser observada nos espaços de saúde²¹², onde a natureza pode ir além das suas propriedades regeneradoras e atuar como ferramenta terapêutica na estimulação física e cognitiva do paciente, bem como na promoção de sensações de relaxamento²¹³.

A associação entre a natureza e a cura do corpo e da alma é um tema que transcende culturas e épocas. A crença no poder curativo da natureza está presente desde as primeiras civilizações: a natureza como entidade divina capacitada de transformação, renascimento e poder de cura²¹⁴. Essa ideia sofre alterações ao longo do tempo, mas o conceito de que a natureza exerce uma grande influência no bem-estar humano permanece preservada. Hoje, é demonstrado em vários estudos que o processo de recuperação é facilitado pela presença de elementos naturais nos espaços de saúde²¹⁵, suavizando as fronteiras entre o tratamento e a vida quotidiana. Promove-se a ideia de que a recuperação não precisa de estar confinada a espaços isolados e estéreis²¹⁶.



▲ 47 Stanford University Medical Center. Stanford, Califórnia. EUA. Espaço ajardinado interior como estratégia de privacidade e bem-estar visual.

► 48 The Comfort Garden (1990). San Francisco General Hospital (1915–1920). San Francisco. EUA. Newton Tharp. “*It is meant to be a place of solace where nature’s beauty can bring you comfort.*”

217 A exposição à luz natural promove um aumento dos níveis de serotonina no organismo e, consequentemente, reduz a percepção da dor. Este neurotransmissor é responsável pelas sensações de bem-estar e crucial na regulação da temperatura corporal, humor, sono e metabolismo. A luz natural funciona também como estímulo cognitivo e sensorial na regulação do ciclo circadiano. Carpmann and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 240-41.

218 A contemplação da natureza promove indiretamente a regulação de funções vitais como pressão arterial mais baixa e frequência cardíaca reduzida. A presença de jardins, interiores e exteriores, e a vista de paisagens naturais induzem uma resposta de relaxamento no organismo, contribuindo para a redução de sentimentos negativos e stressantes. Schweitzer, Gilpin, and Frampton, “Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health,” 76.

219 Maumi, “Landscape architecture according to Olmsted: beyond purifying the air, pacifying the mind,” 32.

220 TenHoor, “Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonolle.” *Terrain*, 2022.

Nesse sentido, a integração de espaços exteriores e o contacto com elementos naturais – luz natural²¹⁷, vistas e acesso a exteriores²¹⁸ – em unidades de saúde promove um conjunto de benefícios para a recuperação dos pacientes. Entre eles, destacam-se:

- a estimulação sensorial não invasiva;
- o estímulo à prática de atividades físicas e cognitivas com benesses diretas para a saúde;
- e a redução do stress e ansiedade²¹⁹.

Ao proporcionar um contraste com o ambiente clínico, tanto os espaços exteriores como os elementos intrínsecos ao meio natural, contribuem para a mudança de perspetiva e para a redução da sensação de isolamento²²⁰.

Surge, então, a questão de como integrar elementos naturais nestes ambientes de saúde de forma a promover a recuperação e o bem-estar dos pacientes, sem causar perturbações ou sensações de desconforto, tendo como objetivo a criação de espaços que estimulem os sentidos e promovam a recuperação ativa. A pergunta que se coloca é: como se pode fomentar a apropriação desses espaços pelos pacientes, de modo a torná-los parte integrante do processo de cura?



ESPAÇOS EXTERIORES E A DUPLA EXPERIÊNCIA SENSORIAL

Os espaços terapêuticos, além de integrarem princípios que promovem o bem-estar, compreendem a promoção de hábitos saudáveis, reconhecendo a importância do desenho inclusivo e acessível²²¹. A incorporação de espaços verdes em unidades de saúde reflete o reconhecimento da importância da natureza para a saúde humana, como fontes de estimulação positiva, por serem extremamente ricos em estímulos visuais, auditivos e olfativos. O contacto com espaços exteriores é muito apreciado tanto por pacientes internados durante longos períodos, como por pacientes em fim de vida²²².

Esses espaços devem oferecer uma dupla experiência sensorial: por um lado, a estimulação passiva, que induz sensações de bem-estar e conforto sem haver um ato consciente de relaxamento; por outro lado, a estimulação ativa do corpo e da mente através do incentivo à prática de atividades recreativas, orientada pelo próprio desenho do espaço²²³.

As unidades Pavilhão79 de Wilhelminenspital e Urban Hospice apresentam soluções interessantes no ponto de vista do desenho do espaço exterior. A unidade de Wilhelminenspital, inserida num terreno hospitalar central, demonstra uma profunda compreensão da relação entre a arquitetura e a saúde, oferecendo aos pacientes um espaço exterior cuidadosamente projetado com vários ambientes. Por sua vez, a Unidade Urban Hospice apresenta uma série de dispositivos que enriquecem o vínculo entre interior e exterior do edifício.

A Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital desenvolveu uma solução que se adapta à complexidade topográfica do terreno [FIGURA 51]. O desenho de uma galeria exterior e de um passadiço, concebido pelo atelier Share Architects, nivela as diferenças de cotas, proporcionando uma variedade de experiências: desde a deambulação terapêutica e a contemplação da natureza até momentos de socialização ou introspeção. A galeria e o passadiço criam um percurso fluido e convidativo, que permite aos pacientes desfrutar da natureza e da composição arbórea pré-existente que caracteriza este ambiente com um jogo de luz, sombra e frescura. O caminho exterior torna-se acessível a todos os pacientes ao integrar um pavimento em deck de madeira com inclinações ligeiras para acomodar pacientes em cadeira de rodas²²⁴; a guarda e os bancos que pontuam o percurso, permitem que pacientes com dificuldades motoras possam descansar enquanto o percorrem.

O desenho dos espaços de paragem, onde os bancos se encontram ligeiramente mais resguardados do percurso, demonstra intenções de criar uma área semiprivada onde o paciente pode estar mais reservado. Essas áreas, à semelhança dos espaços exteriores dos quartos, contrastam com o espaço central de convergência entre a galeria dos quartos e o passadiço, que suscita conversas e interações mais espontâneas entre os utilizadores. A galeria exterior, que conecta todos os quartos, funciona como um espaço de transição entre o privado e o público. Esta dinâmica entre áreas individuais e coletivas cria um ambiente rico e diversificado, que se adapta às diferentes necessidades dos pacientes.

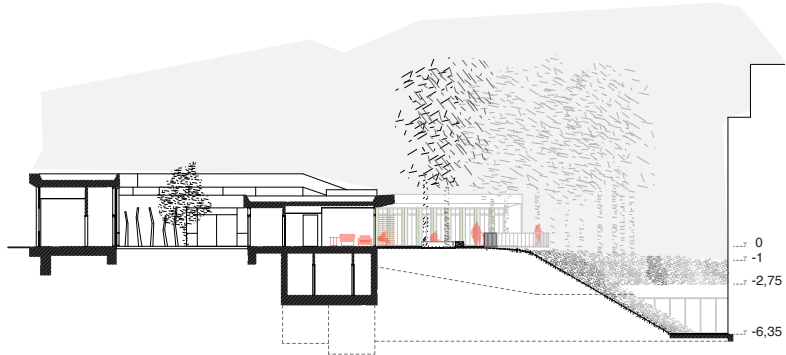
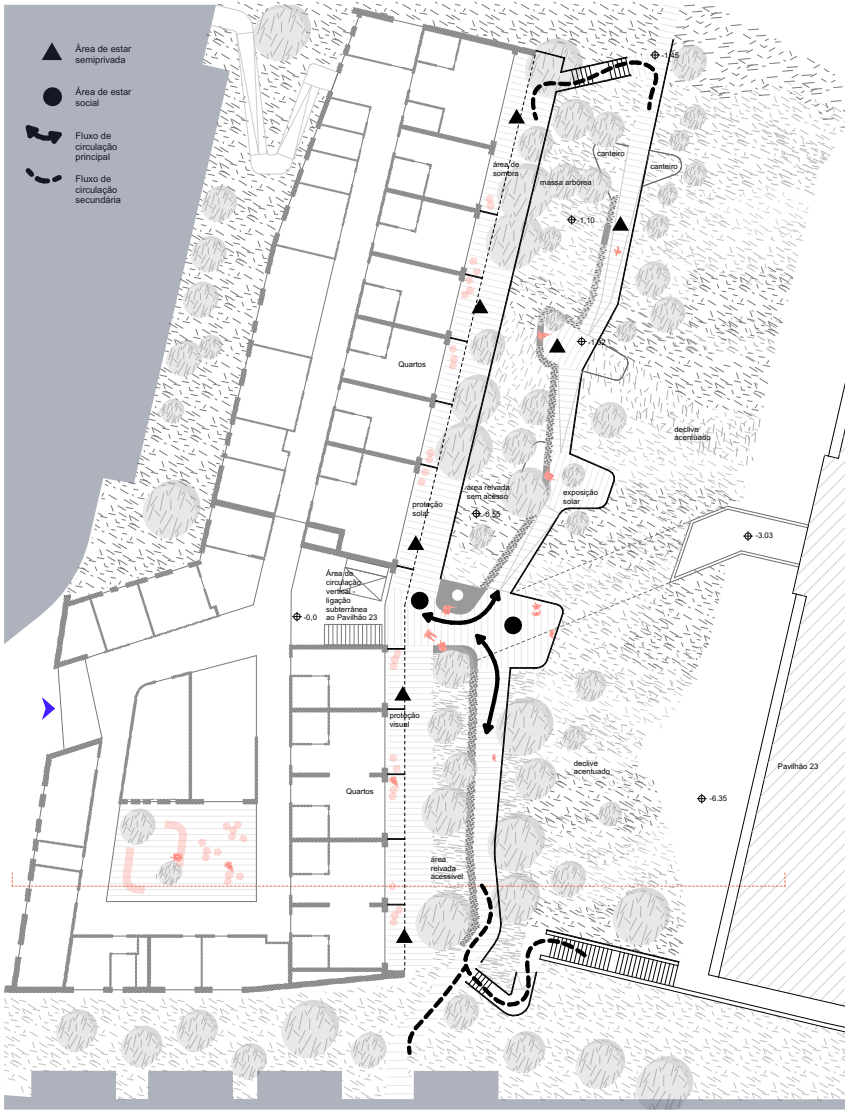
▲ 49 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Vista para espaço exterior. Complexo habitacional para pessoas idosas.

221 Borasi and Zardini, "Demedicalize architecture," 80.

222 As conclusões apresentadas derivam de conversas com a Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023, e com a Enfermeira Sara Peixoto, Unidade D. Elvira Câmara Lopes, 20/03/2023.

223 Maumi, "Landscape architecture according to Olmsted: beyond purifying the air, pacifying the mind," 32.

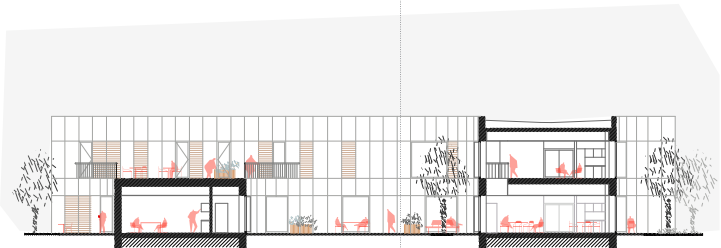
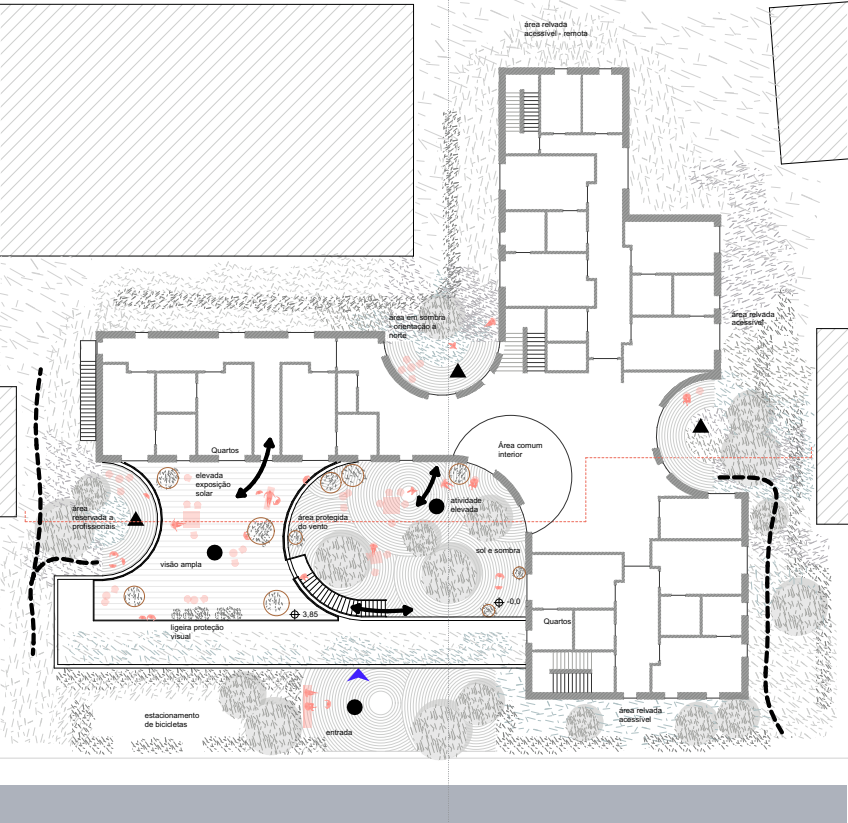
224 A conexão entre os diferentes níveis é feita através de rampas, dimensionadas de acordo com as normas de acessibilidade. Essa solução garante que todos os utilizadores, incluindo pessoas com mobilidade reduzida, possam circular livremente pelo exterior da unidade.



▲50 Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos. ©Elaboração própria.

▲51 Corte transversal da Unidade Pavilhão 79. A diferença de nível entre a galeria dos quartos e os acessos a norte é de 1,5 m; e de 6 m entre a galeria e a entrada no Pavilhão de Oncologia (Pavilhão 23). ©Elaboração própria.

PISO 1

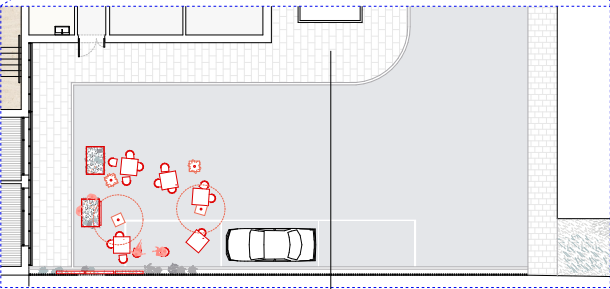
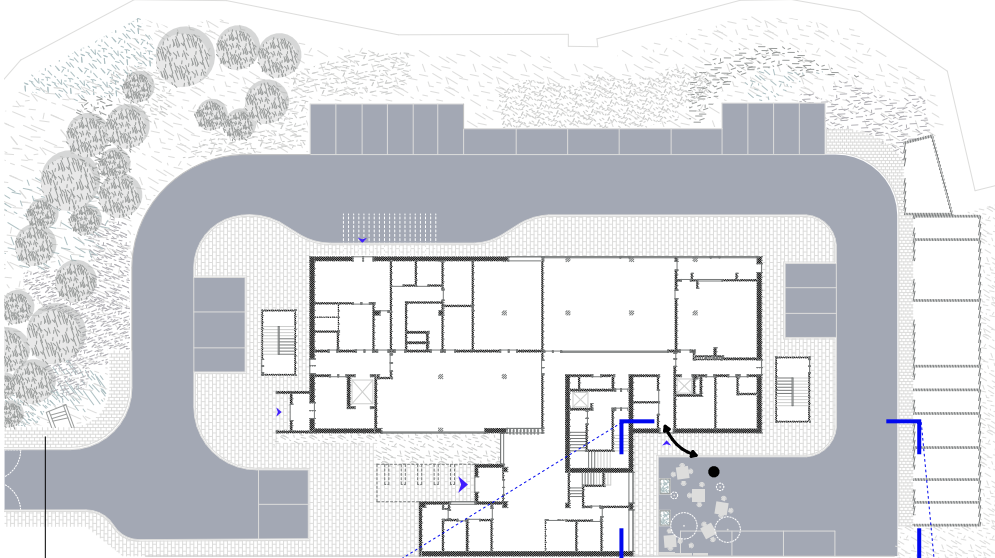


▲52 Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos. ©Elaboração própria.

▲53 Corte transversal da Unidade Urban Hospice. Relação entre as áreas exteriores. ©Elaboração própria.

Embora a Unidade Urban Hospice disponha de um espaço exterior limitado para a criação de áreas ajardinadas, o seu desenho incorpora vários dispositivos que fortalecem a relação entre interior e exterior. O pátio central, que funciona como extensão das áreas comuns, incentiva a interação entre pacientes e visitantes. O terraço, ao nível dos quartos, proporciona um ambiente mais íntimo para o descanso e a contemplação da envolvente. Os pátios semicirculares, com árvores e vegetação, proporcionam um contacto mais direto com a envolvente e a natureza, podendo ser também espaços de socialização mais reservados. O desenho desta unidade demonstra uma preocupação com o desenvolvimento de um desenho inclusivo, permitindo que todos os pacientes tenham, de alguma forma, contacto com o espaço exterior.

PISO R/C



▲54 Planta ilustrativa das áreas exteriores. ©Elaboração própria.

▲55 Acesso ao espaço arborizado através de escadaria em pedra.

▲56 Intervenções na área de estacionamento. As representações a vermelho assinalam as alterações introduzidas posteriormente na unidade. ©Elaboração própria.

▲57 Espaço de estar exterior e pequena horta autoconstruída.

Em contrapartida, o caso de estudo Unidade Maria José Nogueira Pinto representa um exemplo frágil da integração de espaços exteriores em unidades de saúde. O reconhecimento da importância dos espaços exteriores parece não se refletir no desenho desta unidade. Como se pôde constatar ao longo das visitas realizadas a diversas unidades, esta é uma falha recorrente em unidades de internamento construídas recentemente em Portugal. Este caso de estudo apresenta limitações no uso do espaço exterior arborizado, uma vez que não foram projetados acessos adequados para os pacientes, tornando o espaço ineficaz para fins terapêuticos ou de estimulação positiva. Porém, a massa arbórea funciona eficientemente como barreira visual e sonora entre a unidade e a estrada nacional.

Para colmatar essa carência no desenho da unidade foi pensado posteriormente, pelos funcionários da unidade, um espaço de estar com mesas, guarda-sóis e com uma pequena horta no tardoz do edifício. Esta intervenção é uma clara manifestação da necessidade dos funcionários e dos doentes em ter uma área exterior para relaxamento e realização de atividades. Neste caso, a horta pode demonstrar o interesse por atividades ao ar livre.

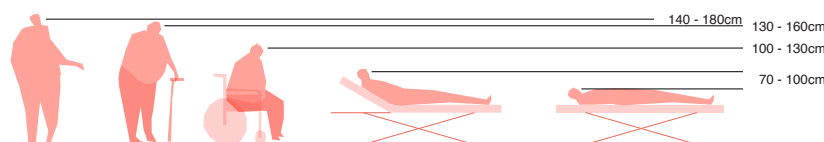
Ao comparar as unidades portuguesas com as anteriores, observa-se uma diferença na qualidade do espaço exterior projetado. A falta de planeamento desse espaço, na Unidade Maria José Nogueira Pinto, resulta numa das maiores debilidades do próprio edifício. Por último, embora a Unidade de São Bento de Arnoia disponha de áreas ajardinadas, o seu projeto poderia explorar soluções que promovessem uma maior interação com os pacientes, através da implementação de dispositivos como percursos contemplativos, hortas e áreas de convívio equipadas com mobiliário para uso coletivo.

RELAÇÕES VISUAIS ENTRE A PAISAGEM E A ESFERA ÍNTIMA DO PACIENTE

À medida que a patologia se agrava ou o envelhecimento progride, a capacidade locomotora dos pacientes diminui significativamente²²⁶. Por consequência, a mobilidade do paciente restringe-se à área do quarto, comprometendo a interação direta com o ambiente exterior. Nesta perspetiva, a relação visual com a paisagem envolvente adquire maior relevância, sendo um importante estímulo sensorial para o paciente²²⁷. A observação dos movimentos urbanos e das atividades quotidianas constitui um recurso terapêutico, permitindo aos pacientes uma distração e um alívio das preocupações relacionadas com a sua condição de saúde²²⁸.

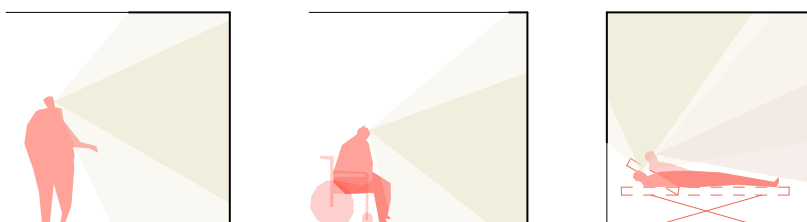
Por conseguinte, a arquitetura de espaços de saúde deve considerar as necessidades específicas de pacientes com mobilidade reduzida. A posição corporal, seja horizontal ou sentada, influencia o campo visual do paciente e a sua perceção do espaço. Nesse sentido, o posicionamento e a dimensão das janelas face à posição corporal do doente, devem ser otimizadas para proporcionar uma visão ampla, desimpedida e agradável da envolvente.

// CAMPO DE VISÃO



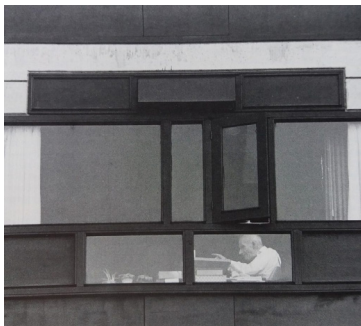
► **58** Linhas de visão e altura do olhar. As figuras representam pessoas ambulantes, pessoas com auxiliares de marcha (incluindo idosos), utilizadores de cadeira de rodas e pessoas acamadas.
©Elaboração própria.

► **59** Campo de visão. As figuras representam pessoas ambulantes, utilizadores de cadeira de rodas e pessoas acamadas.
©Elaboração própria.





▲ 60 Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Interior de quarto duplo com relações visuais com o exterior através de janela e claraboia.



▲ 61 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Fotografia da fachada.

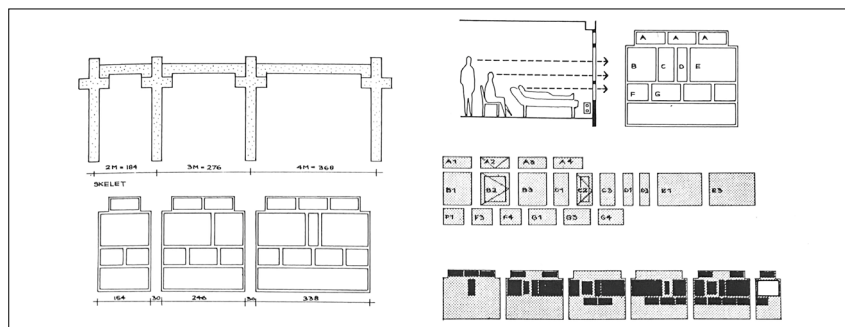
► 62 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Estudo dos elementos construtivos e das aberturas das janelas na sua relação com as linhas de visão dos corpos deitado, sentado e em pé.

229 “Continuing Care Unit MJNP”, Saraiva + Associados, acessado a 7 de abril de 2022, <https://www.saraivaeasociados.com/project/continuing-care-unit-mjnp/>

O caso de estudo, Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, orienta o quarto para a paisagem transformando a fachada exterior em grandes aberturas que comunicam com o jardim. A parede sul do quarto, inteiramente envidraçada, permite ao paciente contemplar a paisagem circundante a partir de qualquer ponto do quarto, e em simultâneo a entrada de luz natural na casa de banho. A inclusão de uma porta de correr no plano envidraçado viabiliza o acesso direto ao espaço exterior a todos os pacientes, acamados ou em cadeira de rodas, garantindo a permeabilidade entre os dois ambientes e promovendo uma sensação de continuidade entre o interior e o exterior. O sombreamento do quarto é feito pela projeção do telhado e pela copa das árvores, assegurando o conforto térmico nas várias estações do ano.

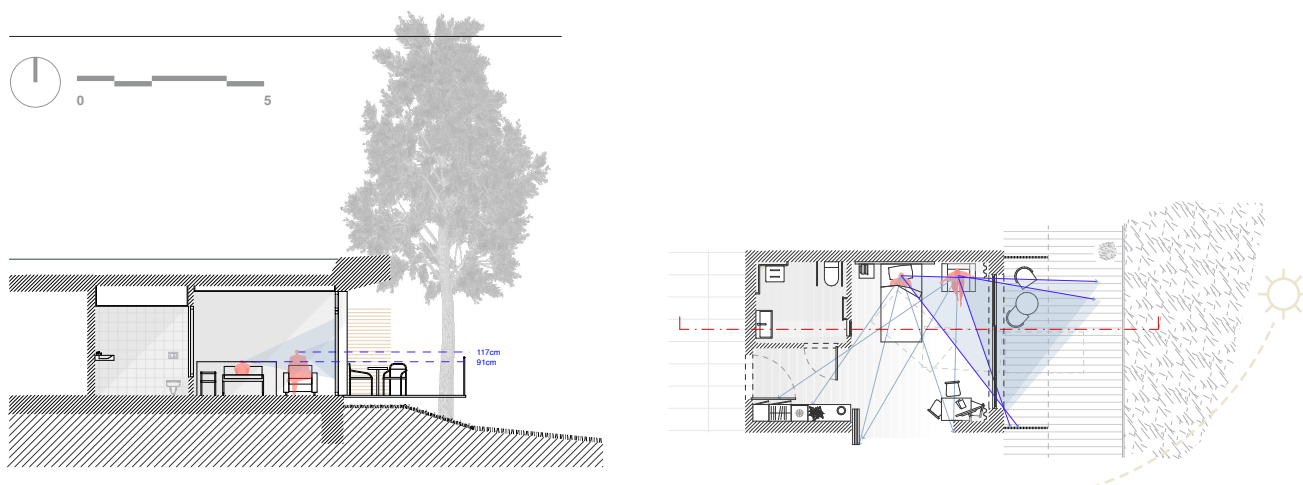
É de salientar e referenciar, não fazendo parte destes casos de estudo, o Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (Herzog & de Meuron, 1998-2002), que apresenta uma solução de plano envidraçado e extensão exterior semelhante ao caso de estudo austríaco. Adicionalmente, este projeto desenvolve uma quinta fachada, o teto. A incorporação de uma claraboia esférica no centro do quarto, permite que os pacientes tenham uma vista sobre o céu, demonstrando preocupação e cuidado com o conforto dos pacientes acamados.

