

**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG
LETICIA CRISTINA GIACOMEL**

**FUNDAMENTOS ARQUITETÔNICOS: A INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA
SOBRE O BEM-ESTAR DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS**

CASCADEL

2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG
LETICIA CRISTINA GIACOMEL

**FUNDAMENTOS ARQUITETÔNICOS: A INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA
SOBRE O BEM-ESTAR DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Arquitetura e Urbanismo, da FAG,
apresentado na modalidade Teórico-
conceitual, como requisito parcial para a
aprovação na disciplina: Trabalho de Curso:
Qualificação.

Professor Orientador: Me. Marcelo França dos
Anjos

CASCADEL
2018

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo entender de que forma a arquitetura influencia o bem-estar de pessoas com transtornos mentais, buscando embasamentos teóricos e projetuais. Com o intuito de apresentar os atributos e elementos arquitetônicos que podem contribuir para a qualidade de vida dos pacientes, partindo da hipótese que a utilização de elementos como cores, luzes, diferentes texturas e aromas podem proporcionar um ambiente salubre e acolhedor. Para tanto, foi realizado um estudo contextualizando a saúde mental e transtornos mentais graves, uma pesquisa sobre a origem dos hospitais e da psiquiatria, visando assim compreender como se dá a condição desses espaços nos dias atuais. Logo em seguida foi apresentado os conceitos da humanização e percepção e sentidos humanos, salientando os elementos da arquitetura que podem colaborar para o tratamento desses indivíduos. Foi feito um levantamento de dados onde foram selecionados os principais itens que contribuíram para o estudo, logo em seguida esses fundamentos foram analisados em espaços terapêuticos já existentes, relacionando assim, a teoria da arquitetura com a prática projetual.

Palavras chave: Arquitetura. Saúde Mental. Humanização.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 01 - Centro Maggie de Oldham	27
Imagem 02 - Centro Maggie de Oldham	27
Imagem 03 - Centro Maggie de Oldham	28
Imagem 04 - Centro Maggie de Oldham	28
Imagem 05 - Centro Maggie de Oldham/ Planta Baixa	29
Imagem 06 - Centro Maggie de Oldham/ Corte	29
Imagem 07 - Centro Psiquiátrico Friedrichshafen.....	30
Imagem 08 - Centro Psiquiátrico Friedrichshafen.....	30
Imagem 09 - Centro Psiquiátrico Friedrichshafen.....	31
Imagem 10 - Centro Psiquiátrico Friedrichshafen.....	31
Imagem 11 Centro Psiquiátrico Friedrichshafen.....	32
Imagem 12 - Centro Psiquiátrico Friedrichshafen / Planta Baixa.....	32
Imagem 13 - Centro Psiquiátrico Friedrichshafen/ Corte.....	33
Imagem 14 - Hospital Psiquiátrico Kronstad.....	33
Imagem 15 - Hospital Psiquiátrico Kronstad.....	34
Imagem 16 - Hospital Psiquiátrico Kronstad.....	34
Imagem 17 - Hospital Psiquiátrico Kronstad/ Planta Baixa.....	35
Imagem 18 - Hospital Psiquiátrico Kronstad/ Corte.....	35
Imagem 19 - Hospital Psiquiátrico Kronstad.....	36

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1 FUNDAMENTOS ARQUITETONICOS E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DIRECIONADAS AO TEMA DA PESQUISA	10
1.1 SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES.....	10
1.2 A ORIGEM DO HOSPITAL E PSIQUIATRIA.....	11
2 ARQUITETURA PERCEPÇÃO E SENTIDOS.....	14
2.1 SENTIDOS HUMANOS	16
2.1.1 Tato	16
2.1.2 Visão.....	17
2.1.3 Audição.....	18
2.1.4 Olfato.....	19
2.1.5 Paladar.....	19
2.2 HUMANIZAÇÃO	20
2.3 ARQUITETURA HOSPITALAR	22
2.3.1 Iluminação Natural	24
2.3.2 Cores	25
2.3.3 Paisagismo	25
3 CORRELATOS E ABORDAGENS	26
3.1 Centro Maggie de Oldham.....	26
3.2 Centro Psiquiátrico Friedrichshafen.....	30
3.3 Centro Psiquiátrico Kronsted	33
CONSIDERAÇÕES	37
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

O assunto da pesquisa refere-se a arquitetura e saúde mental. O tema aborda a importância da arquitetura sobre o bem-estar físico-psicológico dos indivíduos portadores de distúrbios mentais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001 p. 29) cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais. Ao longo da história, conforme as transformações e evolução das civilizações, os espaços designados a indivíduos portadores de distúrbios mentais passaram por inúmeras transformações.

O presente estudo se justifica visando auxiliar estudantes e profissionais de arquitetura e/ou interessados da área, na concepção ou reestruturação de ambientes para tratamento psiquiátrico, buscando características que possam interferir positivamente no comportamento dos indivíduos. No âmbito acadêmico, posteriormente, poderá desencadear novas discussões sobre o assunto, servindo também, como referência para futuras pesquisas.

Do ponto de vista social, é importante destacar a necessidade da concepção ou readequação de espaços para pessoas com transtornos mentais graves. É essencial que haja um equilíbrio entre o uso de uma arquitetura que traga um senso de conforto e segurança e ao mesmo tempo, de um hospital que promova a ideia de tratamento.

O problema norteador desta pesquisa insta, portanto, a questionar: quais atributos e elementos arquitetônicos podem contribuir para o bem-estar e qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais?

A partir deste problema, gera-se a hipótese de que a utilização de elementos como cores, luzes, diferentes texturas e aromas podem proporcionar um ambiente salubre e acolhedor, estimulando diferentes sensações aos indivíduos, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida aos usuários.

Pallasmaa afirma que:

Além de cumprir suas funções de usos, a obra deve intensificar a vida de seus usuários, estimulando seus sentidos. Portanto através da edificação, a sensação de realidade e identidade pessoal é reforçada, por meio da integração entre espaços vivenciados, a pessoas e suas experiências de mundo (PALLASMAA 2011 p. 11).

O objetivo geral da pesquisa, consiste em compreender de que forma a arquitetura pode interferir no tratamento de pessoas com distúrbios mentais. E tem por objetivos específicos:

contextualizar o conceito da saúde mental e transtornos mentais graves; descrever sobre a visão dos hospitais e da psiquiatria ao longo do tempo, visando assim, compreender como se dá a condição desses espaços nos dias atuais; apresentar os conceitos de humanização para entender como a arquitetura é recebida pela percepção humana; investigar a forma que elementos como luz, aroma, cores, sons e texturas podem ser utilizados nesses espaços; analisar espaços terapêuticos construídos, de maneira que resulte em respostas ao problema, e comprove a hipótese inicial.

Segundo Góes (2004 p. 7) nas suas origens, os hospitais eram locais aonde as pessoas com doenças graves, iam para morrer com um mínimo de dignidade, eram instituições filantrópicas e agências de auxílio aos pobres. O atendimento era realizado por sacerdotes ou através de ordens religiosas, uma vez que os procedimentos de caráter curativo eram pouco praticados, a cura era mais como uma característica secundária ao serviço religioso (TOLEDO, 2006, p. 17). Michelin (1992, p. 27) ressalta que o objetivo do edifício hospitalar era mais no sentido de proteção dos que estavam fora do que o atendimento para os pacientes que estavam dentro da edificação.

No final do século XVIII os hospitais receberam muitas críticas devido a superlotação associada à insalubridade dos edifícios, o que dificultava o funcionamento adequado desses ambientes. Nesse período ficou nítida a necessidade de uma revisão dos conceitos arquitetônicos. A partir disso, a arquitetura passa a ser considerada fundamental para a elaboração de um ambiente hospitalar adequado para a cura (SILVA, 2001 p. 1). Amarante (1995, p. 24) afirma que foi nesta época que se deu o nascimento da Psiquiatria, ou Medicina Mental. A loucura, até então associada à desrazão, passa a ser considerada doença mental. Assim, ganha força o movimento que foi considerado como a primeira reforma do atendimento à insanidade mental, paralelamente a diversos movimentos de reforma – como o do sistema penal, e o dos direitos do homem – fundamentados em ideias humanistas (AMARANTE 1996, p. 39).

