

ARQUITECTURA GERIÁTRICA



MÁRIO JOSÉ MELANDA DA SILVA
ORIENTADOR PROFESSOR DOUTOR PEDRO MAURÍCIO BORGES

Departamento de Arquitectura da FCTUC - Agosto 2009

ÍNDICE

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	7
Problemática	7
Conceitos	11
Contexto e problemática social	11
Políticas de cuidados de saúde para os idosos durante os últimos anos	13
Objectivos de um Lar - Programa Geral	15
Processo de interpretação de espaço objectivo e subjectivo	17
Concepção de um lar - Programa	19
Parâmetros-chave do projecto	23
Alguns aspectos da concepção arquitectónica contemporânea	25

CASOS DE ESTUDO	29
Apresentação	29
Residencial Home for elderly	31
100 WoZoCo's	41
Elderly people's home	51
Residências Assistidas da 3ª Idade	61
Conjunto Residencial de Apoio à Terceira Idade	71
CONCLUSÃO	81
BIBLIOGRAFIA BÁSICA	85
CRÉDITOS DE IMAGENS	91

RESUMO

Este trabalho tem como finalidade saber até que ponto existe uma “Arquitectura Geriátrica”, ou seja, uma Arquitectura específica para os lares de idosos. Esta investigação é feita através da análise crítica comparativa, com base nos exemplos recentes dos Lares de Idosos, recorrendo à metodologia da confrontação dos programas, elementos arquitectónicos e linguagens, entre outros, evocando sempre o discurso do arquitecto responsável pelo projecto, assim como as críticas de outros arquitectos, e uma crítica pessoal, ainda que com uma componente meramente académica.

A partir da análise de algumas obras eruditas de alguns autores contemporâneos, pretende-se demonstrar também que a Arquitectura

(Geriátrica) exige um conhecimento teórico profundo, para responder não só aos desafios conceptuais do arquitecto perante a execução de uma obra coerente, mas também às especificidades de um equipamento com características muito próprias.

Foram seleccionados para estudo as seguintes obras/autores: Residential Home for Elderly em Chur – Peter Zumthor; 100 Wozoco’s em Osdorp – MVRDV; Elderly People’s home em Yatsushiro – Toyo Ito; Residências Assistidas da Terceira Idade em Parede – Frederico Valsassina; Conjunto Residencial de Apoio à Terceira Idade em Lisboa – Risco.

INTRODUÇÃO

PROBLEMÁTICA

No início deste século, a longevidade do homem moderno e a falta de tempo da população mais jovem para cuidar dos mais idosos obrigam a uma profunda análise de novos contornos de um habitat adequado para a população idosa. As novas tecnologias aliadas à boa¹ *Arquitectura permitem que os mais idosos tenham melhores condições de vida. Contudo, trata-se de um problema social com lacunas nas comunidades ocidentais, onde se colocam questões principalmente económicas.*²

1 Refiro-me à boa arquitectura no sentido da Arquitectura que complementa as necessidades das pessoas através da criação de bem-estar, originando espaços e ambientes específicos e otimizando a relação entre a habitação e o utente (normalmente debilitado) – a Humanização da Arquitectura. Ver nota 3

2 Ver fig. 1

Torna-se necessária a introdução da Arquitectura em edifícios hospitalares e de saúde em geral, de modo a valorizar não só todo o projecto, como meio para criar bem-estar, reinventando novas soluções e novos modos operativos. A Arquitectura tem, nesta área, como objectivo fundamental a humanização dos espaços da saúde e a sua importância profilática.³

3 Aalto, quando escreveu este texto sobre a humanização da Arquitectura, defendeu uma via experimental das diversas tecnologias para dar um maior sentido ao bem-estar humano, apoiando-se nos seus estudos da cor, da luz natural e artificial, do ruído, da ventilação, do aquecimento, e outros, para, além de outros aspectos, otimizar a relação entre o alojamento e o doente. Estudos e experimentações desenvolvidos no seu notável Hospital para Tuberculosos em Paimio-Finlândia 1927-1933.