Também o projeto para o complexo residencial De Drie Hoven (Herman Hertzberger, 1964-1974) apresenta uma solução alternativa às fachadas totalmente envidraçadas. O desenho da janela potencializa a experiência visual dos residentes ao considerar as suas limitações de mobilidade e a sua ergonomia visual, permitindo observar a vista sem esforço.



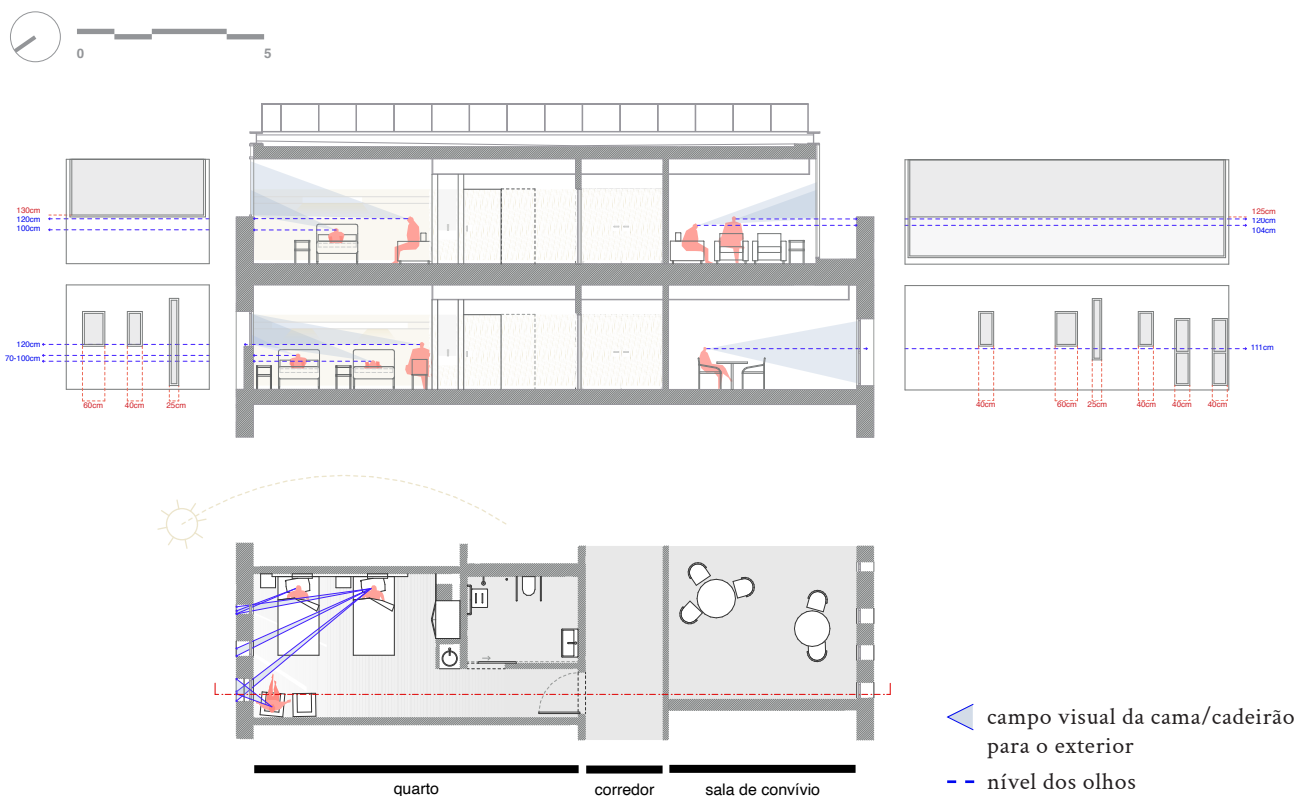
Contrariamente às soluções apresentadas, a linguagem da fachada da Unidade Maria José Nogueira Pinto apresenta uma composição de vãos, caracterizada por uma variedade de dimensões e disposição aparentemente aleatória. Segundo os arquitetos²²⁹, o ritmo e dimensão das janelas tinha como objetivo iluminar o interior e, ao mesmo tempo, criar uma atmosfera de proteção e apoio. A configuração do desenho da fachada revela uma dissonância entre a intenção formal e a experiência do paciente, por comprometer a qualidade da experiência visual, especialmente quando este se encontra acamado. A reduzida penetrabilidade luminosa dos vãos, aliada à ausência de iluminação natural no corredor adjacente, confere à unidade um carácter fechado potencialmente desorientador para o utilizador.

03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

PISO 3 E 4



▲ 63 Corte do quarto e relações visuais com o exterior. ©Elaboração própria.

► 64 Planta do quarto e relações visuais com o exterior. ©Elaboração própria.

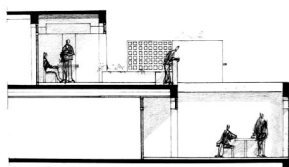
▲ 65 Corte e relações visuais com o exterior - piso 3 e 4. ©Elaboração própria.

▲ 66 Planta do quarto e relações visuais com o exterior - piso 3. ©Elaboração própria.

A fachada do último piso, destinado aos cuidados paliativos, apresenta vãos com grandes dimensões. No entanto, a altura excessiva das janelas inviabiliza a visualização da paisagem envolvente pelos pacientes acamados ou sentados. Neste caso, a amplitude dos vãos não se traduz numa experiência visual eficaz, limitando a sua função quase exclusivamente à entrada de luz natural controlada por estores. Esta análise evidencia a inadequação do desenho adotado para os vãos desta unidade, tanto nos quartos como nos ambientes de convívio. A altura excessiva das janelas e do parapeito da varanda restringe o alcance do campo visual dos pacientes e compromete a vista desimpedida.

O posicionamento e a dimensão das janelas influenciam não só a qualidade das relações visuais, mas também a iluminação interior, tendo um impacto significativo na percepção espacial e no bem-estar dos pacientes. A qualidade da iluminação é conseguida através da implementação de soluções que otimizem a entrada de luz natural e o conforto visual dos pacientes. Nesse sentido, é crucial considerar a interação da luz com os materiais de revestimento de paredes, pavimentos e mobiliários, procurando minimizar reflexos e superfícies com brilho; implementar sistemas de sombreamento ajustáveis que permitam ajustar a incidência solar ao longo do dia, garantindo conforto visual e térmico; e evitar a localização de janelas no final de circulações de forma a prevenir situações de encandeamento, que, apesar de tudo, qualificam o corredor e ampliam a percepção visual.

INTEGRAÇÃO DE EXTENSÕES EXTERIORES



▲67 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Corte do edifício evidencia espaços diferenciados em termos de exposição solar e grau de privacidade, promovendo conforto climático e flexibilidade de uso.

▲68 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Terraço situado em cota elevada, exemplo da integração de espaços exteriores em edifícios desenvolvidos em altura.

230 TenHoor, "Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonolet." *Terrain*, 2022.

Naturalmente, associa-se o contacto com a natureza e o acesso a espaços ajardinados ao piso térreo, por via de regra, presente em unidades que se desenvolvem horizontalmente. Contudo, a importância do contacto com a natureza é frequentemente negligenciada no planeamento de edifícios que se organizam segundo uma estrutura vertical. Ao projetar estruturas hospitalares, os arquitetos enfrentam desafios para desenvolver comodidades exteriores e equilibrar a necessidade de privacidade, segurança e por um microclima adequado.

A Unidade Maria José Nogueira Pinto ilustra essa problemática, demonstrando as limitações e dificuldades encontradas em projetar espaços para Cuidados Continuados e Paliativos. A ausência de extensões exteriores neste edifício, como em muitos outros, demonstra a necessidade de se repensar a arquitetura destes espaços. Devido às dificuldades de mobilidade de muitos pacientes e de modo a complementar as relações visuais, é imperativo introduzir espaços e elementos que comuniquem com o mundo exterior no piso de internamento. A falta desses dispositivos limita significativamente a autonomia do paciente e restringe a sua interação com o ambiente externo, tornando-o dependente de terceiros para alcançar certas experiências sensoriais, presentes no piso térreo.

Por conseguinte, utiliza-se como referência o projeto do hospital psiquiátrico Centre Philippe Paumelle (Nicole Sonolet, 1981) que se integra na densa malha do 13º *Arrondissement* de Paris (ASM13) e que incorpora vários elementos que permitem esse contacto através de terraços com vegetação e canteiros junto às janelas. Estes espaços suavizam os limites entre a doença e a vida quotidiana, possibilitando um ambiente menos rígido tanto para os doentes como para a própria cidade²³⁰.

Numa escala significativamente mais pequena, o caso de estudo Urban Hospice do atelier Nord Architects explora o terraço na cobertura com elementos vegetais delimitadores partilhados entre a rua e a unidade, que facilitam a privacidade e, logo, a utilização por pacientes internados nesse piso. Em conformidade com o exposto por Le Corbusier, a cobertura plana



231 *Vers une architecture* de Le Corbusier foi publicado em 1923 na revista *L'Esprit Nouveau*.

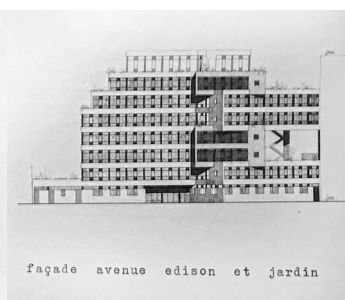
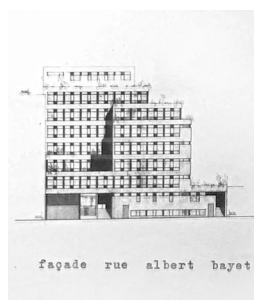
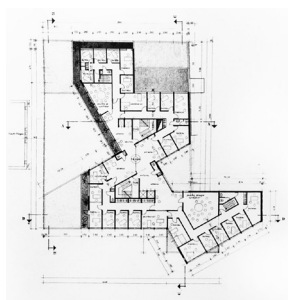
▲ **69** Sanatório de Paimio (1929–1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Os terraços dos sanatórios e as coberturas praticáveis são exemplos históricos da importância destes espaços em tipologias de edifícios verticais para a cura do doente através do contacto com o ar fresco e da luz solar.

► **70** Goldwater Memorial Hospital (1939). Nova Iorque. EUA. Isadore Rosenfield com Kohn & Butler, Yorke and Sawyer. Terraço de enfermaria utilizado por doentes, exemplo da integração de espaços exteriores em contextos hospitalares verticais como extensão do espaço de cura.

visitável corresponde a um dos cinco fundamentos da Arquitetura Moderna, propostos em 1923 na publicação *Vers une architecture*²³¹, baseando-se em questões sanitárias.

Como exemplo ilustrativo pode-se destacar o Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (Herzog & de Meuron, 1998–2002), como uma referência exemplar da integração de dispositivos que introduzem o contacto com elementos naturais em edifícios verticais. A presença de um terraço verde na cobertura, de uma galeria exterior que circunda os quartos, de pátios interiores com vegetação e canteiros adjacentes às janelas, expressa o compromisso do projeto com a criação de um ambiente terapêutico e humanizado em estreita conexão com a natureza.

► **71 | 72** Centre Philippe Paumelle (1981). Paris, França. Nicole Sonolet. Planta piso 5 e Alçados do edifício. Verifica-se a implementação de várias áreas exteriores, com integração de vegetação distribuída por vários pisos. Evidencia a valorização dos espaços exteriores e incorporação de elementos naturais como parte do ambiente terapêutico em contexto psiquiátrico.



► **73 | 74 | 75** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Galeria exterior que circunda os quartos, pátios interiores ajardinados e canteiros junto às janelas, repetitivamente, promovem uma relação contínua com a natureza.



► **76** De Drie Hoven (1964-1974),
Amsterdão, Países Baixos. Herman Hert-
zberger. Varanda protegida pela fachada
do edifício, configurando um espaço
intermediário que assegura conforto
climático e possibilita o contacto com o
ar livre em condições abrigadas.



ESPAÇOS DE TRANSIÇÃO ENTRE O INTERIOR E O EXTERIOR

232 Pedrosa, “La arquitectura de la
experiencia de la muerte : una aproxima-
ción al espacio del final de la vida,” 156.

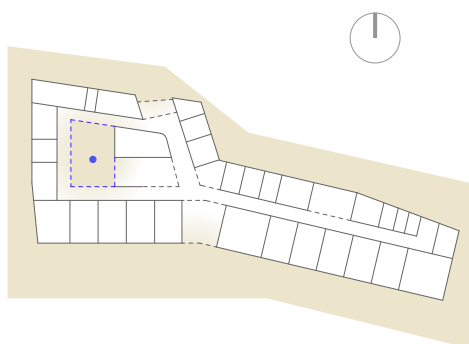
233 A natureza desempenha um papel
fundamental no processo de recuperação
de pacientes, conforme apontado pela
Enfermeira Sara Peixoto. Desta forma, a
criação de espaços intermediários entre
o ambiente interno e o externo são cru-
ciais para proporcionar a oportunidade
ao doente de usufruir da luz natural e
de ar fresco, enquanto está protegido de
condições climáticas excessivas para a
baixa tolerância do seu corpo debilitado.
Conversa com Enfermeira Sara Peixoto,
Unidade D. Elvira Câmara Lopes,
20/03/2023.

▼ **77** Identificação dos espaços de tran-
sição e relação entre interior e exterior.
©Elaboração própria.

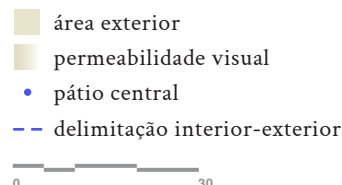
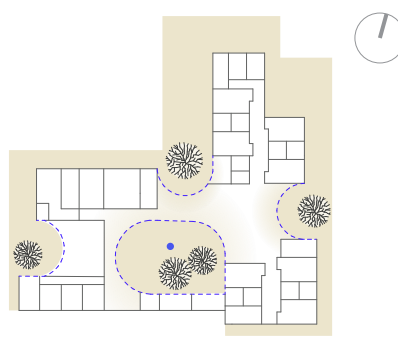
As relações entre o edifício e a sua envolvente, seja ela natural ou urbana,
são mediadas por espaços intermediários, cuja formalização arquitetónica
é determinada de acordo com o clima em que se situa²³². Esses espaços de
transição são projetados para maximizar a interação com o ambiente ex-
terno enquanto oferecem o conforto e a proteção dos espaços internos²³³.
Dessa forma, devem ser termicamente controlados e adequados ao contex-
to, a fim de minimizar o impacto de condições adversas na saúde do doente
e garantir o seu conforto térmico.

Nos países do norte da Europa é comum a utilização de pátios interiores
para que os utentes possam usufruir de espaços exteriores protegidos,
como acontece em ambos os casos de estudo: no Pavilhão 79 de Wilhelmi-
nenspital e na Unidade Urban Hospice. Ambas as unidades dispõem de um
grande pátio interior comunitário, que funciona como uma praça, para o
qual se abrem as áreas comuns, promovendo a permeabilidade visual entre
os diversos ambientes da unidade. Esta configuração, além de garantir a
entrada de luz natural, permite aos pacientes usufruírem de luz solar e ar
fresco num espaço protegido. Os espaços intermediários em zonas comuns,
além de permitirem uma monitorização menos intrusiva dos pacientes, en-
riquecem a arquitetura interior ao quebrar a continuidade e monotonia dos
corredores lineares, contribuindo, assim, para a sensação de amplitude do
espaço interior.

03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



04 UNIDADE URBAN HOSPICE PISO R/C





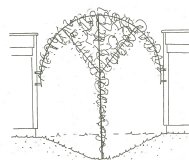
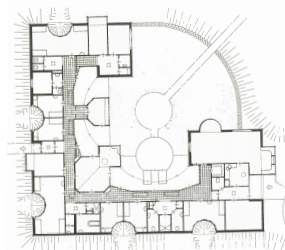
▲ **78|79** Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Espaços de transição entre público e privado.



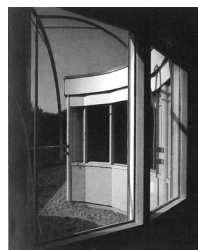
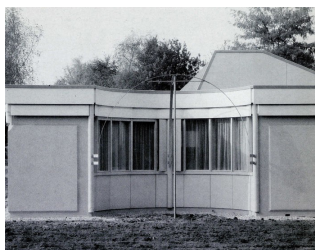
▲ **80** Clínica Psiquiátrica Padua (1980–1989). Boekel. Países Baixos. Aldo van Eyck e Hannie van Eyck. Vista aérea sobre dois dos três volumes. Integração de espaços exteriores como parte do ambiente terapêutico.

► **81** Clínica Psiquiátrica Padua (1980–1989). Boekel. Países Baixos. Aldo van Eyck e Hannie van Eyck. Planta do volume dos quartos.

► **82|83|84** Clínica Psiquiátrica Padua (1980–1989). Boekel. Países Baixos. Aldo van Eyck e Hannie van Eyck.

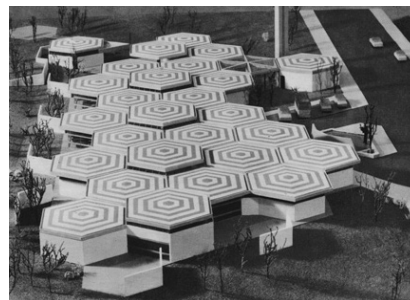


Estrutura de aço que emoldura as janelas recuadas, proporciona sombreamento e uma relação visual contida e íntima entre o interior do quarto e o exterior.



► **85** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965–1970). Lisboa. Portugal. Palma de Melo. Espaço exterior concebido como prolongamento do interior, promove momentos ao ar livre num ambiente resguardado.

► **86** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965–1970). Lisboa. Portugal. Palma de Melo. Vista aérea da maqueta do edifício, onde se evidencia a malha hexagonal que estrutura o edifício e se prolonga para o exterior, formando pátios parcialmente encerrados por paredes que moldam e protegem os espaços de estar.



- **87|88** Percurso exterior de acesso à unidade.
- **89** Vista interior enquadrada sobre o mosteiro adjacente, relação visual entre o interior da unidade e o património envolvente.

- 234** Tendência natural em organismos vivos de procurar a luz e de se movimentarem ou orientarem em função dela.
- 235** Pedrosa, “La arquitectura de la experiencia de la muerte : una aproximación al espacio del final de la vida,” 147.
- 236** Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 240-43.
- 237** Pedrosa, “La arquitectura de la experiencia de la muerte : una aproximación al espacio del final de la vida,” 147.
- **90** Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos.

- **91|92|93** Contraste de ambientes entre o corredor de acesso aos quartos e o corredor principal de distribuição, evidencia-se a hierarquia espacial e a adaptação da atmosfera consoante a função e o grau de privacidade dos percursos.

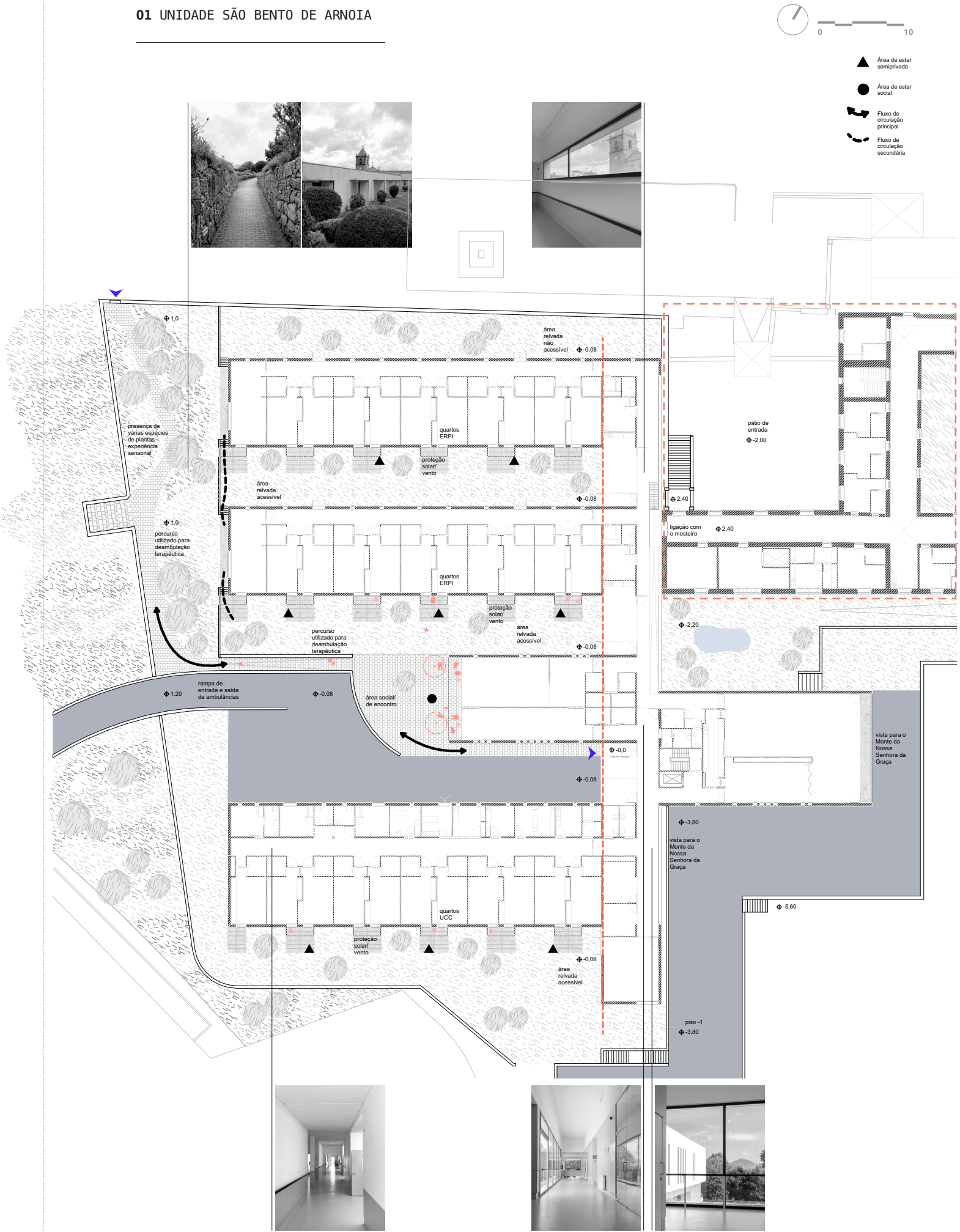
POSICIONAMENTO E ORIENTAÇÃO DOS EDIFÍCIOS

Considerando que a fototropia²³⁴ é uma faculdade inerente ao ser humano e que a luz natural é catalisadora de atividades²³⁵, é indiscutível que a sua presença nos diversos ambientes de unidades de saúde é crucial para a qualidade da experiência sensorial do espaço²³⁶. A gestão da incidência da luz deve ser pensada de forma a orientar e fomentar determinados usos, uma vez que, se esta gestão não for coerente com os objetivos propostos, o ambiente poderá dar informações que contradizem a sua função²³⁷.

A Unidade de São Bento de Arnoia trabalha estes princípios de forma exímia. No projeto do Atelier Aberto, a relação entre os edifícios, a paisagem e a pré-existência é central para a intenção do desenho. O posicionamento do edifício no terreno do mosteiro e o desenho dos vários corpos permite que o edifício seja protegido pela topografia do mesmo. O corpo transversal, que alberga o corredor principal e se orienta para nascente, constitui um espaço amplo com um pé-direito generoso, permitindo a utilização otimizada da luz natural ao longo do dia. As vistas para o mosteiro e para o Monte da Nossa Senhora da Graça conferem ao espaço um carácter contemplativo proporcionando aos doentes, principalmente aos mais velhos e religiosos, um sentimento de esperança e bem-estar. A sua posição ortogonal face à orientação das alas de internamento funciona como uma barreira que garante a privacidade e o isolamento dos quartos, criando um ambiente protegido dos acontecimentos externos propício ao descanso.

O corredor central, destinado à distribuição das diversas funções do edifício, apresenta características espaciais distintas dos corredores dos quartos, as quais evidenciam uma clara hierarquia espacial. Com pé-direito mais baixo e menor incidência de luz natural, os corredores dos quartos oferecem um ambiente mais intimista e reservado, propício à recuperação e ao cuidado. Os volumes destinados aos quartos apresentam um carácter mais introspetivo, enquanto os espaços coletivos, como os de refeição e de convívio, dispõem de grandes vãos envidraçados que possibilitam a entrada abundante de luz natural e proporcionam espaços mais dinâmicos e convidativos para a interação social.

A localização da ala destinada à Unidade de Cuidados Continuados no extremo sul do terreno assegura maior privacidade e tranquilidade para os utentes mais debilitados. A orientação de todos os quartos a sul, com uma moldura extrudida para sombreamento, garante a entrada de luz controlada e constante ao longo do dia. Aliada à espacialidade mais reservada, essa configuração promove um ambiente de descanso.



