



FACULDADE DE
CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



JANELA DA MENTE

A INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA NA SAÚDE MENTAL

DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra

Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura

Orientação do Professor Doutor José Fernando Gonçalves

Coorientação do Professor Doutor Miguel Bragança

Edite Rute dos Santos Soares

Fevereiro 2019

JANELA DA MENTE

A INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA NA SAÚDE MENTAL

Ao Professor Doutor José Fernando Gonçalves, por todo o acompanhamento e paciência.

Ao Doutor Miguel Bragança, com quem aprendi muito mais que Psiquiatria.

Ao Arquiteto Per Kleve, por toda a disponibilidade e incondicional apoio.

À minha mãe que, embora não tendo, sempre fingiu o máximo de interesse pelo tema.

Ao meu primo que, sempre me motivou e inspirou.

Ao meu cão, que é louco sem saber e, ainda assim, é feliz.

Por último, como não podia deixar de ser, a todos os detentores de uma audácia insana, que lhes permite gozar, orgulhosamente, da sua Loucura.

RESUMO

A Arquitetura das Instituições Psiquiátricas tem passado por um longo processo de grandes mudanças em função da adaptação dos tratamentos aos novos princípios da Reforma Psiquiátrica. A Humanização do ambiente hospitalar e a reinserção dos doentes na sociedade estão entre as principais recomendações. Atualmente, a principal preocupação é afastar o aspeto hostil e institucional que sempre predominou neste tipo de edifícios, dotando-os de características que os aproximem de modelos habitacionais. Para tal, é necessário desenvolver espaços que substituam ou reabilitem os antigos modelos asilares.

Esta Dissertação pretende relacionar, do ponto de vista do arquiteto, a Arquitetura com a Psiquiatria, encontrando um ponto de convergência em que uma surge como ferramenta complementar da outra.

Para uma melhor compreensão do vínculo entre a Ciência e a Arte, a investigação iniciou-se com um estudo teórico. Posteriormente foram escolhidos, como casos de estudo, quatro hospitais psiquiátricos contemporâneos distribuídos pela Europa.

As visitas às obras de referência compõem a principal parte do trabalho. Através de uma experiência que assume duas dimensões distintas: a viagem física, desde Inglaterra até à Alemanha, passando, por entre fiordes, pela Noruega e a Dinamarca; e a viagem sensorial, pelo interior dos hospitais. Começando no tradicional Hospital Bethlem Royal, seguindo para Kronstad, e daí para Slagelse, terminado no centro alemão de Friedrichshafen.

Usando esta Viagem física e sensorial como ferramenta e o Espírito como operário, convido todos os professores, alunos e curiosos a abrir a *Janela da Mente* e a embarcar, numa jornada, que procura compreender a influência da Arquitetura na Saúde Mental e combater estigmatização prevalente, em relação ao tema.

ABSTRACT

The Architecture of Psychiatric Institutions has been through a long process of huge changes in function of adapting the treatments to the new principles of the Psychiatric Reform. The Humanization of the hospital space design and the reintegration of patients into society are among the main recommendations.

At present, the main concern is to remove the hostile and institutional aspect that has always prevailed in this type of buildings, giving them characteristics that bring them closer to housing models. To this end, it is necessary to develop spaces to replace or rehabilitate old asylum models. This Dissertation aims to relate, from the architect's point of view, the Architecture with Psychiatry, finding a point of convergence in which one emerges as a complementary tool of the other.

For a better understanding of the link between Science and Art, the investigation began with a theoretical study. Subsequently, four contemporary psychiatric hospitals throughout Europe were selected as case studies.

The visits to the reference works composes the main part of the work. Through an experience that takes on two distinct dimensions: the physical journey, from England to Germany, passing between the fjords in Norway and Denmark; and sensory travel, inside the hospitals. Starting at the traditional Bethlem Royal Hospital, following to Kronstad, then to Slagelse, and finally in the German center of Friedrichshafen

Using this physical and sensory Journey as a tool and the Spirit as a worker, I invite all teachers, students and curious to open the *Window of the Mind* and embark on a journey that seeks to understand the influence of architecture on mental health, and to fight the prevailing stigmatization related to the subject.

Keywords: Psychiatric Institutions, Mental Health, Architecture, Psychiatry, Humanization, Travel

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1. A HISTÓRIA	23
1.1. HISTÓRIA, LOUCURA E ARQUITETURA	25
1.1.1. NASCIMENTO DA LOUCURA	27
1.1.2. RAZÃO E DESRAZÃO	30
1.2. RENASCIMENTO	35
1.2.1. BETHLEM ROYAL HOSPITAL	37
1.2.2. EDINBURGH LUNATIC ASYLUM	43
1.3. ÉPOCA MODERNA	47
1.3.1. THE YORK RETREAT	49
1.3.2. TRATAMENTO MORAL	51
1.3.3. ARQUITETURA E CONTROLE SOCIAL	55
1.4. A REFORMA PSIQUIÁTRICA	59
1.5. HUMANIZAÇÃO	63
1.5.1. ARQUITETURA E SAÚDE MENTAL	67
1.5.2. ARQUITETURA PSIQUIÁTRICA	77
1.5.3. PROJETO E PLANEAMENTO	83
CAPÍTULO 2. DIÁRIO DE UMA VIAGEM FÍSICA E SENSORIAL	89
2.1. PROCEDIMENTO	91
2.1.1. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO	95
ARQUITETURA EXTERIOR	97
RECEÇÃO	101
CIRCULAÇÃO	103
ARÉAS COMUNS	105
QUARTOS	107
ENFERMARIA	109
INTEGRAÇÃO EXTERIOR/INTERIOR	111
TABELAS DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO	115

2.2. CASOS DE ESTUDO	123
2.2.1. BETHLEM ROYAL HOSPITAL	127
2.2.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD	137
2.2.3. HOSPITAL DE SLAGELSE	157
2.2.4. CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN	175
CAPÍTULO 3: EPÍLOGO	187
3.1. RESULTADOS	189
3.2. RECOMENDAÇÕES	199
3.3. CONCLUSÕES FINAIS	203
FONTES	211
IMAGENS	213
BIBLIOGRAFIA	217
ANEXOS	223
ANEXO 1 – PROTOCOLO UTILIZADO NO TRABALHO DE CAMPO	225
ANEXO 2 – EXEMPLO DA ANÁLISE APLICADA AOS CASOS DE ESTUDO – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE KRONSTAD, BERGEN	235
QUESTIONÁRIO / HIPÓTESES DE PESQUISA	245
DOCUMENTO ESCRITO PELO ARQUITETO PER KLEVE	247

Os Esquecidos lembram de mim, porque eu lembro dos Esquecidos.
(Emicida, 2013)

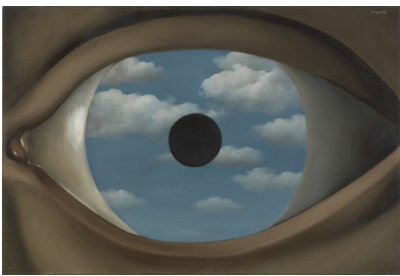


Figura 1. *Le Faux Mirror*
René Magritte, Paris, 1929



Figura 2. *Walking House*
Laurie Simmons, 1989.

INTRODUÇÃO

A escrita de uma Dissertação assemelha-se à lapidação de uma pedra, no início temos em mãos um grande calhau bruto. Aparentemente, não vamos conseguir tirar nada daquele objeto. Mas com paciência, tempo e dedicação, a supressão do dispensável conduz-nos ao essencial.

O título do trabalho, *Janela da Mente*, foi inspirado por duas obras de arte que se encontravam expostas, em 2015, no museu MoMA, em Nova Iorque. Na altura, estas obras despertaram o meu interesse, mas não podia imaginar que fossem o ponto de partida para a minha Dissertação de Mestrado.

A primeira obra, de René Magritte¹, é composta por um olho gigante desprovido de pestanas, com a íris preenchida por um imenso céu azul centralmente interrompido por um negro profundo, correspondente à pupila. O seu nome, *Le Faux Miroir*, não esconde a sua intenção enigmática de *falso espelho*. O observador olha através daquela janela e é, simultaneamente, visto pelo olhar que a constrói.

A segunda obra, *Walking House*, corresponde a uma fotografia de 1989, onde a autora, Laurie Simmons², dá vida a uma casa acrescentando-lhe as pernas de uma mulher. Intencionalmente, o objeto pretende simbolizar a independência de uma jovem que inicia a vida adulta. Contudo, assim que vi a obra, o meu primeiro pensamento foi de que a nossa casa é a nossa identidade.

Foi neste contexto refletivo e criativo que surgiu o título do trabalho. Por um lado, temos o olho humano que é, muitas vezes, associado à janela da alma. E o que é a nossa alma, senão a nossa essência. E onde está a nossa essência, senão na nossa mente. Por outro lado, temos a identidade do lugar, que representa tanto a nossa essência quanto a nossa mente.

Assim, da Arquitetura, da Arte e da Psiquiatria, surgiram as questões para o desenvolvimento desta investigação.

¹ René Magritte, (1898 - 1967) foi um artista surrealista belga, que ficou conhecido pela sua arte provadora. Representava objetos comuns em contextos incomuns. O seu trabalho é conhecido por desafiar as perceções da realidade. As suas obras tiveram influência na Pop-arte e na Arte Minimalista.

² Laurie Simmons é uma artista, fotógrafa e produtora americana. Desde meados dos anos 1970 que encena cenários para a sua camara com bonecos humanizados, para criar fotografias que referenciam cenas domésticas.

Olhar para o espaço como fator determinante no bem-estar físico e emocional dos seus usuários tem vindo a ganhar uma crescente valorização no âmbito da Arquitetura Hospitalar.

A Psiquiatria, entre todas as outras áreas da Medicina, é aquela que torna mais evidente esta relação entre o espaço e o conforto total do indivíduo.

Foi neste contexto que se deu a mais recente Reforma Psiquiátrica, caracterizada por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que têm como finalidade metamorfosear a postura da sociedade perante a Saúde Mental.

A reforma, advoga desde transformações dos modelos das instituições até a práticas médicas e sociais aplicadas aos utentes.

Esta nova visão engloba o conceito de Humanização, que aproxima o ambiente físico dos valores humanos, tratando o homem como foco principal do projeto.

A Arquitetura Hospitalar Humanizada, à semelhança da Medicina, é baseada em evidências³.

A prioridade na conceção do espaço torna-se a estimulação sensorial positiva no indivíduo. Se antes as unidades hospitalares eram encaradas, exclusivamente, como abrigos para doentes, atualmente, são vistas como espaços que possibilitem a sua reabilitação, a nível físico e mental.

Na instituição americana sem fins-lucrativos, *Center for Health Design*, arquitetos, designers e profissionais de saúde, dedicam-se a melhorar a qualidade dos serviços através do desenho do ambiente construído.

Entre as principais recomendações, está o desenvolvimento de profissionais certificados, por meio da educação e avaliação, em processos de uma arquitetura baseada em evidências.

Esta formação destina-se não só às equipas responsáveis pelo projeto, mas também aos profissionais de saúde. E abrange conceitos que vão desde a modulação do espaço físico até aos cuidados clínicos.

³ A prática baseada em evidências é o uso consciente e explícito das melhores evidências atuais para ajudar os pacientes relativamente às decisões a ser tomadas sobre o seu tratamento, à luz dos seus valores e crenças pessoais. (Sackett, 1996)

Esta investigação divide-se em três etapas, o que levou à adoção de diferentes metodologias de trabalho.

A primeira etapa, resultou numa investigação teórica e descritiva, baseada em revisões bibliográficas, estudos de autores e análises documentais.

A segunda etapa, correspondente ao estudo dos casos, baseou-se num trabalho de campo. Através de uma análise fundamentada na observação e numa série de critérios estabelecidos.

Durante esta etapa, foram também selecionadas algumas questões a ser respondidas pelas equipas envolvidas nos projetos dos diferentes casos. Posteriormente, toda a informação reunida foi comparada e analisada, garantindo um equilíbrio entre o critério científico e pessoal.

Por fim, a última etapa, resultou numa conclusão analítica e sugestiva, acompanhada da exposição de alguns registos reunidos ao longo do trabalho de campo.

O principal objetivo do trabalho é, através da compreensão da arquitetura contemporânea humanizada, estudar alguns dos mais recentes modelos existentes, entre a desinstitucionalização e a reinserção dos doentes na sociedade.

A fim de adquirir um conhecimento global sobre a problemática e garantir uma melhor interpretação aos leitores, o trabalho divide-se em três capítulos:

Capítulo 1. A História;

Capítulo 2. Diário de uma Viagem Física e Sensorial;

Capítulo 3. Epílogo;

Em tempos de esquecimento e descrédito, a História adquire uma certa excelência para aqueles que, como eu, consideram o estudo do passado imprescindível na compreensão do presente.

Por conseguinte, é a História que compõe o primeiro capítulo do trabalho.

Até alcançar o Estado da Arte é feita uma contextualização do nascimento da *loucura*, seguida de uma narrativa da evolução da arquitetura das instituições de saúde mental, que nos leva ao surgimento do conceito de Humanização e a uma análise aprofundada dos princípios da Arquitetura Terapêutica contemporânea.

Viajar é, sem dúvida, a mais nobre forma de enriquecer o intelecto.

Qualquer expectativa pode ser superada ou destruída através de uma experiência pessoal.

Viver num determinado espaço, lugar ou sociedade, pode mudar radicalmente a perspetiva com que outrora o encarávamos.

O trabalho de campo foi iniciado com uma viagem física até ao país europeu onde se situa o primeiro caso de estudo. Contudo, assim que se iniciou o percurso pelo complexo hospitalar, a viagem adotou um carácter totalmente sensorial. Neste contexto, a experiência do lugar assumiu então um papel decisivo no objetivo final.

Assim, esta Viagem física e sensorial, até às instalações de saúde mental contemporâneas, corresponde ao segundo capítulo e âmago do trabalho.

Juntamente com uma impressão geral relativa à arquitetura das diferentes cidades, é neste capítulo que se encontram todos os registos que, por entre desenhos, fotografias e poesias, narram a minha experiência pessoal, do ponto de vista arquitetónico, durante as visitas pelo interior de quatro conceituados hospitais psiquiátricos europeus.

O Epílogo, como o próprio nome indica, corresponde à conclusão do trabalho, onde é apresentada uma análise técnica dos resultados, seguida de uma interpretação pessoal que equilibra os conhecimentos adquiridos na teoria e na prática. Posteriormente, a reflexão global sobre a investigação é acompanhada por algumas recomendações pessoais que poderão servir como base para investigações e projetos futuros.

Esta última etapa do trabalho detém um carácter sugestivo, tanto para a autora, como para os leitores cujo tema desperte algum fascínio.

CAPÍTULO 1. A HISTÓRIA



Figura 3. *Madness*
George Bells and Sons, Londres, 1806.

1.1. HISTÓRIA, LOUCURA E ARQUITETURA

A Arquitetura das Instituições Psiquiátricas tem vindo a sofrer imensas alterações ao longo da História, consoante as metodologias de tratamento e a definição de *loucura*.

Winston Churchill, primeiro-ministro do Reino Unido durante a Segunda Guerra Mundial, escreveu, num dos seus textos políticos, que *formamos os nossos edifícios, portanto, eles formam-nos*.

Após uma detalhada pesquisa da evolução dos modelos arquitetónicos destinados à saúde mental, é incontestável que de facto, somos aquilo que construímos, cada modelo tem vindo a acompanhar a época e o pensamento da sociedade.

Os modelos das instituições psiquiátricas têm variado consoante as interpretações do significado de ser *louco*. A dualidade da doença mental, é indicada como o ponto de partida para a investigação realizada por Carla Yanni⁴.

No seu livro *The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States*, a autora encara a insanidade como um transtorno individual que tem origem na sociedade, enumerando a civilização como uma das principais causas das perturbações mentais.

Esta teoria é acompanhada pela obra de Charles Bell⁵, intitulada *Madness*.

O autor, pintor e especialista em linguagem corporal, ilustra a forma como a mente afeta o corpo. Através de uma crítica, figurativa, às práticas realizadas em 1806, relativamente a todos os que apresentavam um comportamento desviado dos padrões sociais estabelecidos.

Bell, exagera as tenebrosas expressões faciais numa figura acorrentada, com o intuito de questionar a etiologia da loucura na época em que a Arquitetura Asilar era predominante e escassa de características humanas.

⁴ Carla Yanni é Professora do Departamento de História na Escola de Artes e Ciências de Rutgers. A sua especialização é a história social da Arquitetura na Grã-Bretanha dos séculos XIX e XX e nos Estados Unidos. Autora de três monografias, cada uma aborda a história social de um tipo de edifício específico.

⁵ Charles Bell (1774 -1842) foi um cirurgião escocês, anatomista, fisiologista, neurologista, artista e teólogo filósofo. Bell ficou conhecido por descobrir a diferença entre nervos sensoriais e nervos motores na medula espinhal.



Figura 4. Templo de *Asclepios*
Epidauro, Património da Humanidade, 1988.

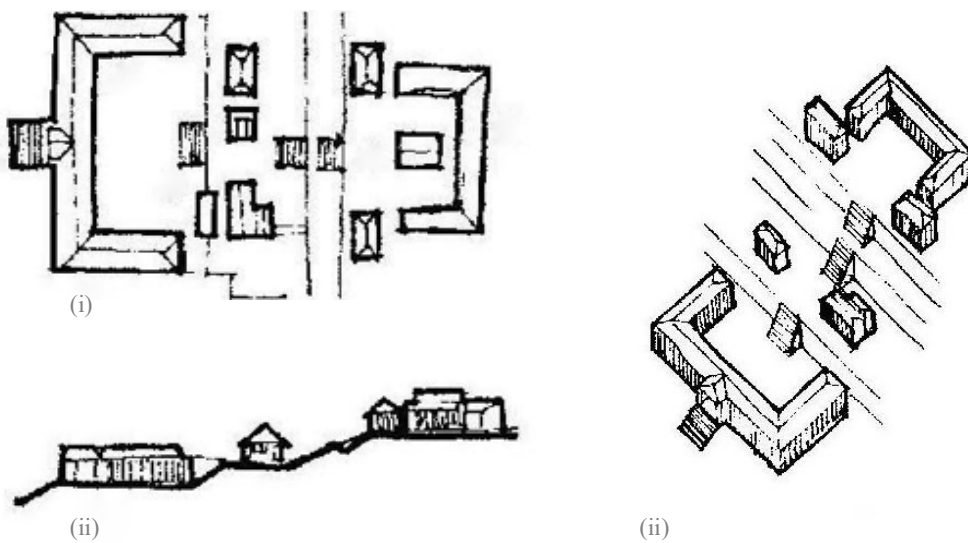


Figura 5. Templo de Asclepios, 1992
(i)Planta; (ii)Alçado; (iii)Esquisso;

1.1.1. NASCIMENTO DA LOUCURA

A origem da Arquitetura Hospitalar remonta à Antiguidade, e surge de uma necessidade em afastar aqueles que apresentavam qualquer diferença dos restantes elementos da sociedade, *os principais problemas de saúde enfrentados pela humanidade sempre estiveram relacionados com a vida em comunidade*⁶.

No Egito, os que apresentassem algum tipo de fragilidade física, mental ou social, recorriam a sacerdotes, que os consultavam em templos isolados. Desde sempre, existiu uma ligação entre o atendimento à saúde e as práticas religiosas, este aspeto refletiu-se na Arquitetura Hospitalar.

Foi na Grécia Antiga, na origem da Filosofia, que surgiram as primeiras iniciativas e questões relativas às enfermidades. Médicos e pensadores procuravam cada vez mais orientação e respostas na Natureza, o que levou a uma desvalorização das crenças religiosas.

Heródoto⁷, nos seus textos, descrevia a loucura como um fenómeno que podia ser subdivido em dois tipos: a loucura natural e a loucura divina. O primeiro tipo de loucura tinha a sua origem em eventos naturais físicos que, conseqüentemente, alteravam a atividade psíquica.

O segundo tipo de loucura era provocado por eventos de origem sobrenatural, atribuída a possessão espiritual ou intervenção divina. Esta associação mística no mundo greco-romano, fazia com que, muitas vezes, o *louco* fosse considerado superior aos demais.

Nesta época, os principais espaços de assistência à saúde eram as *Latreias*, pequenas casas onde os médicos cuidavam e abrigavam os seus doentes. Existiam também os templos denominados *Akslepieia*, que se caracterizavam pela sua localização privilegiada, com uma agradável envolvente e belas paisagens, onde os cuidados eram procurados no Deus da Medicina, *Asclepios*.

⁶ (Miquelin) Anatomia dos Edifícios Hospitalares

⁷ em grego Ἡρόδοτος, foi um geógrafo e historiador grego. A sua obra, conhecida como As Histórias de Heródoto, ficou reconhecida como sendo uma nova forma de literatura, pouco tempo depois de ser publicada.

Muitas vezes, nos mesmos lugares, os jogos de exclusão serão repetidos, de maneira estranhamente semelhante, dois ou três séculos depois. Os pobres, os vagabundos, os presidiários e os alienados, voltarão a assumir o papel de abandonados pelo ladrão, e veremos o que se espera da salvação dessa exclusão, tanto para aqueles que sofrem como para aqueles que excluem. Com um sentido completamente novo, e numa cultura muito diferente, as formas subsistirão essencialmente, essa considerável forma de separação rigorosa, que é a exclusão social, mas a reintegração espiritual.

(Foucault, Historie de la Folie à l'Âge Classique, 1961)



Figura 6. Aposentos do *Hotel Dieu*
Paris, 1700



Figura 7. *A Nau dos Loucos*
Hieronymous Bosh, Século XV

1.1.2. RAZÃO E DESRAZÃO

No final da Idade Média, os indivíduos que apresentassem transtornos mentais graves ou que interferissem na estabilidade social, eram internados nos primeiros hospitais gerais - como o *Hotel Dieu*⁸, em Paris - porém, a atitude de isolar os considerados insanos nestas instituições não era predominante, estes eram muitas vezes expulsos ou devolvidos à sua cidade de origem.

Este ato de banir os *loucos*, deu origem às míticas *Naus dos Loucos*, que eram representadas segundo um carácter trágico em algumas obras do século XV, sendo a mais icónica a de Hieronymous Bosh.

Foi também durante a Idade Média, que surgiu um grande fantasma que foi o seu tormento, a Lepra. Esta doença levou a uma extrema necessidade de construir edifícios de assistência à saúde. Quando a doença desapareceu, estes espaços de exclusão começaram a ser ocupados por todos os que a sociedade considerava desviados dos padrões - loucos, pobres, vagabundos e presidiários.

Foucault⁹, estabelece uma relação de codependência bastante interessante entre Razão e Poder.

Nas suas obras, o autor tem como principal objetivo questionar a Razão, tratando-a como um *mortífero objeto* criado para dominar os Homens.

O livro *História da Loucura*, publicado em 1961, surgiu como o maior questionamento da Razão. A Loucura era para o autor uma forma de insubordinação à Razão, para haver um domínio total sobre os homens não podiam existir loucos.

A loucura, os loucos e os espaços que os abrigam, assumem um papel principal nos estudos do autor.

⁸ Hotel Dieu foi fundado por Saint Landy em 1651, construído entre a Catedral de Notre Dame e o Rio Sena, em 1722 parte foi incendiada e as más condições ficaram expostas a todos, refletindo a má arquitetura e condições da época.

⁹ Paul-Michel Foucault (15 Outubro 1926 - 25 Junho 1984), foi um filósofo francês, historiador de ideais e crítico literário. Dedicou-se ao estudo de vários problemas sociais, entre eles a Psiquiátrica.

As obras de Foucault contribuíram para uma melhor percepção das diferentes formas de consciencialização e visão da loucura na época clássica, o que ajudou, a uma compreensão das diferentes tipologias adotadas.

As cinco formas de interpretação da irracionalidade pela sociedade dividem-se em épocas e contextos, e evidenciam o pensamento que o Mundo tinha sobre aqueles considerados insanos.

Consciência trágica, crítica, enunciativa, prática e analítica são as cinco formas de experiência de loucura enumeradas pelo autor. Esta investigação, apenas aprofunda o conceito de consciência trágica, por ser o de maior relevância para o tema.

A primeira interpretação da loucura, a Consciência Trágica, insere-se no contexto final da Idade Média, onde a loucura era vista como um indicativo para o fim do Mundo. Todos os que apresentassem algum tipo de anomalia não identificada, eram associados à doença e internados em instituições especiais.

Antigos hospitais de leprosos ou Torres isoladas, enclausuravam estes indivíduos, muitas vezes por ordem dos familiares.

Cria-se um pavor ao contágio da loucura pois esta era desprovida de Razão e, conseqüentemente, de Poder.

1.2. RENASCIMENTO

O Renascimento caracteriza-se pelo reinventar do pensamento humano, um período de transição em que o Homem passa a ser visto como o centro do Universo. Desenvolvem-se as Artes, a Literatura e a Ciência.

Em relação à Arquitetura Hospitalar, deu-se um aumento na complexidade das construções, com o predomínio de duas configurações: a cruciforme e a distribuição em galerias.

Foucault destaca o período do Renascimento refletido na *loucura* como sendo algo bastante positivo.

O tema assume importância nas Artes e na Literatura: nos quadros de Bosch, nas obras de Brant¹⁰ e na épica obra de Erasmus de Rotterdam¹¹ onde *fala a Loucura: as pessoas deste Mundo falam muito de mim, e estou a par de todo o mal que se ouve falar da Loucura, mesmo entre os loucos. E, no entanto, sou eu, e mais ninguém, que alegro os Deuses e os Homens*¹².

Consequentemente à curiosidade, surgiu uma maior preocupação com a Loucura, surgiram então os primeiros Hospitais Gerais para fins psiquiátricos, em França, que abrigavam não só os loucos como todos aqueles considerados desalinhados da sociedade.

Estes novos edifícios apresentavam uma arquitetura que viria a ser conhecida como a Arquitetura Asilar.

A primeira instituição a ser considerada um Asilo, destinada exclusivamente aos classificados como *insanos*, ficou conhecida como o *Hospital Bethlem Royal*, em Londres.

¹⁰ Sebastian Brant (1457 - 10 May 1521) um humanista alemão. Conhecido pela sua sátira *Das Narrenschiff* (Nau dos Loucos).

¹¹ Desiderius Erasmus Roterodamus (28 de outubro de 1466 - 12 de julho de 1536), conhecido como humanista holandês da era Renascentista, sacerdote católico, crítico social, professor e teólogo.

¹² Rotterdam, Erasmus. *Elogio da Loucura*. 1997



Figura 8. Mapa de Moorfields, 1559.
 Bishop situava-se imediatamente à direita do terreno baldio.

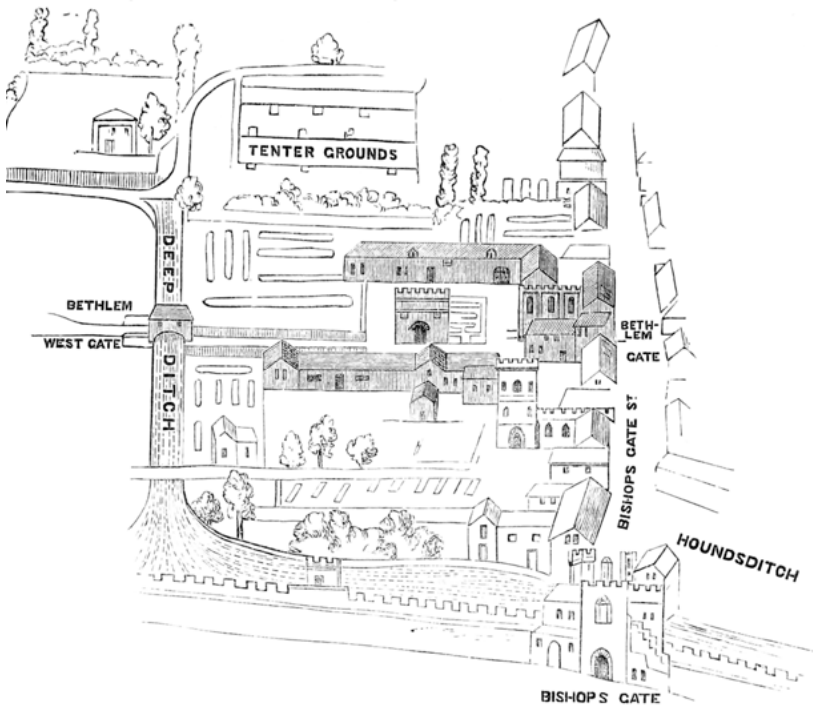


Figura 9. Primeira casa de Bethlem em Bishopgate
 Daniel Hack Tuke, Londres, 1882.

1.2.1. BETHLEM ROYAL HOSPITAL

O Hospital Bethlem Royal foi fundado em 1247 pelo vereador da cidade de Londres, Simon FitzMary.

Inicialmente, o edifício era um convento pertencente à Igreja de Santa Maria de Belém. O mapa da cidade de Londres em 1550 mostra a sua casa original em Bishopsgate, perto do terreno baldio de Moorfields (fig.8).

Foi em meados do século XIV que a propriedade começou a ser usada como um hospital e, em 1403, era o abrigo de seis pacientes considerados perturbados.

Desde então, assumiu o seu papel numa história contínua de instituição destinada ao cuidado de doentes com perturbações mentais.

O Hospital de Bethlem, desde a sua origem, em Bishopsgate, mudou três vezes a sua localização. Em meados de 1670, Bethlem excedia a sua lotação, o que provocou inquietações no governo que o considerava *antigo, degradado e demasiado pequeno para o número de alienados*.¹³

¹³Bethlem Court of Governors Minutes. 1609



Figura 10. Planta de implantação do novo Bethlem Moorfields, 1799.

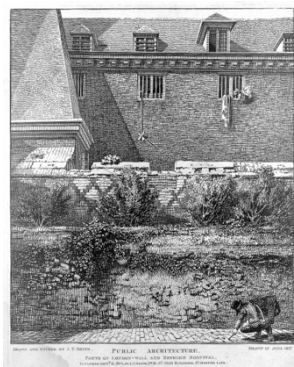
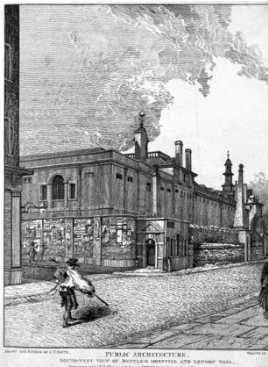


Figura 11. Comparação entre as janelas na fachada principal e nas traseiras do novo Bethlem Moorfields, Londres, 1750.



Figura 12. Fachada do Hospital de Bethlem, ficou conhecido como *Bedlem* Moorfields, Londres, 1750

Robert Hooke¹⁴ projetou um edifício que contrastava com a primeira casa de Bethlem.

O edifício, erguido em 1676, localizava-se na esquina mais próxima do hospital original e possuía uma fachada barroca, distintivamente trabalhada para a época, e a entrada principal ladeada pelas estátuas de Caius Gabriel Cibber¹⁵.

O novo Bethlem, acomodava 120 pacientes, tendo sido aumentado em 1730 para acolher os considerados *loucos incuráveis*.

A grandeza do edifício e o seu estilo renascentista tornavam o hospital semelhante a um palácio. O plano para Bethlem exigia um espaço capaz de receber um elevado número de indivíduos, que podiam apresentar comportamentos perturbadores ou violentos. Esta particularidade de pacientes introduziu a necessidade de contenção e isolamento. Neste sentido, Hooke desenhou um edifício bilateral e simétrico, com uma estrutura central ladeada por dois longos blocos blindados, pontuados por frontões centrais guarnecidos por projeções avançadas.

Na época, foi uma composição muito evoluída e trabalhada, admirada por conseguir romper uma fachada que seria exaustivamente monótona e longa. Interiormente, a entrada principal era feita pelo edifício central, onde se encontrava o hall. Perpendicularmente, encontrava-se o corredor de acesso aos escritórios, armazéns e às salas de admissão, onde os pacientes eram examinados.

Na parte de trás do corredor, uma grande escadaria dava acesso ao salão principal, o maior espaço interior do edifício. O acesso às instalações dos doentes também era feito a partir do edifício central. As celas eram distribuídas por dois andares em alas de ambos os lados.

Os doentes reclusos encontravam-se no piso inferior, com janelas pequenas para sul, enquanto que no primeiro piso, com uma galeria voltada para norte e entrada de luz através de janelas altas, estavam os restantes doentes em celas individuais. A figura 11 faz a comparação entre as aberturas para as diferentes celas. O edifício, estava propositadamente voltado a norte pois acreditava-se que o frio e o escuro eram benéficos para os portadores de perturbações mentais.

O arquiteto Hooke melhorou o sistema sanitário incluindo cisternas em todos os pisos e colocando latrinas exteriores no final das enfermarias. Desenvolveram-se os espaços comuns, construindo-se lareiras e fogões.

¹⁴ Robert Hooke (1635 -1703) foi um cientista e filósofo inglês do século XVII. A escolha de Hooke como responsável pelo projeto para a nova casa de Bethlem foi indiscutível. Este não só era inspetor da cidade desde 1666, como também tinha supervisionado a reconstrução de Bridewell, instituição semelhante a Bethlem

¹⁵ Caius Gabriel Cibber (1630–1700) foi um escultor dinamarquês, que teve grande sucesso em Inglaterra, trabalhando exclusivamente para o Rei Guilherme III.



Figura 13. Planta de implantação do novo Hospital de Bethlem em Southwark, St. George's Field, Londres, 1872



Figura 14. Fachada do novo Hospital de Bethlem, em Southwark onde se destacam a cúpula abobadada onde, mais tarde, foi contruída uma capela. St. George's Fields, Londres, 1817.

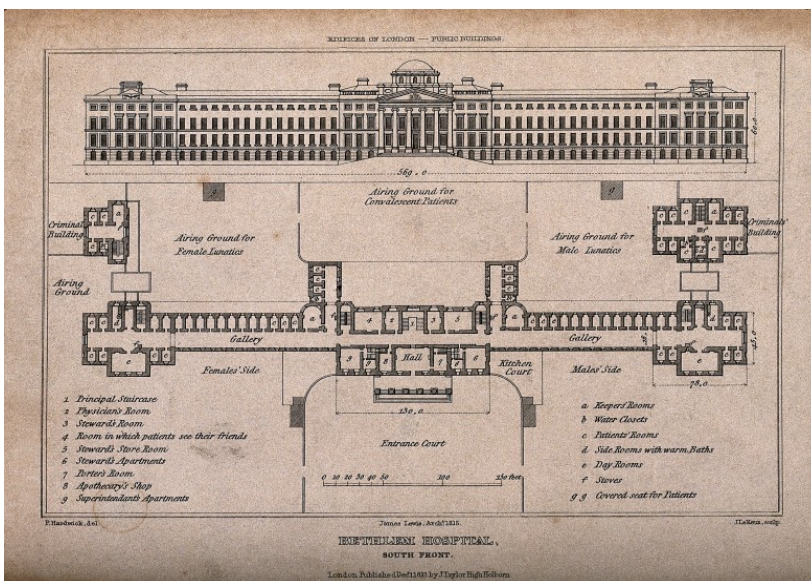


Figura 15. Planta do piso 1 e alçado do novo Hospital de Bethlem Southwark, 1823.

A popularidade e a lotação de Bedlam chegou rapidamente ao seu limite. Consequentemente, em 1815, a instituição mudou-se para o seu terceiro edifício em Southwark.

O arquiteto James Lewis, ficou encarregue da realização do novo edifício, cujo modelo devia ser baseado nos três primeiros lugares de um concurso de Arquitetura em 1810, na cidade de Londres. A inauguração do novo asilo coincidiu com a publicação de um relatório sobre as instituições asilares em Inglaterra.

Nesta publicação, as críticas foram imensas e dirigidas não só ao edifício, como também ao arquiteto. Lewis foi acusado de sacrificar as necessidades dos doentes em prol das exigências sociais.