Este movimento pela humanização se estendeu a vários países, inclusive no continente americano. Os novos modelos de hospícios e a melhoria dos padrões profissionais, além de introduzirem formas mais humanas de tratamento, possibilitaram um desenvolvimento dos estudos científicos sobre os distúrbios mentais (FONTES, 2003).

O movimento anti-manicomial¹ iniciou-se na Europa, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, em países como Inglaterra, França e Itália, em um momento em que as terapias assumiram uma postura mais social-comunitária e preventiva. Após a Segunda Guerra Mundial, o movimento chamado de Reforma Psiquiátrica ganhou força nos países ocidentais, foi influenciado pelo combate ao modelo manicomial, que passava, então, a ser comparado aos campos nazistas de concentração (AMARANTE, 1995, p. 28).

De acordo com Rios (2009, p. 12) na história, a humanização surge como resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais quanto dos pacientes. Boing (2003, p. 72) salienta que a humanização dos espaços envolve muitos aspectos, e aproxima-se muito da área do design de interiores. Ressalta-se o uso da cor, de revestimentos e texturas, objetos de decoração e mobiliário, iluminação, contato com o exterior e, ainda, o uso de vegetação onde possível.

O marco teórico da pesquisa constitui-se na ideia de Mezzomo (2002, p. 14), que afirma: “Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde.”

Baseando-se nos conhecimentos de Pallasma, como resposta às necessidades relatadas por Mezzomo:

Para humanizar é preciso entender que as necessidades e expectativas da pessoa que utiliza o espaço é essencial para a definição de como deve ser o ambiente. Além de cumprir suas funções de usos, a obra deve intensificar a vida de seus usuários, estimulando seus sentidos. Portanto através da edificação, a sensação de realidade e identidade pessoal é reforçada, por meio da integração entre espaços vivenciados, a pessoas e suas experiências de mundo (PALLASMA 2011, p. 11).

Sendo assim, torna-se fundamental a importância de se pensar na criação ou renovação ou adequação de espaços para pessoas portadoras de distúrbios mentais de acordo com as necessidades dos usuários. A arquitetura que desperta sensações pode trazer inúmeros benefícios aos indivíduos, tanto em relação à saúde quanto ao seu comportamento.

¹ O movimento anti-manicomial ¹ foi um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995, p. 87)

A metodologia utilizada na pesquisa foi através de revisão bibliográfica. Segundo Gil (2002 p. 50) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Marconi e Lakatos (2013, p. 15) ressaltam que a leitura propicia a ampliação de conhecimentos, abre horizontes na mente, aumenta o vocabulário, permitindo melhor entendimento do conteúdo das obras. Através dela podem-se obter informações básicas ou específicas.

A pesquisa bibliográfica não é somente uma reprodução do que já foi elaborado sobre algum assunto, e sim uma referência ou apoio para nova análise, assim, conseqüentemente, descobertas e elaboração de conclusões inovadoras (MARCONI e LAKATOS, 2003, p. 183).

Foi feito um levantamento de dados onde foram selecionados os principais itens que contribuíram para o estudo, e em seguida a análise das abordagens projetuais utilizadas nesses ambientes, a fim de responder os problemas da pesquisa e estruturar o argumento utilizado na hipótese.

1 FUNDAMENTOS ARQUITETONICOS E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DIRECIONADAS AO TEMA DA PESQUISA

Visando apresentar as revisões bibliográficas e suporte teóricos utilizados no decorrer do estudo, o presente capítulo abrange as origens dos hospitais e da psiquiatria, conceito de saúde mental e transtornos mentais graves, percepção do ambiente, sentidos humanos e humanização. Destacando também detalhes sobre os atributos que podem influenciar no tratamento dos pacientes.

1.1 SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. O comportamento saudável de cada indivíduo depende muito da saúde mental daquela pessoa. Assim, por exemplo, as doenças mentais e o estresse psicológico afetam o comportamento saudável (OMS 2001 p. 22).

O Ministério Público Federal (2012 p. 17) relata que as pessoas com transtornos mentais devem ser tratadas de modo que se percebam acolhidas e valorizadas no seu modo de ser, ouvidas e reconhecidas em suas necessidades e vontades, com o objetivo de promover melhorias em sua vida. Devem-se buscar formas imediatas de proteção dessa pessoa, pois a tortura, os maus-tratos, o tratamento degradante e cruel e a violação de direitos intensificam o sofrimento mental.

Lamentavelmente, na maior parte do mundo, está-se ainda longe de atribuir à saúde mental e às perturbações mentais a mesma importância dada à saúde física. Em vez disso, são, em geral, ignorados ou negligenciados. Em grande parte por isso, o mundo está a sofrer de uma crescente carga de problemas de saúde mental e de um crescente desnível de tratamento (OMS 2001 p. 29).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001 p. 28) os transtornos mentais e comportamentais apresentam um quadro variado e heterogêneo. Ao passo que alguns distúrbios são brandos, outros são graves. Alguns duram umas poucas semanas, ao passo que outros podem durar a vida inteira. Alguns não chegam a ser sequer discerníveis, a não ser por um exame minucioso, ao passo que outros são impossíveis de ocultar mesmo a um observador casual. Este relatório concentra-se em alguns transtornos comuns que impõem pesadas cargas

às comunidades e que são geralmente encarados com um alto nível de preocupação. São eles os transtornos depressivos, os transtornos devidos ao uso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental e os distúrbios da infância e da adolescência.

1.2 A ORIGEM DO HOSPITAL E DA PSIQUIATRIA

Segundo o Ministério da Saúde (1944 p. 7) a palavra hospital é de raiz latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como nosodochium quer dizer – receber os doentes.

[...] antes que a medicina, a arquitetura foi a primeira arte a ocupar-se do hospital. A ideia de que o doente necessita de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de lhe dispensar tratamento médico. E todas as cidades, em todas as épocas, mobilizaram-se para prover esta necessidade. Templos, conventos e mosteiros foram às primeiras instituições a recolher os doentes [...] (ANTUNES 1989, p. 227-228).

Miquelin (1992, p.23) afirma que os hospitais são empresas complexas no qual recebem pessoas em conflito com suas emoções e incertezas nos momentos mais difíceis de existência humana: nascimento, angústia profunda, ameaça de vida, dor, cura, enfermidade, qualidade de vida e a morte.

Para Nogueira (2005 p. 37) a primeira instituição denominada como asilo² surgiu com o desaparecimento da lepra, abrigando os antigos leprosários, que posteriormente passaram a abrigar todos os rejeitados da sociedade: prostitutas, pobres, vagabundos, presidiários e também os loucos.

Os hospícios propriamente ditos surgiram na Europa por volta do século XVII, eram na maioria das vezes instituições de caráter filantrópico e tinham como propósito oferecer tratamento médico a doentes sem recursos e acolher os loucos. (NOGUEIRA 2005 p. 37)

² Segundo Nogueira (2005) os asilos não tinham a intenção de tratar, apenas abrigar os que não tinham onde ficar e não podiam conviver em sociedade.

Era comum encontrar nas edificações quartos estreitos com pouca circulação de ar, ausência de luz e excessiva umidade. O leito era um tablado preso à parede ou feito de palha espalhada no próprio piso. Este se tornava um depósito de urina e fezes, produzindo um odor insuportável. Normalmente se utilizava uma pedra, como parte do mobiliário, à qual o louco poderia ficar acorrentado. Em uma espécie de concha cavada na própria pedra era depositada a água. Na cela havia uma pequena abertura de comunicação por onde se passavam os alimentos. Também era comum a utilização de grades visando trancafiar os loucos nesses hospitais de exclusão (NOGUEIRA 2005, p. 36).

O hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT 1979, p. 101).

Foucault (1979 p. 58) diz que o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780.

O hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos (FOUCAULT 1979 p. 63)

Amarante (1995 p. 24) relata que foi nesta época que se deu o nascimento da Psiquiatria, acompanhando a emergência do fenômeno da medicalização. Segundo Mota e Marinho (2012 p. 29) a psiquiatria pode ser considerada como a primeira “especialidade médica”, ou antes ainda com a designação de “Alienismo” – este em fins do século XVIII e começo do século XIX –, em um tempo em que “especialidade”, tal como viria a ser

estabelecida principalmente no século XX, ainda não existia. Um renomado médico francês, chamado Philippe Pinel, defendeu a ideia de loucura como uma patologia, necessitando assim, de um isolamento específico para o tratamento, foi então, quando surgiram os manicômios.

O manicômio, distintamente do asilo ou do hospício onde se enclausurava ou abrigava um louco passa a ser um lugar específico para tratar os loucos e não mais qualquer edifício adaptado para recolhê-los. (NOGUEIRA 2005 p. 43)

Segundo Arbex (2013 p.14) as condições dessas instituições eram precárias e a maioria dos pacientes eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas e gente que se rebelava, ou seja, que se tornara incomoda para alguém com mais poder. Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença.

Essas instituições livravam a sociedade de pessoas que eram desprezadas, que tinham comportamentos não aceitáveis, elas exerciam a função de disciplinar os indivíduos.

Após a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se na Europa o movimento anti-manicomial. Havia três razões que sustentavam esse movimento: a ideia de que o contato com a vida normal poderia trazer a cura para os doentes; a urgência de reduzir a população dos manicômios superlotados e a elevação dos custos desses espaços aos cofres públicos, devido ao elevado número de internações. (NOGUEIRA 2005 p. 64)

Ainda, segundo Nogueira (2005 p. 76) na década de 60, o movimento chamado de antipsiquiatria³ surgiu, o que se torna então, para a arquitetura enquanto disciplina que tem como fundamento abrigar a existência humana, pensar nas possibilidades de conceituar essas variáveis a serem manipuladas pelo arquiteto na hora de projetar, que contemple o ser humano em sua totalidade.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início na década de 70, mas como projeto de lei foi lançada apenas no ano de 1989. A legislação regulamentava os direitos dos pacientes acometidos por doenças mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. E em 2003, o Governo Federal junto ao Ministério da Saúde promove o programa de financiamentos para os novos serviços extra-hospitalares, juntamente com o processo de gestão e redução do número de leitos hospitalares psiquiátricos, tendo como objetivo a desinstitucionalização (FONTES, 2003).

Segundo Costeira (2004), a concepção de muitos projetos destinados aos estabelecimentos de assistência à saúde no Brasil ainda segue parâmetros rígidos e conceitos

³ O movimento denominado antipsiquiatria surgiu com o objetivo de transformar o modo de viver do paciente, redefinindo a postura que a instituição deve ter com o paciente (NOGUEIRA 2005 p. 76)

ultrapassados, distanciando-se dos modelos mais adequados às atividades a serem desenvolvidas nesses ambientes.

2 ARQUITETURA, PERCEPÇÃO E SENTIDOS

Uma arquitetura que intensifica a vida deve provocar todos os sentidos simultaneamente e fundir a nossa imagem de indivíduos com a nossa experiência do mundo (PALLASMAA 2011, p. 11). Segundo Collin (2000), a arquitetura como qualquer outro meio de comunicação estética, pode transmitir um vasto espectro de emoções que fazem parte da nossa vida e de nosso cotidiano: a ansiedade com as mudanças estruturais, a certeza no futuro incerto, desejos de poder, até mesmo as fantasias mais diversas.

Zevi (1996, pg. 18) expõe que a arquitetura não provém apenas das características dos elementos construídos, como larguras, comprimentos e alturas, mas sim do vazio, do espaço interior no qual acontece a vivência, pois a arquitetura é uma grande escultura escavada pela qual é possível explorar e caminhar em seu interior. Enquanto Nogueira (2001) destaca que a arquitetura não é apenas composta por paredes, janelas e elementos arquitetônicos, mas também através da expressão do próprio corpo humano, que irá se adaptar ou não o determinado local. Visto que a arquitetura pode adquirir um caráter ambiental, o local e a situação em que se insere o indivíduo acarretará reações psicológicas, das quais poderão ser positivas ou negativas.

Através dos sentidos é possível captar as informações sensoriais presentes no espaço captadas por meio de estímulos que o corpo absorve e interpreta. Este processo é chamado de percepção e se manifesta de forma diferente para cada pessoa (GAMBOIAS, 2013 p. 39). Rheringatz (2004) diz que desconhecendo a contribuição das ciências cognitivas, os arquitetos preocupam-se com as questões materiais, estéticas e com a geometria de seus espaços, descuidando das questões relacionadas com as sensações, percepções, formações mentais e a consciência dos usuários.

Pallasmaa (2011, pg. 11) em sua obra diz que a arquitetura deve provocar simultaneamente nos seres humanos todos os sentidos para que, enquanto indivíduos tenhamos conhecimento de nossa experiência no mundo. A arquitetura sistematiza a sensação de realidade, de existência e de identidade pessoal junto à experiência de fazer parte do mundo. Dourado (2009) fala como é fascinante aquele que consegue permitir um maior

número de sensações humanas em apenas um ambiente, gerando nestas infinitas ideias e efeitos os quais garantem o desenvolvimento de vida e espírito de cada um.

Como a arquitetura é considerada arte, ao experimenta - lá o espaço visitado empresta a sua aura e nós emprestamos nossas sensações a qual excita as percepções e pensamentos do indivíduo (PALLASMAA, 2011, p. 12). Uma abordagem multissensorial pode enriquecer a experiência do usuário e evitar a transmissão de mensagens conflituosas, que cada modalidade sensorial é percebida por diferentes tipos de estímulos.

Para Tuan (1930), o homem entende de formas diferentes as relações entre espaço e lugar, sendo o espaço um local de segurança e o lugar um local de liberdade. Para o indivíduo, o espaço se torna lugar na medida em que lhe é dado algum valor e pode ser reconhecido tanto no valor íntimo como no pessoal. O autor ainda define que o termo chave para a distinção entre estes dois pontos é a experiência. Esta abrange as diferentes maneiras que o indivíduo conhece e constrói a realidade; estas maneiras variam de acordo com os sentidos humanos, desta forma, remetendo os indivíduos às emoções.

Pallasmaa (2011 p. 10) expõe como podemos perceber o domínio da visão na arquitetura, contudo cada um dos sentidos é acionado por diferentes estímulos, os quais podem gerar as mais variadas sensações, desde prazer e conforto, até estresse. E que juntamente com a arquitetura dominante do olho, existe uma arquitetura hepática do músculo e da pele. Existem arquiteturas que também reconhecem os campos da audição, do olfato e do paladar.

Schmid (2005) sustenta que o erro está em esperar que os sentidos exerçam um comportamento linear e previsível. O autor ainda descreve que as sensações são chaves de memória:

Encontrar uma pessoa, topar com determinado objeto, achar-se numa situação ou ambiente são experiências que registramos melhor quando acompanhadas de sensações; estas fazem-nos lembrar de pensamentos, e também de emoções (SCHMID, 2005, p. 111).

2.1 SENTIDOS HUMANOS

Pallasmaa (2011) diz que a visão e a audição estão muitas vezes sendo sobrepostas aos outros sentidos. A arquitetura deve, por si só, instigar as pessoas não somente com a visão, mas com o tato, o cheiro, os sons e até mesmo com o paladar. Tuan (1983 p. 14) reforça que cada sentido reforça o outro, de modo que, juntos, esclarecem a estrutura a substância do edifício todo, revelando o seu caráter essencial. Schmid (2005) associa essa ideia ao conforto ambiental, trazendo o contexto de conforto ligado à capacidade de promoção de leveza e encanto do ambiente. Além disso, o autor relaciona os sentidos- olfato, tato, visão e audição- aos sentimentos gerados por um lugar, levando em conta que eles estabelecem a comunicação entre o ambiente construído e a mente.

A seguir, a pesquisa irá descrever de forma mais detalhada as atividades desempenhadas por cada um dos receptores sensoriais.