03.2. USO POSITIVO DOS ESPAÇOS DE CIRCULAÇÃO

DEAMBULAÇÃO E TRANSIÇÃO, A SUA FUNÇÃO TERAPÊUTICA

O estigma negativo associado à frieza e à impessoalidade das instituições de saúde está intrinsecamente ligado à concepção dos espaços de circulação. Estes são frequentemente percebidos como confusos, com configurações complexas e pouco intuitivas, o que contribui para a desorientação e desconforto dos pacientes. A configuração tradicional, caracterizada por longos corredores monótonos, reforça a ideia de um ambiente institucional padronizado e pouco acolhedor²³⁸.

A fim de reverter essa percepção, torna-se fundamental repensar os espaços de circulação, transformando-os em verdadeiras experiências sensoriais. Em vez de meros elementos de conexão entre funções, estes espaços podem ser concebidos como áreas de transição e interação, dotados de um desenho intuitivo e de elementos que estimulam tanto a orientação quanto a recuperação do paciente. A integração de determinadas características (luz natural, vistas para o exterior, vegetação e mobiliário adequado e confortável) na sua concepção pode contribuir para a criação de um ambiente humanizado, que encoraja as relações sociais, a atividade física e o bem-estar psicológico.

Como referência, utiliza-se o filme *Rehab (from Rehab)* (2023), produzido por Ila Bêka e Louise Lemoine²³⁹, sobre o projeto REHAB Basel (1998-2002), o centro de reabilitação neurológica projetado pelo atelier Herzog & de Meuron, por evidenciar o potencial terapêutico da arquitetura. Ao demonstrar a relevância do desenho dos espaços de circulação e a forma como estes influenciam o processo de recuperação dos pacientes, o filme corrobora a ideia de que a arquitetura pode ser um instrumento ativo na promoção de saúde e de bem-estar - um verdadeiro instrumento terapêutico²⁴⁰. De forma semelhante ao projeto suíço, a transformação dos corredores em espaços vivos torna-se um incentivo à prática ativa e à interação social, promovendo a recuperação por meio do uso positivo dos espaços de circulação²⁴¹.

Ila Bêka²⁴² questiona as abordagens de projeto centradas nos eixos de circulação e na utilização do ser humano como mera unidade de medida. Argumenta que a experiência humana transcende essa racionalidade: “we don’t circulate, we go through the space”. Segundo o realizador, a percepção espacial não se limita à deslocação de um ponto ao outro, mas envolve várias dimensões sensoriais da vida: a gravidade, o tempo e a luz. Juhaní Pallasmaa valida essa perspetiva ao afirmar que o espaço arquitetónico, antes de tudo, é espaço vivido cuja complexidade ultrapassa as dimensões geométricas e quantitativas²⁴³.

238 Dehan, *L’habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 90.

239 O filme propõe uma reflexão sobre o modo de pensar a arquitetura hospitalar, através das memórias de infância de Louise Lemoine, passada em vários centros de reabilitação ao lado do seu pai gravemente debilitado. O filme confronta as memórias da realizadora, com a abordagem única do projeto de Herzog & de Meuron, demonstrando como a arquitetura se transforma num instrumento de cura.

240 “Among all the therapists here, the most unexpected one is the building itself.” Ila Bêka and Louise Lemoine, “Rehab from rehab” (France/ Switzerland, 2023).

241 *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, (Paris: Moniteur, 1988), 21.

242 Sessão de abertura do Arquiteturas Film Festival, Porto. Sessão de perguntas do filme *Rehab (from Rehab)*, 2023, bêka&lemoine, moderação de Paulo Moreira (diretor do festival). Em 27 de Junho de 2024.

243 “A building is encountered; it is approached, confronted, related to one’s body, moved through, utilized as a condition for other things.” Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 63-64.



▲ 94 Um corredor infinito que liga dois espaços. ©Elaboração própria.

244 TenHoor, “Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonolet.” *Terrain*, 2022.

245 “Architecture initiates, directs and organizes behavior and movement.” Pallasmaa, *The eyes of the skin. Architecture and the senses*, 63.

246 Dehan, *L’habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 90.

247 Idem, *ibidem*.

248 Idem, 91.

249 Idem, 92.

250 Idem, 91.

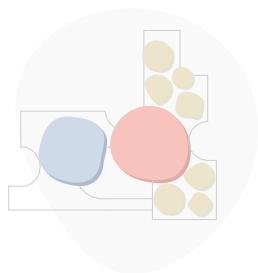
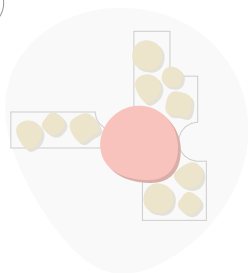
251 Idem, *ibidem*.

A arquitetura, como defendem Nicole Sonolet²⁴⁴ e Juhani Pallasmaa²⁴⁵, tem a capacidade de moldar o comportamento do paciente, proporcionando uma variedade de experiências – abertura ao mundo ou recinto, estímulo ou repouso, calor ou frescura – que influenciam diretamente o seu bem-estar e a percepção espacial. E como demonstrado no filme *Rehab (from Rehab)*, os espaços de circulação, tradicionalmente vistos como meros corredores, podem ser transformados em ambientes vivos que estimulam positivamente a recuperação do corpo e da mente. Estes espaços são desenhados para incentivar comportamentos de convívio e introspecção, bem como para favorecer movimentos de deambulação e de transição. Ao oferecerem múltiplas possibilidades de uso, os espaços de circulação convertem-se em verdadeiros cenários para a recuperação.

A adoção de modelos de organização espacial menos convencionais, baseados nas concepções urbanas do espaço²⁴⁶, pode contribuir para a criação de ambientes mais flexíveis e favoráveis à experiência do paciente. Neste subcapítulo serão apresentadas estratégias para a otimização dos percursos de circulação, com base na humanização do espaço de saúde. Reconhecer-se-á a importância destes espaços para a compreensão espacial, o desenvolvimento de sensações de controlo e suporte social, e a estimulação do paciente.

CIRCULAÇÃO HORIZONTAL: O REPENSAR DO CORREDOR

A revisão crítica à concepção tradicional de corredores requer o reconhecimento das características que os tornam elementos problemáticos em contexto de ambientes de saúde. Considerando as limitações impostas pelo estado de saúde do doente e as dificuldades associadas ao mesmo, é essencial evitar o desenho de circulações demasiado extensas, de modo a não acentuar o cansaço dos doentes. Da mesma forma, devem ser evitados circuitos complexos que possam ser percebidos como confusos ou labirínticos²⁴⁷. Deve-se procurar agrupar o máximo de funções essenciais no mesmo piso²⁴⁸ para evitar a deslocação vertical dos pacientes, que, como mencionado anteriormente, corresponde a um obstáculo neste tipo de cuidados. A criação de corredores internos também deverá ser evitada, priorizando soluções que favoreçam a entrada de luz natural e o contacto visual com o exterior, de modo a valorizar estes espaços²⁴⁹ e promover uma experiência mais agradável e estimulante. A sinalização do corredor é uma característica adicional ao desenho do espaço que pode ser aplicada para quebrar a monotonia e criar pontos de referência, como a utilização de cor para distinguir cada setor, piso ou ala²⁵⁰. Por último, evitar a sequência ritmada de portas ao longo do corredor dos quartos, por induzirem a desorientação e confusão dos pacientes²⁵¹. Assim, o agrupamento de um número menor de divisões em torno de uma área de circulação alargada é uma alternativa que quebra a repetição sucessiva de portas.

04 UNIDADE URBAN HOSPICE
PISO R/C + PISO 1

- área social
- quartos
- área técnica

▲ 95 Plantas esquemáticas da organização do edifício em pequenos núcleos e áreas funcionais- evita-se a configuração hospitalar tradicional em corredor contínuo e promove-se maior domesticidade e legibilidade espacial. ©Elaboração própria.

► 96 Corte ilustrativo da articulação entre os dois pisos do edifício, evidencia-se essa relação mediada pelo mezanino, que permite continuidade visual, permeabilidade espacial e comunicação vertical. ©Elaboração própria.



Como acontece no Urban Hospice em Copenhaga, o espaço coletivo funde-se com a área de circulação e conecta-se com o piso superior por meio de um mezanino, configurando um amplo espaço de estar. Os quartos e outras funções são organizados em pequenos grupos e distribuídos em torno desse espaço central de reunião. Essa organização demonstra ser adequada para pacientes com desorientação e elevada dependência, uma vez que a unidade apresenta dimensões familiares e distâncias curtas facilitando a orientação espacial e a vigilância. As pequenas alas, com três ou quatro quartos, podem ser facilmente isoladas para permitir uma maior vigilância. Os pacientes com maior grau de dependência podem permanecer no andar superior sem se sentirem excluídos, uma vez que a área central, sendo um espaço aberto, permite a visualização simultânea de todos os ocupantes e respectivas atividades.

O projeto de arquitetura distancia-se dos modelos tradicionais de instituições de saúde, proporcionando aos pacientes uma experiência mais humanizada e menos institucional. Essa abordagem contribui para a criação de um senso de comunidade e pertença entre pacientes, familiares e profissionais de saúde.

CORREDORES COMO RUAS

Uma estratégia alternativa para transformar o desenho institucional dos ambientes de saúde consiste em considerar os corredores como ruas, isto é, espaços de deambulação não lineares e pouco uniformes que configuram um percurso no qual se interligam sucessivos espaços²⁵² e ambientes. Para alcançar esse objetivo é fundamental adaptar o desenho da circulação a ruas pedonais não regulares, que alargam em determinados pontos, formando pequenas “praças” e que cruzam com outras ruas de forma não ortogonal. Dessa forma, cria-se um ritmo de espaços cheios e vazios que se sucedem ao longo do percurso.

252 *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 28.

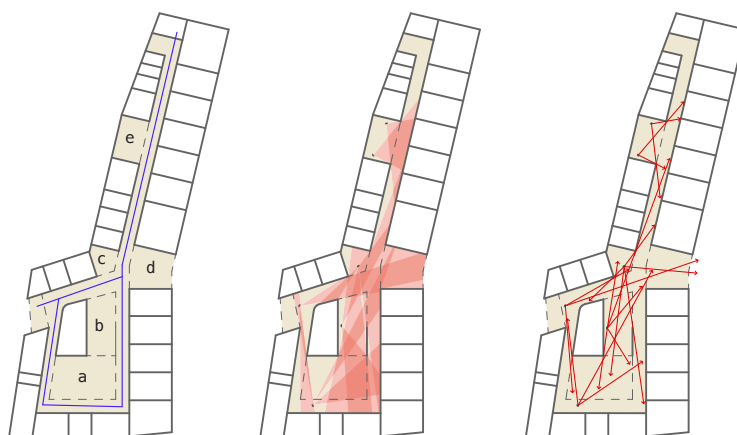
Além disso, é possível enriquecer espacialmente o percurso, através da formação de espaços de atividade de diferentes dimensões adossados ao corredor, atribuir diferentes escalas consoante o tipo de uso e manipular a entrada de luz natural de forma a criar diferentes ambientes. Complementarmente, a integração de diferentes paisagens para criar fugas visuais, enquanto o uso de materiais naturais e a aplicação de cores calmantes contribuem para a qualidade sensorial do ambiente. A adoção dessas estratégias facilita a autonomia do paciente ao oferecer pontos de referência claros que permitem identificar a sua localização no espaço.

03 UNIDADE PAVILHÃO 79 DE WILHELMINENSPITAL



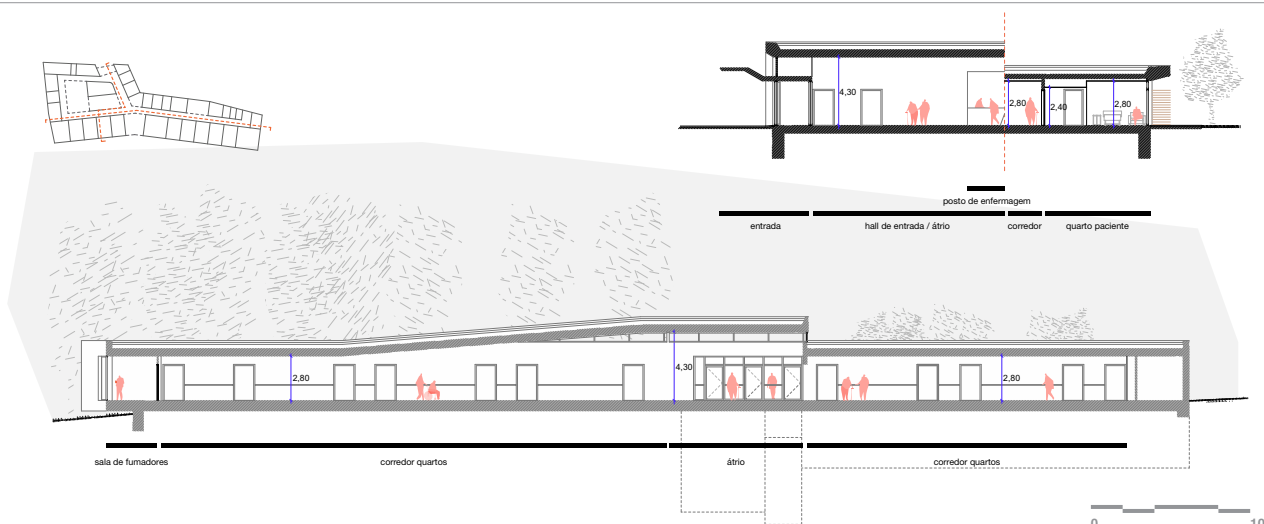
►97 Identificação dos cheios e vazios adjacentes ao corredor. ©Elaboração própria.

- cheios
- vazios
- vidro - transparência
- eixo de circulação
- relações visuais



▼98 Cortes transversal e longitudinal. A altura do pé-direito diminui progressivamente ao longo do corredor, acentuando a transição para uma zona mais íntima e afastada do átrio central, reforçando a hierarquia espacial e o grau de privacidade. ©Elaboração própria.

O desenho pouco ortogonal do Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, organiza uma sucessão de espaços cheios e vazios ao longo do eixo de circulação fragmentado, criando uma sequência de pontos de referência visuais e físicos. Destacam-se: o pátio interior [a], localizado no centro da unidade; a sala de convívio [b], que se abre parcialmente para o átrio e para o pátio através de paredes envidraçadas; o posto de enfermagem [c], que também se conecta ao átrio e à área de acesso ao exterior [d]; e, por último, o espaço de refeições [e], que estabelece uma relação com o corredor de circulação através de uma parede envidraçada. A transparência e o carácter aberto destes espaços contrastam com a opacidade das restantes divisões.





▲ 99 Corredor de circulação linear.

▼ 100 Comparação de três possíveis abordagens no desenho do corredor. Alargamentos da circulação com áreas de convívio - integração de momentos de pausa na circulação. ©Elaboração própria.

A diferença do pé-direito separa duas áreas, sendo que as zonas de maior movimento e fluxo de pessoas apresentam um pé-direito elevado com iluminação natural superior, enquanto as zonas de recolhimento usufruem de uma escala mais humana e reservada que propicia uma atividade mais íntima. Além disso, são trabalhadas fugas visuais, através de vistas para o espaço exterior arborizado, bem como ritmos de luz que pontuam o corredor à medida que este se torna menos privado.

A Unidade Maria José Nogueira Pinto apresenta uma solução muito comum em unidades de saúde, mas crítica para a orientação espacial dos seus utilizadores. A sua organização linear converte-se num corredor que começa e acaba numa porta de emergência e sem iluminação natural. Este corredor repete-se ao longo dos 4 pisos de internamento e não apresenta nenhuma característica que facilite a perceção espacial dos utentes, como a utilização de uma cor diferente em cada piso para facilitar a sinalização do andar, ou a visualização ampla do espaço exterior. O que resulta numa debilidade no desenho da unidade [FIGURA 99].

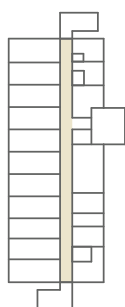
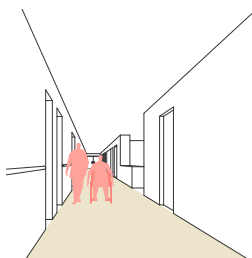
Ainda assim, a sala de convívio é adossada ao corredor e separada por uma parede envidraçada, o que facilita a observação dos pacientes a partir do corredor e permite ampliar visualmente o espaço de circulação. A utilização deste elemento envidraçado apresenta alguns benefícios a nível de acústica, ao mesmo tempo, dificulta a utilização espontânea desse espaço.

02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

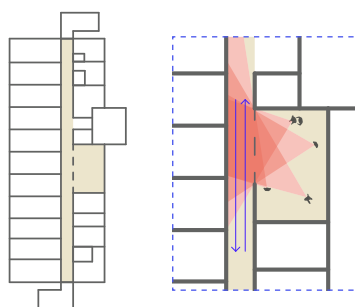
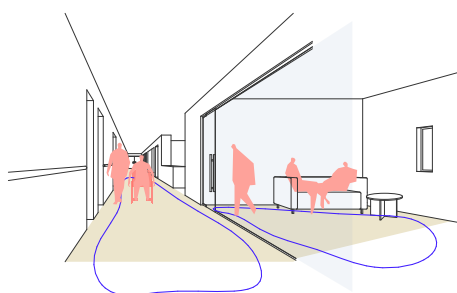
PISO TIPO



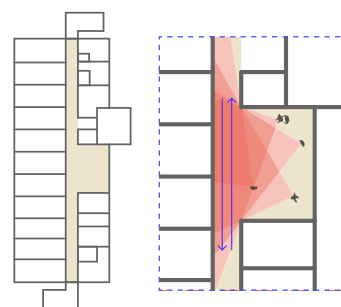
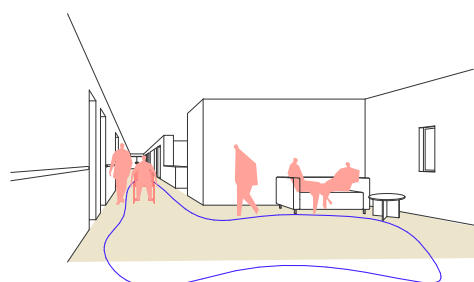
[A]



[B]



[C]



As configurações espaciais representadas nas situações [B] e [C] revelam-se mais favoráveis do que a situação [A], ao facilitarem a orientação dos doentes. A introdução de espaços anexos ao corredor reforça as relações visuais e contribui para a dinamização do mesmo.

A situação [B] - atual - assegura um maior controlo acústico em relação aos quartos, contribuindo para o conforto dos doentes. No entanto, estabelece uma separação clara entre o corredor e a sala de convívio, fragmentando a continuidade do espaço comum.

A situação [C] promove uma maior permeabilidade espacial, ao integrar a área de convívio no próprio corredor, favorecendo encontros informais e interações espontâneas no quotidiano da unidade.



CORREDOR, UM ESPAÇO DE VIDA E DE MOVIMENTO

O corpo em estado de convalescença experiencia uma redução nas suas capacidades e funções básicas, sendo afetado pelo cansaço precoce, perda de mobilidade e diminuição de resistência física²⁵³. Para prevenir o agravamento destas condições é fundamental manter o corpo em movimento. Apesar de nos Cuidados Continuados a prática de atividades físicas individuais e em grupo ser recorrente, a leitura especializada²⁵⁴ destaca a necessidade de promover a atividade física de forma contínua ao longo do dia, em vez de se limitar somente a momentos programados. A adaptação do ambiente construído, com a criação de espaços e percursos que incentivem o movimento espontâneo, torna-se, portanto, uma estratégia essencial para o cuidado de pacientes em recuperação.

Como referido, o corredor é um espaço de vida e de trocas espontâneas por excelência. Ao aliar uma distribuição estratégica de funções a um percurso amplo e intuitivo, que incorpora elementos estimulantes, como iluminação natural, vistas e contacto com o exterior, mobiliário confortável, bem como dispositivos que proporcionem apoio e segurança ao paciente - como corrimões²⁵⁵, áreas de descanso e uma clara demarcação entre o chão e a parede²⁵⁶ - torna-se possível incentivar caminhadas extremamente benéficas para a recuperação do paciente. Além de promover o movimento corporal, os espaços de circulação podem desempenhar um papel essencial no desenvolvimento da vida social, onde os pacientes se podem encontrar, fazer atividades em conjunto, partilhar experiências, incentivar-se mutuamente, repousar ou observar as dinâmicas em volta²⁵⁷.

Assim, entende-se que os espaços de circulação, através do seu desenho, podem funcionar como elementos espaciais auxiliares ao processo de recuperação, por proporcionar, incentivar e estimular a atividade física e/ou cognitiva do doente.

Neste âmbito, a conceção arquitetónica deve procurar soluções que não restrinjam nem facilitem demasiado o uso do espaço, isto é, encontrar um ponto de equilíbrio entre a acessibilidade e a estimulação do paciente. Um exemplo dessa abordagem é observado na Unidade Paliativa do Hospital de Chaves, que optou por não colocar o apoio de mãos nos corredores, de modo a incentivar a caminhada independente. Segundo a equipa de profissionais de saúde²⁵⁸, o objetivo era que cada paciente se deslocasse de forma autónoma com auxiliar de marcha (como canadianas ou andador), para percorrer o espaço e promover o sentido de independência.

▲ **101** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron.

▲ **102** Maison de retraite de Conflans-Sainte-Honorine (1990). Paris, França. Michel Rémon. Corredor de circulação amplo e iluminado naturalmente por grandes envidraçados e claraboias, integra bancos ao longo do percurso e zonas de estar pontuais.

253 Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 392.

254 Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 90.

255 A presença de corrimão de apoio depende das preferências da equipa de profissionais de saúde.

256 O contraste entre paredes e chão é essencial para a legibilidade espacial e para evitar quedas. Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 395.

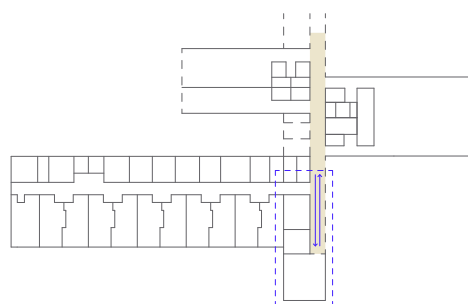
257 *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 42.

258 Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

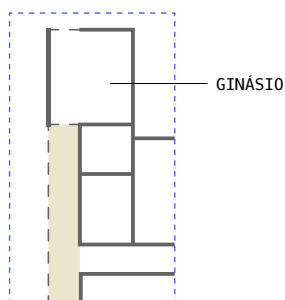
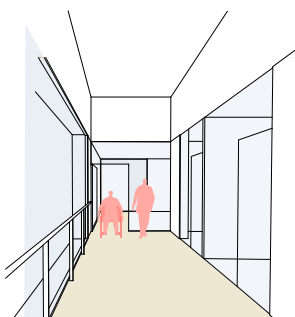
Outra abordagem foi implementada na Unidade de São Bento de Arnoia, onde uma parte do corredor principal, adjacente à sala de fisioterapia, é utilizada como espaço auxiliar às práticas de deambulação terapêutica. Nesse ambiente, os pacientes são incentivados a saírem da sala e, com apoio do corrimão ou do auxiliar de marcha, a percorrer o corredor. Adicionalmente às horas de terapia, os pacientes podem autonomamente caminhar e percorrer o espaço de circulação fora do horário estipulado, enquanto desfrutam de uma vista ampla para a paisagem. Apesar do corredor ser amplo com pé direito elevado e boa iluminação, identificou-se durante a visita à unidade, a necessidade de incluir pontos de descanso ao longo do percurso. Essa medida visa evitar a situação verificada atualmente, em que os pacientes mais debilitados são acompanhados por profissionais que carregam cadeiras, caso esses pacientes necessitem de descanso urgente ao longo do percurso.

▼103 Comparação de três abordagens no desenho do corredor. A introdução de pontos de referência e de pausa ao longo do percurso promove uma circulação mais segura e espontânea, incentivando a apropriação do espaço para outras atividades. ©Elaboração própria.

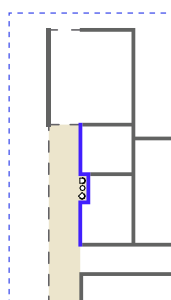
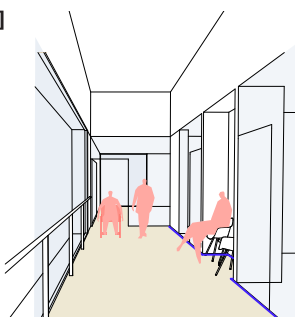
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA



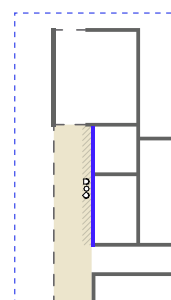
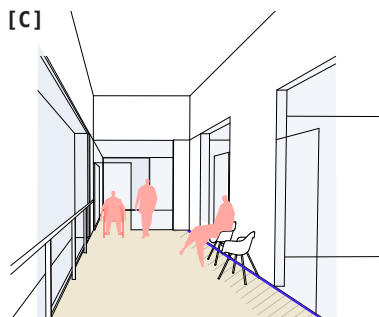
[A]



[B]



[C]



Situação [A] - atual. Espaço de passagem com boas relações visuais com o exterior e acesso à luz natural. A ausência de pontos de paragem limita a deambulação autónoma e espontânea, sobretudo em doentes com maiores debilidades motoras.

Situação [B] - áreas de descanso embutidas no corredor. Estes recuos permitem pausas seguras para doentes com mobilidade reduzida, evitando a obstrução da circulação. Funcionam também como pontos de apoio à deambulação terapêutica e promovem oportunidades de socialização.

Situação [C] - alargamento do corredor com mobiliário de apoio. A ampliação pontual do percurso permite integrar zonas de estar sem comprometer a circulação, criando pontos estratégicos de convívio e apoio à mobilidade, que favorecem a apropriação espontânea do espaço pelos doentes.