Manuel da Silva Fernandes⁴ refere: “A *Arquitectura condiciona comportamentos e interfere na parte psicológica dos seus principais utilizadores, os doentes. Um Hospital, um Centro de Saúde recebe pessoas em estado psicológico e físico diminuído; por isso reclamo a urgência da presença da Arquitectura nos edifícios de saúde, não os entendendo como objectos arquitectónicos inevitavelmente perdidos pela sua carga funcional e tecnológica, o que me parece hoje inadmissível.*”⁵

Manuel Brullet⁶ defende a transformação do espaço hospitalar em locais de multiplicidade de usos como galerias comerciais, supermercados ou até restaurantes, contrariando deste modo a herança americana da tipologia hospitalar, inflexível e desumanizada, que se assemelhava em tudo à tipologia da Arquitectura Prisional.⁷

4 Manuel Alexandre Oliveira Silva Fernandes, membro de Órgãos Científico-Pedagógicos e docente do Curso de Arquitectura da Universidade Lusíada de Lisboa, autor do texto de enquadramento ao número temático da revista *Arquitectura Ibérica* nº 11 dedicada aos Equipamentos na área da saúde.

5 Reflexões sobre a arquitectura da saúde - Manuel Alexandre Silva Fernandes *Arquitectura Ibérica* nº11 – Equipamentos, pág 23

6 Manuel Brullet Tenas (Mataró, 1941) Arquitecto Catalão. Estudou e é actualmente Docente na Escola Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona. É responsável por projectos como o Hospital del Mar em Barcelona e do Centro de Assistência Primária em Marató, entre outros.

7 Reflexões sobre a arquitectura da saúde Manuel Alexandre Silva Fernandes *Arquitectura Ibérica* nº11 – Equipamentos, pág 18

“Diz M. Brullet que, sendo um hospital um lugar onde se cura, se morre, se vive, se sofre, se visita, se trabalha, se tem ilusões, deveria então ser caracterizado pela intimidade, privacidade e conforto [do habitar] dando, por esta razão, uma importância muito acentuada ao seu contexto urbano, à sua localização criteriosa, ao seu desenho interior e, naturalmente, ao seu mobiliário.”⁸

Enquanto arquitectos cabe-nos contrariar a tendência e levar a boa Arquitectura para os edifícios hospitalares, e, neste caso particular, para os lares de idosos. É necessário criar um ambiente acolhedor e humanizado, que a Arquitectura permite potenciar, e desta forma fazer com que os utentes, doentes e funcionários se sintam confortáveis, como da sua casa se tratasse ou até mesmo como usufruíssem do espaço de um museu ou dum centro cultural.

Na análise destes trabalhos, podemos ver como cada arquitecto demonstra uma aproximação diferente ao projecto, de modo a estabelecer o equilíbrio entre o respeito pela privacidade dos utentes, o incentivo à actividade social e o encontro entre todos os utilizadores das Residências.

É interessante realçar como os autores dão importância ao desenho dos quartos com uma

8 Reflexões sobre a arquitectura da saúde Manuel Alexandre Silva Fernandes *Arquitectura Ibérica* nº11 – Equipamentos, pág 19

Pais	1950	1960	1970	1980	1986	1990	2020*
Portugal	7	8	9,3	10,2	12,2	12,9	17,7
Alemanha	9,4	10,6	13,2	15,5	15,1	15,4	21,7
Bélgica	11	12	13,4	14,4	14,1	14,6	20
Dinamarca	9,1	10,6	12,3	14,4	15,3	15,5	18,6
Espanha	7,3	8,2	9,6	10,9	12,2	13	20
França	11,4	11,6	12,9	14	13,2	13,8	20,6
Grécia	6,8	8,1	11,1	13,1	13,4	13,7	20,6
Irlanda	10,7	11,1	10,8	10,7	10,9	14,4	15,3
Itália	8	9,1	10,9	13,5	13,3	14,1	23,2
Reino Unido	10,7	11,7	13	14,9	15,3	15,6	18,9

Fig. 1 - Evolução e previsão da população idosa na Europa (em%) - Fonte: Eurostat

maior quantidade possível de entradas de luz natural, com cores que atenuam o ambiente e com pormenorizações arquitectónicas como o desenho de camas com alturas calculadas para permitir aos doentes verem o exterior quando estão deitados. Em suma, que questões devemos levantar acerca da Arquitectura Geriátrica? Conseguimos definir um modelo para os lares de terceira idade contemporâneos? Haverá uma tipologia específica? E, por outro lado, seremos nós – arquitectos – capazes de corresponder às necessidades arquitectónicas com bons exemplos de Arquitectura?