2.1.1 Tato

Pallasmaa (2011) ressalta que todos os sentidos, incluindo a visão, são extensões do tato; os sentidos são especializações do tecido cutâneo, e todas as experiências sensoriais são variantes do tato. Ele também afirma que a pele é o órgão mais sensível e antigo da comunicação e o protetor mais eficaz. O tato é o pai dos olhos, orelhas, narizes e bocas.

A natureza fundamental do sentido do tato nos é demonstrada quando refletimos que uma pessoa sem a visão pode ainda atuar no mundo, com bastante eficiência, mas sem o sentido do tato é duvidoso que possa sobreviver. Estamos sempre "em contato". Por exemplo, neste momento podemos estar sentindo a pressão da cadeira contra nossas costas e a pressão do lápis em nossa mão. O tato é a experiência direta da resistência, a experiência direta do mundo como um sistema de resistências e de pressões que nos persuadem da existência de uma realidade independente de nossa imaginação. (TUAN 1983 p. 9)

A pele é considerada o órgão sensorial e protetor do corpo humano. Nela encontram-se terminações nervosas que podem ser estimulados de diversas maneiras; pressão, vibração, temperatura e dor são algumas delas. Segundo Hall (2005 p. 77) de todas as sensações, o tato é a experiência mais pessoal. Para muita gente, os momentos mais íntimos da vida estão associados às texturas da pele:

O relacionamento do ser humano com o ambiente é uma função do seu sistema sensorial e de como esse sistema está condicionado a reagir. Atualmente, a imagem inconsciente que temos de nós mesmos – a vida que levamos o processo de existir um minuto após o outro é composta dos fragmentos de feedback sensorial em um ambiente em grande parte fabricado (HALL, 2005, p.77).

Tuan (1983 p. 9), diz que trata-se do sentido humano que permite perceber a textura, cuja experiência se faz através das mãos e dos pés. O tato é o modo sensorial que integra nossa experiência de mundo com nossa individualidade. Através do tato, o indivíduo consegue lembrar quem é e onde se localiza no mundo, pois o tato é responsável pela conexão com o tempo e a tradição, através das impressões de toque, os apertos de mãos de incontáveis gerações. Quando um seixo rolado polido pelas ondas causa prazer para as mãos, não é apenas por sua forma suave, mas pela expressão de um lento processo ocorrido em sua formação; um seixo perfeito na palma da mão materializa a duração, é o tempo que foi transformado em forma (PALLASMAA, 2011, pg. 11 - 55). Além da percepção visual, a distinção entre o duro e o macio, o suave e o rugoso e, os diversos materiais, tais como o concreto, a pedra e o ladrilho, entre outros, compõem as diversas texturas do meio como o sistema tátil (RAPOPORT, 1978).

2.1.2 Visão

Farina (2006, pg. 27) afirma que a visão é o sentido que impulsiona o ser humano a vibrar e o faz pensar, gozar e desfrutar daquilo que o cerca no mundo. Segundo Le Corbusier (1930 p. 222) é preciso ver claramente para que se possa entender. Para Platão “a visão era a maior dádiva da humanidade” enquanto Heráclito defendia que “os olhos são testemunhos mais confiáveis do que os ouvidos”. (PALLASMAA 2011).

Segundo Tuan (1983 p. 7) dos cinco sentidos tradicionais, o homem depende mais conscientemente da visão do que dos demais sentidos para progredir no mundo. Ele é predominantemente um animal visual. Um mundo mais amplo se lhe abre e muito mais informação, que é espacialmente detalhada e específica, chega até ele através dos olhos, do que através dos sistemas sensoriais da audição, olfato, paladar e tato.

A predileção pelos olhos nunca foi tão evidente na arte da arquitetura como nos últimos 30 anos, nos quais tem predominado um tipo de obra que busca imagens visuais

surpreendentes e memoráveis. Em vez de uma experiência plástica e espacial embasada na existência humana, a arquitetura tem adotado a estratégia psicológica da publicidade e da persuasão instantânea; as edificações se tornaram produtos visuais desconectados da profundidade existencial e da sinceridade (PALLASMAA 2011 p. 29).

2.1.3 Audição

Rasmussen (2007 p. 186) em sua obra questiona: “A arquitetura pode ser ouvida? A maioria das pessoas diria provavelmente que, como a arquitetura não produz sons, não pode ser ouvida. Mas ela também não irradia luz e, no entanto, podemos vê-la”.

Pallasmaa (2011 p. 48) reflete que cada prédio ou espaço tem seu som característico de intimidade ou monumentalidade, convite ou rejeição, hospitalidade ou hostilidade. Um espaço é tão entendido e apreciado por meio de seus ecos como por meio de sua forma visual, mas o produto mental da percepção geralmente permanece como uma experiência inconsciente de fundo. Tuan (1983 p. 11) diz que som da chuva batendo contra as folhas, o estrondo do trovão, o assobio do vento no capim e o choro angustiado, nos excita com intensidade raramente alcançada pela imagem visual. Para muitas pessoas, a música é uma experiência emocional mais forte do que olhar quadros ou cenários.

A visão isola, enquanto o som incorpora; a visão é direcional, o som é omnidirecional. O sentido da visão implica exterioridade, mas a audição cria uma experiência de interioridade. Eu observo um objeto, mas o som envolve-me; o olho alcança, mas o ouvido recebe. Os edifícios não reagem ao nosso olhar, mas efetivamente retornam os sons de volta aos nossos ouvidos. (PALLASMAA 2011 p. 46)

Brian O’Doherty (1928 p. 44) reflete sobre o ruído envolvente do funcionamento da cidade: “A cidade é o contexto indispensável da colagem e dos espaços de exposição. A arte moderna precisa do som do trânsito exterior para a autenticar”. Enquanto o ruído é associado ao movimento, podemos definir o silêncio como a ausência de som, estando normalmente associado ao sossego e ao descanso.

O som é onidirecional, facilitando a criação de uma experiência da interioridade. Em se tratando de edifícios e arquitetura, ressalta-se que estes não reagem ao olhar, mas facilitam

o retorno do som aos ouvidos, pois é através da audição que os espaços são estruturados e se tornam articulados (PALLASMAA 2011 p. 46-47).

2.1.4 Olfato

O odor tem o poder de evocar lembranças vívidas, carregadas emocionalmente, de eventos e cenas passadas. O cheiro de salva, por exemplo, pode trazer à memória todo um complexo de sensações: a imagem de grandes planícies onduladas cobertas por grama e pontilhadas por moitas de salva, a luminosidade do sol, o calor, a irregularidade da estrada (TUAN 1983 p. 11). Um cheiro específico faz-nos reentrar de um modo inconsciente num espaço totalmente esquecido pela memória da retina: as narinas despertam uma imagem esquecida e somos convidados a sonhar acordados. “O cheiro faz os olhos lembrarem-se.” (PALLASMAA 2011 p. 51).

O olfato, assim como a visão, tem uma grande capacidade adaptativa. Quando somos expostos a um odor intenso, sentimos esse odor, mas com o passar do tempo o cheiro torna-se praticamente imperceptível. Projetar ambientes que exalem cheiros agradáveis, sejam eles naturais ou artificiais, é uma ótima estratégia para envolver as pessoas com os ambientes em que elas estão inseridas.

2.1.5 Paladar

A sinestesia⁴ permite que a gente consiga aguçar todos os sentidos, direta e indiretamente. O paladar pode ser explorado desde a forma como projetamos a apresentação de um ambiente, explorando cheiros, painéis com lindas fotografias, até na construção de hortas e pomares.

A visão também se transfere ao tato; certas cores e detalhes delicados evocam sensações orais; Uma superfície de pedra polida de cor delicada é sentida subliminarmente pela língua. Nossa experiência sensorial do mundo se origina na sensação interna da boca, e o mundo tende a retornar a suas origens orais.” (PALLASMAA 2011 p. 29)

⁴ A sinestesia é uma condição neurológica que consiste em experimentar sensações de uma modalidade sensorial particular a partir de estímulos de outra modalidade distinta (COHEN, 1996).