CIRCULAÇÃO VERTICAL: ESCADAS COMO ZONAS DE REABILITAÇÃO

Dando sequência ao raciocínio anterior de que os espaços de circulação podem ser aliados estratégicos de uma recuperação ativa acredita-se que, em determinados contextos, a utilização de escadas em vez de elevadores constitui uma intervenção com potencial impacto na saúde dos pacientes. Embora a preferência por elevadores seja compreensível²⁵⁹ a incorporação de escadas no projeto viabiliza a prática de exercício (utilizada frequentemente em cuidados de fisioterapia e reabilitação motora²⁶⁰) e dinamiza os espaços de circulação.

259 Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 95.

260 Em edifícios térreos, a sala de fisioterapia deve estar equipada com uma escada. Idem, ibidem.

261 Idem, ibidem.

▼ **104** Sequência de imagens do filme *Rehab from Rehab* (Ila Bêka e Louise Lemoine, França/Suíça, 2023). Exercício de fisioterapia em escadas, integrado no processo de reabilitação motora do utente.

A escada, além da sua função elementar de conectar verticalmente o edifício, também pode ser concebida e pensada como um elemento auxiliar à terapia. Assim, o desenho, visibilidade e localização são fatores com implicações diretas na sua utilização. Escadas confinadas por paredes, por exemplo, tendem a ser menos atrativas para o doente. Logo, deve-se considerar uma localização de destaque, numa zona central comum aberta ao espaço envolvente, como acontece no Centro de Reabilitação dos Herzog & de Meuron. Se a escada for totalmente linear é útil criar um patamar intermédio a meia altura, que constitua um ponto de paragem equipado com assentos para os pacientes descansarem durante o percurso²⁶¹. Do mesmo modo, no caso de estudo Urban Hospice, a localização das escadas junto ao espaço comum permite que este elemento adquira uma função terapêutica.



TRANSIÇÃO ENTRE O QUARTO E O ESPAÇO DE CIRCULAÇÃO

Os corredores, mesmo os de acesso aos quartos, são espaços de atividade e movimento. Com o intuito de garantir a privacidade e tranquilidade dos pacientes, é fundamental que a transição entre o quarto e as circulações seja gradual e marcada por uma mudança de atmosfera. Essa transição pode ser alcançada através do desenho de elementos intermediários na entrada do quarto.

Verificou-se, de forma consistente nas quatro unidades portuguesas visitadas no âmbito desta dissertação, que as portas dos quartos são frequentemente mantidas abertas, o que possibilita a monitorização dos pacientes sem a necessidade de acesso ao interior do quarto. No entanto, de forma a manter a privacidade dos utentes, questiona-se como se pode projetar elementos de transição capazes de filtrar visual e acusticamente os acontecimentos do corredor e do interior do quarto, de modo a garantir a segurança e vigilância dos pacientes.

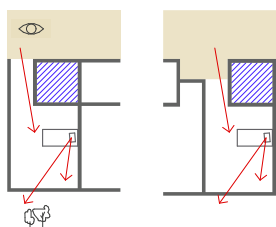
O recuo da entrada dos quartos permite criar uma área mais reservada que a separa do fluxo de circulação. O posicionamento da instalação sanitária privada e da cama desempenha um papel importante nesse desenho (FIGURA 105). Este espaço intermediário pode funcionar como um momento de entrada preparatório, uma espécie de antecâmara, antes da zona da cama, onde tanto os profissionais como os familiares podem fazer uma pausa para se acalmarem ou filtrarem as emoções. Esta solução é explorada pelo Atelier Aberto na Unidade de São Bento de Arnoia, que além de promover a privacidade do paciente, melhora a circulação do corredor, pois permite que o material de apoio aos profissionais seja colocado à entrada do quarto, o que auxilia de forma eficiente o processo médico²⁶² e retira os carrinhos do percurso de circulação do corredor²⁶³, como acontece na Unidade Maria José Nogueira Pinto. [FIGURA 99]

262 Em casos de controlo de infeção o médico, enfermeiro ou visitante tem de se equipar antes de entrar no quarto.

263 Um problema presente na generalidade das unidades de saúde é a falta de espaço para guardar equipamento de apoio, resultando na presença desse equipamento nos corredores de circulação dificultando a deambulação.

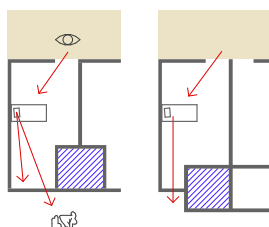
▼ **105** Opções de localização da instalação sanitária no quarto. ©Elaboração própria.

► **106** Transição entre o quarto e o espaço de circulação. Análise de soluções (página direita). ©Elaboração própria.



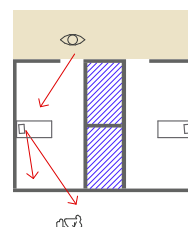
Vantagens da localização da instalação sanitária na parede interior do quarto:

- permite libertar a fachada para a abertura de janelas e potencia a entrada de luz natural;
- garante maior privacidade visual face ao corredor;
- contribui para um melhor isolamento acústico em relação aos ruídos provenientes das zonas de circulação.



Vantagens da localização da instalação sanitária na parede exterior do quarto:

- facilita a observação dos pacientes a partir do corredor ou do posto de enfermagem;
- torna-se mais apropriada para manobras de transferência dos pacientes;
- assegura um percurso de circulação desobstruído no interior do quarto.



Vantagens da localização da instalação sanitária entre quartos:

- permite maior área de janela e favorece a entrada de luz natural;
- facilita a visibilidade dos pacientes a partir do corredor ou do posto de enfermagem;
- facilita as manobras de transferência;
- garante um percurso de circulação desobstruído no interior do quarto.

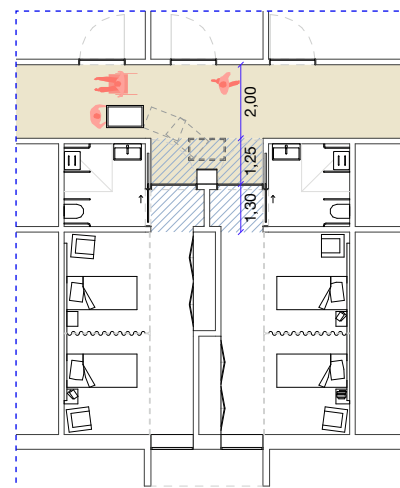
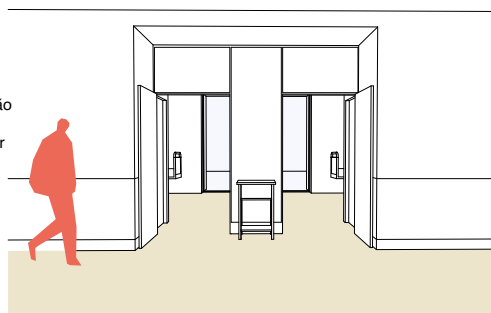
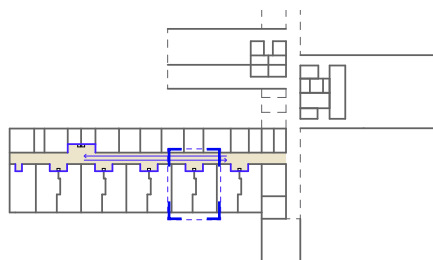
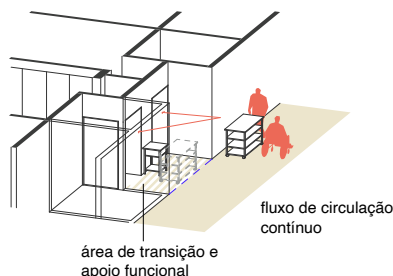
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA

- corredor de circulação
- espaço intermediário
- espaço de entrada

• Do ponto de vista da privacidade do doente: a configuração recuada da entrada dos quartos, resultante do posicionamento estratégico da instalação sanitária, contribui para uma maior privacidade no interior do quarto, ao afastá-lo visual e fisicamente do fluxo de circulação.

• • Do ponto de vista da circulação e arrumação: este recuo da zona de entrada permite a colocação de equipamentos médicos e auxiliares de mobilidade sem comprometer a fluidez da circulação no corredor. Podem acolher temporariamente carrinhos de limpeza ou materiais de desinfecção, sem interferir na dinâmica do espaço coletivo.

Apesar de possuir apenas 2 metros de largura, o corredor mantém uma circulação fluida. Em contraste, a Unidade MJNP, ainda que com um corredor ligeiramente mais largo, apresenta uma circulação fragmentada.



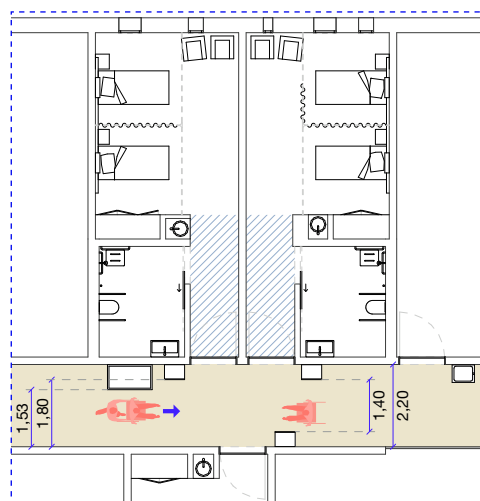
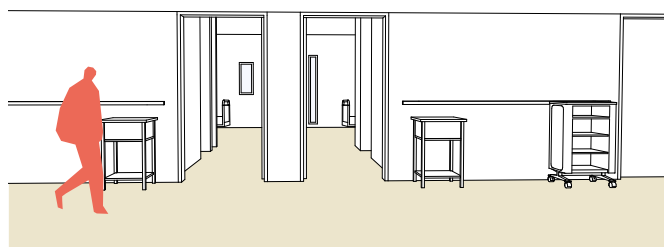
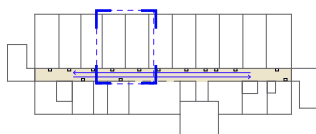
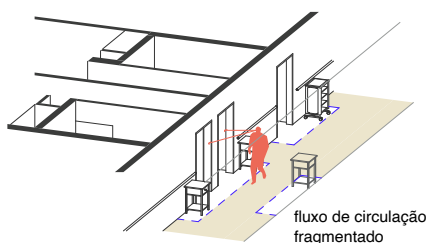
02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO

PISO TIPO

- corredor de circulação
- espaço de entrada

• Do ponto de vista da privacidade do doente: A configuração linear da entrada, resultante da localização da instalação sanitária e do armário, contribui para a privacidade do quarto. Mesmo sem um recuo formal, a profundidade gerada por este desenho torna o espaço de entrada mais longo, afastando visualmente a cama do corredor.

• • Do ponto de vista da circulação e arrumação: O equipamento médico deixado no corredor torna a circulação um verdadeiro desafio, não sendo possível que dois pacientes em cadeiras de rodas circulem ao mesmo tempo. Assim, o fluxo de circulação é fragmentado sendo necessário desviar de vários obstáculos, para além de dificultar o acesso ao corrimão.



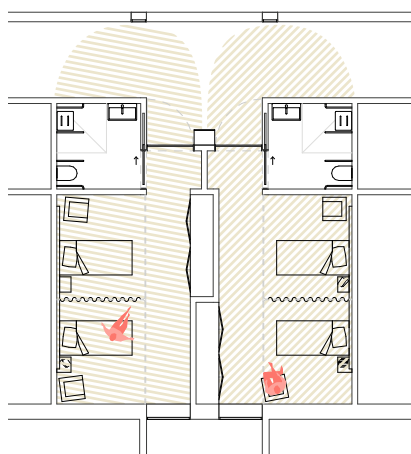
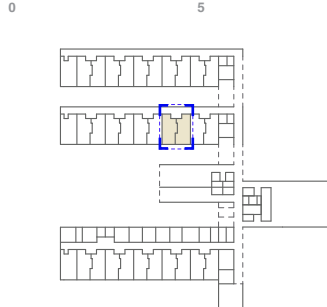
264 O corredor pode ser concebido como uma galeria que distribui as divisões apenas de um lado. A outra parede pode ser totalmente envidraçada, criando uma osmose entre o interior e o exterior. Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 92.

265 A organização do corredor com quartos em fila única era frequentemente utilizada nos centros anti tuberculose europeus, porque permitia a iluminação natural dos dormitórios e dos espaços de circulação e facilitava a ventilação cruzada desses espaços.

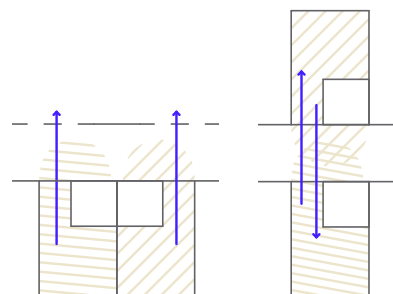
▼ **107** Plantas (1:200) sobre a relação espacial entre o quarto e o espaço de circulação. ©Elaboração própria.

A disposição dos quartos também representa uma questão pertinente para garantir a privacidade dos pacientes. A concepção de quartos com portas frente a frente compromete significativamente a privacidade dos pacientes, uma vez que permite a visualização direta para o interior dos quartos. Além disso, esta configuração condiciona o acesso à luz natural e a vistas para o exterior no corredor interno, contribuindo para a sensação de confinamento. A organização linear dos quartos com as portas voltadas para o mesmo lado, revela ser a solução mais indicada e que garante as questões de privacidade, ao promover a conexão visual com o exterior²⁶⁴. A redução de movimento no corredor cria um ambiente mais íntimo, tranquilo e permite que o paciente se aproprie do corredor como uma extensão do seu espaço privado. Essa configuração, utilizada na Residência para Idosos de Chur (Peter Zumthor, 1993), demonstra a eficácia dessa estratégia em termos de qualidade ambiental e bem-estar dos utilizadores²⁶⁵.

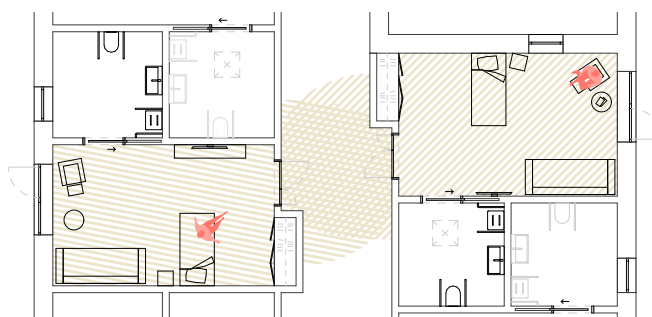
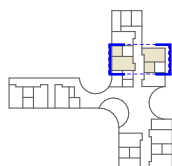
01 ERPI SÃO BENTO DE ARNOIA



Esquema de corredor com quartos dispostos lado a lado, permite a extensão do espaço privado para a área de circulação.

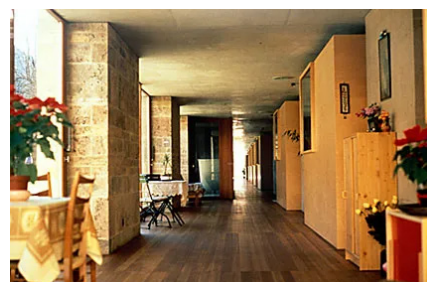


04 UNIDADE URBAN HOSPICE PISO 1



Distribuição de quartos frente a frente, compromete a privacidade visual e diminui a sensação de intimidade e conforto.

► **108 | 109** Residência para Idosos de Chur (1993). Chur, Suíça. Peter Zumthor. Apropriação do espaço de circulação em frente ao quarto - extensão do espaço individual para o espaço comum.



OTIMIZAÇÃO DO CORREDOR INTERIOR

Não sendo possível a opção de quartos em linha, outra alternativa para otimizar a qualidade espacial de corredores internos, corresponde à utilização de estratégias de iluminação natural superior: claraboias ou janelas de clerestório. Utiliza-se como exemplo a solução aplicada pelo arquiteto português, Cândido Palma de Melo, no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965-1970). A estratégia adotada consiste em posicionar os espaços de circulação no interior da unidade, para que as divisões de tratamento e de atividades usufruam de iluminação natural e contacto com o exterior. Para iluminar os espaços de circulação internos foram utilizados clerestórios – uma fila de janelas bem acima do nível dos olhos – que além de proporcionarem iluminação natural, contribuem para a sensação de amplitude espacial. De forma semelhante, a Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital apresenta uma estratégia análoga, na qual o corredor interno é iluminado também por clerestórios.



ELEMENTOS CROMÁTICOS

► **110** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965–1970). Lisboa, Portugal. Palma de Melo. Desenho original do arquiteto, representação da iluminação dos espaços de circulação interiores.

► **111|112** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965–1970). Lisboa, Portugal. Palma de Melo. Espaços interiores localizados na área central do edifício, a iluminação natural é assegurada através da utilização de janelas de clerestório.

► **113** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena. Áustria. Share Architects. Vista do corredor.

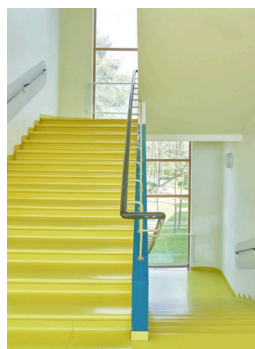
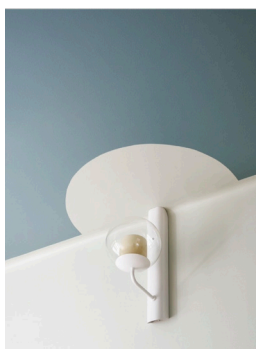
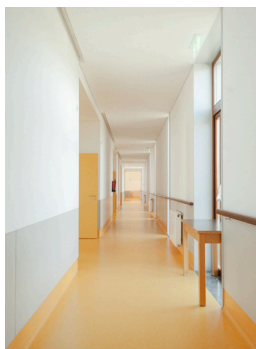
A introdução de cor nos espaços de circulação constitui uma estratégia eficaz para conferir maior coerência espacial. Exemplos dessa abordagem incluem a utilização de pavimentos coloridos, como no caso de estudo Unidade de São Bento de Arnoia, ou de elementos estruturais diferenciados, à semelhança do Centro de Reabilitação Infantil de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian (Cândido Palma de Melo, 1965-1970) ou o biombo azul do Hospital Regional de Bragança (Alfredo Viana de Lima, 1948-1973). Tais intervenções demonstram ser ferramentas valiosas para a orientação espacial dos pacientes. Diversos estudos corroboram a importância da cor na compreensão do espaço, auxiliando os pacientes a identificar onde se encontram. A aplicação desse princípio na Unidade Maria José Nogueira Pinto seria benéfica, especialmente para pacientes com dificuldades cognitivas. A associação de uma cor a cada piso permitiria que os pacientes iden-

266 O ColorADD, um sistema de sinalização inovador desenvolvido por um designer português, Miguel Neiva, revolucionou a orientação em espaços públicos, especialmente para indivíduos com daltonismo. Com base na combinação de cores e símbolos, o sistema oferece uma solução eficaz para aqueles que enfrentam dificuldades na percepção de cores. O sucesso deste sistema levou à sua implementação em diversos hospitais portugueses, demonstrando o seu potencial para melhorar a acessibilidade e a inclusão. Cf. *ColorADD: The color alphabet*. ColorADD. Disponível em: <https://www.coloradd.net/en/>. Acedido a 9 de outubro de 2024.

267 Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 396.

tificassem facilmente o seu destino, contribuindo para a sua autonomia. Essa estratégia também poderia ser aplicada à sinalização como método adicional²⁶⁶.

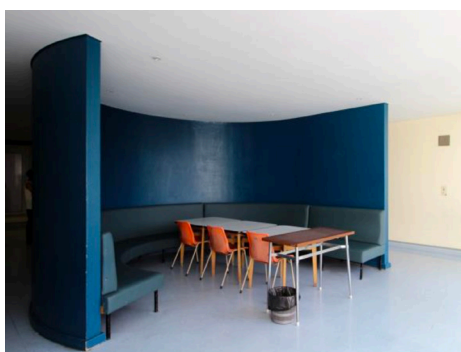
A seleção de cores em ambientes de saúde deve considerar pacientes com dificuldades visuais ou com deficiências cognitivas. Cores com intensidade e brilho semelhantes são mais difíceis de diferenciar do que cores contrastantes, principalmente em condições de iluminação uniforme ou contra superfícies com textura ou reflexo semelhantes. Os tons pastéis, cores muito escuras e combinações de azuis e verdes, por exemplo, podem ser especialmente difíceis de distinguir e gerar confusão. Nesse contexto, optar por cores primárias pode facilitar a legibilidade visual de pacientes mais velhos²⁶⁷.



► **114|115** Unidade de São Bento de Arnoia (2007–2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Corredor de acesso aos quartos.

► **116|117|118** Sanatório de Paimio (1929–1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Detalhe do teto do quarto; escadaria principal e detalhe da maçaneta da porta - utilização expressiva da cor.

► **119** Hospital Regional de Bragança (1948–1973). Bragança, Portugal. Alfredo Viana de Lima. Biombo azul circular que delimita a área de estar, separando-a do fluxo de circulação do edifício. Esta configuração contribui para um ambiente mais resguardado e confortável.



03.3. TRANSFORMAÇÃO E APROPRIAÇÃO

O ESPAÇO DETERMINADO E O ESPAÇO POR DETERMINAR

Além da flexibilidade funcional, explorada no segundo capítulo, e cada vez mais valorizada após anos de especialização funcional associada à arquitetura do movimento Moderno, a adaptabilidade do espaço hospitalar introduz um conjunto de requisitos essenciais no processo de conceção ou remodelação dessas instalações²⁶⁸. Esse planeamento deve priorizar a durabilidade das infraestruturas ao longo de décadas, em oposição ao planeamento de curto prazo que, segundo Paulo Providência²⁶⁹, teve consequências negativas na construção hospitalar em Portugal nos últimos trinta anos.

A flexibilidade e a adaptabilidade dos espaços de saúde refletem-se sobre o modo como a arquitetura pode responder às necessidades funcionais que mudam ao longo do tempo. O conceito concentra-se na criação de espaços que não são rigidamente definidos por um único propósito ou função, mas que podem ser reinterpretados e utilizados de várias maneiras, através de uma forma e estrutura adaptável. Isso tem implicações significativas na maneira como os edifícios são projetados, utilizados e adaptados gradualmente no decorrer dos anos. A capacidade de adaptação a novas necessidades e tecnologias é essencial para garantir a otimização dos processos de saúde em constante evolução. Nesse contexto, o edifício deve ser concebido como um organismo vivo capaz de evoluir e de se transformar ao longo do tempo.

Contudo, as questões de flexibilidade e adaptabilidade de um projeto podem ir além da resposta à mudança da própria organização do edifício. As questões conceptuais do espaço podem abranger os modos de utilização e apropriação do próprio doente, permitindo a possibilidade de escolha e a oportunidade de exercer controlo sobre certos elementos espaciais.

Esta abordagem de desenho pode ser conectada à obra arquitetónica e obra teórica de Herman Hertzberger, desenvolvido no seu livro *Lessons for Students in Architecture*, onde defende que a arquitetura não deveria apresentar soluções acabadas, mas sim estruturas espaciais onde o utente tem a possibilidade de gerir a sua própria apropriação e deixar a sua marca pessoal²⁷⁰. Hoje, este conceito é bem compreendido e apresenta-se explorado em diversas tipologias arquitetónicas.

A arquiteta Nicole Sonolet acreditava que a flexibilidade espacial poderia ser instrumental na cura do paciente²⁷¹. Ou seja, capacitar o doente para transformar os espaços ou para os utilizar de outra forma: uma ferramenta terapêutica que proporciona diversas experiências adaptáveis, que ajudam a manter ligações com a vida fora do recinto hospitalar e a desenvolver a

²⁶⁸ Providência, “Seven notes on the program and design of healthcare buildings’ rehabilitation,” 74.

²⁶⁹ Idem. Ibidem.

²⁷⁰ Hertzberger, *Lições de arquitetura*, 47.

²⁷¹ TenHoor, “Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonolet,” *Terrain*, 2022.

autodeterminação. Aos olhos de Hertzberger²⁷², quanto mais influência se puder exercer pessoalmente sobre as coisas que nos rodeiam, mais nos sentimos emocionalmente envolvidos com elas e mais motivados estaremos a tratá-las com cuidado. Só podemos desenvolver afeição pelas coisas com as quais nos identificamos. Por outras palavras, quanto mais uma pessoa se envolve com a forma e o conteúdo do ambiente que habita, mais esse ambiente será apropriado por ela²⁷³.

Segundo o estudo médico Salutogénico²⁷⁴, as pessoas que sentem controlo sob as circunstâncias demonstram uma maior gestão do stress e uma maior saúde geral do que os indivíduos que sentem que têm pouco poder sobre o que lhes acontece. A perceção de perda de controlo produz resultados negativos dentro do tratamento, especialmente quando os pacientes se apercebem que não têm capacidade de decidir para onde vão e o que fazem, sendo colocados sob supervisão constante, sem tempo para relaxar e perseguir os seus interesses²⁷⁵. A própria forma do espaço deve oferecer as oportunidades, incluindo os acessórios básicos para que os utilizadores preencham os espaços de acordo com as suas necessidades e desejos pessoais²⁷⁶.

É, então, essencial que a estrutura organizacional da instituição permita a liberdade de tomar iniciativas pessoais, de modo a garantir uma experiência personalizada, uma maior capacidade de gestão de momentos de stress e, conseqüentemente, assegurar a recuperação do doente. Nesse contexto, o espaço adaptável exige que algumas partes ou aspetos do projeto de arquitetura não sejam totalmente determinados pelos arquitetos ou permaneçam totalmente estáticos, deixando algumas características espaciais por determinar, para que os profissionais e doentes exerçam controlo sobre as mesmas²⁷⁷. Desta forma, proceder-se-á à análise das várias potencialidades que um edifício pode incorporar para se transformar num organismo ativo.