CONCEITOS

Segundo o Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, DR 47/98 - SÉRIE I-B Emitido Por Ministério do Trabalho e da Solidariedade, considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Geriatria designa um ramo da medicina que trata das doenças e problemas da velhice assim como das pessoas que estão a envelhecer. Ou seja, é o “*ramo da medicina que se ocupa da descrição, investigação e tratamento das doenças*

relacionadas com os idosos.”⁹

A definição segundo a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa de “*Residência (categoria de serviços e equipamentos para idosos) é a resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial*”.¹⁰

CONTEXTO E PROBLEMÁTICA SOCIAL

A geração que dominará o século XXI europeu é o idoso, já que são os idosos e os adultos que constituem uma percentagem cada vez maior da população. É verdade que a população mundial está a envelhecer, graças a uma melhor alimentação e estilo de vida com hábitos positivos – evitar fumar, exercício físico, entre outros, – a melhores serviços médicos, e a todos os avanços na medicina que, efectivamente ajudaram a estender o tempo de vida.¹¹

É este um dos paradoxos perturbadores dos tempos modernos: preconiza a tomada de cuidados para prolongar a vida, mas as respostas e soluções revelam-se insignificantes. Contrariamente, a globalização resulta numa maior quantidade de pessoas conscientes da insegurança, tanto em termos de assistência

9 COSTA, Maria Armanda Mendes – O Idoso, Problemas e Realidades. Coimbra, Formasau, 1999.

10 SCML – carta de equipamentos sociais, 2005

11 VAVILI, Fani – Designing for the Elderly. Thessaloniki. University Studio Press. 2002. p.11

social como em termos de condições de vida dos idosos, e permite questionar se as comunidades vão tomar medidas eficazes neste âmbito. Infelizmente, a ideia de uma família alargada e a sua importância tem vindo a decair. Por essa razão, gastamos dinheiro quase ilimitadamente para manter as pessoas vivas, internando-as em lares, centros de acolhimento, ou noutros espaços que consideramos adequados, mas pouco se faz para valorizar e dinamizar a vida do idoso. Propiciámos uma nova população idosa, mas pouco fizemos para lhes criar uma nova vida, uma vez que os principais problemas dos idosos são o isolamento social e perda de importância na vida activa. Tudo isto tem particular repercussão no caso das cidades, onde o ambiente é mais hostil para os idosos comparativamente ao passado. Por outro lado, é também nas cidades que se manifestam um maior número de programas, tais como Centros de Convívio, Centros de Dia, Actividade Sénior, Dia dos Avós, Universidade da Terceira Idade, entre outras, que vão minimizando essa lacuna.

Num grande número de países da comunidade europeia, dada a existência de infra-estruturas especificamente criadas, uma diversidade de respostas torna já possível outras opções para além do internamento em lar, tais como residir num pequeno apartamento ou a até permanência no domicílio. Contudo, manter o idoso na sua própria casa depende do seu

estado de saúde, ou seja, se as suas capacidades físicas e mentais lhe permitem acompanhar o quotidiano.

POLÍTICAS DE CUIDADOS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS DURANTE OS ÚLTIMOS ANOS

Até ao final da década de 1970, a prática da política social para os idosos foi restringida às pensões e aos limitados subsídios. Surgiu a necessidade da existência de parcerias públicas e comunitárias, contribuindo para a implementação de medidas eficazes para manter as pessoas idosas física e socialmente activas e autónomas. A des-institucionalização dos serviços, a diminuição da dependência e os cuidados do internamento e tratamento dos idosos foram medidas essenciais para proporcionar uma melhor qualidade de vida e sobretudo uma qualidade de vida adaptada ao envelhecimento.

