

Os Maggie Cancer Caring Centres

A arquitetura como ‘fenómeno transitivo’?

Andreia Isabel Pires Janela

Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura
sob orientação do Professor Doutor Paulo Providência
e coorientação do arquiteto Bruno Gil

Departamento de Arquitetura, FCTUC, Julho 2015



Os Maggie Cancer Caring Centres

A arquitetura como 'fenómeno transitivo'?

*Ao professor Paulo Providência pela exigência e pela curiosidade despertada;
ao professor Bruno Gil pela exigência e rigor, pela paciência e apoio;
à professora Margarida Lima pelas conversas;
à Cláudia, à Joana, à Magaly e ao João Pedro pelo apoio no processo;
às pessoas que me são próximas Rita, Lili, Mariana e Silvia;
à minha família, em especial aos meus pais e aos meus padrinhos:*

um sincero obrigado.

À memória da minha avó.

RESUMO

Dentro de uma sociedade que, parece viver alheia aos problemas de saúde decorrentes do seu estilo de vida, encontram-se doenças crónicas, dentro das quais se destacam os problemas cancerígenos decorrentes dos processos de industrialização, da proliferação das cidades, do desenvolvimento económico e da globalização alimentar.

Charles Jencks entende que a arquitetura, enquanto meio de comunicação, acaba por refletir os problemas contemporâneos e, com efeito, tende a encontrar respostas para os mesmos através da sua linguagem. A ‘expressão univalente’, característica do modernismo, alterou-se durante o pós-modernismo e, ao que parece, atualmente, rege-se de acordo com o cosmos. Não será novidade, então, que as alterações sofridas se reflitam, também, nos espaços de saúde que passaram de uma grande instituição a edifícios de ‘escala doméstica’, onde o tipo deixa de ser facilmente identificável e, onde, os cuidados prestados tentam encontrar as necessidades dos seus pacientes.

Com efeito, surgem instituições de saúde em que, como são exemplo os *Maggie’s Cancer Caring Centres* cujo cofundador é Charles Jencks, o tratamento se foca no bem-estar físico,

mental e social. Nestes espaços, localizados no Reino Unido e construídos em memória de Maggie Keswick, não se trata a parte física da enfermidade, mas sim, a fração emocional. Como tal, questiona-se o objetivo terapêutico do ‘objeto arquitetural’.

No sentido de melhor entender este papel, tem-se investido em organizações que estudam a influência das características físicas do espaço no resultado médico dos pacientes, dentro dos quais se destaca o *Evidence Based Design*. Verifica-se que, em alguns casos, existe uma relação direta entre *input e output* e assim, os espaços obtidos, de acordo com estas regras espaciais, formam um ‘Ambiente Terapêutico’.

Contudo, há variáveis de ordem subjetiva que dificilmente se podem medir desta forma, incluindo o efeito social e o poder que a imagem pode ter na psicologia do indivíduo. Por se considerar que há mais do que um efeito estritamente clínico, Charles Jencks escreve sobre o possível efeito ‘placebo arquitetural’ e ainda, Annemans, Van Audenhove, Vermolen, & Heylighen avançam com um novo conceito, ‘Ambiente Saudável’, para melhor caracterizar o papel terapêutico da arquitetura. Assim, no sentido de melhor perceber o efeito psicológico dos objetos sobre o utilizador e a possível criação de ‘vínculos emocionais’, entendeu-se ser necessário cruzar a psicanálise com a arquitetura, mais propriamente, com os Centros Maggie.

A ‘teoria da relação de objeto’, de Donald Winnicott, sobre os ‘fenómenos transitivos’ permite precisamente fazer esta reflexão. Percebendo a construção mental do ser humano, pode equacionar-se como é que estes Centros, na condição abstrata, a de objeto, criam uma relação com os seus usuários e podem, por isso, contribuir para o requerido bem-estar. Chega-se a um momento em que o ‘objeto arquitetural’ parece querer interagir com o indivíduo, reequilibrando-o emocionalmente e, por este motivo, faça, talvez, sentido considerar a arquitetura como o ‘fenómeno transitivo’ do referido psicanalista ou, adaptando a resposta, como um ‘objeto de reequilíbrio emocional’.

Palavras-chave: doenças crónicas, espaços de saúde, Maggie’s Cancer Caring Centres, Evidence Based Design, fenómenos transitivos.

ABSTRACT

For a society that seems to live ignoring the health problems caused by their life style there are the chronic diseases, namely cancer, coming from the industrial processes, the spreading of cities, the economic development and the food globalization.

Charles Jencks argued that architecture, as a mean of communication, reflects societies' troubles and due to them, tries to find solutions in order to fight them through the 'architectural language'. The 'univalent expression', something characteristic of modernism, suffered changes during the post-modern era and, taking what concerns this issue nowadays, the expression changed to a 'cosmic language'. This means that the same happened when it has to do with architecture for health. The scale changed from an institutional to a domestic one, where the type of building is hard to define and where the treatments have as aim the patients' needs.

As an effect, there are health institutions that aim to give support to their users, since physical, psychological to social support. This is the case of the *Maggie's Cancer Caring Centres* that have as its co-founder Charles Jencks and that are built in the United Kingdom

in memory of his gone wife, Maggie Keswick. There, the physical part of the disease is left for the hospital, having as a main concern the emotional support. Taking this in account, one questions the therapeutic goal of the 'architectural objet'.

As an answer to this issue, there are some institutions measuring the environmental factors on the clinical results of the patients being studied, specifically *Evidence Based Design*. They suggest that there is a direct relation between the *output* and the *input* of the measured factors, resulting in a 'Healing Environment', if the health institution applies these space codes.

However, one considers that some subjective factors, such as the social effect and the power of the image, are difficult to measure in what has to do with the individual psychology. It is in this sense that Charles Jencks writes about the possible 'architectural placebo' and that Annemans, Van Audenhove, Vermolen, & Heylighen suggest the use of the term 'Wholesome Environment' instead. In order to better understand the kind of emotional links that one might create towards objects, one recurred to psychoanalyses, overlapping its theory with architecture, namely the Maggie's Centres.

There is precisely the 'theory of objet relations', coming from Donald Winnicott about the 'transitional phenomena', that allows this argument. If there is a better understanding of the human psychological structure there might be a way to explain how this Centres, in the condition of objet, might interact and create a relation with its users in a way that might contribute to their well-being. What is understood is that the 'architectural object' generates a kind of emotional equilibrium and, in this sense, one might consider architecture as a 'transitional phenomena', or by adjusting the answer, as an 'object of emotional equilibrium'.

Key-words: chronical disease, architecture for health, Maggie's Cancer Caring Centres, Evidence Based Design, transitional phenomena.

SUMÁRIO

15	Introdução
25	Estrutura do trabalho
29	Os Maggie Cancer Caring Centres
29	Uma compreensão da arquitetura veiculada por Charles Jencks
39	Os Centros Maggie
49	O programa da instituição
59	O objetivo terapêutico dos Centros
59	O <i>Evidence Based Design</i> e o ‘Ambiente Terapêutico’
71	O ‘Ambiente Saudável’ e o ‘Placebo arquitetural’
81	A relação entre o utilizador e o edifício
91	A arquitetura como ‘fenómeno transitivo’?
91	Os ‘fenómenos transitivos’ de Donald W. Winnicott
103	O ‘espaço potencial’: <i>Playing</i> e <i>Attachment</i>
115	A arquitetura como ‘fenómeno transitivo’?
129	Considerações finais
135	Bibliografia
143	Sumário das imagens

Anexos

Projetos e Obras

Maggie’s Architectural Brief

INTRODUÇÃO

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (World Health Organization)

Se se recuar no tempo, até certo momento, a resolução da parte física da enfermidade, aos olhos das instituições de saúde, seria suficiente. No entanto, a situação não era sinónimo de satisfação global, sobretudo, para aqueles que usufruíam dos tratamentos. A condição psicológica do ser humano foi negligenciada quando, até por volta dos anos sessenta, as prioridades eram funcionais e tecnológicas. Havia necessidade de garantir primeiro estas condições, havia necessidade de construir em massa para a economia dos estados.

Se, atualmente, a Organização Mundial de Saúde considera que saúde é um bem-estar físico, mental e social, interessa perceber como é que isto se traduz em termos espaciais, como é que o grande hospital começa, também, a criar condições psicológicas, ou será que o 'grande objeto' não tem esta capacidade e necessita, para o efeito, de estabelecimentos de menor escala.

As doenças crónicas, como o cancro, são uma realidade que a sociedade enfrenta e decorrem, em parte, do estilo de vida da civilização, sendo que uma das formas de a combater surge através do modelo de tratamento oferecido ao doente. Nesta situação, os cuidados ou serviços prestados pelas grandes unidades hospitalares deixam de ser suficientes. Com efeito, criam-se espaços de saúde que visam prestar esse cuidado humano, apaziguando o desconforto causado pela doença. Quase como se fosse necessário que a arquitetura produza ‘objetos’ que apoiem o indivíduo nesta fase transitória. Se assim for, como é que a arquitetura, enquanto objeto, pode gerar este tipo de apoio?

Em 1981, Roger Ulrich publicou uma investigação que provou o efeito de características físicas do ambiente no resultado clínico dos pacientes em estudo. Após a publicação reuniram-se esforços para consolidar a ideia, acabando num conjunto de princípios orientadores, para a conceção de projetos, designado de *Evidence Based Design* (E. B. D). Contudo, parece limitador restringir o efeito do meio ambiente aos resultados médicos, quando a arquitetura, mais do que um conjunto de regras espaciais, deve proporcionar uma experiência ao utilizador, respondendo, ao mesmo tempo, ao programa dado. Por esta razão, pergunta-se o que é que poderá transformar a arquitetura numa ‘viagem experiencial’, transmitindo alegria, bem-estar e o requerido apoio emocional.

Quando alguém é surpreendido com um diagnóstico cancerígeno, espera-se, desde logo, o pior, mas, à medida que o tempo passa e que o hospital passa a fazer parte da rotina dessa pessoa, a mesma começa a sentir necessidade de tomar parte ativa no processo. Esta é uma forma de sentir que tem valor, mesmo quando tudo à volta parece querer desabar. Para além do choque que o doente sofre, também a família e outras pessoas mais próximas sentem a ansiedade provocada pela enfermidade. O constante apoio que o familiar deve oferecer nesta situação torna-se, também para ele, um desgaste psicológico.

Nos dias de hoje, a informação disponível, no sentido de apoiar os pacientes na procura por métodos complementares ao tratamento ortodoxo, proporcionado pelo hospital, é abundante. Cabe, então, ao indivíduo optar pelo tratamento que melhor o servir, tanto física como psicologicamente. É neste aspeto que as instituições privadas têm vindo a

investir e, pensa-se, por isso, que para além do papel dos profissionais de saúde, também a arquitetura possa ter um papel determinante, mas como e até que ponto?

Restringindo a ideia a um exemplo mais concreto, apresenta-se os *Maggie Cancer Caring Centres*, construídos, no Reino Unido, com o objetivo de atenuar a dor e o sofrimento sentido pelos doentes com cancro e familiares que ali se apresentam. Esta arquitetura parece ter como vontade maior interagir com o usuário, de forma a ‘reequilibrá-lo’. Esta instituição foi criada após a morte de Maggie Keswick, esposa de Charles Jencks, arquiteto chave na passagem do discurso moderno para o discurso do pós-moderno.

As características como a escala, a organização espacial, a relação com a envolvente – com o hospital – o jardim, a relação entre interior e exterior, bem como as características físicas do espaço, num sentido abstrato, constituem os Centros como ‘objetos’. Por sua vez, os elementos como a iluminação, os materiais, o conforto térmico e acústico permitem criar uma abstração do espaço físico, tornando-o aprazível para o utilizador, sem perturbar o seu bem-estar, potenciando a relação utilizador-objeto. Ao que parece estes elementos, aproximam estas unidades de saúde da definição dada pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S). Uma vez que o jardim poderá servir como forma de distração, contribuindo para o bem-estar psicológico do paciente. O mesmo efeito poderá ter a forma de arte, presente nestes Centros. Ao passo que, os seus espaços comuns podem contribuir para o bem-estar social, como é exemplo a cozinha que reúne e aproxima indivíduos com o mesmo problema, acabando por ser uma forma de apoio. Estes fatores culminam num bem-estar geral, gerando saúde mesmo na presença de uma doença.

Na tese, *A arquitectura como instrumento medicinal: O papel terapêutico dos espaços de saúde na sua missão de curar e cuidar* (2012), Daniel do Rego explora o papel terapêutico da arquitetura, enquanto instrumento no tratamento de doenças. Com o intuito de explorar este papel escolheu dois casos de estudo: Maggie’s Cheltenham e Maggie’s Gartnavel. Através da análise dos mesmos distinguiu as características físicas cujo efeito no usuário, de acordo com o E.B. D, pode ser firmemente provado daquelas que não o são. No fim, aplicou esta análise na prática, num projeto de arquitetura feito na Universidade de Viena no âmbito do programa Erasmus.

Por sua vez, a ideia defendida na investigação conduzida por Annemans, Van Audenhove, Vermolen, & Heylighen (2012), denominada *What makes an environment healing? Users and designer about the Maggie's Cancer Caring Centre London*, é que os códigos espaciais apontados pelo E.B.D permitem orientar a conceção espacial até certo ponto, tendo em conta que há variáveis subjetivas que não conseguem ser justificadas, nem apuradas, por resultados médicos. Uma vez que o conceito de 'Ambiente Terapêutico' surge da relação com os estudos conduzidos pelo E.B.D e tendo em conta as propriedades físicas dos Centros Maggie que parecem cruzar-se com os mesmos, poderiam, assim, ser justificados por este conceito.

No entanto, a investigação acima referida bem como o texto escrito por Charles Jencks (2006), *Maggie Centres and the architectural placebo*, apontam para a dimensão subjetiva que é a experiência espacial proporcionada pela arquitetura. No primeiro texto, refere-se o possível uso de um novo conceito, 'Ambiente Saudável', para melhor caracterizar o papel deste tipo de espaços de saúde, no outro aponta-se para um possível efeito Placebo. Efeito que vai além da ação farmacológica de um dado medicamento.

O mesmo, quando relacionado com a arquitetura, segundo Jencks, pode dar-se de acordo com três efeitos: *Style Effect*, *Cultural Effect* e *Care-givers' Effect*. Com esta analogia, aquilo que parecia ser justificável por códigos deixa de o ser. Parece que a arquitetura vai mais longe, quando procura 'encontrar' a experiência humana através do espaço físico e proporcionar através dele 'equilíbrio emocional'. Deixam de se criar 'objetos' que servem apenas uma função, passando a fazer-se uso dos mesmos como forma de interação com o ser que deles usufrui.

Do ponto de vista psicanalítico, a fase de desmame no desenvolvimento do ser infantil é vista como um desequilíbrio emocional e, de forma a atenuar o sofrimento, o mesmo tem necessidade de se 'apegar' a um objeto, ao qual o psicanalista Donald Winnicott (1971) chama 'objeto transitivo'. Pode dizer-se que o ser humano elege objetos com um significado muito próprio, desde bebé, quando se encontra numa situação conflituosa, considera o autor em *Playing & Reality*.

O mesmo afirma que a adoção, por parte do bebé, de um objeto é o primeiro contacto com a realidade e, conseqüentemente, o primeiro passo para a quebra de ligação com a mãe, que era, primariamente, feita através do seio. Este objeto, o ‘objeto transitivo’, vai perdendo significado à medida que a ‘área intermediária de experiência’ se vai enriquecendo com acontecimentos. Contudo, a perda de significado, não é sinónimo de esquecimento e, por isso, em situações de crise ou maior ansiedade, o ‘apego’ a um objeto pode voltar a acontecer, estando dependente de variáveis subjetivas.

A situação de conflito, como aquela sentida pelo bebé, pode voltar a surgir mais tarde, em fase adulta, em contextos diferentes e considerando, também, que as variáveis num adulto são outras. De forma a contornar o carácter subjetivo, o psicanalista estabeleceu uma diferença entre a ‘experiência subjetiva’ e a ‘experiência cultural’. Esta estabelece-se como algo coletivo, onde os interesses individuais se podem cruzar, o denominado ‘espaço potencial’. Há, portanto, momentos comuns dentro dos interesses individuais. Não será, a doença, uma destas situações?

A ausência de saúde pode ser vista como uma fase que faz parte do ciclo evolutivo do ser humano. É nestas circunstâncias que o indivíduo está mais recetivo aos estímulos do ambiente que o envolve e constitui-se, por isso, como um meio fundamental para a sua continuidade. Enquanto uma fase que lhe traz instabilidade, pode provocar nele sentimentos de insegurança, impotência, irritabilidade e, conseqüentemente, o aumento dos níveis de *stress*. Neste sentido, procura-se uma arquitetura que interaja com o usuário, aumentando o sentimento de controlo que, como se verá, é uma forma de reduzir a ansiedade.

Desta forma, como é que a arquitetura responde nesta situação, quando a presença física deve estabelecer uma relação intencional com o usuário e não servir apenas a função? Como é que o espaço físico pode criar ‘apego’ e, de certa forma, ‘compensar’ a ausência de saúde? Em que medida é que a arquitetura, tal como o psicanalista, tenta tratar o *self*, contribuindo para a sua continuidade?

Espera-se, com a presente dissertação, explorar o conceito de ‘fenómeno transitivo’ no que respeita ao seu cruzamento com a arquitetura, perceber o lugar que a mesma – enquanto

‘objeto de experiência’ – ocupa na sociedade atual, proporcionar uma reflexão sobre aquilo que pode representar e, ainda, explorar a influência que poderá ter no comportamento do ser humano. E por fim, levantam-se questões acerca da transversalidade deste tema a toda a arquitetura.

Estrutura do trabalho

Capítulo I – Os *Maggie Cancer Caring Centres*

Este primeiro capítulo tem como objetivo introduzir os *Maggie Cancer Caring Centres*, espaços de saúde de ‘escala doméstica’ que, apesar de não se considerarem fruto da produção teórica de Charles Jencks, refletem algumas das suas preocupações sentidas na transição do modernismo para o pós-modernismo. Seguidamente apresenta-se a sua história bem como o seu programa, tendo em conta como é que a sua materialização pode contribuir para a saúde dos seus usuários.

Capítulo II – O objetivo terapêutico dos Centros Maggie

Neste capítulo pretende explorar-se o papel que a arquitetura pode ter na saúde do indivíduo. Para esse efeito refere-se os estudos conduzidos pelo *Evidence Based Design* que têm vindo a medir a relação entre uma característica espacial e o resultado clínico do paciente. Contudo, verifica-se que no texto *Maggie Centres and the architectural placebo* (2006), escrito por Charles Jencks, o efeito do meio ambiente no homem pode ir além de questões mensuráveis.

Por sua vez, na investigação conduzida por Annemans, Van Audenhove, Vermolen, & Heylighen, denominada de *What makes an environment healing? Users and designer about the Maggie’s Cancer Centre London* (2012) observa-se uma ligação emocional ao edifício. Por isso, continua a expandir-se a ideia avançada por estes dois trabalhos, cruzando a arquitetura com a psicanálise, para melhor entender os vínculos criados pelo ser humano aos objetos.

Capítulo III – A arquitetura como ‘fenómeno transitivo’?

Nesta fase pretende-se expandir o conceito dos ‘fenómenos transitivos’ de Donald W. Winnicott, cruzando-o com os casos de estudo Maggie’s Dundee e West London, com o intuito de melhor entender o ‘lugar’ dos objetos na sociedade e a forma como é estabelecida a relação utilizador-objeto, no que respeita, também, a criação de ligações emocionais.



Enriquecimento da 'linguagem arquitetural'.

Security Marine Bank, Wisconsin, c. 1971.

OS MAGGIE CANCER CARING CENTRES

Uma compreensão da arquitetura veiculada por Charles Jencks

Architecture is often experienced inattentively or with the greatest prejudice of mood and will – exactly opposite to the way one is supposed to experience a symphony or work of art. (Gans, 1974)

One implication of this for architecture is that, among other things, the architect must overcode his buildings, using a redundancy of popular sign and metaphors, if his work is to communicate as intended and survive the transformation of fast-changing codes. (Jencks C. , 1987/1977, p. 50)

De acordo com Charles Jencks (1987/1977), o problema comum na arquitetura produzida era a forma como comunicava com a sociedade pois, o tipo de códigos usados pelos arquitetos, para desenhar os objetos, traduzia uma linguagem arquitetural pobre.

Tendo em conta que a comunicação pressupõe duas entidades e é feita através da linguagem, a ideia aplicada nesta situação transformava a arquitetura no elemento comunicante e o ser humano no recetor. Era uma arquitetura que tentava encontrar os códigos – a linguagem – no existente, procurando, por essa razão, incluir nos objetos



'Expressão Univalente'.

St. Thomas's Hospital, London, esquema de reabilitação, William Howitt, 1956-63. Vista sobre a 'East Wing'. (Fotografia de Jonathan Hughes)

elementos tradicionais e também modernos. Este olhar atento, sobre a envolvente, estava bem longe dos propósitos do Movimento Moderno.

Apesar do objetivo deste último movimento residir na mudança da sociedade, de acordo com as suas vontades, o mesmo não passava de um desejo inocente e de uma aparente preocupação com o indivíduo (Jencks C. , 1987/1977, p. 55).

A expressão univalente, termo usado por Charles Jencks (1987/1977, p. 15) para se referir a uma arquitetura criada à volta de um/alguns valores simplificados, espalhou-se pelos diversos tipos de construções e fazia-se sentir, sobretudo, nos edifícios de carácter institucional. O grande objeto – o hospital – ocupava, no espaço, uma posição de poder e soberania. Esta arquitetura, de acordo com Cor Wagenaar, tratava os pacientes como “[...] a collection of possible diseases, all of which were the exclusive domain of medical specialists. In a hospital, the patient practically disappeared” (2006, p. 71). Por isso, como é que a arquitetura poderia comunicar e consequentemente contribuir para o tratamento do indivíduo?

O défice de comunicação na arquitetura moderna era geral. A expressão ‘univalente’ era característica dos grandes hospitais centrais como St. Thomas Hospital¹, no Reino Unido. A imagem era neste momento muito específica: a escala, o branco purista, a fachada pautada pelas janelas e a pequena entrada – em relação ao tamanho do edifício – marcavam o primeiro contacto do utilizador com o ‘objeto arquitetural’².

Era como se o objeto viesse comunicar à sociedade a sua função tecnológica, esquecendo que esta solução apenas estaria correta se “[...] alargado ao ponto de cobrir o campo psicofísico”, afirmava Alvar Aalto (1940, p. 16).

¹ O St. Thomas Hospital foi construído no século XIX. Este edifício, alinhado com o rio Tamisa, era constituído por uma série de pavilhões. A expressão modernista surge apenas nos planos de reconstrução, tendo sido necessários após estragos provocados pela segunda Guerra Mundial. Em 1955 é contratado William Fowler Howitt para seguir com o plano. O projeto previa a construção de quatro blocos, em forma de ‘T’ com doze pisos, em quatro fases. Apenas uma das etapas foi concluída que corresponde ao lado Este do conjunto e é conhecido como ‘East Wing’ (Hughes, 2000, pp. 51-55).

² Este termo é referido no contexto da presente dissertação. Considera-se necessário criar uma abstração da arquitetura para facilitar a compreensão da interação que se pode gerar entre um usuário e o edificado – o objeto.