O pórtico e cúpula eram grandiosos, mas a alavanca mais baixa, onde os doentes viviam, era perpetuamente escura e sombria. Os excessivos gastos não justificavam a inexistência de quartos individuais, nem a ausência de acessos separados consoante a classificação de géneros. Também foram feitas reclamações relativas à falta de vidro nas janelas. Esta situação era agravada pela exclusividade do aquecimento no porão.

O novo Bethlem não era muito diferente nem muito pior do que a maioria dos asilos construídos. O plano assemelhava-se ao de Hooke, um edifício comprido, com um único corredor, onde um bloco de administração central dava acesso a duas alas, de ambos os lados.

O lado norte de Bethlem estava voltado para a rua, apresentando uma fileira de janelas para a cidade. Uma capela foi construída sob a cúpula.

A terceira casa de Bethlem foi uma das instituições asilares mais visitada durante o seu funcionamento, o que vai de encontro ao propósito da sua construção: agradar o público.

A situação, tanto em Bethlem como, mais tarde, em St.Luke¹⁶, chegou a um extremo tal que bilhetes eram vendidos para que público pudesse visitar estes espaços sendo que, as salas de visitas e enfermarias se encontravam em melhor estado do que o resto da instituição.

¹⁶ Hospital de St.Luke foi o segundo hospital psiquiátrico criado em Londres, em 1751.



Figura 16. Planta de implantação do Asilo de Edimburgo Kirkwood, Edimburgo, 1817.

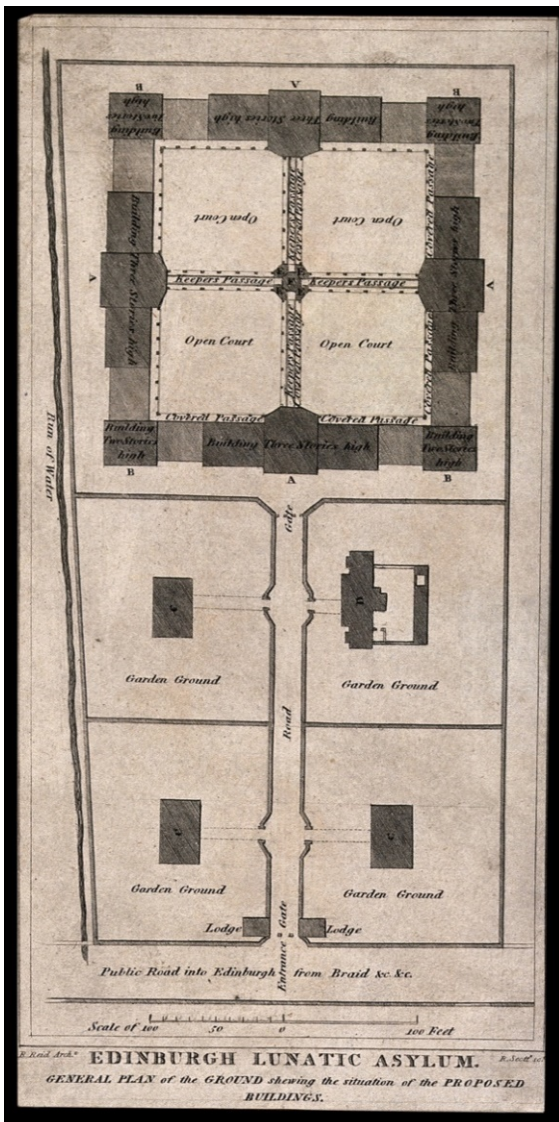


Figura 17. Planta de cobertura do Asilo de Edimburgo, 1807.

1.2.2. EDINBURGH LUNATIC ASYLUM

O passado do Hospital de Betlhem está associado a trágicos acontecimentos, entre eles, a morte do poeta Robert Ferguson¹⁷, a 16 de Outubro de 1774. Perante a morte de um jovem paciente e com ascensão do pensamento iluminista, o Psiquiatra Andrew Duncan decide erguer o seu próprio hospital para doentes mentais.

As tentativas para o desenvolvimento deste edifício começaram em 1792, mas só em 1809 é que se iniciou a construção do que viria a ser um dos modelos de Arquitetura Asilar mais avançado do século XIX, o *Edinburgh Lunatic Asylum*.

A responsabilidade do projeto foi atribuída ao Arquiteto Robert Reid¹⁸.

Este desenvolveu uma planta quadrangular inovadora, em que à volta de um pátio central, eram distribuídos oito edifícios. Quatro com dois pisos nos cantos e mais quatro com três pisos, interligados por uma galeria de distribuição de um piso. Os blocos de maior dimensão, ilustravam uma arquitetura neoclássica semelhante às habitações inglesas entre o século XVII e XIX.

O principal conceito da arquitetura de Reid foi a classificação dos doentes por classe social. Sendo que os mais nobres eram colocados nos blocos dos cantos, onde tinham mais privacidade.

Posteriormente, no interior de cada edifício, os indivíduos eram divididos de acordo com as patologias e o género, de forma a que a interação não fosse prejudicial ao tratamento.

Uma cobertura de duas águas com um vitral circular marcava a fachada principal do edifício. A esta foram adaptadas as janelas e o arco-redondo de St.Luke.

As janelas, maioritariamente cegas, distribuía-se em fileiras, com um espaçamento irregular entre si, assumindo uma forma retangular em todos os pisos, com a exceção do rés-do-chão, onde eram em arco-redondo.

¹⁷ Robert Ferguson (1750-1774), foi um poeta escocês muito influente, apesar da sua morte com 24 anos de idade. Em meados de 1773, apesar de seu crescente sucesso e popularidade, o trabalho de Fergusson compôs o *Poem to the Memory of John Cunningham*, onde escreve sobre os seus medos em acabar numa instituição mental ou asilo. No final de 1774, Fergusson sofreu uma lesão cerebral durante a sua estadia no asilo equivalente a Bedlam, em Edimburgo.

¹⁸ Robert Reid (1774-1856) foi arquiteto pessoal do Rei da Escócia entre 1827-1839. Foi responsável por uma série de obras públicas, incluindo a fachada do Parlamento de Edimburgo.



Figura 18. Fachada do Asilo de Edimburgo
Edimburgo, Escócia, 1807.



Figura 19. Fachada do Hospital de St.Luke
Londres, 1751.

O plano consiste em vários edifícios, quase separados uns dos outros. Nele temos quatro casas distintas, que acomodam 40 pacientes, um responsável pela casa e instalações para os criados, cada casa tem a sua própria cozinha e sala de jantar. Estes edifícios, juntamente com os quatro edifícios de canto, de menores dimensões, formam quatro planos abertos, cada um com o seu próprio espaço exterior, inacessível aos restantes. Os quatro edifícios de canto acomodam pacientes que ocupam um nível mais elevado na sociedade relativamente aos que estão nos edifícios principais e têm autorização para andar livremente pelos jardins¹⁹.

Um dos maiores desafios da época relativamente aos asilos, era conseguir manter a estratificação social dos residentes.

Inicialmente, assumia-se que os pacientes, fossem ou não de um nível social alto, não necessitavam de nenhum tipo de luxo. Mais tarde, conclui-se que aqueles que sofriam de patologias mentais necessitavam não só de luxos, mas também de atenção acrescida para a reabilitação ser positiva. Embora as instalações de Edinburgh fossem humildes, elas eram focadas nos doentes e não no público.

Este pensamento foi o ponto de partida para o Tratamento Moral.

¹⁹ REID, Robert, Observations on the Structure of Hospitals for the Treatment of Lunatics, p.10



Figura 20. Philippe Pinel, 1813

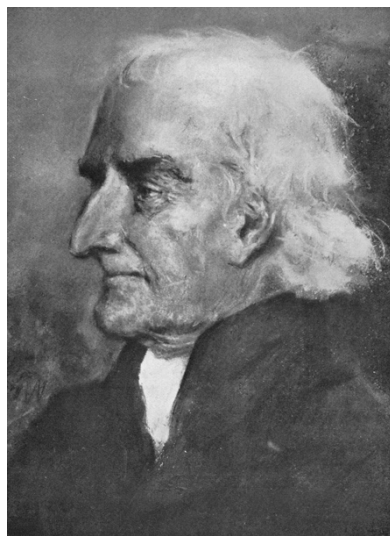


Figura 21. William Tuke, 1819

1.3. ÉPOCA MODERNA

Enquanto em Edimburgo, nascia uma nova arquitetura asilar, em Paris, assiste-se ao nascimento da Psiquiatria, com Philippe Pinel²⁰, que ficou conhecido por *desacorrentar os loucos*²¹.

Pinel, acreditava, que a insanidade podia ser tratada, e que o asilo devia ser um local de cura e não de punição.

Pinel, permitiu que os doentes percorressem livremente os terrenos das instituições, o que promoveu a importância da arquitetura exterior.

William Tuke²², por sua vez, acreditava que o diálogo, era um mecanismo que conduzia à reabilitação, e como Pinel, ele era famoso por rejeitar restrições mecânicas, como correntes e camisas de força, defendendo que a bondade e um bom ambiente poderiam ser a chave para a reabilitação dos doentes. Ambos baseavam as suas terapias no *Tratamento Moral*²³, que caracterizou a primeira Reforma Psiquiátrica e respeitava os direitos humanos dos doentes, tratando-os com dignidade, estimulando-os e motivando-os para estabelecer relações sociais.

Estes princípios vão-se refletir na arquitetura dos novos hospitais, que se afastavam, gradualmente, das suas características asilares.

²⁰ Philippe Pinel (1745-1826) foi determinante no tratamento de doentes mentais e na evolução da psiquiatria moderna. Formado em medicina pela Universidade de Tolouse (França), dirigiu os hospitais de Bicêtre e Salpêtrière. Da observação dos seus próprios pacientes, em 1801, publicou seu Tratado Medico-Filosófico sobre a Alienação Mental, em que defende a doença mental como sendo o resultado de uma exposição excessiva a situações stressantes, e também, a danos hereditários capazes de provocar alterações patológicas no cérebro.

²¹ (PINNEL, Philippe), *Observations on the Structure of Hospitals for the Treatment of Lunatics*, p.10

²² William Tuke (1732-1822) foi um negociante e filósofo inglês cujo nome é ligado ao tratamento humanizado dos doentes mentais, para os quais projetou, em 1792, o York Retreat.

²³ Tratamento Moral, em Psiquiatria, é o tratamento humano do doente mental. O movimento iniciado no século XVIII, em prol de um tratamento mais humano dos insanos.

1.3.1. THE YORK RETREAT

Em 1796, William Tuke, fundou o *The York Retreat*, projetado pelo arquiteto John Bevens.

O projeto tornou-se um modelo de referência na história da arquitetura das instituições psiquiátricas, por ter sido o primeiro construído de acordo com os princípios do Tratamento Moral. Neste contexto de reforma psiquiátrica, surgiu o termo retiro, que sugeria um refúgio dos males da sociedade, termo por si só muito mais humano que isolamento.

Tuke comprou um terreno de cinco hectares numa colina, reforçando a ideia de um refúgio da sociedade, com um ambiente natural agradável. A intenção principal era conseguir um ambiente doméstico e confortável. O edifício era composto por um bloco central de três pisos, encontrando-se no primeiro o acesso principal.

A Norte estendia-se a galeria do primeiro piso, onde se localizava a cozinha, a adega e a despensa. A Sul, localizava-se a sala de estar e a sala de jantar, separadas as dos pacientes das dos profissionais.

Ambos os setores eram separados por um corredor principal, com dois metros e meio de largura, que se estendia por todo o edifício. Em torno de ambos os lados do corredor, situavam-se as instalações para os doentes, incluindo as enfermarias e os quartos individuais. Todos os quartos tinham uma janela na parte superior da parede, de modo a garantir uma entrada de luz natural. Os jardins eram tão importantes quanto o próprio edifício, os campos exteriores deviam ser tratados pelos pacientes, que também podiam ter animais de estimação e havia um incentivo à prática de exercício físico no exterior.

Graças a estas inovações do *York Retreat*, a Arquitetura Asilar e o ambiente físico começaram a ser vistos como uma ferramenta terapêutica.

As premissas do Tratamento Moral não tinham uma influência direta na conceção do edifício, contudo, este refletia a procura pela compreensão das patologias e uma preocupação como bem-estar dos pacientes.

Estas diferenças sentem-se quando comparamos, por exemplo, as janelas dos quartos. No caso de Bethlem estas nem sequer tinham vidros, pois acreditava-se que os loucos eram insensíveis ao frio. Práticas médicas, como alimentar bem o paciente, manter a higiene corporal, incentivar o sono e insistir num regime diário eram imperativas.

Tuke pretendia usar a bondade para evocar afeição nos pacientes, que mais tarde seriam devolvidos à sociedade.

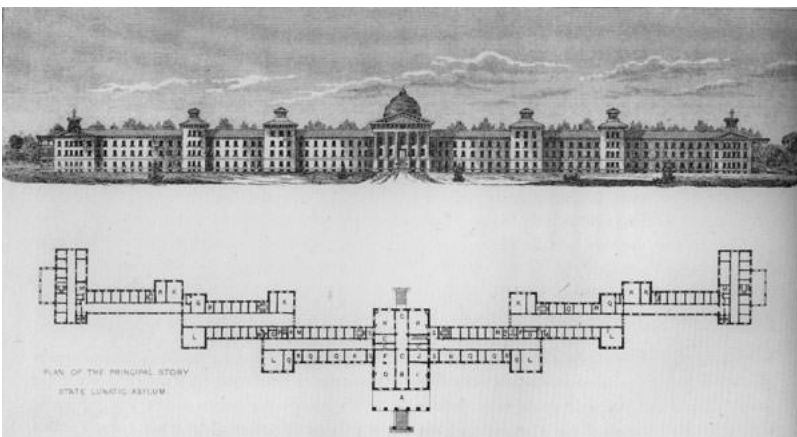


Figura 25. Planta característica do Plano de Kirkbride e o respetivo alçado New Jersey Lunatic Asylum, 1850.

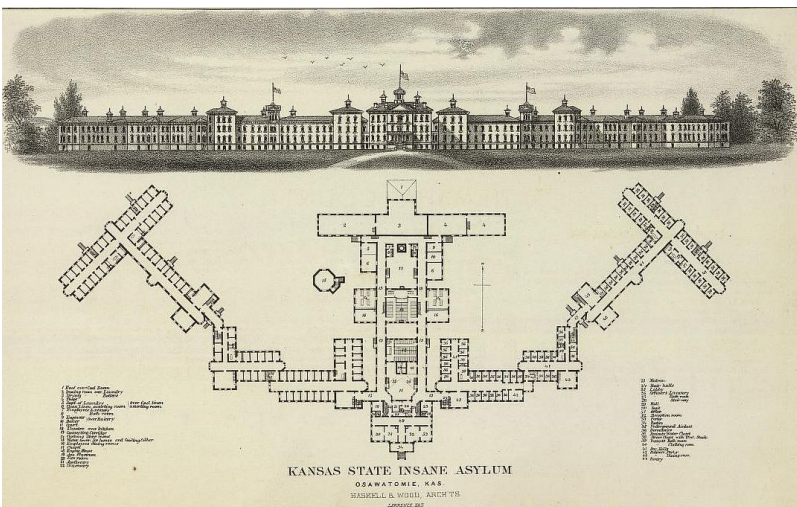


Figura 26. Planta do segundo modelo do Plano de Kirkbride, mais hierarquizado e evoluído, e o respetivo alçado. Kansas Lunatic Asylum, 1858.

1.3.2. TRATAMENTO MORAL

O Dr.Kirkbride²⁴, cujos princípios influenciaram todas as instituições mentais nos EUA entre o final do século XIX e início do XX, foi um dos principais apoiantes do Tratamento Moral, definindo um desenho arquitetónico que acompanhasse o mesmo.

Kirkbride defendia que as características físicas de um hospital psiquiátrico deviam contribuir positivamente para a saúde física, mental e emocional do paciente, proporcionando espaços para atividades físicas e ambientes embelezados.

Isto refletiu-se na inserção de jardins, fontes e pequenas casas no terreno dos hospitais. Foram desenvolvidas áreas rurais para que os pacientes pudessem desfrutar e acalmar as suas emoções.

As novas instalações evidenciavam grandes evoluções em comparação com os modelos anteriores. Nos lugares propostos por Kirkbride, os pacientes tinham liberdade para realizar atividades lúdicas e viver em comunidade. Ele também enfatizou a qualidade do solo, que devia ser adequado para agricultura e, posteriormente, cultivado por pacientes e funcionários.

O edifício, deveria ser orientado de forma a que todas as janelas tivessem vista direta para o exterior e entrada de luz natural a maior parte do dia, especialmente nos espaços comuns.

Apesar de apresentar semelhanças com os modelos asilares anteriores, a arquitetura dos edifícios de Kirkbride tinha um propósito a suportar a sua organização. A planta de Kirkbride, que ficou conhecido como a planta em forma de morcego, distribuía os doentes por géneros e patologias a partir de um edifício central.

Do lado direito o sexo masculino e do lado esquerdo o sexo feminino. Por sua vez, quanto mais afastados estivessem, do bloco central, os quartos dos doentes, mais grave seria a patologia que estes apresentavam. Desta forma, todos que evidenciassem uma reabilitação positiva, eram transferidos para instalações mais próximas do núcleo central, de modo a que o carácter de comunidade ganhasse força de forma gradual.

Kirkbride acreditava que o ambiente era a chave fundamental para reabilitar os pacientes e para um equilíbrio dos sentidos.

²⁴ Thomas Kirkbride (1809 - 1883) foi um médico, defensor dos doentes mentais e fundador da Associação dos Superintendentes Médicos das Instituições Americanas para os Insanos (AMSAIL).

Esse espaço fechado, recortado, e vigiado em todos os seus pontos. Onde os indivíduos estão inseridos num lugar fixo, onde os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registrados, onde um trabalho ininterrupto de escrita liga o centro e a periferia, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos — isso tudo constitui um modelo compacto do dispositivo disciplinar.

(Foucault, Vigiar e Punir, 1975)

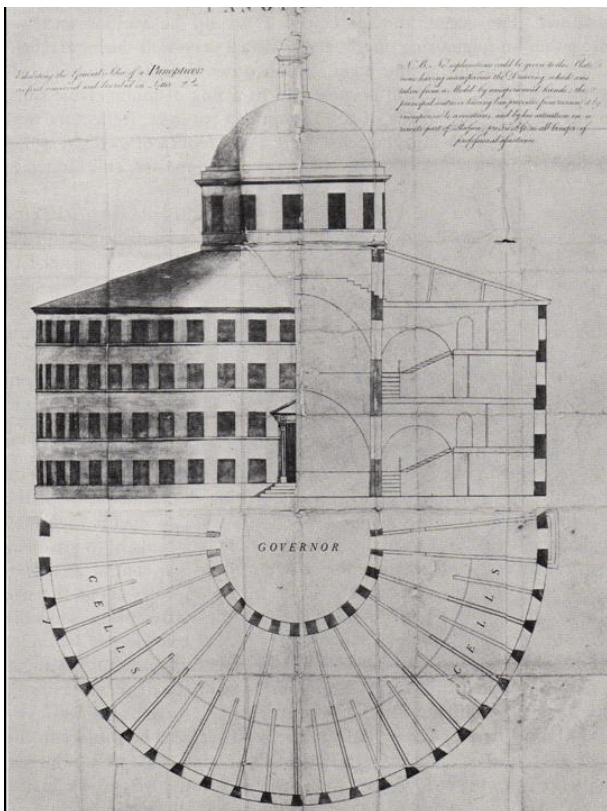


Figura 27. Planta, corte e alçado esquemático que explicam o sistema do Panóptico de Jeremy Bentham, 1791

1.3.3. ARQUITETURA E CONTROLE SOCIAL

Da mesma forma que é importante garantir conforto e humanizar a arquitetura psiquiátrica, a segurança dos doentes, também é imprescindível. Estas instituições abrigam indivíduos com comportamentos imprevisíveis, o que requer uma vigilância permanente.

Qualquer edifício pode ser manipulado para controlar e inspecionar os seus habitantes, sendo o exemplo mais famoso da arquitetura projetada para o controle o Panótico de Jeremy Bentham²⁵.

O panótico organiza espaços que permitem que os indivíduos sejam observados, sem que disso se apercebam.

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre, e outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado.

Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panótico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções - trancar, privar de luz e esconder - só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha.²⁶

²⁵ Jeremy Bentham, (15 de Fevereiro de 1748 - 6 de Junho de 1832) foi um filósofo inglês que centrou os seus estudos em teorias sociais,

²⁶ (Foucault, 2011)



Figura 28. Pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda Lisboa, 1948.

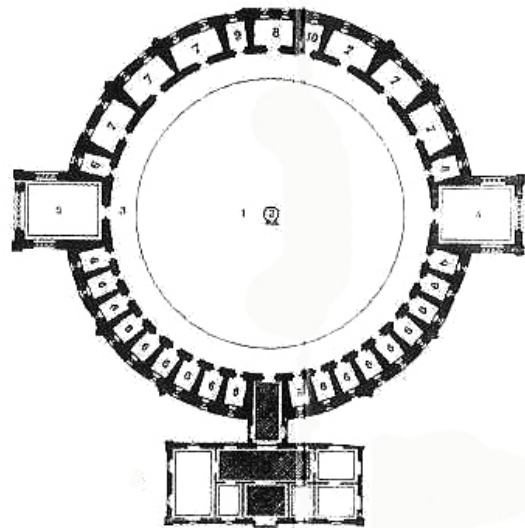
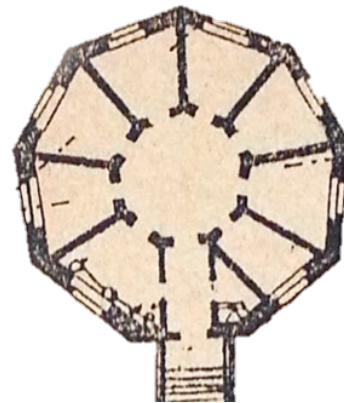


Figura 29. Panóptico do Hospital de Conde de Ferreira Porto, 2017.



Foucault refere o panótico na sua obra *Vigiar e Punir*, como ferramenta para disciplinar a sociedade, em 1975.

Apesar de Bentham se ter focado nas prisões e nos hospitais, para Foucault, todos os espaços que sugerissem clausura eram associados ao controle social: escolas, exércitos, fábricas e, por fim, hospitais e prisões.

Todos estes espaços inseriam os indivíduos em moldes sociais, controlando-os sem que os mesmos se apercebessem e adaptando-os consoante os requisitos dos detentores do poder. Note-se que o termo *poder* não possui um carácter negativo, por exemplo, numa escola, o poder é associado à direção.

Atualmente, o panótico não se torna evidente na maioria dos casos. Contudo, estamos muitas vezes perante uma arquitetura de controlo social sem ter essa perceção.

Neste sentido, grande parte das escolas e hospitais são projetados com plantas quadrangulares, em U, em cápsula ou segundo um sistema de vila simétrico a partir de um ponto central.

Em Portugal, existem dois edifícios que evidenciam a arquitetura do panótico, ambos pertencentes a hospitais psiquiátricos: o pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa; e o panótico do Conde de Ferreira, no Porto.

1.4. A REFORMA PSIQUIATRICA

A Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social pelo fim da Arquitetura Manicomial. O que incluiu também avaliação das metodologias terapêuticas aplicadas à reabilitação dos doentes mentais.

O movimento subdividiu-se em três fases: a primeira fase é marcada por um processo de crítica às estruturas asilares e representado pelas Comunidades Terapêuticas²⁷; A segunda, é marcada pela extensão da psiquiatria ao espaço público e a promoção da saúde mental, onde se destacam a Psiquiatria de Sector²⁸ e a Psiquiatria Preventiva²⁹; E por último, a terceira fase, denominada Antipsiquiatria, que interpretava a loucura como sendo algo implementado pelos detentores de poder e propunha a contestação do saber médico sobre a doença.

Foi na pressão desta última fase, juntamente com os princípios do Tratamento Moral e a Psiquiatria Democrática Italiana, que surge o conceito de Desinstitucionalização³⁰, como criação de novas realidades para os doentes mentais.

Franco Basaglia³¹ liderou o processo da Reforma Psiquiátrica na Europa, com a transformação do Hospital Psiquiátrico de Gorizia³² numa Comunidade Terapêutica, tendo em 1961 mais de mil pacientes internados. Basaglia tinha como principais objetivos o abandono da violência como recurso, a abolição do uso excessivo de medicamentos e a eliminação de práticas regressivas, sistema de punição e eletrochoques.

Posteriormente, entre 1971 e 1978, Basaglia assumiu a direção do asilo de Trieste, superando o seu próprio modelo de comunidade terapêutica e humanização institucional.

Promoveu a construção de novos espaços que fugissem da Arquitetura Manicomial.

Foram construídos sete centros de saúde mental, distribuídos pelo território da cidade, construíram-se ainda algumas residências terapêuticas, onde moravam os pacientes cujas patologias apresentavam ser menos graves, acompanhados de técnicos ou voluntários.

²⁷ Comunidades Terapêuticas foram determinantes para o afastamento do antigo modelo hospitalar e contribuíram para a Humanização das Instituições, socialização das ações e promoção do suporte social para os pacientes.

²⁸ Psiquiatria de Sector consistia em levar os pacientes para um sector definido na região circundante ao hospital.

²⁹ Psiquiatria de Preventiva deslocava os pacientes até à comunidade, como etapa de tratamento.

³⁰ Desinstitucionalização é ato ou efeito de retirar, reduzir ou perder o carácter institucional, em Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 2018.

³¹ **Franco Basaglia** (1924 - 1980) foi um Psiquiatra e Professor italiano. Propôs uma total reconstrução das instituições psiquiátricas, pioneiro do conceito moderno da saúde mental, líder carismático da psiquiatria italiana, fundador da psiquiatria democrática e da Lei 180 ou Lei de Basaglia que aboliu os manicómios em Itália.

³² Hospital Psiquiátrico Gorizia em 1985, durante a sua inauguração, iniciaram-se as lutas contra a violação dos direitos dos portadores de patologias mentais.

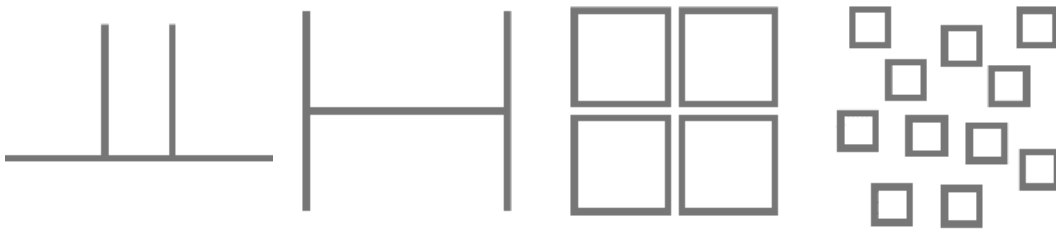


Figura 30. Esquema da evolução das tipologias dos hospitais psiquiátricos, do século XVII até XXI
Rebollido, 2014.

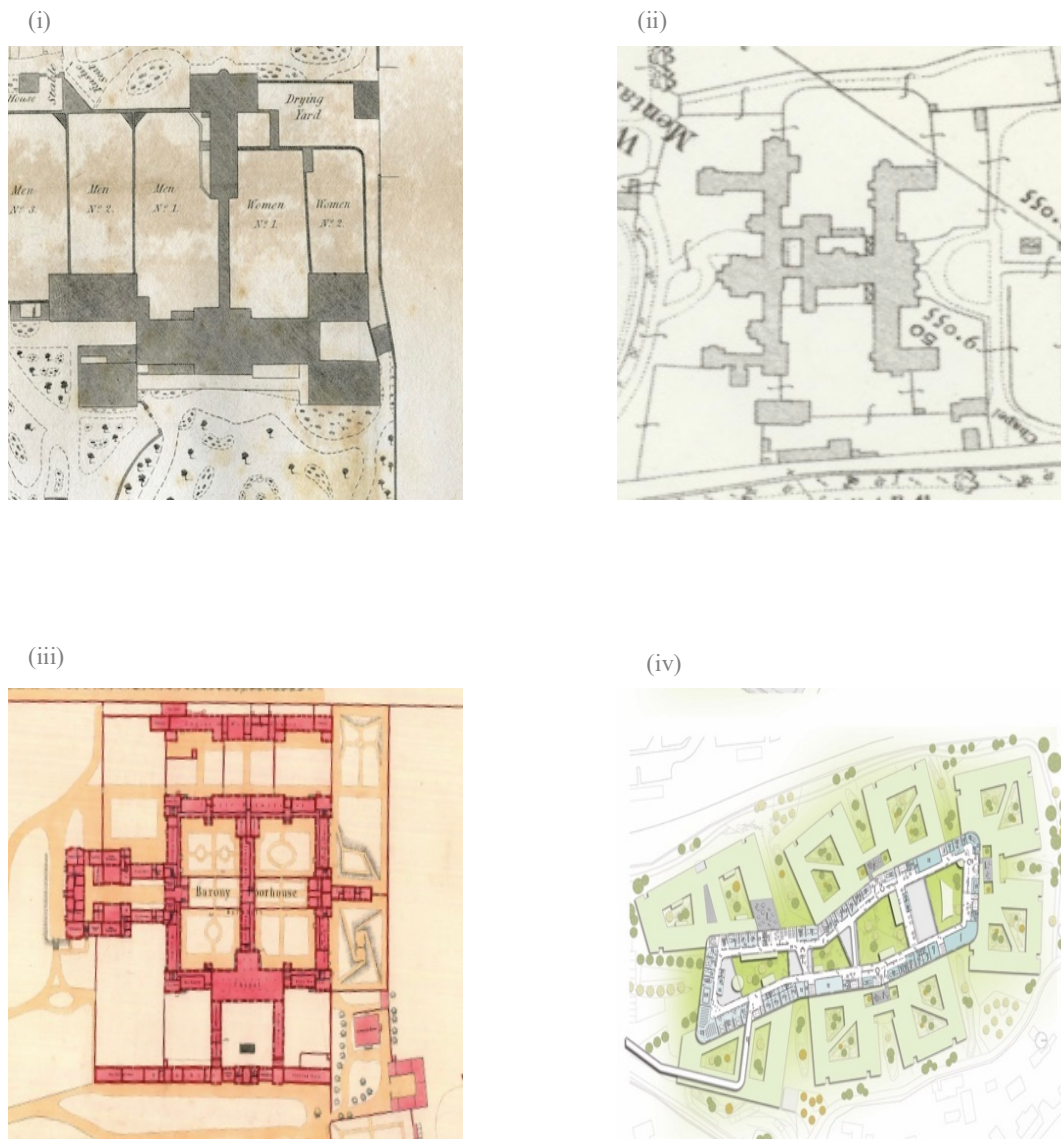


Figura 31. Evolução real dos hospitais psiquiátricos:
(i)The Retreat, Nova Iorque, 1796; (ii)Hospital Warneford, Inglaterra, 1813; (iii) Barnhill Poorhouse, Glasgow, Escócia 1848; (iv) Hospital Psiquiátrico Vejle, Dinamarca, 2017;

A alteração no tratamento tornava-se cada vez mais evidente nos modelos das instituições. Antes, o isolamento, a pouca iluminação e a punição estavam entre os principais remédios.

Com os princípios da nova Reforma, o convívio, a iluminação, o contacto com o exterior e a estimulação positiva começam a ganhar relevância no processo de reabilitação.

Desta forma, uma arquitetura que era fechada para si mesma, começa a assumir um carácter inclusivo e humanizado.

O esquema na Fig.30 evidencia uma alteração tipológica dos Hospitais Psiquiátricos nos últimos séculos, desenvolvida por um aluno de Mestrado Integrado em Arquitetura e Urbanismo. Como uma continuação do trabalho do meu colega, selecionei alguns casos reais de hospitais desde o século XVIII até à atualidade.

Os exemplos escolhidos sustentam o esquema desenvolvido em 2014, mas, mais importante ainda, evidenciam a relação entre a Arquitetura e a Psiquiatria.

O primeiro modelo, mostra uma arquitetura fechada, em que a frente do edifício estabelece uma barreira com o exterior, enquanto se desenvolve pobremente para as traseiras; no segundo modelo, já vemos um desenvolvimento em ambas as direções, foi nesta altura que se desenvolveu a organização e hierarquização dos doentes, consoante géneros, patologias e posição social.

O terceiro modelo já se insere no período do Tratamento Moral, quando a reabilitação da doença mental começa a ser equacionada, desenvolvem-se as tipologias quadrangulares, a arquitetura relaciona-se com o controle e o edifício começa a ganhar vida, ainda que voltado para um espaço central, a importância da vida em comunidade e a realização de atividades entram em ascensão.

O último modelo, contemporâneo, mostra uma mudança radical na relação do edifício com a envolvente, o mais perceptível é a organização em vila, a fluidez das unidades e a ausência de rigidez no desenho.

Surge uma arquitetura adaptada à mais recente Reforma Psiquiátrica, que tem como foco principal a reabilitação dos doentes e a normalização da saúde mental.

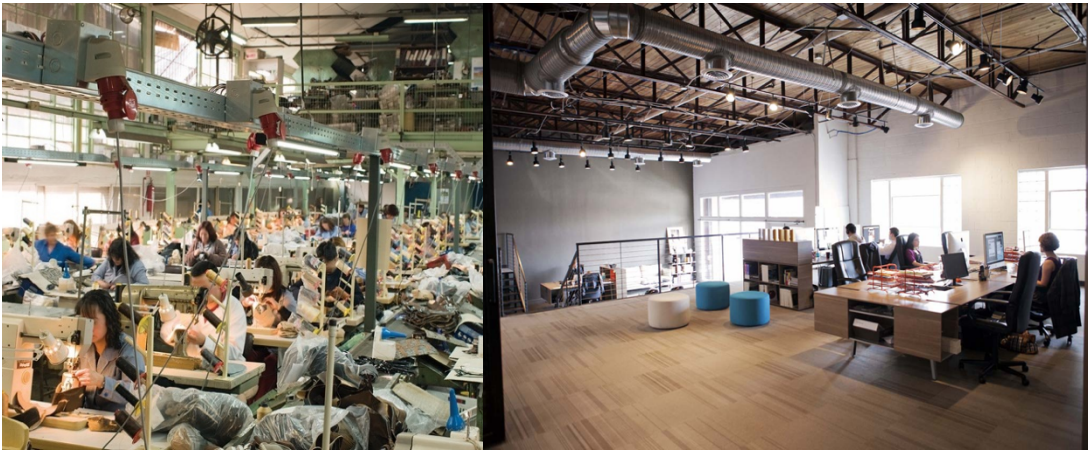


Figura 32. Comparação entre Arquitetura Humanizada e Não-Humanizada onde o público-alvo são os trabalhadores. O primeiro ambiente (fábrica de tecidos na Tailândia) não apresenta as condições humanas necessárias para que as tarefas possam ser realizadas garantindo o bem-estar físico e mental dos indivíduos, ao contrário do segundo ambiente (gabinete de Arquitetura em Frankfurt), onde os trabalhadores usufruem de um ambiente que possui características físicas e ambientais benéficas para o seu desempenho.



Figura 33. Comparação entre Arquitetura Humanizada e Não-Humanizada onde o público-alvo são os professores e os alunos. O primeiro ambiente (escola em Moçambique) não apresenta condições humanas necessárias para que haja um bom aproveitamento, é evidente a sobrelotação e as más condições do espaço na sala de aula. Por outro lado, o segundo ambiente (escola em North Caroline) mostra um espaço que, embora pequeno, possui uma organização pensada para os seus usuários, o facto das cadeiras estarem organizadas em U e haver poucos alunos na sala melhora o aproveitamento e aumenta a capacidade de concentração.