Consequentemente, o modelo institucional de cuidados residenciais foi a principal medida formal de serviços de cuidados para os idosos durante os anos 1970 e 1980 na maioria dos países europeus, mas também este está em decadência. Durante os últimos anos, praticamente todos os países europeus têm adoptado medidas para aumentar a permanência do idoso na comunidade e têm providenciado serviços de cuidados especializados para os idosos como uma alternativa para os cuidados institucionais, de forma a satisfazer as suas necessidades através

de políticas que apoiam a independência, autonomia e participação na sociedade.

Assim, vários países europeus estão agora a promover a criação de instalações residenciais e a reduzir a prevalência das taxas de institucionalização, oferecendo à comunidade cuidados domiciliários, serviços e creches, com a participação de ambas as redes formais e informais – família, comunidade e organizações voluntárias. O objectivo é manter os idosos no seu próprio ambiente – lares e comunidade – tanto tempo quanto possível, a fim de assegurar a independência, qualidade de vida e a sua integração social. É importante que a individualidade, a privacidade e a orientação comunitária sejam características comuns nas instalações para os idosos.

Por todas as razões acima referidas, as não-estruturas hospitalares, tanto privadas como públicas, têm de ser desenvolvidas e implementadas em Portugal. A intensa especulação sobre o problema tem origem na evolução de novos modelos, semelhante à de outros países. Pode-se perceber que existem várias estruturas alternativas com diferentes modalidades e valências, apesar de terem quase o mesmo conteúdo funcional, que estão a ser praticadas actualmente. Algumas dessas estruturas são: Planos de Vida Assistida, Comunidades de Ocorrência Natural de Aposentação (NORC's), Estruturas de Utilização Mista, Habitats Multigeracionais, Centros

de Dia, Oportunidades de Habitação Elder Cottage, Envelhecimento em Casa, Habitação Sénior, Casas de Saúde, entre outros¹², tendo os últimos mais implicações arquitectónicas.

OBJECTIVOS DE UM LAR - PROGRAMA GERAL

Independentemente da multiplicidade de respostas em ensaio, a resposta tipo ao problema do idoso tem sido o “lar”. O objectivo específico dos lares é, fundamentalmente, proporcionar serviços permanentes adequados à problemática do idoso, contribuindo de certo modo para a qualidade de vida no processo de envelhecimento. É também o de desenvolver os apoios necessários às famílias dos idosos de modo a fortalecer a relação inter-familiar, assim como promover a integração adequada destes equipamentos na comunidade.

Naturalmente que todos estes objectivos só podem ser desenvolvidos e conseguidos se o lar, como espaço físico, reunir condições para o desenvolvimento das várias actividades específicas, num ambiente de conforto, respeitando a individualidade, privacidade e independência dos idosos, como temos vindo a referir.

O lar exerce, assim, uma dupla função: apoiar os idosos em regime de internamento no lar e simultaneamente assegurar o acompanhamento

¹² VAVILI, Fani – Designing for the Elderly. Thessaloniki. University Studio Press. 2002. p.17

dos idosos residentes na comunidade.

Para a sua localização desejável deve:

- Situar-se nos aglomerados habitacionais, tendo em conta a facilidade dos percursos a pé e na proximidade de outros equipamentos (jardins, centros culturais, lojas, correios, bancos, cinemas, lugares de culto, estruturas de saúde.)
- Permitir fácil acesso aos meios de transporte (público ou privado, ambulâncias, bombeiros.) e também ao abastecimento e remoção de lixo.
- Ser servido de infra-estruturas básicas (abastecimento de água, electricidade, esgotos e telefone e internet).
- O edifício deve ser implantado em zona com boa salubridade, longe de estruturas ou infra-estruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiro, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou interfiram no quotidiano dos utilizadores do lar.

PROCESSO DE INTERPRETAÇÃO DE ESPAÇO OBJECTIVO E SUBJECTIVO

Podemos perceber que esse grupo especial de pessoas que suporta tantas características diferenciadas, necessita de um desenho arquitectónico interior absolutamente confortável e moderno, resultando em lugares e ambientes que incentivam o bem-estar, a vida e

o processo de terapia.