A luta por uma sociedade plural fez-se sentir com a contracultura por volta dos anos sessenta, cujo movimento, de acordo com Wagenaar, definia a sociedade moderna como “[...] the main source of illness. Like their predecessor, they wanted a more natural society and stressed the overwhelming importance of physical and social environment for the wellbeing of mankind” (2006, p. 73).

A partir da 'nova' perspetiva introduzida pelo mesmo movimento, começam a registar-se mudanças na produção arquitetural, desacreditando a estética modernista. Daí que, os códigos mencionados por Jencks acompanhassem esta transformação, passando de códigos monótonos para códigos ambíguos, onde se exprimia uma vontade de comunicar com o existente. De acordo com o mesmo autor, a comunicação arquitetural é feita por analogia à língua falada que é rica e diversa:

There are various analogies architecture shares with language and if we use the terms loosely, we can speak of architectural ‘words’, ‘phrases’, ‘syntax’, and ‘semantics’. [...] they can be more consciously used as communicational means, starting with the mode most commonly disregarded in modern architecture. (1987 / 1977, p. 39)

Ou seja, a linguagem arquitetural requeria uma mudança. Se o código moderno, pobre em expressão não conseguia comunicar com as pessoas, então a solução poderia passar pelo seu enriquecimento “[...] providing essentially humanist values of ‘place, identity, personality, home-coming’, (I am quoting from several Team Ten sources, values which the Smithsons share)”, refere Jencks (1987 / 1977, p. 23).

De forma a amenizar o impacto do objeto sobre o utilizador, diminuindo as qualidades expressivas da arquitetura hospitalar, passou a haver uma preocupação em distinguir as áreas técnicas daquelas que iriam receber diretamente as pessoas (Wagenaar, 2006, p. 73).

Apesar do esforço, esta arquitetura não passava de uma justaposição de áreas. Os interiores eram alterados no sentido de tornar os espaços mais aprazíveis. Contudo, o exterior continuava a ser alimentado por motivos económicos e políticos. Já em 1940, Alvar Aalto afirmava que “[...] if architecture is to have a larger human value, the first step is to organize its economic side. But, since architecture covers the entire field of human life, real functional architecture must be functional mainly from the human point of view” (p. 14).



Complexidade dos códigos.

Proposta de extensão do Museu Victoria & Albert, Londres, Daniel Libeskind, 1996.

Em *The architecture of the jumping universe* (1997), Charles Jencks menciona a passagem dos códigos duplos, do pós-modernismo dos anos 80, para códigos cosmológicos, pois “[...] [os valores] are not just in cultural codes and the eye of the observer, but built into the cosmic codes which generate the universe” (Jencks C. , 1997, p. 25).

Esta afirmação leva a crer que o universo é complexo e que a arquitetura, numa tentativa de resposta, deverá residir nessa complexidade. “[...] We need an architecture of great organizational depth, exhibiting maximum diversity and robustness, but always unfinished and challenged in the parts”, afere Jencks (1997, p. 108). Ao serem decifrados os códigos cosmológicos, a arquitetura terá a capacidade de responder aos problemas da sociedade, oferecendo equilíbrio.

O Centro de Reabilitação Neuromotora de Basel (ReHab Basel)³ é considerado por Verderber (2010, citado por Daniel do Rego, 2012, p.27), um exemplar contemporâneo do hospital humanizado. Este espaço de saúde procura ir além da justaposição de elementos. Tenta, através das características físicas, integrar os usuários no espaço, facilitando também a relação entre o terapeuta e o paciente. Para o efeito, os arquitetos Herzog de Meuron desenharam o Centro como se fosse uma pequena vila, onde as preocupações principais foram os jardins, de forma a permitem a penetração de luz natural bem como a orientação dos utilizadores. Por sua vez, os quartos encontram-se definidos por grandes janelas com vista para a paisagem, ao passo que, os espaços virados para o interior se encontram iluminados por aberturas no teto.

Afirmava Jencks, em 1987, que “Architecture should engage more than the eye and thought, it should involve the other senses in motion and movement, particularly the body” (p. 143).

Neste Centro percebe-se que a arquitetura usada tenta responder à doença de forma plural e diversa, contrariamente à arquitetura moderna. Tenta, como já referido, proporcionar

³ O projeto é desenhado pelos arquitetos Herzog de Meuron, foi concluído em 2002. O cliente procurava um espaço longe da expressão hospitalar moderna. Por isso, os arquitetos criaram o projeto com base nas necessidades dos pacientes: “Because the patients are so restricted, because they have to stay at the REHAB centre for such a long time, we have set ourselves the task of designing a multifunctional, diversified building, almost like a small town with streets, plazas, gardens, public facilities, and more secluded residential quarters where people take different paths to move from A to B” (Meuron, 2002).



Uma arquitetura próxima dos valores humanos.

Centro de Reabilitação Neuromotora, REHAB, Basel, 1999-2002, Herzog de Meuron.



Integração dos usuários no espaço.

Um dos pátios do Centro de Reabilitação Neuromotora, REHAB, Basel, 1999-2002, Herzog de Meuron.

equilíbrio emocional ao ser humano, envolvendo os cinco sentidos. Talvez seja este o papel da arquitetura no caso das doenças crónicas – como o cancro.

A falta de comunicação, constatada por Jencks em 1977, na primeira publicação de *The Language of post-modern architecture*, residia na opção errada pelos códigos pois, aqueles que fariam comunicar seriam os que espelhassem os valores humanos e não as vontades políticas e económicas como acontecia. Em *The architecture of the jumping universe*, de 1997, a questão parece complexificar-se, uma vez que a comunicação, através dos objetos construídos, se rege por outra linguagem.

Desta vez, os códigos apresentam-se mais complexos e parecem querer resolver os desequilíbrios que o mundo contemporâneo sofre, equilibrando as situações. De acordo com Charles Jencks “Architecture might [...] dramatize punctuated equilibrium, the optimism and tragedy [...]” (1997, p. 167). A doença é uma condição humana de puro desequilíbrio e, considerando que a arquitetura pode restituir equilíbrio, então os *Maggie’s Cancer Caring Centres*, criados por Maggie Keswick e Charles Jencks, procuram comprovar esse papel.



Maggie Keswick Jencks.

Em Portrack, Escócia.

Os Centros Maggie

Os Centros Maggie provêm da iniciativa de uma doente oncológica chamada Maggie Keswick, falecida no dia 8 de Julho de 1995 (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 4). Esta não se deixou vencer pela ideia de estar com uma doença em fase terminal e, por isso, decidiu tomar parte ativa no processo de tratamento. Descontente com a forma como tudo se processou durante a enfermidade e com os cuidados hospitalares oferecidos, juntamente com o marido Charles Jencks, decidiram reabilitar um antigo estábulo junto ao Western General Hospital em Edinburgh.

Em Janeiro de 1988, Maggie descobriu a doença – o cancro – que a voltou a surpreender em 1993. Nesse ano, após o diagnóstico e a primeira operação, que não se mostrou eficaz, Jencks insistiu que a esposa deveria levar a análise genética a Los Angeles. A cidade apresentava um vasto grupo de hospitais oncológicos que a poderiam ajudar a encontrar uma solução alternativa às propostas oferecidas no Reino Unido. Entre consultas e tratamentos, o paciente começa a entrar no verdadeiro ambiente que a doença proporciona, segundo Jencks “Options, choice, information overload - these are the truths facing cancer patients and they are always accompanied by hope” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 21).



O espaço de encontros.

A cozinha do Maggie's Nottingham, .2011, Piers Gough.

A pessoa, quando surpreendida pela doença, sente-se perdida e abandonada sem saber qual poderá ser o próximo passo. Os hospitais, na altura de Maggie, tinham pouca informação disponível no que respeitava à enfermidade e às possibilidades de tratamento sendo que, neste sentido, os profissionais de saúde, também não estariam capacitados a proporcionar uma grande ajuda, levando a paciente a afirmar que “We need our doctors to take an intelligent interest, and have some understanding of, the complementary therapies we may be drawn to” (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 23). Portanto, o trabalho, no sentido de procurar tratamentos complementares aos oferecidos pelo hospital, era feito pelos pacientes.

No entanto, antes de Maggie ter decidido tomar o caminho de ação contra a doença, deparou-se com um momento de desistência. Na altura em que a doente foi diagnosticada com cancro, o médico deu-lhe três meses de vida, levando-a a passar duas semanas no quarto. O tempo necessário, segundo Jencks, para encarar a realidade e tomar uma decisão conjunta “Well if we’re going to die, let’s go down fighting” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 21).

A partir desta mudança de atitude, a paciente começou a ler livros sobre a enfermidade. De acordo com Maggie “Cancer does kill of course – but fear, compounded by ignorance and false knowledge – is a paralysing attack in its own right” (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 9).

A compreensão e o conhecimento da situação podem ajudar a reduzir a ansiedade sentida pelo doente, levando ao seu fortalecimento mental. Esta é, também, uma forma de prolongar a sua vida, uma vez que “Involvement in ones own treatment is a empowering weapon in this battle”, afirma Maggie (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 23). Daí que, o processo de estudo da doença, por parte do paciente, seja importante e por isso, seja também, um dos pontos em que os Centros Maggie se focam.

Na recolha de ideias, para a criação destes espaços de saúde, foram influentes não só a informação escrita, mas também as viagens aos Estados Unidos. Em Santa Monica, a visita ao centro Harold Benjamin levou-a a crer que havia uma necessidade semelhante no Reino Unido, construindo para o efeito um edifício junto ao hospital que pudesse



Primeiro projeto construído.

O Centro em Edinburgh, antes da sua extensão, 1996, Richard Murphy.

complementar os tratamentos clínicos (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 3).

Por sua vez, as consultas semanais, em Edinburgh, com o doutor Robert Leonard e a enfermeira Laura Lee, criaram uma relação de amizade destes para com Maggie e Jencks. Por essa razão, tornaram-se, posteriormente, os principais participantes na criação desta instituição. Apesar da persistência por parte da paciente em viver, o dia em que faleceu chegou; bem como, a concretização do primeiro Centro Maggie.

A ideia inicial, em 1993, não passava de um pequeno compartimento com uma grande janela, virada para um jardim (Jencks & Heathcote, 2010, p. 11). Esta conceptualização estava ligada à necessidade básica que a esposa de Jencks terá sentido ao longo dos tempos de espera no hospital. Tal como afirmava:

Waiting time could be used positively. Sitting in a pleasant, but by no means expensive room, with thoughtful lighting, a view out to trees, birds and sky, and chairs and sofas arranged in various groupings could be an opportunity for patients to relax and talk, away from home cares. (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 21)

Acreditava, por isso, que um dos maiores geradores de *stress* era o tipo de espaço onde se tinha de aguardar pelas consultas.

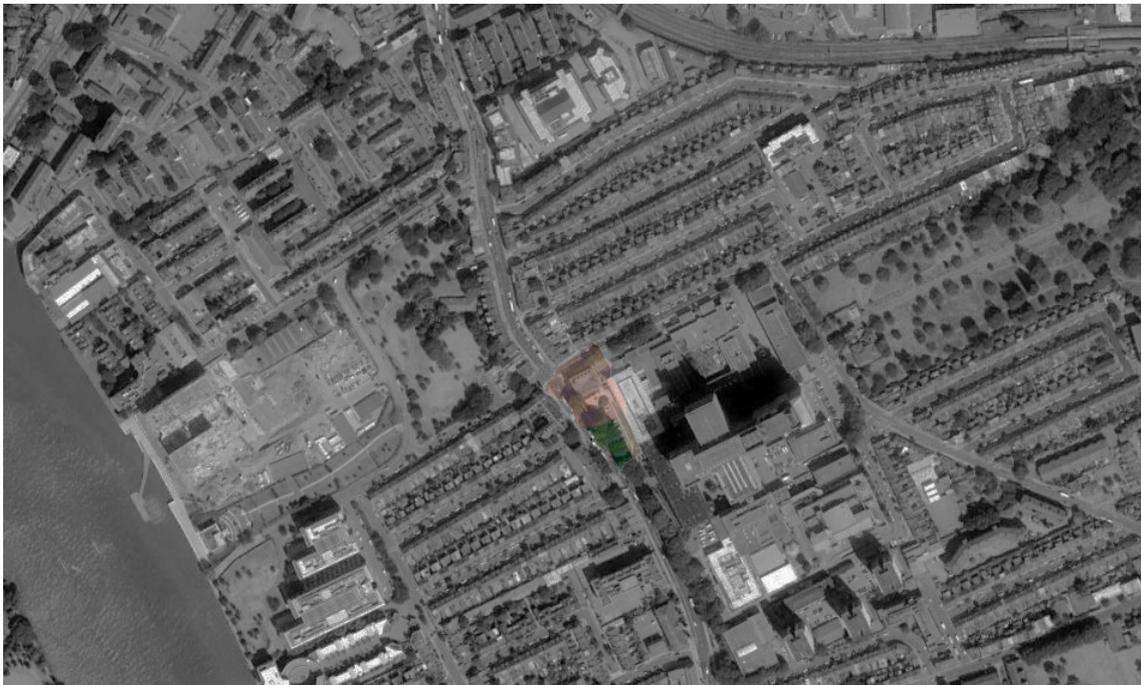
Como resultado, estes edifícios são pensados para serem acolhedores, domésticos, confortáveis, pessoais, de pequena escala e feitos em torno de uma cozinha ou espaço para fazer café. Para além da ideia de existir uma cozinha – espaço social – como coração dos edifícios, o programa passa também por áreas de cariz pessoal que, normalmente, se viram para pequenos pátios e/ou jardins. Também, a presença de arte é fundamental, encontrando-se sublinhada nos jardins por esculturas ou nos interiores por quadros.

A escolha dos arquitetos é feita com base nas relações de amizade que o casal criou ao longo dos anos, como acontece com Frank Gehry. Jencks afirma, ainda, que “it may be hard to believe but we did not set out to commission celebrity architects” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 33).



Proximidade com o Hospital

Vista aérea do Maggie's Dundee, 2003, Frank Gehry.



Proximidade com o Hospital.

Vista aérea do Maggie's West London, 2008, Richard Rogers.

Contudo, a sua fama não deixa de lhes trazer prestígio; e a publicidade aos Centros Maggie angaria fundos para a sua manutenção e para a construção de futuros estabelecimentos.

Outra situação que levanta curiosidade é a posição das outras instituições britânicas, uma vez que não assumiram nenhuma liderança e os espaços de saúde, aqui apresentados, sim. As explicações poderão residir, segundo Jencks & Heathcote (2010, p. 33), na forma única como cedem à expressão arquitetural.

Fisicamente apresentam características muito peculiares e completamente distintas das dos grandes hospitais, o que faz com que o paciente se possa desligar, nem que seja por instantes, da doença e do próprio ambiente hospitalar. No que respeita à função, uma vez que giram em torno de pelo menos quatro tipos – a casa, o hospital, a igreja e o museu – podem ser vistos como um “não-tipo” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 14). Esta amálgama leva a que haja uma informalidade na execução das tarefas diárias, de tal forma que a diferença entre quem cuida e quem é cuidado se anula, potenciando a relação entre o utilizador e o objeto.

O projeto do edifício, escolhido para a construção do primeiro Centro Maggie, passou pela sua reabilitação. Assim, optou-se por um arquiteto local, com um pequeno *atelier* e familiarizado com o tipo de intervenção que iria dar-se, Richard Murphy. As plantas do Maggie’s Edinburgh foram trabalhadas por Maggie e pelo arquiteto. Por sua vez, o interior foi trabalho da enfermeira Laura Lee. Contudo, a obra final já não foi vista pela esposa de Jencks.

O jardim desempenha um papel importante nestes projetos, na medida em que protege, visualmente, o utilizador do contexto próximo, designadamente o hospital. Este tipo de espaço terá sido de maior interesse para Maggie⁴, uma vez que depois de ter conhecido Charles Jencks na *Architectural Association* desenvolveram um projeto paisagista comum em Dumfriesshire⁵. A presença da grande instituição é uma constante, pois a localização destes

⁴ A influência das ideias para jardins tem origem no seu gosto pela filosofia dos jardins chineses. Quando criança deu muitos passeios, na companhia do seu pai, pelos jardins Imperiais de Pequim. Este gosto pessoal acabou na publicação do livro *The Chinese Garden* (2003 / 1978).

⁵ Neste projeto, a tarefa de Maggie foi desenhar lagos e passadiços, por sua vez a Jencks coube a parte mais escultural.



A scultura inspirada no ADN, desenhada por Charles Jencks.

Jardim do Maggie's Glasgow, 2002, Page and Park



Desenho do labirinto unicursal.

Jardim do Maggie's Dundee, 2003. Frank Gehry.

projetos acontece, habitualmente, num lote na mesma área que o hospital. Neste primeiro caso, o papel não seria tanto o de criar uma barreira visual, mas sim, sublinhar a importância da natureza – dos jardins – no seu bom desempenho.

A arte, no primeiro edifício, foi feita por Eduardo Paolozzi. Por sua vez, a escultura colocada no exterior, no jardim das costas do edifício do Maggie's Glasgow (Gartnavel), foi desenhada por Charles Jencks. A ideia para o seu *design* reside no ADN, contudo, o utilizador não associa a peça ao ADN, mas acredita-se no poder do seu simbolismo. “Such shapes relate to the cosmos and, as long as they are creatively mapped on to other metaphors and uses and not merely illustrations of science, they can be fitting and powerful” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 34).

Por vezes, o carácter simbólico encontra-se, também, presente no desenho dos jardins. Isto acontece no jardim do Maggie's Dundee, no desenho do labirinto. O caminho que o paciente percorre, assemelha-se aos altos e baixos por ele sofridos no processo que o cancro implica. Após esta pequena excursão pelo desenho, até ao centro, é como se se tivesse chegado a uma melhor compreensão e aceitação da doença (Jencks & Heathcote, 2010, p. 29).

Para além da particularidade do jardim, o telhado assume, por vezes, o mesmo papel que a arte, tornando-se um objeto autónomo e de apreciação subjetiva. Isto sucede no Maggie's Dundee, funcionando como uma moldura que contorna a vista sobre a montanha e o rio Tay. De acordo com Jencks & Heathcote “[...] every Maggie's Centre should have at least one challenging piece that addresses the fundamental issues patients face” (2010, p. 29).

Serão estas peças, os ‘objetos’ que ajudam o doente a encontrar equilíbrio? Ou farão elas, parte de um todo que constitui os Centros Maggie como um ‘objeto equilibrador’? Com o intuito de melhor entender o resultado final destes projetos, apresenta-se, seguidamente, o programa.



A primeiro Centro Maggie com vista para a entrada.

Maggie's Edinburgh, após a sua extensão, 2001, Richard Murphy.

O programa da instituição

O programa dos Centros Maggie, criado com base nas ideias geradas no primeiro projeto, assim como nos exemplares construídos posteriormente, foi apenas publicado em 2011.

O primeiro edifício o Maggie's Edinburgh, abriu ao público em 1996 (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 27). A frequência de utilização e o número de usuários levaram à sua ampliação, em 2001. Com a sua construção gerou-se material de trabalho para a conceção dos edifícios seguintes, tendo sido deixado ainda, um documento escrito por Maggie, *A View from the frontline*, de 1995. Neste é descrita a forma como a doente oncológica lutou contra a doença, apresentando as dificuldades encontradas ao longo do processo e deixando, ao mesmo tempo, dicas para a criação destes espaços de saúde.

Naquele momento sabia-se que a paciente pretendia qualquer coisa que andasse em torno de relaxamento, biblioteca, encontros, yoga, tratamento de beleza (Jencks & Heathcote, 2010, p. 94). A inclusão desta variedade de espaços, num único edifício, com uma área de dimensões domésticas, transformava-se num desafio para Richard Murphy. A combinação



Conversas informais.

Maggie's Cheltenham, 2010, Sir Richard MacCormac.

da ideia de domesticidade e de convívio, como premissa para a conceção deste estabelecimento, teve como resultado uma cozinha enquanto espaço gerador dos restantes espaços interiores.

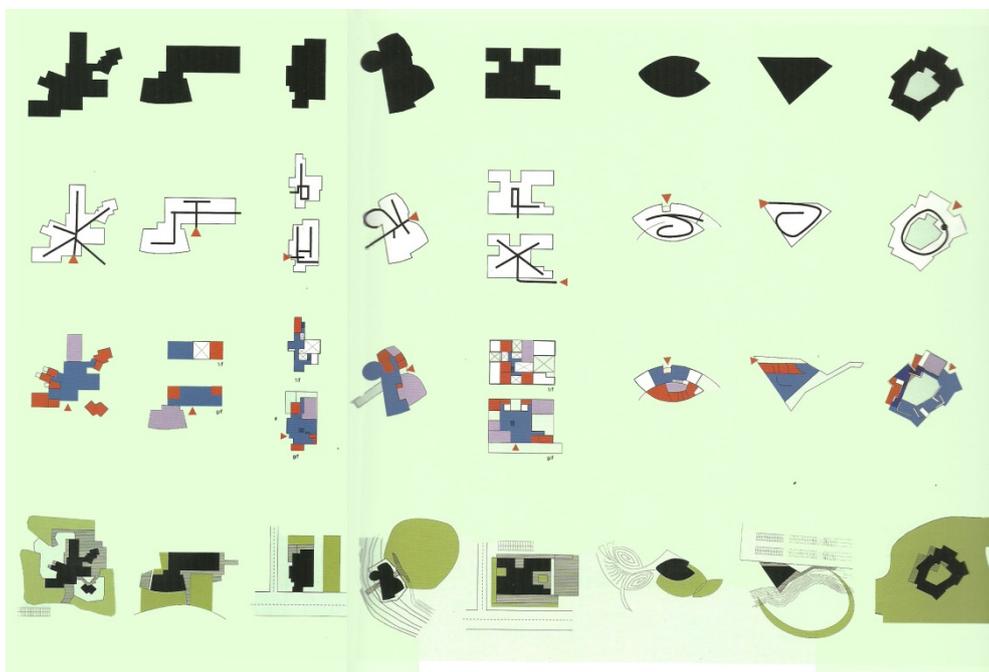
Os corredores eram, para o primeiro arquiteto, o elemento definidor de uma instituição e, como o pressuposto dos Centros Maggie é fugir desta caracterização, a circulação foi um fator a evitar através da extensão do projeto em duas direções (Jencks & Heathcote, 2010, pp. 94-97).

Partia-se, assim, para uma arquitetura de conforto e bem-estar, bem diferente da ideia hospitalar moderna. Tal como afirmava a enfermeira Laura Lee “[...] the architect’s task was not so much to answer a functional brief as to create the right kind of atmosphere to allow the Maggie Centre’s very particular kind of work to be carried on most effectively” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 94). Com base nisto, o primeiro arquiteto partia para um campo desconhecido, em busca do requerido ambiente.

Em 2011, quinze anos depois, surgiu o programa por escrito, conhecido como *Maggie’s architectural brief* (s.n., 2011). O discurso usado ao longo do documento evoca uma vontade comum: o apoio físico, social e mental ao doente oncológico, nesta fase transitória. Para tal, contribuem a equipa profissional e o espaço físico. Apesar de haver uma vontade coletiva, o desenvolvimento individual e pessoal do *self*⁶ é igualmente valorizado “We need buildings where people can read themselves differently, as individuals in unusually difficult circumstances, not as patients, let alone cancer victims” (s.n., 2011). Estes edifícios, são, portanto, espaços que promovem a interação social, bem como, a interação entre as pessoas e o ‘objeto arquitetural’.