POTENCIALIDADES DO SISTEMA MODULAR

A flexibilidade da infraestrutura e o planeamento modular permitem alterações a longo prazo, considerando mudanças no tipo de paciente, nas práticas clínicas, nos padrões de formação do pessoal, na incorporação progressiva de tecnologias de informação e comunicação, e na redistribuição de serviços de saúde, diagnóstico e tratamento²⁷⁸. A adoção de sistemas construtivos modulares, compreende elementos como plantas, estruturas e paredes modulares, revela ser uma estratégia de desenho que confere longevidade ao edifício. A possibilidade de remover ou acrescentar elementos permite a reconfiguração dos espaços adaptando-os a novas necessidades e funções. Com isto, a repetição do módulo base com dimensões pré-estabelecidas possibilita a criação de diferentes espaços e ambientes por meio da combinação de diferentes elementos modulares.

272 Hertzberger, *Lições de arquitetura*, 170.

273 Idem. *Ibidem*.

274 Gary Evans and Sheldon Cohen, "Environmental Stress," (2004), 817.

275 Ulrich, "Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research," 100.

276 Hertzberger, *Lições de arquitetura*, 24.

277 Idem. *Ibidem*.

278 Providência, "Seven notes on the program and design of healthcare buildings' rehabilitation," 74.

279 Com a finitude do acordo entre o IPO de Lisboa e a unidade MJNP, o último piso, que recebia pacientes em cuidados paliativos, é adaptado, à semelhança dos quartos que recebem pacientes em cuidados continuados, aumentando o número de camas no piso.

280 Neste caso, não se avalia a qualidade das alterações realizadas posteriormente pela administração da unidade, gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, mas a capacidade de adaptação e alteração do projeto original através da utilização de uma estrutura baseada no módulo, face às necessidades da unidade.

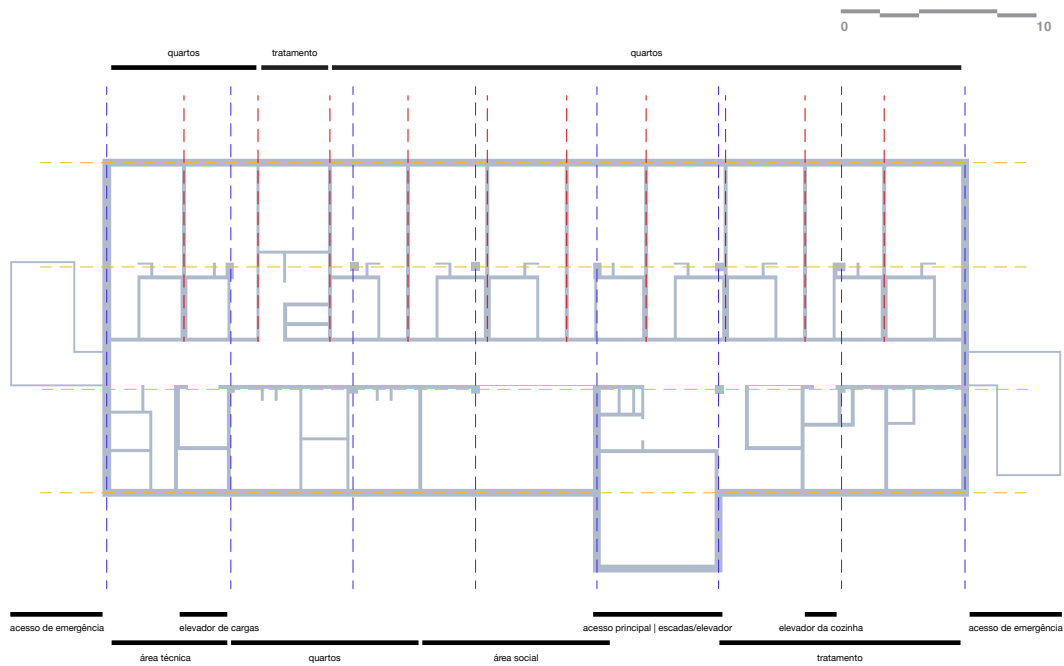
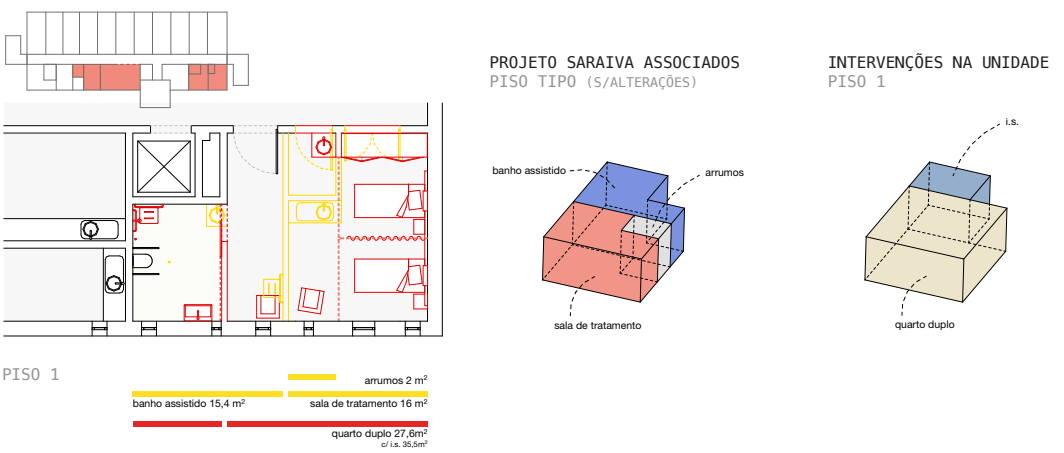
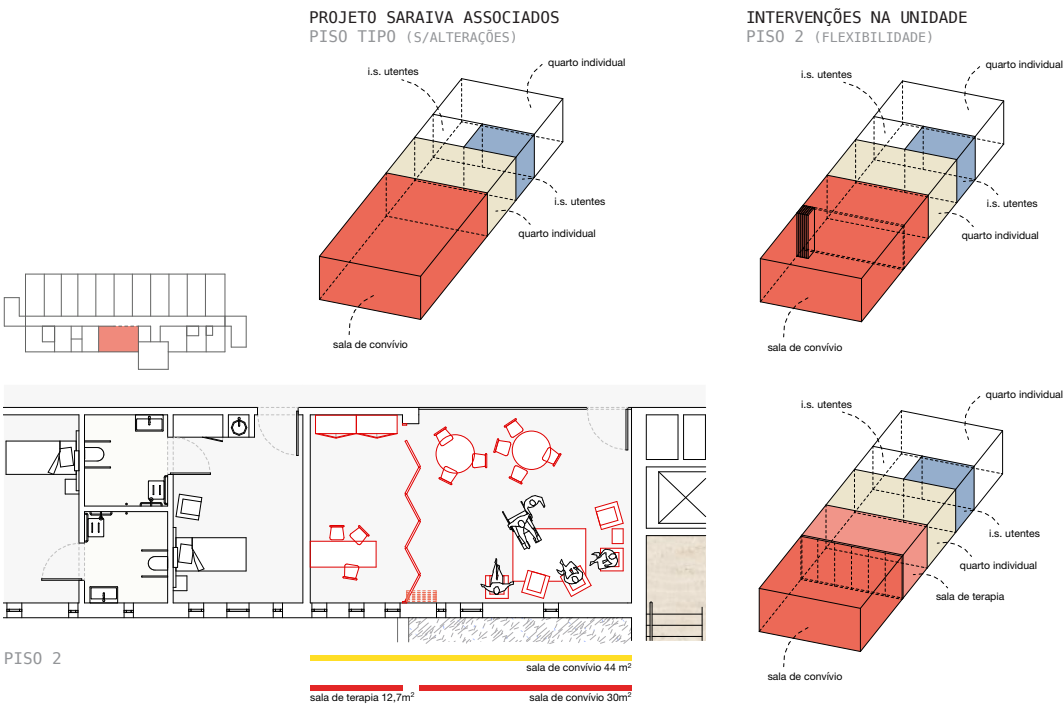
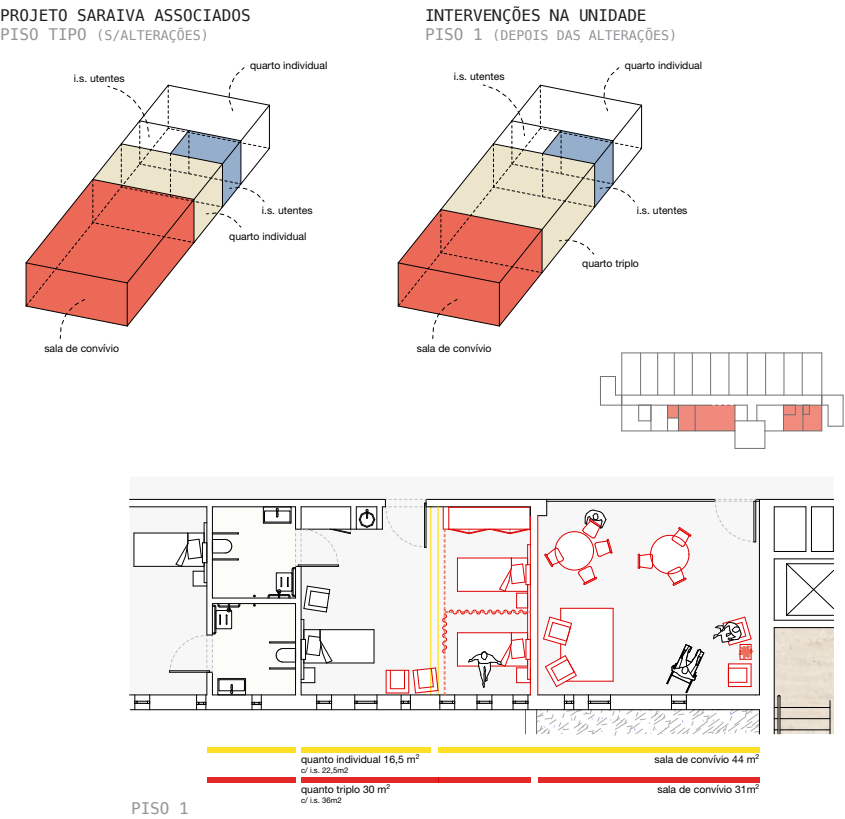
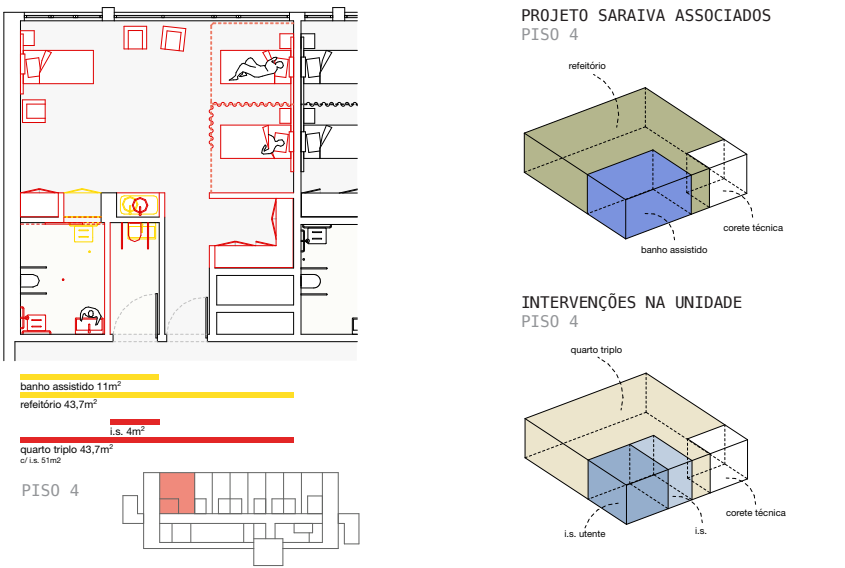
120 Intervenções realizadas na Unidade MJNP. As representações a vermelho e amarelo assinalam as alterações introduzidas posteriormente ao projeto original. ©Elaboração própria.

121 Diagramas ilustrativos das alterações de uso realizadas com o objetivo de aumentar a capacidade de internamento. ©Elaboração própria.

122 Esquema representativo dos eixos e da métrica estrutural da Unidade MJNP. A planta (piso tipo) evidencia a organização modular e a lógica construtiva que permite a alteração funcional. ©Elaboração própria.

A Unidade Maria José Nogueira Pinto exemplifica essa flexibilidade com a estrutura modular, o que permitiu a adaptação de espaços inutilizados, como a transformação das divisões de banho assistido e sala de tratamento em quarto duplo, além da conversão de um refeitório num quarto triplo, entre outras²⁷⁹. Estas transformações demonstram a capacidade de adaptação e de resposta dos sistemas modulares às demandas de um edifício ao longo do tempo²⁸⁰.

02 UNIDADE MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO



FLEXIBILIDADE E CONECTIVIDADE DO QUARTO



▲ **123** Ilustração do projeto para a residência geriátrica de Emmanuelle Colboc e Jean-Marc Gauthier. Vista da cama sobre o quarto.

281 *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 34.

282 Idem, *Ibidem*.

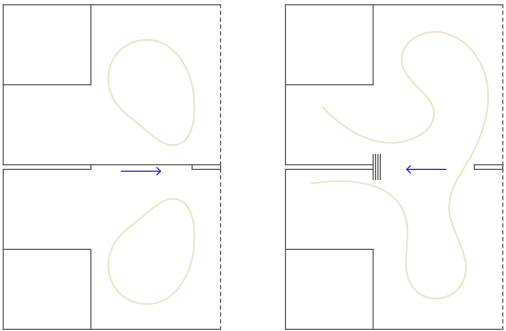
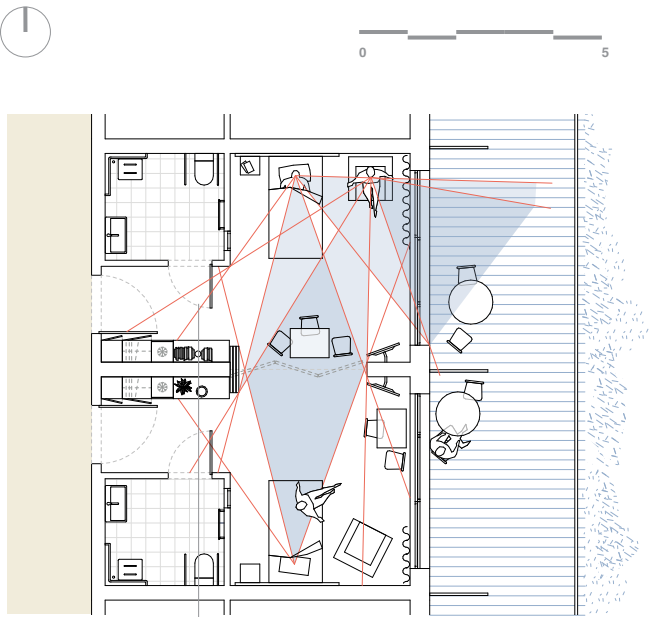
283 Idem. 30.

284 O livro compila as soluções apresentadas no concurso realizado em França (1988), que visava estimular a reflexão interdisciplinar sobre a conceção de espaços destinados ao fim de vida. Pautado pela ausência de regras convencionais, de limitações financeiras e normativas, este concurso tinha o intuito de fomentar uma pesquisa livre e inovadora, mesmo até de carácter utópico. Para tal, foram convidados arquitetos, geriatras, filósofos, sociólogos, cineastas, entre outros profissionais, capazes de contribuir com perspetivas originais e relevantes para a construção de locais que proporcionassem uma experiência significativa nesse momento de vida. Idem, 46.

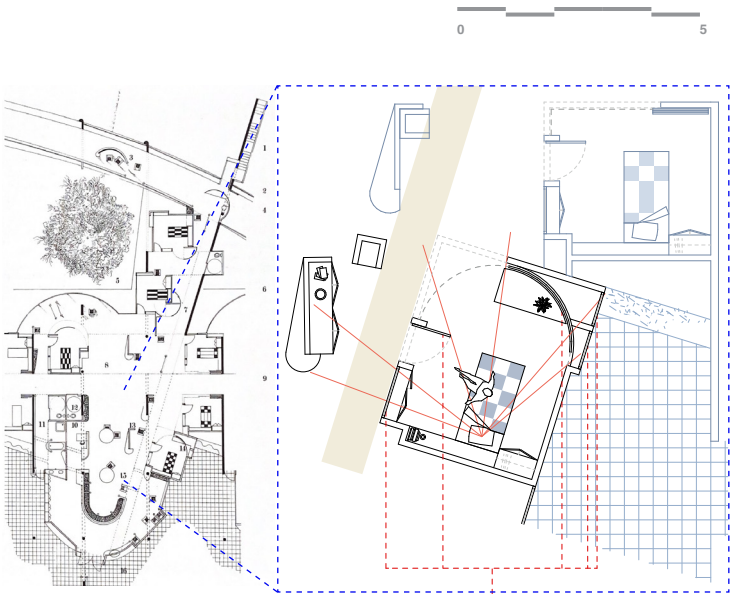
Nas instalações de saúde, a heterogeneidade manifesta-se não apenas nas diferentes condições de saúde, mas também na singularidade de cada indivíduo e nas variações dos estados de espírito ao longo do dia²⁸¹. A arquitetura, nesse contexto, deve transcender a funcionalidade e promover um ambiente acolhedor e adaptável às necessidades dos pacientes. A imposição de padrões rígidos de coabitação deve ser evitada, privilegiando a flexibilidade espacial. Nesse sentido, e apesar de não contribuir para a rentabilidade financeira da instituição, a zona de internamento deverá permitir a comunicação entre os quartos e possibilitar a presença de familiares. A implementação de dispositivos flexíveis como divisórias móveis – paredes ou portas deslizantes ou (re)movíveis – confere aos espaços a capacidade de se adaptarem às demandas individuais e institucionais, o que permite a criação de ambientes personalizáveis²⁸². A decisão de partilhar o espaço deve partir da escolha individual do paciente e não ser imposta por uma tipologia única de quartos. Sendo a arquitetura um recurso que facilita essa personalização, deve oferecer soluções que propõe uma série de possibilidades arquitetónicas²⁸³.

O projeto vencedor para a residência geriátrica de Emmanuelle Colboc e Jean-Marc Gauthier, presente no livro *Architectures du grand âge*²⁸⁴, demonstra uma solução de como relacionar o quarto com a área comum através da integração de dispositivos espaciais no desenho do quarto, que permitem criar privacidade e ambientes de transição. Este projeto transpõe a unidade do quarto para o exterior (corredor de circulação) através da colocação do cadeirão no espaço coletivo, criando, assim, um espaço de estar semiprivado à volta da poltrona. Além disso, o quarto conta ainda com um painel móvel semicircular que permite ao doente escolher o tipo de contacto que deseja com o espaço coletivo. É uma solução pertinente e pouco convencional que quebra o desenho estereotipado de unidades de internamento, mas permite versatilidade e autonomia de uso ao próprio paciente.

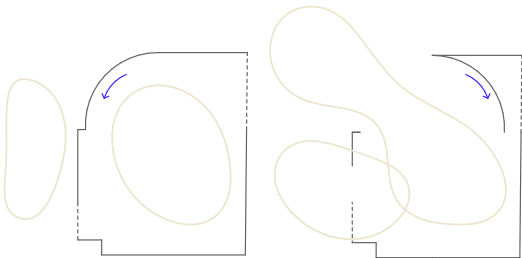
O caso de estudo, Pavilhão 79 de Wilhelminenspital utiliza um dispositivo semelhante: uma parede deslizante que permite a comunicação entre dois quartos individuais através da abertura da parede. Uma solução mais contida, mas igualmente benéfica que pretende evitar a solidão e, ao mesmo tempo, preservar a intimidade do doente e permitir que este usufrua de uma casa de banho privada. Ambos os casos de estudo portugueses poderiam usufruir de uma solução semelhante a esta, o que beneficiaria a privacidade dos pacientes, opondo-se ao desenho do quarto duplo com camas lado a lado separadas por cortina. A aplicação deste método invalidaria que se mantivesse o número de camas, pois cada quarto iria acolher apenas uma cama.



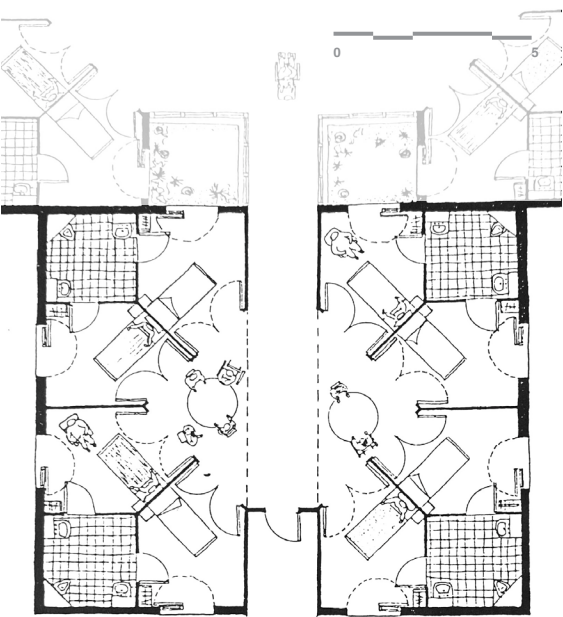
- ▲124 Relação visual entre os dois quartos individuais com ligação por parede deslizante. Esta configuração permite a comunicação e socialização entre os doentes, ao mesmo tempo que garante a possibilidade de privacidade voluntária, assegurada pelo mecanismo de separação móvel. ©Elaboração própria.
- ▲125 Fotografia da ligação entre os dois quartos.
- ▲126 Esquema ilustrativo da articulação entre os dois quartos, evidencia-se as possibilidades de separação e comunicação proporcionadas pela abertura ou fecho da parede deslizante. ©Elaboração própria.



O projeto preserva a porta de entrada tradicional do quarto, mas introduz um painel deslizante que cria uma segunda passagem. Adicionalmente, possui duas janelas, uma voltada para o espaço interior do cadeirão e outra com vista para o exterior.

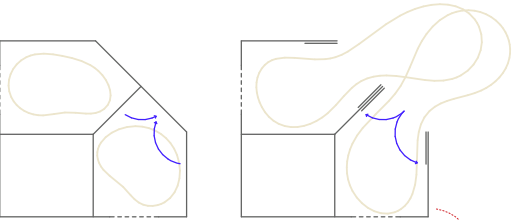


- ▲127 Planta original do projeto, evidencia-se a forma diferenciada como cada quarto se relaciona com o espaço comum.
- ▲128 Planta aproximada de um dos quartos, destaca-se os elementos arquitetônicos que mediam a relação visual com a área comum - desde a zona semiprivada na lateral do quarto, ao painel semicircular que delimita a conexão com a unidade. ©Elaboração própria.
- ▲129 Esquema ilustrativo da expansão do espaço privado do quarto para a área comum - evidencia-se a continuidade espacial entre os dois domínios e a possibilidade de apropriação proporcionada pelo dispositivo móvel. ©Elaboração própria.



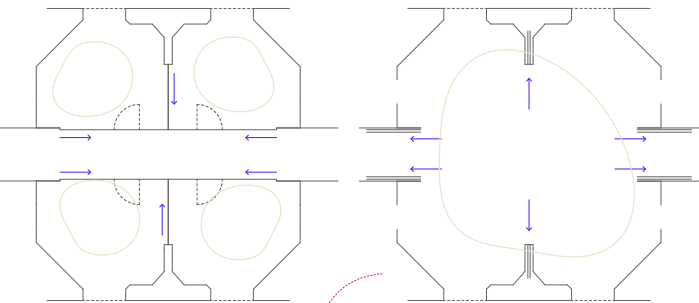
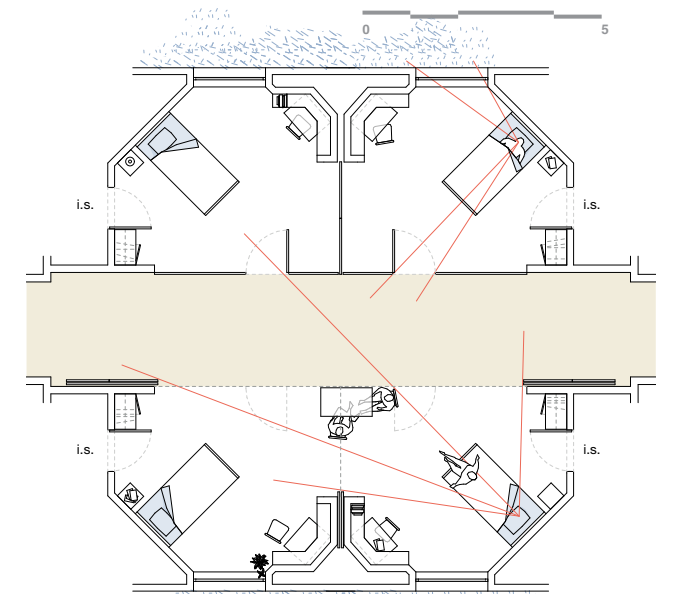
Este desenho permite que cada quarto mantenha a privacidade, mas quando totalmente aberto, passa a integrar uma unidade de oito quartos organizados em torno de uma área comum central, onde se inclui o corredor.

Quando apenas é aberta uma porta, mantém-se uma ligação mais controlada com o espaço comum, preservando a intimidade no interior do quarto, nomeadamente da zona da cama.



A disposição na diagonal garante privacidade visual entre os quartos opostos.

- ▲130 Planta original do projeto, organização simplista dos quartos individuais com casa de banho partilhada entre dois doentes, e área de estar que beneficia de iluminação zenital.
- ▲131 Fotografia da área de estar central.
- ▲132 Esquema ilustrativo da relação entre os dois quartos adjacentes, evidencia-se as possibilidades de separação e comunicação proporcionadas pela abertura ou fecho das portas. ©Elaboração própria.



A abertura das paredes e portas permite uma relação direta entre os quartos e o espaço comum, formando uma unidade de convivência partilhada pelos quatro quartos, onde o corredor passa a integrar o espaço social.