1.5. HUMANIZAÇÃO

Humanizar significa dar condições humanas a qualquer coisa ou lugar, e de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa, pode ainda classificar-se como o ato de tornar compreensivo, bondoso e sociável.

Por conseguinte, Humanização é a ação que põem em prática este conceito.

A Humanização é um processo que abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas e pode ser aplicado nas mais variadas áreas. Atualmente, o tópico mais discutido é o mesmo que nos interessa para o trabalho, a Humanização aplicada ao sector da Saúde.

*Humanizar é resgatar a importância dos aspetos emocionais, indissociáveis dos aspetos físicos na intervenção na saúde. É adotar uma prática em que profissionais e utilizadores consideram os aspetos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar ambientes hospitalares é repensar as práticas das instituições de saúde, procurando diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contacto pessoal*³³

Florence Nightingale³⁴ notou a influência do meio envolvente nos seus pacientes e, posteriormente, a sua obra, *Notes on Hospitals*, foi determinante no desenvolvimento da Arquitetura Hospitalar em todo o Mundo, contribuindo para uma enfatização progressiva da importância da qualidade do espaço físico na reabilitação dos pacientes.

Sendo assim, a Humanização de ambientes hospitalares consiste na qualificação do espaço construído a fim de promover ao seu usuário conforto físico e psicológico, para a realização das suas atividades e da sua recuperação, através da atribuição de qualidades ao espaço que provocam sensações e estímulos positivos.

A Humanização dos espaços acontece quando o projeto é pensado a partir do público-alvo. Por exemplo, numa casa, são os moradores, numa empresa, os colaboradores e os clientes, numa escola, os professores, alunos e funcionários.

Portanto, o papel do arquiteto num primeiro momento, é pensar no vínculo que os utilizadores vão desenvolver com o espaço.

³³ (MEZZOMO, 2001) Humanização Hospitalar, Premius Editora

³⁴ Florence Nightingale (1820 - 1910), escritora e fundadora da enfermagem moderna.



Figura 34. Sala comum *The Lantern Saybrook*
Oakland, EUA, 2016



Figura 35. Corredor de circulação *The Lantern Saybrook*
Oakland, EUA, 2016

A envolvente arquitetónica é o resultado de uma conjugação de elementos num determinado espaço, que interagem na perceção do utilizador de forma positiva ou negativa.

Esses elementos, são a adequação do espaço físico consoante as ferramentas de humanização necessárias num determinado caso.

A principal dificuldade em humanizar um espaço destinado à saúde mental é que esta humanização arquitetónica não pode ser generalizada, pois as características que trazem conforto aos pacientes variam consoante as patologias, o que torna mais desafiante a procura de soluções.

*Não é possível projetar um ambiente humanizado genericamente e esperar que ele auxilie na cura de todos os pacientes. O trabalho pode ter um efeito contrário para os portadores de diferentes patologias mentais quando eles são agrupados sob o genérico título de pacientes.*³⁵

Um dos exemplos de necessidades específicas de um determinado grupo de pacientes consoante a patologia que apresentam, tem a ver com os idosos vítimas de Alzheimer.

Como os sentidos destes pacientes ficam danificado com o avançar da doença estes não devem ser expostos a ambiente perturbadores. Contudo, devem manter um ritmo de vida ativa, exercitando-se a nível físico e mental, de forma a que a evolução da doença seja o mais controlada possível.

Nestes casos, deve ser criado um ambiente mais íntimo, com cores mais leves, mais pequeno, com percursos intuitivos e com níveis de iluminação controlados.

Nos Estados Unidos, na cidade de Ohio, uma instituição foi construída especificamente para idosos, intitulada *The Lantern of Saybrook*.

O estabelecimento, que acolhe 83 idosos residentes e 65 funcionários, foi projetado segundo um conceito de ambiente familiar, personalizado e interativo.

Inspirado num bairro americano dos anos 40, todos os quartos simulam a fachada de casas, com janelas, pilares e varandas.

O piso simula um relvado e o local possui alguns estabelecimentos de serviço e lazer, como cabeleireiros, cafés e até cinema.

O ambiente foi todo pensado para reduzir a ansiedade, raiva e depressão dos moradores. Além de ser um espaço aconchegante, possui um sistema sonoro que simula sons da Natureza.

³⁵ (MALKIN, 1991) *Hospital Interior Architecture creating healing environments for special patient populations*, NY

1.5.1. ARQUITETURA E SAÚDE MENTAL

O objetivo principal desta Dissertação é estudar a influência da Arquitetura na Saúde Mental, compreendendo de que forma esta arte pode contribuir positivamente na reabilitação dos doentes. Neste sentido, a investigação exigiu um aprofundar de conhecimentos relativos à Psiquiatria, de modo a que estes, por sua vez, se relacionassem com os conhecimentos de Arquitetura adquiridos ao longo de cinco anos.

Oscar Niemeyer³⁶ dizia que só a Vida podia mudar a Arquitetura e que, no dia em que o Mundo fosse mais justo, a Arte seria mais simples.

Desprovida de uma definição exata, a Arquitetura pode ser descrita como uma disposição de partes, um processo e um produto. Resultante do planeamento, desenho e construção.

O produto não tem vida sem os seus utilizadores, o Homem arquiteto não é nada sem o Homem utilizador.

A Psiquiatria foca-se na compreensão da mente humana que, por sua vez, influencia os critérios dos utilizadores relativamente ao espaço. O espaço gera-se através da relação entre os usuários, o ambiente construído e o desenho urbano.

Rapoport³⁷ sintetiza o seu estudo da relação do espaço com o comportamento humano em três perguntas básicas:

1. *Quais são as características psicológicas e culturais dos seres humanos que influenciam o ambiente construído e quais os aspetos influenciados?*
2. *Que aspetos dos ambientes físicos têm efeitos sobre as pessoas, em que circunstâncias, como, por quê e quais são esses efeitos?*
3. *Quais os mecanismos que ligam o homem ao meio ambiente?*

³⁶ Oscar Niemeyer (1907-2012), foi um Arquiteto brasileiro, considerado uma das figuras-chave no desenvolvimento da Arquitetura Moderna.

³⁷ Rapoport (1911 - 2007) foi um psicólogo matemático americano nascido na Rússia que contribuiu para a teoria geral dos sistemas e para a modelagem matemática de interação social e modelos escolásticos de contágio.

Segundo Rapoport, na maioria dos casos, o Homem seleciona ambientes. O que normalmente chamamos de seleção natural envolve tanto a rejeição como a procura.

O espaço físico não é apenas um cenário onde os comportamentos humanos acontecem, é este que fornece estímulos que ativam esses comportamentos.

Esses estímulos, juntamente com outros fatores externos, principalmente a situação social do indivíduo, configuram o comportamento.

A configuração do espaço físico é então determinante no comportamento humano.

Krasner³⁸ delineou três variáveis com um impacto direto no comportamento humano e agrupou os critérios, por ele estabelecidos, de acordo com sua permanência e origem.

As duas primeiras variáveis inserem-se no *Meio Físico Construído*, e subdividem-se em variáveis *Fixas* e *Semi-Fixas*.

As primeiras, também chamadas de *Variáveis Estruturais* possuem um carácter duradouro e dificilmente modificável. Desta forma, elas constituem o projeto arquitetónico, são construídas de raiz e apresentam formas e dimensões específicas (portas, janelas, corredores, fachadas, colunas, tetos, paredes).

As segundas, nomeadamente as *Variáveis Semi-Fixas*, embora pertencentes ao *Meio Físico Construído*, caracterizam-se pela sua relativa facilidade de adaptação e correspondem aos móveis e à decoração.

As últimas variáveis pertencem ao meio *Não Construído* e são as denominadas *Variáveis Ambientais*, por norma não são palpáveis, embora possam ser igualmente modificáveis, como por exemplo a temperatura, a luz e o som.

Krasner indicou os hospitais psiquiátricos e salas de aula como sendo os exemplos mais ilustrativos desta relação entre Comportamento Humano e Ambiente.

Esta conclusão, resultou de um estudo prévio aplicado a vinte e cinco crianças, no seu ambiente escolar, e a vinte e cinco doentes residentes num hospital psiquiátrico.

Krasner organizou um questionário com o intuito de perceber a perceção que os diferentes grupos tinham do espaço.

Os resultados, revelaram que ambos consideravam ambientes pequenos e familiares mais confortáveis, edifícios em tijolo com telhados de duas águas e janelas horizontais também eram preferidos, assim como tipologias circulares e janelas com vistas para a Natureza.

³⁸ Leonard Krasner (1924-2007) foi um psicólogo especializado em Psicologia Experimental. Ficou bastante conhecido em 1965 com dois livros: *Case of Studies in Behaviour Modification* e *Research in Behaviour Modification*. O termo *alteração comportamental* ganhou força e até hoje as suas publicações são classificadas como as mais pertinentes sobre o tema.

Ellenberger³⁹, em 1971, aponta o isolamento involuntário em hospitais psiquiátricos responsável não só por agravar a condição do doente como também por tornar os internos pouco capazes de se relacionar com o mundo exterior.

Posteriormente, Osmond⁴⁰, nos seus estudos na área da Sociologia, propôs redesenhar as linhas dos hospitais psiquiátricos, identificando quais as componentes do espaço físico que contribuíam para a reabilitação e quais podiam potencializar o agravamento da condição dos doentes.

Em 1987, Osmond observou que os corredores lineares tinham efeitos nocivos sobre os internos: favoreciam o isolamento social, dificultando as relações sociais e condicionando a privacidade. Como resultado dessa análise, Osmond propôs um projeto de corredor circular, convencido de que isso promoveria uma maior interação social dentro do hospital psiquiátrico. Anos depois, alguns pesquisadores, estudaram a influência desse desenho no mesmo hospital e confirmaram a tese de Osmond: o corredor radial era uma melhor solução ao invés do corredor linear.

A disposição do mobiliário foi o segundo aspeto a ser alterado, concluindo-se que, em vez de dispostas em linha encostadas a uma parede, as cadeiras deveriam estar em círculo.

Esta pequena alteração na disposição do mobiliário, contribuiu para uma maior interação entre os pacientes e conduziu a conversas mais sinceras com os familiares e os profissionais.

Atualmente, é inquestionável o impacto do espaço físico nas instalações de saúde mental.

A configuração destes espaços é determinante na qualidade dos serviços prestados e na eficiência do meio terapêutico.

O espaço condiciona as expectativas e percepções que os pacientes têm sobre si mesmos, sobre a equipa de profissionais, sobre os serviços que recebem e sobre o sistema de saúde.

Além disso, também a equipa de profissionais é influenciada pelo espaço, acabando por se criar uma relação direta na interação com os pacientes e o meio envolvente.

Como já foi mencionado ao longo desta investigação, os fatores físicos e ambientais que influenciam o comportamento humano são vários e interferem não só no processo terapêutico como também na segurança, privacidade e conforto físico e emocional, de todos os que utilizam o espaço.

³⁹ Henry Ellenberger (1905 - 1993) foi um Psiquiatra Canadano, Historiador da Medicina e Criminologista. Ficou conhecido pelo seu estudo relativo à psiquiatria dinâmica publicado em 1970: *The Discovery of the Unconscious*.

⁴⁰ Humphry Osmond (1917 - 2004) foi um psiquiatra Inglês. Conhecido por inventar a palavra Psicadélico e pelas suas pesquisas em aplicações interessantes e úteis para drogas psicadélicas. Osmond também explorou aspetos da psicologia dos ambientes sociais, em particular como eles influenciaram o bem-estar ou a recuperação nas Instituições de Saúde Mental.

Em 2006, Bradley Karlin⁴¹ elaborou uma revisão literária que foi adotada como um dos principais documentos orientadores para gabinetes de arquitetura.

Nesta revisão foram incluídos artigos, relatos e estudos empíricos que identificaram questões ambientais e terapêuticas relevantes na arquitetura do hospital psiquiátrico e no atendimento ao paciente. A revisão identificou importantes questões ambientais, considerações e recomendações em vários domínios com grande potencial para melhorar o atendimento ao paciente e o funcionamento da equipa.

Os resultados foram classificados em cinco categorias: recursos ambientais, características arquitetónicas, arquitetura/design de interiores, recursos sociais e questões específicas.

Os recursos ambientais incluem as luzes, a qualidade do ar e o ruído.

As características arquitetónicas correspondem aos aspetos permanentes do ambiente hospitalar, que incluem o plano físico, a organização, o tamanho e a forma das unidades. Estas incluem a tipologia do edifício, que se deve aproximar de uma organização em comunidade, os quartos individuais, que contribuem para a privacidade e a autonomia. A existência de múltiplas janelas, que por sua vez devem ser grandes e baixas com vista para um ambiente natural e tranquilo, no intuito de melhorar as capacidades sensoriais e reduzir o delírio. O acesso à Natureza, também foi identificado como prioridade no projeto de uma unidade hospitalar, assim como a incorporação de espaços flexíveis. O desenho da unidade deve encorajar a participação da família e as atividades em grupo, por exemplo, tendo espaço suficiente para reuniões de grupo.

As características interiores são os aspetos menos permanentes do ambiente hospitalar, e devem ser aplicadas tendo em conta o que se pretende na unidade e o conjunto de estímulos a despertar nos pacientes, incluem o mobiliário, a decoração, as cores e os materiais.

No que diz respeito aos recursos sociais os pacientes devem ter o máximo controle que a sua patologia lhes permita administrar, ou seja, refere-se à privacidade, à capacidade de controlar a interação social, à flexibilidade dos espaços e à vigilância indireta, a sensação de autonomia é uma ferramenta fundamental na reabilitação.

⁴¹ Bradley Karlin é vice-presidente e chefe de saúde mental e envelhecimento da EDC (*Education Development Center*, uma organização global sem fins lucrativos que promove soluções duradouras para melhorar a educação, promover a saúde e expandir as oportunidades económicas). Lidera os sistemas de saúde públicos e privados, promovendo a disseminação e o fornecimento de tratamentos psicológicos baseados em evidências e melhorando a saúde mental.

As questões específicas podem ser variadas, consoante o tipo de pacientes que a instituição acolhe e a situação pretendida. Alguns exemplos são as enfermarias abertas, atualmente consideradas vantajosas às salas fechadas para tratamentos, as instalações forenses e as instalações destinadas exclusivamente à reabilitação de idosos ou de adolescentes.

Foi a intersecção dos critérios de Krasner e de Karlin que foi utilizada como base da investigação, elaborando, do geral para o particular, uma listagem dos cuidados arquitetónicos a ter relativos ao planeamento de uma instituição psiquiátrica.

Estes critérios foram, por sua vez, aplicados aos diferentes casos de estudo e possibilitaram estabelecer uma relação entre as variáveis do espaço físico, o comportamento humano e a influência na reabilitação dos doentes.

1.5.2. ARQUITETURA PSIQUIÁTRICA

As instituições psiquiátricas são atualmente subdivididas em:

- **Moradias Protegidas:** Unidades residências que recebem supervisão regular por parte dos médicos e enfermeiros, geralmente destinadas a doentes crônicos, internados há vários anos, cujos vínculos familiares e sociais se encontram desfeitos, o que impossibilita o regresso direto para a casa dos familiares;
- **Serviços de Psiquiatria nos Hospitais Gerais:** põem em prática o conceito da *Psiquiatria da Desinstitucionalização*, recebendo pacientes internos e externos num Hospital Geral, em que a Psiquiatria funciona como parte de um todo, fugindo da estigmatização e sendo tratada em condições semelhantes às restantes doenças;
- **Hospitais Psiquiátricos:** instituições destinadas exclusivamente à reabilitação de doentes mentais, embora possam incluir serviços de medicina geral. Os hospitais psiquiátricos atualmente destinam-se maioritariamente a doentes agudos, com estadias indeterminadas nas instalações, tendo também atendimento clínico, urgências, instalações forenses e residentes.

Esta Dissertação foca-se no terceiro tipo de instituições psiquiátricas, os Hospitais Psiquiátricos, procurando perceber de que forma a sua arquitetura pode influenciar o processo de reabilitação dos doentes.

Os serviços de saúde mental num Hospital Psiquiátrico são oferecidos a pacientes internos, residentes e externos. Os serviços prestados a cada uma das categorias têm como objetivo comum promover a recuperação e o potencial individual de cada paciente, segundo um modelo terapêutico baseada em evidências.

A arquitetura, como ferramenta incluída no modelo terapêutico, deve ser adaptada não só à permanência dos pacientes na instituição, como também ao género e às patologias.

Dentro do setor de internação, o hospital deve oferecer uma vasta gama de serviços de saúde mental individualizados, distribuídos em unidades de psiquiatria geral e unidades de terapia intensiva.

Além dos serviços de internação deve existir uma unidade de atendimento clínico e de reabilitação residencial para doentes crônicos, que devem ter cuidados gerais e específicos supervisionados por 24 horas.

As unidades destinadas aos pacientes externos devem ser de fácil acesso e próximas das emergências e administração, de forma organizada e inovadora; a qualidade do serviço pode ser melhorada integrando métodos de atendimento externo baseados na comunidade, desde que a interação entre os pacientes externos e internos seja segura e vantajosa para a reabilitação de ambos os casos.

Algumas das condições mais comuns de saúde mental acompanhadas num hospital incluem: transtornos de humor (depressão), transtornos por uso de substâncias, transtornos pós-traumáticos, outros transtornos (ansiedade, pânico, obsessivo-compulsivo e fobias específicas) e, por fim, doenças mentais graves (como bipolaridade, esquizofrenia e psicoses).

Para além de conhecer as patologias, é necessário ter em conta a idade e o género dos pacientes. Por exemplo, pacientes idosos necessitam de uma facilidade nos acessos superior a pacientes jovens, se tiver que ser feita uma distribuição por pisos, é aconselhável os pacientes mais velhos fiquem no piso inferior.

No que diz respeito ao género, de um modo geral, o número de pacientes do sexo feminino é superior, tendo vindo a aumentar nos últimos 10 anos. É então necessário existir uma sensibilidade relativa a questões específicas de género e geriátricas, sendo esta muito importante em termos de programação terapêutica e no desenho das instalações.

Isto porque tratar alguns pacientes em conjunto no mesmo espaço físico pode ser contraditório em termos terapêuticos. Por exemplo, um paciente idoso com demência ou depressão grave não deve partilhar terapia com um jovem com lesão cerebral traumática.

Adaptar os espaços à diversidade dos pacientes e às suas necessidades clínicas, tendo a privacidade, a dignidade e a segurança como prioridade, é fundamental para conseguir uma Arquitetura Terapêutica.

Criar um ambiente físico que suporte o meio terapêutico é fundamental no processo de recuperação, sendo esta promovida não só pelo programa clínico, mas também pelo projeto das instalações.

Áreas de atendimento que incorporem luz natural, acesso a ambientes externos, cor, arte, mobiliário e outros componentes demonstraram nos últimos anos promover a recuperação dos pacientes.

Em Dezembro de 2010, o Gabinete de Construção e Gestão de Instalações do Departamento Americano *Veterans Affairs*, publicou um Guia de Desenho de Instalações de Saúde Mental, onde identificou 5 princípios básicos segundo uma arquitetura orientada para a recuperação e baseada em evidências.

Maximizar as oportunidades terapêuticas, criar um ambiente não institucional, criar espaços flexíveis e próximos de uma comunidade, reduzir os riscos e garantir a privacidade, dignidade e autonomia dos pacientes foram então o nosso ponto de partida para estabelecer um modelo relativo aos critérios a ser cumpridos num projeto arquitetónico de uma Instalação de Saúde Mental.

Estes princípios devem ser cumpridos em parceria com uma arquitetura baseada na flexibilidade, eficiência e nas necessidades específicas dos pacientes:

1. As instalações dos Serviços de Saúde Mental devem ser orientadas para a recuperação. Ou seja, centrados no paciente e baseados em evidências, sem nunca deixar de dar ênfase à reintegração na comunidade;
2. Os Serviços de Saúde Mental devem ser prestados num ambiente terapêutico e enriquecedor.
O ambiente deve ser o mais familiar possível, ganhando um carácter de casa, com acesso à Natureza e garantindo autonomia e privacidade aos utilizadores;
3. Os Serviços de Saúde Mental devem ser prestados num ambiente seguro.
Os riscos devem ser minimizados (uso de materiais, móveis e a visibilidade e o envolvimento da equipa devem ser valorizados);
4. Os Serviços de Saúde devem ser devidamente integrados e coordenados;
5. Os Serviços de Saúde Mental devem ser fornecidos em ambientes preparados para receber uma gama diversificada de populações de pacientes.
As instalações devem ser adaptadas para grupos específicos de pacientes, promovendo a segurança, privacidade e dignidade a todos, estabelecendo uma separação dentro da unidade de internação quando necessário;



Figura 36. Projeto do grupo de Arquitetura Henning Larsen
Vencedor da competição para Instituições de Saúde Mental na Dinamarca em 2015.
O edifício de três pisos desenvolve-se horizontalmente segundo um sistema de duas vilas unidas por um volume central, correspondente ao ambulatório.

1.5.3. PROJETO E PLANEAMENTO

Um projeto de arquitetura para um hospital psiquiátrico para ser bem-sucedido requer uma coordenação cuidadosa de uma infinidade de fatores, como já foi confirmado nesta investigação não existe uma solução única para todos os casos e a adaptabilidade e flexibilidade são palavras-chaves para o projeto e planeamento de uma instituição de saúde mental.

Algumas instituições procuram um ambiente o mais seguro possível para seus pacientes. Outras, desejando um ambiente mais caseiro, exigem acabamentos modernos com uma estética menos institucional.

Estas duas abordagens podem levar a soluções muito diferentes a nível do espaço. A maioria dos hospitais está entre os dois extremos.

Outras discrepâncias entre as instituições destinadas à saúde mental que podem afetar os seus objetivos de projeto são sua fonte de financiamento (pública ou privada) e estrutura organizacional (sem fins lucrativos ou com fins lucrativos).

Por fim, ainda existem outras variáveis que influenciam os principais componentes do desenho final, como o tempo médio de permanência dos pacientes (crónicos, agudos ou externos), o diagnóstico, a acuidade, a idade e as condições médicas coexistentes e se elas são admissões voluntárias ou cometidas pelo tribunal (medicina forense).

Um ambiente arquitetónico terapêutico pode ser definido como um ambiente cujos componentes do espaço físico e ambiental, além de ajudarem a tornar os pacientes mais recetivos ao tratamento, também se tornam parte da terapia.

Para conseguir isso, os arquitetos devem trabalhar em estreita colaboração com a equipa hospitalar. Muitos elementos normalmente fornecidos nos hospitais gerais para atender às necessidades dos pacientes e funcionários são transferidos para instalações de saúde mental, embora essas funções não sejam necessárias para os serviços prestados em unidades psiquiátricas e possam, de fato, ser contraditórias à reabilitação.

Por exemplo, a iluminação fluorescente, geralmente usada em hospitais gerais, não proporciona uma sensação residencial, portanto, esta deve ser substituída por uma iluminação segura, de presença e menos intensa.

Este é apenas um exemplo dos muitos elementos de um hospital geral que não são recomendáveis em unidades psiquiátricas.

O carácter institucional das instalações de medicina geral pode aumentar desnecessariamente os custos e, na verdade, ser prejudicial aos doentes mentais.

Evitar o suicídio é um dos maiores desafios nas instituições, por isso, uma diferença muito importante a nível do edificado é que, ao contrário dos hospitais gerais, que normalmente se desenvolvem em altura, os hospitais psiquiátricos devem sempre desenvolver-se horizontalmente, ocupando uma maior área no terreno, mas possuindo uma menor escala a nível de cotas.

Outra grande diferença é a organização tipológica que, num hospital geral deve ser concentrada num volume comum a todos os serviços. No caso de um hospital psiquiátrico, a tipologia deve resultar numa combinação de vários volumes de menor escala que, por sua vez, dão acesso a um volume comum de maior escala onde se podem localizar serviços gerais e administrativos.

Esta subdivisão do complexo hospitalar deve-se às variações das patologias e ao risco que cada caso apresenta. Tanto a equipa responsável pelo tratamento como pelo projeto de arquitetura devem determinar qual o grau de risco aceitável e apropriado para a instalação.

Existem alguns protocolos padrão para instalações psiquiátricas que dependem da avaliação do risco de suicídio, consoante esta avaliação, a distribuição programática pode variar.

Uma vez concluída a avaliação relativa ao nível geral de tolerância de risco para um hospital psiquiátrico, ou seja, a nível do edificado, o passo seguinte é avaliar o nível aceitável de risco para cada área acessível ao paciente.

O nível de risco do ambiente construído que é aceitável numa sala de grupo onde os membros da equipa estão sempre presentes é diferente daquele numa sala onde os pacientes ficarão sozinhos por longos períodos, como quartos ou casas de banho. Quanto maior a oportunidade de um paciente ficar sozinho, maior é a oportunidade de acidente e mais seguro deve ser o espaço.

O número de pacientes por quarto é outro grande problema.

A Associação Nacional de Sistemas de Saúde Psiquiátricos entrevistou alguns membros em relação a essa questão e encontrou uma quantidade considerável de apoio para fornecer quartos individuais e, pelo menos, alguns quartos duplos para certos pacientes que possam beneficiar dessa partilha.

No entanto, é necessário ter em mente que *nenhum ambiente construído - não importa o quão bem projetado - pode ser considerado uma medida preventiva absoluta. A consciencialização da equipa relativamente ao ambiente físico, e as características e necessidades comportamentais dos pacientes atendidos nesse ambiente é uma necessidade absoluta.*⁴²

Infelizmente, responder às questões que um projeto de uma instituição de saúde mental envolve tem-se revelado um desafio a nível mundial. Existem diferenças significativas entre os países em relação aos recursos de saúde mental disponíveis.

O contexto económico de um país frequentemente molda os recursos de saúde mental acessíveis. O que torna impossível recomendar um nível mínimo de atendimento ou uma norma global, como um número mínimo/máximo de pacientes ou de equipa. Consequentemente, a única alternativa é que cada país forneça as suas próprias respostas, o que causa uma desigualdade a nível do atendimento que é feito à saúde.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS), elaborou um guia de Planeamento e Orçamento para a prestação de serviços de saúde mental, onde estabelece, de forma clara e racional, um modelo para avaliar as necessidades de cuidados de saúde mental de uma população local, baseado na identificação da população a quem se destinam os serviços e quais as situações de prevalência/incidência, na estimativa do número de casos a suportar; os recursos que serão necessários e os custos dos serviços e na avaliação dos objetivos consoante os recursos disponíveis. A reabilitação do paciente está dependente de fatores muito amplos, incluindo não só a sua saúde física, como também as circunstâncias sociais, o emprego e as relações familiares.

Assim, o Arquiteto deve ter em conta não só as questões do projeto, mas também todo o contexto das questões que envolvem a Saúde Mental a nível local.

As variáveis anteriormente descritas inserem-se na etapa teórica do projeto de arquitetura, é indispensável que as equipas de arquitetura e engenharia tenham um conhecimento alargado em relação ao público-alvo.

⁴² *Facility Guidelines Institute* (FGI, 2011) é uma organização sem fins lucrativos que trabalha para desenvolver diretrizes de projeto e construção para hospitais e instalações de saúde.

CAPÍTULO 2. DIÁRIO DE UMA VIAGEM FÍSICA E SENSORIAL

2.1. PROCEDIMENTO

A Viagem, correspondente ao segundo capítulo, resultou de um processo longo que exigiu alterações na metodologia de forma a conseguir uma adaptação da ideia à realidade, consoante os limites impostos pelas instituições, pelas equipas e pelo tempo.

Num primeiro momento, foi feita a escolha dos casos de estudo, quase intuitiva.

Uma evolução acontece gradualmente, por isso, decidi delimitar os meus casos desde o mais antigo até ao mais recente.

Neste contexto, a primeira escolha foi o conhecido *Bethlem Royal Hospital*, que, como já foi dito no primeiro capítulo, é reconhecido como o hospital psiquiátrico mais antigo do Mundo, o seu mais recente e atual modelo foi construído em 1930 e encontra-se não só em funcionamento, como também na lista dos melhores hospitais psiquiátricos a nível mundial.

A Noruega e a Dinamarca foram ambos titulares do primeiro lugar, em diferentes anos, no que diz respeito à taxa de felicidade, de acordo com o relatório da ONU (Organização das Nações Unidas). Apesar de terem este lugar, ambos os países possuem instalações psiquiátricas conceituadas e, até premiadas, a nível de arquitetura. Por conseguinte, foi o Hospital Psiquiátrico de *Kronstad*, inaugurado em 2015, famoso pela sua transparência e situado em Bergen, na Noruega, o segundo caso de estudo escolhido.

A terceira escolha foi bastante ambiciosa, o Hospital Psiquiátrico de *Slagelse*, vencedor do *Architecture Healthcare Award 2017*, na Dinamarca.

A escolha do último caso foi uma consequência dos anteriores e das condições de investigação.

Inicialmente, o estudo seria feito no mais recente hospital psiquiátrico português, correspondente à extensão, ainda por inaugurar, da casa de saúde do Bom Jesus em Braga. Contudo, por ainda se encontrar em construção e não ter sido possível uma reunião com os arquitetos responsáveis, surgiu, no seu lugar, um pequeno centro de psiquiatria na Alemanha, o Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, inaugurado em 2011, que se destaca pela sua reduzida escala em comparação aos restantes casos de estudo.

Esta última alteração levou a que as visitas não correspondessem cronologicamente à data dos diferentes projetos, como estava inicialmente planeado.

Ao longo das visitas foi desenvolvido um Diário de Viagem, repleto de anotações, desenhos, fotografias e testemunhos. Posteriormente, foram analisadas as plantas, os cortes, os alçados, o conceito do projeto, a organização e a funcionalidade.

Entre a visita ao primeiro caso de estudo e ao segundo foram estabelecidos os critérios de avaliação do espaço. Estes critérios basearam-se na investigação teórica e serviram como mecanismo de comparação entre os diferentes casos.

Assim, a análise e avaliação foi feita com base numa tabela desenvolvida que relaciona os critérios de avaliação do espaço com a arquitetura. Para além disso, foram escolhidas um conjunto de questões para colocar às equipas responsáveis pelo projeto e pelo funcionamento da instituição.

Apesar de todo o conteúdo teórico, o elemento que mais contribuiu para a interpretação do espaço foi a experiência pessoal, que conferiu um carácter único e autêntico a todo o trabalho.

Tendo as tabelas preenchidas, realizou-se uma análise comparativa não avaliada. Segundo um critério científico e arquitetónico.

A pesquisa não teve como objetivo criticar nenhuma das instalações, as tabelas utilizadas foram resultado de uma revisão literária pessoal não aprovada por nenhuma instituição ou equipa médica e os critérios estabelecidos resultaram da uma análise autoproposta pela autora acerca do que poderá ser um ambiente terapêutico projetado para a reabilitação e reinserção dos indivíduos na sociedade.

2.1.1. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO

Após uma revisão literária de guias de arquitetura hospitalar, foi possível estabelecer quatro critérios base para a análise do que mais se aproxima de um modelo de instituição de saúde mental, cujo ambiente arquitetônico se considera terapêutico.

No sentido de contribuir para a orientação do trabalho de campo, sistematização da observação dos casos de estudo e otimização do tempo despendido nas visitas, criou-se uma série de tabelas que se encontram no final deste capítulo.

As tabelas foram desenvolvidas de acordo com manuais relativos à arquitetura das instituições de Saúde Mental. Nomeadamente o *Mental Health Facilities Design Guide* e o *Behavioral Health Design Guide*, ambas publicadas pelo FGI entre 2015 e 2017.

Estas tabelas, estabelecem ligação entre os critérios definidos e os espaços que fazem parte de uma instituição de saúde mental

Paralelamente às tabelas, foi elaborado um questionário, que pode ser encontrado em anexo, no final do trabalho.

Os critérios estabelecidos são relativos ao processo terapêutico, às medidas de segurança e privacidade e às questões sociais.

Os critérios terapêuticos, implicam tudo o que o espaço necessita para desempenhar o papel de ferramenta na reabilitação dos pacientes, ou seja, a arquitetura enquanto terapia.

Os critérios de segurança, como o próprio nome indica, dizem respeito a todas as condições que a instalação deve ter para proporcionar o máximo de segurança aos pacientes e à equipa, minimizando os acidentes.

Os critérios de privacidade, relacionam-se com o espaço pessoal, tanto os pacientes como as equipas devem ter o seu próprio espaço e a sua privacidade, conseguindo manter um melhor ambiente em comunidade.

Os critérios sociais, tem a ver com as relações entre pacientes e equipas, espaço, comunidade e entre si.

As variáveis em análise foram, em primeiro lugar, classificadas como pertencendo à arquitetura exterior do edifício, interior ou à integração das duas e, posteriormente, agrupadas segundo o modelo de Krasner, subdividindo-se nos três grupos que já foram anteriormente enumerados: Variáveis Fixas do Meio Construído (FMC), Variáveis Semifixas do Meio Construído (SFMC) e Variáveis Ambientais (A).

Todas as análises foram direcionadas para casos hospitalares agudos, ou seja, doentes internos por um tempo limitado, normalmente entre 3 a 12 semanas.

ARQUITETURA EXTERIOR

A primeira variável a ser avaliada é, naturalmente, a Arquitetura Exterior, ou seja, o edifício em si.

Quando vamos visitar um determinado edifício ou complexo, a primeira informação a ter é a sua localização, depois passamos para a fase de avaliação do percurso até lá e, só no local, é que avaliamos a sua imagem e envolvente.

Instalações de Saúde Mental que têm como principal objetivo a reabilitação do doente e a sua reinserção na sociedade devem, preferencialmente, localizar-se relativamente próxima do centro urbano, evitando assim a exclusão e a estigmatização. Contudo, fugir à poluição sonora e visual também é uma prioridade.

Logo de início sente-se a dicotomia presente no desenvolvimento de uma instalação psiquiátrica. Ainda na escolha do local, é imprescindível a existência de um espaço exterior que provoque estímulos positivos nos pacientes. Os benefícios dos estímulos sensoriais causados pelos elementos do espaço exterior nos pacientes, é fundamental no auxílio do processo de cura através do ambiente.

Em 1983, Roger Ulrich⁴³, realizou uma sequência de estudos com o intuito de comprovar os benefícios da Natureza no bem-estar do ser humano.

Numa das suas pesquisas, 120 pacientes foram convidados a assistir a um filme que provocasse emoções negativas, como nervosismo, medo e angústia. No final do filme, metade dos pacientes permaneceram na sala, onde foram transmitidas paisagens urbanas e sons característicos das grandes metrópoles, enquanto a outra metade se deslocou para uma sala onde foram emitidas paisagens naturais.

Os dados analisados foram obtidos através de exames fisiológicos que mediram a tensão muscular, o comportamento da pele, a pulsação, e a pressão arterial.

⁴³ Roger Ulrich é professor de Arquitetura no Centro de Pesquisa em Instalações de Saúde na *Chalmers University of Technology*, na Suécia, é também professor adjunto de Arquitetura na Universidade de Aalborg, na Dinamarca. Frequentemente citado internacionalmente no que diz respeito ao Design de Saúde baseado em evidências. O seu trabalho tem influenciado diretamente o projeto de bilhões de dólares de construção hospitalar e melhorou os resultados de saúde e segurança de pacientes de todo o Mundo.



Figura 37. Fotografia Aérea do Hospital Psiquiátrico Vejle, onde é perceptível a existência de uma unidade central que, por sua vez, interliga todas as outras unidades, cada uma com uma função e destinada a casos específicos de doentes, mas mantendo o carácter de comunidade e segurança, através de um sistema que se desenvolve em torno dos pátios comuns.

Dinamarca, 2017.



Figura 38. Pátio de uma Unidade Individual no Hospital Psiquiátrico Vejle. Introduzem-se elementos que aproximem os utilizadores da Natureza, o edifício não se desenvolve em altura o que lhe confere um carácter mais residencial e seguro.