A individualidade e o poder de escolha são fatores a respeitar. Marcia Blakenham afirma que “It is small and separate enough [em relação ao hospital] for the people who use it to identify it as their own place” (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007, p. 33).

⁶ O conceito *self* surge, no contexto psicanalítico, com os teóricos da relação de objeto. Enquanto com Freud estas noções remetiam para a construção interna do ser, este remete para a relação do ser humano com o meio envolvente. O mesmo encontrar-se-á explorado no último capítulo.



Diversidade na interpretação do programa.

Esquemas comparativos de Lily Jencks, filha de Maggie e Charles Jencks.

Os nomes dos Centros da esquerda para a direita: Maggie's Hong Kong, Maggie's Edinburgh, Maggie's Glasgow, Maggie's Dundee, Maggie's London, Maggie's Iverness, Maggie's Fife, Maggie's Gartnavel.

Consultar anexo para as datas dos projetos e para o nome dos arquitetos.

Nestes edifícios não se espera que uma série de regras sejam seguidas, por parte do arquiteto, na sua conceção; nem se espera oferecer um espaço formal para a receção dos visitantes. A ideia é colocar a pessoa o mais confortável possível, dando a entender que naquele lugar têm a oportunidade de optar. Gera-se, desta forma, um sentimento de posse em relação ao objeto, como afirma um dos pacientes: “This place is wonderful and it belongs to me, and to other people in the same boat as me” (s.n., 2011).

Assim, o que se pretende com o programa é que ofereça apoio não residencial aos familiares e pacientes, tornando-se, também, uma fonte de informação. O edifício deve proporcionar um ambiente calmo e simpático, facilitando a decisão pelo tipo de apoio que o doente pretende no seu tratamento médico; possibilitando, também, uma conversa privada com o diretor e/ou o psicólogo. A série de atividades diárias são opcionais e, por isso, o espaço interior poderá responder a essa diversidade. O tamanho estimado para cada projeto é de 280 m².

A flexibilidade e a informalidade pretendidas são conseguidas através de características opostas às encontradas nos hospitais modernos. O primeiro contacto com o construído revela-se fundamental e, por essa razão, a entrada deve ser óbvia, acolhedora e não intimidante. Pede-se que os interiores tenham o máximo de luz possível e contatem ao máximo com a natureza envolvente. Os espaços coletivos como a cozinha, a sala de estar e o espaço com lareira poderão ser de fácil perceção. Requer-se que a área reservada à parte administrativa se encontre dissimulada.

A cozinha, entendida como o coração dos Centros Maggie, deve ser espaçosa, pois nela poderão ocorrer desde simples atividades, como tomar um café, até seminários. Requer-se, também, uma sala de grupo onde possam ser dadas palestras ou aulas de *yoga*. Por isso, pede-se que seja à prova de som e que demonstre alguma adaptabilidade. A colocação de paredes amovíveis, que facilmente permitam o controlo de privacidade, pode ser uma opção.



A presença de espaços verdes nos Centros.

O jardim do Maggie's Glasgow (Gartnavel), 2011, Rem Koolhaas.



Um dos montes do jardim Desenho por Charles Jencks.

O Centro em Highland, 2005, Page and Park.

É pedida a existência de duas salas mais pequenas, uma delas poderá ter lareira, para a ocorrência de conversas informais. Também se requer uma sala para terapia ou aconselhamento onde, mais uma vez, se sugere flexibilidade e isolamento ao som.

A flexibilidade espacial expande-se até aos sanitários, espaço para o qual se sugere uma pequena estante com um banco. A ideia geral é ter espaços que possam, facilmente, ser apropriados e alterados pelos usuários. Desta forma, gera-se interação entre o indivíduo e o espaço físico – o objeto.

Em relação ao espaço exterior, deve existir um jardim. O parque de estacionamento, quando existente, deverá ser secundarizado. A relação interior-exterior revela-se fundamental, uma vez que “A House protects you from the ‘outside’. Equally the ‘outside’ of a garden is a buffer to the real ‘outside’” (s.n., 2011).

No caso dos Centros Maggie, o jardim é um elemento fundamental, tendo em conta que, os mesmos existem ao lado dos hospitais e esta poderá ser uma forma de proteger a relação visual com o hospital, como já foi referido.

De forma genérica, esta instituição pretende oferecer ao usuário um ambiente calmo e acolhedor, onde elementos como a cozinha e a lareira desempenham um papel fulcral. Uma vez que estas peças se aproximam do doméstico podem ser associadas ao conforto e bem-estar.

Nestes espaços de saúde a presença de luz deve ser uma constante, permitindo um contacto mais direto com elementos naturais como são as árvores e o céu. Ao mesmo tempo, estas entradas de luz são elementos transitivos, na medida em que permitem a passagem do interior para o exterior e vice-versa. Estas possibilidades de escolha, por parte do utilizador, de espreitar ou usar a abertura para passar de um lado para o outro, fazem-no interagir com o objeto.

A possibilidade de optar está, também, presente nos interiores, quando, através de dispositivos flexíveis, se pode adaptar o grau de privacidade. A sensação de controlo e plena



A presença de luz.

Maggie's Newcastle, 2013, Ted Cullinan.



Maggie's Lanarkshire, 2011, Reiach and Hall

consciência do que se passa à volta é um objetivo claro, sugerindo que a cozinha seja um espaço aberto, onde “[...] they [os usuários] might be able to see what is going on in the kitchen but will not necessarily want to participate in the kitchen chat” (s.n., 2011).

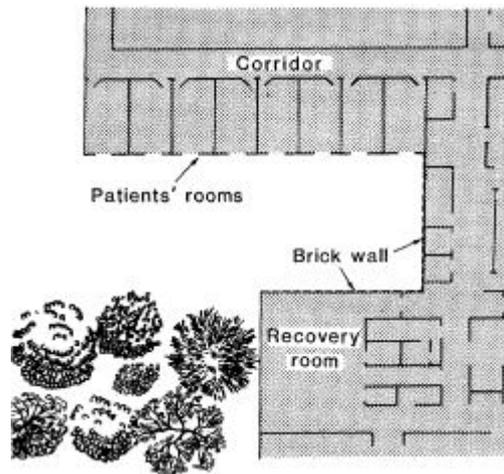
Por isso, crê-se que o poder de decisão, a ideia de controlo, autonomia e privacidade criam uma relação próxima do utilizador com os Centros Maggie. Esta relação, objeto-utilizador, remete para a questão paradoxal que se coloca com esta instituição, “What effect do Maggie’s Centres have on health, and on survival? None at all, a little influence, or a big effect?” (Jencks & Heathcote, 2010, p. 39).

O OBJETIVO TERAPÊUTICO DOS CENTROS

O *Evidence Based Design* e o 'Ambiente Terapêutico'

Verificou-se, no capítulo anterior, que os valores humanos se perderam durante o modernismo e que tentaram, sem sucesso, ser recuperados durante o pós-modernismo dos anos 80, pois os edifícios resultavam numa justaposição de espaços sem haver uma interpretação adequada dos procurados valores. Percebeu-se também, no que respeita a arquitetura da saúde, que as construções de pequena escala têm vindo a interpretar os mesmos valores, apostando no bem-estar físico, mental e social do usuário. Assim, pressupõe-se que a arquitetura seja feita com um objetivo terapêutico, o qual os Centros Maggie assumem como principal.

Do ponto de vista científico, o interesse pela medicina em justificar as suas práticas com a maior cientificidade possível resultou numa linha de investigação chamada *Evidence-based Medicine* (EMB). De acordo com Sackett, o termo começou a ser usado no início dos anos 90 e a definição, usada com mais frequência, foi dada em 1996 como: “[...] the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about



Quartos com vista para a parede de alvenaria e para as árvores.

Planta do piso usada no estudo de Ulrich, 1984.

care of individual patients (after Hamilton and Watkins)” (2009, citado por Stefan Lundin, 2012, p.8).

Da relação direta com esta especialidade surge o *Evidence-based Design* (EBD), para unidades de saúde, pois acreditava-se que o espaço envolvente afetava os pacientes – no entanto, não se sabia de que forma e até que ponto. Em 1984, um estudo conduzido por Roger Ulrich, cujos resultados foram apresentados em *View through a window may influence recovery from surgery*, veio precisamente confirmar esta questão.

Colocaram-se pacientes, em recuperação pós-cirúrgica, em quartos com uma única janela. A diferença, entre os quartos, residia apenas no tipo de vista oferecida através da abertura. Metade da amostra tinha vista sobre um conjunto de árvores e a outra parte virava-se para uma parede em alvenaria de tijolo. Dos registos obtidos pelas enfermeiras, ao longo dos anos, foi possível concluir que os pacientes com vista para a natureza, em comparação com a outra amostra, indicavam períodos de recuperação mais acelerados, faziam comentários mais positivos, tomavam doses inferiores de analgésicos e apresentavam complicações pós-cirúrgicas menores (Ulrich, 1984, p. 421).

Neste estudo não se pode considerar o efeito terapêutico das características físicas do espaço, pois resumiam-se à parede de alvenaria, mas sim o efeito terapêutico da natureza.

A noção de que a natureza desempenha um papel importante no processo de recuperação do doente conduz à época grega, tempo em que os templos eram construídos longe da povoação, num local alto e de relação aberta com a paisagem. Edwin Heathcote refere que a mesma era o pano de fundo do anfiteatro em Epidauro. Esta combinação permitia um ‘restabelecimento emocional’ das pessoas ali retiradas, após um ritual de tratamento que consistia em dietas restritas, unção de óleos e banhos em água corrente (Jencks & Heathcote, 2010, p. 56).

Este isolamento acontecia também, no início do século XX, com os sanatórios construídos para a cura da tuberculose pulmonar. Aqui, a localização dos edifícios era estrategicamente feita na parte alta das montanhas, onde o ar e a luz solar faziam parte da terapia destes



O papel da natureza na recuperação do doente.

Anfiteatro em Epidauro.

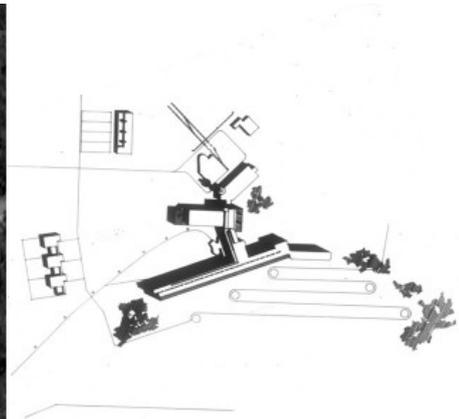
doentes. A ligação da arquitetura à natureza encontra-se explorada pelos trabalhos de Alvar Aalto. A fusão do meio construído com o meio natural parece acontecer, para a cura de tuberculose, no Sanatório de Paimio, desenhado de acordo com as possibilidades que o espaço envolvente proporcionou.

As premissas encontravam-se lançadas, mas não provadas, e o EBD faz essa viragem (Sternberg, 2009, p. 5). Tal como refere Daniel do Rego (2012, p. 99), o EBD não tem origem na história, na cultura nem na arquitetura, mas sim na psicologia ambiental desenvolvida a partir dos anos oitenta. O estudo de Ulrich transformou-se na primeira prova da relação que existe entre arquitetura e saúde e ambicionava explorar em maior detalhe a relação entre o ambiente construído e o resultado clínico. O corpo dos estudos sobre esta temática aumentou desde então e, consequentemente, o número de fatores ambientais medidos.

Em 2006, Ulrich refere-se ao EBD como: “[...] a deliberate process for creating hospitals and other healthcare buildings informed by the best available evidence, with the goal of improving safety, medical, staff and financial outcomes” (p. 281). Além do aumento da segurança, este projeto foca-se, também, na redução do *stress* e na saúde ecológica, declara Jain Malkin (2006, p. 259).

A diminuição do *stress* parece ser o alvo da investigação feita pelo campo da neurociência, da biologia evolutiva, da psiconeuroimunologia e da psicologia ambiental, da qual surgiu o conceito de Ambiente Terapêutico. De acordo com Malkin (2006, p. 259), a investigação desta ideia é conduzida em torno de cinco fatores: relação com natureza, opções e escolhas, distrações positivas, acesso a apoio social e controlo dos fatores ambientais (ruído, luzes fortes, qualidade pobre do ar).

A relação com a natureza não é uma novidade, pois tal como foi referido, é uma ideia que remonta aos tempos clássicos. No entanto, o que interessa mencionar é que o ser humano tem a capacidade de usar as formas naturais como redutoras de *stress*, ao contrário do que acontece com materiais artificiais (Ulrich, et al., 2008). As formas existentes nos elementos naturais são mencionadas por Ulrich et al. (September 2004) como uma forma de distração, criando sentimentos positivos e reduzindo, por isso, o *stress*.



A relação espacial com a envolvente.

Sanatório de Paimio, Alvar Alto. 1929-1933, Fotografia dos anos 30 e planta original.

Por sua vez, um espaço que possibilite alternativas ao utilizador, criando também algum dinamismo, provoca, nele, um sentimento de controlo. Esta emoção é sentida quando o paciente entra no ambiente hospitalar, tornando-se dependente dos profissionais de saúde, tanto ao nível das atividades diárias, quando internado, como ao nível da informação. Ulrich et al. (2008) referem os jardins como uma forma de redução de *stress*, no sentido em que cria acesso a apoio social, pode ser um escape reconstrutor e pode, conseqüentemente, tornar-se numa forma de controlar o ambiente hospitalar.

Os estímulos positivos são definidos por Ulrich et al. (September 2004, p. 21) como um conjunto de fatores ou condições ambientais capazes de repor os níveis de ansiedade. Desta forma, considera como distrações positivas a arte, a música, o humor ou a comédia, os animais de companhia e especialmente a natureza.

O apoio social é, também aqui, entendido como um fator que ajuda a diminuir os níveis de ansiedade pois o apoio emocional e os cuidados oferecidos por outra pessoa levam a que o doente não se sinta isolado, partilhando, desta forma, as suas preocupações, sobretudo, se tiver um lugar próprio para esse efeito. A revisão bibliográfica feita por Ulrich et al. (2008) aponta não só o apoio do pessoal profissional como redutor dos níveis de *stress*, mas também a interação entre paciente-familiar.

Os fatores ambientais como a iluminação, a qualidade do ar e o ruído, quando apresentam níveis inapropriados, podem contribuir, em muito, para o desconforto dos usuários, fazendo com que os mesmos não usufruam das qualidades físicas oferecidas pelo ambiente onde se inserem e contribuindo para o aumento dos níveis de *stress* (Ulrich, et al., 2008).

Tendo estas premissas em conta, o ‘Ambiente Terapêutico’ é referido como:

[...] a commodity that can be bought as opposed to a systemic approach to delivering patient care that truly regards the patient as the center of the universe – putting patient’s needs first. But it also demands a physical environment that reduces stress: one that is psychologically supportive for patients and families coping with the stress of illness and also for the staff who have to care for them. (Malkin, 2006, p. 259)

Neste sentido, o EBD e o conceito de Ambiente Terapêutico relacionam-se, sendo que, a aplicação prática das regras definidas pelo primeiro termo pode resultar no conceito de Ambiente Terapêutico.

O programa dos Centros Maggie, apresentado no capítulo anterior, parece cruzar-se com os preceitos deste conceito. Se as sugestões e recomendações espaciais, apresentadas no *Maggie's architectural brief* (s.n., 2011), forem analisadas percebe-se que objetivo é oferecer o máximo controlo ao utilizador, reduzindo, conseqüentemente, o *stress*. Hans Seyle refere-se ao termo *stress*, em 1936, num artigo escrito para a revista *Nature*, como: the body's nonspecific response to an external demand.

Correntemente, sabe-se que a presença deste agente força a pessoa a reagir em circunstâncias perigosas, mas em excesso tem efeitos negativos, uma vez que consome energia e aumenta a fadiga. Com efeito, reduz a capacidade de resposta do sistema imunológico, reduzindo a resistência à infeção e piorando os resultados de recuperação. Em termos de resultados clínicos, de acordo com Ulrich (2006), observa-se um aumento da ansiedade, falta de emoção, pressão arterial alta, libertação de hormonas do *stress*, passividade, dormência e incumprimento dos regimes hospitalares. Estes registos justificam a razão pela qual o combate ao stress aparece nos cinco fatores que regem o conceito de Ambiente Terapêutico.

A falta de controlo, no geral, provoca um aumento de ansiedade, como já foi mencionado. O mesmo acontece quando a pessoa presencia momentos de escolha, incertezas e novidade (Sternberg, 2009, p. 99), que se podem traduzir numa falta de controlo sobre uma determinada situação. Por isso, a solução poderá passar por enganar o cérebro humano, aumentando essa variável.

Neste sentido, a Universidade de Pittsburgh e a Universidade de Carnegie Mellon, juntamente com investigadores de cuidados de saúde e engenheiros reuniram-se para desenvolver enfermeiras robot, que tal como afirma Eshter M. Sternberg:

[...]“Nursebots” [...] A “smart” walker not only tells patients where they are in space and provides a topographic map of the location, but also learns their usual walking routines and guides them to their destination. The goal is not to replace nurses and caregivers, but to give individuals more

independence in navigating their environment. Since independence enhances a sense of control, it also reduces stress. (2009, p. 246)

O programa dos Centros Maggie parece, através das características físicas, pretender o mesmo: oferecer independência ao utilizador, aumentando o grau de controlo e, por isso, reduzir o *stress*. A presença de distrações positivas, como podem proporcionar a arte e os espaços naturais – jardins – também são uma constante. O apoio social é fornecido pelos profissionais de saúde que se encontram à frente de cada Centro. Os fatores ambientais eventualmente perturbadores parecem encontrar-se, nestes espaços, controlados.

Por isso, poder-se-ia concluir que estes edifícios fazem parte do grupo que aplicam o conceito de ‘Ambiente Terapêutico’. Contudo, autores como Annemans et al. e Charles Jencks mencionam, em publicações recentes, outra possibilidade, que se procura desenvolver no ponto seguinte.

O ‘Ambiente Saudável’ e o ‘Placebo Arquitetural’

Na investigação conduzida por Annemans et al., em 2012, *What makes an environment healing? Users and designer about the Maggie's Cancer Caring Centre*, os autores exploram os conceitos relacionados com a arquitetura da saúde, propondo o uso do termo ‘Ambiente Saudável’ em vez de ‘Ambiente Terapêutico’.

Verificaram que, como primeiro passo, os arquitetos escolhidos para projetar os Centros Maggie, partem da forma como se concebe um espaço terapêutico, usando para o efeito o *A view from the frontline* (Keswick, Jencks, & Blakenham, 2007) e ainda o *Maggie's architectural brief* (s.n., 2011). Apesar desta análise inicial, confirma-se que a experiência do utilizador prevalece sobre os aspetos mensuráveis. Assim, explorou-se este lado da questão, através das características físicas do Maggie's London, juntamente com a experiência espacial feita pelos seus usuários.

No ponto anterior, entendeu-se que o EBD mede o resultado clínico obtido através de um aspeto físico do espaço. A relação causa-efeito apresenta algumas fragilidades, uma vez que,

questões de ordem experiencial envolvem fatores complexos, não permitindo uma avaliação direta entre *input* e *output*. O argumento apresentado por Annemans et al. (2012, p. 2) recai sobre este aspeto, sugerindo o uso do conceito 'Ambiente Saudável', para que possam ser incluídos mais do que aspetos mensuráveis.

Neste sentido, Charles Jencks em *Maggie Centres and the architectural placebo* (2006) aponta para outro possível efeito terapêutico. O efeito placebo é conhecido como uma cura induzida pela crença num determinado medicamento. Henry Bencher foi, nos anos cinquenta, o primeiro cientista a depositar confiança neste efeito, substituindo as injeções de morfina por água com sal. A partir desta experiência, o efeito placebo foi tomado como um assunto sério entre e a comunidade científica, percebendo que funcionava bem em muitos dos casos. O seu efeito é verificável na dor, nas inflamações e nos chamados problemas psicogénicos. O mesmo afirma Sternberg:

The type of illness being treated is important here, since different conditions respond differently to a placebo. Scar formation, say, is unlikely to be reversed by the power of belief. A placebo is likely to have a much greater effect on pain, which does not entail permanent physical changes; (2009, p. 193)

A explicação para o alívio da dor reside na experiência que Jon Levin e Howard Field conduziram, em 1978, na Universidade da Califórnia em São Francisco (Sternberg, 2009, pp. 193-194). O estudo baseou-se na ideia que o cérebro tem as próprias moléculas tipo morfina, conhecidas como *endorfinas*, e que tal, como a primeira, reduzem a dor. Usou-se naloxone para testar esta questão, uma vez que este medicamento, combinado com morfina, deixa de ter capacidades analgésicas e assim, bloqueando a sua propriedade poder-se-ia perceber o efeito das endorfinas. Registou-se que o fármaco bloqueou a atividade destas moléculas, tendo como consequência a permanência da dor (Sternberg, 2009, p. 194).

A libertação das mesmas é visível em escanes PET, onde as imagens mostram que, quanto maior o alívio da dor sentida na toma de placebo, mais moléculas tipo-morfina são libertadas pelo cérebro, na área que controla a dor. As observações provaram mais uma vez que a capacidade das endorfinas podem ser tão eficazes como a própria morfina no que respeita o alívio da dor (Sternberg, 2009, p. 195).

De forma a adaptar a resposta ao efeito placebo arquitetural, os exemplos encontrados por Charles Jencks (2006) apontam, em primeiro lugar, para um menor ou maior efeito placebo de acordo com o estilo. No livro de Daniel Moerman o efeito placebo é explicado através de alguns exemplos curiosos, onde verificou: em primeiro lugar, que o placebo funciona melhor se for tomado conscientemente; de seguida, que injeções poderão ter um efeito melhor quando comparadas com comprimidos; depois, que placebos genéricos funcionam pior do que os de marca; e por último, que os comprimidos azuis demonstram melhores resultados que os vermelhos – excetuando nos homens italianos que demonstram o oposto.

Por analogia ao efeito que os exemplos referidos provocaram no indivíduo, tendo em conta o estilo e a ‘imagem de marca’, também os Centros Maggie poderão tirar partido do *The style effect*, como menciona Jencks (2006, p. 450). Uma vez que, a recorrência a arquitetos conceituados pode transmitir preocupação por parte da instituição em oferecer bons espaços aos seus usuários, traduzindo-se numa imagem de referência.

O segundo efeito poderá dever-se à cultura. De acordo com Moerman (citado por Jencks, 2006, p.450), a resposta ao placebo é altamente variável entre sociedades, não esquecendo, também, que é qualquer coisa relacionada com a psicologia individual. De forma a ilustrar este exemplo refere o caso das úlceras no meio alemão, sendo que, a população responde duas vezes melhor a placebos quando comparada com a população mundial. Os valores comparativos aumentam para um terço quando confrontados com os resultados encontrados na Holanda ou na Dinamarca. Com base neste caso, Jencks (2006, p. 450) conclui que, no que respeita a úlceras e casos de pressão arterial alterados, a cultura desempenha um papel fulcral no que respeita ao efeito placebo, não só a psicologia individual, adotando o termo *The cultural effect* no caso do grupo dos Maggie.