Existem inúmeros parâmetros que determinam decisões relativas à concepção de residências para adultos. Relativamente ao projecto e organização, deve-se dar prioridade às necessidades diárias, actividades, preferências, memórias, bem como a muitas outras características que têm que ver com a vida quotidiana das pessoas idosas e que poderiam ser inúmeras.

As características humanas que influenciam o projecto são inúmeras e podem ser relacionados com as capacidades físicas e mentais do homem, bem como com a sua profissão, sexo, valores, idade, ou até outras características, permanentes ou temporárias, tais como as emoções. Assim, estudar os possíveis atributos que as pessoas idosas têm em comum pode revelar-se muito útil ou mesmo fundamental, no processo de desenvolvimento de novas formas, ao adoptar a utilização de novos princípios inovadores na concepção da Arquitectura para cidadãos seniores, ou seja, o programa é fundamental.

Pesquisas sobre pressuposições dos idosos e sobre os seus significados, experiências passadas e memórias ao longo do tempo, sobre a civilização e cultura, preconceitos, crenças religiosas, e experiências individuais, estilo de vida pessoal, educação e significativos factos marcantes durante toda a sua vida, podem oferecer uma perspectiva inestimável para os novos tipos de habitação para idosos e outras

estruturas de cuidados de saúde.

Isso significa que uma integração profunda na investigação gerontológica sobre este tipo de projecto, pode ser muito mais saudável – metaforicamente ou não, em vez de se concentrar apenas na estética do edifício e negligenciando outros temas tão sensíveis e relevantes –, e é determinante para a elaboração de um programa e resposta arquitectónica adequados.

CONCEPÇÃO DE UM LAR - PROGRAMA

Quanto à concepção dos lares, podemos considerar, em princípio, dois tipos de instalação:

- ocupando totalmente um edifício
- integrado em edifício destinado a outros fins

Qualquer destes dois tipos de instalação pode admitir-se em edifício expressamente executado para esse fim – construção de raiz – ou edifício já existente – adaptação. A instalação em edifício já existente é de considerar, desde que se verifiquem as respectivas obras de recuperação e de adaptação, necessárias ao cumprimento do conjunto dos requisitos regulamentares, técnicos e programáticos, inerentes a este tipo de equipamento. Nas instalações integradas em edifícios também destinados a outros fins, deverão ser adaptadas soluções que permitam a total independência e privacidade dos utentes,

embora possibilitando o convívio entre os vários grupos.

A concepção arquitectónica de um lar para idosos deverá traduzir preocupações não só de qualidade e de conforto, como também de custos. A noção de qualidade dos equipamentos está, muitas vezes, ligada à existência de grandes áreas, nomeadamente nas salas de estar e de refeições, na cozinha e lavandaria ou nas circulações e escadas. De facto, o conforto de um espaço está também relacionado com o binómio função/área. Interessa considerar no seu dimensionamento a forma como eles se organizam e se inter-relacionam.

Importa assim descrever alguns dos espaços mais importantes, elaborado a partir do Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação da Direcção Geral da Acção Social:¹³

- **Átrio** – recepção, primeiro contacto e informação. É o espaço de animação e de movimento por excelência e, pela sua natureza, acessível a todos, pelo que deverá ser estudado de forma a prever o movimento de entradas e saídas e também a sua função de recepção e espera para os visitantes.
- **Sala de estar** – Deve estar à disposição

13 DGAS – Direcção-Geral da Acção Social – Núcleo de documentação técnica e divulgação – Lar de idosos, documento em pdf disponível em <http://www.forma-te.com/mediateca/view-document-details/1507-lar-de-idosos.html>

dos idosos para a actividade de relaxamento e convívio, nomeadamente o diálogo, a leitura, a televisão, entre outros. Poderá incluir um bar. Este espaço deve oferecer às pessoas idosas um conjunto de estímulos (visuais, olfactivos e auditivos) cuja função é torná-las mais activas e participantes. Deve estar em contacto com o átrio, a sala de refeições e o exterior.