Os resultados levaram à conclusão de que a recuperação foi muito mais rápida e completa nos pacientes expostos às paisagens naturais

Para além dos benefícios que a Natureza traz à saúde mental, são indiscutíveis os benefícios que traz à saúde física.

Desta forma, conseguir um edifício que se integre na Natureza a todos os níveis é fundamental numa Instalação Psiquiátrica, isto consegue-se não só através da escolha do terreno, mas também na escolha dos materiais. A madeira e o vidro conseguem, geralmente, criar uma imagem mais próxima da que encontramos nas paisagens, ao contrário do betão e do aço.

Ao procurar uma proximidade com a envolvente, o edifício acaba por adotar um aspeto menos hostil e mais acolhedor.

Uma tipologia distribuída segundo um sistema de vila, em vez de um edifício que se desenvolva em altura, contribuí também para a implementação deste carácter de casa e vida em comunidade. Por esta razão, o ideal é existir um edifício principal destinado a administração e pacientes externos, que cresça verticalmente e, paralelamente, um conjunto de edifícios mais pequenos, que se desenvolvam horizontalmente de acordo com as suas funções, segundo um jogo de pátios e jardins terapêuticos.

Não só por questões terapêuticas, mas também por questões de segurança, as instalações residenciais não devem exceder os dois pisos. Para além disso, é muito importante existir uma distinção clara e intuitiva dos acessos à instalação, pacientes de atendimento externo não devem cruzar-se com casos de internamento urgente.

O bom funcionamento e a organização conseguem-se, mais facilmente, se o edifício funcionar à volta de um volume central, criando uma planta em forma capsular que permita um ponto comum a todas as unidades, sem implicar a intersecção entre elas.

Para exemplificar os critérios escolhidos, foram selecionadas algumas instituições reconhecidas a nível internacional por terem sido projetadas segundo uma Arquitetura Contemporânea Terapêutica.

O primeiro exemplo, corresponde ao Hospital Psiquiátrico Vejle, que registrou, desde a sua inauguração, em 2017, uma diminuição de 50% dos casos em que foi necessário a contenção física dos pacientes. Esta percentagem chegou ao público ainda em 2018, depois do hospital vencer a categoria de melhor design de Saúde Mental na competição mundial *European Healthcare Design Awards*.



Figura 39. Recepção de doentes externos ou novos internamentos.
Hospital Psiquiátrico Dandenong, Melbourne, Austrália. 2014.



Figura 40. Recepção de Emergência Hospital Psiquiátrico
Dandenong, Melbourne, Austrália. 2014

RECEÇÃO

As boas vindas devem estar sempre presentes, da melhor maneira possível, principalmente quando se trata de um hospital psiquiátrico. Por isso, na recepção, espaço que recebe, a sensação de conforto é proporcionada por espaços mais pequenos e aconchegantes. É fundamental que a escala da recepção seja pensada de forma a garantir um ambiente convidativo.

A unidade de internamento e a recepção nunca devem ser no mesmo espaço, porque pode provocar transtornos emocionais, tanto a pacientes quanto a familiares. Ambientes diferentes e funções diferentes, requerem espaços diferentes.

Por ser um ambiente movimentado, deve oferecer conforto aos seus utilizadores. Este conforto é conseguido não só através do mobiliário, que deve ser simples, mas apelativo, mas também através da existência de janelas, com entradas de luz natural e, no caso de existir pouca luz, luzes adaptáveis devem estar embutidas no teto, por razões de segurança.

Para manter a privacidade dos pacientes, não deve existir contacto visual entre o internamento e a recepção, as unidades devem estar separadas por portas duplas interligadas.

Caso um paciente em espera esteja para ser internado este deve ter um compartimento com cacifos para depositar os seus bens, nunca entrando diretamente para a unidade de internamento.

O Hospital Psiquiátrico de Dandenong, vencedor do prémio Nacional relativo a Arquitetura de Instituições de Saúde Mental faz uma distinção clara entre os dois espaços de recepção que existem. O acesso principal, muitas vezes utilizado por novos pacientes e familiares, adota um carácter muito menos institucional do que o acesso de emergência. Para além disso, a privacidade dos doentes não é posta em causa pois, nenhuma das receções tem qualquer tipo de contacto direto com as restantes unidades de internamento.

Quanto mais simples e aberto for o espaço, maior conforto visual e de autonomia conseguirá transmitir, o uso de cores claras e materiais refletivos também estimulam positivamente e transmitem confiança, tanto a pacientes como a familiares.



Figura 41. Acesso principal ao Hospital Stratheden, Cupar, Escócia, 2016



Figura 42. Corredor de Circulação e entrada de luz natural direta através da claraboia existente no pátio central.

Stratheden Hospital, Cupar, Escócia, 2016

CIRCULAÇÃO

Os espaços de circulação, como corredores, escadas, elevadores e rampas, condicionam todo o funcionamento do edifício e, como são utilizados por todos, devem facilitar o acesso às diferentes unidades.

Por alguma razão inconsciente, os corredores são, tendenciosamente, associados a momentos de tensão.

A sua tenebrosidade deve-se, essencialmente, ao facto de não conseguirmos ver o seu fim.

O Homem, enquanto ser racional, sente-se seguro com certezas e, parar a meio de um corredor sem princípio nem fim, é tudo menos certo.

A nível terapêutico, recomenda-se que os corredores dos hospitais psiquiátricos sejam circulares e, no caso de serem lineares, o material predominante ser o vidro, existirem claraboias e terem seu final rematado com uma vista direta para o exterior. Desta forma, a sensação de clausura e ansiedade é contornada.

A criação de um percurso agradável ao longo dos corredores é também fundamental, no caso de corredores extensos, a existência de mobiliário e decoração são imprescindíveis, evitando que os pacientes se encontrem numa monotonia que pode ser prejudicial à reabilitação.

As questões relativas aos critérios de segurança focam-se mais nas escadas e nas rampas, estas devem estar bem sinalizadas e cumprir as regras de arquitetura hospitalar inclusiva, ou seja, serem adaptáveis a qualquer tipo de utilizador com incapacidade motora. É essencial que não existam pontos cegos na zona de circulação e a iluminação deve ser sempre sensível ao movimento.

Em termos de privacidade, corredores de diferentes unidades não devem, preferencialmente, cruzar-se, a não ser nas zonas comuns, como salas terapêuticas e de refeições.

No caso do Centro de Psiquiatria de Sraitheden, na Escócia, todos os corredores de circulação são em vidro, voltados para um pátio central no qual entra luz natural através de uma claraboia, que ocupa quase a totalidade da cobertura.

O Centro pertence à mesma fundação que o atual Hospital de Bethlem, em Londres e, segundo o principal Gerente do Serviço Clínico, *a coisa mais importante foi a perspectiva do paciente, para ter certeza de que era o que eles precisavam para ajudar na sua recuperação. Foi depois da análise das necessidades e desejos dos utilizadores que Tweedie desenvolveu uma apresentação pública sobre a Arquitetura e Design pretendidos para aquele espaço.*

A equipa de arquitetos Oberlanders, que ficou responsável pelo projeto inaugurado em 2016, garante que a arquitetura centrada no paciente resultou num período intensivo de trabalhos experimentais entre todas as partes interessadas.



Figura 43. Cozinha e Sala de Refeições no Instituto Psiquiátrico Parkwood
As salas são pequenas e dão acesso direto ao exterior, apesar de usar tons como cinza e branco o que, poderia dar ao espaço um carácter institucional, o facto de existir pouco mobiliário numa escala de sala relativamente pequena, faz com que o ambiente se assemelhe ao de uma comunidade. Londres, 2014



Figura 42. Sala de Convívio no Instituto Psiquiátrico Parkwood, onde é feita uma distinção clara relativamente aos outros espaços, aqui são usadas cores mais fortes que estimulam positivamente os doentes à interação social e realização de atividades. Londres, 2014

ARÉAS COMUNS

As áreas comuns existentes numa Instituição Psiquiátrica consistem, normalmente, em salas terapêuticas, de estar, de jantar, de reuniões (tanto de família como com as equipas e outros pacientes) e salas de atividades, artísticas ou desportivas.

A principal prioridade de projeto nessas áreas continua a ser criar um ambiente não institucional. Quanto mais pequenas forem as áreas dos espaços comuns mais o seu carácter institucional desvanece, por isso, o número de pacientes por área não deve exceder os oito. Isto faz com que seja necessário, por vezes, existirem diferentes unidades, adaptadas às diferentes patologias, cada uma com as suas próprias áreas.

Idealmente, deve existir uma diferenciação entre sala de convívio e sala de estar. A primeira deve ser um espaço mais amplo, propício à interação social, onde se podem realizar algumas atividades terapêuticas.

A segunda, deve ser um espaço mais resguardado, calmo e que traga privacidade aos pacientes. Por sua vez, esta deve estar em contacto com a sala de jantar, através de um modelo adaptado e flexível que permita conseguir manter ou não este contacto.

A sala de jantar, deve estar diretamente ligada à cozinha, desta forma, os pacientes podem preparar as suas próprias refeições, o que contribui positivamente, para a reabilitação. Esta organização assemelha-se a uma tipologia habitacional, procurando simular um quotidiano fora da instituição. A entrada de luz natural em todas as áreas deve ser conseguida, as cores devem ser escolhidas consoante os estímulos que provocam, assim como os odores e a decoração. Por exemplo, nas salas de estar e convívio devem ser utilizados tons azuis ou amarelos, que para além de diminuir a pressão sanguínea criam uma atmosfera otimista e motivadora, na sala de jantar devem ser usadas tonalidades vermelhas, contribuindo para o aumento do apetite, por outro lado nas salas terapêuticas recomenda-se o uso de tons rosa que contribuem para a sensação de segurança e conforto.

O espaço deve fluir naturalmente, circular dentro de casa não deve ser um desafio e, por isso, é fundamental evitar a ambiguidade. Assim como decoração abstrata que possa provocar algum tipo de confusão mental.

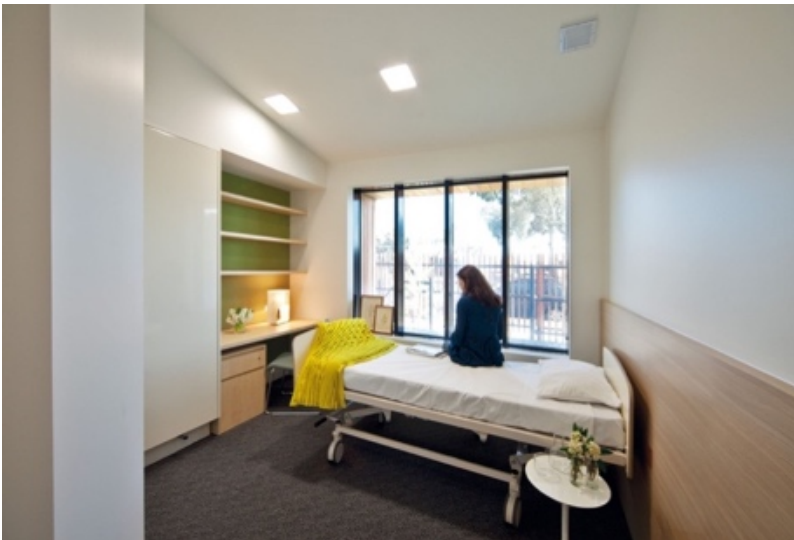


Figura 45. Quarto Individual do Hospital Psiquiátrico Dandenong, onde podemos ver a simplicidade tanto na decoração como nas cores, para além disso, os cantos no quarto encontram-se resolvidos de forma a que os doentes não tenham ambientes propícios para o agravamento da sua condição.
Melbourne, Austrália. 2014

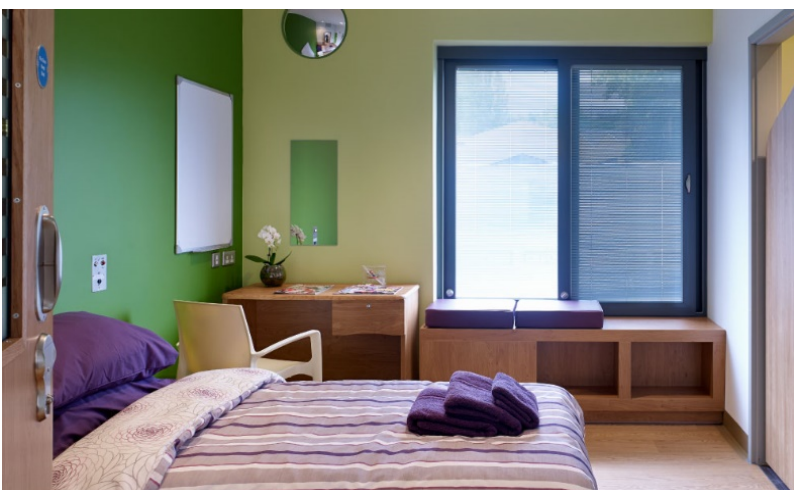


Figura 46. Quarto Individual do Hospital Hertfordshire, que, ao contrário de Dandenong, aposta num ambiente muito mais semelhante ao de uma habitação, evitando na mesma os cantos, mas tendo mais elementos decorativos e cores mais estimulantes.
Inglaterra, 2014

QUARTOS

Os quartos numa Instituição Psiquiátrica devem adotar um conceito o mais minimalista possível. Não só por razões terapêuticas, sendo o quarto um espaço de descanso o paciente deve sentir tranquilidade no ambiente, mas também por razões de segurança, pois é o espaço em que o paciente passa mais tempo sozinho.

Os quartos devem estar situados em diferentes alas consoante as patologias e, idealmente, os pacientes não necessitem de passar pelas zonas comuns ou de circulação para chegar ao seu *WC*. Recomenda-se o uso de quartos individuais, à exceção de casos especiais em que a patologia pode requerer a partilha de quarto, por questões sociais.

No que diz respeito à arquitetura interior, não devem existir, nunca, cantos vazios nos quartos, pois estes são associados à depressão e aos delírios. Assim, o mobiliário embutido deve contribuir para o desenho do quarto que deve estar simples, mas preenchido.

O guia *Veterans Affair Design Guide: Mental Health Facilities* ilustrou as características que quarto *standard* de uma instituição de Saúde Mental devia apresentar. Estas incluem janelas com vista para o exterior, porta para o *WC* com alarme sensível à pressão, decoração fixa, cabeceiras de cores suaves, mobiliário embutido e chão em vinil. O uso de carpetes no chão pode ser algo opcional, visto que torna o ambiente mais caseiro.

Todas estas características foram escolhidas de modo a conseguir um equilíbrio entre conforto e segurança, para além disto, algumas questões sociais e de privacidade devem ser tidas em conta. Por exemplo, torna-se agradável cada paciente ter o seu nome escrito no quarto, juntamente com alguns itens pessoais que não representem qualquer tipo de perigo, devem ser autónomos para controlar as variáveis ambientais no seu espaço, como música, temperatura e entrada de luz.

O uso da madeira e do vinil é recomendado, trazendo uma iluminação considerável ao espaço e, pelo menos uma parede do quarto, deve adotar tons quentes e estimulantes.

O Hospital de Dandenong, aposta num ambiente mais institucional e seguro para os seus quartos. Por outro lado, o Hospital de Hertfordshire, em Inglaterra, vencedor do *Health Care National Award 2015*, tem todos os seus quartos individuais e confere-lhes um carácter o mais caseiro possível, possibilitando, consoante os casos, que os pacientes tenham autonomia para decorar o seu espaço.

ENFERMARIA

A enfermaria representa não só o espaço onde os pacientes que necessitam de cuidados continuados ficam internados, mas também o espaço onde estão armazenados os medicamentos e onde são providenciados os cuidados de urgência.

Por este motivo, é imprescindível que esta funcione como um ponto central da unidade, ou seja, todo o edifício deve estar desenvolvido em torno da enfermaria e o acesso à mesma, a partir de qualquer ponto, deve ser intuitivo e facilitado. Para isto acontecer, uma planta circular ou quadrangular à volta da unidade é recomendável.

Não deve ser necessário passar por nenhuma outra unidade até chegar à enfermaria e, por ser uma zona de atendimento urgente e intensivo, deve estar próxima de pátios ou jardins terapêuticos, procurando assim, quebrar a associação negativa que muitos pacientes constroem relativamente a enfermaria.

A proximidade entre a equipa médica e os pacientes é essencial para a reabilitação, por isso, a enfermaria deve ser a mais exposta e aberta possível, garantindo sempre a privacidade dos que necessitam de estar lá, normalmente através da existência de cortinas ou divisórias flexíveis e adaptáveis. Mais uma vez, o mobiliário deve estar fixo, os medicamentos fora do alcance dos pacientes.

Não foram encontrados exemplos de fotografias que representem as características indicadas para as enfermarias, contudo, a nível de projeto o aspeto mais importante é a sua centralidade e o acesso direto a todas as unidades.

INTEGRAÇÃO EXTERIOR/INTERIOR

Como já foi mencionado inúmeras vezes ao longo do trabalho, o espaço exterior é determinante na reabilitação dos doentes mentais, por este motivo, deve ser um espaço privilegiado.

O espaço exterior numa instalação de saúde mental pode assumir diferentes formas, evitando assim a monotonia, tanto para os pacientes, como para a equipa médica e até para a equipa responsável pelo projeto. O ideal seria no mesmo complexo hospitalar conseguir ter, pelo menos, um jardim exterior, um pátio central, um jardim terapêutico e um terraço-jardim.

O pátio central, não tem necessariamente de ser acessível, mas deve comunicar com todas as unidades. O jardim exterior deve ser o mais próximo do original, não alterando a forma da Natureza exterior e transmitindo uma sensação de que já não faz parte do complexo hospitalar, deve ser acessível a todos os pacientes, para que estes sintam uma maior autonomia e liberdade.

Bodfan Gruffydd⁴⁴ enumerou algumas características essenciais para que um jardim fosse considerado terapêutico.

Este deve conjugar amplitude, complexidade, variedade, movimento, cor, cheiro e ordem.

Quando fala de amplitude, Gruggyd não se refere à dimensão, mas sim à conjugação dos elementos naturais de forma a que o paciente seja atraído pelos seus detalhes, mas que consiga, paralelamente, ter uma visão geral do espaço, de modo a evitar qualquer tipo de confusão ou fragilidade mental.

A complexidade e a variedade ajudam a evitar a monotonia, contudo, devem ser usadas subtilmente e sem ambiguidade. O movimento é fundamental para dar vida ao estático mobiliário urbano, e pode ser conseguido através de espelhos de água, trepadeiras e iluminação. A cor e o cheiro vão de encontro aos critérios abordados anteriormente, devem ser escolhidas especificamente consoante a sua função.

⁴⁴ Bodfan Gruffydd (1910-2004) foi um arquiteto paisagístico galês. Presidente do Instituto de Arquitetos Paisagistas (agora Instituto da Paisagem) de 1969 a 1971, e foi um importante arquiteto paisagista em Cambridge. Na década de 1970, quando a *Garden History Society* estava preocupada em proteger paisagens históricas, sugeriu a criação de um Conselho de Paisagens Históricas ligado ao *Historic Buildings Council*; mas a ideia não foi implementada.



Figura 47. Integração Exterior/Interior perceptível no acesso principal ao Centro Psiquiátrico Reichenau, Alemanha, 2015



Figura 48. Planta de Cobertura do Centro Psiquiátrico Reichenau, onde se pode perceber a cobertura acessível, o terraço jardim e os inúmeros pátios distribuídos por todo o edifício, para além disso, por jogar com o desnível do terreno, o espaço exterior é acessível a partir dos dois pisos.

A ordem é fundamental por questões estéticas, terapêuticas e de segurança, um ambiente desorganizado traduz uma má instituição. O jardim terapêutico pode, ou não, ser interior. Relativamente ao terraço jardim, este deve integrar-se com a envolvente e, pode ou não, ser acessível.

Os critérios de segurança devem ser muito bem concebidos nos espaços exteriores, evitando a fuga de pacientes e acidentes. É imprescindível que todos os espaços sejam murados e com uma altura suficiente, um mínimo de quatro metros para evitar possíveis fugas. Os elementos naturais e o mobiliário urbano não devem ser potenciais armas, as coberturas devem ter proteções impossibilitando o salto, os postes de luzes devem ser evitados e a vegetação deve ser cuidadosamente escolhida, não havendo plantas pontiagudas nem venenosas, os espelhos de água não devem ter altura suficiente para possibilitar a tentativa de suicídio e as árvores não devem ser possíveis de trepar.

Embora devam existir algumas zonas mais privadas não deve haver nenhum ponto em que seja possível perder de vista os pacientes. O mobiliário urbano deve incentivar à interação social e atividades terapêuticas devem ser organizadas ao ar livre.

O Centro Psiquiátrico Reichenau, teve o seu projeto desenvolvido pelo mesmo grupo responsável pelo último caso de estudo desta investigação, talvez por isso, tenha sido o melhor exemplo para relacionar o interior com o exterior, já que, à semelhança do centro de Friedrichshafen, se insere na paisagem de uma forma subtil parecendo fazer parte da mesma.

O Centro Reichenau possui quatro pisos, que vão intercalando as alturas de modo a que haja um contacto visual entre os pátios, sendo possível aceder ao exterior a partir do piso zero e do primeiro piso. Os restantes pisos dão acesso à cobertura e aos diferentes pátios interiores.

TABELAS DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO

EDIFICADO

VARIÁVEL DO ESPAÇO FÍSICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Exterior: Edificado	<ul style="list-style-type: none"> - Proximidade física e visual com a Natureza: pátios internos e jardins terapêuticos; - Planta livre de cantos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Planta com desenho tipo cápsula; - Número de acessos controlados, separados e intuitivos; - Número de pisos controlado; - Áreas funcionais e de circulação bem divididas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Visibilidade do exterior para o interior limita às zonas administrativas; - Os serviços de medicina geral devem ser separados da unidade psiquiátrica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Localizado numa zona central, tornando o edifício parte da comunidade; - Facilmente acessível a veículos e peões; - Construído, idealmente, só com um piso e distribuição tipo-vila; - Facilitar o contacto entre o hospital e a vizinhança;
SFMC Arquitetura Exterior: Edificado	<ul style="list-style-type: none"> - Aparência não institucional; - Uso de madeira e vidro; 			
A Arquitetura Exterior: Edificado	<ul style="list-style-type: none"> - Paisagem enriquecida por elementos naturais terapêutica (montanhas, lagos, florestas naturais); 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar ao máximo poluição sonora; - Garantir uma boa qualidade do ar; 		

Tabela 1. Critérios que devem ser cumpridos a nível da arquitetura exterior do Edificado de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

RECEÇÃO

VARIAVEL DO ESPAÇO FISICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Receção	<ul style="list-style-type: none"> - Separada da unidade de internamento; - Pequena e convidativa; 	<ul style="list-style-type: none"> - As entradas de emergência devem ser separadas da receção; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não deve ser possível o contacto visual com a unidade de internamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve existir uma área de espera destinada aos familiares do paciente;
SFMC Receção	<ul style="list-style-type: none"> - Balcão idealmente circular; - Janelas amplas com vista para a Natureza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve estar separada da unidade de internamento por duas portas interligadas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cacifos ou espaços próprios caso os pacientes necessitem de guardar os seus bens; 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptabilidade a deficiências físicas, quer para pacientes, quer para familiares; - Mobiliário fixo e existência de um televisor ou jogos;
A Receção	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de luz natural; - Uso de cores não institucionais (fugir dos brancos e cinzas); - Música ambiente convidativa; 			

Tabela 2. Critérios que devem ser cumpridos a nível da receção de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

ESPAÇOS DE CIRCULAÇÃO

VARIÁVEL DO ESPAÇO FÍSICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Espaços de Circulação	<ul style="list-style-type: none"> - Corredores circulares e não lineares; - Corredores lineares devem proporcionar contacto visual direto com o exterior; - Percursos intuitivos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não devem existir pontos cegos; - As zonas de circulação não devem interferir com as funcionais; - As escadas devem ser construídas de modo a evitar qualquer tipo de queda; - Uso de corrimões adaptados; - Os principais corredores devem estar diretamente ligados à enfermaria; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os corredores para as zonas comuns devem ser mais largos que para as zonas privadas; - Pacientes de diferentes géneros não devem ter corredores que coincidam no percurso para as instalações sanitárias ou salas individuais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Corredores para zonas terapêuticas, pátios e jardins podem funcionar como espaço de estar, para convívio e leitura;
SFMC Espaços de Circulação	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns corredores devem incorporar passeios terapêuticos diários para os pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> - As escadas devem ser bem assinaladas; - Chão dos corredores deve ser duro e de fácil limpeza; - Quando envidraçados, os corredores devem ser resistentes (vidros de segurança temperados ou laminados); - As luzes devem ser sensíveis aos movimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Bancos existentes nas zonas de circulação devem estar devidamente espaçados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas atividades lúdicas podem ser visíveis a partir das zonas de circulação;
A Espaços de Circulação	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar padrões e combinações demasiado abstratas ou estimulantes; - Entrada de luz natural; - Decoração associada à Natureza; 			<ul style="list-style-type: none"> - Algumas atividades podem realizadas nas zonas de circulação;

Tabela 3. Critérios que devem ser cumpridos a nível dos espaços de circulação de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

ESPAÇOS COMUNS

VARIÁVEL DO ESPAÇO FÍSICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Espaços Comuns (Sala de Estar, Sala de Convívio, Sala de Jantar e Salas Terapêuticas)	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto visual direto com o exterior; - Áreas mais pequenas aumentam a sensação de comunidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os objetos devem ser embutidos ou montados na superfície do teto com acessórios resistentes longe do alcance dos pacientes; - Rotas de evacuação devem permitir a saída de cada área para uma área de segurança máxima; 	<ul style="list-style-type: none"> - As salas devem estar diferenciadas, estabelecendo áreas mais ou menos privadas; - Deve existir uma flexibilidade relativamente ao contacto visual entre a sala de jantar e a cozinha; 	<ul style="list-style-type: none"> - A escala e a amplitude das salas devem ser adaptadas à sua função; - Incluir áreas de visita privadas e espaços que apoiem a participação da família;
SFMC Arquitetura Interior: Espaços Comuns (Sala de Estar, Sala de Convívio, Sala de Jantar e Salas Terapêuticas)	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliário não institucional; - Evitar um desenho ambíguo do espaço; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliário resistente; - Não devem existir objetos soltos; - O chão deve ser tipo vinil; - Dispositivos elétricos devem estar fixos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Assentos individuais; - Salas flexíveis e adaptáveis; - Zonas mais públicas e zonas mais privadas devem ser intuitivamente identificadas e divididas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os assentos devem estar dispostos em círculo ou U;
A Arquitetura Interior: Espaços Comuns (Sala de Estar, Sala de Convívio, Sala de Jantar e Salas Terapêuticas)	<ul style="list-style-type: none"> - Luz natural e luz artificial; - Utilizar cores que contribuam para uma estimulação positiva consoante a funcionalidade de cada sala. - Arte decorativa não abstrata; 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços muito escuros devem ser evitados; - Salas acusticamente isolada; - Manter um ambiente limpo e livre de maus odores; 	<ul style="list-style-type: none"> - Persianas com total capacidade de <i>black out</i> para controlar o brilho e a sombra na sala; - Os pacientes devem ter controle sobre algumas variáveis ambientais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar diferentes cores consoante a funcionalidade da sala;

Tabela 4. Critérios que devem ser cumpridos a nível da arquitetura interior das zonas comuns de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

QUARTOS

VARIÁVEL DO ESPAÇO FÍSICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Quartos	<ul style="list-style-type: none"> - Devem existir quartos adaptados a pacientes com dificuldades motoras; - Quartos devem ser individuais ou para um máximo de dois pacientes; - Não devem existir cantos livres nos quartos; - Os quartos devem ter vista para a natureza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Janelas exteriores com estores integrais e vidro laminado no interior; 	<ul style="list-style-type: none"> - Móveis embutidos para delinear as divisões; - O acesso à casa de banho deve ser feito sem ser necessário passar pelo corredor; 	
SFMC Arquitetura Interior: Quartos	<ul style="list-style-type: none"> - Janelas grandes e baixas (melhoram os sentidos e reduzem os delírios); - Revestimento em madeira e chão de vinil ou carpete; - A iluminação deve estar colocada atrás da cama e não no teto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não devem existir objetos soltos; - As maçanetas devem ser pelo lado de fora, lineares ou pouco resistentes; - O mobiliário deve ser embutido; - O mobiliário das casas de banho deve ser fixo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os nomes dos pacientes devem estar nas portas dos respetivos quartos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos uma parede deve ter uma tonalidade de cores quentes ou em painéis de madeira;
A Arquitetura Interior: Quartos	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de luz natural e vista direta para a natureza; - Decoração não abstrata; 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer tipo de decoração deve ser fixa ou resistente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de controlar a temperatura do quarto, a entrada de luz e a música ambiente; - Oportunidades individuais para personalizar os quartos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de ter bens pessoais, como fotos ou desenhos;

Tabela 5. Critérios que devem ser cumpridos a nível da arquitetura interior dos quartos de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

ENFERMARIA

VARIÁVEL DO ESPAÇO FÍSICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - A enfermaria deve ser central e integrar-se com as restantes unidades a nível de escala e desenho; - Uma planta circular pode ser uma boa solução; 	<ul style="list-style-type: none"> - As unidades comuns principais devem ser visíveis a partir da enfermaria; - O acesso à enfermaria deve ser direto sem exigir passar por outras unidades; 		<ul style="list-style-type: none"> - A enfermaria não deve simbolizar uma barreira entre os pacientes e a equipa;
SFMC Arquitetura Interior: Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - A enfermaria deve ter um acesso direto à Natureza (jardins terapêuticos/pátios interiores); 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de vidro laminado; - Todos os medicamentos devem estar fora do alcance dos pacientes; - As camas devem ser fixas e sem cabos soltos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem existir cortinas ou divisórias flexíveis caso seja necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve existir um espaço destinado apenas à equipa;
A Arquitetura Interior: Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar uma aparência institucional; - Equilíbrio entre a luz natural e artificial; 	<ul style="list-style-type: none"> - O sistema de luzes deve ser sensível ao movimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que ficam um longo período de tempo na enfermaria devem poder ter lá bens pessoais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas atividades devem ser realizadas na enfermaria para os pacientes internados;

Tabela 6. Critérios que devem ser cumpridos a nível da arquitetura interior da enfermaria de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

JARDINS/PÁTIOS TERAPÊUTICOS

VARIÁVEL DO ESPAÇO FÍSICO	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Integração Arquitetura Interior/Exterior: Jardins/Pátios Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Localizados de forma a ser visíveis a partir de todas as unidades; - Diferentes pavimentos podem ajudar a orientar os pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Suficientemente murados/fechados não possibilitando a fuga dos pacientes; - Os elementos naturais não devem ser potenciais armas; - As coberturas ao ar livre elevadas devem ter todas as aberturas cobertas com proteção de segurança e /ou corrimão para evitar a possibilidade de salto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve ser um local acessível a partir das zonas mais privadas; - Devem existir zonas isoladas, mas não em cantos; 	
SFMC Integração Arquitetura Interior/Exterior: Jardins/Pátios Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Deve assemelhar-se a um espaço público; 	<ul style="list-style-type: none"> - A decoração deve ser fixa; - O mobiliário urbano deve ser em betão com acabamento em madeira ou suficientemente maciço para impedir a deslocação; - Os espaços devem ser bem iluminados, dia e noite, e os postes de luzes evitados; 		<ul style="list-style-type: none"> - O mobiliário urbano deve incutir a interação social; - A equipa também deve usufruir do espaço, sem barreira para os pacientes;
A Integração Arquitetura Interior/Exterior: Jardins Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher plantas com odores que estimulem positivamente os pacientes; - Música ambiente; 	<ul style="list-style-type: none"> - As plantas não devem ser venenosas ou usar rochas ou terra; - As árvores não devem ser fáceis de trepar; 		

Tabela 7. Critérios que devem ser cumpridos a nível da integração do interior com o exterior de uma Instituição de Saúde Mental consoante as respetivas variáveis fixas do meio construído (FMC), semifixas do meio construído (SFMC) e ambientais do mesmo.

DATA	LOCAL	INSTITUIÇÃO
06/03/2018	Porto - Londres	Bethlem Royal Hospital
07/03/2018	Londres - Beckenham	Visita
07/03/2018	Beckenham - Londres	Regresso a Londres
08/03/2018	Londres - Beckenham	Bethlem Museum
09/03/2018	Londres - Porto	
13/05/2018	Porto - Bergen	Hospital Psiquiatrico Kronstad
14/05/2018	Bergen	Reunião com Per Kleve Origo Arkitektgruppe
15/05/2018	Bergen	Visita
17/05/2018	Bergen - Oslo	
20/05/2018	Oslo - Copenhaga	Hospital Psiquiatrico Slagelse
21/05/2018	Copenhaga - Slagelse	Visita
21/05/2018	Slagelse - Copenhaga	Regresso a Copenhaga
22/05/2018	Copenhaga - Porto	
20/09/2018	Porto - Zurique	Centro Psiquiatrico Friedrichshafen
21/09/2018	Zurique - Friedrichshafen	Visita
22/09/2018	Friedrichshafen - Zurique	
24/09/2018	Zurique - Berlim	Reunião com Huber Staudt Architekten
24/09/2018	Berlim - Porto	

Tabela 8. Calendário das visitas aos casos de estudo 2017 - 18

2.2. CASOS DE ESTUDO

A primeira fase do trabalho de campo incluiu a seleção dos critérios e a posterior elaboração das questões.

A segunda fase, correspondeu à execução, nomeadamente as visitas aos casos de estudo. Esta fase estendeu-se por um período de sete meses, embora estivesse planeada para se realizar num período de três.

Por este motivo, as visitas estavam organizadas cronologicamente, de maneira a manter a sua ordem de construção. Contudo, por razões logísticas, esta ordem não foi mantida e o diário foi realizado de acordo com o calendário apresentado.

Durante as visitas foram elaborados registos textuais, gráficos, fotográficos e videográficos. Para se conseguir uma leitura mais agradável e contextualizada, foi feita uma narrativa, desde a chegada às diferentes cidades até às instituições, permitindo assim, também, uma melhor compreensão da situação urbana existente nos diferentes casos.

As visitas focaram-se na análise do edifício em si, estudando as plantas, os cortes e os alçados do mesmo e quais os princípios da arquitetura aplicada, relacionando o conceito com a época e o propósito da sua construção. Paralelamente, foi feita uma observação da interação entre os utilizadores e o espaço, tendo em conta não só a arquitetura do edifício, mas também a funcionalidade e a organização.

The eye, itself but a window of the mind.

George Savage, Psiquiatra Superintendente do hospital Bethlem



Figura 49. Vista para as obras do Big-Ben
Fotografia da autora, Londres, Março de 2018

2.2.1. BETHLEM ROYAL HOSPITAL

Nova Iorque nunca dorme, Paris está sempre apaixonado, Milão nunca passa de moda, Buenos Aires dança sempre o tango e Londres, veste sempre cinzento.

Não é só a história de Londres que impõe respeito, a capital de Inglaterra veste a imagem daqueles empresários que andam tantas vezes de fato que duvidamos se o seu armário não será como os dos *cartoons*.

A nobre, clássica e sofisticada dama da monarquia inglesa é também uma cidade de vanguarda cosmopolita, recheada de modernidade.

Para mim, Londres tem aquela amargura doce que se torna, temporariamente agradável, sendo que o conceito de tempo é muito relativo numa cidade que vive com pressa enquanto o resto do Mundo a identifica por um relógio.

Depois de ter procurado um apartamento sobre o Rio que me possibilitasse olhar para o Big Ben, qual não foi o meu desânimo ao ver todas aquelas máquinas à volta do relógio.

Em vez de acordar a olhar para as horas, só me restava acordar e olhar para as gruas antes de apanhar o comboio matinal que me levaria ao Hospital de Bethlem.