O terceiro lugar é ocupado pelo efeito da equipa dos profissionais de saúde, chamado *The care-giver's effect* (2006, p. 450). Este ponto é, talvez, o mais importante pois “A much better predictor [of the placebo effect] is the characteristics and qualities of individual doctors. The more convinced a doctor is that drug or placebo will work, the more likely

that it really will. The pioneering study was conducted almost forty years ago...on the tranquilizer Miltown” (Daniel Moerman, citado por Charles Jencks, 2006, p.450).

No entanto, tal como refere Jencks (2006, p. 454), no caso do cancro, o efeito placebo por si só não é suficiente, levando-o a indicar a redução de *stress* e o consequente reforço do sistema imunológico como fatores a ter em conta. Como exemplo fornece as conclusões retiradas por David Spiegel no estudo feito em mulheres com cancro da mama. A terapia de grupo que estas pacientes frequentavam, ajudava-as a criar laços sociais entre elas, sentindo-se apoiadas e melhorando, também, a relação com os médicos.

O efeito placebo poderá dar-se, então, na arquitetura por meio dos três efeitos mencionados. Contudo, o autor reforça a importância da arquitetura na promoção de interação entre os pacientes e os profissionais de saúde, afirmando que em teoria “[...] I would say that when the style and content of an institution are mutually supporting, they can produce the Architectural Placebo. This is one idea behind Maggie Centres [...]” (2006, p. 454).

Esta conclusão volta a remeter para o argumento apresentado por Annemans et al. (2012, p. 2), argumentando a fragilidade do EBD, pois não existem, apenas, efeitos estritamente clínicos.

Com o intuito de delinear uma ideia sobre a experiência espacial ocorrida no Centro de Londres, realizou-se uma discussão de grupo e uma entrevista, cujos dados foram gravados, transcritos e rotulados através de um software (Atlas.ti) especializado na análise de dados qualitativos, declara Annemans et al. (2012, p. 4). O grupo de discussão compôs-se por quatro usuários do Centro e por três pacientes oncológicos, a um dos quais falecera o marido com cancro; por sua vez, a entrevista foi feita com um dos colaboradores do Roger’s Stirk Harbour + Partners, que esteve à frente do desenho e da construção do Centro de Londres.

Os resultados, provenientes da discussão de grupo, apresentaram três tópicos principais: a primeira remete para a forma como as características do edifício afetam emocionalmente o utilizador, o segundo lugar é ocupado pela forma como os utilizadores se identificam com o objeto e, a forma como o edifício promove a interação social cabe ao último tópico, afirma Annemans et al. (2012, p. 5).

Desta forma, pode afirmar-se que o Centro em Londres – o objeto – desempenha um papel central na promoção de relações e emoções. Percebe-se, também, que a procura pelo objetivo terapêutico deste tipo de espaços de saúde continua. O placebo arquitetural, como enunciado por Jencks, dá-se de acordo com três efeitos: *The style effect*, *The cultural effect* e *The care-givers effect*. Estes três fatores encontram, de certa forma, o argumento apresentado por Annemans et al. na investigação aqui referida, quando mencionam a importância do edifício na construção da imagem e da rede social. Por isso, interessa perceber como é que a arquitetura pode promover essas ligações, tendo como base o desenvolvimento das conclusões formuladas pelos autores do artigo, apresentadas a seguir.

A relação entre o utilizador e o edifício

A ideia de que a arquitetura influencia o nosso estado mental é comum entre arquitetos, sendo, também, a opinião de Richard Rogers, referem Annemans et al. na sua investigação.

You generally have a feeling about what spaces can do for something and what architecture can do. You can depress people, you can expand people, you can make people tall, you can make people small. You can bring a lot of light in, you can make space devoid of light, dark. And I think all those have an effect on how somebody experiences that space. And I think we know that as architects, that is what we do. And that is how and why we design it. There is not necessarily a scientific nature to it. (2012, p. 5)

A forma como esta instituição afeta os usuários é perceptível na entrevista, quando os mesmos começam a conversa, mencionando os benefícios do 'seu' edifício, onde se destaca a importância da arquitetura.

...this charity is very special because I've been to other charities in London and this is by far the most beautiful, we are so lucky that this is, yeah Richard Rogers and open space and. For example there is a very good one at X, you can get all this free message and I don't know all these other

things but the building is absolutely horrible and when you come there once you finish your treatment you don't want to stay there because it depresses you so much. (2012, p. 5)

Significa que o meio envolvente, nomeadamente a arquitetura, desperta sentimentos nas pessoas. O mesmo foi possível demonstrar através da experiência de um padre e da família de uma das participantes:

When [the priest] came in here, he had lost his wife seventeen years ago with cancer, [...] he couldn't believe how lovely it was. He went back and told everybody about it. And my brothers came in with me, and my sisters in law all came in with me and they couldn't come back home to tell everybody what the building did for them. It was the building that did it for them. When you pushed that door open, you are at ease. (2012, p. 5)

A investigação, também, registou efeitos na pós-experiência espacial, possível de provar através de afirmações como: “[...] this place gives us optimism and [it] gives us a bit of confidence” (2012, p. 5). Para além destes registos, verificou-se que a cozinha, nomeadamente, a mesa despertou algum afeto nos usuários:

A: Ooh that is our table. That is our family table.

C: That is our anchor that is the family anchor. (2012, p. 5)

Este é um espaço que, no *Maggie's architectural brief* (s.n., 2011), se menciona como central e necessário, pois é um ponto de confluências e um espaço de interação social.

Contudo, o elemento que parece ter efeito a vários níveis, de acordo com Annemans et al. (2012, pp. 5-6), é a entrada. No programa pede-se que este espaço seja acolhedor e não intimidante, ao mesmo tempo que se pede alguma informalidade. É precisamente aqui, na ausência de uma secretária a fazer de receção, que as relações sociais enriquecem. Richard Rogers teve em conta a sugestão feita pelo programa a este respeito, levando-o a afirmar que: “There is no reception desk which is vital. You know, the fact of having a reception desk empowers somebody behind, automatically gives the wrong feeling” (2012, p. 5).

Uma das premissas dos Centros Maggie é dar, ao utilizador, uma noção de controlo. Esta sensação, como mencionado no capítulo anterior, reduz a ansiedade, melhorando as relações sociais e potenciando a relação da pessoa com o ‘objeto arquitetural’.

No Maggie’s London, a ausência da secretária de receção que, traduzida em termos simbólicos, pode significar ‘não vigilância’, é contornada pela continuidade espacial do edifício. Esta estratégia permite a criação de diversas ligações visuais, consentindo, indiretamente, o ‘controlo’ das pessoas que entram e saem do mesmo (2012, p. 5). Por sua vez, a presença de luz e de espaços verdes coincidem com os aspetos espaciais mencionados por Ulrich, nos trabalhos aqui citados.

A arquitetura do Centro potencia a interação social, estabelecida entre os pacientes, os profissionais de saúde e ainda, a família, refere Annemans et al. (2012, p. 6). A diferença que os pacientes sentem, entre este espaço e as enfermarias do hospital, é que no primeiro partilham outro tipo de experiências, sendo que a doença fica esquecida.

We have a lot of people coming from the wards as well and sitting in here and having a chat and getting to know rather than sitting in four walls, looking at nothing, nobody to talk to. Plus the fact they all have something different and none doesn’t want to talk about it and when you come in here nobody talks about their illness. (2012, p. 6)

Por esta razão, pede-se que no programa haja uma alternância entre espaços sociais, como a cozinha, e espaços privados. Se um potencia encontros, o outro abre espaço a conversas mais pessoais. De acordo com Annemans et al., o arquiteto do Maggie’s London explica a razão pela qual usa portas de correr:

We have sliding doors as well on all the rooms, so when the [the rooms] are in use, [the doors] are closed, when they are not in use they are open. Sounds obvious but it means that you don’t have the sort as with normal door, if slaps, and then you do not quiet know whether you are meant to knock or you are not. There is an apprehension, a door; you shouldn’t go in there. By having them open there is a very clear indicator whether someone is in there or not. (2012, p. 6)

Esta afirmação levou os autores a concluir que alteração de um elemento comum, como o tipo de porta, pode facilitar a interação humana.

O mesmo se passa com a ausência da secretária na entrada do edifício. Neste caso, percebe-se que informalidade do gesto aproxima o paciente do terapeuta, ‘obrigando’ à interação pessoal como forma de recepção. Por isso, Richard Rogers afere o seguinte:

Not having a reception desk means that [...] you can see somebody, that you already have a personal relationship ready. Somebody comes up to you to see how you do and you can make a cup of tea and you can already start interacting. [...] If you come in the front door [...] then you have the main table where people sit around the corners and you can have a conversation. (2012, p. 7)

Este aspeto distingue os Centros Maggie das outras instituições, levando um dos inquiridos a afirmar:

[...] one of the main differences between this charity and other charities in London is that here there are three people looking after us and in all other charities they are behind a computer doing their own thing and they don't talk to you and you just go for your yoga class or whatever and then you finish and you just go out again. (2012, p. 7)

O último benefício deste espaço de saúde, no que respeita as relações sociais, remete para a relação familiar, pois esta é melhorada. Na medida em que as pessoas próximas se sentem aliviadas, por haver alguma coisa além deles próprios a proporcionar apoio, e no sentido em que os pacientes se sentem reconfortados (2012, p. 7).

O reconforto, proporcionado pela arquitetura do Centro de Londres, é feito através das suas características físicas, mais precisamente pela cor, por lhe ser conferida uma imagem própria. Acerca desta característica, o arquiteto do Maggie's afirma o seguinte: “[...] the Orange building in the corner, if you cannot see that you probably have a few more problems. It is about not being shy about it” (2012, p. 6). Ao mesmo tempo, os usuários parecem aceitar o objeto como parte da vida deles. Como afirma um dos participantes: “[...] this is not a charity. This is life. Not a charity” (2012, p. 6).

O próprio nome, colocado no exterior do edifício faz com que não existam conotações negativas quando se menciona este Centro, por isso, tanto a aparência exterior como a

imagem criada pelo nome fazem com que o usuário o identifique como ‘seu’, observa Annemans et al. (2012, p. 6).

Assim, pode equacionar-se que o edifício, o Maggie’s London, é o elemento que estabelece relações pessoais, físicas e psicológicas – de apego. Os resultados da investigação feita pelos mencionados autores lançam, de certa forma, esta ideia. Por isso, pergunta-se se não serão estas as características que transformam a arquitetura num ‘objeto terapêutico’ ou num ‘objeto reequilibrador’ e, se assim for, interessa avançar para as propriedades desse objeto, estabelecendo diálogo com os ‘fenómenos transitivos’ de Donald Winnicott.

A ARQUITETURA COMO ‘FENÓMENO TRANSITIVO’?

Os ‘fenómenos transitivos’ de Donald W. Winnicott

Até agora percebeu-se que o efeito do meio ambiente nas pessoas vai além dos seus resultados clínicos pois, fatores como a cultura têm um papel na construção de símbolos e significados, sendo que essas variáveis não permitem uma medição literal dos efeitos da envolvente no indivíduo, como acontece entre o *input* e o *output* do EBD. Como visto anteriormente, este tema foi explorado na investigação conduzida por Annemans et al. e ainda pelo texto transdisciplinar escrito por Jencks. O avanço sugerido pelos dois trabalhos motivou, na presente dissertação, o cruzamento da arquitetura com a psicanálise.

De acordo com o apurado no capítulo precedente, o Maggie’s London parece ter características que fazem despertar os sentidos dos usuários, apelando ao lado experiencial da arquitetura. Também se apresenta como um elemento crucial na criação de relações, tanto físicas como psicológicas.

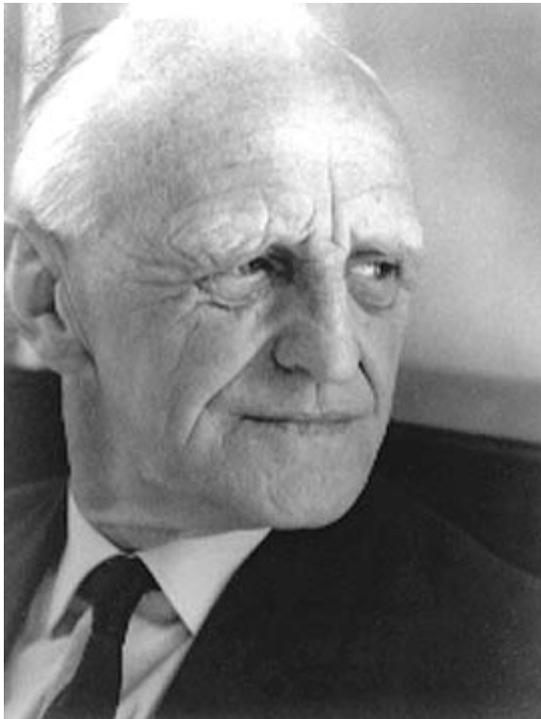
Neste sentido, interessa mencionar a capacidade do 'objeto arquitetural' no estabelecimento de vínculos emocionais, desde o apego – comportamento feito de acordo com uma 'figura de confiança' – até ao desapego, que pode ser visto como uma melhoria do estado de saúde do paciente. Para o efeito, recorre-se aos termos da psicanálise, mais propriamente à teoria Winnicottiana que refere, tanto a relação entre a mãe e o bebé, como o ambiente onde esta se constrói, como fatores fundamentais para a construção, compreensão e desenvolvimento da personalidade do *self*. A 'teoria do apego'⁷ desenvolvida por Bowlby surge, nesta dissertação, como complemento.

A introdução da noção de relação, como qualquer coisa física e exterior ao bebé, foi uma revolução na teoria da psicanálise, referem Jay R. Greenberg & Stephen A. Mitchell (1994, p. 145). Até à data tinha-se como referência a 'teoria pulsional' desenvolvida por Freud (1976/1911), em que a relação material era secundária, desenvolvendo o conceito de 'narcisismo primário'. O comportamento humano explicava-se através das noções de 'desejo' e as suas reações/ações eram, conseqüentemente, movidas por esse sentimento, com o objetivo de atingir prazer. As exteriorizações humanas eram, portanto, explicadas através de impulsos internos e residiam apenas, aparentemente, nesta área interna do ser.

Não obstante, para os teóricos das relações de objeto, a necessidade de chupar o dedo provocada pela 'ausência do seio' – na infância do bebé – era vista como uma 'relação de objeto insatisfatória', pois a recorrência à parte do corpo mencionado residia nesse ponto e não no prazer obtido desse ato (Fairbairn, 1980/1952). De acordo com esta ideia estava a seguinte afirmação de Winnicott: "There is no possibility whatever for an infant to proceed from the pleasure principle or towards and beyond primary identification (see Freud, 1923), unless there is a good-enough mother" (1971, p. 7).

Significa que um indivíduo não pode ser entendido como um ser 'isolado' e deve, ainda, afirmar-se que o seu desenvolvimento está dependente de outro elemento, no caso dos bebés, a mãe. Como é possível verificar, os teóricos da 'relação de objeto' opõem-se à 'teoria

⁷ A 'teoria do apego', desenvolvida por Bowlby, é de ordem comportamental. Não remete para a estruturação psíquica do indivíduo como acontece com a 'teoria da relação de objeto' e com a 'teoria pulsional'.



Retrato de Donald W. Winnicott.

pulsional' desenvolvida por Freud, transformando o mundo material objetual – numa realidade. Tal como afirmam Greenberg & Mitchell: “[...] a unidade de estudo da psicanálise não é o indivíduo, mas a matriz relacional constituída pelo indivíduo em interação com outros significativos” (1994, p. 162).

Dentro destes moldes surge Donald W. Winnicott⁸. Este psicanalista nasceu em Plymouth em 1896 e faleceu em 1971. Antes de se dedicar ao trabalho psicanalítico terá passado por episódios que o motivaram neste sentido. A fratura na clavícula aos dezasseis anos levou-o a estudar medicina. O primeiro ano do curso coincidiu com a primeira guerra mundial e sob a condição de estudante de medicina não foi convocado, tendo, por esse motivo, ficado a trabalhar nas enfermarias da escola de Cambridge (Lemgruber, 2005, p. 18).

Entre o período das guerras trabalhou como consultor em medicina infantil e foi a segunda guerra mundial que marcou aquilo que viria a ser o seu trabalho teórico mais significativo. De acordo com Claire (1987, p. 1), Winnicott foi nomeado como Psiquiatra Consultor do Plano de Evacuação Governamental, numa área de receção de Inglaterra, para acompanhar as crianças provenientes das grandes cidades que, devido aos conflitos, foram mandadas para lares. Aqui, o terapeuta observou que as privações sofridas pelas crianças, nos ‘lares’ originários, influenciavam o seu comportamento antissocial e, estes novos lares, apesar do ambiente da guerra, poderiam ser vistos com uma fonte de ajuda (Winnicott C. , 1987, p. 1).

Este episódio vem justificar a importância dada, por Winnicott, ao ambiente⁹. Neste sentido Grolnick afere o seguinte: “[...] ele se deu conta de como a interpretação precisa estar acompanhada de uma cuidadosa atenção ao ambiente e de quão importante eram o *holding*, o *handling* e um *setting* suficientemente bons, para que ocorresse um

⁸ É uma personagem que se destacou no ambiente psicanalítico pela forma como desenvolveu a sua teoria, trazendo novos conceitos neste campo, bem como pela forma como dá continuidade ao trabalho dos seus colegas, nomeadamente, Freud e Melanie Klein (Greenberg & Mitchell, 1994, p. 139). Dentro do espírito de rivalidade, instalado após a morte de Freud no Reino Unido, entre Anna Freud e Melanie Klein, Winnicott seguiu o próprio caminho, identificando-se com o modelo estrutural-relacional e gerando com esta ‘separação’ um terceiro grupo, conhecido como Middle Group, Escola Britânica ou Grupo dos Independentes Ingleses.

⁹ O ‘ambiente suficientemente bom’ inclui as noções de *holding*, *handling* e *setting*, referentes ao cuidado materno no contexto deste conceito, que neste trabalho não será desenvolvido. A exploração deste aspeto encontra-se na dissertação *Um olhar para Winnicott: O ambiente e a dependência* (2005) escrita por Isabel Lemgruber.

desenvolvimento normal, ou para que houvesse uma oportunidade para a correção de um desenvolvimento anormal” (1993, p. 22).

O ambiente, aos olhos de Winnicott, teria de ser ‘suficientemente bom’ para que ocorresse um desenvolvimento normal do *self*, ou seja, com esta noção refere-se ao processo de maturação, que “[...] inclui a tendência inata à integração, que levará a busca constante e confiante da independência emocional e física e ainda, que possibilitará que cada indivíduo possa dar uma contribuição positiva à sociedade”, para o qual contribui sobremaneira a mãe (Lemgruber, 2005, p. 15).

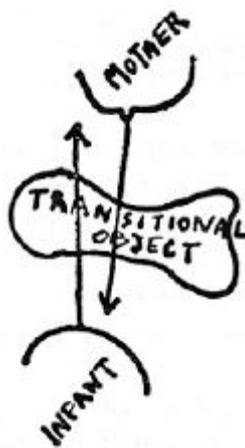
Foi na relação que o bebê cria com a mãe, inicialmente com o seio, e no espaço que existe entre este ser e o seio, que o psicanalista desenvolveu os conceitos relacionados com os ‘fenômenos transitivos’ e que interessam ser clarificados.

As formulações teóricas da psicanálise são construídas com base na experiência do analista com os seus pacientes, em consultório. De acordo com Winnicott:

Psychotherapy takes place in the overlap of two areas of playing, that of the patient and that of the therapist. Psychotherapy has to do with two people playing together. The corollary of this is that where playing is not possible then the work done by the therapist is directed towards bringing the patient from a state of not being able to play into a state of being able to play.... (1968, p. 185)

Antes do *self* ter a capacidade de ‘brincar’ começa a construir uma na relação com a mãe. A primeira interação surge na amamentação. O bebê tem a necessidade de ser alimentado e a mãe, por conseguinte, tem a obrigação de satisfazer essa necessidade. O seio é, assim, percebido como um objeto que faz parte do seu campo ilusório, mas, ao mesmo tempo, é percebido pelos outros como um elemento externo ao próprio bebê (Winnicott D. , 1971, p. 2). No entanto, numa primeira fase, este último não entende o seio dessa forma. Percebe-o como um objeto que lhe pertence e à medida que se desenvolve, a satisfação onipotente decresce, criando espaço para o conhecimento do mundo objetivo.

A mãe tem um papel fundamental no decréscimo dessa satisfação. Pois, no princípio, visto também como o período de dependência máxima, o seio está sempre presente quando o bebê necessita. À medida que o tempo passa também o seio deixa de estar presente, criando



O 'fenómeno transitivo'.

A ideia ilustrada no primeiro esquema é a seguinte: “[...] at some theoretical point early in the development of every human individual an infant in a certain setting provided by the mother is capable of conceiving of the idea of something that would meet the growing need that arises out of instinctual tension” (Winnicott D. , 1971, p. 9). Por sua vez, na segunda figura “a shape is given to the area of illusion, to illustrate what I consider to be the main function of the transitional object and of transitional phenomena”

(Winnicott D. , 1971, p. 9).

um sentimento de desilusão neste ser; isto é, a fase de desmame é sentida como um período de grande ansiedade e, no sentido de a diminuir, o bebê procura outros meios de satisfação, nomeadamente, objetos.

It is well known that infants as soon as they are born tend to use fist, fingers, thumbs in stimulation of the oral erotogenic zone, in satisfaction of the instincts at that zone, and also in quiet union. It is also well known that after a few months infants of either sex become fond of playing with dolls, and that most mothers allow their infants some special object and expect them to become, as it were, addicted to such objects. (Winnicott D. , 1971, p. 1)

O próprio seio bem como os objetos criados pelo bebê fazem parte dos 'fenómenos transitivos' de Donald Winnicott, definidos pelo mesmo, em *Playing & Reality*, como:

[...] the intermediate area of experience, between the thumb and the teddy bear, between the oral erotism and the true object-relationship, between primary creative activity and projection of what has already been introjected, between primary unawareness of indebtedness and the acknowledgement of indebtedness ("Say: "ta"). (1971, p. 1)

Posto isto, avança com a ideia, afirmando que o objeto de estudo dele é o campo da ilusão, aquela vasta área que não pertence nem ao mundo interno do bebê nem à realidade externa. Continua, explicando que a 'área intermediária de experiência' é precisamente esse campo de ilusão, da qual fazem, também, parte os 'objetos transitivos' criados pelo bebê. Winnicott acrescenta: "It is not the object, of course, that is transitional. The object represents the infant's transition from a state of being merged with the mother to a state of being in relation to the mother as something outside and separate" (1971, p. 10).

Tais objetos fazem uma transição amena entre o vivido internamente e aquilo que poderá ser experienciado, diminuindo a ansiedade causada pelo desconhecido e transformando, assim, a área externa num elemento 'controlável'. Winnicott apresenta as suas características da seguinte forma:

1. The transitional object stands for the breast, or the object of the first relationship.
2. In relation to the transitional object the infant passes from (magical) omnipotent control by manipulation (involving muscle erotism and coordination pleasure).
3. The transitional object is not an *internal object* (which is a mental concept) – it is a possession. Yet is not (for the infant) an external object either.
4. The transitional object is never under magical control like the internal object, nor is it outside control as the mother is. (1971, pp. 6-7)

A terceira área, referida pelo autor, é, também, a área de experiência do ser humano. É um espaço que se vai desenvolvendo à medida que o bebé cresce, para a qual a mãe lançou as bases – ajudou a criar padrões – quando estabeleceu os cuidados primários necessários, num 'ambiente suficientemente bom'.