- ▲133 Relação entre quatro quartos individuais. Esta configuração permite a comunicação e socialização entre os doentes, sem comprometer a necessidade de privacidade, assegurada pela flexibilidade dos elementos móveis. ©Elaboração própria.
- ▲134 Esquema ilustrativo da articulação entre os quatro quartos, evidenciando as possibilidades de separação e comunicação proporcionadas pela abertura ou fecho das paredes deslizantes. ©Elaboração própria.

Existem projetos que empregam soluções semelhantes, mas com outras finalidades: permitir que o quarto se conecte com uma área coletiva ou que o quarto se transforme num dormitório com várias camas, como é o caso da Unidade Au Fil de l'Eau²⁸⁵ (Philippe Alluin e Jean-Paul Mauduit, 1993), em Montargis, França²⁸⁶, ou do projeto da residência geriátrica dos arquitetos Francis Rérat e Martine Rérat, presente no livro *Architectures du grand âge*²⁸⁷, respetivamente.

Os quatro projetos empregam de forma estratégica diversos tipos de elementos, explorando as suas características para atender às necessidades específicas de cada contexto: paredes e portas deslizantes e dobráveis, simples ou duplas, para estabelecer conectividade entre os espaços individuais ou partilhados. Por exemplo, a parede dobrável utilizada no quarto da Unidade Pavilhão 79 em Wilhelminenspital funciona como divisória subtil entre dois quartos, mesmo quando está aberta. Na Unidade Au Fil de l'Eau (Philippe Alluin e Jean-Paul Mauduit, 1993), a ênfase recai sobre o uso de portas duplas: quando abertas combinam dois espaços de cariz opostos, em vez de apenas permitir a passagem entre eles. No projeto da residência geriátrica, dos arquitetos Francis e Martine Rérat, verifica-se a integração de portas e paredes deslizantes que, quando abertas, convertem a disposição de quartos individuais numa configuração de plano aberto, onde é combinado o ambiente dos quatro quartos e do corredor de passagem num único espaço comum e aberto à unidade.

Estes elementos são extremamente relevantes para unidades de cuidados continuados devido ao elevado tempo de internamento a que os doentes estão expostos. Por norma são pacientes com alguma idade, com deficiências motoras que dificultam o movimento e por consequência, o convívio, mas que, geralmente, não gostam de estar sozinhos. Desta forma, conseguem facilmente comunicar com outros pacientes dentro do seu quarto ou numa área próxima. A incorporação destes simples elementos confere ao paciente um sentido de controlo do seu espaço, permitindo uma apropriação controlada às suas necessidades sem ser demasiado evasiva para a funcionalidade da unidade ou para o trabalho dos profissionais.

Em casos mais extremos de dependência, como nos pacientes acamados, a simples colocação de fotografias e quadros personaliza o ambiente vivido pelo residente²⁸⁸. No entanto, para tal, o próprio desenho do espaço deve permitir esse tipo de apropriação desde a sua conceção.

A flexibilidade e a apropriação do espaço pelo doente, em serviços de saúde, devem ser comedidas e pensadas de forma a não interferirem com questões de praticidade do espaço e eficiência do cuidado. A rotatividade de pacientes é outra questão que influencia o tipo de apropriação pretendida para estes espaços, que apenas deve conceder ao paciente um nível de autonomia e de controlo que não influencie a sua segurança ou a de outros pacientes. Logo, a incorporação de simples elementos arquitetónicos, como bancos à entrada dos quartos²⁸⁹, ou elementos móveis que permitem abrir ou fechar

285 Au Fil de l'Eau é um Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), tipologia francesa equivalente em Portugal aos Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção.

286 Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 92.

287 *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 34-35.

288 Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, 119.

289 Hertzberger, *Lições de arquitetura*, 32-34.

uma divisão, controlos de iluminação natural e artificial no quarto ao alcance do paciente²⁹⁰, dispositivos de acesso a música no quarto²⁹¹, podem fazer a diferença para um edifício mais flexível, versátil e confortável.

Algumas medidas mais controversas sugerem que se deve permitir ao doente a continuidade de atividades do seu dia-a-dia, como fumar. Por exemplo, a Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital inclui uma sala de fumo no seu extremo norte. Outro exemplo seria a possibilidade de um paciente manter o contacto com o seu animal de estimação²⁹², mesmo tendo em conta as incompatibilidades que possam advir. Deste modo, algumas destas decisões devem ser tomadas em conjunto com arquitetos e profissionais de saúde, para que o espaço seja adequado a determinados usos ou atividades.

ADAPTABILIDADE A DIFERENTES AMBIENTES E ATIVIDADES

Nos cuidados paliativos e continuados, a crescente valorização de terapias complementares exige a integração de espaços polivalentes que permitam receber atividades mais dinâmicas e diversificadas²⁹³. O desenho de espaços que se adaptem a diferentes funções e atividades revela ser fundamental. Neste contexto, a arquitetura deve privilegiar soluções que não necessitem de grandes reformas ou alterações físicas para a sua transformação, de maneira que uma flexibilidade mínima possa produzir uma solução excelente²⁹⁴. A acrescentar à multifuncionalidade dos ambientes, é aconselhável proporcionar aos pacientes a autonomia de utilizar os espaços de forma livre, permitindo-lhes desenvolver rotinas e modos de utilização personalizados²⁹⁵. Porém, é indispensável que a conceção desses espaços considere as debilidades e incapacidades dos pacientes, garantindo a acessibilidade e o conforto de todos.

As áreas de convívio das unidades Pavilhão 79 de Wilhelminenspital e Urban Hospice exemplificam a versatilidade do espaço para receber várias práticas e atividades. A Unidade Urban Hospice destaca-se pela polivalência da sala de convívio sem a necessidade de sofrer alterações profundas. A definição de subzonas, configuradas pela disposição alternativa do mobiliário, permite a realização de diversas atividades, desde momentos de socialização em grupo a momentos mais solitários de introspeção. A presença da kitchenette, como único elemento determinado no espaço, pressupõe o uso do espaço para atividades de culinária, ampliando assim as suas possibilidades de aproveitamento. No caso da Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital, tanto a sala de culto como a sala de convívio foram concebidas para acolher atividades em grupo, como meditação, jardinagem, danças ou outras. As áreas de convívio de ambas as unidades estabelecem uma relação direta com os pátios interiores, o que permite que o espaço interior se expanda para um exterior controlado.

290 Carpman and Grant, *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, 242.

291 Cada quarto da Unidade Paliativa de Chaves dispõe de um regulador de volume de música ou rádio acessível pelo paciente. Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

292 A presença de animais de estimação na vida de algumas pessoas constitui um pilar fundamental de apoio social e emocional. Apesar do reconhecimento dos benefícios da terapia animal, a frequência das visitas de animais de estimação aos pacientes ainda é limitada, em grande parte devido à falta de infraestruturas adaptadas e de políticas adequadas. Schweitzer, Gilpin, and Frampton, "Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health," 73.

293 Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

294 Hertzberger, *Lições de arquitetura*, 157.

295 Dehan, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*.

296 TenHoor, “Care beyond biopolitics,” *E-flux Architecture*, 2022.

A utilização de mobiliário modular oferece grande flexibilidade espacial podendo ser agrupado e reagrupado, o que permite a criação de diferentes configurações adaptando-se tanto a momentos de socialização como a situações que exigem maior fluidez de circulação²⁹⁶. A sala de convívio da Unidade Maria José Nogueira Pinto permite a criação de diferentes ambientes para atividades como sessões de cinema. No entanto, a capacidade de acomodar todos os pacientes, especialmente com mobilidade reduzida, revela desafios pelas dimensões da sala. Esta situação evidencia a importância de considerar as questões de acessibilidade no dimensionamento ao projetar áreas comuns, para garantir que todos os pacientes possam usufruir dos espaços de igual forma.

ESPAÇOS EVOLUTIVOS

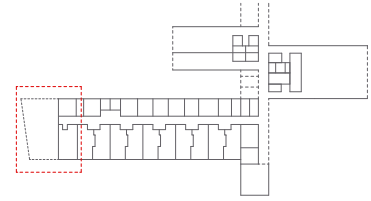
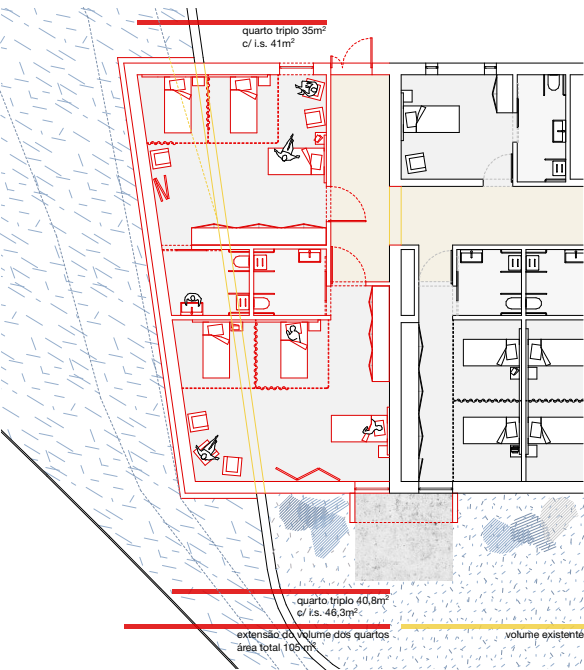
297 Providência, “Seven notes on the program and design of healthcare buildings’ rehabilitation,” 71.

A sustentabilidade de um edifício está intrinsecamente ligada à sua capacidade de adaptação às mudanças, às necessidades dos seus utilizadores e à evolução tecnológica ao longo dos tempos²⁹⁷. Esta característica garante longevidade ao edifício e é fundamental, sobretudo em contextos institucionais como hospitais. A definição de uma área de crescimento planeada, com estruturas designadas e preparadas para futuras expansões, assegura que essas modificações possam ser realizadas de forma eficiente e com menor impacto na operação diária do edifício.

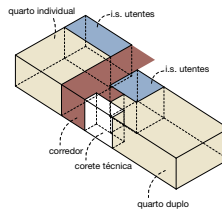
No Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (Herzog & de Meuron, 1998-2002) foi realizada, em 2018, a expansão do edifício. A criação da nova ala SAP station para pacientes com distúrbios comportamentais foi localizada no piso térreo a Este, onde anteriormente se encontrava a clínica de dia, tendo esta sido relocada para o último piso, isto é, para a cobertura visitável. Foi construída uma extensão em madeira no telhado em 2019, para a qual o edifício tinha sido estruturalmente preparado em 2002. A capacidade de adaptação às novas necessidades, demonstrada pela facilidade com que a clínica de dia foi relocada e a nova ala integrada, evidencia a importância de uma arquitetura pensada no futuro. A nova ala SAP station, no rés-chão, e a clínica de dia, na cobertura, estão perfeitamente integradas no edifício existente.

Com uma escala de intervenção diferente, a Unidade de São Bento de Arnoia, sofreu recentemente um projeto de expansão que conta com a extensão da ala dos cuidados continuados para integrar dois quartos triplos, aumentando, assim, o seu número total de camas para trinta e um. O projeto original, facultado pelo atelier para o estudo desta dissertação, demonstra que o projeto do edifício foi pensado com a possibilidade de expandir a ala. Uma vez concluída a extensão, o projeto não apresenta mais margem de crescimento. As restantes unidades, Maria José Nogueira Pinto, Pavilhão 79 de Wilhelminenspital e Urban Hospice, também não apresentam margem para possível extensão, embora os dois casos apresentados incorporem soluções que são facilmente praticáveis se forem pensados previamente na conceção do projeto.

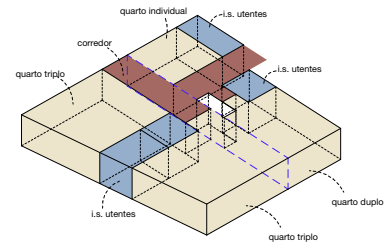
01 UNIDADE SÃO BENTO DE ARNOIA



PROJETO ATELIER ABERTO
REPRESENTAÇÃO PARCIAL DO VOLUME
DOS QUARTOS DA UCC



PROJETO ATELIER ABERTO
EXTENSÃO DO VOLUME DOS QUARTOS DA UCC

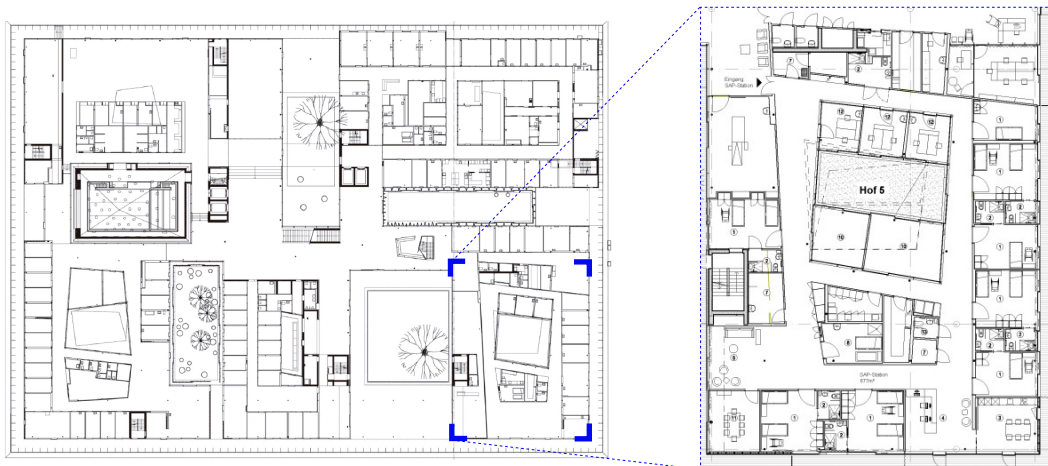


▲ **135** As representações a vermelho e amarelo são baseadas nos dados facultados pelo atelier de arquitetura responsável pelo projeto original, Atelier Aberto. Assinalam as alterações introduzidas ao projeto original. ©Elaboração própria.

► **136** Diagrama ilustrativo das alterações de uso realizadas com o objetivo de aumentar a capacidade de internamento. ©Elaboração própria.

▼ **137** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Planta do rés-do-chão do projeto original de 2002.

▼ **138** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Planta do rés-do-chão com as alterações na nova ala SAP-Station (2019).





CONCLUSÃO

O impacto da qualidade espacial no bem-estar do paciente é difícil de quantificar; contudo, é inegável que o desenho do espaço pode intervir estrategicamente para mitigar o desconforto inerente à condição vivida. Um ambiente que harmoniza os comportamentos naturais do paciente com o seu universo familiar e a sua rede de suporte promove um contexto conducente à sua recuperação e dignidade, refletindo qualidades encontradas no quotidiano.

Alcançar esta sintonia entre o ambiente construído e as necessidades humanas deveria representar a aspiração máxima do arquiteto. É também fundamental reconhecer os limites desta atuação: múltiplos fatores inerentes à natureza e individualidade do ser humano, como a memória e a imaginação, transcendem o controlo direto de um projeto de arquitetura.

Esta procura pela sintonia entre o espaço e as necessidades humanas insere-se numa tendência de humanização dos cuidados, acompanhada pela transformação de uma arquitetura, outrora, predominantemente hospitalar numa arquitetura de espaços de saúde. Esta evolução amplia significativamente o campo de atuação do arquiteto. Às exigências de funcionalidade e eficiência processual, acresce a necessidade de uma compreensão sensível e aprofundada das múltiplas necessidades e particularidades dos seus utilizadores.

É neste quadro que a presente dissertação se posiciona, procurando oferecer um contributo para o entendimento do papel da arquitetura na experiência terapêutica, no âmbito específico das Unidades de Cuidados Paliativos e de Cuidados Continuados. Pretendia-se identificar estratégias projetuais e qualidades do espaço construído capazes de favorecer a recuperação e o conforto físico e psicológico do paciente, considerando os paradigmas terapêuticos contemporâneos e a contínua evolução tipológi-

▲ 139 De Drie Hoven (1964-1974),
Amsterdão, Países Baixos. Herman
Hertzberger. Vista para espaço exterior.

ca, formal e espacial destes equipamentos de saúde. Para fundamentar esta análise e identificar estratégias de desenho concretas, recorreu-se à análise comparativa de quatro casos de estudo relevantes projetados no contexto contemporâneo, visando identificar princípios de desenho favoráveis ao bem-estar e à dignidade do doente.

A análise realizada em torno das Unidades de Cuidados Paliativos e de Cuidados Continuados, conforme abordado no primeiro capítulo, sublinha a sua pertinência no panorama atual, enfatizando a relevância destas instituições face ao envelhecimento populacional e à prevalência de patologias crónicas e terminais. Contudo, em consonância com a análise dos modelos históricos das estruturas de saúde, refuta-se a reprodução de práticas baseadas em segregação ou isolamento social e físico. Em contrapartida, a abordagem contemporânea à conceção de espaços de saúde informada por modelos como o *Evidence Based Design* e o *Psychosocially Supportive Design*, preconiza a criação de ambientes terapêuticos. Estes centrados na promoção do conforto, bem-estar e na qualificação da dimensão sensorial do espaço, visam atenuar o desconforto e a ansiedade frequentemente associados à experiência de internamento. Evidencia-se, assim, a relevância e a viabilidade no desenvolvimento de espaços humanizados e eficazes, capazes de oferecer suporte ao processo de recuperação ou à vivência da doença em fases avançadas. A conceção de unidades de saúde que integrem suporte físico e psicológico pode resultar em benefícios para todos os intervenientes, com destaque primordial para os pacientes, principais destinatários e beneficiários destes ambientes de apoio.

Como observado durante as visitas e indicado pela análise bibliográfica, alguns elementos arquitetónicos parecem contribuir para características específicas que podem diminuir os momentos de desconforto e induzir o bem-estar do paciente. Constata-se a relevância do controlo que o doente pode exercer sobre o seu espaço pessoal; isto inclui a possibilidade de apropriação e transformação de elementos que permitem gerir diferentes graus de privacidade. Seguidamente, sublinha-se a importância de um desenho espacial coerente que permita o seu fácil reconhecimento e, desse modo, facilite a mobilidade autónoma, através de circulações claras e áreas de estar acessíveis, reforçando assim a perceção de autonomia e promovendo, indiretamente, momentos de interação espontâneos. Adicionalmente, reconhece-se o valor de distrações positivas que a própria arquitetura pode proporcionar, como elementos visuais criteriosamente abertos para o exterior ou a criação de espaços intersticiais que convidam a atividades espontâneas.

A análise comparativa das configurações espaço-funcionais, desenvolvida no segundo capítulo e contextualizada pelo enquadramento legislativo e programático das UCP e UCC, revela as particularidades e limitações associadas aos espaços e às estratégias de projeto. Esta análise evidencia que as abordagens arquitetónicas convencionais, com particular incidência no contexto nacional, apresentam dificuldades em responder integralmente às exigências dos pacientes. Estas dificuldades manifestam-se na gestão da privacidade, na promoção de diferentes dinâmicas de interação social e na resposta a diferentes graus de mobilidades, aspetos diretamente ligados aos princípios de controlo espacial e autonomia anteriormente discutidos.

A rigidez funcional que caracteriza estas soluções convencionais constitui um obstáculo à implementação eficaz de ambientes flexíveis, adaptáveis e inclusivos, fundamentais para reduzir os momentos de stress. Em contraste, a análise sublinha também a importância de definir claramente zonas programáticas essenciais - como espaços privados resguardados, áreas sociais dinâmicas e ambientes exteriores qualificados - enquanto estruturas de suporte para o paciente. Esta atenção à definição e qualificação das diferentes áreas aparece mais consistente nos casos de estudo internacionais, que comparativamente demonstram maior foco na experiência sensorial e espacial do doente.

Numa terceira fase reúnem-se um conjunto de estratégias de desenho focadas em superar a rigidez funcional encontrada nestes espaços de saúde. Estas estratégias, que incluem a qualificação da relação interior-exterior, a valorização funcional e sensorial dos espaços de circulação, e a promoção da flexibilidade e transformação espacial, fundamentam-se tanto na análise crítica das debilidades observadas nos casos de estudo, como no reconhecimento de práticas exemplares identificadas nesses mesmos contextos ou noutras referências pertinentes.

Identificam-se, assim, oportunidades concretas para um desenho mais centrado no doente, capaz de promover maior conforto, autonomia e dignidade. Desta forma, este capítulo permite reconhecer o papel que estes elementos arquitetónicos ou qualidades espaciais, nem sempre formalmente considerados essenciais na conceção normativa de unidades de saúde, desempenham na qualidade da experiência do paciente. Salienta-se, no entanto, que a importância reconhecida a estes princípios não se encontra refletida nos regulamentos nacionais, nem nos requisitos espaciais. O seu potencial acaba por ser negligenciado também na prática de projeto.

Retomando a análise dos casos de estudo, importa sublinhar que estes não representam soluções arquitetónicas ideais *per se*. Contudo, exemplificam abordagens concretas cujos elementos espaciais fornecem matéria relevante para a presente discussão, tanto pelos seus potenciais benefícios como pelos desafios ou debilidades que evidenciam. Verifica-se, em particular, uma tendência clara nos exemplos internacionais para um maior investimento em espaços orientados para o paciente. Destaca-se, em particular, a atenção conferida à integração de áreas exteriores e à cuidada comunicação com os ambientes internos, reconhecendo e potenciando o seu valor terapêutico. Em contrapartida, os casos portugueses analisados revelam, com frequência, um maior vínculo a modelos de cariz institucional, por vezes impessoais, e demonstram uma implementação ainda primária de estratégias de humanização já consolidados noutros contextos europeus.

De modo geral, esta análise comparativa sugere que, enquanto as abordagens internacionais evidenciam uma conceção mais holística, flexível e atenta à experiência sensorial e emocional do paciente, as nacionais ainda espelham, em muitos casos²⁹⁸, uma matriz predominantemente funcionalista e de maior rigidez espacial. Estas constatações, de índole analítica e não avaliativa, revelam o potencial de evolução das unidades portuguesas. Este potencial reside na possibilidade de aprendizagem e incorporação crítica das boas práticas internacionais, visando a progressiva implementação de soluções arquitetónicas e espaços construídos mais humanizados, adap-

298 Esta constatação advém, para além dos casos de estudo formalmente analisados neste trabalho, de observações recolhidas pela autora durante visitas a outras unidades em Portugal, realizadas no âmbito da presente dissertação para um maior entendimento do contexto nacional.

tativos e inclusivos.

No entanto, importa contextualizar o papel da arquitetura e evitar visões ideológicas que a apresentam tanto como solução para todos os desafios dos cuidados de saúde, como também a causa de todos os seus problemas. A realidade destes ambientes é profundamente influenciada por uma complexa interação de fatores, onde as dinâmicas sociais, os modelos organizacionais e a imprevisível apropriação do espaço pelos seus utilizadores desempenham papéis preponderantes. Se o desenho de espaços qualificados pode orientar ações, comportamentos, e até contribuir para um ambiente mais propício ao bem-estar e à recuperação, não determina isoladamente a experiência ou os resultados. A arquitetura configura-se, assim, como uma ferramenta essencial, mas cujo potencial se realiza quando integrada numa abordagem holística e multidisciplinar dos cuidados reconhecendo que não é, por si só, a solução universal ou a cura.

Todavia, destaca-se que os princípios de desenho abordados não constituem um manual único ou definitivo. Pelo contrário, permanecem em contínua evolução, sendo constantemente sujeitos à investigação e prática nesta área da arquitetura. Estes princípios admitem, por isso, uma interpretação crítica por parte do arquiteto, podendo traduzir-se numa multiplicidade de soluções. A diversidade resultante evidencia-se na variedade de respostas observadas nos casos de estudo analisados e nas demais referências utilizadas ao longo desta dissertação.

Face à natureza dinâmica e evolutiva desta área de estudo, perspectiva-se que muitos outros princípios de desenho possam ser identificados e desenvolvidos futuramente. Neste sentido, a presente dissertação procura constituir uma base para futuras pesquisas ou mesmo para um aprofundamento posterior do próprio trabalho, propondo o reconhecimento de um leque ainda mais vasto de soluções com qualidade arquitetónica.

Para concluir, é fundamental refletir sobre o risco de abordar a conceção de um projeto deste tipo, como um mero exercício de conformidade normativa e orçamental. Tal abordagem, marcada pelo cumprimento por vezes acrítico de requisitos e regulamentos rígidos, corre o risco de negligenciar a responsabilidade social inerente ao projeto. Consequentemente, tende-se a perpetuar soluções espaciais austeras e estereotipadas, limitando a exploração de abordagens mais versáteis e informadas pela análise da experiência humana, mesmo quando estas se revelam propícias ao bem-estar dos pacientes.

Impõe-se, por isso, uma mudança paradigmática: a conceção de equipamentos de saúde deve transcender a estrita lógica burocrática e a máxima rentabilidade pretendida. A criação de ambientes terapêuticos exige um questionamento *a priori* dos objetivos essenciais. As decisões projetuais devem, então, fundamentar-se de forma coerente nesse questionamento, focando-se inequivocamente na promoção da qualidade de vida, do bem-estar, da autonomia e da dignidade do doente como metas primordiais do projeto de arquitetura.

A arquitetura deverá ser a criação consciente de experiências sensíveis que, ao mesmo tempo que acolhem a vulnerabilidade, potenciam a resiliência e a esperança.

ÍNDICE DE IMAGENS.

00.

1 De Drie Hoven (1964-1974). Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Imagem obtida através da digitalização do livro Hertzberger, Herman, and der Keuken Johan van. *Herman Hertzberger / Six Architectures Photographiées Par Johan Van Der Keuken*. Milão: Electa, 1985: p.42.

01.