- **Sala de refeições** – Esta sala deve situar-se junto da cozinha e em contacto com o exterior. As refeições constituem uma boa ocasião para o convívio, dada a aproximação obrigatória entre as pessoas.

- **Sala de actividades** – O objectivo é a motivação dos idosos para o desenvolvimento de actividades criativas, nomeadamente os trabalhos manuais, procurando contrariar a sua natural propensão para a inactividade e favorecendo o seu relacionamento.

- **Quartos** – O espaço dos quartos deve ser concebido para que cada idoso sinta a sua intimidade preservada e com diferentes zonas de apropriação. Devem estar dispostos de forma contígua para facilitar o acompanhamento e a vigia.

- **Instalações sanitárias** – Na zona dos quartos, para além das instalações sanitárias completas privativas dos quartos, deverão ainda prever-se uma instalação para banhos ajudados, equipados com banheira, sanita e lavatório.

- **Logradouro** – Este espaço exterior representa uma forma aliciante de convívio entre as pessoas idosas e um local onde podem desenvolver actividades de lazer, nomeadamente a hortofloricultura e a ginástica.

- **Gabinete de saúde** – Espaço específico com a finalidade de consultas médicas e de preparação da medicação dos residentes, podendo também arquivar os processos médicos dos utentes.

- Os espaços destinados à circulação, nomeadamente os corredores, rampas e elevadores, deverão permitir a circulação de cadeiras de rodas, sem contudo serem sobredimensionados. A largura das escadas não deve exceder as medidas regulamentares para edifícios de habitação.

A fim de proporcionar às pessoas idosas melhores condições de conforto/ambiente, deverá ter-se em conta, na execução dos projectos, a importância de diversos factores, tais como: revestimentos, temperatura do ar, humidade relativa, pureza do ar, ruído e iluminação.

Relativamente ao mobiliário e equipamento, deve ter as características de conforto semelhante às de uma habitação, de forma a conseguir-se um ambiente tanto quanto possível familiar, ou então disponibilizar espaço e condições para que as pessoas possam colocar as suas próprias mobílias de modo a que se sintam como em

suas próprias casas.

PARÂMETROS-CHAVE DO PROJECTO

Gerontologistas, psicólogos e cientistas sociais concordaram “sobre a natureza das mudanças relacionadas com a idade e adaptações que seriam adequadas para tornar o ambiente físico menos stressante”.¹⁴ Assim, o declínio sensorial, especialmente depois dos 85 anos de idade, torna-se tão importante que prejudica a capacidade de recolher informações e de participar na interacção social, alterando a percepção do ambiente, que, por sua vez, diminui a qualidade de vida dos idosos. Então, a Arquitectura surge como instrumento para minimizar esse declínio, criando bem-estar, fortalecendo sensações, auxiliando em problemas como a percepção de profundidade, visão prejudicada, a importância do contraste da cor, a luz e iluminação necessárias, brilho e luz indirecta, assim como a insuficiência do espaço, recursos confusos, a falta de significados culturais ou objectos.

Os Arquitectos são chamados a colmatar o fosso entre as diferenciadas, diversificadas e imperativas necessidades dos cidadãos idosos e a criação de ambientes que possam ser realmente significativos, úteis e solidários, de modo a que os idosos possam continuar as suas vidas com orgulho na sua idade. É

14 MALKIN, J. – Hospital Interior Architecture. New York. A van Nostrand Reinhold Book. 1992. p. 75

nesse sentido que os arquitectos têm de ter uma visão abrangente da vida quotidiana dos idosos – e isso inclui os fenómenos sociais – e, consequentemente, transmiti-la para a proposta do projecto, de modo a que seja o mais correcto para as condições de vida possível. Há também orientações de concepção publicadas por pesquisadores e autoridades em todo o mundo. Estas informações referem-se à localização e à orientação de edifícios, à sua configuração (por exemplo, vantagens da planta em cruz ou em H)¹⁵, à importância de pátios e espaços ao ar livre, à concepção dos espaços comuns, dos quartos, da cozinha, dos sanitários, entre outros. Durante a sua concepção, as questões de segurança, bem como os receios de queda dos residentes, têm de ser cuidadosamente ponderados.