O Hospital de Bethlem, embora tenha sido sempre uma instituição psiquiátrica, mudou três vezes a sua localização, sendo possível identificar três edifícios desde 1247 até à atualidade.

Conhecido como o Hospital Psiquiátrico mais antigo do Mundo, o *Bethlem Royal Hospital* situa-se, atualmente, em Beckenham, no sudeste de Londres e faz parte do *SLaM*⁴⁵.

A viagem até Bechenham foi bastante rápida, não me levou mais que meia hora até chegar a uma estação rodeada de restaurantes vazios a servir panquecas aos que ainda estavam por vir. Embora existisse uma paragem de autocarro, optei por caminhar até ao hospital, uma vila com poucas casas e as poucas que existiam, eram tão pequenas que duas faziam uma.

O caminho foi mais longo do primeiro muro do hospital até à entrada do que da paragem até ao primeiro muro, o que fez justiça aos 135 hectares do terreno.

Já no portão principal, senti a bagagem histórica daquele edifício. Um aspeto robusto e barroco transportou-me para o século XVII, quase que podia ouvir os gritos da revolução industrial inglesa por entre aqueles tijolos marcados na fachada do edifício.

⁴⁵ *SLaM, South London e o Maudsley NHS Foundation Trust*, é a associação o que fornece a maior variedade de serviços de saúde mental no Reino Unido.



Figura 50. Fachada da segunda casa do Hospital de Bethlem, também conhecido por Bedlem, situado em Moorfields. Na maquete, estão representadas as estátuas de Caius Gabriel Cibber mencionadas no primeiro capítulo do trabalho. Galeria *Bethlem Museum of the Mind*, Fotografia da autora, Março de 2018



Figura 51. Fachada do Edifício Administrativo e entrada para o Museu do Hospital Bethlam Royal. O edifício manteve a mesma imagem desde 1930. Fotografia da autora, Beckenham, Março de 2018

Por já ter reunido informação suficiente, sabia encontrar-me na receção principal. A porta abriu assim que me aproximei. Um pequeno balcão e seis cadeiras fixas à parede era tudo o que encontrava, até que um senhor de uniforme se voluntariou para me indicar o caminho, passando-me para a mão o mapa do hospital que continha não só as unidades existentes, como também os serviços prestados.

O Hospital oferece uma gama de serviços especializados para todo o Reino Unido e abrange as mais diversas patologias, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, autismo e psicose. Existe um serviço Geriátrico, uma Unidade Pós-parto e uma unidade de Psiquiatria Forense de média segurança.

Informaram-me que não ia ser possível ter qualquer tipo de acompanhamento na visita, contudo, estava autorizada a caminhar livremente por todo o complexo, que ficou conhecido por ter sido o primeiro hospital psiquiátrico a adotar uma tipologia de vila.

A primeira unidade que visitei, foi o *Bethlem Museum of the Mind*, inaugurado em 2015 e situado no edifício administrativo original do local.

O interior do edifício encontrava-se totalmente renovado, a mármore acentuava a iluminação e o dourado da escadaria lembrava a aristocracia inglesa. A obra de arte de Cibber fazia jus à sua fama, não só pela sua dimensão, mas pela sua presença que, simultaneamente, nos convidava a explorar o museu e nos aconselhava a temer pelas memórias que ali podíamos encontrar.

O nome *Raving and Melancholy*, escolhido pelo autor, simboliza as duas principais causas de doenças mentais na época, nomeadamente, a mania e a melancolia.

Antes de subir a escadaria, a minha atenção ficou presa nuns desenhos ilustrativos, acompanhados de uma maquete que representava a fachada do Hospital de Bethlem, em 1675.

O edifício do museu, construído em 1930, era, inicialmente, apenas administrativo. Durante o ano de 2014, quando o espaço ficou inutilizado e a se iniciou a reforma do edifício, surgiu um projeto com o propósito de documentar a história do Hospital.

Ainda no primeiro piso, um quadro cobria toda a parede divisória entre a exposição de trabalhos de pacientes e o acesso ao museu. Nele estava uma fotografia aérea do complexo hospitalar e, eu tentei fazer a associação da planta que me tinha sido entregue na receção com a fotografia, e reparei que a tipologia dos edifícios não era compatível, principalmente na *River House*. Considerei aquele ser um bom ponto de partida para traçar o percurso da minha visita que, mal tinha começado e já estava suficientemente confusa.



Figura 52. Mapa das Unidades do Hospital de Bethlem, disponível no edifício da administração, com um esboço do percurso da visita.
Fotografia da autora, Beckenham, Março de 2018



Figura 53. Fotografia aérea do Hospital de Bethlem em Beckenham, exposta no *Bethlem Museum of the Mind*
Fotografia da autora, Março de 2018

No cimo da escadaria encontrei um balcão com uma linha temporal inscrita que, por entre fotografias e citações, contava a história do hospital psiquiátrico mais antigo do Mundo, desde 1247 até 2015.

O museu, projetado pelo grupo FBM⁴⁶, armazena mais de 450 obras de arte de ligadas ao hospital e ao campo da saúde mental.

A proposta do projeto envolveu a reforma e ampliação do antigo edifício administrativo, conseguindo, através da preservação da sua escadaria original art déco, um contraste arquitetónico que transmite, através do espaço, o conteúdo da sua exposição: uma viagem no tempo.

O museu divide-se em duas partes. Comecei a visita na ala esquerda, onde se encontrava uma exposição permanente que narrava, detalhadamente, a longa história do hospital, bem como a evolução dos tratamentos na saúde mental. Na ala direita existiam exposições temporárias, com obras da autoria de doentes.

A partir desta sala consegui ter uma visão direta para o extenso jardim, ou como o segurança lhe chamou, o autêntico bosque inglês.

Esta extensão envidraçada contemporânea, concebida para complementar o edifício existente em termos de escala e proporção, por estar direcionada para o exterior e conter inúmeras poesias projetadas, estimula, positivamente, a imaginação e a sensibilidade dos visitantes.

A vista ao museu deu-me um misto de sensações. Depois daquela carga de energia absorvida, senti um certo alívio ao deixar o edifício. Apesar de chover, pequenos raios de sol furavam as altas árvores do imenso jardim.

Voltei a olhar para o mapa e decidi orientar o meu percurso por categorias, o que me ajudou a identificar as características de cada um, assim, associei as cores em planta às categorias, o que facilitou, consideravelmente, a ordem da visita.

1. Unidades Rosa: Transtorno de Ansiedade;
2. Unidades Castanhas: Psiquiatria Forense e Psiquiatria Geriátrica;
3. Unidades Verdes: Autismo e Reabilitação Neurológica;
4. Unidades Roxas: Psicoses e Psiquiatria Maternal;
5. Unidades Laranjas: Crianças, Adolescentes, centro ocupacional, restaurante e galeria;

⁴⁶ Fraser Brown McKenn, (FBM Architects) é um grupo que trabalha para clientes de renome. O grupo formou-se em 1991, e desenvolveu uma reputação de fornecer resultados de sucesso com recursos limitados através de soluções de design inteligente. A maior parte dos trabalhos tem origem em concursos de arquitetura.



Figura 54. Acesso Secundário da Unidade de média segurança de Psiquiatria Forense, chamada *River House*. Nesta entrada é possível ver uma vedação em malha de aço suportada por ferro.

Fotografia da autora, Bethlem Royal Hospital, Beckenham, Março de 2018.



Figura 55. Acesso Principal da River House, onde recebem os pacientes externos e os visitantes. Galeria do Hospital de Bethlem, Beckenham, 2016

Iniciei o percurso, segundo uma ordem logística, pela categoria cor-de-rosa, que começava imediatamente ao lado direito do museu.

Este conjunto de unidades englobava três edifícios: o da recepção principal (no qual a unidade de cuidados e internamento estava de tal forma resguardada que eu nem tinha dado conta da sua existência) e mais duas casas, ambas com dois pisos, uma com telhado de duas águas e a outra com cobertura plana.

Estas casas assemelhavam-se a residências normais inglesas, uma delas até tinha chaminés e um anexo com um telhado de duas águas; mantinha-se a tonalidade cor de tijolo, agora quebrada por janelas brancas que pareciam acabadas de pintar.

Entre as duas casas, uma senhora loira fumava pausadamente o seu cigarro enquanto conversava com um homem de estatura inferior à sua. Cumprimentei-os cautelosamente. A minha descrição fez com que o cigarro fosse interrompido por uma pergunta relativa à minha presença que, depois de justificada, me concedeu uma visita ao interior da *Dower House*.

O seu interior não contrastava com o seu exterior, uma casa simples e humilde era o que abrigava aqueles pacientes. Dora era um deles, estava há três meses a viver na unidade e não mostrava qualquer intenção em sair. Assim que entrávamos podíamos ver um lance de escadas que nos levava até aos quartos. O chão, claramente em vinil laminado estava tão limpo que brilhava. Do lado esquerdo da porta estava uma cozinha, com uma pequena mesa de apoio e do lado direito uma mesa para refeições e um conjunto de sofás voltados para a televisão.

Rapidamente percebi que nenhum daquele mobiliário estava fixo, o espaço estava equipado como qualquer outra casa no quotidiano inglês.

Pelo entusiasmo com que falava, consegui perceber que o espaço favorito da casa para Dora era o sótão, falava-me desse espaço como se nele existissem mais coisas que no resto da casa.

A segunda categoria deixou-me mais receosa; não sabia se teria autorização para visitar estas unidades. Por isso, antes de qualquer percurso curioso, dirigi-me à *River House*, que correspondia à unidade de Psiquiatria Forense. O edifício destacava-se pela sua arquitetura moderna, um conjunto de escadas com um espelho equivalente a dois dos meus pés conduzia-me até à entrada principal.



Figura 56. Unidade de Terapia Ocupacional do Bethlem Royal Hospital, onde os pacientes decoram tanto o interior como o exterior do edifício, o que contrasta com a rígida arquitetura que o mesmo apresenta do século XVIII.
Galeria do Hospital de Bethlem, Beckenham, 2016

Exteriormente, o edifício, inaugurado em 2015, apresentava uma aparência bastante institucional. Um bruto bloco de betão pintado de azul e branco era vedado por uma malha de aço ou ferro que me transportou para uma realidade completamente diferente.

Assim que me aproximei da porta dupla ela abriu automaticamente. A receção apresentava um pé direito duplo, um conjunto de cadeiras fixas faziam frente com o redondo balcão de vidro que se estendia até ao final do corredor. A partir desse ponto não havia qualquer tipo de visibilidade para o interior. Por razões de segurança, não me foi permitido o acesso a nenhuma das unidades castanhas e fui informada que só teria acesso interior aos espaços comuns e à galeria, todas as outras unidades estavam encerradas e o acesso era limitado.

Assim, o percurso pelas restantes unidades tornou-se um pouco irrelevante para o trabalho, já que todas apresentavam o mesmo tipo de arquitetura exterior e só era perceptível a variação dos critérios de segurança. Unidades que abrigavam patologias mais graves tinham um número mais reduzido de pisos. Por outro lado, as que reabilitavam doentes cujo distúrbio tinha origem, maioritariamente, emocional, como depressão e unidade maternal, tinham um maior número de pisos e assumiam um carácter menos institucional.

Quando já me encontrava na zona laranja, o edifício da galeria chamou-me a atenção. Apesar de também este estar fechado, tinha sido redecorado pelos pacientes e a sua expressão artística, desde tijolos, portas e janelas até aos telhados. O edifício assumia um carácter que nos transportava para um Mundo colorido e de fantasias.

A última unidade a visitar foi o espaço de restauração, que se assemelhava mais a um restaurante como os que se encontram nas bombas de gasolina, isto, porque muitos dos pacientes faziam as suas refeições autonomamente nas diferentes casas.

Quando dei a visita por terminada, senti um desânimo porque não tinha conseguido uma experiência do espaço interior que fosse suficiente para o meu propósito. Por outro lado, já tinha uma opinião formada em relação àquele complexo, fotografias do seu interior estão disponíveis em vários livros e artigos, não era necessário ver a organização do mobiliário para compreender a razão para ser um dos hospitais com mais taxa de sucesso a nível mundial. Isto porque, não era um hospital, era como um conjunto de espaços, situados num terreno privilegiado, onde pessoas habitavam e procuravam um reencontro com o seu bem-estar físico e mental.



Figura 57. Porto de Bergen Fotografia da Autora, Noruega, Maio de 2018.



Figura 58. Desenho da Autora das *casinhas* de Bergen, Noruega, Maio de 2018.

2.2.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD

Ainda sobrevoando o mar, e já ao longe, a Noruega me presenteava com uma vista de tirar a respiração, um distinto e dramático cenário de montanhas e picos. Imponentes fiordes rasgavam o mar, deixando-me com a mesma sensação vitoriosa do primeiro menino perdido a encontrar o tesouro escondido na *Terra do Nunca*.

Envolvida numa gabardine, preparava-me para o famoso frio seco norueguês, mas felizmente, o clima trocou-me as voltas e todos os casacos que ocupavam a minha mala tornaram-se inúteis. Um sol figurativamente latino, fazia a temperatura alcançar os 26 graus.

Dos 23 minutos que levei do aeroporto até ao centro da cidade, três serviram para descobrir que Bergen tinha sido não só a capital do país na Idade Média, mas também o abrigo de uma importante fortificação viking até ao século XIV e os restantes 20 ouvi o ironicamente narigudo taxista protestar contra os mentirosos etimologistas estrangeiros que teimavam que o nome do seu país significava *o caminho do norte*, em nórdico antigo “*Nor veg*”.

Já confortavelmente instalada num simpático apartamento imediatamente ao lado do cais, o meu mimado e ruidoso estômago lembrou-me que não era só a mala que estava vazia. Fosse muita ou pouca fome a ordem era experimentar o famoso peixe norueguês.

Bryggen - o porto de Bergen - casinhas não é um termo técnico bem-vindo em Arquitetura, contudo, recuso-me a usar um termo tosco para descrever aquelas construções de madeira coloridas em ocre e tijolo, com telhados de duas águas, dispostas de tal forma que o seu cenário cantava músicas de infância.

A ausência de vento e os tons alaranjados faziam com que o reflexo do alçado nas águas fosse de tal forma simétrico que numa fotografia invertida seria impossível fazer a distinção

Antigos armazéns funcionavam como restaurantes, que serviam mesas e navios como se eles próprios assentassem na água, uma autêntica cidade cenográfica que me abria os olhos e o apetite. O porto abraçava as águas e o icónico Fish Market separava os seus dois braços de restaurantes, bares e lojas. O intenso cheiro a peixe misturado com a maresia tornava aquele ambiente acolhedor e agradável para um final de tarde bem servido e uma preparação para a visita planeada para o dia seguinte.



Figura 59. Fachada principal do Hospital de Kronstad
Pode-se constatar a situação urbana, onde se vê a paragem de metro e de autocarro e a imensidão de tráfego automóvel.
Fotografia da Autora, Bergen, Noruega, Maio de 2018.

O Arquiteto Per Kleve, com quem tinha agendado uma entrevista pela manhã, foi quem me recebeu assim que cheguei aos escritórios do grupo ORIGO. Quando comunico com alguém apenas por e-mail, tendenciosamente crio uma imagem dessa pessoa, desenho-lhe os traços e chego mesmo a inventar um tom de voz, no caso de Per Kleve, fiquei assustadoramente perto da realidade.

Antes de dar início à conversa, perguntei se havia problema em gravar um áudio da mesma, por entre um sorriso forçado o arquiteto admitiu ser demasiado tímido para isso, desculpando-se de seguida e passando-me uma revista para a mão, de forma a desviar o assunto.

Um artigo de duas páginas escrito pelo próprio Per dava-nos a conhecer pormenorizadamente o Hospital Psiquiátrico de Kronstad. Agradei e questionei-me interiormente em como ia traduzir todo aquele texto que estava em norueguês.

Começamos pelos desafios do projeto, tendo sido um dos principais a sua localização. Situado entre uma escola, um campo desportivo e uma das principais estações de metro, a poluição, o trânsito e barulho foram uma constante a ter em conta na equação do edifício.

O Arquiteto Per adiantou que a escolha do local foi feita a pensar na normalização da Saúde Mental e no carácter inclusivo a atribuir à instalação. Criando-se assim um jogo entre a proximidade com a sociedade e a preservação da segurança dos pacientes.

Inicialmente, existia apenas um pátio no piso térreo e somente após algumas reuniões com as restantes equipas responsáveis, é que a integração interior/exterior se tornou no principal elo de ligação no edifício. Atualmente, um total de nove pátios interiores, estão distribuídos pelos sete andares numa área total de 12 500m².

O cuidado em evitar zonas muito escuras e cantos isolados, foi algo que também progrediu consoante o desenvolvimento do projeto, quanto mais compreendiam as patologias mais as peças para a concretização da arquitetura se encaixavam.



Figura 60. Pátio no último piso do Hospital de Kronstad que faz fronteira com o Campo Desportivo da escola de que é vizinho, as amplas janelas possibilitam aos pacientes um contato visual direto com a envolvente, nos últimos pisos as janelas são mais pequenas pois eram destinadas a pacientes com patologias graves e necessitavam de um nível superior de segurança-
Hospital de Kronstad, Portfólio
Grupo de Arquitetos Origo, 2016

“No início, o nosso objetivo principal era conseguir um edifício hospitalar moderno, com uma imagem convidativa e que se integrasse na envolvente. Após algumas conversas com médicos e engenheiros, apercebemo-nos que a melhor motivação eram os pacientes. Assim o objetivo principal passou a ser o contacto visual direto com o exterior. Estamos a falar de pessoas que precisam de se sentir seguras, por isso desenvolvemos um edifício em que elas se sintam assim, num espaço que vai ser, temporariamente, a sua casa. Ganhamos um prémio de arquitetura quando, pela primeira vez estávamos focados no Homem e não no betão.”

(Kleve)

Origo Architekture

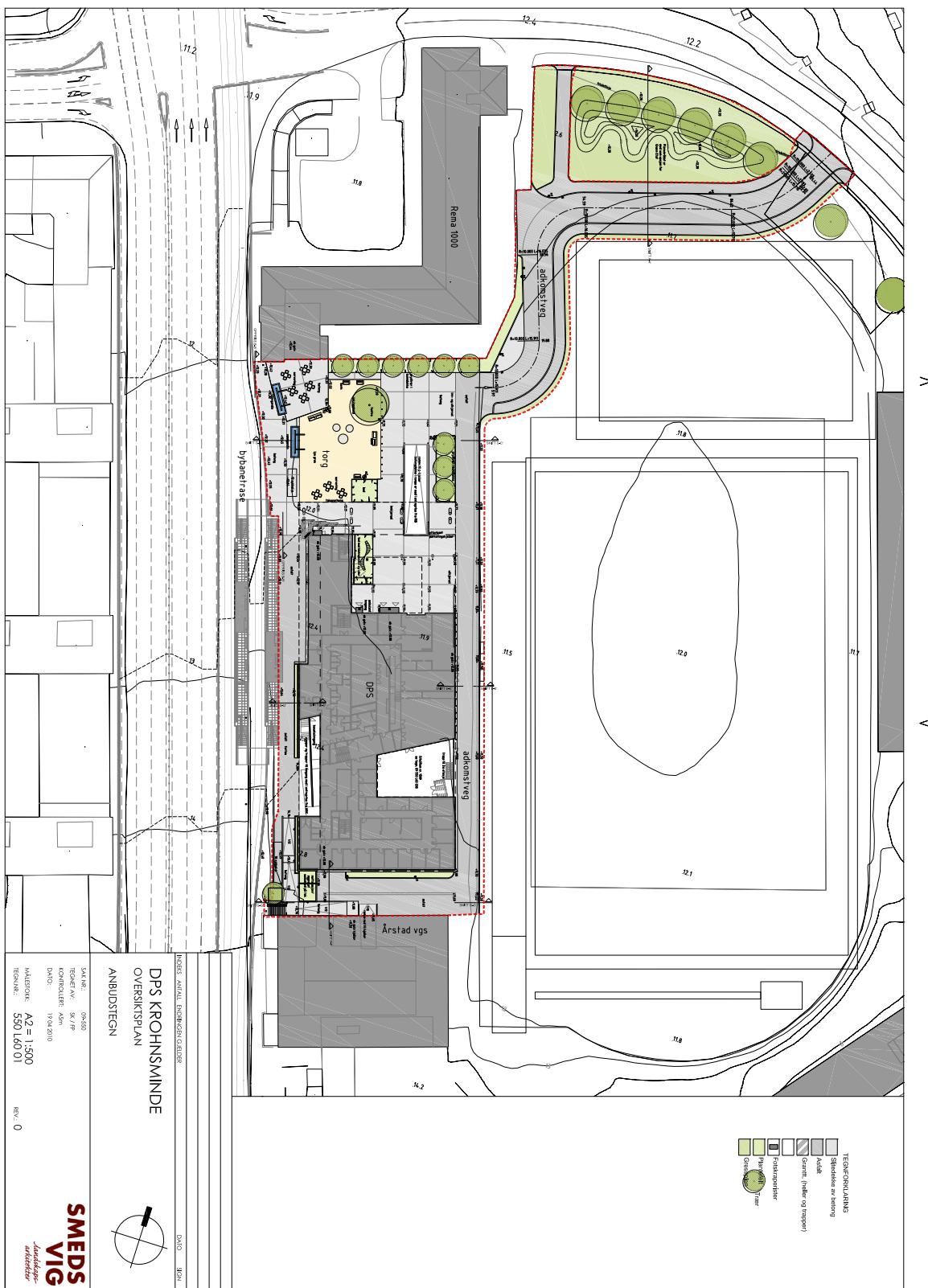


Figura 61. Planta de Implantação do Hospital de Kronstad, disponibilizada pelo Arquiteto Per Kleve. Do lado direito situa-se a linha de metro e a paragem de autocarro, do lado esquerdo um campo desportivo de uma escola secundária. Portfólio do Gabinete de Arquitetura do Grupo Origo, 2016

As palavras de Per fizeram-me refletir sobre o verdadeiro conceito de Arquitetura Humanizada. Imaginar um grupo de arquitetos perante a necessidade e até, curiosidade, em estudar psiquiatria para conseguir proporcionar aos doentes um ambiente adaptado à sua condição, foi um pequeno detalhe que representou, para mim, a essência da Arquitetura Humanizada.

Os materiais relacionavam a fachada e a estrutura do edifício com as cores predominantes na paisagem, a própria vegetação foi escolhida com o intuito de *trazer a montanha para a cobertura*, como disse o arquiteto, depois de orgulhosamente falar da sua famosa trepadeira existente no pátio principal (a primeira a conseguir sobreviver num clima frio da Noruega, a sua magia vertical, como a escolheu apelar).

A conversa passou pela Arquitetura, a Psiquiatria, a Humanização, a Economia, a Política, e o Ensino, deu uma hora de voltas até chegar aos desenhos e à explicação dos mesmos. Considerei absolutamente fascinante o facto de, inconscientemente e livre de guias, o grupo ter conseguido no seu projeto cumprir quase todas as regras referentes à Arquitetura Hospitalar Psiquiátrica.

O edifício organiza-se em torno de três grandes pátios que proporcionam contacto visual entre os diferentes departamentos, facilitam a circulação e acrescentam um toque de natureza dentro do edifício. Cada um dos departamentos do hospital está relacionado com jardins de telhados específicos. Cada jardim com as suas próprias características que variam consoante a sua localização e função.

A distribuição descrita por Per era completamente perceptível em desenho. Prosseguiu, explicando que a segurança aumentava consoante a altura dos pisos. No rés-do-chão estava o acesso ao parque de estacionamento e a entrada de emergência; no primeiro piso existia a entrada secundária, feita lateralmente e a principal, através de uma rampa; os pisos seguintes eram semelhantes, com quartos e espaços comuns, variando apenas a posição do pátio de cada um; o último piso tinha sido pensado para os pacientes com patologias mais graves. Contudo, como os casos diminuíram consideravelmente, o piso destinava-se agora a pequenas salas de suporte, com acesso direto à imensa cobertura.

Abertura, transparência e fluidez sintetizavam o espaço, apesar da grande escala do edifício. A sua circulação e distribuição funcional era bastante simples, o que é essencial num hospital destinado à Saúde Mental.



Figura 62. Planta do piso 04 do Hospital de Kronstad. Este era considerado o tipo-piso ou *standard*, todos os outros resultavam de uma adição ou subtração deste exemplo. Aqui também se situava o pátio principal que interligava visualmente as zonas comuns. Portfólio do Gabinete de Arquitetura do Grupo Origo, 2016.

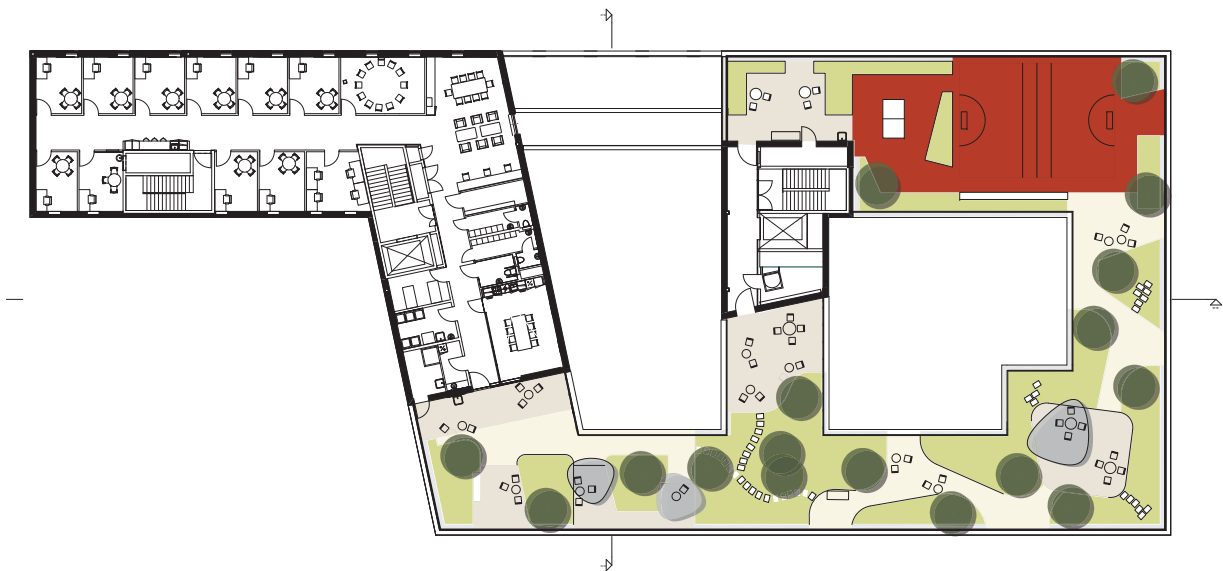


Figura 63. Planta do piso 05. Corresponde ao piso do Terraço-Jardim do Hospital de Kronstad. Inicialmente este piso seria para os doentes com as patologias mais gravez, felizmente, como não existiram casos suficientes o piso destina-se a administração. Portfólio do Gabinete de Arquitetura do Grupo Origo, 2016.



Figura 64. Corte longitudinal do Hospital de Kronstad. Portfólio do Gabinete de Arquitetura do Grupo Origo, 2015.



Figura 65. Corte transversal pelo pátio principal no Hospital de Kronstad. Portfólio do Gabinete de Arquitetura do Grupo Origo, 2015.

O grupo consentiu com a disponibilização de todo o material, do processo até aos desenhos rigorosos finais.

O arquiteto Per contactou o diretor do hospital para que a minha visita fosse com a sua recomendação. Com uma ideia já pré-concebida do que iria encontrar, despedi-me de toda a equipa e prometi partilhar a minha pesquisa assim que concluída.

Assim que saí do gabinete, deixei a curiosidade vencer a preguiça, o que resultou numa caminhada de quinze minutos na berma de uma autoestrada desconhecida. Aproveitar a minha ida ao Hospital Kronstad para conhecer as redondezas da cidade de Bergen foi uma boa decisão.

A cidade perdia o seu carácter cénico e poético e adotava agora uma expressão mais urbana, a infindável variação de cores conferida pelas casinhas do porto era agora substituída por um jogo de tonalidades cinzas executivas.

Uma rotunda fazia frente ao Hospital de Kronstad, que se destacava no cenário devido aos painéis verdes a rasgar o cinzento predominante, uma zona bastante caótica para um hospital.

A poluição sonora que envolvia o edifício era marcada pelo elevado trânsito, as buzinas dos carros, juntamente com a contagem dos segundos nos semáforos, as obras em desenvolvimento, o espirrar do autocarro na paragem e as escadas rolantes do metro, explicavam o desafio urbano descrito pelo arquiteto Per.

Pilotis arrojados em forma de compasso invertido a sessenta graus venciam a diferença de cota entre o acesso principal e o secundário. Com algum tempo até à hora agendada para a visita, decidi subir as escadas ao meu lado esquerdo que davam até uma pequena praça com um espelho de água e uns bancos de apoio. O mobiliário urbano era bastante simples, sentada no banco conseguia ouvir o chutar das bolas vindo do campo desportivo que nos separava através de um muro de betão branco.

Ao lado da entrada secundária existia uma farmácia de apoio ao hospital, igualmente destinada ao público. Embora estivesse fechado, o hospital dava-nos a sensação de ser completamente aberto ao público, a partir da farmácia era possível ver partes da unidade, incluindo uma varanda e as periferias dos terraços.

Assim que entrei, senti um impacto visual enorme, o verde e o cinzento exterior foram imediatamente quebrados por um vermelho quente contornado a preto, este contraste, curiosamente, resultou num conforto visual bastante interessante, não existiam mais cores sólidas, um conjunto de gravuras quentes enchiam o pé-direito duplo da receção.



Figura 66. Vista do piso 06 a partir do terraço-jardim do Hospital de Kronstad
Portfólio do Gabinete de Arquitetura do Grupo Origo, 2016

A minha tentativa de apresentação, foi interrompida pelo entusiasmo de um colaborador cujos olhos imploravam um motivo para abandonar aqueles metros quadrados de receção.

Informou-me que o diretor não podia estar presente, mas que a minha recomendação tinha sido feita e que ele guiaria a visita, balbuciando ser o que melhor conhecia os *cantos à casa*.

Não sendo relevante a ordem da visita, o elevador mais próximo levou-nos para a cobertura. Um campo desportivo estava desenhado a vermelho vivo no chão.

A vista proporcionada para a cidade não era nada quando comparada com a vista a Sudeste para o monte Ulriken, com os seus 643 metros de altura, fazem com que seja a mais alta das sete montanhas que cercam Bergen. A melodia caótica sentida no rés-do-chão desaparecera por completo, tudo o que podia ouvir era o ecoar da brisa nas montanhas.

Depois de se apresentar, Nathan contou-me que a decoração escolhida para a cobertura era japonesa, desde a vegetação até ao mobiliário, por motivos terapêuticos.

Inicialmente, o departamento de psiquiatria de Bergen estava incluído no hospital geral, sendo apenas uma ala comum do mesmo, o que, segundo Nathan, que trabalhara igualmente na unidade anterior, não era muito confortável, nem para os pacientes nem para as equipas médicas e do *staff*. A partir da cobertura, a varanda e o segundo campo desportivo exterior eram visíveis.

Perguntei se os pacientes costumavam usufruir muito daquele espaço, infelizmente, a resposta não foi a que esperava. Nathan admitiu que a cobertura se destinava mais às pausas para cigarros das equipas do que propriamente aos pacientes. Apesar dos vidros terem uma altura superior a 2,20m continuava a ser uma zona que necessitava de supervisão constante e, como já me tinha dito o arquiteto Per Kleve, sendo o último piso era destinado apenas à administração, não era comum os pacientes chegarem sequer a subir até aquele espaço.

Umhas brutas escadas em betão aparente e separação em madeira levaram-nos para o que Nathan apelidou como sendo o *piso standard*, isto porque a tipologia se repetia no terceiro, quarto e quinto piso, a única coisa que variava era, mais uma vez, a disposição dos pátios.

Não possuindo chaves, Nathan conseguiu apenas mostrar-me as salas que se encontravam abertas.



Figura 67. Sala de Terapia Musical Hospital de Kronstad
Fotografia da autora, Bergen, Maio de 2018



Figura 68. Cozinha imediatamente ao lado da Sala de Estar e
acesso ao pátio do quinto piso.
Hospital de Kronstad
Fotografia da autora, Bergen, Maio de 2018

Assim que entramos na sala de música, uma figura de bata branca veio ao nosso encontro, introduzindo este espaço como sendo o favorito dos pacientes nas horas de terapia.

Uma sala simples, com cadeiras de madeira móveis dispostas à volta de uma mesa, uma televisão e duas guitarras encostadas à parede era tudo o que encontrávamos naquela sala. Embora usasse diferentes cores, a decoração era subtil e serena e, no meu entender, aquela cortina purpura tirava qualquer tipo de aspeto institucional ao ambiente. A simplicidade do tão pouco fazia tanto.

Seguimos para a sala que dava acesso ao segundo pátio, também com um campo desportivo, um espaço multifuncional que assumia tanto o papel de sala de estar como sala de jantar, cozinha ou de convívio. O chão em vinil refletia a luz que entrava a partir do pátio e da grande janela, as portas que separavam os espaços eram em madeira. Apesar de estar num edifício de grande escala, os espaços repartiam-se de uma forma tal que cada vez que uma porta se abria dava a sensação que mudávamos de casa, como se cada espaço tivesse uma identidade.

Inexplicavelmente, enquanto caminhava por aqueles corredores de vidro sentia-me num aquário, talvez pelas cores, os painéis de metal, os desenhos ilustrativos, o verde água misturava-se com o azul tipicamente medicinal. Tudo isso transportava-me para este cenário marítimo, intencional ou não. Para mim fazia todo sentido sentir a presença do mar num hospital norueguês.

A minha imaginação foi interrompida pela vista da varanda ao meu lado esquerdo, direcionada para o centro da cidade, a maldita autoestrada acenava-me e ouvia o barulho do tráfego só de olhar para ele.

Felizmente, ao meu lado direito tinha uma vista bem mais agradável. Conseguia ver o pátio principal, situado no quarto piso e podia agora conhecer a famosa “magia vertical” de que o arquiteto Per Kleve tinha falado.

Uma série de nomes apareciam nas portas, alguns com desenhos, outros com colagens. Quando encontramos uma porta branca Nathan, sorrateiramente, empurrou-a para trás permitindo-me fotografar os quartos, que eram todos individuais com instalações sanitárias privadas.



Figura 69. Quarto Individual no Hospital de Kronstad. Todos os quartos eram suites individuais e possuíam o nome dos pacientes nas portas. Este quarto em particular estava livre, por isso foi possível fotografar. Fotografia da Autora. Bergen, Maio de 2018



Figura 70. Sala de Refeições do Piso 04, nenhum mobiliário era fixo e esta era a zona onde os pacientes preparavam as suas refeições autonomamente. Hospital de Kronstad. Fotografia da Autora, Bergen, 2018

O quarto tinha uma cama a ocupar um dos cantos e uma cadeira fixa a ocupar o outro; o remate era feito com uma secretária e uma grande janela com vista privilegiada para a montanha; as paredes brancas condiziam com as cortinas e com a pequena mesa circular de apoio e um quadro com uma fotografia da cidade era a única decoração. A porta de correr para o wc era em madeira leve, onde o espelho e o mobiliário era completamente embutido, incluindo o suporte para o papel higiénico e o sabonete.

Por ser um espaço que os pacientes usam, geralmente, sem qualquer tipo de vigilância, as regras de segurança são mais restritas, tornando-se mais difícil fugir ao aspeto institucional. Foi no desenrolar deste comentário que tive conhecimento de que quase todos os pacientes internados em Kronstad o faziam voluntariamente, sendo a recetividade ao tratamento fundamental na reabilitação. Nathan garantiu-me que os resultados eram alcançados entre 2 a 3 meses.