Gambias (2013 p. 33) ressalta que paladar e o olfato caminham juntos, uma vez que, como citado acima, as partículas que cheiramos entram pelo nariz e passam pela nossa boca, estimulando o paladar, portanto, essa relação pode ser aplicada na arquitetura, por exemplo, ao cheirarmos a madeira usada numa obra arquitetônica: projeta-se aí uma sensação de sabor, permitindo assim, criar uma ligação sensorial mais rica com a edificação.

2.2 HUMANIZAÇÃO

No conceito geral a palavra humanização é definida por Bueno como:

Ato ou efeito de humanizar, mudando o comportamento e atitudes, tornando-se humano e dando condições humanas; 2. Tornar humano, dar condição humana, tornar benévolo; afável; 3. Ter compaixão pelo próximo, cuidar bem daquele que precisa de seus cuidados. (BUENO, 2007)

Rios (2009 p. 8) enfatiza que embora o termo laico humanização possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética.

Humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de reconhecimento dos limites. Humanizar é fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, com o inconsolável, o diferente e singular. Humanizar é repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho, que preservem este posicionamento ético no contato pessoal. (MEZZOMO 2002 p. 14-15)

Segundo Fontes (2004 p. 59) a abordagem do espaço arquitetônico como principiador do bem-estar físico e emocional de seus usuários tem merecido crescente valorização nos processos

de planejamento em saúde pública. O conceito de humanização do atendimento tem sido largamente aplicado nos mais recentes projetos de arquitetura da saúde, representando o desdobramento de um novo enfoque, centrado no usuário, que passa a ser entendido de forma holística, como parte de um contexto, e não mais como um conjunto de sintomas e patologias a serem estudadas pelas especialidades médicas. Verificam-se iniciativas de adequação das antigas estruturas asilares ao conceito de humanização e aos modelos preconizados pela reforma, em detrimento dos antigos conceitos de isolamento e exclusão. Essas iniciativas acontecem de maneira diferenciada em cada instituição, segundo suas especificidades de demandas, estrutura física e diretrizes administrativas.

Mezzomo (2002 p. 42) diz que “qualquer empreendimento humano, para ter sucesso, deve atingir a mente, o coração e o espírito”. Sendo assim, a humanização deve trazer um conforto físico e psicológico para o usuário, através de o uso de materiais e atributos que tragam conforto e bem-estar. De acordo com Okamoto (1996), o homem é estimulado dentro do ambiente, sem que possa se dar conta disto. A mente humana é seletiva e elege as características de maior interesse pessoal e só então ocorre à percepção e a consciência, resultando no comportamento do indivíduo.

Segundo Ciaco (2010 p. 28) o que torna estes espaços humanizados é o fato de estabelecerem uma forte e significativa ligação com o seu usuário. No caso dos ambientes hospitalares, este aspecto deve ser mais forte ainda, pois, os espaços são projetados para receber pessoas geralmente em estágio de recuperação no qual o fator emocional muito influi. Sendo assim, o ambiente deve propiciar ao indivíduo sensação de bem-estar e tranquilidade, que conseqüentemente lhe darão a sensação de segurança e confiabilidade. O autor enfatiza que deve se partir da compreensão que a humanização é o conceito que dá ao ambiente a garantia de que ele influenciará no ser humano que o utilizar de maneira benéfica, acelerando, assim, suas condições de melhora.

Para Pallasmaa (2011), a arquitetura tem função atemporal. Ela reflete e tornam eternos os ideais buscados pelo mundo. As edificações e cidades permitem reconhecer e recordar a realidade de um povo, assim como ajuda na percepção das mudanças culturais e do tempo. Para o autor, todas as experiências vividas, implicam em atos de recordação. Experiências memoráveis de arquitetura penetram na consciência e quando o indivíduo se identifica com o lugar, este se torna parte de sua própria existência.

O ambiente arquitetônico pode contribuir para o aparecimento de doenças físicas e psicológicas, então também deveria agir da maneira inversa e influenciar a saúde de seus usuários (VASCONCELOS 2004). Colin (2000) em sua obra, diz que como qualquer meio de

comunicação estética, a arquitetura pode transmitir um amplo espectro de emoções que faz parte de nossa vida: a apreensão diante de mudanças estruturais, a confiança no futuro, o desejo de poder, as fantasias e fixações mais diversas. Estas emoções se constituem em um conjunto possível de mensagens a que chamamos conteúdo psicológico da arquitetura.

2.3 ARQUITETURA HOSPITALAR

O hospital é um dos programas mais complexos a ser atendido pela composição arquitetônica. É um edifício multifacetado, onde interagem relações diversas de alta tecnologia e refinados processos de atuação profissional - atendimento médico e serviços complementares - com outras de características industriais - lavanderia, serviço de nutrição, transportes, etc. (GOÉS 2006 p. 29).

Nogueira (2001) destaca que a incursão do arquiteto como profissional na área de saúde é recente e os projetos dirigidos à área hospitalar começaram a ser elaborados por este profissional na medida em que se reconheceu que não só o hospital um objeto complexo, mas, também o ser humano que nele vem habitar, tanto em caráter temporário como de forma permanente, a exemplo dos hospitais psiquiátricos. É o fundamental criar um espaço em que o paciente ou usuário se sinta bem, em que ele realmente esteja psicologicamente preparado para ser curado (BARDI 2000).

Segundo Costeira (2008 p. 57) nas últimas décadas surgiram novos conceitos para o desenho de hospitais que procuram trazer para o seus espaços os valores que os pacientes encontram em suas casas, ou seja: os projetos arquitetônicos devem incorporar ao edifício a visão do paciente e suas representações cotidianas. Esses conceitos propõem também a integração dos ambientes de saúde com o espaço exterior e incorporam nos setores de diagnóstico e tratamento uma série de premissas que são consideradas como promotoras da cura. As pesquisas atuais sobre tempo de permanência e a qualidade da atenção destinada aos clientes apontam para a ênfase da humanização destes ambientes, no sentido de amenizar o sofrimento e a angustia durante a internação, agregando práticas de convivência familiar e de personalização aos espaços, envolvendo equipes de profissionais e de familiares nas terapias desenvolvidas para atingir a desejada cura.

Toda experiência comovente com arquitetura é multissensorial; as características de espaço, matéria escala são medidas igualmente por nossos olhos, ouvidos, nariz, pele, língua, esqueleto e músculos. A arquitetura reforça a experiência existencial, Nossa sensação de pertencer ao mundo, e essa é essencialmente uma experiência de reforço da identidade pessoal. (PALLASMAA 2011 p. 39)

O principal objetivo do projeto, além de beleza, funcionalidade e competitividade para seu cliente, deve ser a promoção da cura para os pacientes (COSTI 2002). Góes (2006) diz ainda, que os hospitais, clínicas médicas e consultórios devem proporcionar bem-estar e tranquilidade aos pacientes. Os ambientes arejados, limpos, luz natural, e adequadamente iluminados, e que sejam confortáveis, agradáveis e inteligentes, são itens que permitem o bom desempenho de profissionais, funcionários e pacientes.

O uso de diferentes tipos de materiais, revestimentos e tecnologias faz parte da impressão que o usuário tem do espaço. Góes (2006) diz que os ambientes arejados, limpos, luz natural, e adequadamente iluminados, e que sejam confortáveis, agradáveis e inteligentes, são itens que permitem o bom desempenho de profissionais, funcionários e pacientes. Diante dessas premissas, a iluminação é um componente importantíssimo.

O uso de texturas e formas também é importante, como destaca Silva (2008):

O emprego de texturas pode ser potencializado proporcionando ao paciente o contato com a natureza, por meio do emprego de pátios e jardins na edificação. A natureza é rica em texturas, com folhas em recortes, formas e tamanhos diferentes que estimulam nosso corpo positivamente (SILVA 2008 p. 74).

Outra particularidade da arquitetura hospitalar são os aspectos de flexibilidade, as soluções de fachadas e de estruturas devem ser pensadas para que a edificação proposta não fique engessada. Por isso, é importante adotar soluções que permitam a alteração de layout, como divisórias internas de gesso acantonado e corredores, portas e elevadores com áreas mínimas de circulação (LEVISKY 2014).