2 Sanatório de Paimio (1929-1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Vista interior do quarto. Fonte: Gustaf Welin © Alvar Aalto Foundation. Disponível em <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>

3 Evolução da tipologia hospitalar no ocidente. Elaboração própria adaptado de Berg, Agnes E. van den. *Health Impacts of Healing Environments*. Londres: DutchTrans, 2005; Wagenaar, Cor. "Modern Hospitals Cultural Heritage." *Docomomo Journal* 62 (2020); Rego, Daniel. "A Arquitetura Como Instrumento Medicinal. O Papel Terapêutico Dos Espaços De Saúde Na Sua Missão De Curar E Cuidar." Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa, 2012, p.16.

4 Gráfico circular sobre a Preferência de Local de Morte em Portugal, 2010. Elaboração própria. Fonte: Gomes, B., V. P. Sarmiento, P. L. Ferreira, and I. J. Higginson. "Estudo Epidemiológico Dos Locais De Morte Em Portugal Em 2010 E Comparação Com as Preferências Da População Portuguesa." *Acta Médica Portuguesa* 26, no. 4 (Jul-Ago 2013): 327-34. <https://doi.org/10.20344/amp.429>.

5 Número de serviços de cuidados paliativos em diferentes países da Europa. Elaboração própria. Fonte: Centeno, C, T Lynch, O Donea, J Rocafort, and D Clark. "Eapc Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition." Milan: EAPC Press, 2013.

6 Distinção entre hospice care e cuidados paliativos. Elaboração própria. Fonte: "What Are Palliative Care and Hospice Care?", última atualização 14 de maio, 2021, acedido em janeiro, 2024, <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care#:~:text=Hospice%20care%20focuses%20on%20the,is%20designed%20for%20this%20situation>.

7 Esquema sobre os critérios de internamento e permanência. Elaboração própria. Fonte: Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

8 Gráfico circular sobre a percentagem de doentes assistidos em CC e CP em Portugal, entre 2014 e o 1º semestre de 2015. Elaboração própria. Fonte: Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, *Qualidade E Concorrência Nos Cuidados Continuados E Paliativos*. Entidade Reguladora da Saúde (Porto: 2015).

9 Esquema dos diferentes tipos de mobilidade. Elaboração própria. Fonte: Conversa com Dr.^a Anabela Morais, Diretora do Serviço de Medicina Paliativa, Unidade de Cuidados Paliativos de Chaves, 04/07/2023.

10 Esquema sobre a organização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Elaboração própria. Fonte: Monteiro, Maria Carolina, Osvaldo Santos, and Maria Céu Costa. "Continuous Care Units: A Response to Aging and Dependency in Portugal." *Biomedical and Biopharmaceutical Research* 10 (2013); Observatório Português dos Cuidados Paliativos. *Diretório Nacional Dos Cuidados Paliativos 2023*. (OPCP, 18 de Setembro, 2023).

11 *Lodgers in Bayard Street Tenement, Five Cents a Spot* (1889). Nova Iorque, EUA. Jacob August Riis. Fotografia documental sobre as condições habitacionais. Fonte: Museum of Modern Art. Disponível em <https://www.moma.org/collection/works/51194>

12 [Crianças a apanhar sol num *preventorium* ao ar livre] (c.1928). Califórnia, EUA. Autor não identificado. Fotografia de um "preventorium", escola ao ar livre para rapazes pré-tuberculosos, inaugurada em 1922. Fonte: *Sun Seekers: The Cure of California* (Atelier Éditions, 2019). Disponível

em <https://www.gsd.harvard.edu/2020/04/the-pandemic-may-instigate-a-radical-transformation-in-building-and-designing-for-health-but-not-everyone-will-benefit-equally/>

13 Capa da Revista Nacional de Arquitectura 126 (1952). Portugal. Imagem de William Ganster e William Pereira. Lake County Sanatorium, Waukegan, Illinois, 1939, sobreposta a uma radiografia de pulmões. Fonte: Colomina, Beatriz, and Mark Wigley. "The Bacterial Clients of Modern Architecture." *Docomomo Journal* 62 (2020): p.9.

14 Quarto de dormir com uma parede vermelha brilhante. © Etienne Weill. Fotografia publicada em *Cahiers du Centre Scientifique et Technique du Bâtiment*. Fonte: Severo, Donato. "Architecture at the Service of Care: France-USA Memorial Hospital of Saint-Lô." *Docomomo Journal* 62 (2020): p.65.

15 Sanatório de Waiblingen (1928). Waiblingen, Alemanha. Richard Döcker. Fotografia dos doentes a apanhar sol no terraço. Fonte: Sigfried Giedion, *Befreites Wohnen*, 1929. Disponível em Colomina, Beatriz, and Mark Wigley. "The Bacterial Clients of Modern Architecture." *Docomomo Journal* 62 (2020): p.11.

16 Casa de Theo Effenberger (1929). Wrocław (anteriormente Breslau), Polónia. Theo Effenberger. Apresentada na exposição de habitação. Fonte: The Museum of Architecture in Wrocław. Disponível em Zeiba, Drew. "Architecture and Illness: Beatriz Colomina on Tuberculosis, Modernism, X-Ray Architecture, and Covid-19." *PIN-UP Magazine*, 2020. <https://archive.pinupmagazine.org/articles/interview-beatriz-colomina-x-ray-architecture-drew-zeiba>

17 Le poème de l'angle droit (1955). Paris, França. Le Corbusier. Gravura incluída na obra *Le poème de l'angle droit*, publicada por Éditions Tériade. Fonte: Fondation Le Corbusier. © FLC / ADAGP. Disponível em <https://www.fondationlecorbusier.fr/oeuvre-livre/le-poeme-de-langle-droit-le-corbusier-1955/>

18 "Os prazeres essenciais" (1942). Paris, França. Le Corbusier e François de Pierrefeu. Gravura incluída na obra *La Maison des hommes*, publicada por Éditions Plon. Fonte: Graf, Franz, e Giulia Marino. *Building Environments and Interior Comfort in 20th-Century Architecture: Understanding Issues and Developing Conservation Strategies*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 2016. © FLC / ADAGP, p.52.

19|20 Sanatório de Paimio (1929-1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Vistas interiores do quarto (1933). Fonte: Gustaf Welin © Alvar Aalto Foundation. Disponível em <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>

21 Desenho de um lavatório silencioso (1932). Sanatório de Paimio, Paimio, Finlândia. Alvar Aalto. Fonte: © Alvar Aalto Foundation. Disponível em <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>

22 Sanatório de Paimio (1929-1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Fotografia dos doentes em cadeiras reclináveis no terraço (1933). Fonte: Gustaf Welin © Alvar Aalto Foundation. Disponível em <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>

23 Diagrama da incidência solar e térmica no interior do quarto, pensado segundo a lógica do corpo deitado; diagrama que mostra o ambiente térmico no quarto pensado para o doente na horizontal. Sanatório de Paimio, Paimio, Finlândia. Alvar Aalto. Disponível em Kim, Hyon-Sob. "Alvar Aalto and Humanizing of Architecture." *Journal of Asian Architecture and Building Engineering* 8, no. 1 (2009/05/01 2009): p.11. <https://doi.org/10.3130/jaabe.8.9>

24 *Men's Five Skins* (1997). Friedensreich Hundertwasser. Tinta sobre papel, 29,7 cm x 21,0 cm. Fonte: Hundertwasser Foundation. Disponível em https://hundertwasser.com/en/applied-art/apa382_mens_five_skins_1975 (acedido a 29 de julho de 2024).

25 Esquema da relação entre os modelos Evidence-Based Design e Psychosocially Supportive Design. Representação gráfica dos fundamentos que orientam a criação de espaços terapêuticos, com base nos quatro atributos descritos por Ulrich e Dilani. Elaboração própria. Fonte: Ulrich, Roger S. "Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific

Research.” *Journal of Health Care Interior Design* 3 (1991): 97–109; Dilani, Alan. “A New Paradigm of Design and Health.” *World Congress and Exhibition for Design and Health* (2003): 15–25.

26 Prospect Park (1865). Brooklyn, EUA. Frederick Law Olmsted. Long Meadow (1900). Fonte: Beveridge, Charles E., Paul Rocheleau, and David Larkin. *Frederick Law Olmsted: Designing the American Landscape / Charles E. Beveridge and Paul Rocheleau ; Edited and Designed by David Larkin*. New York: Rizzoli, 1995: p.74.

02.

27 Hospital (1964) (projeto não construído). Veneza, Itália. Le Corbusier. Planta da unidade de tratamento. Disponível em <https://socks-studio.com/2014/05/18/the-building-is-the-city-le-corbusiers-unbuilt-hospital-in-venice/> (acedido a 6 de fevereiro de 2024).

BOOKLET

1 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Planta do rés-do-chão. Elaboração própria.

2|3 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Corte longitudinal pelo corredor (BB’); corte transversal pelo refeitório (AA’). Disponível em: <https://atelieraberto.pt/projetos/arnoia/> (acedido a 9 de junho de 2024)

4 Fotografia do Mosteiro de São Bento de Arnoia (2000). Celorico de Basto, Portugal. Disponível em http://www.monumentos.gov.pt/site/app_pagesuser/SIPA.aspx?id=1953 (acedido a 8 de junho de 2024)

5 Mosteiro de São Bento de Arnoia antes da construção da UCC (2010). Celorico de Basto, Portugal. Captura de ecrã do Google Earth.

6 Mosteiro de São Bento de Arnoia após a construção da UCC (2013). Celorico de Basto, Portugal. Captura de ecrã do Google Earth.

7|9|10|12|15 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Vistas dos espaços exteriores. Disponível em: <https://atelieraberto.pt/projetos/arnoia/>

8 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Vista dos espaços exteriores - relação visual com o Monte da Nossa Senhora da Graça. Disponível em http://scma-cbt.com/?-service=erpi_idosos. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

11|13|14|16 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Vista dos espaços exteriores. Fotografia da autora (2023).

17|19|20|21 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Vista interiores. Fotografia da autora (2023).

18 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Vista do refeitório. Disponível em: <https://atelieraberto.pt/projetos/arnoia/>

22 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Diagramas, plantas dos quartos e identificação do módulo base. Elaboração própria.

23 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Diagramas sobre a organização funcional e a configuração espacial. Elaboração própria.

24 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Planta com simulação esquemática dos fluxos de circulação. Elaboração própria inspirada em Hou (2018).

25 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Plantas dos pisos de internamento. Elaboração própria.

26 Vista aérea antes da construção da Unidade MJNP (2007). Captura de ecrã do Google Earth.

27 Vista aérea após a construção da Unidade MJNP (2014). Captura de

ecrã do Google Earth.

28 Vista aérea da envolvente da Unidade MJNP (2024). Captura de ecrã do Google Earth.

29|30|31|34|35 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Vistas exteriores. Fotografia da autora (2023).

32|33|36|38|39|42|43 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Vistas interiores. Fotografia da autora (2023).

37|40|41 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Vistas interiores. Disponível em <https://www.saraivae-associados.com/pt-pt/project/ucc-mjnp/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

44 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Diagramas, plantas dos quartos e identificação do módulo base. Elaboração própria.

45 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Diagramas sobre a organização funcional e a configuração espacial. Elaboração própria.

46 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Plantas com simulação esquemática dos fluxos de circulação. Elaboração própria inspirada em Hou (2018).

47 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Planta do rés-do-chão. Elaboração própria.

48|49|50|51 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Corte transversal pelo corredor e quarto (AA’); corte longitudinal pelo corredor (BB’); corte transversal pelo pátio e quarto do paciente (CC’); corte transversal pelas escadas (DD’). Elaboração própria.

52 Vista aérea antes da construção da Unidade Pavilhão 79 (2009). Captura de ecrã do Google Earth.

53 Vista aérea após a construção da Unidade Pavilhão 79 (2014). Captura de ecrã do Google Earth.

54 Vista aérea da envolvente do Hospital Wilhelminenspital (2024). Captura de ecrã do Google Earth.

55|56|57|58 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vistas dos espaços exteriores. Disponível em <https://share-arch.com/work/palliative-pavilion/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

59|66 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vista do passadiço. Captura de ecrã do Google Street View. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

60|61|62|63 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vistas dos espaços interiores. Disponível em <https://share-arch.com/work/palliative-pavilion/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

64 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vistas dos espaços exteriores. Disponível em <https://klinik-ottakring.gesundheitsverbund.at/leistung/palliativstation/#next>

65|67|68|69 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vistas dos espaços exteriores. Disponível em <https://share-arch.com/work/palliative-pavilion/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

70 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Diagramas, plantas dos quartos e identificação do módulo base. Elaboração própria.

71 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Diagramas sobre a organização funcional e a configuração espacial. Elaboração própria.

72 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share

Architects. Planta com simulação esquemática dos fluxos de circulação. Elaboração própria inspirada em Hou (2018).

73 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Planta dos pisos de internamento. Elaboração própria.

74|75 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Corte transversal pelo pátio e área de estar (AA'); corte longitudinal pelo pátio e área de repouso (BB'). Elaboração própria.

76 Vista aérea antes da construção da Unidade Urban Hospice (2013). Captura de ecrã do Google Earth.

77 Vista aérea após a construção da Unidade Urban Hospice (2016). Captura de ecrã do Google Earth.

78 Vista aérea da envolvente da Fundação Diakonissestiftelsen (2024). Captura de ecrã do Google Earth.

79 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vista do terraço. Disponível em: <https://archello.com/project/urban-hospice>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

80|82 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vista aérea da unidade e vista do pátio interior (2018). Fonte: Büro Jantzen. Disponível em: <https://www.cancer.dk/nyheder-og-for-taellinger/2024/hospice-vi-snakker-mere-om-livet-end-om-doenen/>

81|86 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vistas do pátio interior. Disponível em: <https://www.masuplanning.com/project/new-hospice-frederiksberg/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

83 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vista do exterior da unidade, relação do edifício com a envolvente da fundação. Captura de ecrã do Google Street View. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

84 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vista do mezanino. Disponível em: <https://divisare.com/projects/349892-nord-architects-adam-mork-urban-hospice-a-good-place-to-die>

85|92|94 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vista dos espaços interiores (2018). Fonte: Azn Bruh. Captura de ecrã do Google Street View. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

87|89 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vistas da área de estar e do corredor dos quartos. Disponível em: <https://www.dezeen.com/2017/04/04/nord-architects-urban-hospice-unique-place-final-journey-copenhagen-denmark-residential-architecture/#/>

88 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vista da zona de convívio (2019). Fonte: Kim Mathiasen. Captura de ecrã do Google Street View. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

90|93 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vistas dos espaços exteriores. Disponível em: <https://www.dezeen.com/2017/04/04/nord-architects-urban-hospice-unique-place-final-journey-copenhagen-denmark-residential-architecture/#/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

91|95 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Vistas do interior da unidade. Disponível em: <https://www.diakonissestiftelsen.dk/hospice/diakonissestiftelsen-hospice/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

96 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Diagramas, plantas dos quartos e identificação do módulo base. Elaboração própria.

97 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Diagramas sobre a organização funcional e a configuração espacial. Elaboração própria.

98 Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Plantas com simulação esquemática dos fluxos de circulação. Elaboração própria inspirada em Hou (2018).

02.

28 Tabela com o programa funcional tipo para UCP e UCC no contexto da legislação portuguesa. Elaboração própria.

29 Diagramas de organização funcional. Análise comparativa entre as quatro unidades. Elaboração própria.

30 Diagramas de disposição e distribuição dos quatro casos de estudo. Elaboração própria.

31 Planta aproximada, área de receção (1:200). Análise comparativa entre as quatro unidades. Elaboração própria.

32 Diagramas de identificação esquemática dos espaços de refeições e dos espaços de convívio. Análise comparativa entre as quatro unidades. Elaboração própria.

33 Maggie's Yorkshire Centre (2020). Leeds, Reino Unido. Heatherwick Studio. Vista da cozinha, espaço central do edifício. Fonte: © Hufton+Crow. Disponível em <https://www.huftonandcrow.com/projects/gallery/maggies-leeds/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

34|35 Planta aproximada (1:200) e axonometria representativa da espacialidade da área de refeições da Unidade Urban Hospice e Unidade Pavilhão 79 de Wilhelminenspital. Elaboração própria.

36 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Planta e relação visual entre os dois quartos individuais com ligação por parede deslizante. Elaboração própria.

37 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Esquema ilustrativo da articulação entre os dois quartos. Elaboração própria.

38 Planta e relação visual entre os doentes que coabitam o quarto duplo, na disposição toe-to-toe. Elaboração própria com base em Pedrosa, "La arquitectura de la experiencia de la muerte: una aproximación al espacio del final de la vida," 130. Fonte original: Carey, Deborah Allen. *Hospice Inpatient Environments: Compendium and Guidelines*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold, 1986: 216.

39 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Intervenções nas áreas de banhos assistidos e sala de tratamentos no piso 1. Elaboração própria inspirada em Suzano (2023).

40 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Diagrama ilustrativo das alterações de uso realizadas com o objetivo de aumentar a capacidade de internamento. Elaboração própria inspirada em Suzano (2023).

41 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Planta aproximada do rés-do-chão. Registo do problema de insuficiência de espaço em frente ao elevador de acesso ao ginásio. Elaboração própria inspirada em Kevdžija (2020).

42 Diagramas de identificação esquemática da relação de visibilidade entre o posto de enfermagem e os quartos. Análise comparativa entre três unidades. Elaboração própria.

43 Horário diário habitual em Unidades de Cuidados Continuados e em Unidades de Cuidados Paliativos. Elaboração própria. Fonte: Conversa com Dr.ª Maria Graça Mota, 17/03/2023; Conversa com Enfermeira Sara Peixoto, 20/03/2023; Conversa com Dr.ª Anabela Morais, 04/07/2023; Conversa com Dr. Rafael Figueiredo, 13/09/2023.

03.

44 Hôpital L'Eau Vive (1960). Soisy-sur-Seine, França. Nicole Sonolet e Philippe Paumelle. Fonte: Arquivos Nicole Sonolet, Coleção Christine de Brémond d'Ars. Disponível em: "Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonolet", Terrain, 2022. Acedido a 23 de agosto de 2022. <https://journals.openedition.org/terrain/23254>

- 45** Esquema sobre os princípios chave de desenho em relação com os princípios orientadores para a promoção do bem-estar do doente. Elaboração própria.
- 46** Esquema sobre os princípios chave de desenho em relação com os espaços elementares para o doente. Elaboração própria.
- 47** Stanford University Medical Center (1995). Stanford, Califórnia, EUA. © The Center for Health Design, Inc. Fonte: Cooper Marcus, Clare, e Marni Barnes. *Gardens in Healthcare Facilities: Uses, Therapeutic Benefits, and Design Recommendations*. The Center for Health Design, Inc., 1995, p. 62.
- 48** The Comfort Garden (1990). San Francisco General Hospital (1915–1920). San Francisco, EUA. Newton Tharp. © The Center for Health Design, Inc. Fonte: Cooper Marcus, Clare, e Marni Barnes. *Gardens in Healthcare Facilities: Uses, Therapeutic Benefits, and Design Recommendations*. The Center for Health Design, Inc., 1995, p. 25.
- 49** De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Vista para espaço exterior em complexo habitacional para pessoas idosas. Disponível em <https://www.tumblr.com/elarafritzenwalden/166299709947/de-drie-hoven-housing-complex-for-elderly>
- 50** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos. Elaboração própria inspirada em Cooper Marcus e Barnes (1995).
- 51** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Corte transversal. Elaboração própria.
- 52** Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos. Elaboração própria. Elaboração própria inspirada em Cooper Marcus e Barnes (1995).
- 53** Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Corte transversal. Elaboração própria.
- 54** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos. Elaboração própria. Elaboração própria inspirada em Cooper Marcus e Barnes (1995).
- 55** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Acesso ao espaço arborizado através da escadaria de pedra. Fotografia da autora (2023).
- 56** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Intervenções na área de estacionamento. As representações a vermelho assinalam as alterações introduzidas posteriormente na unidade. Elaboração própria.
- 57** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Espaço de estar exterior e pequena horta autoconstruída. Fotografia da autora (2023).
- 58** Linhas de visão e altura do olhar em pessoas com diferentes graus de mobilidade. Elaboração própria com base em Goldsmith (2000).
- 59** Campo visual de pessoas com diferentes graus de mobilidade. Elaboração própria com base em ABNT (2015).
- 60** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Interior de quarto duplo com relações visuais com o exterior através de janela e claraboia. Fonte: <https://www.herzogdemeuron.com/projects/165-rehab-clinic-for-neurorehabilitation-and-paraplegiology/>
- 61** De Drie Hoven (1964-1974). Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Imagem obtida através da digitalização do livro Hertzberger, Herman, and der Keuken, Johan van. *Herman Hertzberger / Six Architectures Photographées Par Johan Van Der Keuken*. Milão: Electa, 1985: p.42.
- 62** De Drie Hoven (1964-1974). Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Estudo dos elementos construtivos e das aberturas das janelas na sua relação com as linhas de visão dos corpos deitado, sentado e em pé. Imagem obtida através da digitalização do livro Hertzberger, Herman, and der Keuken, Johan van. *Herman Hertzberger / Six Architectures Photographées Par Johan Van Der Keuken*. Milão: Electa, 1985: p.97.
- 63** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Corte do quarto e relações visuais com o exterior. Elaboração própria.
- 64** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Planta do quarto e relações visuais com o exterior. Elaboração própria.
- 65** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Corte e relações visuais com o exterior: piso 3 e 4. Elaboração própria.
- 66** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Planta do quarto e relações visuais com o exterior: piso 3. Elaboração própria.
- 67** De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Corte do edifício evidencia espaços diferenciados em termos de exposição solar e grau de privacidade, promovendo conforto climático e flexibilidade de uso. Disponível em <http://hiddenarchitecture.net/de-drie-hoven/>
- 68** De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Terraço situado em cota elevada, exemplo da integração de espaços exteriores em edifícios desenvolvidos em altura. Disponível em <http://hiddenarchitecture.net/de-drie-hoven/>
- 69** Sanatório de Paimio (1929-1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Os terraços dos sanatórios e as coberturas praticáveis são exemplos históricos da importância destes espaços em tipologias de edifícios verticais para a cura do doente através do contacto com o ar fresco e da luz solar. Fonte: Gustaf Welin © Alvar Aalto Foundation. Disponível em: <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>
- 70** Goldwater Memorial Hospital (1939). Nova Iorque, EUA. Isadore Rosenfield com Kohn & Butler, Yorke and Sawyer. Terraço de enfermaria utilizado por doentes, exemplo da integração de espaços exteriores em contextos hospitalares verticais como extensão do espaço de cura. Fonte: © Roosevelt Island Historical Society Archive. Disponível em Giraudet, Charles. “The New Deal Health Infrastructure of New York: The Hospitals of Isadore Rosenfield”. *Docomomo Journal* 62 (2020): p. 55.
- 71|72** Centre Philippe Paumelle (1981). Paris, França. Nicole Sonolet e Maria Baran. Planta piso 5; desenho das fachadas. Fonte: Arquivo de Nicole Sonolet, coleção de Christine de Bremond d’Ars. Disponível em <https://www.e-flux.com/architecture/sick-architecture/469553/care-beyond-biopolitics/>
- 73|74|75** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998–2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Galeria exterior que circunda os quartos; pátios interiores ajardinados; Pátios interiores ajardinados com canteiros junto às janelas. Disponível em <https://www.herzogdemeuron.com/projects/165-rehab-clinic-for-neurorehabilitation-and-paraplegiology/>
- 76** De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Varanda protegida pela fachada do edifício. Imagem obtida através da digitalização do livro Hertzberger, Herman, and der Keuken, Johan van. *Herman Hertzberger / Six Architectures Photographées Par Johan Van Der Keuken*. Milão: Electa, 1985: p.97.
- 77** Identificação dos espaços de transição e relação entre interior e exterior. Elaboração própria.
- 78|79** Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Espaços de transição entre público e privado. Fonte: © Adam Mork. Disponível em <https://www.dezeen.com/2017/04/04/nord-architects-urban-hospice-unique-place-final-journey-copenhagen-denmark-residential-architecture/>
- 80** Clínica Psiquiátrica Padua (1980-1989). Boekel, Países Baixos. Aldo van Eyck e Hanne van Eyck. Vista aérea sobre dois dos três volumes. Disponível em <https://hospitecna.com/proyectos/clinica-psiquiatrica-padua-boekel-paises-bajos/>