Queria decididamente, visitar o pátio principal, por isso sugeri prosseguirmos a visita às zonas comuns no piso inferior ao invés de ver tudo no mesmo piso, tendo em conta a sua semelhança. Assim que descemos as escadas tive o privilégio de conhecer a famosa “magia vertical”, o uso do vidro e a tonalidade de cores no interior e no exterior do edifício faziam com que a linha entre o estar dentro e o estar fora fosse muito ténue. O edifício vivia aberto para o público, mas fechado para si mesmo e era constante a sensação de estar num espaço mais exterior que interior.

A sala de estar e a sala de jantar estavam separadas por uma porta de vidro, neste piso, a sala de jantar possuía ainda uma varanda o que tornava o ambiente mais agradável, o uso de algumas cadeiras vermelhas pareceu-me bastante adequada, tendo em conta ser uma cor que aumenta o apetite e o dinamismo.

A luminosidade da sala era imensa, fornecida não só pela entrada de luz natural, mas também por uns candeeiros redondos e espelhados que contribuía para uma perceção maior da dimensão das salas. O facto da mobília escolhida ser branca e o chão em vinil faziam com que a luz refletisse, dando uma tonalidade clara a todo o espaço.

O uso da madeira polida e de superfícies de fácil limpeza faziam com que me sentisse numa casa aberta.

Durante a visita às salas comuns, alguns pacientes terminavam a sua refeição, todos me saudaram com simpatia. Enquanto fotografava apercebi-me que cada um arrumava e limpava tudo o que era utilizado. O carácter de comunidade e integração era algo que se podia sentir, como se o processo de reabilitação individual fosse dependente da reabilitação em grupo.

O quarto que tinha a cama a ocupar um dos cantos e uma cadeira fixa no outro, o remate era feito com uma secretaria e uma grande janela com vista privilegiada para a montanha. As paredes brancas condiziam com as cortinas e a pequena mesa circular de apoio.



Figura 72. Sala de Terapia para Produção Artística. Hospital de Kronstad. Fotografia da Autora. Bergen, Maio de 2018



Figura 71. Sala Desportiva, o chão era todo em vinil e o uso de cor fortes devia-se à estimulação positiva. Hospital de Kronstad. Fotografia da Autora, Bergen, Maio de 2018

Acedemos ao piso térreo pelo exterior, uma escadaria de acesso ao pátio permitia um contacto visual direto com o campo desportivo, onde alguns jovens jogavam futebol enquanto um grupo de miúdas dançava fazendo a música chegar até nós. O verde da vegetação, o muro verde e o campo desportivo faziam com que as cores da montanha parecessem estar mesmo ali ao lado.

Voltando ao interior do edifício, reencontrei-me com as gravuras encarnadas do primeiro piso. As claraboias faziam com que, deste nível, as cores parecessem mais claras e menos intensas do que quando me encontrava na receção.

Nathan mostrou-me as salas terapêuticas, nomeadamente a sala de música, a sala de expressão plástica, o ginásio e o campo de futebol interior.

Como era de esperar, um carácter académico predominava neste piso, o facto de existir uma escola e um campo desportivo ali tão próximos fazia com que aquela zona do hospital parecesse destinada a atividades extracurriculares. Esta sensação era conseguida através do contacto visual, a diferenciação interior/exterior e público/privada continuava a ser bastante ténue.

Não necessitando de iluminação, a sala de música era voltada para as traseiras, sem janelas e com uma parede completamente isolada acusticamente; semelhante a um verdadeiro estúdio possuía os mais variados instrumentos musicais, que por si só, já serviam de decoração.

Na sala desportiva a luz penetrava o espaço através de cinco janelas com 3 m de altura, o vidro duplo deixava o sol entrar e refletir o seu amarelo no chão verde-água em vinil que revestia toda a área. Também aqui, a iluminação artificial estava embutida nos painéis de teto falso predominantes em todo o hospital.

Como seria de esperar, a sala artística era a mais agradável. Adorei observar os trabalhos dos pacientes. As cadeiras dispostas em meia-lua voltavam-se para o exterior embora, segundo Nathan, os pacientes não precisassem de inspiração pois a sua mente já era suficientemente criativa.

Agradei a disponibilidade desculpando-me por uma visita de uma hora se ter estendido para quase três.

Todas as peças que o arquiteto Per me dera tinham sido mais que suficientes para a montagem do *puzzle*. A arquitetura era sem dúvida uma ferramenta terapêutica, a diferença entre o interior e o exterior era impercetível para quem estava dentro do edifício, mas bastante clara para quem estava de fora.

Despedi-me daquele hospital semelhante a um aquário com uma volta às suas redondezas. Dada a visita por terminada e, já conhecendo o percurso ilegalmente pedonal pela autoestrada, apanhei o autocarro cuja paragem se situava a 20 passos da rampa principal. Avizinhavam-se agora dois dias em Oslo antes de embarcar no *Ferry* até à Dinamarca, onde iria conhecer o conceituado Hospital Psiquiátrico de Slagelse.



Figura 73. Navio *DFDS*
Fotografia da autora, Travessia Oslo-Copenhaga, Maio de 2018

2.2.3. HOSPITAL DE SLAGELSE

A travessia entre Oslo e Copenhaga foi indiscriminável, um espetáculo que transcendeu as expectativas.

O navio da DFDS possuía mais de 10 andares. A viagem, iniciada às 17 horas em Oslo, terminou às 9h45 na capital da Dinamarca.

Dezasseis horas de belas paisagens e belas comidas. Pude sentir uma rivalidade saudável e cordial entre dinamarqueses e noruegueses. Os dois países da Europa, vizinhos no Mar do Norte, disputavam pela melhor arquitetura, culinária, artistas e o melhor legado *Viking*.

Ambos rejeitaram a entrada na zona do euro - o que significa, por um lado, que foram poupados da fase mais aguda da crise económica europeia e, por outro, que há poucas promoções para turistas.

Infelizmente, tive pouco tempo para saborear o ritmo de vida da cidade, que conserva um tom deliciosamente provinciano.

Antes de apanhar o comboio para Slagelse, consegui dar um passeio pelos jardins do Palácio de Rosenborg, que pintam de verde uma grande área no coração da cidade. Entre as árvores era possível ver a torre do palácio que, mesmo sendo a menor de Copenhaga, ganhava em exuberância. Dizem que a essência de um país está nas suas pequenas cidades e não nas grandes metrópoles, isto explicava o porquê da cultura Viking ser tão evidente em Slagelse.

Uma tonalidade castanha predominava nas imensas casinhas com telhados de duas águas. Embora fizesse sol, já sentia falta das mil cores de Copenhaga. O apartamento central, alugado por uma noite, resumia, na sua arquitetura, o espírito *Hygge*⁴⁷, que, segundo muitos, é o segredo para ser feliz. Sentia-me num sótão, mas estava, efetivamente, numa casa.

Assim que me instalei, a saudade que aquele miniestúdio me ia deixar entrou para me fazer companhia, juntamente com o arrependimento da minha estadia se reduzir a uma única noite. Contudo, era aquele o lugar perfeito para pagar as horas que andava a dever à cama.

⁴⁷ Hygge, significa acolhedor. A palavra desafia a sua tradução literal, a melhor explicação que tive relativa aquela filosofia de vida na Dinamarca foi como sendo *a ausência completa de qualquer coisa que incomode ou que seja emocionalmente opressiva*.



Figura 74. Acesso principal ao Ambulatório, Hospital de Slagelse
The Architectural Review, Dinamarca, 2015

O comboio de regresso a Copenhaga partia no final do dia. Sendo assim, e porque queria visitar um pouco da cidade de Slagelse, a visita ao Hospital começou de manhã cedo a partir da hexagonal praça central que fazia frente com a nova Igreja ladeada pela histórica Latinskolen, conservada como património.

As estreitas ruelas que me pareceram todas iguais na noite anterior, revelavam agora diversas cores, as janelas contornadas a branco faziam com que cada bloco contasse uma diferente história infantil, a arquitetura predominante fez-me compreender onde o conceituado escritor Hans fora buscar toda a inspiração.

A escala dos edifícios aumentava consoante me afastava do centro, as casinhas de dois pisos transformavam-se em altos escritórios acinzentados com janelas repetidas. Aqui já não podia ouvir histórias infantis, ouvia relatos económicos e discussões políticas.

O Hospital Psiquiátrico fazia frente com o Hospital Geral. Enquanto percorria a rua que os separava pude facilmente identificar cada um deles, um tinha um carácter institucional, o outro aproximava-se de uma construção em comunidade.

Atravessei todo o estacionamento até chegar ao edifício principal; o destaque da fachada já era o suficiente para me lembrar que estava no maior hospital psiquiátrico de toda a Dinamarca.

Em 2015, o projeto foi considerado o exemplo perfeito de *Healing Architecture*, que se traduz, literalmente, como Arquitetura Curativa. Vencedor do prémio *AR Healthcare 2016* o hospital, GAPS, como ficou conhecido, tem capacidade para 200 pacientes internos, distribuídos pelas diferentes unidades com um total de 44 000 m².

Christina Karlsoon, enquanto representante do grupo responsável pelo projeto declarou, em 2017 na revista *Troldekt* que *em vez de começar na doença, o projeto baseou-se no oposto.*

A equipa questionou-se qual seria a arquitetura ideal para uma pessoa viver feliz e saudável. Depois foi só ajustar as conclusões às exigências e especificidades de um hospital psiquiátrico.



Figura 75. Escadas em caracol na Unidade de Investigação do Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015

Uma pequena área de receção dividia o jardim do que supus ser a zona de internamento. Não tardou até que as minhas suposições fossem interrompidas, por uma senhora de bata branca que se dirigia a mim com a subtil iniciativa de me internar. Expliquei o motivo da minha presença e fui convidada a esperar na ala esquerda, aquela era a zona de atendimento externo.

Quando chegamos à ala esquerda os meus olhos ficaram deliciados com o jogo criado pelas duas escadas em caracol, dispostas assimetricamente e que criavam um movimento indiscreto naquele pé-direito que alcançava, aproximadamente, os 16 metros. Sem contar com a gigante claraboia dupla que fazia com que os poucos raios de sol parecessem imensos juntamente com a iluminação artificial e a tonalidade conferida pelos painéis de madeira e o vidro.

Dirigimo-nos ao balcão onde fiquei *entregue* a uma cara bem mais simpática, uma enfermeira com um cabelo encarnado folheava o meu protocolo com um sorriso acolhedor. Questionava-me se a minha visita seria guiada pela famosa Pequena Sereia; cujo a estátua se encontrava no porto de Copenhaga. No seu lugar, também eu teria fugido daquela pedra que assistia ao desembarcar de gente vinda de todos os cantos do Mundo.

Sorri interiormente e, porque não me podia distrair nos meus pensamentos, voltei a fitar aquela figura que me recebera tão bem. Saltando as apresentações e iniciando o discurso com um pedido de desculpas, Simone informou-me das limitações da visita.

As unidades estavam divididas consoante a condição dos pacientes, quanto mais se afastavam do edifício central, mais grave era a condição.

Por este motivo, as unidades de alta e média segurança e as unidades de psiquiatria forense não podiam ser incluídas na visita, por questões óbvias de segurança.

O facto de ser um hospital muito conceituado e que prima pela descrição também impediu o registo fotográfico do seu interior.

Antes de iniciar a visita, não hesitei em questionar Simone relativamente às peculiares escadas em caracóis, que sempre me seduziram arquitetonicamente, mas que nunca considerei muito funcionais.

Toda a área cujo acesso era feito através dessas escadas destinava-se a administração, escritórios e pesquisas. Desta forma, nenhum paciente tinha acesso aquele átrio de entrada, por isso estas não eram um perigo para os utentes, só para as equipas, que se fossem como eu, facilmente usariam a cara e não os pés para aquelas escadas.



Figura 76. Desnível entre o Ginásio e o Campo Desportivo no Hospital de Slagelse
Grupo de Arquitetura Karlsruon, 2015



Figura 77. Tanque Terapêutico, na fotografia é possível ter a percepção da vista para o pátio da unidade.
Hospital de Slagelse, Grupo de Arquitetura Karlsruon, 2015.

Ao percorrer aquele corredor, a sensação de estar num edifício feito em cortiça acentuava-se ainda mais, a tonalidade conferida pela madeira e o facto de mal conseguir ouvir os meus próprios passos fazia-me esquecer onde estava.

O efeito conferido pelas luzes era absolutamente surpreendente. A luz artificial jogava, harmoniosamente, com a luz natural. Toda aquela tonalidade dava a sensação de estarmos a percorrer um ambiente quente, o que era, de uma certa forma, reconfortante.

Começamos por visitar as salas terapêuticas, estas funcionavam como o elo de ligação entre as diferentes unidades. Um ginásio, um campo desportivo, uma cozinha para aprendizagem de culinária e, aquilo que Simone apelidou de *Tanque Terapêutico*.

Os focos de iluminação LED refletiam a sua intensidade no chão de vinil que usava diferentes tons de castanho, o que tirava o protagonismo aos raios de sol que entravam pela abertura superior no campo de futebol de sala.

Cerca de 6 degraus separavam o campo do ginásio, onde os pacientes podiam treinar individualmente enquanto assistiam a alguma atividade que pudesse acontecer no campo desportivo.

Só quando passamos a segunda porta é que percebi o porquê do termo *Tanque Terapêutico* e não *piscina interior*.

Uma extensa parede em vidro fazia frente com uma série de jatos e extensões de hidromassagens, o facto de termos descido, aproximadamente, mais meio piso dava, a quem estivesse dentro da piscina a sensação de estar ao nível do jardim. A tonalidade verde separava-se da tonalidade azul tão subtilmente que se criava uma ilusão ótica de que estariam realmente em contacto.

A transição entre as zonas comuns e privadas era subtil. As zonas de lazer e terapêuticas estavam próximas das unidades de internamento para doentes gerais.

Depois de atravessarmos um dos pátios, visível a partir dos espaços comuns, voltamos ao corredor inicial para visitar uma das unidades tipo.



Figura 78. Planta de Implantação do Hospital de Slagelse.

(i)Ambulatório; (ii)Psiquiatria Forense de Média Segurança; (iii)Psiquiatria Geral; (iv)Psiquiatria Forense e Geral de alta segurança; A zona onde foi feita a visita foi a zona (iii), onde foi possível conhecer a unidade-tipo, a informação das plantas e cortes das restantes unidades não estão disponíveis nem para visita nem em nenhum formato online. Houve uma tentativa em contactar os arquitetos responsáveis, mas sem qualquer resposta.

Grupo de Arquitetura Karlsoon, Dinamarca, 2015



Figura 79. Alçado onde é possível identificar o Edifício Administrativo e de Investigação percebendo a diferença de cotas bem marcada por este nas restantes unidades.

Grupo de Arquitetura Karlsoon, Dinamarca, 2015



Figura 80. Planta piso térreo da unidade de internamento dos doentes de Psiquiatria Geral no Hospital de Slagelse. Todas as unidades possuíam um espaço exterior individual. Em cada unidade existiam duas alas de quartos que se desenvolviam em torno de um pátio central. As salas comuns eram o ponto de ligação entre as alas e o espaço de estar funcionava como circulação.

Grupo de Arquitetura Karlsoon, Dinamarca, 2015



Figura 81. Pátio central das unidades individuais do Hospital Psiquiátrico de Slagelse
Grupo de Arquitetura Karlssoon, Dinamarca, 2015.



Figura 82. Espaços de Estar e de Circulação das Unidades do Hospital Psiquiátrico de Slagelse.
Grupo de Arquitetura Karlssoon, Dinamarca, 2015

Como seria de esperar, nas unidades mais próximas dos espaços comuns estavam pacientes que tinham uma facilidade superior em relacionar-se com equipas, outros pacientes e possíveis visitas, fosse de familiares ou de investigadores, sendo os segundos mais frequentes devido ao departamento de pesquisa situado apenas a algumas portas de distância.

A tonalidade castanha era agora quebrada por um cinza claro. Embora disposto em comunidade, havia um certo sabor institucional nas letras inscritas nas paredes, que, por alguma razão, se repetiam e acabavam refletidas no chão. Fitava aquela combinação de letras imaginando o que queriam dizer e, como nunca fui boa a disfarçar pensamentos com expressões faciais, Simone adiantou-se esclarecendo-me, sem qualquer pergunta, que todas as inscrições eram excertos dos poemas de Ursula Andkjær⁴⁸, redigidos em 2015 no âmbito específico da Saúde Mental.

Um pequeno balcão marcava a distribuição dos quartos pelas duas alas. O uso da menor quantidade de mobília possível era propositado, todos os equipamentos possuíam linhas simples, em tons de branco se cinzentos; uma distribuição em linha de cadeiras altas e fixas dividia o espaço das refeições do espaço de estar.

A sensação não era semelhante a estar num hotel, ou em casa, parecia sim aqueles apartamentos de férias que mesmo depois de lá estarmos uma semana, continuamo-nos a sentir numa exposição do IKEA.

48 Ursula Andkjær nasceu em 1970 em Copenhaga. Estudou teoria da música e filosofia, acabando famosa pela sua poesia associada a temas polémicos. Conflitos e antagonismos estão presentes no seu trabalho.

Também os quartos, todos individuais, eram de uma simplicidade notória, o mobiliário ficava-se por uma simples cama fixa, uma secretária embutida que possibilitava a inexistência de cantos, uma pequena mesa redonda e uma cadeira.

A decoração era inexistente, a predominância daquele branco brilhante fazia com que as próprias paredes, aparentemente, propagassem luz.

O conceito dos quartos assentava na transição entre o espaço público e o privado, todos davam acesso direto ao pátio interior.

A porta dupla abria para os dois lados, o que fazia com que todo o quarto ficasse aberto para a zona comum, como se fizesse parte dela. Assim, um espaço que antes parecia pequeno e fechado, tornava-se agora num espaço de transição entre o interior e o exterior.

A flexibilidade deste espaço conferia uma especial suavidade à transição entre estar em comunidade e estar sozinho, a mesma tipologia conseguia reabilitar, de diferentes formas, diferentes pacientes.

Também o facto de os jardins individuais serem murados fazia com que a segurança dos pacientes não fosse posta em causa.

O acesso ao WC individual existia em todos os quartos, não sendo necessário usar o corredor, mas possível em casos especiais, pois também este tinha uma porta de acesso ao corredor principal.

A unidade terminava com duas salas envidraçadas voltadas para o pátio comum, espaços de estar para uso individual ou para atendimento terapêutico.



Figura 83. Quarto Individual, virado para o exterior.
Hospital Psiquiátrico de Slagelse.
Grupo de Arquitetura Karlsruen, Dinamarca, 2015

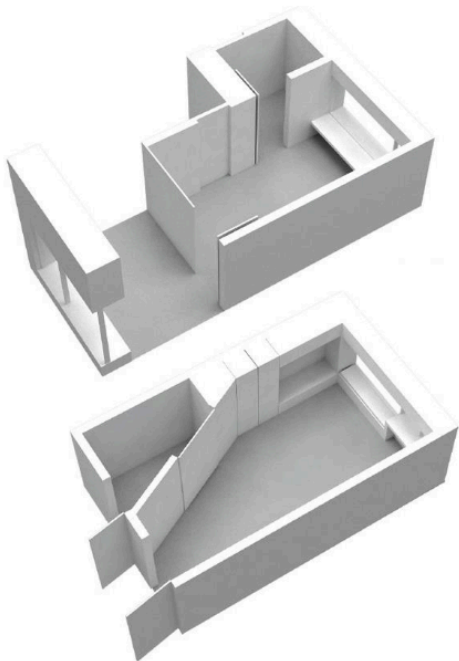


Figura 84. Diferentes tipologias dos quartos individuais no
Hospital de Slagelse
Healing Architecture in Denmark Presentation, Texas, 2015

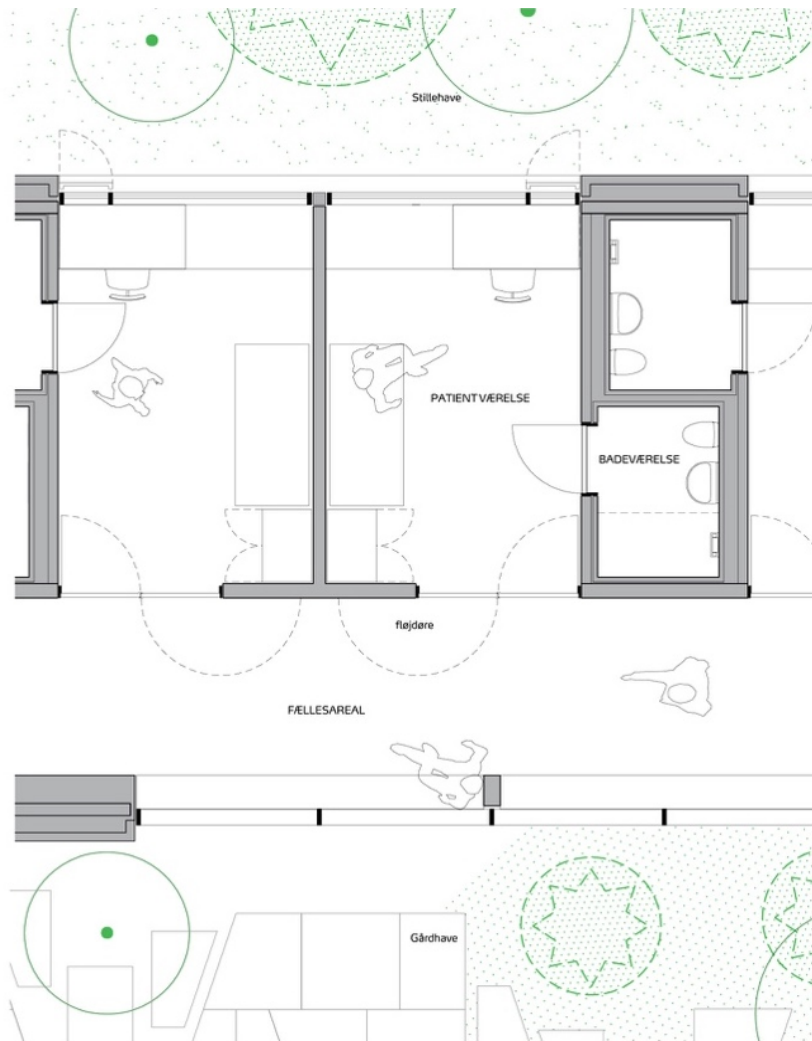


Figura 85. Planta Rés-do-Chão dos quartos individuais do Hospital de Slagelse. Cada quarto estabelece uma ligação individual com o pátio interior. Grupo de Arquitetura Karlsoon. Dinamarca, 2015

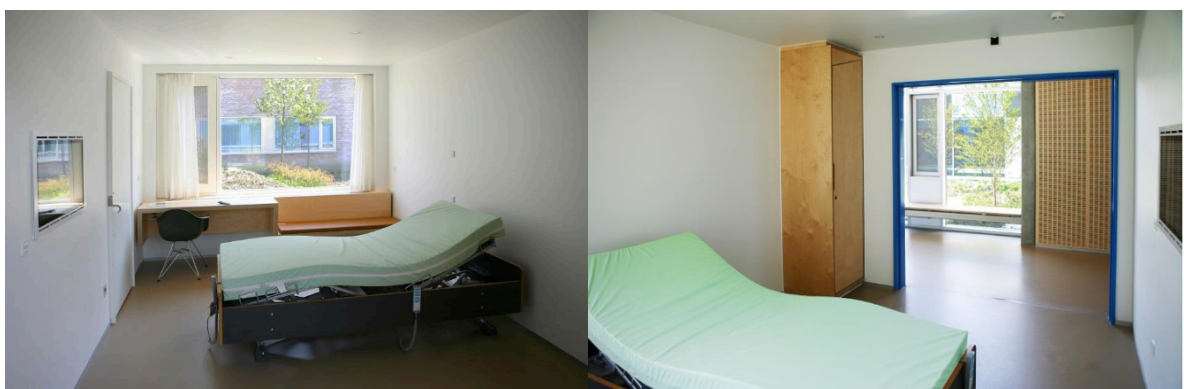


Figura 86. Exemplo de um quarto individual quando está com as duas portas abertas para o pátio interior, mas este não fecha a circulação, ligando-se diretamente ao corredor da unidade. *Healing Architecture in Denmark Presentation*. Texas 2016

A visita foi dada por terminada com uma volta ao pátio principal, que era comum a todas as unidades. Por esta razão, nenhum paciente estava autorizado a aceder a este espaço sem acompanhamento. O mobiliário urbano mantinha a linha minimalista predominante em todo o edifício, os percursos eram intuitivos e a diferenciação entre público e privado bem definida.

Embora não tivesse sido possível visitar todas as unidades, foi perceptível que a filosofia que suporta o projeto inclui a valorização do uso de materiais que trazem ao ambiente transparência e proximidade entre equipas e funções, flexibilidade e hierarquia de espaço e estímulos. O edifício organizava-se de forma informal e aberta, em torno de um conjunto de cheios e vazios, de espaços habitacionais e jardins internos. A psiquiatria dinamarquesa é conhecida pelos seus princípios modernos que foram, com sucesso, espelhados numa arquitetura acolhedora e adaptada a cada paciente.

Uma das principais qualidades sentidas durante a visita foi o equilíbrio conseguido através do sistema de luzes, que conseguiu recriar as mudanças naturais durante o dia, embora estivesse mais nublado do que no início da manhã a claridade interior mantinha-se constante.

Se até os mortos podem morrer em paz, porque é que não havíamos de criar um lugar onde pudessem enlouquecer em paz? Não há mal nenhum em estar louco, mal é estar em más condições! foi com esta frase que, sem intenção, Simone marcou a nossa despedida. Deixei aquela comunidade com a certeza que o famoso GAPS era mais que merecedor dos três prémios de Arquitetura.



Figura 87. O triângulo alemão que faz fronteira com a Áustria e a Suíça. Identificação de Friedrichshafen no mapa, a amarelo.



Figura 88. Panorâmica a partir de Moletrum Fotografia da autora, Friedrichshafen, Setembro de 2018.

2.2.4. CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN

Friedrichshafen tem uma localização peculiar, que lhe confere a relevância que o seu tamanho no mapa lhe tiraria.

Localizada na costa de Baden-Wuerttemberg, no *Lake Constance*, dá forma a um triângulo alemão que faz fronteira com a Áustria e a Suíça. Uma ilha de mar rodeada de terra, como a apelidou o simpático e pálido senhor que passava os dias na estação a queimar mais cigarros do que tempo. Não foi assim que ele o disse, mas foi assim que me pareceu.

As expectativas para a travessia de comboio de Zurique até Friedrichshafen eram elevadas, uma viagem de duas horas entre a Suíça e a Alemanha com vista para a Áustria.

Na chegada, a diferença era perceptível até na humidade do ar, embora a estação me parecesse mais Americana que europeia, pois um McDonalds e um Burguer King ladeavam a saída. Estando a visita ao hospital agendada para a tarde, aproveitar a manhã para conhecer esta mistura de cidade foi um extra que tive o prazer de apreciar.

Falando em prazer e apreciar, algo que me deliciou foi a variedade de queijos espalhados pela cidade e o aroma que se entranhava nas estreitas ruelas da mesma. Humildes autocaravanas desenhavam a costa até chegar ao porto, onde uma infraestrutura com 22 metros de altura chamada *Moleturm* proporcionava uma vista panorâmica para o *Lake Constance* e para as periferias da cidade.

Engenhocas constantes e uma paisagem em construção foram os cenários que imaginei enquanto percorria a calçada, lembrando-me do filme “Wall-E” da Walt Disney, o que fez sentido depois de compreender a história da cidade e visitar o Museu de Zeppelin.

Empresas aeroespaciais, de automotivas e de alta tecnologia podem ser encontradas em Friedrichshafen.

O espírito da descoberta e a grande curiosidade, características históricas do sul da Alemanha, sentem-se até aos dias de hoje. Talvez isso explique o facto de, com apenas 55 000 habitantes, a cidade estar no topo das classificações em várias áreas, desde Desporto e Educação até Tecnologia e Economia.

Terminada a visita de médico à cidade, estava na altura de iniciar o trabalho de campo para a investigação. Incorporado no Campus Hospitalar e situado a 6 Km do centro da cidade, o autocarro foi o meio de transporte escolhido para a viagem até ao Centro Psiquiátrico, o que possibilitou uma observação de toda a cidade. Quanto mais se afastava da costa mais séria se tornava, a passagem pelo cemitério *Städtischer Friedhof* foi algo pertinente, não só pela energia transmitida, mas também pelo seu desenho perfeitamente simétrico, como se tivesse sido pincelado a partir de um ponto central.



Figura 89. Acesso principal ao piso 01 do Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen. Esta entrada principal, faz frente com o acesso secundário ao Hospital Geral. Grupo de Arquitetura Huber Staudt. Alemanha, 2011.

Um ambiente tranquilo é, regra geral, silencioso, contudo, assim que saí da paragem do autocarro senti tudo menos tranquilidade. O silêncio tornara-se algo perturbador durante a minha passagem pela Suíça, talvez por isso a sua predominância me tenha embrulhado num suspiro exclamativo de “uff, mais silêncio!”.

Relativamente isolado da cidade, o Campus Hospitalar de Friedrichshafen engloba um total de quatro edifícios, o Hospital Geral, de escala superior, o Hospital Psiquiátrico, significativamente mais pequeno e duas clínicas de atendimento a pacientes externos. Os únicos edifícios residenciais próximos destinam-se às equipas médicas ou a pacientes em situações especiais que necessitem de acompanhamento diário, mas possam prescindir do internamento.

O sul da Alemanha possui inúmeras qualidades, infelizmente, o domínio do inglês não é uma delas; tendo este dado como adquirido optei por seguir o caminho indicado pela intuição.

A tonalidade de cinzentos imposta pela clínica geral foi quebrada por uns coloridos baloiços que se iam apresentando ao meu lado esquerdo, calculei ser a zona da pediatria. Contudo, aquele cenário pareceu-me estranho pois não condizia com as fotografias recolhidas durante a pesquisa. Continuei o caminho por uma pavimentação lisa e diferenciada que, embora me conduzisse em linha reta, se desenhava em curvas.

Depois de passar este caminho que por si só já me tirava o aborrecimento que o silêncio predominante me dava, avistei um edifício harmoniosamente integrado na paisagem, com uma entrada tão subtil que podia jurar que não fora construído na encosta, mas sim tirado do interior da mesma.

As tonalidades das ripas de madeira e o vidro faziam com que o edifício de medicina geral situado imediatamente à sua frente parecesse um gigante “mal-amanhado e bruto”.

Antes de dar início à visita optei por explorar o extenso jardim que rodeava os edifícios. Os verdes abundantes em conjunto com a vista para o lago faziam com que o silêncio voltasse a ser agradável.



Figura 90. Planta de implantação do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen (i)Centro Psiquiátrico; (ii)Hospital Geral; (iii)Unidade de Psiquiatria; (iv)Unidades de Atendimento Externo; (v)Habitação; Grupo de Arquitetura Huber Staudt. Alemanha, 2011.

Orientado a sul-poente, o edifício abraçava a encosta enquanto era abraçado pelo Sol, um cenário que me cativou durante alguns minutos, de tal forma que só depois reparei nas habitações excessivamente coloridas que apareciam em segundo plano. Na extremidade da encosta conseguia-se uma vista total do edifício. Ali situava-se um parque de estacionamento e uma entrada secundária e enquanto admirava a paisagem imaginava o quão bonito seria aquele cenário num final de tarde.

Voltando à entrada principal vi uma mensagem de boas vindas. Logo a seguir à passagem pela porta de vidro dupla ouvi um clique que me fez olhar para trás numa tentativa de procurar alguém ali; imediatamente percebi que era a porta a trancar-se automaticamente pelo interior. Por uma questão de segurança era necessário um cartão de identificação para sair do edifício. Dirigi-me ao balcão de atendimento, que era bem pequeno e discreto, semelhante ao do meu colégio secundário. O silêncio da secretária voltada de costas, parecia estar ao dispor de todos os que não tivessem intenção de questionar nada. Assim que a minha presença foi notada, apresentei apressadamente o protocolo de investigação, na esperança que o meu inglês não nativo fosse compreendido, fui convidada a sentar-me na sala de espera até ao final da reunião em que o Dr.Georg Deifel se encontrava.

A partir daqui era visível a quase totalidade do edifício, que se desenvolvia em torno de um pátio central, onde se encontravam alguns pacientes a desfrutar do sol e da música ambiente. Os revestimentos em madeira de tom claro conjugados com o branco e o vidro conferiam ao ambiente um aspeto limpo e leve. Sentia-me em qualquer lugar, menos num hospital. A entrada de luz natural direta era tão agradável e suficiente que me questionei relativamente ao facto das luzes LED embutidas no teto estarem todas acesas.

Não tardou muito para que uma figura divertidamente apressada se dirigisse a mim, Dr.Georg foi extremamente recetivo e prestável a todos os níveis, começou por analisar o protocolo e autorizou-me, imediatamente a seguir, a fotografar tudo o que considerasse importante para o meu trabalho, incluindo pacientes, se estes consentissem.

Iniciamos a visita com um amigo de quatro patas, que nos deu as boas vindas assim que passamos as portas duplas que separavam a zona de internamento da receção. Felizmente, este funcionário peludo acompanhou-nos até ao balcão principal onde se encontravam os restantes membros da equipa hospitalar. Uma visita guiada em alemão seria semelhante à minha primeira vez no metro de Moscovo sem mapa.



Figura 91. Corredor de Circulação pela ala direita, faz ligação da receção para a enfermaria e para os quartos. O seu revestimento é tão limpo que até brilha, por ser curto e proporcionar um contacto visual direto com o exterior, afasta-se do aspeto institucional que o vinil lhe poderia trazer. Fotografia de Autora. Alemanha, Setembro de 2018



Figura 92. Quartos duplos no Centro de Friedrichshafen. Fotografia da Autora. Alemanha, Setembro de 2018.

O chão revestido a vermelho chamou-me imediatamente a atenção. Quando me preparava para perguntar se era assim em todo o hospital, já a porta de acesso ao corredor se encontrava puxada para trás, o que me permitiu confirmar que sim. A luz que entrava pelas claraboias refletia-se no vermelho do chão, rematado com um vidro. O corredor proporcionava uma vista para o exterior, o que dava uma sensação de que a sua dimensão era inferior à real. O primeiro compartimento a ser fotografado foi o quarto de isolamento, situado ao lado da zona de internamento e onde estava parte da equipa 24 horas, um colchão era tudo o que se encontrava neste quarto. Era impressionante como um espaço tão vazio me parecia tão apertado, nem as paredes verde-água e a grande janela ajudavam.

A entrada no quarto *standard* foi eficaz na eliminação da tensão criada pelo quarto de isolamento, que inconscientemente me deixara um pouco apreensiva pela energia hostil que só o seu nome transmitia.

O quarto era simples, escasso de decoração mas com uma janela que o iluminava na totalidade; as camas encontravam-se voltadas de costas uma para outra, garantindo assim a privacidade dos pacientes; o mobiliário, embora não fosse fixo, era pesado o suficiente para impedir a sua deslocação, assim como aos armários, a iluminação e o aquecimento, que eram embutidos. Enquanto percorríamos o corredor até às salas comuns ia observando o ambiente animado no pátio. Os pacientes cantavam e riam entre si confortavelmente, e se não soubesse o contrário, jurava que estavam ali por opção.

Um desnível de meio piso separava a sala de estar da sala de jantar; a segunda desenvolvia-se em direção ao pátio interior, tendo um acesso direto ao mesmo, enquanto que a sala de estar possuía uma varanda acessível.

Mantinhm-se os tons de madeira clara, branco e cinza, o uso exagerado do vidro fazia com que o verde fosse uma cor igualmente predominante, embora não entrasse, ele estava lá.