2.3.1 Iluminação Natural

Silva (2008 p. 68-69) destaca que o emprego de pátios, janelas, claraboias e os mais variados elementos em forma de aberturas no partido arquitetônico, são capazes de promover o acesso à iluminação natural, mas é preciso cuidado na escolha do ambiente. Em Hospitais psiquiátricos, por exemplo, os elementos frequentemente utilizados, são as janelas, porém, por segurança, os ambientes são geralmente muito fechados e as janelas possuem peitoris altos, diminuindo a iluminação natural, sendo necessária a compensação por meio do emprego de iluminação artificial.

A potencialização de elementos que possibilitem a entrada da luz natural de forma estratégica, planejada e controlada nestas edificações demonstra a preocupação não somente funcional em termos visuais, mas também, quanto ao conjunto de benefícios fisiológicos e psicológicos que a luz pode trazer aos usuários. A luz direciona, atrai a atenção e pode criar sistematicamente hierarquias de percepção, utilizando-se da valorização da iluminação natural, usando estratégias como iluminação zenital, peles de vidro, grandes átrios e pátios internos (LIMA 2010, pg. 126).

Segundo Ching (1998) os padrões de luz, matrizes e sombras incidem sobre as superfícies do interior do edifício, revelando as formas dentro dele. A energia luminosa pode clarificar ou distorcer a forma do espaço, através da sua intensidade e de sua dispersão. A cor e o brilho podem criar uma atmosfera alegre no interior do cômodo, enquanto uma luz difusa pode empregar um clima sombrio.

Costi (2002) fala que desde os primeiros tempos a luz natural teve sua importância, pois proporcionava ao paciente a noção de tempo que ele necessitava para se orientar, além da sensação de que estava livre e próximo à natureza. Na medida em que o calor do sol, nem sempre desejado, adentrava nos ambientes, também diminuía a proliferação de microrganismos.

Uma boa iluminação valoriza e revela o ritmo do espaço: as sombras, formas, texturas, proporções e determinas as sensações de bem-estar, conforto e motivação. Muitas vezes o uso errado da luz natural cria áreas de luz e sombra, que através desses contrastes causam desconforto visual aos usuários (COSTI 2002).

2.3.2 Cores

Na arquitetura, além das questões relativas a estímulos e percepção, podemos ainda levantar a importância do emprego de cores com objetivos de realçar formas, destacar ou camuflar elementos e principalmente, no auxílio à legibilidade de edifícios com programas de

necessidades complexos, onde as cores podem ser designadas para marcar setores, diferenciar atividades, ou até mesmo auxiliar na orientação de seus usuários. A escolha das cores e de suas aplicações deve estar baseada no seu entendimento e significado simbólico e psicológico para o ser humano (SILVA, 2008 p. 70).

Conforme Farina (1986), desde a antiguidade o homem vem tentando reproduzir as cores da natureza, e estas são grandes influentes do caráter fisiológico e psicológico humano, podem criar sensações de alegria ou tristeza, atividade e passividade, calma ou estresse.

As cores constituem estímulos psicológicos para a sensibilidade humana, influenciando no indivíduo para gostar ou não de algo, para negar ou afirmar, para se abster ou agir. Muitas preferências sobre as cores se baseiam em associações ou experiências agradáveis tidas no passado e, portanto, torna-se difícil mudar as preferências sobre elas (FARINA, ET AL 2011, p. 96).

As cores são vivenciadas através dos olhos e da pele e têm poder de influenciar diretamente o homem em questões de ânimo, saúde e sentimento. O arquiteto deve se esforçar para evitar cores de tons quentes em ambientes que recebam pessoas nervosas ou inquietas (OKAMOTO 1996).

2.3.3 Paisagismo

A visão para jardins exteriores ou internos é uma necessidade das pessoas, evidenciada na literatura desde a década de 50 (COSTI 2002). Para Dobbert (2010), vegetação traz consigo benefícios em razão do valor estético produzido, texturas e formas, concedendo melhor harmonia ao ambiente e melhorando a qualidade do clima, tornando-se assim, uma forte ferramenta contra o estresse.

Segundo Almeida (2010) os “healing gardens” (jardins da cura) são locais que promovem recuperação da fadiga mental, são projetados observando o poder restaurador da natureza. Ao assumir o papel de jardim terapêutico, reduzindo o estresse, ajudam no tratamento e recuperação de pacientes, podendo minimizar o uso de medicamentos. Para sua eficácia antiestresse, estes espaços devem promover autonomia de uso e incentivar o contato social.

Tardin (et al, 2010 p. 181) expõe que o projeto paisagístico como objeto arquitetônico e artístico destaca a incitação de um contínuo processo de criação entre obra e frequentador, em que a paisagem, moldada pelo artista como suporte e conteúdo da obra, oferece-se a vivência humana e às suas projeções sobre essa mesma paisagem, estabelecendo uma dupla via entre projeto e percepção. Nesses casos, a obra tem um papel ativo como elemento transformador e criador de novas estruturas paisagísticas que, conseqüentemente, resultarão em novas dinâmicas entre paisagem, obra e vivência.

O emprego de plantas e jardins internos na arquitetura hospitalar, além de possibilitar odores agradáveis, traz outros benefícios em relação à purificação do ar interno, removendo alguns poluentes tóxicos, alegrando o ambiente e promovendo o tão importante contato com a natureza (OKAMOTO, 1996). Bardi (2000) ainda complementa que a criação de espaços verdes surge como complemento terapêutico e, pela própria conceituação de treinamento dos técnicos, o acesso fácil de doentes a espaços verdes adjacentes às áreas de tratamento e internação permita a administração de exercícios ao ar livre.

3 CORRELATOS E ABORDAGENS

3.1 CENTRO MAGGIE DE OLDHAM

Os “Centros Maggie” são espaços mantidos por uma instituição filantrópica no Reino Unido, desde 1996. O espaço oferece suporte físico e psicológico gratuito para pacientes em tratamento de câncer. Apesar de não entrar na área psiquiátrica, a análise desse projeto é muito interessante, as estruturas arquitetônicas são conhecidas como “a arquitetura da esperança”. Atualmente, possuem vinte grandes centros construídos junto aos principais hospitais para o tratamento de câncer. Estes centros são espaços responsáveis por acolher e promover qualidade de vida à seus pacientes. O centro Maggie de Oldham no Reino Unido foi construído no ano de 2017, por dRMM architects.

Imagem 01 – Centro Maggie de Oldham.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

O projeto para o Centro Oldham é mais focado em seu conteúdo do que nos aspectos formais. Uma caixa construída em madeira de maneira simples e sofisticada. Os pilares que conformam a sua estrutura fazem com que o edifício pareça flutuar sobre a vegetação do jardim.

A partir do centro, uma árvore atravessa o edifício, trazendo a natureza para dentro. No interior os visitantes se deparam com um espaço repleto de luz e vistas inesperadas para o jardim.

Imagem 02 – Centro Maggie de Oldham.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

A ampla utilização de madeira no projeto de Oldham faz parte de uma estratégia institucional do Maggie's que tem o objetivo de transformar o caráter asséptico da arquitetura

hospitalar, geralmente configurando ambientes desprovidos de esperança e que por consequência, acabam por desanimar os pacientes. A madeira trás de volta a esperança, a humanidade, a escala humana e o aconchego necessário.

Imagem 03 – Centro Maggie de Oldham.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

As paredes e a cobertura são visivelmente partes da estrutura do edifício, deixando ainda mais sofisticado o acabamento interior em madeira natural.

Imagem 04 – Centro Maggie de Oldham.