É sabido que os idosos são uma população vulnerável, pelo que os acabamentos interiores, tais como mobiliário e questões especiais relacionadas com a conveniência ou a segurança (por exemplo, aparelhos eléctricos) têm que ser planeados com muito cuidado. Paralelamente a isso, deve ser dada atenção à circulação livre de barreiras, enquanto se deslocam de um lugar para outro, à construção de elevadores e estruturas

15 As principais vantagens da planta em cruz ou em H são: libertar área de fachada, permitindo assim melhor insolação e iluminação, (p. ex. plano Voisin de Le Corbusier, Paris 1926) e também a possibilidade de centralização de serviços de modo a que estes sejam equidistantes das zonas de quartos.



Fig 2 - Casulo HPOd

necessárias para pessoas com necessidades especiais, bem como ao redimensionamento e ao redesenho das áreas externas e de espaços comuns a fim de se tornarem mais acessíveis.

ALGUNS ASPECTOS DA CONCEPÇÃO ARQUITECTÓNICA CONTEMPORÂNEA

1. A questão dos espaços públicos é um dos principais factores arquitectónicos uma vez que pode afectar e mesmo determinar comportamentos sociais do indivíduo. Infelizmente, um grande número de moradores tem mobilidade condicionada e o estado de “vida comum” leva-os a ter sentimentos de dependência extrema. Assim, o processo de projecto de alguns destes edifícios desenvolve a criação de edifícios para pequenas comunidades de idosos.

2. O modelo de cidade tem sido utilizado em várias tipologias arquitectónicas (por exemplo, o centro comercial). Nesses casos, o acesso às diversas áreas do equipamento é realmente importante e deve ser abordado com cuidado, durante a concepção. Além disso, deverá existir uma precisa distinção entre espaços públicos e privados, bem como a criação de espaços com características intermediárias. Estes espaços podem ter uma combinação de atributos privados e públicos.

3. Todos estes esforços para a “desinstitucionalização” estão também fortemente relacionados com a função do

corredor – elo de ligação entre espaços –, que parece ser transformado pelos arquitectos. Houve várias tentativas constantes de encurtar o seu comprimento, alargar os seus limites ou mesmo evitá-lo completamente quando possível, pensando noutras tipologias de distribuição.

A maioria das soluções de concepção inovadora sugere um aumento do espaço de circulação, aberturas para luz solar e, geralmente, uma interrupção da monotonia. Os corredores, normalmente zonas sem vida, são parcialmente convertidos para espaços de estar, filtrando os espaços públicos e permitindo a actividade social.

4. O papel da Arquitectura para o processo de recuperação da doença está a ganhar cada vez mais importância. Desde que a concepção criativa arquitectónica seja coordenada com o uso de programas científicos especiais ou mesmo com a terapia ou a actividade, os resultados podem ser realmente espantosos. A proposição de um “casulo” de cura conhecida como “HPOd”¹⁶ é um perfeito paradigma contemporâneo da investigação, já com resultados. Este

¹⁶ HPOd consiste numa espécie de casulo individual em que as pessoas doentes se sentam e recebem uma quantidade de sensações, de acordo com a “receita” de cada pessoa. Foi concebido para mostrar como quartos individuais em hospitais podem responder às necessidades do doente através da tecnologia de um cartão inteligente. Em WILL HURST. Building Design. London. 2007. vol 1752. p2 - ver fig2.

processo único, introduzido pelos Architectos Nightingale Associates, é citado como uma possível alternativa terapêutica futura. Baseia-se na ideia de manipular os cinco sentidos, de modo a reforçar e acelerar o processo de recuperação do doente. Esta cápsula inovadora pode responder às necessidades de cada doente com base na cor, pontos de vista, iluminação, toque, como diz Hurst caracteristicamente, *“Estudos têm mostrado que visões de neve e de gelo pode reduzir a dor das vítimas de queimaduras. Sabemos que a cor laranja ajuda mães a amamentar e o cheiro de baunilha ajuda a alimentar os bebés.”*¹⁷ [Fig HPOd]

17 WILL HURST. Building Design.London. 2007. vol 1752. p2.