Algo que despertou a minha curiosidade foi a forma escolhida para os candeeiros, umas flores brancas que abriam e fechavam consoante a quantidade de luz que emitiam, não hesitei em questionar o Dr.Georg, embora a minha imaginação já me tivesse levado a uma teoria próxima da corrente.



Figura 93. Sala de Jantar, com vista para o pátio interior e para a Sala de Estar. Centro Psiquiátrico Friedrichshafen. Grupo de Arquitetura Huber Staudt. Alemanha, 2011



Figura 94. Corredor que faz ligação ao Pátio central que, por sua vez, liga as duas alas do edifício. Fotografia da Autora. Centro de Friedrichshafen. Alemanha 2018.

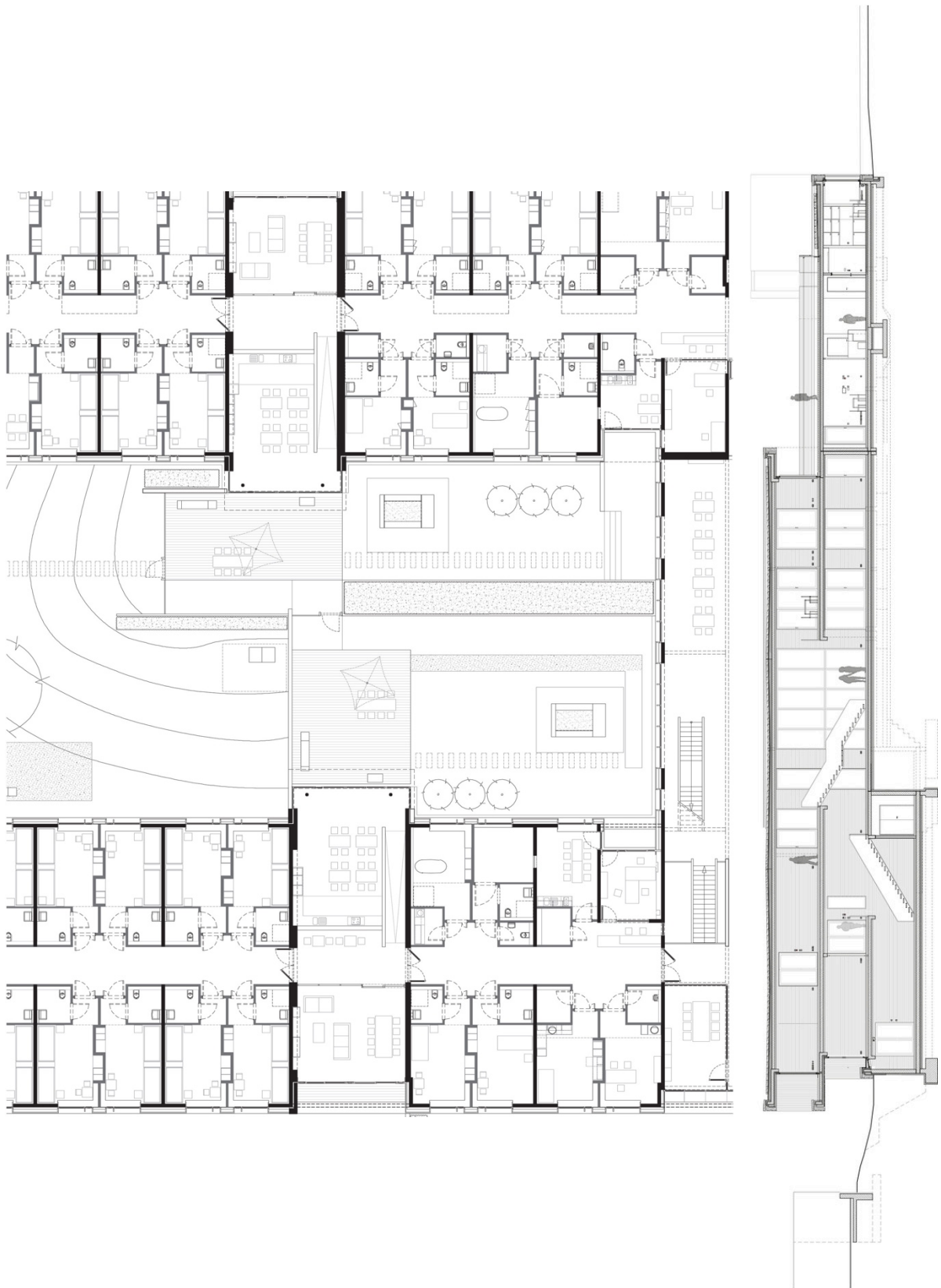


Figura 95. Planta do piso térreo e corte longitudinal. A ligação entre as duas alas podia ser feita tanto pelo corredor como pelo pátio. Grupo de Arquitetura Huber Staudt. Alemanha, 2011.



Figura 96. Corredor de Circulação entre as duas alas do Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Architekten. Alemanha, 2011.

Sendo as alas simétricas, seguimos para o piso superior, onde se situavam os quartos privados, essencialmente para pacientes que não apresentavam patologias graves, geralmente vítimas de depressão e cuja estadia não se alargava por mais de quatro semanas. Não sendo possível visitar estes quartos, aproveitei para ir ao terraço superior e desfrutar da beleza proporcionada pela periferia austríaca. Dr. Georg contou-me a sua ligação com o centro e com a psiquiatria, dizendo que não há nada que funcione melhor do que um centro pequeno e familiar, como o de Friedrichshafen, e adiantou que a reabilitação dos pacientes era consideravelmente superior em instalações pequenas quando comparada com grandes hospitais, como o que dirigia atualmente, na Suíça.

O rés-do-chão destinava-se somente às atividades terapêuticas, existindo duas grandes salas, uma de música e a outra para atividades desportivas.

Dando a visita como terminada, despedi-me do Dr. Georg agradecendo-lhe a disponibilidade e a simpatia. Como não tinha a pressa marcada na agenda, voltei a dar uma volta geral ao edifício, usando agora o silêncio como uma vantagem para uma aproximação pessoal com o espaço.

Uma tela verde com três traços, um branco, um bege e um cinza, seria a minha sintetização artística do centro de Friedrichshafen, em linguagem de arquitetos, o vidro, a madeira e o betão. Estes materiais afastam a unidade do seu propósito institucional e a sua escolha foi, posteriormente, justificada na reunião com o grupo de arquitetos responsáveis pelo projeto, o grupo Huber Staudt Architekten, especializado em desenvolver projetos hospitalares e escolares.

O Arquiteto Andrii Klymenk, enquanto diretor do gabinete responsável pelo projeto, aceitou estar numa conversa sobre Arquitetura e Saúde Mental, no seu escritório, em Berlim.

Para Andrii não há grandes diferenças entre projetar um hospital psiquiátrico, um lar ou uma escola, defende que existe algo muito importante que estas instituições têm em comum, o facto de *estarem a ser construídas para quem não as quer usar*.

No seguimento deste pensamento, o Arquiteto mostrou-me três projetos muito semelhantes e, identificou um como sendo um Lar para idosos com inícios de demência, outro como um centro de Saúde Mental e outro como uma Escola, mas não me disse qual era qual.

Todos apresentavam uma tipologia em planta quadrada e subdividiam-se em unidades, a diferença estava, maioritariamente, nos critérios de segurança, que se refletiam apenas nos cortes e nos alçados, sendo que a escola possuía um número de pisos superior.

CAPÍTULO 3: EPÍLOGO

3.1. RESULTADOS

A dificuldade da junção da pesquisa teórica e de campo resultou, a certa altura, numa sensação de indecisão, hesitação, imprecisão e incerteza.

Por um lado, as tabelas respondiam com exatidão aos critérios, por outro, a minha experiência de viagem colidia com os mesmos.

As visitas aos casos de estudo conduziram a dois tipos de resultados: os resultados quantitativos, obtidos através do preenchimento individual das tabelas e do questionário desenvolvido; e os resultados qualificativos, obtidos através da interpretação pessoal durante a viagem até às diferentes instituições de saúde mental.

No que diz respeito aos resultados quantitativos, o Hospital de Kronstad, na Noruega, foi o que respondeu a um maior número de critérios, respondendo positivamente a um total de 110 critérios dos 118 que foram estabelecidos. Para além disso, por ter sido possível uma reunião presencial com o arquiteto Per Kleven, responsável pelo projeto, todo o questionário foi devidamente respondido, o que contribuiu, juntamente com o portfólio disponibilizado, para uma melhor compreensão da arquitetura.

Ainda na mesma escala, o Hospital de Slagelse, na Dinamarca, respondeu a 104 critérios, seguindo-se do centro de Friedrichshafen e, por último, o hospital de Bethlem.

Por ter sido construído em 1930, a arquitetura encontrada em Bethlem não apresenta muitas características da arquitetura contemporânea destinada às instituições de Saúde Mental. Contudo, este fator não faz com que perca o seu carácter terapêutico.

Uma das principais características distintivas do hospital de Bethlem são os seus espaços verdes que ocupam mais de metade do seu terreno. São tidos em conta variados aspetos como a amplitude, a complexidade, a variedade, o movimento, a fragrância e a observação,

Os espaços estão tão bem projetados para a estimulação positiva que até existem visitas planeadas para aqueles que não estão internados no hospital. Todas as unidades possuem espaços exteriores acessíveis, campos desportivos, terraços-jardim e pátios. Por ser considerado a mais importante ferramenta de tratamento, o espaço exterior é o mais trabalhado no complexo. Exteriormente, as unidades mantêm o seu desenho original segundo uma típica arquitetura inglesa de tijolo vermelho, com a exceção da unidade de psiquiatria forense.

Em termos de arquitetura interior, cada unidade possui uma cozinha, uma sala de jantar e uma sala de estar. As cores são escolhidas, meticulosamente, consoante a funcionalidade do espaço. Os materiais escolhidos respeitam todas as normas da arquitetura hospitalar humanizada, variando os níveis de limpeza e acumulação de fungos consoante a zona onde são aplicados (por exemplo o vinil aplicado no chão das enfermarias de River House é diferente do aplicado nos restantes compartimentos).

A visita ao primeiro hospital psiquiátrico do Mundo foi bastante interessante no sentido em que contribuiu para uma compreensão da relação com a arquitetura psiquiátrica e a época de construção. Obviamente, que a sua pertinência para projetos futuros não é tão relevante como as dos restantes casos, mas foi essencial perceber que a sua dimensão joga contra e a seu favor. A área que os indivíduos têm ao seu dispor é de uma escala tão grande que o conceito de terreno murado se torna relativo. Mais de 200 doentes são formalmente envolvidos nas atividades dos jardins e pomares, incluindo atividades agrícolas, de jardinagem e de lazer. Além disso, também os funcionários e visitantes podem beneficiar, não só no desempenho das atividades, mas também na compra de produtos frescos. O local torna-se convidativo a visitas, o que quebra o estigma, anteriormente relacionado com o asilo.

O Hospital de Kronstad, situa-se entre uma escola com um campo desportivo e uma principal saída de metro, uma zona com muita poluição e movimento.

Isto fez com que o projeto desafiasse a situação urbana, aproximando-se do dia-a-dia da sociedade como nenhum outro caso de estudo. O edifício de 7 andares com uma área de 12 500m² e um total de 9 pátios conquistou o lugar de praça pública no seu acesso secundário, uma característica fantástica e, antes, impensável para uma instituição psiquiátrica.

Exteriormente, o desenho do edifício é simples, uma arquitetura moderna com a fachada principal em vidro, betão e cascalho amarelo; os pisos mais elevados são mais fechados possuindo menos janelas e mais betão branco, garantindo proteção aos pacientes. O hospital, pela sua localização e fisionomia promove um contacto indireto constante com o exterior. Por existirem pátios intercalados em todos os pisos, a entrada de luz natural é bastante privilegiada no edifício, todo ele decorado em tons calmos, dentro de um jogo de brancos, cinzas e algumas pinturas com flores para garantir um ambiente harmonioso, apenas na entrada e nas zonas de lazeres são usadas cores mais fortes, sendo o propósito da segunda a estimulação positiva dos pacientes nas suas capacidades físicas e criativas.

O que considerei mais fantástico, em termos de arquitetura, neste projeto, foi a constante sensação de equilíbrio entre abertura e proteção. A importância da integração entre exterior e interior foi aumentado conforme o desenvolvimento do projeto e as conversas entre médicos e arquitetos, a orientação e a vista privilegiada para o ponto mais alto da cidade de Bergen surgiram num contexto de conferir alívio aos pacientes da densidade urbana que os rodeia. A existência de tantos pátios e jardins intercalados dá a sensação que estamos cá fora, mas dentro, essencial na terapia dos pacientes que necessitam proteção e liberdade.

O Hospital de Slagelse, veio acompanhado de grande expectativa e responsabilidade. O vencedor de um prêmio de 126 milhões de dólares pelo *AR HealthCare Award* não ficou longe da sua fama. Com um total de 44.000m², em sistema de vila, possui enfermarias psiquiátricas, forenses de alta e média segurança, centro de estudo e investigação e um edifício central com 5 pisos correspondente à recepção de emergência, administração. Abriga 194 pacientes e recebe 200 por dia para consultas no ambulatório. O acesso principal é feito no edifício mais alto, os restantes acessos são individuais a cada uma das unidades. Há uma ligação entre os diferentes acessos, onde se localizam os espaços para as atividades comuns. Materiais sólidos, como painéis de teto de lã de madeira, tijolo, madeira, betão e cimento. A instalação destes materiais em painéis no teto, na maior parte do complexo, assegura a redução do ruído e a reverberação dos ecos, o que garante um melhor isolamento acústico. O uso excessivo do vidro relaciona-se com o propósito de criar transparência e flexibilidade entre as unidades. O sistema de luzes LED destaca-se, pois é adaptado consoante os propósitos terapêuticos e varia consoante o propósito de recriar a sensação de dia ou de noite. O edifício foi pré-certificado pelo Conselho Alemão de Construção Sustentável (DGNB). É lamentável a insatisfação com que deixei este terceiro caso de estudo, não só por não ter sido possível visitar todo o complexo, mas também pela resposta por parte do grupo de arquitetos responsáveis, que nunca chegou. A falta de material no trabalho de campo interferiu na interpretação dos resultados, apesar de cumprir com os critérios estabelecidos e prezar ainda pela inovação tecnológica e arquitetónica, não foi possível uma avaliação real e pessoal do caso. Nesta situação em particular, Slagelse ficou aquém das expectativas, embora seja uma instituição psiquiátrica de referência, as lacunas que a sua visita deixou fizeram com que o seu papel no trabalho perdesse alguma pertinência.

O último caso de estudo, foi uma surpresa boa para finalizar o trabalho. Distinguindo-se de todos os outros casos por ter uma escala sensivelmente mais reduzida. O edifício principal do hospital geral, foi construído na década de 1960. Os edifícios adjacentes, nomeadamente o do departamento de Pediatria e Radioterapia, o ambulatório e o complexo habitacional, relacionam-se ortogonalmente com o edifício principal do hospital geral. Estas unidades contribuíram não só para a ampliação do complexo, como também para a valorização do percurso pedonal que nos conduz até ao centro psiquiátrico.

O Centro de Friedrichshafen é uma figura que se destaca da envolvente, a sua entrada é marcada pela separação do hospital geral e as restantes unidades. O facto de rematar o complexo hospitalar acompanhando o desenho da encosta, faz com que a área de entrada seja convidativa; através do desnível gera-se uma sensação de entrada pelo rio que vai até às periferias austríacas.

Exteriormente, o edifício transmite uma simplicidade e um conforto característico da Áustria, complementada com o desenho técnico alemão e a simplicidade suíça. As linhas simples mantêm-se no interior do hospital, os materiais predominantes são o vidro, o betão aparente e a madeira não tratada. Embora seja um edifício pequeno, que abriga cerca de 32 doentes, é sem dúvida um ambiente único e quase indescritível, não foi em vão que uma visita que podia ser feita em uma hora demorou quase três, o espaço convidava a mais um raio de sol e uma música. Os critérios de segurança eram cumpridos sem interferir no desenho domiciliário pretendido, os jardins eram vigiados sem que a sensação institucional estivesse presente e os acessos eram tão fáceis quanto intuitivos.

Se em termos de resultados quantitativos o hospital de Kronstad se destacou, em termos qualitativos foi, sem dúvida, o Centro de Friedrichshafen. Obviamente que as escalas dos dois não são comparáveis, talvez por isso um adquira um carácter mais institucional do que outro, já que um se desenvolve em dois pisos e o outro em sete.

3.2. RECOMENDAÇÕES

Quando somos arquitetos, tendenciosamente, preferimos a prática à teoria. A essência da Arquitetura é a criação, que só é possível com o desenvolvimento de uma ideia, que detém um conceito por trás, possibilitando o desenvolvimento, o projeto e a execução. Este bichinho que é a Arquitetura fez com que, inevitavelmente, tivesse algumas ideias para um projeto de instituição de saúde mental. Por este motivo, decidi, incluir este subcapítulo com recomendações para possíveis projetos futuros, o que, provavelmente, me levará ao desenvolvimento de um futuro trabalho que inclua uma parte prática com o desenvolvimento de uma proposta para uma Instituição de Saúde Mental em Portugal.

As validações das recomendações selecionadas dependem sempre, da situação específica do projeto, da equipa de arquitetos e da equipa médica que, considero, imprescindível que discutam antecipadamente ao desenvolvimento da ideia.

De todos os aspetos considerados relevantes ao longo da investigação, foram selecionados alguns que considere essências.

1. Integração com a Comunidade;

Pareceu-me essencial combater o isolamento, já que o objetivo principal é a reabilitação e posterior reinserção dos doentes na sociedade. Penso que uma localização central, a nível urbano, pode ser consideravelmente benéfica para todos os utilizadores;

2. Transparência e Fluidez;

A criação de um jogo de cheios e vazios e o uso de materiais que permitam um contacto visual direto com o exterior contribui não só para a familiarização com o ambiente urbano, como também para uma sensação de amplitude no espaço. Os doentes devem-se sentir seguros, mas nunca em clausura.

3. Flexibilidade e Adaptabilidade;

A existência de espaços adaptáveis e flexíveis pode ser uma forma de estimulação positiva, se existissem espaços mais adaptáveis era possível a adaptação das unidades às diferentes patologias sem exigir a existência de muitas salas diferentes, o que faz aumentar a escala da instituição, fugindo do carácter residencial, e aumenta o custo de construção.

5. **Incentivo à participação dos doentes no Espaço;**

A possibilidade de conversar com alguns pacientes fez-me compreender que estes estão mais sensibilizados relativamente ao espaço do que foi inicialmente pensado. Desta forma, considero que, mantendo um espaço flexível e adaptável, é possível fazer destas instituições um projeto em constante desenvolvimento, tendo em conta as necessidades específicas dos pacientes.

6. **Equilíbrio da Segurança com o Desenho;**

Uma das maiores dificuldades é manter um ambiente seguro que não tenha um aspeto institucional. Por isso, considero que uma regra básica num projeto de uma instituição de saúde mental é manter o nível de pisos controlados e pouco superior a dois. Claro que, isto se torna um grande desafio quando tentamos inserir o edifício num centro urbano, onde predomina o crescimento vertical dos edifícios.

7. **Escolha dos Materiais;**

Devem ser escolhidos materiais resistentes, mas que não representem um perigo nem para os pacientes nem para as equipas, esta questão torna-se também ambígua, paralelamente os materiais devem ser de fácil limpeza e manutenção.

8. **Valorização do Espaço Exterior;**

Em todos os casos de estudo, o espaço exterior foi algo super importante e determinante na conceção do espaço. A escolha do local e a existência de pátios interiores e jardins terapêuticos é indispensável.

9. **Valorização da Arte;**

Uma das experiências mais fantásticas desta Viagem foi a observação dos trabalhos artístico por parte dos doentes, alguns produziam obras de arte merecedoras de reconhecimento, portanto, considero que a existência de um espaço destinado à produção artística é tão importante como uma enfermaria.

10. **Normalização da Saúde Mental;**

Por último, o ponto mais importante, que foi a motivação inicial para este trabalho. Considerar a Saúde Mental, o seu tratamento e as suas instituições algo normal, que contribui para a reabilitação de uma condição a que todos estamos sujeitos.

3.3. CONCLUSÕES FINAIS

Sempre senti uma empatia com perguntas retóricas. São perguntas que procuram tudo menos respostas, que incitam à reflexão, à dúvida e à investigação. Aguçam a criatividade e limam a acomodação. Porque foi uma pergunta retórica a base deste trabalho, a sua conclusão não traz respostas nem imposições. O objetivo foi, desde o início, a compreensão do papel da arquitetura na saúde mental, nunca foi sequer questionável a influência do espaço no bem-estar físico e psicológico do indivíduo.

O primeiro capítulo foi fundamental na compreensão da arquitetura, da saúde mental e, maioritariamente, da sociedade. Ao longo dos anos, a estigmatização da loucura e o seu reflexo nos edifícios, espelhou, desde sempre, mais os poderosos do que os insanos. Naturalmente, a evolução do Homem conduziu à diminuição da discriminação e à procura de melhores soluções, tanto a nível arquitetónico como clínico.

O pertinente no primeiro capítulo foi o comprovar, de que, as nossas arquiteturas representam a nossa sociedade. Se os nossos edifícios são o nosso retrato, não podem restar dúvidas de que, também eles, se retratam em nós.

O conceito de arquitetura hospitalar humanizada não é utilizado em linguagem corrente pois ele está, muitas vezes, implícito na conceção de qualquer projeto, seja ou não, destinado à saúde. Uma boa arquitetura é uma arquitetura que nos garante qualidade de vida e, por este motivo, é feito um trabalho colaborativo entre arquitetos e clientes. A única diferença no que diz respeito à saúde mental é que, os clientes, nomeadamente os doentes, não têm voz. Por este motivo, é necessário encontrar um equilíbrio entre a ciência, que domina a condição dos doentes e a arte, que deve ser concebida de forma a ajudar, reabilitar e reconfortar os diferentes indivíduos.

Desta forma, é indispensável que o projeto de uma instituição de saúde mental seja, de raiz, discutido e pensado por todas as equipas envolvidas. O estudo teórico e o conhecimento literário adquiridos ao longo da investigação foram, sem dúvida, determinantes na sintetização da informação reunida no trabalho de campo. Todavia, estes critérios não tiveram uma influência delimitadora na interpretação pessoal da experiência da Viagem.

A leitura é aliada da imaginação, ela transporta-nos para infindáveis universos sem exigir dois passos. Contudo, também é desprovida de exatidão, não podemos ter uma opinião solidamente fundamentada sobre uma situação se não a tivermos experimentado. Por esta razão, é que as leituras realizadas no que diz respeito à problemática perderam, em parte, a sua força, após as visitas feitas aos diferentes hospitais psiquiátricos.

O Hospital de Bethlem não se relaciona, em nada, com os restantes casos de estudo. Embora seja considerado um dos melhores hospitais psiquiátricos do Mundo, até aos dias de hoje, não possuía uma arquitetura considerada terapêutica. Ou seja, se a análise do edifício fosse apenas baseada nos critérios concebidos para as tabelas de avaliação do espaço, Bethlem teria uma avaliação negativa e contraditória à sua fama. Contudo e, valorizando mais a interpretação pessoal, este é, sem dúvida, um ambiente humanizado.

O facto de possuir uma área tão extensa e de ser tão afastado do centro da cidade faz com que adquira um carácter terapêutico e de comunidade como nenhum outro, quase como se, ele próprio, fosse uma vila.

Se por um lado Bethlem não respondeu aos critérios da arquitetura contemporânea terapêutica, os restantes casos de estudo responderam na perfeição a quase todas as considerações. Kronstad, Slagelse e Friedrichshafen foram, claramente, projetados com o mesmo conceito. Ainda assim, foram as suas peculiaridades que me permitiram experimentar diferentes sensações em cada um deles.

O mais interessante na arquitetura do Hospital de Kronstad foi a sensação de estarmos sempre num espaço público, o ambiente terapêutico é inserido no caos da metrópole de uma forma tão subtil que consegue um equilíbrio sem que um interfira no outro; isto contribuí positivamente para a extinção da estigmatização e a normalização da saúde mental.

Por outro lado, o Hospital de Slagelse isola-se de tal forma das redondezas que experimentamos uma dimensão completamente diferente a partir do edifício principal. Isto faz com que haja uma dicotomia entre qual terá sido a melhor escolha. Numa mão temos um hospital inserido numa zona urbana cingido a um único edifício de sete andares, noutra um hospital isolado do centro da cidade sob a forma de vila cujas unidades habitacionais não ultrapassam os 3 pisos.

O centro de Friedrichshafen ganha distinção pela sua dimensão, por ser o edifício com a menor escala, é nele que o carácter de comunidade e a sensação de “casa” está mais explícito.

Em todos os casos, as imensas entradas de luz natural e o uso de materiais como madeira, betão e vidro são predominantes.

Os critérios de avaliação do espaço escolhidos para as tabelas são fixos e impessoais, pensados para conseguir um ambiente terapêutico, contudo, a ambiguidade das restantes variáveis é que constitui o principal obstáculo, para as equipas médicas e para os arquitetos.

Neste contexto, a minha interpretação a nível pessoal, é que o principal desafio passa pelo equilíbrio entre a segurança e o conforto; um ambiente que necessita de manobras de segurança tão elevadas adquire rapidamente um aspeto institucional, de que se deve afastar. Para além disso, uma outra questão, é atender às necessidades das diferentes patologias, não só a nível de espaço físico, como também a nível ambiental. Quanto mais adaptável e flexível for o espaço, melhor.

Esta jornada deu-me tempo para pensar em possíveis soluções, sendo uma delas, a criação de salas sensíveis às condições dos indivíduos, com o avanço da arquitetura e da tecnologia talvez seja possível, futuramente, desenvolver espaços que se adaptem a nível de cor, luminosidade e temperatura às necessidades dos doentes. Paralelamente, conseguir espaços transformáveis, através de módulos rotativos que possam, mesmo a nível de quartos e salas comuns, levar uma maior ou menor lotação consoante a funcionalidade e o objetivo do tratamento.

Ainda assim, o maior desafio continua a ser a priorização da saúde mental que, infelizmente, só acontece em países com uma condição financeira estável e desenvolvida.

Infelizmente, em termos de disponibilidade monetária, a situação em Portugal não é das melhores. Contudo, o país não ficou imune ao desenvolvimento dos serviços psiquiátricos. Em 1983, Barahona Fernandes, psiquiatra e professor universitário português, dividiu a psiquiatria portuguesa em seis períodos, começando na fundação do Hospital do Conde de Ferreira, no Porto, em 1883, e terminando na criação de departamentos de Psiquiatria nos hospitais gerais e nas comunidades, em 1960. Recentemente, numa publicação de 2012 (Palha e Marques-Teixeira), surgiu um último período que se caracterizou por uma mudança na legislação do século XX, que introduziu um modelo comunitário e iniciou uma nova era: o fecho dos grandes hospitais psiquiátricos e a especialização nos cuidados comunitários.

O objetivo final desta Dissertação é servir de ponto de partida para um desenvolvimento prático com uma proposta de instalação de saúde mental em Portugal. Segundo uma Arquitetura Humanizada que proporcione a criação de um ambiente comunitário, e que atenda a todas as necessidades dos seus doentes, garantindo a sua reabilitação e reinserção na sociedade.

FONTES

IMAGENS

INTRODUÇÃO

1. *Le Faux Mirror*, René Magritte, Paris, 1929.

Coleção Museu MoMA, Nova Iorque, 2015.

Imagem de: <<https://www.moma.org/collection/works/78938>>

2. *Walking House*, Laurie Simmons, 1989.

Coleção Museu MoMA, Nova Iorque, 2015.

Imagem de: <<https://www.moma.org/collection/works/48215>>

A HISTÓRIA: ESTADO DA ARTE

3. *Madness*, George Bell and Sons, Londres, 1806.

Imagem do livro: *The Architecture of Madness: Insane Asylum in the United States*. YANNI, Carla, *The Architecture of Madness - Insane Asylums in the United States*, 2007.

4. *Templo de Asclepios, Epidauro, Patrimônio da Humanidade*, 1988.

Imagem de: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/5c/20100408_epidaure29.JPG/1200px-20100408_epidaure29.JPG>

5. *Planta, Alçado e Esquisto do Templo de Asclepios*

Imagem da Dissertação: REBOLLIDO, Benito Alvarez. *A Evolução e Influência do Desenho Arquitetónico no Hospital Psiquiátrico: Mestrado Integrado Em Arquitetura e Urbanismo*. Vila Nova de Cerveira, 2014.

6. *Aposentos do Hotel Dieu*. Paris, 1700.

Imagem de: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/08.093/168>>

7. *A Nau dos Loucos*. Hieronymous Bosh, séc. XV.

Imagem de: Tendências do Imaginário, “Michel Foucault e a Nave dos Loucos”, 29 de Julho, 2014

8. *Mapa de Moorfields*, 1559.

Historic England Archive, *Mental illness in the 16th and 17th centuries*, Londres, 2017

Imagem disponível em: <<https://historic-hospitals.com/2016/02/13/building-bedlam-bethlem-royal-hospitals-early-incarnations/>>

9. *Primeira casa de Bethlem Bishopsgate*, Londres, 1882.

Desenho por Daniel Hack Tuke,

Imagem disponível em: <<https://historic-hospitals.com/2016/02/13/building-bedlam-bethlem-royal-hospitals-early-incarnations/>>

10. *Planta de implantação do novo Bethlem, Horwoods, Moorfields*, 1799

Imagem de: Arquivo recolhido durante a visita ao *Bethlem Museum of the Mind*, Londres, 2017

11. *Montagem feita pela autora*.

Imagem orginais disponíveis em: <<https://historic-hospitals.com/2016/02/13/building-bedlam-bethlem-royal-hospitals-early-incarnations/>; <[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:The_Hospital_of_Bethlem_\(Bedlam\)_at_Moorfields,_London;_seen_Wellcome_V0013199.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:The_Hospital_of_Bethlem_(Bedlam)_at_Moorfields,_London;_seen_Wellcome_V0013199.jpg)>

12. *Fachada do Hospital de Bethlem ou Bedlem, Moorfields*, Londres, 1750.

Imagem do livro: *The Architecture of Madness: Insane Asylum in the United States*. YANNI, Carla, *The Architecture of Madness - Insane Asylums in the United States*, 2007

13. *Planta de implantação do novo Hospital de Bethlem, Southwark, St. George's Fields*, Londres, 1872.

Publicação consultada durante a visita ao *Bethlem Museum of the Mind*. Imagem de: *Illustrated London News*, 1843

14. *Fachada do novo Hospital de Bethlem, St. George's Fields*, Londres, 1817.

Desenho original de J.Maurer, posteriormente colorido por T.Bowles, publicado por Harriet Richardson, disponível na *Wellcome Library*, Londres

15. *Planta do piso 1 e alçado do novo Hospital de Bethlem, Southwark*, 1823.

Wellcome Library, Londres, 2017.

16. *Planta de implantação do Asilo de Edimburgo, Kirkwood, Edimburgo*, 1817.

Publicado por Harriet Richardson, disponível em: <<https://historic-hospitals.com/mental-hospitals-in-britain-and-ireland/mental-hospitals-in-scotland/>>

17. *Planta de cobertura do Asilo de Edimburgo, Edimburgo*, 1807.

Disponível em:

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:A_floor_plan_of_Edinburgh_Lunatic_Asyllum_with_scale_and_key,_Wellcome_V0012577.jpg>

18. *Fachada do Asilo de Edimburgo, Edimburgo, Escócia*, 1807.

Disponível em:

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Edinburgh_Lunatic_Asyllum,_Scotland._Line_engraving_by_R._Sco_Wellcome_V0012576.jpg>

19. *Fachada do Hospital de St.Luke*, Londres, 1751.

Disponível em: <<https://www.countyasylums.co.uk/st-lukes-london/>>

20. *Philippe Pinel*, 1813.

Imagem do livro, *Le geste de Pinel: The history of a psychiatric myth in M Micale and R Porte, Discovering the History of Psychiatry*, 1994.

21. William Tuke, 1819

Disponível em: <<https://www.alamy.com/stock-photo-portrait-of-william-tuke-1819-artist-henry-scott-tuke-60078101.html>>

22. Planta de Implantação do York Retreat, York, Inglaterra, 1853.

Imagem publicada por com a autorização de *National Library of Scotland*. Disponível em: <<https://historic-hospitals.com/2016/03/12/the-retreat-york/>>

23. Planta do piso 0 do York Retreat, 1813.

Redesenhada por Samuel Tuke, *Welcome Library*, Londres, 2017.

24. Fachada do York Retreat, 1813.

Redesenhada por Samuel Tuke, *Welcome Library*, Londres, 2017.

25. Planta do Asilo de New Jersey, 1850.

Talash-The Seeker of Knowledge, *The Dark History of the Trenton Psychiatric Hospital*, 2015.

26. Planta do Asilo de Kansas, 1858.

Disponível em: <<https://kquane.com/2014/10/06/longform-essay-why-do-christian-men-work-so-hard/kirkbride-plan-kansas-state/>>

27. Panótipo de Jeremy Bentham, 1791.

Imagem do livro *The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States*. YANNI, Carla, *The Architecture of Madness - Insane Asylums in the United States*, 2007.

28. Pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda, Lisboa, 1948.

Imagem da Dissertação: REBOLLIDO, Benito Alvarez. *A Evolução e Influência do Desenho Arquitetónico no Hospital Psiquiátrico: Mestrado Integrado Em Arquitetura e Urbanismo*. Vila Nova de Cerveira, 2014.

29. Panótipo do Hospital Conde de Ferreira, Porto, 2017.

Colagem feita pela autora. Imagens disponíveis em: <<http://www.porto.pt/noticias/visita-comentada-mostra-3-formas-de-ler-o-panotico-do-conde-de-ferreira>> e na Dissertação: REBOLLIDO, Benito Alvarez. *A Evolução e Influência do Desenho Arquitetónico no Hospital Psiquiátrico: Mestrado Integrado Em Arquitetura e Urbanismo*. Vila Nova de Cerveira, 2014.

30. Esquema da evolução das tipologias dos hospitais psiquiátricos do século XVII até XXI

Imagem da Dissertação: REBOLLIDO, Benito Alvarez. *A Evolução e Influência do Desenho Arquitetónico no Hospital Psiquiátrico: Mestrado Integrado Em Arquitetura e Urbanismo*. Vila Nova de Cerveira, 2014.

31. Evolução real dos hospitais psiquiátricos

Colagem feita pela autora. Imagens disponíveis, respetivamente, em: <<https://commons.wikimedia.org/wiki/>>; <<https://historic-hospitals.com/mental-hospitals-in-britain-and-ireland/mental-hospitals-in-england/>>; <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitemaarchitects>>

32. Comparação entre Arquitetura Humanizada e Não-Humanizada onde o público-alvo são os trabalhadores.

Montagem feita pela autora.

33. Comparação entre Arquitetura Humanizada e Não-Humanizada onde o público-alvo são os professores e os alunos.

Montagem feita pela autora.