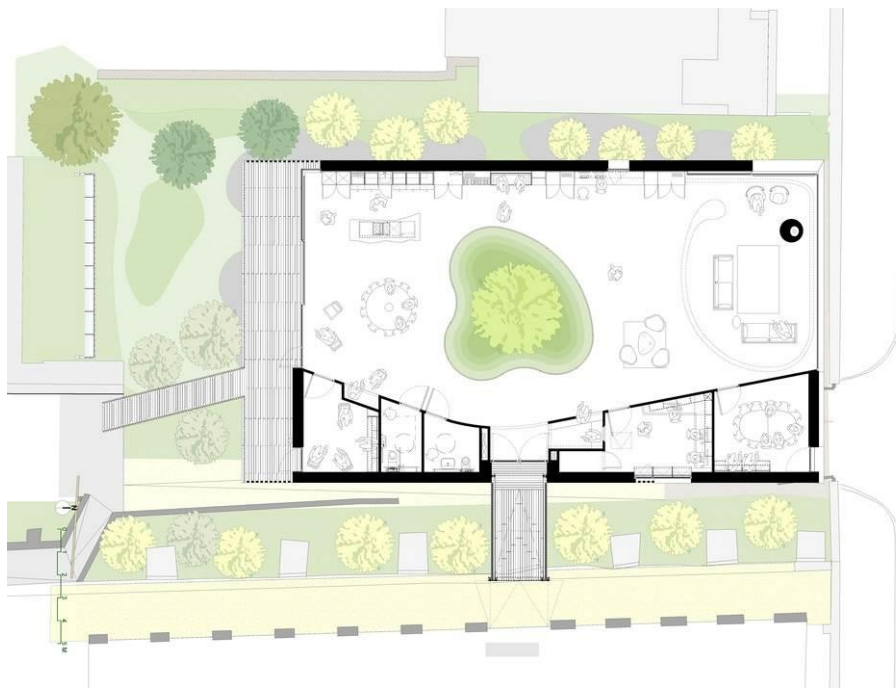
Fonte: ARCHDAILY, 2018.

Os arquitetos procuraram utilizar a madeira em todos os elementos do edifício. O isolamento térmico de fibra de madeira garante que o edifício respire gerando um ambiente

saudável, enquanto que as grandes aberturas são emolduradas por estruturas de carvalho branco americano.

Os arquitetos relatam que o Centro Maggie de Oldham é um manifesto da arquitetura para à saúde e para o bem estar, completamente construído em madeira.

Imagem 05 – Centro Maggie de Oldham/ Planta Baixa.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

Imagem 06 – Centro Maggie de Oldham/ Corte.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

3.2 CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN

Imagem 07 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

O centro Psiquiátrico Friedrichshafen foi inaugurado no ano de 2011 e tem uma área de 3.274,00m². É uma construção anexa ao Hospital de Friedrichshafen. Ele fica localizado na Alemanha na cidade de mesmo nome, e foi projetado pelo grupo Julian Arons, Magdalena Falska, António Henriques, Christian Huber, LeanderMoons, JördisPetzold, Joachim Staudt, Sofia Theodorou.

O hospital foi construído sobre um terreno com declive e isso acaba possibilitando as entradas em dois níveis diferentes.

Imagem 08 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

A construção possui um pátio interior, e as salas de terapia se relacionam com o jardim interno pelas divisórias em vidro. Trazendo uma sensação relaxante para os usuários, não se sentindo “presos” ao ambiente.

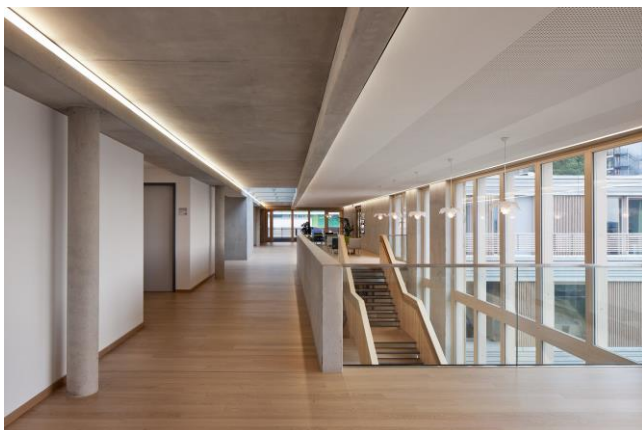
Imagem 09 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

Os dois principais materiais que foram utilizados no edifício foram o concreto e a madeira. A utilização desses materiais deu ao ambiente um aspecto agradável e confortável, os materiais foram empregados nos espaços internos e externos. A madeira, além de ser aplicada nos elementos internos, também foi usada nas aberturas da fachada, servindo como uma espécie de brise e deixando o edifício mais charmoso. A estrutura metálica foi utilizada para as aberturas verticais, que proporcionam a entrada de iluminação natural para os espaços internos.

Imagem 10 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

No refeitório foi utilizado o aço e a madeira, criando um ambiente que se assemelha a uma cozinha residencial.

Imagem 11 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

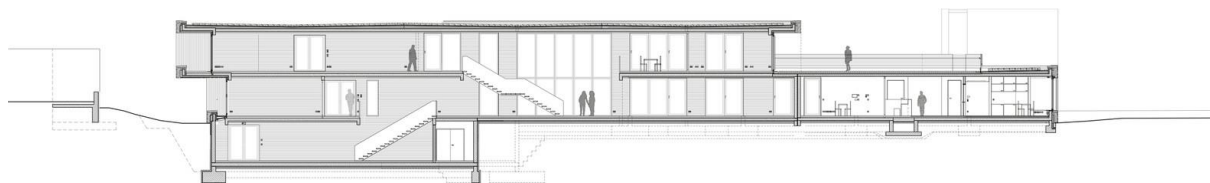
O projeto arquitetônico foi projetado em forma “U” composto de blocos retangulares em volta de um átrio. O projeto é dividido em quatro blocos que são interligados, possui dois andares. O segundo andar é o acréscimo de um bloco com um pequeno avanço em relação ao andar inferior. Os pacientes podem aproveitar a paisagem local, pois o Hospital fica localizado em uma área mais afastada da cidade, próximo a bairros residenciais e o Lago Constança.

Imagem 12 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen/ Planta Baixa



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

Imagem 13 – Centro Psiquiátrico Friedrichshafen/ Corte



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

3.3 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD

Imagem 14 – Hospital Psiquiátrico Kronstad.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

O Hospital Psiquiátrico Kronstad, projetado em 2013, pela equipe OrigoArkitektgruppe, possui 12.500m². Fica localizado em Bergen na Noruega. Segundo o Archdaily (2018) o ambiente é um exemplo de como a doença mental vem sendo tratada na atualidade em outros lugares do mundo. Cada detalhe do projeto foi pensado para que a estada dos pacientes fosse aproveitada para recuperação de sua saúde mental.

A fachada é verde e branca, o branco dá a sensação de conforto, a parte verde é feita de painéis que parecem bambu, trazendo uma sensação de integração à natureza.

O projeto possui muitas áreas verdes de convivência e os andares superiores são mais reservados e é onde fica a ala de internação. No primeiro andar há uma clínica para adultos e enfermarias para estadias curtas. Conta com uma praça pública para interação da sociedade com o hospital.

Imagem 15 – Hospital Psiquiátrico Kronstad.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

O hospital fica em uma área movimentada, com alto tráfego e próxima a uma linha de trem. Apesar disso, o espaço interno traz uma tranquilidade aos pacientes, uma espécie de refúgio, utilizando o paisagismo como fonte principal de aconchego e relaxamento.

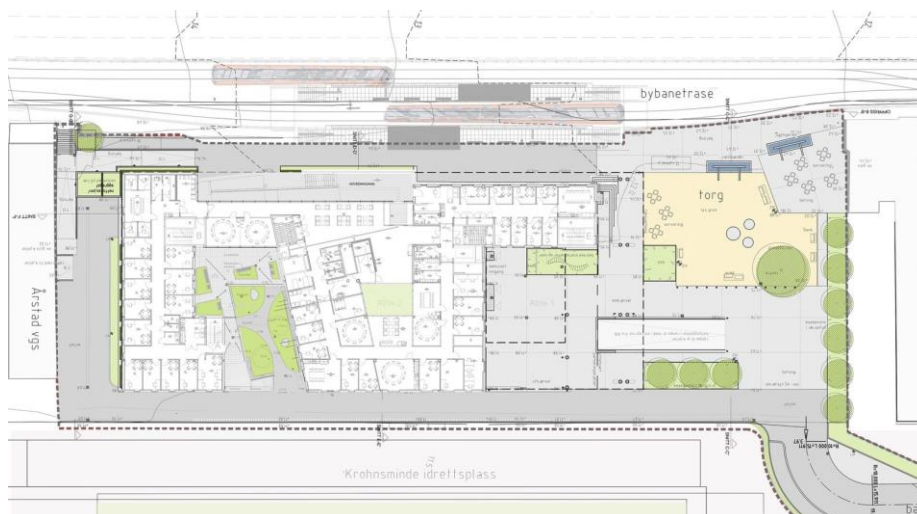
Imagem 16 – Hospital Psiquiátrico Kronstad.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

A planta baixa do hospital é retangular com três pátios para a convivência dos pacientes, também fazendo uso do aproveitamento da luz natural. O hospital é organizado em torno desses três átrios, que trazem a sensação de calma.