Patterns set in infancy may persist into childhood, so that the original soft object continues to be absolutely necessary at bed-time or at time of loneliness or when a depressed mood threatens. [...] A need for a specific object or a behavior pattern that started at a very early date may reappear at a later age when deprivation threatens. (Winnicott D. , 1971, p. 3)

A ideia expande-se ao realçar a importância desta terceira área na formação do *self*, afirmando:

In infancy this intermediate area is necessary for the initiation of a relationship between the child and the world, and is made possible by good-enough mothering at the early critical phase. Essential to all this is continuity (in time) of the external emotional environment and of particular elements in the physical environment such as transitional object or objects. (Winnicott D. , 1971, pp. 9-10)

Assim, percebe-se que o lado da experiência humana com os outros e os objetos é necessária ao seu desenvolvimento, por isso pretende-se perceber em que termos se dá essa expansão, tendo em conta que se inicia no bebé e que, posteriormente, em fase adulta, continua dentro de outras condições e, ainda, de acordo com outras variáveis, como se pretende explicar a seguir.

O 'espaço potencial': *Playing e Attachment*

Em *Playing & Reality* (1971), Winnicott dedica parte do trabalho à 'terceira área de experiência', entendida como uma extensão do *self* na relação com a realidade, mas separada tanto desta como do mundo interno.

The intermediate area of experience unchallenged in respect of its belonging to inner or external (shared) reality, constitutes the greater part of the infant's experience, and throughout life is retained in the intense experiencing that belongs to the arts and to religion and to imaginative living, and to creative scientific work. (Winnicott D. , 1971, p. 10)

Portanto, uma área separada, contudo, dependente de fatores externos para o seu crescimento. Tal como o autor refere, ao longo da vida, esta terceira área expande-se através da experiência, envolvendo a arte e os trabalhos de criação científica. Antes de avançar com a forma como este 'espaço' se desenvolve na fase adulta, é importante mencionar o modo como se origina.



O brincar do ser infantil.

Thomas Eakins, Baby at Play, 1876.

It is assumed here that the task of reality-acceptance is never completed, that no human being is free from the strain of relating inner and outer reality, and the relief from this strain is provided by an intermediate area of experience (cf. Riviere, 1936) which is not challenged (arts, religion, etc.). This intermediate area is in direct continuity with the play area of the small child who is 'lost' in play. (Winnicott D. , 1971, pp. 8-9)

O autor entende que a brincadeira ajuda a desenvolver o *self*, sendo uma forma de relacionamento – comunicação – com o meio envolvente e os objetos do lugar, definindo a atividade da seguinte forma:

[...] *o brincar tem um lugar* e um tempo. Não é dentro [...] tampouco é fora, o que equivale a dizer que não constitui parte do mundo repudiado, do não-eu, aquilo que o indivíduo decidiu identificar (com dificuldade e até mesmo sofrimento) como verdadeiramente externo, fora do controle mágico. Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, ao simplesmente pensar ou desejar, e *fazer as coisas toma tempo*. Brincar é fazer. (Winnicott D. , 1971, pp. 62-63)

Se a brincadeira entendida como uma interação – oferece controlo ao *self*, pode, também afirmar-se que esta pode ser vista como uma forma de redução de ansiedade, permitindo uma 'comunicação saudável' com os objetos o mundo exterior – contribuindo, ao mesmo tempo, para a continuidade do ser humano. De acordo com esta ideia está a definição de arquitetura orgânica, proferida por Wright:

Organic architecture sees shelter not only as a quality of space but of spirit, and the prime factor in any concept of building man into his environment as a legitimate feature of it... Almost all other features of design tend to lead by one another to this important feature, shelter, and its component shade... The occupants of a building readily discover greater opportunity for comfort and more gracious, expanded living wherever shelter is becoming shade. (1957, pp. 173-174)

É neste sentido que Winnicott (1975, p. 79) confere especial atenção ao ambiente onde as interações sucedem. No capítulo *The location of cultural experience* refere-se ao mesmo como um 'espaço potencial' onde o bebé experiencia a vida ao máximo. Afere, também, que este 'espaço' se gera entre o objeto subjetivo e o objeto percebido objetivamente e que o mesmo é um fator altamente variável “[...](from individual to individual), whereas the two other locations – personal or psychic reality and the actual world – are relatively constant, one being biologically determined and the other being common property” (1971, p. 4).



O 'espaço potencial'.

Jean François Millet, French, 1814-1875, Millets Birthplace at Grunchy, por volta de 1863.

No entanto, o autor tenta contornar variável subjetiva quando faz uma distinção entre a 'experiência individual' e a 'experiência cultural', uma vez que "The place where cultural experience is located is in the potential space between the individual and the environment (originally the object). The same can be said of playing. Cultural experience begins with creative living first manifested in play" (1971, p. 4).

Ora, se esta experiência se dá entre o *self* e o ambiente onde o mesmo se insere, existe um 'lugar' onde as experiências individuais se cruzam. Tal como Winnicott afirma: "It is these cultural experiences that provide the continuity in the human race that transcends personal existence. I am assuming that cultural experiences are in direct continuity with play, the play of those who have not yet heard of games" (1971, p. 4).

Não fará a arquitetura parte da denominada 'experiência cultural' – do 'espaço potencial', iniciado individualmente com a brincadeira e continuado, em fase adulta, com os interesses individuais que se podem cruzar? Se assim for, pergunta-se quando é que os mesmos se interseitam.

Ainda na fase primária, o controlo onnipotente, sentido pelo bebé na amamentação, começa a desmoronar quando, através da brincadeira, desenvolve a 'terceira área de experiência', passando a exercer controlo de outra forma. "A importância do brincar é sempre precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança" (Winnicott D. W., 1975, p. 71).

O aparecimento do sentimento de confiança está relacionado com a capacidade da mãe em criar um ambiente propício a isso. A separação gradual pela qual o bebé passa não é sentida como tal, se o 'espaço potencial' for preenchido pelo brincar criativo (Winnicott D. W., 1975, p. 151). Existe na primeira relação com a mãe uma dependência máxima a esta figura, sentimento que é transportado, mais tarde, para os objetos, primeira possessão não-eu. Winnicott acresce: "Para ser digno de confiança, o relacionamento é necessariamente motivado pelo amor da mãe, ou pelo seu amor-ódio ou pela sua relação de objeto, não por formações reativas" (1975, p. 71).

Significa que os sentimentos desenvolvidos pelo bebê pertencem ao 'espaço potencial' e podem surgir da relação com objetos. Interessa explorar esta área, pois entende-se que a arquitetura pode assumir a qualidade de objeto à escala da cidade, tornando-se uma forma de orientação para o indivíduo, ao invés esta noção altera-se quando um edifício se torna 'objeto de experiência', por este motivo segue-se com o conceito de 'apego'. No sentido de melhor a entender tem importância referir a investigação feita por John Bowlby descrita no livro *Attachment and Loss* (1982), também ele psicanalista e conhecido de Winnicott.

Neste livro, o autor desenvolveu a 'teoria do apego' que esclarece as formas de comportamento humano em ligação a outras entidades. Entendeu que os sentimentos podem não ser a causa do comportamento, mas sim uma fase do processo de avaliação dos pacientes em consulta (Bowlby, 1982, p. 116), dando como exemplo a reação da mãe quando o bebê chora. Esta pode oferecer-lhe conforto sem sentimentos, ou seja, a sua reação pode ser motivada pelo som e não pela ligação emocional.

No entanto, entende os sentimentos e as emoções como um meio facilitador na comunicação, referindo para o efeito o estudo de Hebb, *Emotion in man and animal: an analysis of the intuitive processes of recognition* (1946), com Chimpanzés. Observou-se que era mais fácil, para os investigadores, prever o comportamento do animal se as descrições do seu estado fossem de cariz emocional em vez de objetivas.

Retomando o foco principal, importa referir o objeto de estudo de Bowlby, a 'perda' e o 'apego', traduzindo os termos *Loss* e *Attachment*. De acordo com o autor:

Attachment behaviour is regarded as a class of social behaviour of an importance equivalent to that of mating behaviour and parental behaviour. [...] The behavioural systems themselves are believed to develop within the infant as a result of his interaction with his environment of evolutionary adaptedness, and especially of his interaction with the principal figure in that environment, namely his mother. (1982, p. 179)

Desde bebê, o homem mostra preferência por uma figura, tal como referia, também, Winnicott. Recorde-se que na sua teoria a mãe tem o papel de proporcionar espaço para a ilusão e, ao mesmo tempo, para a desilusão. O primeiro estado tem correspondência com a noção de proximidade referida por Bowlby, explicando que este comportamento se

carateriza pelo choro do bebé quando a mãe sai da sala onde ambos se encontram ou ainda, pelo seu gatinhar na tentativa de a seguir (1982, p. 200).

Em linguagem Winnicottiana, a 'mãe suficientemente boa' tem a capacidade de ir desiludindo o bebé, à medida que este cresce, fazendo-o procurar outras alternativas de proximidade. Não será esta atitude uma constante procura por equilíbrio? No que respeita esta noção, Bowlby descreve a relação mãe-filho como: “[...] dynamic equilibrium between the mother child pair” (1982, p. 236). O mesmo observa Harriet L. Rheingold, afirmando que “[...] he maintains and shapes their responses by reinforcing some and not others” (1966).

Quer isto dizer que o comportamento de apego está relacionado com a necessidade de interação e, por esta razão, tanto o bebé como a mãe têm um papel. Parece que a procura por comunicação, entre o espaço e o usuário, leva o programa dos Centros Maggie a requisitar espaços adaptáveis. “As much as possible, you should be able to open and shut walls (perhaps between this and welcome area/kitchen area) to have flexi-space, for more or less privacy, as occasion demands. The relaxation space should be capable of being soundproof when closed off” (s.n., 2011).

Se o 'comportamento de apego' é uma procura por proximidade, o comportamento oposto será o de exploração, no sentido em que o bebé se distancia da mãe para entender os objetos e o ambiente envolvente. Bowlby afirma que este comportamento se pode dividir em três etapas:

[...] first, an orienting response of head and body that brings sense organs into a better position for sampling the stimulus object and alerts musculature and the cardiovascular system for ready action; secondly, bodily approach to the stimulus object, which enables all the sense organs to obtain more and better information about it; thirdly, investigation of the object by manipulating it or experimenting with it in other ways. (1982, pp. 237-238)

É precisamente com este campo que se relaciona o 'espaço potencial' e o brincar de Winnicott. O lado exploratório dá-se numa situação de desapego à figura materna, sendo que as primeiras manifestações se dão na presença da mesma, como se houvesse necessidade de aprovação. Esta atividade é eliciada pelo campo da novidade (Bowlby, 1982, p. 239) e,



A exploração do 'espaço potencial'.

Children Playing in a treehouse, Riverside, New York, August, 1967. Life magazine. (Fotografia de Arthur Schatz)

por isso, desconhecido, sendo que a mãe vai transmitir a confiança necessária para permitir esse desenrolar. “The potential space happens only in relation to a feeling of confidence on the part of the baby, that is, confidence related to the dependability of the mother-figure or environmental elements, confidence being the evidence of dependability that is becoming introjected” (Winnicott D. W., 1971, p. 4). Como é que os objetos e o ‘lugar’ poderão, então, gerar confiança?

A brincadeira constitui-se como um passo importante no desenvolvimento do indivíduo, pois demonstra que o bebê está apto para ‘preencher’ o vazio criado pela mãe. Até que ponto é que o ‘objeto arquitetural’ terá, também, esta capacidade?

Parece que os objetos dão estabilidade emocional ao ser humano, em situações de perda. A primeira experiência é proporcionada pela mãe, quando levada a uma ausência exacerbada verificam-se anomalias na estruturação da personalidade, originando casos clínicos como os acompanhados por Winnicott. Foi nestas situações que verificou uma dependência a objetos e pode quase considerar-se que estes ‘objetos transitivos’ substituam a mãe.

Contudo, deve esclarecer-se que, de acordo com Bowlby, dependência e apego são termos distintos:

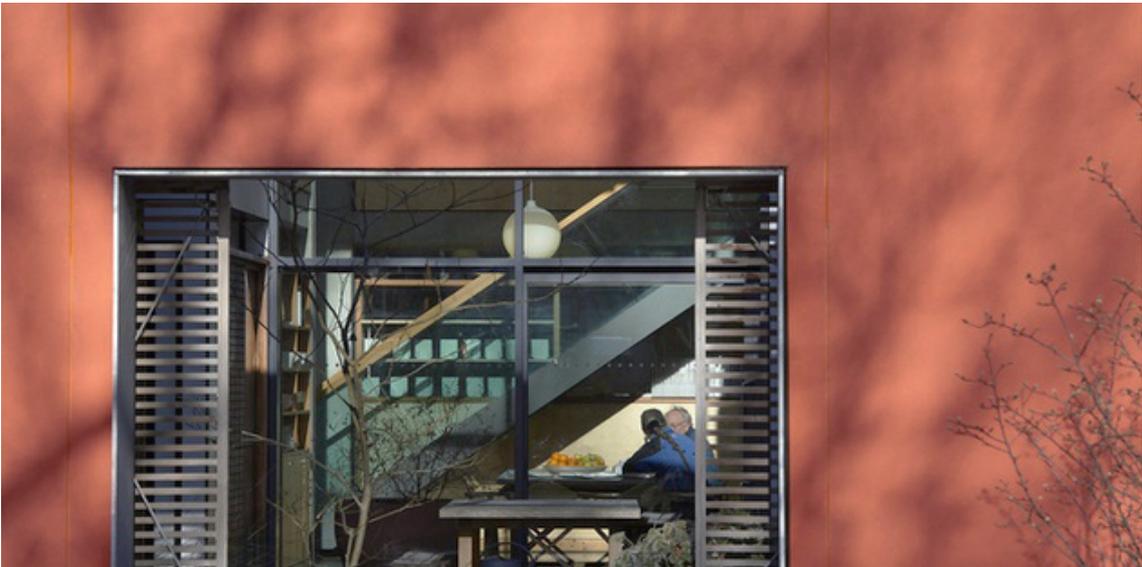
Logically, the word 'dependence' refers to the extent to which one individual relies on another for his existence, and so has a functional reference; whereas attachment as used here refers to a form of behaviour and is purely descriptive. As a consequence of these different meanings, we find that, whereas dependence is maximum at birth and diminishes more or less steadily until maturity is reached, attachment is altogether absent at birth and is not strongly in evidence until after an infant is past six months. The words are far from synonymous. (1982, p. 227)

Quer isto dizer que o comportamento humano é regido pelos fatores que lhe são externos, levando-o a interagir tanto com pessoas como com objetos inanimados. Poder-se-á afirmar também, que o indivíduo se desenvolve entre o apego e o brincar, apesar de serem comportamentos antagônicos. Por sua vez, na fase adulta, a continuidade do ser humano é dada pela ‘experiência cultural’ – uma experiência partilhada para a qual pode, entre outros fatores, contribuir a arquitetura. Por isso, como é que o ‘objeto arquitetural’ pode conseguir gerar as duas situações e auxiliar o *self* na sua continuidade?



Os casos de estudo.

Maggie's Dundee, 2003, Frank Gehry.



Vista para a cozinha do lado de fora do Centro, antes da entrada.

Maggie's West London, 2008, Richard Rogers.

A arquitetura como 'fenómeno transitivo'?

A teoria de Winnicott sobre os 'fenómenos transitivos' permite explorar o papel que os objetos desempenham na vida do ser humano. Considera-se, para o efeito e num sentido abstrato, a arquitetura como um objeto inanimado – 'objeto arquitetural'. No entanto, esta não terá as mesmas propriedades, como se irá ver, que o 'objeto transitivo', uma vez que um edifício pode ser o objeto e conter vários objetos.

Ao contrário do 'objeto transitivo' do bebé, o edifício, enquanto um todo, não pode ser manuseado, apenas as partes desse mesmo objeto poderão ser. Serão, então, as partes que transformam a arquitetura no 'objeto transitivo' de Donald Winnicott ou poderá um edifício ser o objeto e o 'fenómeno transitivo' ao mesmo tempo?

No sentido de facilitar este cruzamento, entende-se ser pertinente restringir o assunto em discussão a dois casos de estudo, nomeadamente, o Maggie's Dundee (2003) desenhado por Frank Ghery e o Maggie's West London (2008) projetado por Richard Rogers.

Este último deve ser incluído, pois como foi o caso de estudo da investigação de Annemans et al. em termos de experiência espacial, ajuda a perceber o tipo de vínculos gerados nos usuários na sua relação com o espaço envolvente. Por sua vez, o edifício em Dundee, enquanto pertencente a um contexto muito distinto do de Londres, pode ajudar a medir a influência cultural na produção de 'objetos arquiteturais'.

De acordo com o verificado, a teoria psicanalítica sobre os objetos surge da observação dos pacientes em consulta e as patologias estão associadas às condições do ambiente em que o indivíduo cresce. No caso concreto da teoria Winnicottiana, verificou-se que o desenvolvimento se dá, primeiramente, na comunicação com a mãe, passando numa fase seguinte à interação com brinquedos. Terá sido na sua teoria que foi atribuída importância ao 'lugar' onde se dão as brincadeiras das crianças. Tão importante como a mãe será, também, o ambiente.

Neste sentido, a procura por uma compreensão do ser humano seguiu caminho para uma estrutura distinta daquela desenvolvida por Freud. Os teóricos da relação de objeto entenderam que o ser interno não se poderia construir apenas a partir dele mesmo e em função da onnipotência.

[...] here is a part of the ego that is not a body-ego, that is not founded on the pattern of body functioning but is founded on body experiences. These experiences belong to object-relating of a non-orgiastic kind, or to what can be called ego-relatedness, at the place where it can be said that continuity is giving place to contiguity. (Winnicott D. W., 1971, p. 5)

O *self* é uma construção feita a partir da comunicação entre o mundo interno e o mundo externo, mediado por uma terceira área – o 'espaço potencial'.

I have tried to draw attention to the importance both in theory and in practice of a third area, that of play, which expands into creative living and into the whole cultural life of man. This third area has been contrasted with inner or personal psychic reality and with the actual world in which the individual lives, which can be objectively perceived. I have located this important area of experience in the potential space between the individual and the environment, that which initially both joins and separates the baby and the mother when the mother's love, displayed or made manifest as human reliability, does in fact give the baby a sense of trust or of confidence in the environmental factor. (Winnicott D. W., 1971, p. 6)



Recepção informal.

A entrada no Maggie's London.



Relação 'aberta com o espaço social.

O hall de entrada do Maggie's Dundee.

Se o *self* se constrói a partir da relação com a realidade externa é natural que a arquitetura contribua para o mesmo. No entanto, o que é que acontece quando o objeto inanimado tem características para ser experienciado e não tanto manipulado, como são os brinquedos da criança? Antes de avançar, Winnicott afirma que: “Experimentamos a vida na área dos fenómenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos” (1975, p. 95).

O edifício faz parte da denominada realidade externa do indivíduo e, por isso, poderá contribuir para preencher o ‘espaço potencial’ do *self*, no sentido em que bem estruturada lhe pode dar continuidade. Como é que se pode gerar, então, continuidade? A este respeito, Juhani Pallasmaa afirmava:

The timeless task of architecture is to create embodied and lived existential metaphors that concretise and structure our being in the world... Architecture enables us to perceive and understand the dialectics of permanence and change, to settle ourselves in the world, and to place ourselves in the continuum of culture and time. (2005, p. 71)

No programa para os Maggie Centres, a procura por um ambiente particular, adaptado às necessidades dos pacientes, acontece quando se interpreta a doença através de um objeto físico. Com base no relato de Maggie Keswick percebeu-se que os pacientes com cancro, na fase das consultas e tratamentos, estavam sob um elevado grau de *stress* gerado não só pela espera, mas também pelo tipo de espaço onde o tempo era despendido. Esta situação levou à conclusão que um espaço com outras qualidades espaciais poderia servir de complemento ao serviço oferecido pelo hospital. Encontrava-se no edifício uma forma de refúgio e alívio da pressão provocada pelo ambiente hospitalar.

O centro de Londres recebe os usuários num *hall* que, recorde-se, não tem secretária. O mesmo acontece em Dundee. A primeira barreira de formalidades é ultrapassada desta forma e tem como efeito a aproximação das pessoas com o espaço envolvente. Pois, como já se explicou, a secretária de receção é conotada com a vigilância e pode, por isso, intimidar as pessoas. Encontrou-se, através desta medida, uma forma de facilitar a escolha dos



A cozinha.

Maggie's London, 2008, Richard Rogers.



A varanda em plinto.

Maggie's Dundee, 2003, Frank Gehry.

utilizadores aquando da visita. Sem vigilância das entradas a decisão, em proceder ou não com a visita, é facilitada.

A cozinha, entendida como o coração desta instituição, incentiva o utilizador a dar o próximo passo, pois a relação aberta que a do Maggie's London mantém com as restantes partes do edifício convida-o a participar na atividade que estiver a decorrer naquele momento. Por sua vez, em Dundee, os espaços comuns – a sala de estar e a cozinha – é que têm este papel, pois estão em contacto direto com o *hall* de entrada, cativando a atenção de quem chega.

As condições urbanas de Londres levaram os arquitetos a optar por uma parede refletora do som, criando um 'micro cosmos' no seu interior. Na impossibilidade de relacionar os interiores com vistas para o espaço envolvente, ao contrário do que acontece em Dundee, o arquiteto optou por pátios para estabelecer contacto com espaços verdes. A implantação do Maggie's Dundee, num planalto, permite abrir as zonas comuns, já referidas, para o lado do rio Tay. A reforçar esta relação encontra-se a varanda em plinto. Neste mesmo ponto ergue-se uma torre, aludindo aos símbolos escoceses. Será que uma interpretação mais local aproxima o utilizador do objeto?

A linguagem arquitetural dos projetos distingue-se pelo tipo de materiais usados na sua construção. Se no ambiente urbano se recorre a uma imagem industrial, no contexto mais pequeno recorre-se a uma interpretação de 'casa', ou seja, um edifício cuja fachada tem uma porta e duas janelas.

A proximidade criada pode dever-se às características que o objeto apresenta, uma vez que se forem de encontro ao 'familiar' pode gerar-se uma certa empatia. A este respeito, Winnicott refere o seguinte: "It involves a rethorical process, that of translating something that you feel within yourself into an object before you to which you are relating" (1965, p. 188). Gera-se, desta forma, uma relação recíproca e como é que isto se traduz na relação utilizador-objeto?



O uso do 'objeto arquitetural'.
A cozinha no Centro de Londres.

A alternância entre áreas privadas e áreas comuns pode ajudar a criar uma relação dinâmica com o objeto, uma vez que o mesmo se pode adaptar às vontades do utilizador. Para além desta especificidade, a recorrência a portas de correr no caso de Londres leva a que a pessoa interaja com o espaço, adaptando o grau de privacidade dos espaços interiores.

A existência de jardins e espaços exteriores provoca, também, interação entre o objeto e o utilizador. Em Dundee, o jardim foi desenhado à imagem de um labirinto, constituindo-se como uma forma de terapia para quem seguir o seu desenho. Por sua vez, os contornos do telhado permitem emoldurar a vista que se tem do interior para o exterior.

A interação remete para o brincar de Winnicott e para o 'comportamento exploratório' de Bowlby. "Exploratory behaviour is [...] best conceived as mediated by a set of behavioural systems evolved for the special function of extracting information from the environment" (1982, p. 238).