34. Sala comum *The Lantern Saybrook*

Oakland, EUA, 2016. Disponível em: <<https://lanternlifestyle.com/saybrook/>>

35. Corredor de circulação *The Lantern Saybrook*

Oakland, EUA, 2016. Disponível em: <<https://seniorplanet.org/an-innovation-in-memory-care-therapy-through-design/>>

36. Projeto do Grupo de Arquitetura Henning Larsen

Imagem publicado por Berrin Chatzi Chousein *Henning Larsen Architects wins competition of New Mental Health Building at Bispebjerg Hospital*, Turquia, 2015. Disponível em: <<https://worldarchitecture.org/architecture-news/cchgf/henning-larsen-architects-wins-competition-of-new-mental-health-building-at-bispebjerg-hospital.html>>

A VIAGEM: DIÁRIO DE UMA VIAGEM FÍSICA E SENSORIAL

37. Fotografia aérea do Hospital Psiquiátrico Vejle, Dinamarca, 2017.

Imagem de: <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>>

38. Pátio de uma unidade individual no Hospital Psiquiátrico Vejle, Dinamarca, 2018.

Imagem de: <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>>

39. Receção de doentes externos ou novos internamentos. Hospital Psiquiátrico Dandenong, Melbourne, Austrália, 2014

Imagem do artigo: *ArchitectureAU .2014 National Architecture Awards: Public*. Disponível em: <<https://architectureau.com/articles/2014-national-architecture-awards-public-2/>>

40. Receção de Emergência, Hospital Psiquiátrico Dandenong, Melbourne, Austrália, 2014

Imagem do artigo: *ArchitectureAU .2014 National Architecture Awards: Public*. Disponível em: <<https://architectureau.com/articles/2014-national-architecture-awards-public-2/>>

41. Acesso principal ao Hospital Stratheden, Cupar, Escócia, 2016.

Grupo de Arquitetura Oberlanders, Disponível em: <<http://www.oberlanders.co.uk/projects/healthcare/stratheden-hospital-ipcu-nhs-fife-cupar>>

42. Corredor de circulação, Hospital Stratheden, Cupar, Escócia, 2016.
Grupo de Arquitetura Oberlanders, Imagem disponível em: <<http://www.oberlanders.co.uk/projects/healthcare/stratheden-hospital-ipcunhs-fife-cupar>>
43. Cozinha e Sala de Refeições no Instituto Psiquiátrico Parkwood, Londres, 2014.
Grupo de Arquitetura Parkin. Imagem disponível em: <<http://www.parkin.ca/projects/parkwood-institute-mental-health-care-building-3/>>
44. Sala de Convívio no Instituto Psiquiátrico Parkwood, Londres, 2014.
Grupo de Arquitetura Parkin. Imagem disponível em: <<http://www.parkin.ca/projects/parkwood-institute-mental-health-care-building-3/>>
45. Quarto individual do Hospital Psiquiátrico Dandenong, Melbourne, Austrália, 2014.
Imagem do artigo: ArchitectureAu .2014 National Architecture Awards: Public. Disponível em: <<https://architectureau.com/articles/2014-national-architecture-awards-public-2/>>
46. Quarto individual do Hospital Hertfordshire, Inglaterra, 2014.
Brittplast, Kingsleen Green. Imagem disponível em: <http://brittplas.com/portfolio-item/slider-two-third/>
47. Centro Psiquiátrico Reichenau, Alemanha, 2015.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-reichenau>>
48. Planta de cobertura do Centro Psiquiátrico Reichenau, Alemanha, 2015.
Huber Staudt Architekten Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-reichenau>>
49. Vista para as obras do Big-Ben, Londres, Março de 2018.
Fotografia da autora.
50. Maquete da fachada da segunda casa do Hospital de Bethlem, Bethlem Museum of the Mind, Londres, Março de 2018
Fotografia da autora.
51. Fachada do Edifício Administrativo e entrada para o Museu do Hospital de Bethlem, Beckenham, Março de 2018.
Fotografia da autora.
52. Mapa do Hospital de Bethlem, Beckenham, Março de 2018.
Fotografia da autora.
53. Fotografia aérea do Hospital de Bethlem, *Bethlem Museum of the Mind*, Beckenham, Março de 2018.
Fotografia da autora.
54. *River House*, Beckenham, Março de 2018.
Fotografia da autora.
55. Acesso principal da *River House*, Beckenham, 2016.
Galeria do Hospital de Bethlem. Disponível em: <<https://www.slam.nhs.uk/media/image-library/bethlem-royal-hospital>>
56. Unidade de Terapia Ocupacional, Hospital de Bethlem, Beckenham, 2016.
Galeria do Hospital de Bethlem. Disponível em: <<https://www.slam.nhs.uk/media/image-library/bethlem-royal-hospital>>
57. Porto de Bergen, Noruega, Bergen, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
58. Desenho das *casinhas*, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Desenho da autora.
59. Fachada principal do Hospital de Kronstad, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
60. Pátio no piso térreo do Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
61. Planta de implantação, Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
62. Planta do piso 04, Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
63. Planta do piso 05, Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
64. Corte longitudinal, Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
65. Corte transversal, Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
66. Vista do piso 06, Hospital de Kronstad.
Portfólio do Grupo de Arquitetura Origo, disponibilizado por Per Kleve, Bergen, Noruega, 2018.
67. Sala de Terapia Musical, Hospital de Kronstad, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
68. Cozinha, Hospital de Kronstad, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
69. Quarto individual, Hospital de Krosntad, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.

70. Sala de Refeições do piso 04, Hospital de Kronstad, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
71. Sala Desportiva, Hospital de Kronstad, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
72. Sala de Terapia para produção artística, Bergen, Noruega, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
73. Navio DFDS, Travessia Oslo-Copenhaga, Maio de 2018.
Fotografia da autora.
74. Acesso principal ao Ambulatório, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
75. Escadas em caracol na Unidade de Investigação, Hospitalde Slagelse, Dinamarca, 2015.
Imagem do artigo *Healthy Planet. Healthy People*. Disponível em: < <http://www.salus.global/journal/view/article/familiarity-breeds-content>>
76. Desnível entre o Ginário e o Campo Desportivo, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
77. Tanque Terapêutico, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
78. Planta de implantação, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
79. Alçado, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
80. Planta do piso térreo de uma das unidades individuais, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
81. Pátio central de uma das unidades de individuais, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
82. Sala de Estar e de circulação da uma das unidades individuais, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
83. Quarto individual, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
84. Esquema da transformação dos quartos individuais, Hospital de Slagelse, *Healing Architecture in Denmark Presentation*, Texas, 2015.
Apresentação disponível em: < <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/dk/Documents/public-sector/megaprojects/New-super-hospitals-Henrik-Bendix-Olsen.pdf>>
85. Planta piso térreo dos quartos individuais, Hospital de Slagelse, Dinamarca, 2015.
Grupo de Arquitetura Karlsson. Disponível em: < <http://www.karlssonark.com/projekter/#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/>>
86. Exemplo de quartos, Hospital de Slagelse, *Healing Architecture in Denmark Presentation*, Texas, 2015.
Apresentação disponível em: < <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/dk/Documents/public-sector/megaprojects/New-super-hospitals-Henrik-Bendix-Olsen.pdf>>
87. Mapa de Friedrichshafen
Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Friedrichshafen_im_Bodenseekreis.png>
88. Panorâmica a partir de *Moletrum*, Friedrichshafen, Alemanha, Setembro de 2018.
Fotografia da autora.
89. Acesso principal ao piso 01 do Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, 2011.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-friedrichshafen>>
90. Planta de implantação do Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-friedrichshafen>>
91. Corredor de circulação, Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, Setembro de 2018
Fotografia da autora.
92. Quartos duplos, Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, Setembro de 2018.
Fotografia da autora.
93. Sala de Jantar, Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, 2011.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-friedrichshafen>>
94. Corredor de ligação, Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, Setembro de 2018.
Fotografia da autora.
95. Planta do piso térreo e corte longitudinal, Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, 2011.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-friedrichshafen>>
96. Corredor de circulação, Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, Alemanha, 2011.
Grupo de Arquitetura Huber Staudt Bda. Imagem disponível em: <<https://www.world-architects.com/en/huber-staudt-architekten-bda-berlin/project/zentrum-fur-psychiatrie-friedrichshafen>>

BIBLIOGRAFIA

AIA. *Design considerations for mental health facilities*. Washington, D.C.: American Institute of Architects Press, 1993.

BRADLEY E. Karlin Ph.D. ROBERT A. Zeiss Ph.D. *Best Practices: Environmental and Therapeutic Issues in Psychiatric Hospital Design: Toward Best Practices*. Psychiatry Online, 2006.

BAKER, A. *Psychiatric Services and Architecture: Public Health Papers*. Geneva: World Health Organization, 1959.

BARKER, N. and Iacobuzio-Donahue, C. *Hidden beauty*. 2013.

BILL, Jakub S.; PAWLOWSKI, Leszek. *Influence of Architecture on Mental Health: Selected Issues*. PRZESTRZEŃ I FORMA, 2016.

BOSCO, Dominick. *Bedlem: A Year In The Life Of A Mental Hospital*. Story Hill Books, 2014.

CIACOL, Ricardo José Alexandre Simon. *A Arquitetura no Processo de Humanização dos Ambientes Hospitalares*. São Paulo: Escola de Engenharia de São Carlos, 2010.

CINTRA, Pedro; PESSOA, Nuno Gil. *História dos Serviços de Saúde Mental: Norte e Centro*. Portugal: Parsifal, 2016. V1.

CINTRA, Pedro; PESSOA, Nuno Gil. *História dos Serviços de Saúde Mental: Sul e Ilhas*. Portugal: Parsifal, 2016. V2.

CONNELLAN, Kathleen; RIGGS, Damien W.; DUE, Clemence. *Stressed Spaces: Mental Health and Architecture*. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257310003_Stressed_Spaces_Mental_Health_and_Architecture>.

FARIAS, Carine Rech. *Humanização Hospitalar: estudo do espaço de internação psiquiátricas*. 1. ed. Florianópolis: Revista On-Line IPOG, 2016. Disponível em: <<https://www.ipog.edu.br/download-arquivo-site.sp?arquivo=carine-rech-farias-910165.pdf>>.

FEIER, Aline Lemos. *Razão e Desrazão: A História da Loucura de Michel Foucault*. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Revista Ítaca, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/2406>>.

FONTES, Maria Paula Zambrano. *Humanização dos Espaços de Saúde: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Filosofia: A História da Loucura*. 1972

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões*. Vozes, 2001. Disponível em: <https://social.stoa.usp.br/articles/0037/3030/Foucault_Vigiar_e_punir_I_e_II.pdf>.

GOLEMBIEWSKI, J. *SAGE Journals: Your gateway to world-class journal research*. [online] Journals.sagepub.com. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867414565477>>.

HALLAS, Studio. *Future Directions in Design for Mental Health Facilities*, 2014.

HALPERN, David. *Mental Health and The Built Environment: More Than Bricks And Mortar?* 20. ed. London And New York: Routledge, 2013.

Harvard Design Magazine. *Concrete Therapy: Paul Rudolph's Architecture of Mental Health*. Disponível em: <<http://www.harvarddesignmagazine.org/issues/40/concrete-therapy-paul-rudolphs-architecture-of-mental-health>>.

HUNT AIA, James M.; SINE, DRBE, CSP, ARM, CPHRM, David. *Behavioral Health Design Guide: Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities*. 7.3. ed. Behavioral Health Facility Consulting, LC, 2018.

JONES, P. *Design for care*. Brooklyn, N.Y.: Rosenfeld Media. 2013.

KANE, Kanen Constructions. *Dandenong Hospital Mental Health*, 2014. Disponível em: <<http://kane.com.au>>.

New York State Office Of Mental Health. *Patient Safety Standards, Materials and Systems Guideline*. New York: Office Of Mental Health, 2018. Disponível em: <https://omh.ny.gov/omhweb/patient_safety_standards/guide.pdf>.

NOBLE, Philip. *The Architecture of Madness: Buildings can drive you crazy, but can they help restore Mental Health?*. Metropolis 19. 1999.

NOTTINGHAM CONTEMPORARY. Galleries of Justice. *The Impossible Prisons: A Foucault Reader*. Nottingham: Alex Farquharson, 2006. Disponível em: <https://monoskop.org/images/8/87/The_Impossible_Prison_A_Foucault_Reader.pdf>.

PAYNE, Christopher; SACKS, Oliver. *ASYLUM: Inside the Closed World of State Mental Hospitals*. MIT Press, 2009.
BLY, Nellie. *Ten Days in a Mad-House*. Golgotha Press, 2015.

PSYKIATRI-REGIO IMPROVEMENT WORK A HANDBOOK FOR LEADERS IN THE MENTAL HEALTH SERVICES OF THE CAPITAL REGION OF DENMARK. Disponível em: <<https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Documents/Improvement%20work%20in%20the%20Mental%20Health%20Services%20of%20the%20Capital%20Region%20of%20Denmark.pdf>>.

REBOLLIDO, Benito Alvarez. *A Evolução e Influência do Desenho Arquitetónico no Hospital Psiquiátrico*. Vila Nova de Cerveira: Mestrado Integrado Em Arquitectura e Urbanismo, 2014. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10240/1/benito_alvarez_%20rebollido_dissertacao.pdf>.

SHEPLEY, Mardelle M.; PASHA, Samira. *Behavioral Health Design Guide: Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities*. The Center For Health Design, 2013. Disponível em: <https://www.healthdesign.org/system/files/chd428_researchreport_behavioralhealth_1013_final_0.pdf>.

VERDUGO, Leonardo Becerra. *ARQUITECTURA COMO HIERRAMENTA TERAPÉUTICA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL*: Nuevas configuraciones arquitectónicas para el paradigma actual e integración en psiquiatría. Santiago, Chile: FAU, Universidade de Chile, 2017.

VETERANS AFFAIRS, *Department of Design Guide: Mental Health Facilities*. USA: Construction and Facilities Management, 2010.

VINCENT, N. *Voluntary madness*. New York: Penguin Books. 2015.

YANNI, Carla. *The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States*. University of Minnesota, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – PROTOCOLO UTILIZADO NO TRABALHO DE CAMPO

WINDOW OF THE MIND



THE INFLUENCE OF ARCHITECTURE ON MENTAL HEALTH

Prepared for: Master's degree of Architecture at University of Coimbra

Prepared by: Edite Rute dos Santos Soares Cibrão

Oriented by: Architect José Fernando Gonçalves and Psychiatrist Miguel Bragança

11 May 2018

EXECUTIVE SUMMARY

PURPOSE

To look at Architecture as an ally of Psychiatric, understanding the role that a properly humanised and adapted space design can play in the rehabilitation of patients that are mentally ill and finding out the best solution between the deinstitutionalisation and the resocialization of patients in society.

GOALS

It is necessary to first understand the changes that the architecture of psychiatric institutions has undergone throughout history according to treatment guidelines and the definition of "madness", as well as the evolutionary relationship between Hospital Architecture and Humanisation. Subsequently, through a trip to selected study cases, understand this new architecture as a treatment tool.

STUDY CASES

Four cases were chosen, the first one chosen was the Bethlem Royal Hospital in London, which corresponds to the oldest psychiatric hospital in the world, created in 1815 and changing facilities three times, the hospital also has a museum dedicated to the narrative of its times of asylum.

The second case was the Kronstad Psychiatric Hospital in Norway, which opened in 2013. It has a modern architecture whose design was designed to maintain openness and transparency for the public and a simultaneous sense of protected space.

The third case corresponds to the new Slagelse Psychiatric Hospital in Denmark, which opened in 2015 and was awarded the "AR Healthcare Award 2017", the award seeks the most ambitious health projects built in the last five years, from clinics in small scale hospitals, medical centres and university medical departments. The main focus of the project was the creation of a healing and recovery architecture, through the flexibility of spaces, transparency and proximity between people and functions.

The fourth case is a recent Psychiatric Hospital in Germany, Friedrichshafen, it's part of a general complex and the design is somehow similar to Kronstad but feels more like home and because it has only two floors it's better for therapeutic and security needs.

Once the visits have been completed, the information will be collected, and the comparative analysis will be carried out, trying to understand which future solutions are most suitable to propose to bring not only to Portugal but to all countries that are facing obstacles with the new Psychiatric Reform.

INTRODUCTION

The model of care in the field of mental health has undergone great changes, from the humanisation of the space to the treatment of the patient. The greatest motivation for the development of this project emerged as a unique opportunity to cross Architecture with Psychiatry, finding a point of convergence in which one emerges as a complementary tool of the other and seeking in parallel to break some of the taboos still existing when it comes to those with mental disorders.

Most mental health institutions have been facing some difficulties in adapting to the principles of the new Psychiatric Reform, resulting from a long process of reviewing the ways of treating the various pathologies. Among the recommendations of the Reform, what matters most for my project is to find an intermediate solution between the deinstitutionalisation and the resocialization of patients in society. This solution is found mainly in the humanisation of treatment spaces, adopting new models that replace the old "asylums".

Architecture has proved to be an effective tool in the humanisation of spaces and their integration into society, the "Window of the Mind - The Influence of Architecture in Mental Health" project, carried out to obtain the degree of Master in Architecture by the University of Coimbra, seeks to understand how modern architecture adapts to the different pathologies in the design of spaces, thus functioning as a tool for the treatment and rehabilitation of the mentally ill.

Four case studies were selected in which modern architectural initiatives that contribute to the treatment of individuals and their (re) insertion in society according to the principles of humanised architecture are verified.

METHODS

The first stage corresponds to a theory investigation that allows to understand 3 main points:

- History of psychiatric institutions and how they have altered their architecture according to the mentality of the time and the treatment strategies;
- Concept of humanisation and the importance of its application in a hospital environment;
- The fundamental characteristics that a physical space must present to be considered humanised;

The second stage corresponds to a practical investigation, I've organised visited 3 previously chosen cases of study that allowed to understand how the physical space intervenes, positively or negatively, in the rehabilitation of patients with mental disorders.

The last step corresponds to the analysis of the results obtained and conclusions.

EXPECTED RESULTS

- Understand the influence of space on patients with mental disorders and, if this influence, varies according to the pathologies;
- Understand how architecture can adapt to different pathologies;
- Understand the role of the architect in the design of these particular spaces;
- Understand the vision of the supervisor and the patient;
- Understand if contemporary architecture can be a determinant treatment tool;
- Propose some solutions that can be designed in the future;

RESEARCH QUESTIONS / RESEARCH HYPOTHESIS

- What is the relationship between the architecture of the place and the treatment guidelines?
- Was the space design in order to contribute in a positive way for the treatment?
- Different designs were adapted to different pathologies?
- What special concerns do you have, at architectural project level, when it comes to a psychiatric hospital and not a general hospital?
- What is the importance of humanisation?
- Can the patient control their own space?
- Were there any worries or specific control of the lights and colours of the different spaces?
- The relationship indoor/outdoor is important in all cases?
- The constructive materials were picked in order to avoid any accidents? (like suicide or self-arm);
- The architects were clarified in a scientific level before the project was designed?
- Is the space a fundamental tool?
- Can architecture help the treatment?
- What would be the perfect space to treat people with mental disorders?

ANEXO 2 – EXEMPLO DA ANÁLISE APLICADA AOS CASOS DE ESTUDO – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE KRONSTAD, BERGEN

A seguinte análise foi aplicada a todos os casos de estudo, em que, nas tabelas, a cinzento estão assinalados os critérios aos quais o hospital não respondia e, a azul, os que respondia.

No caso dos questionários, só foi possível ter as respostas no Hospital de Kronstad, por Per Kleve, diretor do Grupo de Arquitetura Origo, e no Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen, por Andrii Klymenko, diretor do Grupo de Arquitetura Huber Staudt.

O exemplo escolhido, por ser o mais completo, foi o Hospital de Kronstad.

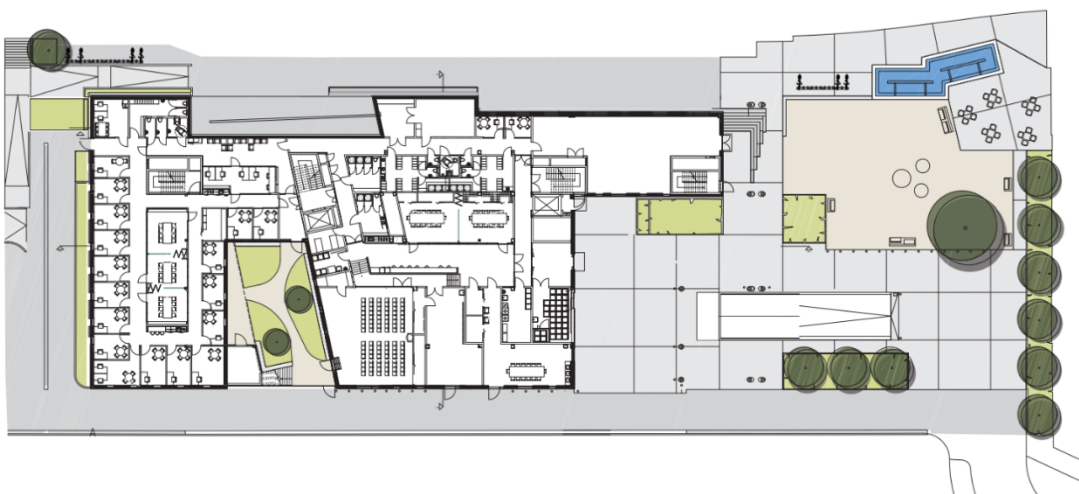
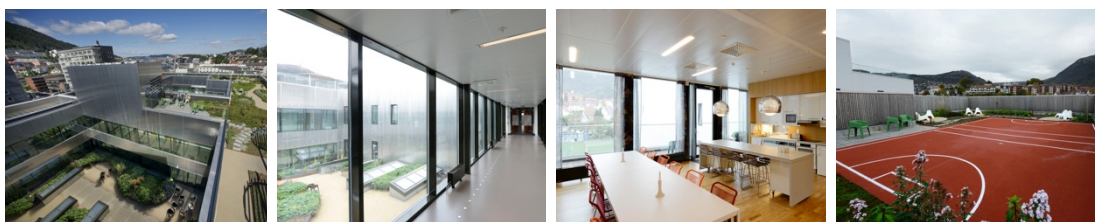


Figura 97. Planta do piso térreo do Hospital Psiquiátrico de Kronstad, Bergen



ARCHITECT

Origo Arkitektgruppe

LOCATION

Fjosangerveinen 36, Bergen

AREA

12.500m²

YEAR

2013

VARIÁVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Exterior: Edificado	<ul style="list-style-type: none"> - Proximidade física e visual com a Natureza: pátios internos e jardins terapêuticos; - Planta livre de cantos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Planta com desenho tipo cápsula; - Número de acessos controlados, separados e intuitivos; - Número de pisos controlado; - Áreas funcionais e de circulação bem divididas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Visibilidade do exterior para o interior limita às zonas administrativas; - Os serviços de medicina geral devem ser separados da unidade psiquiátrica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Localizado numa zona central, tornando o edifício parte da comunidade; - Facilmente acessível a veículos e peões; - Construído, idealmente, só com um piso e distribuição tipo-vila; - Facilitar o contacto entre o hospital e a vizinhança;
SFMC Arquitetura Exterior: Edificado	<ul style="list-style-type: none"> - Aparência não institucional; - Uso de madeira e vidro; 			
A Arquitetura Exterior: Edificado	<ul style="list-style-type: none"> - Paisagem enriquecida por elementos naturais terapêutica (montanhas, lagos, florestas naturais); 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar ao máximo poluição sonora; - Garantir uma boa qualidade do ar; 		

VARIAVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Receção	<ul style="list-style-type: none"> - Separada da unidade de internamento; - Pequena e convidativa; 	<ul style="list-style-type: none"> - As entradas de emergência devem ser separadas da receção; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não deve ser possível o contacto visual com a unidade de internamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve existir uma área de espera destinada aos familiares do paciente;
SFMC Receção	<ul style="list-style-type: none"> - Balcão idealmente circular; - Janelas amplas com vista para a Natureza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve estar separada da unidade de internamento por duas portas interligadas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cacifos ou espaços próprios caso os pacientes necessitem de guardar os seus bens; 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptabilidade a deficiências físicas, quer para pacientes, quer para familiares; - Mobiliário fixo e existência de um televisor ou jogos;
A Receção	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de luz natural; - Uso de cores não institucionais (fugir dos brancos e cinzas); - Música ambiente convidativa; 			

VARIÁVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Espaços de Circulação	<ul style="list-style-type: none"> - Corredores circulares e não lineares; - Corredores lineares devem proporcionar contacto visual direto com o exterior; - Percursos intuitivos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não devem existir pontos cegos; - As zonas de circulação não devem interferir com as funcionais; - As escadas devem ser construídas de modo a evitar qualquer tipo de queda; - Uso de corrimões adaptados; - Os principais corredores devem estar diretamente ligados à enfermaria; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os corredores para as zonas comuns devem ser mais largos que para as zonas privadas; - Pacientes de diferentes géneros não devem ter corredores que coincidam no percurso para as instalações sanitárias ou salas individuais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Corredores para zonas terapêuticas, pátios e jardins podem funcionar como espaço de estar, para convívio e leitura;
SFMC Arquitetura Interior: Espaço de Circulação	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns corredores devem incorporar passeios terapêuticos diários para os pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> - As escadas devem ser bem assinaladas; - Chão dos corredores deve ser duro e de fácil limpeza; - Quando envidraçados, os corredores devem ser resistentes (vidros de segurança temperados ou laminados); - As luzes devem ser sensíveis ao movimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Bancos existentes nas zonas de circulação devem estar devidamente espaçados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas atividades lúdicas podem ser visíveis a partir das zonas de circulação;
A Arquitetura Interior: Espaços de Circulação	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar padrões e combinações demasiado abstratas ou estimulantes; - Entrada de luz natural; - Decoração que lembre a natureza e dê abertura ao espaço; 			<ul style="list-style-type: none"> - Algumas atividades realizadas nas zonas de circulação (por exemplo decorar o corredor que vai dar à sala de atividades para produção artística);

VARIAVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Espaços Comuns (Sala de Estar, Sala de Convívio, Sala de Jantar e Salas Terapêuticas)	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto visual direto com o exterior; - Áreas mais pequenas aumentam a sensação de comunidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os objetos devem ser embutidos ou montados na superfície do teto com acessórios resistentes longe do alcance dos pacientes; - Rotas de evacuação devem permitir a saída de cada área para uma área de segurança máxima; 	<ul style="list-style-type: none"> - As salas devem estar diferenciadas, estabelecendo áreas mais ou menos privadas; - Deve existir uma flexibilidade relativamente ao contacto visual entre a sala de jantar e a cozinha; 	<ul style="list-style-type: none"> - A escala e a amplitude das salas deve ser adaptada à sua função; - Incluir áreas de visita privadas e espaços que apoiam a participação da família;
SFMC Arquitetura Interior: Espaços Comuns (Sala de Estar, Sala de Convívio, Sala de Jantar e Salas Terapêuticas)	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliário não institucional; - Evitar um desenho ambíguo do espaço; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliário resistente; - Não devem existir objetos soltos; - O chão deve ser tipo vinil; - Dispositivos elétricos devem estar fixos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Assentos individuais; - Salas flexíveis e adaptáveis; - Zonas mais públicas e zonas mais privadas devem ser intuitivamente identificadas e divididas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os assentos devem estar dispostos em círculo ou U;
A Arquitetura Interior: Espaços Comuns (Sala de Estar, Sala de Convívio, Sala de Jantar e Salas Terapêuticas)	<ul style="list-style-type: none"> - Luz natural e luz artificial; - Utilizar cores que contribuam para uma estimulação positiva consoante a funcionalidade de cada sala. - Arte decorativa não abstrata; 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços muito escuros devem ser evitados; - Salas acusticamente isolada; - Manter um ambiente limpo e livre de maus odores; 	<ul style="list-style-type: none"> - Persianas com total capacidade de black out para controlar o brilho e a sombra na sala; - Os pacientes devem ter controle sobre algumas variáveis ambientais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar diferentes cores consoante a funcionalidade da sala;

VARIÁVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Quartos	<ul style="list-style-type: none"> - Devem existir quartos adaptados a pacientes com dificuldades motoras; - Quartos devem ser individuais ou para um máximo de dois pacientes; - Não devem existir cantos livres nos quartos; - Os quartos devem ter vista para a natureza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Janelas exteriores com estores integrais e vidro laminado no interior; 	<ul style="list-style-type: none"> - Móveis embutidos para delinear as divisões; - O acesso à casa de banho deve ser feito sem ser necessário passar pelo corredor; 	
SFMC Arquitetura Interior: Quartos	<ul style="list-style-type: none"> - Janelas grandes e baixas (melhoram os sentidos e reduzem os delírios); - Revestimento em madeira e chão de vinil ou carpete; - A iluminação deve estar colocada atrás da cama e não no teto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não devem existir objetos soltos; - As maçanetas devem ser pelo lado de fora, lineares ou pouco resistentes; - O mobiliário deve ser embutido; - O mobiliário das casas de banho deve ser fixo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os nomes dos pacientes devem estar nas portas dos respetivos quartos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos uma parede deve ter uma tonalidade de cores quentes ou em painéis de madeira;
A Arquitetura Interior: Quartos	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de luz natural e vista direta para a natureza; - Decoração não abstrata; 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer tipo de decoração deve ser fixa ou resistente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de controlar a temperatura do quarto, a entrada de luz e a música ambiente; - Oportunidades individuais para personalizar os quartos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de ter bens pessoais, como fotos ou desenhos;

VARIAVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Arquitetura Interior: Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - A enfermaria deve ser central e integrar-se com as restantes unidades a nível de escala e desenho; - Uma planta circular pode ser uma boa solução; 	<ul style="list-style-type: none"> - As unidades comuns principais devem ser visíveis a partir da enfermaria; - O acesso à enfermaria deve ser direto sem exigir passar por outras unidades; 		<ul style="list-style-type: none"> - A enfermaria não deve simbolizar uma barreira entre os pacientes e a equipa;
SFMC Arquitetura Interior: Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - A enfermaria deve ter um acesso direto à Natureza (jardins terapêuticos/pátios interiores); 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de vidro laminado; - Todos os medicamentos devem estar fora do alcance dos pacientes; - As camas devem ser fixas e sem cabos soltos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem existir cortinas ou divisórias flexíveis caso seja necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve existir um espaço destinado apenas à equipa;
A Arquitetura Interior: Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar uma aparência institucional; - Equilíbrio entre a luz natural e artificial; 	<ul style="list-style-type: none"> - O sistema de luzes deve ser sensível ao movimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que ficam um longo período de tempo na enfermaria devem poder ter lá bens pessoais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas atividades devem ser realizadas na enfermaria para os pacientes internados;

VARIAVEL	CRITÉRIOS TERAPÊUTICOS	CRITÉRIOS DE SEGURANÇA	CRITÉRIOS DE PRIVACIDADE	CRITÉRIOS SOCIAIS
FMC Integração Arquitetura Interior/Exterior: Jardins/Pátios Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Localizados de forma a ser visíveis a partir de todas as unidades; - Diferentes pavimentos podem ajudar a orientar os pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Suficientemente murados/fechados não possibilitando a fuga dos pacientes; - Os elementos naturais não devem ser potenciais armas; - As coberturas ao ar livre elevadas devem ter todas as aberturas cobertas com proteção de segurança e /ou corrimão para evitar a possibilidade de salto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve ser um local acessível a partir das zonas mais privadas; - Devem existir zonas isoladas, mas não em cantos; 	
SFMC Integração Arquitetura Interior/Exterior: Jardins/Pátios Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Deve assemelhar-se a um espaço público; 	<ul style="list-style-type: none"> - A decoração deve ser fixa; - O mobiliário urbano deve ser em betão com acabamento em madeira ou suficientemente maciço para impedir a deslocação; - Os espaços devem ser bem iluminados, dia e noite, e os postes de luzes evitados; 		<ul style="list-style-type: none"> - O mobiliário urbano deve incutir a interação social; - A equipa também deve usufruir do espaço, sem barreira para os pacientes;
A Integração Arquitetura Interior/Exterior: Jardins Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher plantas com odores que estimulem positivamente os pacientes; - Música ambiente; 	<ul style="list-style-type: none"> - As plantas não devem ser venenosas ou usar rochas ou terra; - As árvores não devem ser fáceis de trepar; 		

QUESTIONÁRIO / HIPÓTESES DE PESQUISA

- Qual a relação entre a arquitetura da instituição e as diretrizes do tratamento?
O espaço exterior ganhou importância por ser fundamental na reabilitação dos doentes, inicialmente, o edifício não foi pensado para ter nove pátios nem estar tanto em contacto com o meio exterior. O projeto era de um edifício voltado para si próprio, foi a questão da reinserção dos doentes na sociedade que fez com que se desenvolvesse mais esta ideia de criar um equilíbrio entre a segurança e abertura.
- O espaço foi projetado com o intuito de contribuir positivamente para a reabilitação?
Sim, como expliquei, o mais importante era criar um ambiente bom e seguro para os indivíduos a todos, incluindo pacientes, equipas médicas e visitantes.
- Os espaços foram projetados consoante as patologias?
Não houve nenhuma especificidade quanto às patologias, os quartos foram projetados todos da mesma maneira, assim como os espaços comuns.
- Qual a principal diferença entre projetar um hospital psiquiátrico e um hospital geral?
O principal foi a introdução de elementos naturais, tanto nos pátios como na decoração das paredes, de forma a ligar o edifício ao cenário da montanha, que é um elemento que traz tranquilidade, não só aos pacientes como a todos os que trabalham no hospital. Para além disso, a localização e a abertura com o público também foi importante, de modo a contribuir para a normalização da saúde mental.
- Qual a importância da humanização?
Penso que a humanização é importante em qualquer projeto, talvez tenha havido uma preocupação acrescida neste caso, mas esta preocupação surgiu mais durante o desenvolvimento do projeto, este edifício inicialmente foi vencedor de um concurso, não sabíamos que seria um Hospital Psiquiátrico, quando lhe foi atribuída esta função foram feitos alguns ajustes, principalmente a nível da integração do exterior com o interior.

- A possibilidade de os pacientes controlarem o ambiente foi tida em conta?
Esses aspetos foram tratados pelas equipas de engenharia, design e construção. Nós aqui tratamos essencialmente da modulação e distribuição dos espaços, as particularidades interiores não foram a nossa principal responsabilidade.
- As luzes e as cores foram especificamente escolhidas consoante as unidades e a sua função?
As tonalidades escolhidas têm como objetivo manter um contacto com o exterior, por isso é que não foram usadas cores fortes, a não ser na receção, o que contribui para distinguir a sua função.
- A relação com o exterior é importante?
Foi sem dúvida um dos fatores mais importantes no desenvolvimento do projeto.
- Os materiais construtivos foram escolhidos de maneira a evitar acidentes?
Alguns materiais não foram escolhidos por nós, mas todos os vidros aplicados foram escolhidos de modo a apresentar resistência suficiente, se assim não fosse, todo o edifício seria um perigo.
- As equipas de arquitetos foram esclarecidas, a nível científico, antes de iniciarem o projeto?
Numa fase inicial não, mas conforme iam sendo recomendadas alterações a nível de projeto, o critério científico era utilizado para o justificar, volto a dizer que, a introdução de tantos pátios foi uma delas.
- Considera-se o espaço uma ferramenta terapêutica?
Sem dúvida.
- Como seria o espaço perfeito para tratar indivíduos com patologias mentais?
Na minha opinião, não há melhor sítio para ficarmos bem do que a nossa própria casa. Claro que falando como arquiteto, o melhor seria o Hospital de Kronstad.

DOCUMENTO ESCRITO PELO ARQUITETO PER KLEVE

CHALLENGES:

The design aims to provide positive qualities in a challenging urban situation, whilst at the same time giving the patients the necessary protection. Urban situation: Pollution, noise and visibility;

Achieve a balance between open and protective.

Contribute to openness towards mental illness, recognition of mental illness as something normal.

Create a good and safe place for the users in a challenging situation.

Good overview, orientation, practical and effective lines of communication.

Introducing green elements, walls, gardens, etc, connecting the building to distant scenery's

THE BUILDING:

The seventh storey building is between a sports ground and a heavily trafficked road. The local tram stop is just outside the entrance.

The more open transparent area is marked green on the facades. We wanted to open up, not shut off, giving the visitors and users a low threshold for entering.

The white facade above is more closed and give shelter on the part of the building that needs protection.

The building is organised around 3 different atria which brings light into the structure and serve as a crucial reference points in the building.

The outdoors areas were not initially programmed by the hospital. We found it necessary to integrate such areas as part of the building. On the roof and in connection to the areas.

We won an award the architecture price of Bergen.