Imagem 17 – Hospital Psiquiátrico Kronstad/ Planta Baixa.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

Imagem 18 – Hospital Psiquiátrico Kronstad/ Corte.



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

Os cômodos ficam ao redor dos átrios e a circulação facilita a visão dos jardins. Os quartos ficam separados em pequenos grupos, facilitando o monitoramento dos pacientes e aumentando a percepção de individualidade.

Imagem 19 – Hospital Psiquiátrico Kronstad



Fonte: ARCHDAILY, 2018.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Apesar da mudança sobre a visão sobre os espaços destinados a indivíduos com transtorno mentais nas últimas décadas, as práticas clínicas não conseguiram total mudança na sociedade contemporânea. Com limites de investimento financeiro, dificultando assim, as transformações ou concepções desses ambientes que devem ser mais humanizados.

Nas primeiras etapas, relatamos a importância desses ambientes serem bem localizados, trazerem conforto e sensação de bem-estar aos usuários. E também como podem influenciar de forma positiva no tratamento dos pacientes, sendo fundamental que o espaço além de belo e confortável seja funcional. Baseando-se na ideia de Pallasmaa, descrevendo sobre os sentidos humanos e sobre os atributos e elementos arquitetônicos que podem vir a contribuir para estimular o bem-estar de pessoas portadoras de distúrbios mentais.

O estudo também expõe os projetos de espaços terapêuticos com o intuito de responder ao problema da pesquisa, e comprovar a hipótese inicial.

A análise da aplicação irá sintetizar todas as informações obtidas através do levantamento bibliográfico e das abordagens, buscando analisar as principais influências no tratamento dos indivíduos portadores de distúrbios mentais nos ambientes expostos nesse primeiro estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. **Jardim é terapia**. In: Revista Viva Saúde.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Por uma geografia hospitalar**. Tempo social; Ver. Sociol. USP, São Paulo, 1989.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- BARDI, Instituto Lina Bo e P.M. **João Filgueiras Lima – Lelé**. Lisboa: Blau, 2000.
- Baron-Cohen, S. (1996). **Is There a Normal Phase of Synaesthesia in Development?** Disponível em: <www.psyches.cs.monash.edu.au/v2/psyches-2-27-baron_cohen.html> Acesso em: 16 set. de 2018.
- BAROTTO, Romulo. **Hospital Psiquiátrico Kronstad**. ArchDaily Brasil. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/173463/hospital-psiquiatrico-kronstad-slash-origo-arkitektgruppe>> ISSN 0719-8906> Acesso em: 15 out. 2018.
- BOING, Cristine V. A. **Influência da configuração dos sistemas de circulação vertical e horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares**. Florianópolis, 2003, 193 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.
- BUENO, Silveira. **Dicionário da língua portuguesa**. 4. ed. São Paulo, 2007.
- CIACO; Ricardo J. A. S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. Dissertação de pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da EESC/USP. São Carlos, 2010.
- CORBUSIER, Le. **Precisões sobre um estado presente da arquitetura e do urbanismo**, São Paulo: Cosac Naify, 1930.
- COSTEIRA, Elza Maria Alves. O Hospital do Futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (org.). **Saúde e Arquitetura – caminhos para a humanização dos ambientes**. Rio de Janeiro, Editora SENAC Rio, 2004.
- DELAQUA, Victor. **Centro Psiquiátrico Friedrichshafen**. ArchDaily Brasil. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>> ISSN 0719-8906> Acesso em: 15 out. de 2018.

- DOBBERT, L. Y. **Áreas verdes hospitalares: percepção e conforto**. São Paulo: USP, 2010.
- DOURADO, Guilherme Mazza. **Modernidade Verde: jardim de Burle Marx**. São Paulo: SENAC, 2009.
- FAG, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. **Manual para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos**. Cascavel: FAG, 2016.
- FARINA, M. **Psicodinâmica das cores em comunicação**. São Paulo: Nova Alexandria, 1986.
- FONTES, M. **Saúde e arquitetura: caminhos para humanização dos ambientes hospitalares**. 1 ed. Rio de Janeiro: Senac, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA, 1979.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HALL, Eduard. **A dimensão oculta**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- LEVISKY, Adriana. **Arquitetura hospitalar: projetos e detalhes**. Revista aU. 2014.
- LIBARDONI, Vinicius. **Centro Maggie de Oldham**. ArchDaily Brasil. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/888425/centro-maggie-de-oldham-drmm>> ISSN 0719-8906> Acesso em: 15 out. 2018.
- LIMA, Mariana R. C. **Percepção Visual Aplicada à Arquitetura e à iluminação**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda. 2010.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- MEZZOMO, Augusto A. **Humanização Hospitalar**. Fortaleza: Realce Editora, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **História e Evolução dos Hospitais**, Rio de Janeiro, 1944.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Cartilha Direito À Saúde Mental**. 2012. Disponível em:<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/cartilha_direito_saude_mental_final.pdf> Acesso em 22 ago. 2018.
- MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS 1992.
- MOTA Andre; MARINHO S.M.C.G. Maria. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC. CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012.
- NOGUEIRA, Maribel Azevedo Mendes. **Saúde mental e arquitetura: um estudo sobre o espaço e o ambiente e sua inserção no processo terapêutico**. Campinas: UNICAMP, 2001.

O'DOHERTY, Brian - **Inside The White Cube**. California: University of California Press, Ltd., 1999.

OKAMOTO, J. **Percepção ambiental e comportamento**. São Paulo: Plêiade, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

_____. **Conceito de saúde**. Disponível em: <<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who>> Acesso em: 08 de Setembro de 2018.

PALLASMAA, J. **Os olhos da pele: A arquitetura e os sentidos**. Porto Alegre, Bookma, 2011.

RAPOPORT, A. **Aspectos humanos de la forma urbana: hacia una confrontación de las ciencias sociales con el diseño de la forma urbana**. Barcelona: Gustavo Gilli, 1978.

RASMUSSEN, Steen Eiler. **Viver a arquitetura**, Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2007

RHEINGANTZ, Paulo Afonso; ARAÚJO, Mônica Queiroz; ALCANTARA, Denise de. Os sentidos humanos e a construção do lugar: em busca do caminho do meio para o desenho universal. In: **Anais do I Seminário Acessibilidade no Cotidiano**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.fau.ufrj.br/prolugar/assets/os_sentidos_humanos_safe.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão**. São Paulo : Áurea Editora, 2009.

SCHMID, Aloísio Leoni. **A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Pacto Ambiental: Curitiba, 2005.

SILVA, Leonora Cristina Da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da Psicologia ambiental**. Florianópolis. 2008.

SILVA, P. K. **A ideia da função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII** (parte 1/6), 2001. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/01.009/919/pt>> Acesso em: 29 ago. 2018.

TARDIN, Raquel; SCHLEE, Mônica B.; FARAH, Ivete. **Arquitetura paisagística contemporânea no Brasil**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar, A arquitetura hospitalar e o processo projetual no Brasil**. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

TUAN, Y. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. São Paulo: Difel, 1974.

_____. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência.** São Paulo: Difel, 1983.

VASCONCELOS, R. T. B. **Humanização de ambientes hospitalares:** características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Santa Catarina: UFSC, 2004.