A referida informação encontra-se disponível nos objetos externos, cujas características levam a pessoa a optar de acordo com os valores pessoais. Pode dizer-se que a interação, a exploração e o brincar envolvem os sentidos e os sentimentos do indivíduo, criando apego aos objetos. "No brincar, a criança manipula fenómenos externos a serviço do sonho e veste fenómenos externos escolhidos com significado e sentimento onírico" (Winnicott D. W., 1975, p. 76). Contudo, convém recordar que o apego definido por Bowlby implica um comportamento e não se refere aos sentimentos gerados entre uma e outra entidade, estes podem apenas estar implícitos.

O termo é, aqui, referido pela necessidade que o homem tem, desde bebé, em criar uma 'figura preferida' e orientar o seu comportamento de acordo com essa mesma 'figura'. Com efeito entende-se que o 'objeto arquitetural', ao traduzir as necessidades dos utilizadores, poderá representar uma 'figura materna'. Tal como refere Wright: "The building, like the psychoanalytic situation, is a setting that structures and fosters the development and functioning of the person" (1957, pp. 169-170).



A relação do 'objeto arquitetural' com o exterior.

Vista sobre o rio Tay, Maggie's Dundee.

Passa-se a explicar. Até agora entendeu-se que os 'fenómenos transitivos' de Winnicott englobam a 'terceira área de experiência' da qual fazem parte os 'objetos transitivos'. Estes objetos, pelos quais o *self* mostra preferência, preenchem o 'espaço potencial' em fases de 'falha' da entidade materna, como acontece no bebé. Entenda-se a doença como uma forma de agrupar indivíduos, com interesses distintos, que devido às circunstâncias da vida passam a formar um grupo, originando um cruzamento de interesses – um 'espaço potencial'.

Veja-se, também, a enfermidade, neste caso o cancro, como uma situação de extrema ansiedade, onde a criação de um 'objeto simbólico', como é o 'objeto transitivo' de Winnicott, volta a ser necessária, como forma de atenuar a dor sentida. Não será esta, assim, uma fase em que o ser humano volta a ter necessidade de preencher o vazio criado? Se assim for, como é que os Centros Maggie o podem fazer?

De acordo com o afeído, a doença provoca ansiedade pela diminuição do controlo que o paciente passa a exercer sobre as opções que tem de tomar, em relação a tratamentos e consultas. Por isso, tenta-se ao máximo oferecer, nestes Centros, algum poder de decisão, através de espaços adaptáveis e disponibilização de informação. O controlo e a privacidade revelam ser importantes na redução de *stress*. Também nos Maggie, procura-se que os usuários criem empatia com aquele ambiente e, por relação, apego ao 'objeto arquitetural', com o intuito de se reequilibrarem emocionalmente.

Tal como nas consultas de psicoterapia, onde o analista avalia e empaticamente transfere interpretações aos pacientes, também o espaço pode ter a mesma função, uma vez que o programa referencia soluções espaciais – atenuantes dos níveis de ansiedade – que podem responder às necessidades específicas de um paciente oncológico, interagindo com o seu comportamento e interesses. Muitas vezes, o *stress* provocado pela doença leva ao desmoronar dos interesses – ao empobrecimento do 'espaço potencial' – e a visão dos Maggie Centres, procura na arquitetura, um possível reforço positivo e preenchimento desse vazio. Este é o modo da 'figura materna', nas fases de desenvolvimento do bebé, este é o modo dos objetos em fases posteriores e o modo do próprio analista.

Por analogia, também o doente oncológico passa da fase de total dependência dos profissionais de saúde – das fontes de informação – à fase de preenchimento do 'espaço



Formas de interação.

Cozinha do Maggie's London.

potencial', da qual os próprios Centros Maggie fazem parte. Se a experiência se constrói numa terceira área, o designado 'espaço potencial', considerando que a arquitetura pode ser experienciada e pode fazer parte da referida 'experiência cultural', pode, então, afirmar-se que estes edifícios podem constituir-se tanto como o 'espaço potencial' e o 'objeto transitivo' dos seus utilizadores.

We need our buildings to recognise that the world of the hospital and a cancer diagnosis turn your personal world upside down, and that in deciding to walk through the door of a Maggie's Centre people are saying to themselves and to us: "I am adjusting to a difficult and unknown situation that I am finding hard to cope with on my own." (s.n., 2011)

Desta forma, pode concluir-se que, numa situação de desequilíbrio, nos Centros Maggie perspectiva-se a arquitetura enquanto 'figura equilibrada' da doença, reensinando o paciente a tomar gosto por aquilo que lhe é externo. A relação dá-se, tanto entre usuários como entre o próprio edifício e os usuários, estabelecendo-se a um nível físico – de interação, a um nível emocional – empático (identificação com o objeto) e ainda a um nível social – reequilíbrio do *self* na relação com os outros. Chega-se a um momento em que o cancro deixa de ser um motivo de autoexclusão social, passando a existir um 'objeto arquitetural' que é projetado como contributo relevante para reequilibrar a situação de desequilíbrio que é a doença, transformando a mente, a atitude e, sobretudo, o ambiente da experiência das pessoas, numa 'forma', também, de aceitação. Por isso, talvez, tenha sentido considerar a arquitetura como um 'fenómeno transitivo' ou, adaptando a resposta, como um 'objeto de reequilíbrio emocional'.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente dissertação, ao ter-se proposto estudar a arquitetura, no caso concreto das instituições de saúde, num sentido abstrato, percebeu-se desde logo que o ‘objeto arquitetural’ difere dos objetos que podem ser manuseados, pois, enquanto espaço, esta pode ser vivida e/ou habitada, o que poderia colocar esta hipótese de parte. Contudo, considerou-se que a ideia de objeto está dependente da proximidade da pessoa ao construído, ou seja, da escala de utilização, diga-se assim.

Com efeito, entendeu-se que um edifício, à distância, pode ser visto como um objeto, dando um certo sentido de orientação à pessoa na cidade. Por sua vez, observando o interior de um edifício, a noção espacial distingue-se, pois dentro do mesmo podem existir vários objetos, dos quais o utilizador se pode apropriar. A qualidade de ‘objeto’ assume, aqui, esta forma e, como tal, considerou-se pertinente explorar os vínculos emocionais que o indivíduo pode criar à medida que experiencia o espaço.

Como se averiguou, os *Maggie Cancer Caring Centres* têm vindo a espalhar-se pelo Reino Unido, aumentando a curiosidade pela forma como afetam positivamente os seus usuários, o que motivou, também, o aprofundamento deste tema.

Através dos conceitos tratados no segundo capítulo, percebeu-se que, considerar o efeito das características físicas do espaço apenas num sentido clínico seria limitador, uma vez que, o efeito social e o efeito da imagem não têm uma relação direta entre o *input* e o *output* do *Evidence Based Design*. Ora, a dimensão não mensurável é própria da arquitetura e, como tal, não poderia deixar de se perceber o papel destas variantes no usuário.

Foi importante delimitar os espaços em estudo, o que motivou a escolha de apenas dois Centros Maggie, de forma a também para poder ser incluída a variável cultural. Na qualidade de variável subjetiva é difícil de medir, mas, com este estudo, não se pretende avançar com respostas finais, apenas se tem em vista o campo hipotético, adequadamente acompanhado de justificações.

Estas instituições de saúde diferem de umas para as outras, tanto termos de materialidade como em sequência espacial, por isso, a análise foi generalizada, considerando, para o efeito, a situação de um paciente oncológico que, apesar de subjetiva, coloca indivíduos distintos no mesmo 'objeto', o denominado 'espaço potencial' ou 'terceira área de experiência', por Donald W. Winnicott.

Enquanto tal, verificou-se que o apoio prestado pelo edifício é muito de origem emocional pois, os objetos são criados no sentido de reduzir a ansiedade provocada pela doença, apoiando o utilizador através de espaços flexíveis que lhe conferem não só uma noção de controlo, mas também o fazem interagir com o objeto, ou as partes do objeto. Neste caso, o uso de características físicas que aproximem o usuário do construído é intencional, pois sabe-se, através do relato de Maggie Keswick, as necessidades pelas quais um paciente oncológico poderá passar e, por isso, o programa é construído como resposta às mesmas, sendo que, de forma geral, se observa o preenchimento das 'faltas' de diversos indivíduos. É

neste sentido que se considera a arquitetura como um espaço de análise que empaticamente responde às privações dos seus pacientes, tal como o analista faz numa consulta de psicanálise.

Se o 'objeto' gerar no usuário um sentimento de identificação, poderá criar-se o referido 'comportamento de apego', até a pessoa ultrapassar a fase de maior ansiedade e, depois dela, ter de novo autoconfiança suficiente para saber viver com a condição que lhe foi imposta. Neste sentido, entende-se o 'objeto arquitetural' como forma de aceitação da doença, como o 'fenómeno transitivo' do referido psicanalista ou, adaptando a resposta à arquitetura, como um 'objeto de reequilíbrio emocional'.

BIBLIOGRAFIA

- Aalto, A. (Novembro de 1940). The humanizing of architecture. Functionalism must take the human point of view to achieve its full effectiveness. *The technology review*, pp. 14-16.
- Annemans, M., Van Audenhove, C., Vermolen, H., & Heylighen, A. (2012). What makes an environment healing? Users and designer about the Maggie's Cancer Caring Centre London. *Proceedings of 8th International Design and Emotion Conference*, (pp. 11-14). London.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2ª ed., Vol. 1). New York: Basic Books.
- Fairbairn, W. R. (1980/1952). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Rio de Janeiro : Interamericana. (Originalmente publicado em 1952).
- Freud, S. (1976/1911). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* (Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud ed., Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1911).
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas .
- Grolnick, S. (1993). Winnicott: Por que agora? In S. Grolnick, *O trabalho e o brinquedo: Uma leitura introdutória* (pp. 19-22). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Hebb, D. O. (1946). Emotion in a man and animal: An analysis of the intuitive processes of recognition. *Psychological Review*, 53, 88-106.
- Hughes, J. (2000). The "Matchbox on a Muffin": The design of hospitals in the early NHS. *Medical History*, 44, pp. 21-56. Obtido em 4 de Maio de 2015, de <http://www.nhshistory.net/matchbox.pdf>
- Jencks, C. (1987 / 1977). *The language of post-modern architecture* (5ª ed.). London: Academy editions. (Originalmente publicado em 1977).
- Jencks, C. (1987/1977). *The language of post-modern architecture* (5ª ed.). London: Academy editions. (Originalmente publicado em 1977).
- Jencks, C. (1997). *The architecture of the jumping universe*. Baffins Lane, Chichester: Academy editions.
- Jencks, C. (2006). Maggie Centers and the architectural placebo. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (pp. 448-459). Rotterdam: NAIPublishers.
- Jencks, C., & Heathcote, E. (2010). *The architecture of hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. London: Frances Lincoln Ltd.
- Keswick, M., Jencks, C., & Blakenham, M. (2007). *A view from the frontline*. Obtido em 13 de Outubro de 2013, de Maggies Centres: https://www.maggiescentres.org/media/uploads/file_upload_plugin/view-from-the-frontline/view-from-the-front-line_1.pdf
- Keswick, M., Jencks, C., & Hardie, A. (2003 / 1978). *The chinese garden*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (Originalmente publicado em 1978).
- Kurokawa, K. (s.d.). Obtido em 9 de Fevereiro de 2015, de Kisho: <http://www.kisho.co.jp/page.php/467>
- Lemgruber, I. d. (Fevereiro de 2005). *Um olhar para Winnicott: O ambiente e a dependência*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia da PUC - Rio, Rio de Janeiro.
- Malkin, J. (2006). Healing environments as the century mark: The quest for optimal patient experiences. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (pp. 258-265). Rotterdam: NAI publishers.
- Meuron, H. d. (2002). *Herzog de Meuron*. Obtido em 4 de Março de 2015, de <http://www.herzogdemeuron.com/index/projects/complete-works/151-175/165-rehab-centre-for-spinal-cord-and-brain-injuries/IMAGE.html>
- Pallasmaa, J. (2005). *The eyes of the skin: Architecture and the senses*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Rego, D. P. (Novembro de 2012). *A arquitectura como instrumento medicinal: O papel terapêutico dos espaços de saúde na sua missão de curar e cuidar*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Técnico de Lisboa, Portugal.
- Rheingold, H. L. (1966). The development of social behaviour in the human infant. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 31, nr. 5, 1-17.
- s.n. (2011). *Maggies Centres*. Obtido em 1 de Outubro de 2012, de www.maggiescentres.org: http://www.maggiescentres.org/about/our_publications.html.
- Sternberg, E. M. (2009). *Healing spaces: The science of place and well-being*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Ulrich, R. (27 de Abril de 1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, pp. 420-421.
- Ulrich, R. (2006). Evidence based healthcare design. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (pp. 281-289). Rotterdam: NAI Publishers.
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (September 2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-life-time opportunity. *The 21st Century Hospital Project*. The Center for Health Design.
- Ulrich, R., Zhu, C. M., DuBose, J., Seo, H., Choi, Y., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design* 1 (3), pp. 61-125.
- Winnicott, D. (1971). Transitional objects and transitional phenomena. In D. W. Winnicott, *Playing & Reality* (pp. 1-18). London: Tavistock Publications.
- Wagenaar, C. (2006). Five Revolutions: A short History of Hospital Architecture. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (pp. 26-41). Rotterdam: NAI publishers.
- Winnicott, C. (1987). Introdução. In D. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. XI-XVI). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1984).
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. New York: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. (1971). Transitional objects and transitional phenomena. In D. W. Winnicott, *Playing & Reality* (pp. 1-18). London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturation a process and the facilitating environment*. London: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1968). Playing: It's theoretical status in the clinnical situation. *International journal of psycho-analysis*, 45, pp. 591-599.
- Winnicott, D. W. (1971). The location of cultural experience. In D. W. Winnicott, *Playing & Reality* (pp. 1-6). London: Tavistock Publications.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

World Health Organization. (s.d.). *who*. Obtido em Julho de 2015, de
<http://www.who.int/about/mission/en/>

Wright, F. L. (1957). *A testament*. New York: Horizon Press.

SUMÁRIO DAS IMAGENS

(**pag. 28**) Jencks, C. (1987/1977). The language of post-modern architecture (5ª ed.). London: Academy editions. (Originalmente publicado em 1977), p. 45.

(**pag. 30**) Hughes, J. (2000). The "Matchbox on a Muffin": The design of hospitals in the early NHS. Medical History, 44, pp. 21-56. Obtido em 4 de Maio de 2015, de <http://www.nhshistory.net/matchbox.pdf>, p. 55.

(**pag. 34**) Jencks, C. (1987 / 1977). The language of post-modern architecture (5ª ed.). London: Academy editions. (Originalmente publicado em 1977), p. 13.

(**pag. 36**) Disponível em <https://www.herzogdemeuron.com/index/projects/complete-works/151-175/165-rehab-centre-for-spinal-cord-and-brain-injuries/IMAGE.html>

(**pag. 36**) Disponível em <https://www.herzogdemeuron.com/index/projects/complete-works/151-175/165-rehab-centre-for-spinal-cord-and-brain-injuries/IMAGE.html>

(**pag. 38**) Disponível em s.n. (2011). Maggies Centres. Obtido em 1 de Outubro de 2012, de www.maggiescentres.org: http://www.maggiescentres.org/about/our_publications.html, p. 1.

(**pag. 40**) Disponível em <http://www.czwg.com/works/maggies-centre>

(**pag. 42**) Disponível em <http://www.richardmurphyarchitects.com/viewItem.php?id=2452>

(**pag. 44**) Disponível em Google Earth, Julho 2015.

- (pag. 44) Disponível em Google Earth, Julho 2015.
- (pag. 46) Jencks, C., & Heathcote, E. (2010). *The architecture of hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. London: Frances Lincoln Ltd, p. 106.
- (pag. 46) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-dundee/architecture-and-design/>
- (pag. 48) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-edinburgh/architecture-and-design/>
- (pag. 50) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-cheltenham/architecture-and-design/>
- (pag. 52) Jencks, C., & Heathcote, E. (2010). *The architecture of hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. London: Frances Lincoln Ltd, pp. 14-15.
- (pag. 54) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-glasgow/architecture-and-design/>.
- (pag. 54) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-highlands/architecture-and-design/>
- (pag. 56) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-newcastle/architecture-and-design/>
- (pag. 56) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-lanarkshire/architecture-and-design/>
- (pag. 60) Ulrich, R. (27 de Abril de 1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, p. 421.
- (pag. 62) Jencks, C., & Heathcote, E. (2010). *The architecture of hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. London: Frances Lincoln Ltd, p. 55.
- (pag. 64) Disponível em <http://www.archiprix.org/2015/index.php?project=2544>.
- (pag. 94) Danze, E., & Sonnenberg, S. (2012). *Center 17: Space & Psyche*. The University of Texas at Austin: Center for American Architecture and Design, p. 17.
- (pag. 98) Winnicott, D. (1971). Transitional objects and transitional phenomena. In D. W. Winnicott, *Playing & Reality* (pp. 1-18). London: Tavistock Publications, p. 9.
- (pag. 104) Danze, E., & Sonnenberg, S. (2012). *Center 17: Space & Psyche*. The University of Texas at Austin: Center for American Architecture and Design, p. 168.
- (pag. 106) Disponível em Danze, E., & Sonnenberg, S. (2012). *Center 17: Space & Psyche*. The University of Texas at Austin: Center for American Architecture and Design, p. 263.

(pag. 112) Danze, E., & Sonnenberg, S. (2012). Center 17: Space & Psyche. The University of Texas at Austin: Center for American Architecture and Design, p. 176.

(pag. 114) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-dundee/architecture-and-design/>

(pag. 114) Disponível em <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-west-london/architecture-and-design/>

(pag. 118) Disponível em http://www.e-architect.co.uk/images/jpgs/london/maggies_london_s221009_jn3.jpg

(pag. 118) Disponível em <http://www.designboom.com/architecture/maggies-centres-blueprint-for-cancer-care-new-york-school-of-interior-design-03-07-2014/>

(pag. 120) Disponível em http://www.rsh-p.com/projects/gallery/?i=300&p=3610_N179_s3

(pag. 120) Disponível em <http://confessionsofadesigngeek.com/maggies-dundee/>

(pag. 122) Disponível em http://www.rsh-p.com/projects/gallery/?i=300&p=3610_N179_s3

(pag. 124) Disponível em Jencks, C., & Heathcote, E. (2010). The architecture of hope: Maggie's Cancer Caring Centres. London: Frances Lincoln Ltd, p. 10.

(pag. 126) Disponível em http://www.rsh-p.com/projects/gallery/?i=300&p=3610_N179_s

ANEXO



Localização dos diversos Centros.

Mapa do Reino Unido.

Projetos e Obras

Com o intuito de perceber os requisitos apresentados pelo programa, apresentam-se de seguida, os projetos construídos até 2015, por ordem cronológica e com uma breve descrição. Recordar-se que a localização destes edifícios se dá no mesmo recinto do hospital que se propõem complementar. Como já se referiu, o primeiro projeto aberto ao público foi o Maggie's Edinburgh em 1996. Após esse ano, vários foram os esforços feitos no sentido de construir mais.

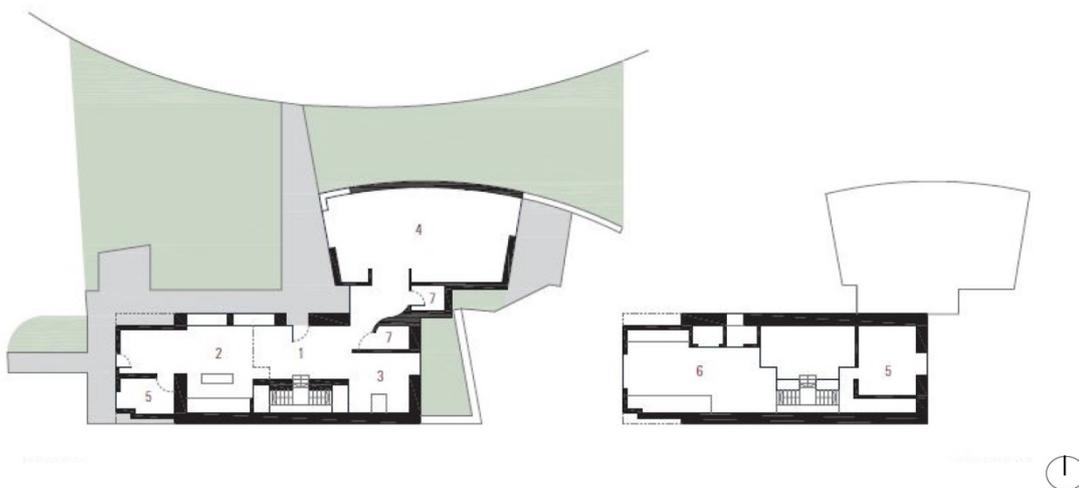
Estes espaços de saúde, independentes do serviço nacional de saúde britânico (NHS), mantêm-se e erguem-se com dinheiro conseguido em eventos, atividades e doações. Tal como afirma Blakenham: "A Maggie's Centre is fully independent, both financially and administratively, from its sister hospital, but shares the closest possible links with it" (Keswick, Jencks, & Blakenham, *A view from the frontline*, 2007, p. 32).

Nas localidades onde se espera pela conclusão das construções existem espaços temporários a desempenhar o seu papel, como é exemplo o Maggie's Merseyside, em The Clatterbridge.



1. *Maggie's Edinburgh. Exterior com vista para a entrada.*

Em baixo: Vista do lado oposto à entrada; Vista interior sobre a cozinha.



2. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

No caso do Maggie's Wallace, em Cambridge, o arquiteto é desconhecido e, por isso, não há referência ao *design* do edifício.

Maggie's Edinburgh, Richard Murphy, (1996, 2001)

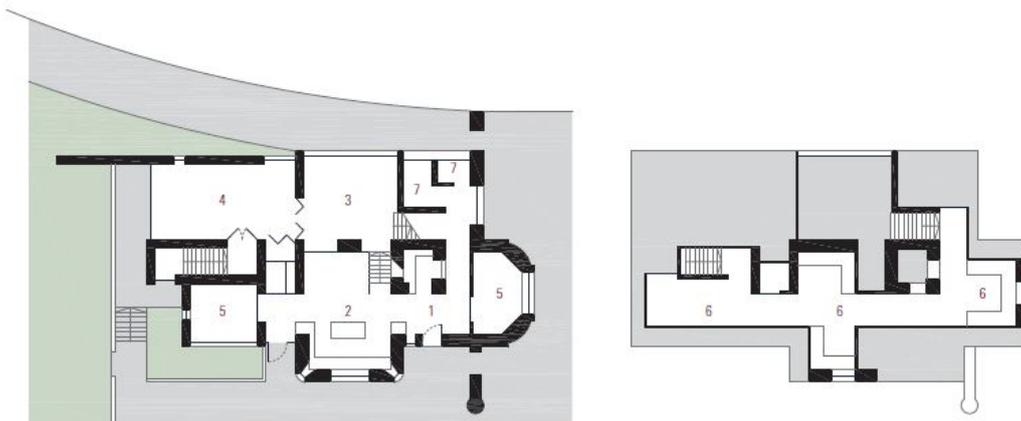
O edifício atual é fruto da recuperação de um antigo estábulo, feita em 1996, e da adição de dois volumes, ao corpo original, em 2001. Como se tratava de um edifício pré-existente, fundiu-se muito bem com as restantes casas do bairro.