- 81** Clínica Psiquiátrica Padua (1980-1989). Boekel. Países Baixos. Aldo van Eyck e Hannie van Eyck. Planta do volume dos quartos. Imagem obtida através da digitalização do livro Buchanan, Peter, Liane Lefaivre, and Alexander Tzonis. *Aldo & Hannie Van Eyck : Recent Works / Essays by Peter Buchanan, Liane Lefaivre, Alexander Tzonis*. Amsterdam: Stichting de Beurs van Berlag, 1989: p.16.
- 82** Clínica Psiquiátrica Padua (1980-1989). Boekel, Países Baixos. Aldo van Eyck e Hannie van Eyck. Disponível em <https://hospitecnia.com/proyectos/clinica-psiquiatrica-padua-boekel-paises-bajos/>
- 83|84** Clínica Psiquiátrica Padua (1980-1989). Boekel. Países Baixos. Aldo van Eyck e Hannie van Eyck. Imagem obtida através da digitalização do livro Buchanan, Peter, Liane Lefaivre, and Alexander Tzonis. *Aldo & Hannie Van Eyck : Recent Works / Essays by Peter Buchanan, Liane Lefaivre, Alexander Tzonis*. Amsterdam: Stichting de Beurs van Berlag, 1989: p.19.
- 85** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965-1970). Lisboa, Portugal. Cândido Palma de Melo. Espaço exterior concebido como prolongamento do interior. Imagem obtida através da digitalização do livro Tostões, Ana, Daniela Arnaut e Paulo Providência. *Curar E Cuidar: Arquitetura Da Saúde Em Portugal, 1901-1976*. Lisboa: IST-ID, Técnico, 2020: p.292.
- 86** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965-1970). Lisboa, Portugal. Cândido Palma de Melo. Vista aérea da maqueta do edifício. Disponível em https://upload.wikimedia.org/wikipedia/pt/f/fb/Palma_de_Melo_Centro_de_Reabilitação_de_Paralisia_Cerebral.jpg
- 87|88** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Percurso exterior de acesso à unidade. Fotografia da autora (2023).
- 89** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Vista interior para o mosteiro adjacente. Fotografia da autora (2023).
- 90** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Planta ilustrativa, análise das áreas exteriores e fluxos. Elaboração própria inspirada em Cooper Marcus e Barnes (1995).
- 91** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Corredor de acesso aos quartos. Fotografia da autora (2023).
- 92|93** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Corredor principal de distribuição. Fonte: Dinis Santos ©ATELIERABERTO. Disponível em <https://divisare.com/projects/340597-atelieraberto-senior-care-facility-long-term-care-wing>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.
- 94** Um corredor infinito que liga dois espaços. Elaboração própria.
- 95** Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Plantas esquemáticas da organização do edifício em pequenos núcleos e áreas funcionais. Elaboração própria.
- 96** Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Corte ilustrativo da articulação entre os dois pisos do edifício. Elaboração própria.
- 97** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Identificação dos cheios e vazios adjacentes ao corredor. Elaboração própria.
- 98** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Cortes transversal e longitudinal. Elaboração própria.
- 99** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Corredor de circulação linear. Fotografia da autora (2023).
- 100** Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Comparação de três possíveis abordagens no desenho do corredor. Elaboração própria inspirada em Hou (2018).
- 101** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998-2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Captura de ecrã do filme: Bêka, Ila, e Louise Lemoine. *Rehab from Rehab*. França/Suíça, 2023. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.
- 102** Maison de retraite de Conflans-Sainte-Honorine (1990). Paris, França. Michel Rémon. Corredor de circulação. Imagens obtidas através da digitalização do livro Dehan, Philippe. *L'habitat Des Personnes Âgées : Du Logement Adapté Aux Établissements Spécialisés*. Paris: Le Moniteur, 1997: p.92.
- 103** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Comparação de três abordagens no desenho do corredor. Elaboração própria inspirada em Hou (2018).
- 104** Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998-2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Sequência de imagens do filme *Rehab from Rehab*. Captura de ecrã do filme: Bêka, Ila, e Louise Lemoine. *Rehab from Rehab*. França/Suíça, 2023. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.
- 105** Opções de localização da instalação sanitária no quarto. Elaboração própria.
- 106** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Transição entre o quarto e o espaço de circulação. Elaboração própria.
- 107** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Unidade Urban Hospice (2016). Copenhaga, Dinamarca. Nord Architects. Plantas (1:200) sobre a relação espacial entre o quarto e o espaço de circulação. Elaboração própria.
- 108|109** Residência para Idosos de Chur (1999). Chur, Suíça. Peter Zumthor. Apropriação do espaço de circulação em frente ao quarto. Disponível em <https://habitatgecollectiu.wordpress.com/2015/12/02/apartments-for-senior-citizens-masans-chur-graubunden/>
- 110** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965-1970). Lisboa, Portugal. Cândido Palma de Melo. Desenho original do arquiteto, representação da iluminação dos espaços de circulação interiores da unidade. Fonte: © Câmara Municipal de Lisboa. Disponível em <https://arquivomunicipal3.cm-lisboa.pt/xarqdigitalizacaocontent/Documento.aspx?DocumentoID=1119203&AplicacaoID=1&Value=d6837b08f6fcd4a7128cb87db0f23215af02d7ffcd4e3b1&view=1>
- 111** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965-1970). Lisboa, Portugal. Cândido Palma de Melo. Vistas dos espaços interiores iluminados por janelas de clerestório. Imagens obtidas através da digitalização do livro Tostões, Ana, Daniela Arnaut e Paulo Providência. *Curar E Cuidar: Arquitetura Da Saúde Em Portugal, 1901-1976*. Lisboa: IST-ID, Técnico, 2020: p.292.
- 112** Centro de Paralisia Cerebral Infantil Calouste Gulbenkian (1965-1970). Lisboa, Portugal. Cândido Palma de Melo. Vistas dos espaços interiores iluminados por janelas de clerestório. Disponível em <https://www.wikiwand.com/pt/articles/Centro%20de%20Reabilitação%20de%20Paralisia%20Cerebral%20Calouste%20Gulbenkian>
- 113** Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vista do corredor. Fonte: © Rupert Steiner Disponível em <https://share-arch.com/work/palliative-pavilion/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.
- 114** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Corredor de acesso aos quartos. Fonte: ©ATELIERABERTO. Disponível em <https://divisare.com/projects/340597-atelieraberto-senior-care-facility-long-term-care-wing>
- 115** Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Corredor de acesso aos quartos. Fotografia da autora (2023).
- 116|117|118** Sanatório de Paimio (1929-1933). Paimio, Finlândia. Aino e Alvar Aalto. Candeeiro de parede e teto azul no quarto do paciente; escadaria principal; detalhe da maçaneta da porta. Disponível em Paimio

Sanatorium Instagram: <https://www.instagram.com/paimiosanatorium/>

119 Hospital Regional de Bragança (1948-1973). Bragança, Portugal. Alfredo Viana de Lima. Biombo azul circular (2018). Fonte: © Ana Tostões. Captura de ecrã da tese Arnaut, Daniela. "Edifícios De Saúde Em Portugal (1927-1958). O Espaço De Cura: Entre Forma E Função." Doutoramento, Instituto Superior Técnico. Universidade de Lisboa, 2020: p.167.

120 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Plantas de vermelhos e amarelos. Elaboração própria inspirada em Suzano (2023).

121 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Diagramas ilustrativos das alterações de uso realizadas com o objetivo de aumentar a capacidade de internamento. Elaboração própria inspirada em Suzano (2023).

122 Unidade Maria José Nogueira Pinto (2012). Cascais, Portugal. Saraiva Associados. Esquema representativo dos eixos e da métrica estrutural da unidade. Elaboração própria.

123 Residência geriátrica, projeto de Emmanuelle Colboc e Jean-Marc Gauthier (1988). Ilustração: vista da cama sobre o quarto. Imagem obtida através da digitalização do livro *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 49.

124 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Planta do quarto. Elaboração própria.

125 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Vista do interior do quarto. Fonte: © Rupert Steiner. Disponível em <https://share-arch.com/work/palliative-pavilion/>. Edição realizada pela autora para fins de coerência gráfica.

126 Unidade Pavilhão 79, Wilhelminenspital (2012). Viena, Áustria. Share Architects. Esquema ilustrativo da articulação entre os dois quartos. Elaboração própria.

127 Residência geriátrica, projeto de Emmanuelle Colboc e Jean-Marc Gauthier (1988). Planta original do projeto. Imagens obtidas através da digitalização do livro *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 47.

128 Residência geriátrica, projeto de Emmanuelle Colboc e Jean-Marc Gauthier (1988). Planta aproximada de um dos quartos. Elaboração própria com base no livro *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, 47.

129 Residência geriátrica, projeto de Emmanuelle Colboc e Jean-Marc Gauthier (1988). Esquema ilustrativo da expansão do espaço privado do quarto para a área comum. Elaboração própria.

130 Unidade Au Fil de l'Eau (1993). Montargis, França. Philippe Alluin e Jean-Paul Mauduit. Planta original do projeto. Imagens obtidas através da digitalização do livro Dehan, Philippe. *L'habitat Des Personnes Âgées : Du Logement Adapté Aux Établissements Spécialisés*. Paris: Le Moniteur, 1997: p.92.

131 Unidade Au Fil de l'Eau (1993). Montargis, França. Philippe Alluin e Jean-Paul Mauduit. Fotografia da área de estar central. Imagens obtidas através da digitalização do livro Dehan, Philippe. *L'habitat Des Personnes Âgées : Du Logement Adapté Aux Établissements Spécialisés*. Paris: Le Moniteur, 1997: p.92.

132 Unidade Au Fil de l'Eau (1993). Montargis, França. Philippe Alluin e Jean-Paul Mauduit. Esquema ilustrativo da relação entre os dois quartos adjacentes. Elaboração própria.

133 Residência geriátrica, projeto de Francis Rérat e Martine Rérat (1988). Planta dos quartos. Elaboração própria com base no livro *Architectures du grand âge : variations architecturales sur la fin de vie / Assistance Publique, Hôpitaux de Paris*, p.35.

134 Residência geriátrica, projeto de Francis Rérat e Martine Rérat (1988). Esquema ilustrativo da articulação entre os quatro quartos. Elaboração própria.

135 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Planta de vermelhos e amarelos da extensão da ala de UCC. Elaboração própria inspirada em Suzano (2023).

136 Unidade de São Bento de Arnoia (2007-2012). Celorico de Basto, Portugal. Atelier Aberto. Diagrama ilustrativo das alterações de uso realizadas. Elaboração própria inspirada em Suzano (2023).

137 Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998-2002). Basileia, Suíça. Herzog & de Meuron. Planta do rés-do-chão do projeto original de 2002. Disponível em <https://www.herzogdemeuron.com/projects/165-rehab-clinic-for-neurorehabilitation-and-paraplegiology/>

138 Centro de Reabilitação Neurológica REHAB Basel (1998-2002). Basileia, Suíça. Planta do rés-do-chão com as alterações na nova ala SAP-Station de 2019. Disponível em <https://www.herzogdemeuron.com/projects/165-rehab-clinic-for-neurorehabilitation-and-paraplegiology/>

04.

139 De Drie Hoven (1964-1974), Amsterdão, Países Baixos. Herman Hertzberger. Vista para espaço exterior. Disponível em <http://hiddenarchitecture.net/de-drie-hoven/>

FONTES BIBLIOGRÁFICAS.

- Aalto, Alvar. 1978. *La Humanización De La Arquitectura*. Trad. Xavier Sust. Barcelona: Tusquets Editores.
- Adams, Annmarie, e Sally Chivers. 2021. "Deception and Design: The Rise of the Dementia Village." *e-flux architecture*.
- Administração Central do Sistema de Saúde. 2011. *Recomendações técnicas para unidades de internamento*. Coord. Pedro Cabral. Lisboa: ACSS, UONIE.
- Administração Central do Sistema de Saúde. 2022. *Recomendações e especificações técnicas do edifício hospitalar*. Lisboa: ACSS, IP.
- Administração Central do Sistema de Saúde. 2024. *Listagem de camas e lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2024*. Lisboa: ACSS. Acedido em março de 2024. https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_listagem-das-unidades-da-rncci.
- Alonso, Luisa. 2021. "Intimidad en las unidades de cuidados paliativos integradas en centros sanitarios en Cataluña." *Hospitecna*. Acedido em 26 de julho de 2024. <https://hospitecna.com/arquitectura/diseño-y-reflexión/intimidad-cuidados-paliativos-integradas-centros-sanitarios-cataluña/>.
- Arnaut, Daniela. 2020. "Cure and Care at the Cradle of Innovation." *Docomomo Journal* 62: 4-5.
- Arnaut, Daniela. 2020. "Hospital séc. XX - máquina de curar ou equipamento de bem-estar?". Em *Oficina de projeto curar e cuidar_reabilitar (Cu_Ca_Re)*. Registo de processo, orgs. Paulo Providência, João Branco e Ana Tostões, 28-33. Coimbra: e|Darq.
- Arnaut, Daniela. 2020. *Edifícios de saúde em Portugal (1927-1958). O espaço de cura: entre forma e função*. Tese de doutoramento, Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa.
- Assistance Publique, Hôpitaux de Paris. 1988. *Architectures du grand âge: variations architecturales sur la fin de vie*. Paris: Moniteur.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas. 2015. *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT.
- Béka, Ila, e Louise Lemoine. 2023. *Rehab from Rehab*. Documentário. França/Suíça.
- Berg, Agnes E. van den. 2005. *Health Impacts of Healing Environments*. Londres: DutchTrans.
- Berg, Agnes van den, e Cor Wagenaar. 2006. "Healing by Architecture." Em *The Architecture of Hospitals*, 254-57. Roterdão: NAI Publishers.
- Beveridge, Charles E., Paul Rocheleau, e David Larkin. 1995. *Frederick Law Olmsted: Designing the American Landscape*. Nova Iorque: Rizzoli.
- Borasi, Giovanna. 2023. "Giovanna Borasi: 'É preciso desfazer a distância entre a arquitetura e a sociedade'." Por Sérgio C. Andrade. *Público*. 14 de Janeiro de 2023. <https://www.publico.pt/2023/01/14/culturaipilon/noticia/giovanni-borasi-preciso-desfazer-distancia-arquitectura-sociedade-2035065>.
- Borasi, Giovanna, e Mirko Zardini. 2020. "Demedicalize Architecture." *Docomomo Journal* 62: 77-83.
- Buchanan, Peter, Liane Lefaivre, e Alexander Tzonis. 1989. *Aldo & Hannie Van Eyck: Recent Works*. Amsterdão: Stichting de Beurs van Berlag.
- Calanzani, Natalia, Katrien Moens, Joachim Cohen, Irene J. Higginson, Richard Harding, Luc Deliens, Franco Toscani, et al. 2014. "Choosing Care Homes as the Least Preferred Place to Die: A Cross-National Survey of Public Preferences in Seven European Countries." *BMC Palliative Care* 13 (1): 48. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-48>.
- Capelas, Manuel Luís, Sandra Simões, Margarida Alvarenga, e Patrícia Coelho. 2014. "Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional." *Revista Cuidados Paliativos*, 7-13.
- Carpman, Janet R., e Myron A. Grant. 2016. *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*. 3ª ed. São Francisco: Jossey-Bass.
- Centeno, C., T. Lynch, O. Donea, J. Rocafort, e D. Clark. 2013. *Eapc Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition*. Milão: EAPC Press.
- Colomina, Beatriz. 2019. *X-Ray Architecture*. Zurique: Lars Mullers Publishers.
- Colomina, Beatriz, e Mark Wigley. 2020. "The Bacterial Clients of Modern Architecture." *Docomomo Journal* 62: 7-17.
- ColorADD. 2024. "The Color Alphabet". Acedido a 9 de outubro de 2024. <https://www.coloradd.net/en/>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2021. *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022*. Lisboa: ACSS, IP.
- Cooper Marcus, Clare, e Marni Barnes. 1995. "Gardens in healthcare facilities: uses, therapeutic benefits, and design recommendations." The Center for Health Design, Inc.
- Dehan, Philippe. 1997. *L'habitat des Personnes Âgées: du Logement Adapté Aux Établissements Spécialisés*. Paris: Le Moniteur.
- Dilani, Alan. 2003. "A new paradigm of design and health." *World Congress and Exhibition for Design and Health*: 15-25.
- Entidade Reguladora da Saúde. 2015. *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Espuelas, Fernando. 2009. *Madre Materia*. Madrid: Lampreave.
- Evans, Gary W., e Sheldon Cohen. 2004. "Environmental stress" Em *Encyclopedia of Applied Psychology*, vol. 1. Nova Iorque: Elsevier.
- Farhady, Maryam, e Jeehyun Nam. 2018. "Comparison of in-between concepts by Aldo Van Eyck and Kisho Kurokawa." *Journal of Asian Architecture and Building Engineering* 8 (1): 17-23. <https://doi.org/10.3130/jaabe.8.17>.
- Foucault, Michel. 2014. "The politics of health in the eighteenth century." *Foucault Studies*, no. 18 (outubro 2014): 113-27.
- Giraudet, Charles. 2020. "The new deal health infrastructure of New York: the hospitals of Isadore Rosenfield." *Docomomo Journal* 62: 53-59.
- Goldsmith, Selwyn. 2000. *Universal Design: a manual of practical guidance for architects*. Oxford: Architectural Press.
- Gomes, B., V. P. Sarmento, P. L. Ferreira, e I. J. Higginson. 2013. "Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa." *Acta Médica Portuguesa* 26 (4): 327-34. <https://doi.org/10.20344/amp.429>.
- Graf, Franz, e Giulia Marino. 2016. *Building environments and interior confort in 20th-century architecture: understanding issues and developing conservation strategies*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Grandvoinnet, Philippe. 2020. "Sanatoriums in Europe: build heritage and transformation strategies." *Docomomo Journal* 62: 45-51.
- Hertzberger, Herman. 1996. *Lições De Arquitectura*. Trad. Carlos Eduardo Lima Machado. São Paulo: Martins Fontes.
- Hertzberger, Herman, e Keuken, Johan van der. 1985. *Herman Hertzberger / Six architectures photographiées par Johan van der Keuken*. Milão: Electa.
- Hou, Congsi. 2018. *Mapping the days. The relationship between the built environment in day-care centers and the spontaneous activities of people with dementia*. Tese de doutoramento, Technische Universität Dresden, Dresden.
- Jencks, Charles. 2005. "Maggie Centres and the architectural placebo." Em *The Architecture in Hospitals*. Países Baixos: NAI Publishers.

- Jencks, Maggie Keswick. 2007 [1995]. *A View from the Front Line*. Editado por Marcia Blakenham. Londres: Maggie's Cancer Caring Centre. https://www.maggies.org/media/filer_public/5b/f6/5bf6f8c7-37e4-4b0a-b09d-6ad48d66387d/view-from-the-front-line.pdf.
- Kevdžija, Maja. 2020. *Mobility-supporting rehabilitation clinics. Architectural design criteria for promoting stroke patients' independent mobility and accommodating their changing spatial needs during the transition towards recovery*. Tese de doutoramento, Technische Universität Dresden, Dresden.
- Kim, Hyon-Sob. 2009. "Alvar Aalto and humanizing of architecture" *Journal of Asian Architecture and Building Engineering* 8, no. 1: 9-16. <https://doi.org/10.3130/jaabe.8.9>.
- Maggie's Keswick Jencks Cancer Caring Trust. 2015. *Maggie's Architecture and Landscape Brief*. https://www.maggies.org/media/filer_public/e0/3e/e03e8b60-ec7-4ec7-95a1-18d9f9c4e7c9/maggies_architecturalbrief_2015.pdf.
- Maldonado, Tomas, e John Cullars. 1991. "The idea of comfort" *Design Issues* 8, no. 1: 35-43.
- Martins, Fernando Luís Marques. 2009. *Um sistema tipológico para um habitat assistido para a terceira idade*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, Porto.
- Maumi, Catherine. 2020. "Landscape architecture according to Olmsted: beyond purifying the air, pacifying the mind." *Docomomo Journal* 62: 29-35.
- Mens, Noor, e Cor Wagenaar. 2010. *Health Care Architecture in the Netherlands*. Rotterdam: NAi Publishers.
- Monteiro, Maria Carolina, Osvaldo Santos, e Maria Céu Costa. 2013. "Continuous care units: a response to aging and dependency in Portugal" *Biomedical and Biopharmaceutical Research* 10: 163-78.
- National Institute on Aging. 2021. "What are palliative care and hospice care?" Atualizado em 14 de maio de 2021. Acedido em janeiro de 2024. <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care#:~:text=Hospice%20care%20focuses%20on%20the,is%20designed%20for%20this%20situation>.
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos. 2023. *Diretório Nacional Dos Cuidados Paliativos 2023*. OPCP, 18 de setembro de 2023.
- Pallasmaa, Juhani. 2005. *The eyes of the skin. Architecture and the senses*. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- Pedrosa, Luisa Alonso. 2018. *La arquitectura de la experiencia de la muerte: una aproximación al espacio del final de la vida*. Dissertação de mestrado, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona. Universidad Politécnica de Cataluña, Barcelona.
- Pinto, Sara, Laís Fumincelli, Alessandra Mazzo, Sílvia Caldeira, e José Carlos Martins. 2017. "Comfort, well-being and quality of life. Discussion of the differences and similarities among the concepts." *Porto Biomedical Journal* 2, no. 1: 6-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003>
- Portaria nº 66/2018 de 6 de março. 2018. Diário da República, 1ª Série, nº 46. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 290/2012 de 24 de setembro. 2012. Diário da República, 1ª Série, nº 185. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro. 2014. Diário da República, 1ª Série, nº 174. Lisboa: Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Prieto González, Eduardo. 2013. "The Welfare Culture. Poetics of Comfort in Architecture of the 19th and 20th Centuries". *Cuaderno de Proyectos Arquitectónicos* 4: 122-24.
- Providência, Paulo. 2020. "Seven Notes on the Program and Design of Healthcare Buildings' Rehabilitation." *Docomomo Journal* 62: 69-75.
- Providência, Paulo, João Branco, e Ana Tostões. 2020. *Oficina de projeto curar e cuidar_reabilitar(Cu_Ca_Re)*. Registo de processo. 1ª ed. Coimbra: e|Darq.
- "A Historical Perspective on the Integrated Care Model." 2021. *EHRintelligence*. Atualizado em 12 de julho de 2021. Acedido em maio de 2023. https://ehrintelligence.com/news/a-historical-perspective-on-the-integrated-care-model?__cf_chl_tk=nPoB6WuP6PnL4MgM2Tit4s1VtoHrSZ-Ga5eoBmgqWE1o-1682711465-0-gaNycGzNCpA.
- Rego, Daniel. 2012. *A arquitetura como instrumento medicinal. O papel terapêutico dos espaços de saúde na sua missão de curar e cuidar*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Técnico. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Sagha Zadeh, R., P. Eshelman, J. Setla, L. Kennedy, E. Hon, e A. Basara. 2018. "Environmental design for end-of-life care: an integrative review on improving the quality of life and managing symptoms for patients in institutional settings". *Journal of Pain Symptom Manage* 55, no. 3: 1018-34. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011>
- "Continuing Care Unit Mjnp". Acedido em 7 de abril de 2022. <https://www.saraivaassociados.com/project/continuing-care-unit-mjnp/>
- Schweitzer, Marc, Laura Gilpin, e Susan Frampton. 2004. "Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health". *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10, no. 1: 71-83. Mary Ann Liebert.
- Sepúlveda, Cecilia, Amanda Marlin, Tokuo Yoshida, e Andreas Ulrich. 2002. "Palliative care: the World Health Organization's global perspective." *Journal of Pain and Symptom Management* 24: 91-96.
- Severo, Donato. 2020. "Architecture at the Service of Care: France-USA Memorial Hospital of Saint-Lô." *Docomomo Journal* 62: 61-67.
- "A radical transformation in building and designing for health is underway—but not everyone will benefit equally". 2020. *Harvard University*. Atualizado em 27 de abril de 2020. Acedido em 10 de novembro de 2022. <https://www.gsd.harvard.edu/2020/04/the-pandemic-may-instigate-a-radical-transformation-in-building-and-designing-for-health-but-not-everyone-will-benefit-equally/>.
- "Mosteiro de São Bento de Arnóia". 2011. Acedido em 8 de junho de 2024. http://www.monumentos.gov.pt/Site/APP_PagesUser/SIPA.aspx?id=1953.
- "Casa das Abegoarias". 2011. Acedido em 8 de junho de 2024. http://www.monumentos.gov.pt/Site/APP_PagesUser/SIPA.aspx?id=17595.
- Smith, Robert C. 2002. "The Biopsychosocial Revolution." *Journal of General Internal Medicine* 17, no. 4: 309-10. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.20210.x>.
- Strauven, Francis. 2007. *Aldo Van Eyck – Shaping the new reality from the in-between to the aesthetics of number*. Montreal: CCA Mellon Lectures.
- Suzano, Ana Carolina. 2023. *Modos de apropriação do espaço pela comunidade cigana: casos no concelho da Maia*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, Porto.
- TenHoor, Meredith. 2022. "Care Beyond Biopolitics". *e-flux Architecture*. Acedido em 18 de agosto de 2022. <https://www.e-flux.com/architecture/sick-architecture/469553/care-beyond-biopolitics/>
- TenHoor, Meredith. 2022. "Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonole". *Terrain*. Acedido em 23 de agosto de 2022. <https://journals.openedition.org/terrain/23254>
- Teyssot, Georges. 2020. "The ur-forms of Modernism. On 19th Century Hospitalized and Hygienic Dimensions of Architecture." *Docomomo Journal* 62: 19-27.
- Till, Jeremy, Nishat Awan, e Tatjana Schneider. 2011. *Spatial Agency: Other Ways of Doing Architecture*. Nova Iorque e Oxon: Routledge.
- Tostões, Ana, Daniela Arnaut, e Paulo Providência, eds. 2020. *Curar e Cuidar: Arquitetura da Saúde em Portugal, 1901-1976*. Lisboa: IST-ID, Técnico.
- Ulrich, Roger S. 1984. "View through a Window May Influence Recovery

from Surgery." *Science* 224, no. 4647: 420-21. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>.

Ulrich, Roger S. 1991. "Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research." *Journal of Health Care Interior Design* 3: 97-109.

Ulrich, R. S., C. Zimring, X. Zhu, J. DuBose, H. B. Seo, Y. S. Choi, X. Quan, e A. Joseph. 2008. "A review of the research literature on Evidence-Based Healthcare Design". *Herd* 1, no. 3: 61-125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>.

Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 2024. *Guia Prático – Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*.

Wagenaar, Cor. 2020. "Modern Hospitals Cultural Heritage." *Docomomo Journal* 62: 37-43.

World Health Organization. 2016. *Planning and Implementing Palliative Care Services: A Guide for Programme Managers*. Geneva: World Health Organization.

"Palliative Care." Atualizado em 5 de agosto de 2020. Acedido em fevereiro de 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Worpole, Ken. *Modern Hospice Design: The Architecture of Palliative Care*. Londres; Nova Iorque: Routledge, 2009.

Zeiba, Drew. 2020. "Architecture and Illness: Beatriz Colomina on Tuberculosis, Modernism, X-Ray Architecture, and Covid-19." *PIN-UP Magazine*. <https://archive.pinupmagazine.org/articles/interview-beatriz-colomina-x-ray-architecture-drew-zeiba>.

Zumthor, Peter. 2006. *Atmosferas. Entornos arquitectónicos. As coisas que me rodeiam*. Trad. Astrid Grabow. Barcelona: Gustavo Gili.

"What are palliative care and hospice care?" *National Institute on Aging*. Acedido em janeiro de 2024. <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care#:~:text=Hospice%20care%20focuses%20on%20the,is%20designed%20for%20this%20situation>.