A receção do utilizador é feita através de um *hall que está* em contato com a cozinha, quer fisicamente quer visualmente. Existem ainda uma pequena sala de estar, casa de banho e sala comum no primeiro piso, mas com localização no novo corpo. Uma janela rasga, neste volume, a aresta virada para a entrada de forma a permitir a 'vigilância' de quem entra e sai do Centro Maggie. A escadaria, de frente para a porta de entrada, encontra-se camuflada por estantes, com espaços para livros e bancos. Nesta zona existe um pé direito duplo e, também um rasgo na cobertura, deixando entrar luz natural. Dá-se, desta forma, acesso a um segundo piso, onde existe uma área de trabalho e uma sala de aconselhamento.

Os materiais pré- existentes foram mantidos. A acoplação é feita em caixilhos de madeira e em elementos de aço vermelho. O jardim tem uma escultura desenhada por Charles Jencks.



3. *Maggie's Glasgow. Vista para o portão de entrada para o parque da universidade.*



4. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Glasgow (Gateway), Page and Park, 2002

Este projeto também se tratou de uma recuperação. Desta vez, o edifício pré-existente era de maior importância, encontrando-se até classificado: “Page and Park undertook na intricate conversion of a Grade II listed gate House at the entrance to the hospital” (Keswick, Jencks, & Blakenham, *A view from the frontline*, 2007, p. 28). O edifício, localizado junto ao Western Infirmary, faz frente a uma estrada muito movimentada que se opõe à relação com o jardim, possível de estabelecer, no lado oposto, no interior do campus.

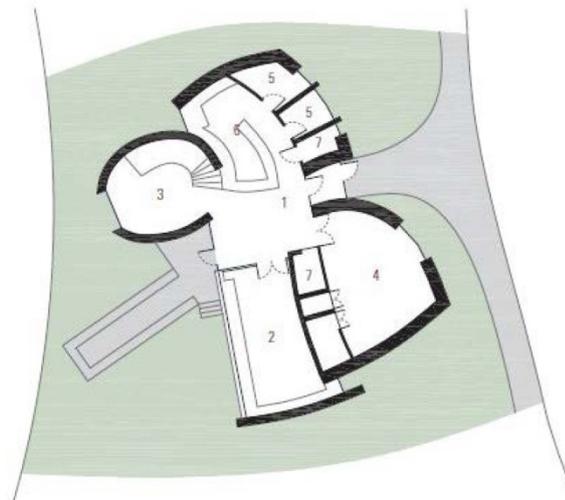
O interior desenvolve-se em torno das áreas comuns, a sala de estar e a cozinha, tornando-as no coração do edifício. Os espaços de aconselhamento viram-se para pequenos jardins. A torre, que no passado tinha uma escada interior, foi aproveitada para iluminar a pequena biblioteca que se encontra em baixo. O segundo piso dá lugar à área administrativa.

A ampliação do edifício fez-se com uma materialidade distinta do material original. O tijolo vermelho e a folha de chumbo na cobertura distinguem-se, mas inserem-se bem com a alvenaria de pedra e cobertura de telha, do corpo pré-existente.



5. *Maggie's Dundee. Vista para a fachada principal.*

Em baixo: A torre e um dos espaços de relaxamento.



6. *Planta do piso térreo. Escala 1:300.*



Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Dundee, Frank Gehry, 2003

A localização deste Centro dá-se num planalto, junto ao Ninewalls Hospital e tem vista privilegiada sobre o rio Tay. O Maggie's Dundee foi o primeiro projeto construído de raiz e pousa no terreno como uma escultura. O hospital tem uma presença forte, quer pela proximidade quer pela escala. Neste caso foi importante evitar essa relação em termos visuais, papel que tem o desenho do jardim.

A entrada é feita para um *hall*, fazendo-se a distribuição para as restantes áreas interiores a partir deste ponto. A sala de estar comum e a cozinha localizadas, uma em relação à outra, em sentidos opostos, desempenham aqui um papel secundário. Esta é outra característica que distingue este Centro Maggie dos anteriores.

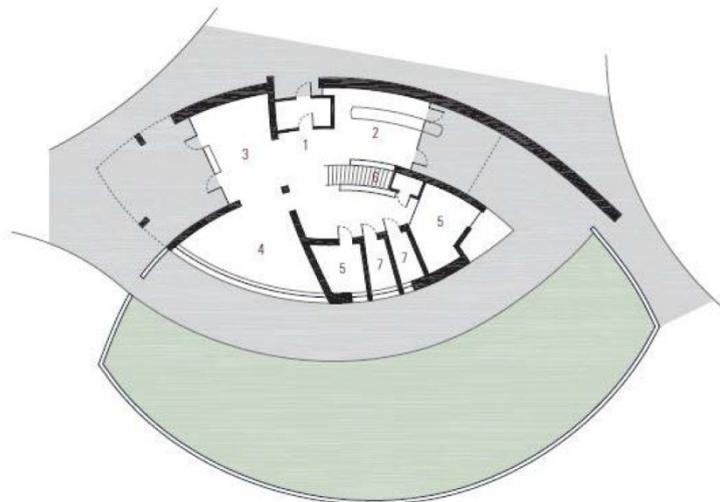
A cozinha estabelece uma forte relação com o exterior através do grande envidraçado orientado a Poente. Neste sentido, encontra-se uma varanda em plinto, limitada por um grande banco em madeira. É um corpo que sai da linguagem fechada do edifício e se estende sobre a paisagem. A Sala de yoga encontra-se a Este e, no sentido oposto, na torre, encontra-se uma pequena sala de estar com lareira. Este espaço é, também, uma peça que se destaca do corpo horizontal pela sua verticalidade, possibilitando a existência de dois pisos e é uma alusão aos símbolos escoceses.

O telhado é feito em chapa metálica, lendo-se como uma peça autónoma que emoldura a paisagem. O jardim foi desenhado com uma peça de forte simbolismo e aproveitou-se a depressão que existe no terreno para a criação de espaços de estar, evitando o contacto visual com o hospital.



7. *Maggie's Highlands. Vista para a entrada.*

Em baixo: vista do jardim para a janela da cozinha e a sala de estar.



8. *Planta do piso térreo. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Highlands, Page and Park, 2005

Este Centro localiza-se num lote verde entre o Raigmore Hospital e as habitações locais, passando ao lado uma estrada movimentada. Também neste caso foi importante criar, não só, barreiras visuais com o hospital, mas também, sonoras com a estrada. Este projeto foi, o primeiro, desenhado em conjunto com Charles Jencks.

O edifício fecha-se por completo para o lado do hospital, estando nesta fachada apenas a abertura da entrada. Em contacto com a entrada está a sala de estar comum, equipada com uma lareira e completamente aberta para o jardim desenhado. Na continuação deste está a cozinha, também este espaço tem uma varanda acoplada. No lado oposto à entrada, numa zona mais fechada encontram-se os espaços de cariz pessoal. Neste mesmo lado, mas numa relação aberta com o jardim, encontra-se, entre o muro de filtragem sonora e o edifício, a sala para aulas de grupo. O segundo piso dá lugar à área de trabalho.

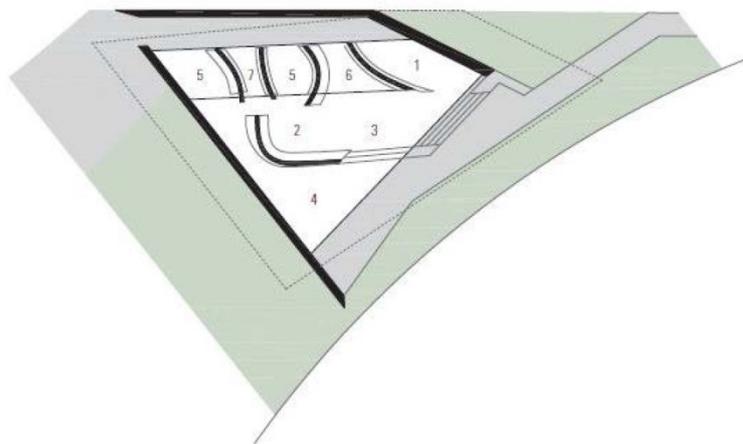
O jardim é desenhado em dois pequenos montes que simbolizam a divisão das células humanas e a sua proliferação. Ao mesmo tempo, estes dois montes criam a barreira, visual e auditiva, requerida.

Na cobertura encontra-se um rasgo que num gesto liga a sala de estar comum e a cozinha. A materialidade usada para revestir este Centro, chapa de cobre pré-patinada, confere-lhe um ar frio que interiormente é contrastado pelo uso de madeira.



9. *Maggie's Fife. Vista para a entrada. A presença próxima do hospital.*

Em baixo: as aberturas na cobertura e a cozinha.



10. *Planta do piso térreo. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Fife, Zaha Hadid, 2006

Este Centro localiza-se num lote verde arborizado que faz parte do parque de estacionamento do Victoria Hospital.

O espaço interior surge entre duas paredes opacas e outras duas completamente abertas, dentro das quais uma se vira para a paisagem. A entrada é feita através desta última, correspondendo também aos espaços sociais. Este é o primeiro contato visual estabelecido no momento da entrada. Logo a seguir, chega-se à cozinha, relacionada fortemente com a sala de estar comum e divididas pela lareira que se encontra na aresta da parede divisória.

Neste edifício a cozinha volta a desempenhar o papel principal, estando no coração do mesmo. As salas, que requerem maior privacidade, são anunciadas por uma parede contra curvada em relação à cozinha.

O exterior, coberto de asfalto, contrasta com o interior branco, cujo tom é manipulado pelas entradas de luz triangulares existentes na cobertura e nas paredes opacas, permitindo a filtragem da luz exterior.



11. *Maggie's West London. Vista para a janela da fachada principal.*

Em baixo: Flexibilidade interior e uma das salas de estar.



12. *Planta do piso térreo. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS



Maggie's West London, Rogers Stirk Harbour & Partners, 2008

Este projeto encontra-se no fim de uma linha de árvores expostas ao longo de uma das estradas mais movimentadas de Londres. A mesma separa as tradicionais habitações inglesas do grande hospital. Significa que o edifício vem, em termos urbanísticos, resolver este vértice do lote. Foi portanto, importante redesenhá-lo, filtrar o som proveniente do tráfego da estrada e criar barreiras visuais com o hospital.

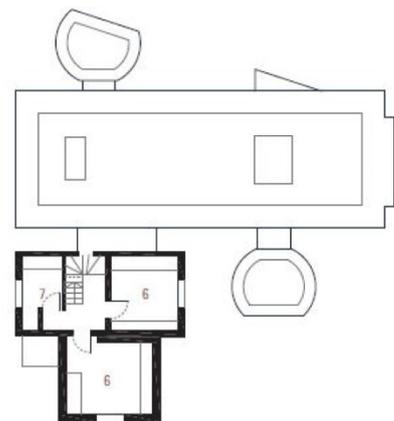
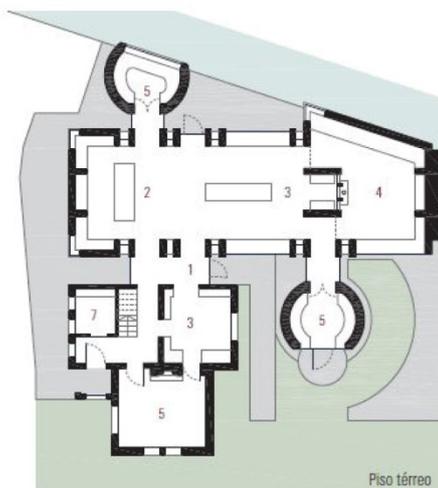
O corpo do edifício desenvolve-se dentro de uma parede, feita para refletir o som proveniente da estrada. A entrada é feita por este lado, através um *hall*, fazendo a transição para a cozinha. Aqui, as áreas comuns voltam a ganhar centralidade. A estrutura, em colunas e pilares de betão armado, permite o preenchimento interno com espaços interiores, em madeira, ou com vazios, os pátios. Os pátios internos assim como o telhado, solto do corpo do edifício, permitem uma iluminação adequada dos espaços interiores e uma grande relação com os elementos naturais.

O pátio maior abrange a cozinha e a sala para aulas de grupo. Aqui localiza-se uma grande mesa de refeições, bem como uma janela que permite ver quem chega ao Centro. No segundo piso, numa *mezzanine*, fica a área administrativa.



13. *Maggie's Cheltenham. A área de reflexão com vista sobre o rio Chelt.*

Em Baixo: A cozinha e uma das áreas de relaxamento.



14. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Cheltenham, Sir Richard MacCormac, 2010

Este edifício fica num lote, na área do Cheltenham General Hospital. O lote é arborizado e está delimitado por duas construções de carácter industrial. A extensão, da casa pré-existente, foi feita num volume em madeira como se de uma peça de mobiliário se tratasse.

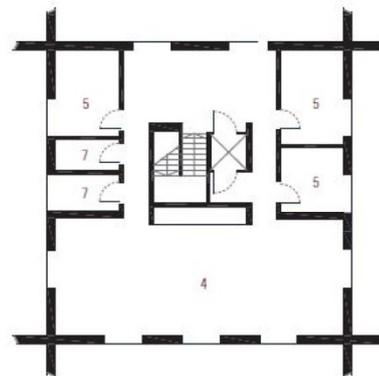
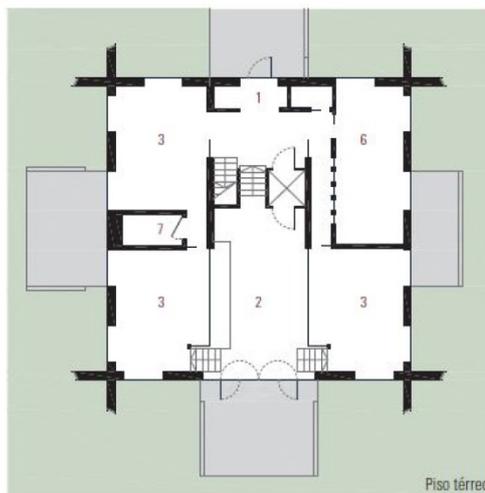
A entrada faz-se pelo corpo original, parte que contém a casa de banho, a sala de estar comum e a biblioteca. É no primeiro volume que existem as escadas de acesso ao segundo piso, correspondente ao espaço de trabalho. O novo corpo, unido ao existente através de uma passagem, é composto por um grande *open space*. Neste ponto está a cozinha e uma sala de estar, encontrando-se divididas por uma lareira. Na perpendicular ao *open space* e na direção da lareira estende-se um corpo de forma semi-circular que serve de espaço de reflexão e introspeção, oferecendo, também, acesso a um dos jardins do Centro. Na direção oposta a este volume, e, em linha com a referida passagem de acesso, encontra-se outro elemento semi-circular, fortemente relacionado com o rio Chelt.

O telhado é lido como uma peça autónoma, permitindo a entrada de luz em grandes quantidades. Sublinha-se a preocupação em criar, no jardim, pequenos espaços de estar, aproveitando para o efeito o desenho do muro.



15. *Maggie's Nottingham. Vista para a ponte de entrada.*

Em baixo: A cozinha e uma das salas de estar.



16. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Nottingham, Piers Gough, 2011

Este projeto encontra-se implantado num lote arborizado com declive. O lote localiza-se na área do Nottingham City Hospital, entre o Departamento de oncologia e a Breast Unit.

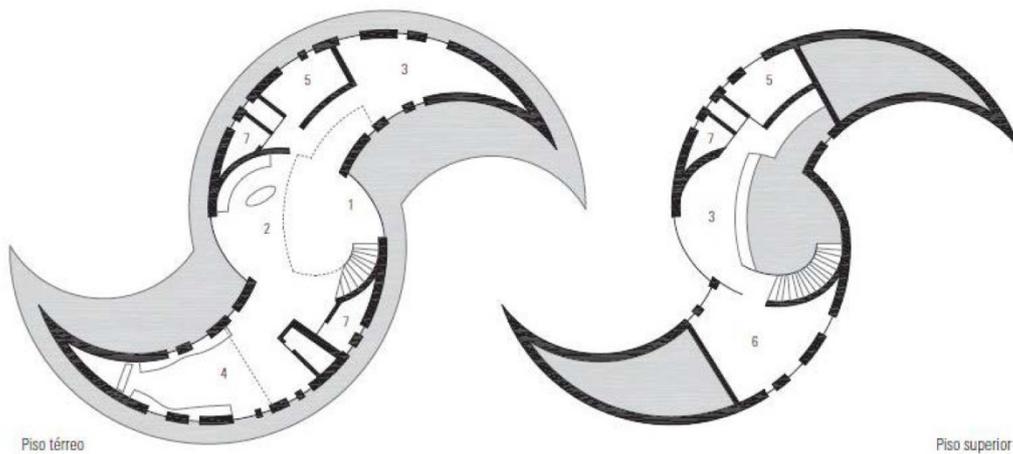
O edifício, de dois pisos, surge como uma boia flutuante suportada por um embasamento em betão e presa por uma ponte, que lhe dá acesso. A entrada dá-se num pequeno *hall*, ladeado pela biblioteca e pelo escritório. A partir deste ponto, pode descer-se para a cozinha, cuja varanda estabelece uma forte relação com as árvores existentes no recinto.

As quatro fachadas ovaladas, intersectadas, atribuem ao Centro Maggie, um carácter pouco tradicional. Característica que se encontra contrastada, por elementos mais convencionais, como as janelas, as varandas e a porta de entrada, colocada ao centro. A forma curva do telhado, verificável no segundo piso, apresenta na zona das escadas um corte, deixando entrar luz.



17. *Maggie's Swansea. Vista para a entrada.*

Em baixo: A cozinha e a sala de estar do segundo piso.



Piso térreo

Piso superior



18. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Swansea (South West Wales), Kisho Kurokawa, 2011

O edifício tem a sua localização na área do Singleton Hospital em South West Wales. Contrariamente aos outros Centros Maggie, a razão de ser da sua forma tem explicação cósmica, tal como refere o arquiteto: “the cosmic whirlpool, a strong symbol of life, with everlasting forces swirling around a center.” (Kurokawa)

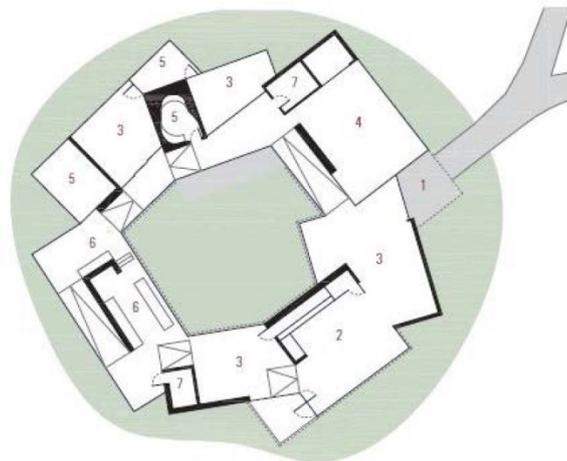
A distribuição espacial dá-se em torno de um centro onde se encontra a cozinha. Esta área é, também, a entrada para o edifício. A ideia de ter uma cozinha como coração da casa é levada ao extremo com este arquiteto. A partir deste ponto, desenvolve-se um segundo piso em *mezzanine*. As restantes dependências partem desta zona em duas direções opostas. O centro é enfatizado pelo óculo de luz localizado no telhado, simbolizando a união entre a terra e o céu; a partir do qual, ao longo da cobertura, se estendem dois feixes de luz que acompanham os restantes espaços interiores.

As paredes exteriores, feitas em betão, encontram-se pontuadas por pequenas janelas dispostas aleatoriamente. A cobertura é feita em chapas de zinco.



19. *Maggie's Glasgow. Vista da sala de estar para o jardim.*

Em baixo: O jardim e a mesa da cozinha.



20. *Planta do piso térreo. Escala 1:500.*



Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Glasgow (Gartnavel), Rem Koolhaas, 2011

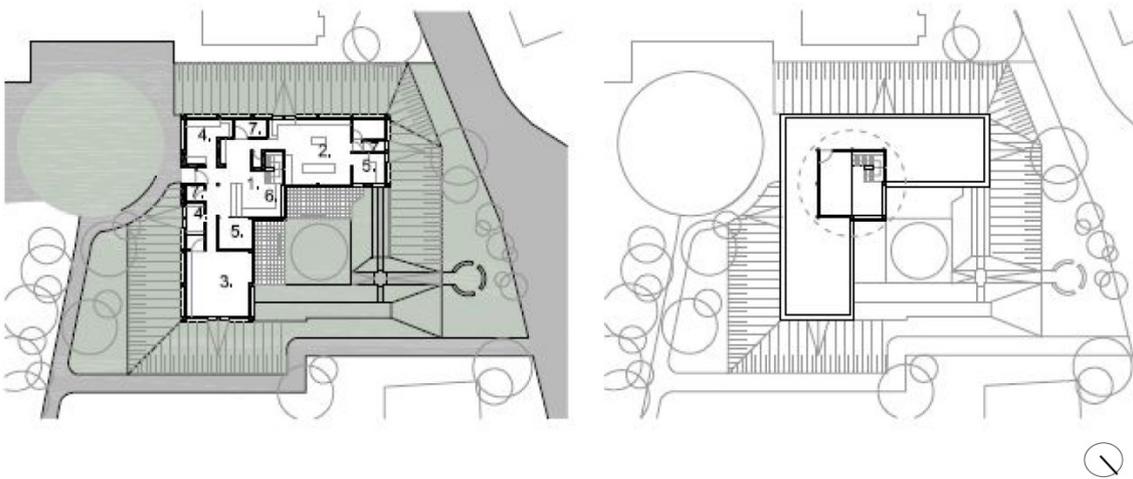
A localização deste projeto dá-se no espaço do Gartnavel Hospital, em Glasgow, num lote arborizado. Contrariamente aos outros Centros Maggie, este tem como núcleo um pátio comum, em torno do qual giram os espaços interiores.

A distribuição espacial é feita de forma sucessiva sem criar corredores. Os elementos sólidos – alguns, paredes em L - desenhados pelo arquiteto, controlam o grau de privacidade das diferentes áreas; permitindo, ao mesmo tempo, criar um diálogo ponderado com a envolvente. Os interiores variam em altura, adaptando-se à topografia do terreno. A união, entre eles, faz-se através de uma espessa cobertura plana em betão.



21. *Maggie's Newcastle. Vista sobre a parte interior do 'L'.*

Em baixo: A cobertura ajardinada e a cozinha.



22. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Newcastle, Ted Cullinan, 2013

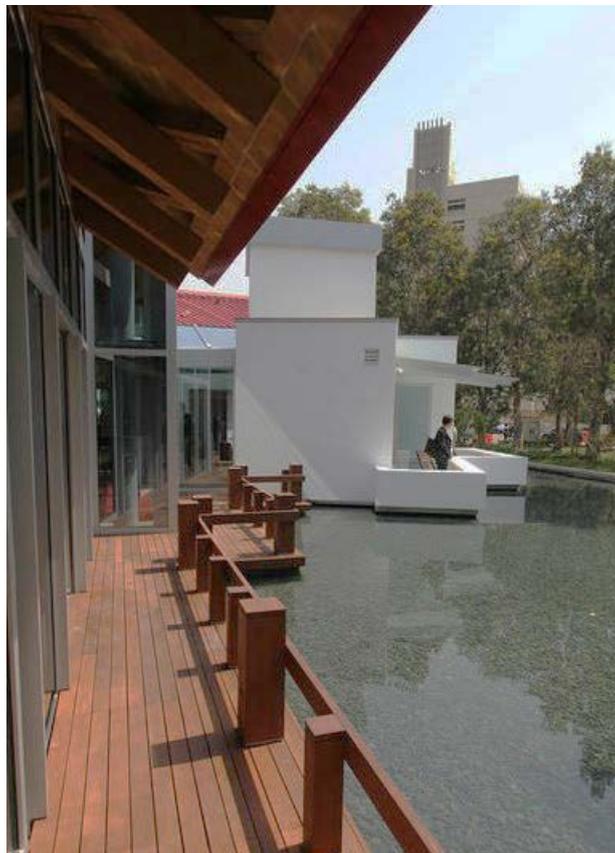
Este Centro situa-se nos terrenos do Freeman Hospital, em Newcastle. A sua construção ocupou o antigo parque de estacionamento do hospital. A área encontra-se cercada por árvores e plantas que mudam de acordo com as estações do ano.

A forma do edifício, dada por um "L", encontra-se virada para o jardim. Este espaço, feito de acordo com o tipo de vegetação existente na envolvente, encontra-se cercado por montes de terra. No vértice da forma, existem as escadas de acesso à *mezzanine*, dando, também, acesso à cobertura ajardinada.

Este projeto é pensado como se se tratasse de um objeto proveniente do solo, contrariamente à cobertura que surge como um contentor de terra. Os montes de terra e a própria cobertura permitem atingir um bom nível de eficiência térmica, para o qual contribuem também os painéis solares existentes no telhado da *mezzanine*.



23. *Maggies Hong Kong. Vista para o Centro a partir do jardim. Lado oposto ao da entrada.*



24. *Maggie's Hong Kong. A varanda.*

Maggie's Hong Kong, Frank Gehry, 2013

Este foi o primeiro Centro Maggie internacional construído. Localiza-se na área do Tuen Mun Hospital, a curta distância do departamento de oncologia.

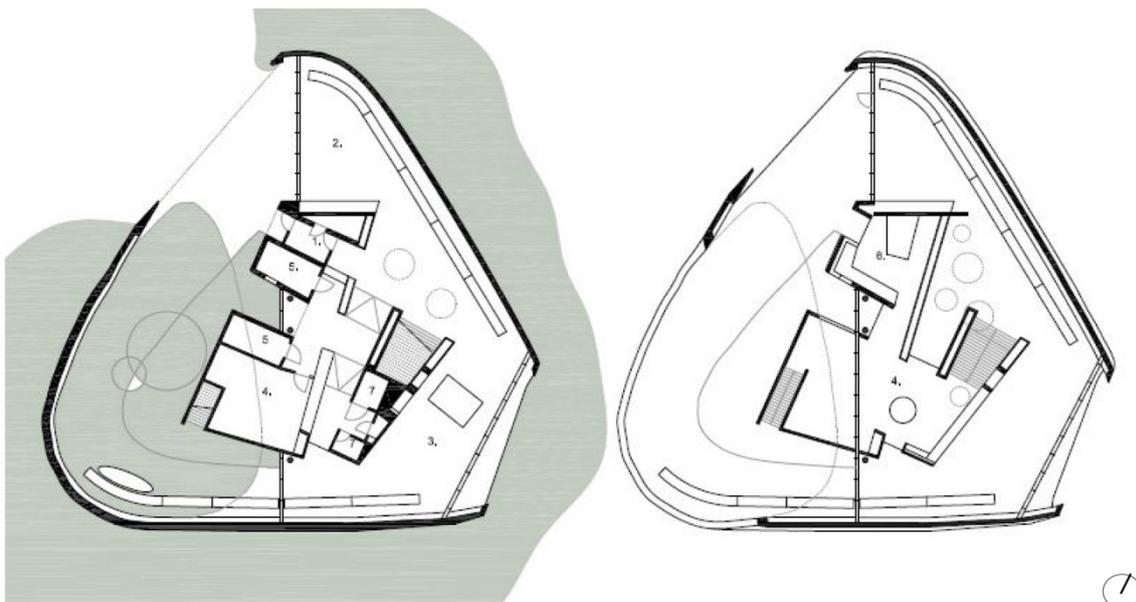
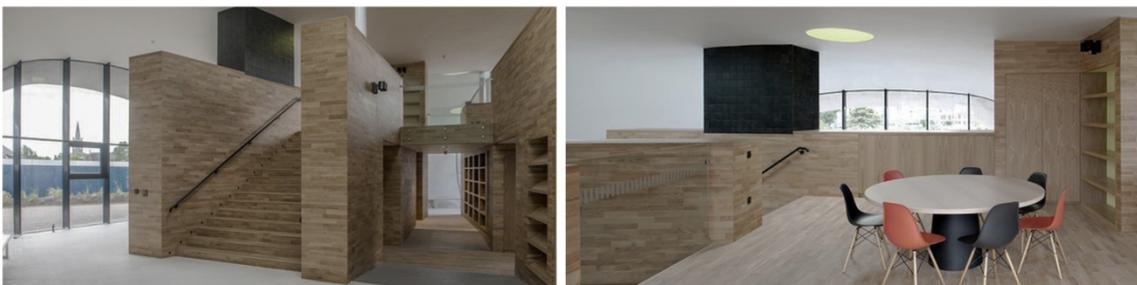
O edifício consiste numa série de espaços justapostos virados para lagoas. As áreas mais privadas têm terraços a facilitar essa relação visual. A zona que estabelece maior relação com as lagoas é a cozinha que é, também, o coração deste Centro.

O jardim foi desenhado por Lili Jencks, a filha dos fundadores desta instituição, descrevendo-o como: "...the macrocosm of the universe within the microcosm of a landscape, bringing an awareness of man's place in nature" (Kurokawa).



25. *Maggie's Aberdeen. Visra para a entrada.*

Em baixo: escadas de acesso à mezzanine e uma das salas de convívio.



26. *Planta do piso térreo e do piso superior. Escala 1:600.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Aberdeen, Snøhetta, 2013

Este edifício localiza-se no limite sul do Forester Hill Hospital. A forma curva exterior envolve os espaços requeridos pelo programa.

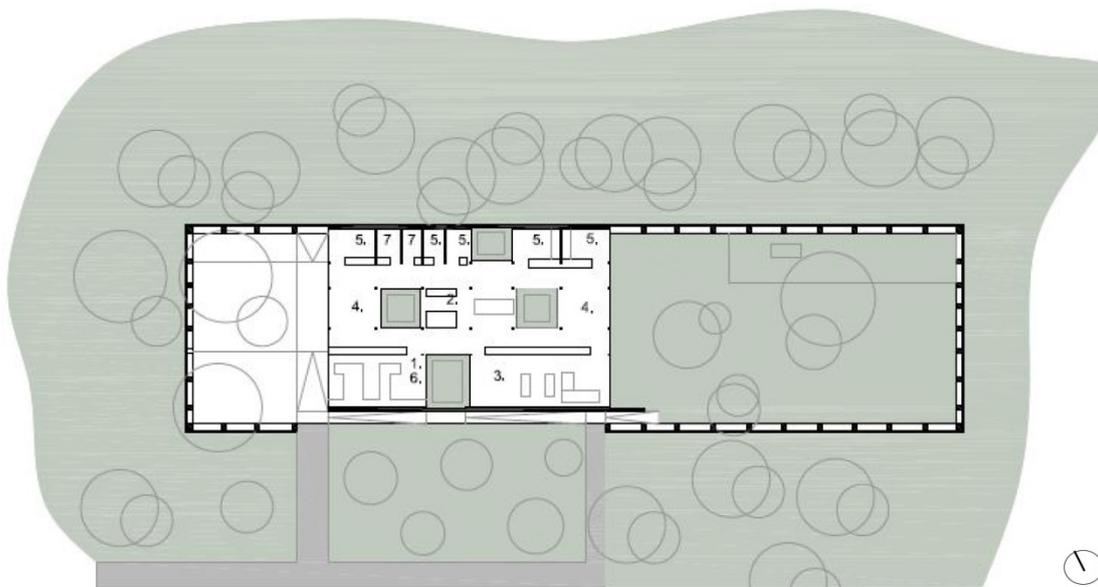
As divisões são colocadas, no interior desta forma, como se de uma peça de mobiliário, em madeira, se tratassem. Esta materialidade contrasta com a do exterior. No coração do edifício encontra-se um jardim, que é uma característica repetida depois da experiência no Maggie's Gartnavel.

A paisagem é uma parte importante deste projeto. Por isso, foram colocados pessegueiros, na entrada, para desafiar a cor e a textura das árvores existentes no local. O contraste de cores e texturas estende-se ao desenho do jardim feito por ervas, do qual, o próprio edifício faz parte; criando-se, assim, um padrão que tem como cerne o Centro Maggie.



27. *Maggie's Lanarkshire. Vista para a entrada.*

Em baixo: A cozinha e uma das zonas de convívio.



28. *Planta do piso térreo. Escala 1:500.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS

Maggie's Lanarkshire, Reiach and Hall, 2014

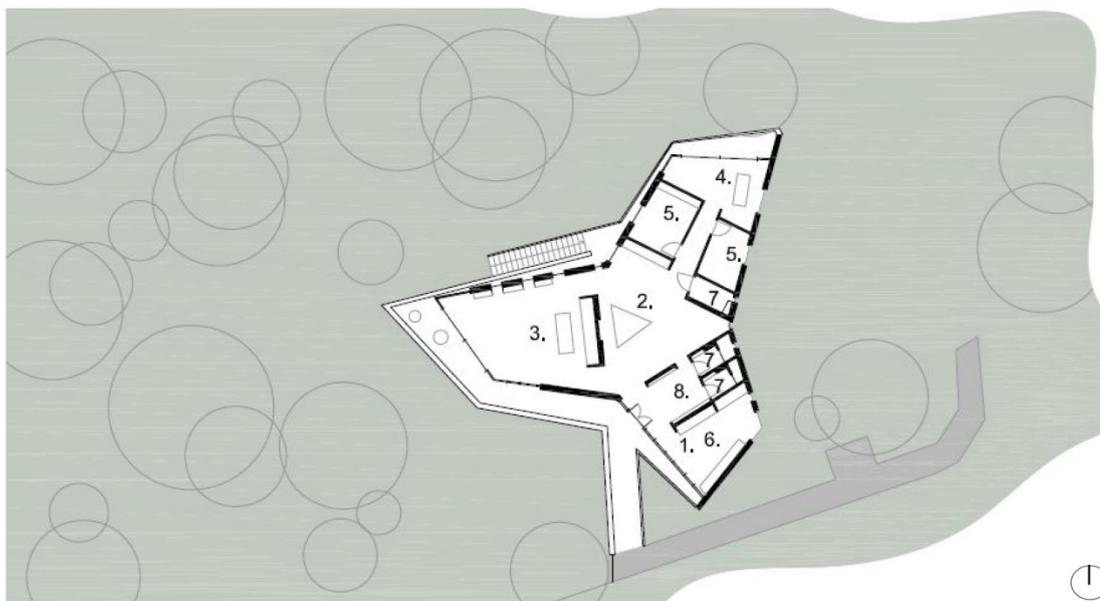
Este Centro situa-se no recinto de Monklands Hospital, num lote ocupado, no passado, pelos lixos oriundos da construção do hospital pós-moderno. A ideia, de acordo com o arquiteto, era a de criar "...a kind of crystal, a found object in this depressed landscape. So the building doesn't relate to its surrounding, but the landscape it sits in does" (Jencks & Heathcote, 2010, p. 200).

Tal como acontece na maioria dos projetos, também este se desenvolve em torno da mesa de cozinha, mas desta vez numa relação franca com a paisagem. A parede perfurada, colocada em torno do lote, transforma o edifício no elemento que une os dois lados da área. As árvores existentes, nas duas extremidades, acabam por se transformar no Centro Maggie, fazendo parte do novo jardim. Esta ligação, entre o novo e o pré-existente, é reforçada pela cozinha, pois este espaço interior estende-se até aos jardins. As áreas mais privadas limitam a cozinha nos dois lados opostos, aos referidos anteriormente.



29. *Maggie's Oxford. Vista para a entrada.*

Em baixo: cozinha e sala de estar.



30. *Planta do piso térreo. Escala 1:300.*

Legenda: 1. Recepção, 2. Cozinha, 3. Sala, 4. Relaxamento / convívio, 5. Aconselhamento, 6. Área administrativa, 7. IS, 8. Biblioteca.

Maggie's Oxford, Wilkinson Eyre, 2014

Este projeto localiza-se num lote, junto ao hospital de Oxford. O edifício, constituído por dois planos horizontais, pousa sobre pilotis, entre as árvores existentes no terreno. A própria forma é inspirada nas folhas das árvores locais, criando uma geometria irregular o que permite uma maior proximidade com a envolvente.

O plano da cobertura sofre uma ligeira rotação em relação ao plano do chão, criando dinamismo. A entrada é feita num desses desencontros entre os dois planos, de acesso direto à zona de receção ou biblioteca. A cozinha é o coração deste Centro Maggie. Por isso, aos restantes espaços interiores partem desta área, de forma triangular, em três direções distintas.

Maggie's architectural brief

Maggie's Cancer Caring Centres

Maggie's asks a lot of its buildings and hence of its architects. We expect the physical space to do a significant amount of our work for us.

A Maggie's Centre sets the scene for people going through a traumatic experience. They are places where people draw on strengths they may not have realised they had in order to maximise their own capacity to cope.

We need buildings where people can read themselves differently, as individuals in unusually difficult circumstances, not as patients, let alone cancer victims.

We identify ourselves in different ways and one of them is by our environment. This is why we choose architects who we think will rise to the challenge of making spaces for us which help this transition and also do apparently contradictory things.

We need our buildings to feel safe and welcoming. They need to be small, and domestic in scale. On the other hand these little buildings should not pat you on the head, patronise you by being too cosy. They should rise to the occasion, just as you, the person needing help, is having to rise to the occasion of one of the most difficult challenges any of us is likely to have to face. At the very least they should raise your spirits.

We need our buildings to recognise that the world of the hospital and a cancer diagnosis turn your personal world upside down, and that in deciding to walk through the door of a Maggie's Centre people are saying to themselves and to us: "I am adjusting to a difficult and unknown situation that I am finding hard to cope with on my own."

To a greater or lesser degree, by walking in to a Maggie's Centre people are asking how they can put their lives back together again. They are hoping for transformation.

Giving them a place to turn to which is surprising and thought-provoking – and even inspiring – will give them the setting and the benchmark of qualities they will need in themselves. Knowing there is a place to turn to which is special in itself makes you feel valued.

So we want the architects to think about the person who walks in the door. We also want the buildings to be interesting enough that they are a good reason to come in rather than just 'I'm not coping'. The first clinical psychologist who worked for Maggie's, Glyn Jarvis, says that working from a Maggie's Centre means that he can start a quantum leap ahead of talking to the same people in a hospital context because people have actively chosen to come in.

Maggie's Centres and the way they are designed increase the sense of connectedness between people: they are not alone in this situation and people can find ways of moving forward from the crisis of a diagnosis. The architects should be thinking about the human relationships and connections, and doing the job of helping that happen.

What we're also looking for in our architects is an attitude. We want people to deliver the brief but without preconceived ideas. We don't want to say to them: 'This is the way it is done'. We want them to open our eyes as well.

Maggie's was lucky in our architect for the first Maggie's,

Richard Murphy in Edinburgh, who showed us how much a building can achieve by creating the right atmosphere.

We were also lucky to be able to draw on the close friendships of Maggie and Charles Jencks with some of the most imaginative architects working in the world today, and who have reinforced for us how much a good building can do.

We hadn't realised, until it happened, how powerful a tool it would be that each community feels so proud of its Maggie's. This works on multiple levels. Critical to the success of Maggie's is a strong feeling of ownership by the local community. It makes people feel:

'This place is wonderful and it belongs to me, and to other people in the same boat as me'. They want to come in. It provides one positive thing to look forward to in their trek to the hospital. It is critical, also, because people talk about their Maggie's. The Centres do our 'marketing' for us. Crucially, these special, unique buildings help us to raise the money we need to build them in the first place, and then to keep them running.

Our buildings are special and we chose special architects, not for some luxury add-on value, but because they are a critical component of what we do.

The architectural Brief – purpose of Maggie's Centres

- To provide non-residential support and information facilities for people with cancer, and for their families and friends.
- The building will offer its users a calm friendly space where each individual can decide what strategy they want to adopt to support their medical treatment and their overall welfare.
- They will be able, if they so wish, to have a private conversation with the programme director or the clinical psychologist about their situation and needs.
- On offer within the building will be a free programme, which will include group support, family and friends support, relaxation sessions, information access and benefits advice. (See Maggie's Centre booklets and website for programme and timetables.)

- People may choose to do any of this programme or none of it. Some will want to use the Centre to have a cup of tea and a quiet pause. Others will be helped by offering volunteer services themselves, such as gardening. And others, again, will want to join support groups and actively participate.
- We do not want to suggest there are better or worse ways of dealing with cancer. Any way that helps anybody going through cancer to feel better is fine, with the important proviso that any service offered in the building will be approved by the Professional Advisory Board and will be complementary and not alternative to orthodox medical treatment.
- Approximate size of a Maggie's Centre is 280m².

Requirements for Maggie's

- Entrance: obvious, welcoming, not intimidating.
- Small coat-hanging/brolly space.
- A welcome/sitting/information/library area, from which the layout of the rest of the building should be clear. There should be as much light as possible. There should be views out to grass/trees/sky. You should be able to see where the kitchen area is, equally the sitting room and fireplace-area (hearth & home). Maggie suggested a fish tank.
- Office space for: a) Centre Head and b) fundraiser/deputy. This should be easily accessible from the welcome area so that either person working at a desk can see somebody come into the Centre, in order to welcome them. Their space should be separate enough that the welcome area does not seem like an office or a reception area. There should be storage space for stationary/pamphlets/bumph accessible to the office space. Space should be allocated for a photocopier, printer, server and other office machinery. Each workstation needs a telephone, computer point and light, shelf and drawer space. As well as the main ones there should be for 5 other workstations, which can be quite small. Can we have this many work stations without it appearing to be like a huge office which dominates the Centre? They don't have to all be in one block. Somewhere for staff to hang coats.

- A video-viewing and computer-link information area or bay for the use of 4 people, probably not all together, but within shouting distance of the programme director's office area, so that he/she can help if necessary.
- A kitchen area, like a 'country' kitchen, with room for a large table to sit 12, which could be used for demonstrations/seminars/discussion groups. The kitchen should be relaxed and inviting enough for anybody to feel welcome to help themselves to coffee or tea. A central 'island' on which cooking demonstrations could take place would be helpful.
- A large room for relaxation groups/lectures/meetings. A space sufficient to take a maximum of 14 people lying down. Storage space for relaxation/folding chairs. As much as possible, you should be able to open and shut walls (perhaps between this and welcome area/kitchen area) to have flexi-space, for more or less privacy, as occasion demands. The relaxation space should be capable of being soundproof when closed off.
- Two smaller sitting/counselling room for 12 people with a fireplace or stove. This doesn't have to be very big – it makes for a friendlier atmosphere if people have to budge up a bit. Perhaps there should be dividing doors to become a second large room, although each one would need to be individually soundproof.
- Two (or one if the large room can sub-divide) small rooms for counselling or therapy, preferably with big windows looking out to grass/trees/sky. They should have a bit of character and perhaps they could have sliding doors that can be left open and be inviting when not in use. They should be soundproof. One should be able to take a treatment bed, preferably facing a window.
- Lavatories (probably 3) with washbasins and mirrors, and at least one that is big enough to take a chair and a bookshelf. They should not be all in a row with gaps under the doors. Private enough to have a cry.
- A very small quiet space to have a rest/lie down.
- Outside: garden areas and 10 parking spaces. If this is unlikely on the site, if possible make a drop-off and pick-up area and perhaps a couple of disabled spaces. We like the idea of a continuous flow between house and garden space there should be somewhere to sit, easily accessed from the kitchen. We want the garden, like the kitchen, to be an easy public

space for people to share and feel refreshed by. The relationship between ‘inside’ and ‘outside’ is important. A house protects you from the ‘outside’. Equally the ‘outside’ of a garden is a buffer to the real ‘outside’. It is a place where you can feel sheltered but enjoy a bit of the kinder sides of nature. There are practical considerations about privacy, referred to later; we also want to consider how a garden can help invite you in through the door from the street (which is always a key factor) and maybe how to incorporate parking spaces without them being too intrusive.

Practicalities

We have got to run each Maggie’s Centre as economically as possible without compromising what we are trying to offer. We know that any kind of complex building costs more to build, but it will have to be borne in mind, at design level, that we have a small building budget and that subsequent building maintenance and cleaning should be as cheap as possible: wood floors/ease of access/6 light fittings preferable to 56.

It might help to think of this as a ‘positive’ restraint, not an economic constraint, in the sense that the aim of this project is to build a modest, humane building, which will encourage and not intimidate.

Overall

We want to make spaces that make people feel better rather than worse (most hospitals). Some things are obvious:

- As much light as possible.
- Important to be able to look out – and even step out – from as many ‘rooms’ as possible into something like a garden, a courtyard, or ‘nature’. At the same time, the sitting/counselling rooms (8) and (9) should have privacy, ie if they do have doors to the outside ‘rooms’, passers-by shouldn’t intrude.

- The interior spaces shouldn't be so open to the outside that people feel naked and unprotected. They should feel safe enough inside that they can look out and even go out if they wanted...this describes a state of mind, doesn't it?
- We want to have the minimum possible 'administration office' type atmosphere. No doors with 'fundraiser' on the outside. We want the ethos and scale to be domestic. We need to think of all the aspects of hospital layouts, which reinforce 'institution' – corridors, signs, secrets, confusion – and then unpick them.
- As a user of the building, we want you to approach the building, and see an obvious and enticing door. When you come in, we want the first impression to be welcoming. People may come to 'have a look', the first time.
- We want Centre users to feel encouraged and not daunted: they are likely to be feeling frightened and very low anyway. We want them to have an idea of what is going on in the whole building when they come in. We want them to feel they have come into a family community in which they can participate, make their own tea or coffee, use a computer, sit down and borrow a book, even find somewhere they might have a sleep for half an hour. Things shouldn't be too perfect.
- The rooms used for counselling should be completely private when they are in use; but it would be no bad thing if they could be opened up when they were not. We want users to know that they can say things in confidence and be quiet, but also be conscious that other things are going on around them that they might be interested in. For instance, they might be able to see what is going on in the kitchen but will not necessarily want to participate in the kitchen chat.
- We want the building to feel like a home people wouldn't have quite dared build themselves, and which makes them feel that there is at least one positive aspect about their visit to the hospital which they may look forward to.
- We want the building to make you feel, as Maggie made you feel when you had spent time with her, more buoyant, more optimistic, that life was more 'interesting' when you left the room than when you walked into. Ambitious but possible?

Todas as imagens pertencem a www.maggiescentres.org, exceto as imagens 3, 5 (em baixo à esquerda), 9 que se encontram disponíveis em *The architecture of hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. As plantas pertencem à dissertação de mestrado de Daniel do Rego, exceto as plantas 22, 26, 28 e 30 que foram reproduzidas pela autora.

