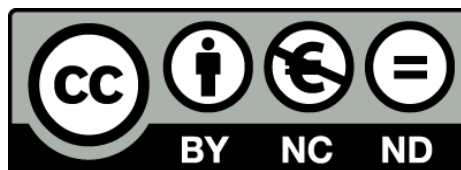


Estar no hospital

Projectos, ideias, considerações e práticas para um bom acolhimento

Sofia Teresa Cortez Gonçalves Rato



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**

ESTAR NO HOSPITAL

Projectos, ideias, considerações e práticas para um bom acolhimento

Programa de Doctorado Espacio Público y Regeneración Urbana:
Arte, Teoría y Conservación del Patrimonio

Sofia Teresa Cortez Gonçalves Rato

Director/Tutor: Professor Doutor Antoni Remesar

Índice

Resumo	005
Abstract	007
Resumen	009
Agradecimentos	011
Introdução	017
I. Espaço hospitalar	
Introdução	027
Enquadramento do tema	030
Caracterização dos elementos que constituem o espaço hospitalar	053
Interacção pessoa/meio	097
Conclusão	105
II. Projectos	
Introdução	111
Projecto Instituto Português de Oncologia do Porto	116
Projecto Hospital de Joaquim Urbano	172
Projecto Hospital de Santa Maria - Porto	204
Hospital Intermediário sistema de sinalética	208
Novo Hospital sistema de sinalética	232
Novo Hospital intervenção artística	253
Novo Hospital materiais de comunicação visual	272
Grupo Trofa Saúde	275
Concurso	275
A implementação:	
Hospital Privado da Boa Nova - O hospital modelo	280
Hospital de Dia de Vila Nova de Famalicão	301
Planicare	306
Hospital Internacional do Algarve	306
Hospital Privado de Braga	314
Hospital Privado de Alfena	322
O Projecto Grupo Trofa Saúde - Considerações finais	328
Conclusão	330
III. Ideias, considerações e práticas para um projecto hospitalar	
Introdução	337
A imagem do hospital do século XXI	340
A (in)visibilidade de um sistema de orientação num espaço que fala	352
Conhecer, projectar, implementar para um bom acolhimento	371
Conclusão	385
Conclusão	391
Bibliografia	399
Identificação e fontes das imagens	413
Índice de palavras e conceitos	425
Anexos	431

Resumo

No interior de uma instituição hospitalar com uma estrutura determinada e diversos intervenientes, encontramos uma sucessão de utilizadores em que o Doente é o ponto de convergência de um conjunto de relações. A urgência de tratamento transforma o doente num utente assíduo do que chamamos “espaço público/espaço colectivo” hospitalar, onde vai cumprir uma série de acções que necessitam ser realizadas com facilidade e a funcionalidade espacial não pode constituir um obstáculo, mas antes acolhê-lo e prepará-lo para o tratamento. Em simultâneo o hospital tem vários tipos de utilizadores que necessitam de uma constituição específica do espaço, para consumir as suas actividades, que naturalmente não tem as mesmas particularidades do espaço ocupado ou utilizado pelo doente.

Tal como acontece em outros espaços públicos, uma boa correspondência entre a forma e a função é o elemento base para o bom exercício da relação entre o utente e a instituição.

O presente trabalho centra-se no espaço hospitalar, especificamente nas zonas de circulação e áreas de espera e tem como objectivos interiorizar, reflectir e apreender a relação existente entre o espaço, o seu funcionamento, os seus utilizadores e os referentes comunicacionais, procurando melhorar a habitabilidade destes lugares, através de intervenções de design e arte pública.

Fundamenta-se em quatro projectos – Instituto Português de Oncologia do Porto, Hospital Joaquim Urbano, Hospital Santa Maria - Porto e Grupo Trofa Saúde - que surgiram no desenvolvimento da investigação, a teoria e a prática acompanharam todo o processo de trabalho. O desenvolvimento dos quatro projectos consistiu no estudo de cada espaço hospitalar de modo a definir os problemas de comunicação do espaço e, para isso, foi realizado um diagnóstico, construído e implementado um projecto, em conjunto com os profissionais, possibilitando uma análise dos resultados. Cada projecto seguiu uma metodologia própria e teve um percurso particular fruto das diferentes necessidades, interlocutores e instituições.

A tese é composta por três capítulos. O primeiro capítulo apresenta diversas formas de olhar e pensar o espaço hospitalar, assim como aprofunda o conhecimento de alguns conceitos, que surgiram durante a nossa prática, considerados importantes para o progresso dos projectos e que permitiram um pensamento do espaço hospitalar direc-

cionado para a procura de soluções. O segundo capítulo apresenta os projectos que realizamos em quatro instituições. O terceiro capítulo apresenta uma reflexão baseada na experiência pessoal que permitiu desenvolver conceitos e ideias que estruturam o pensamento sobre o espaço hospitalar, impulsionando mudanças que contrariem a desvalorização, a despreocupação e os comportamentos estereotipados que descobrimos nos espaços de circulação e espera.

A investigação permitiu dimensionar as potencialidades dos projectos de design de comunicação e arte pública no espaço hospitalar, apreender a origem deste tema, a necessidade presente de actuações preocupadas com os espaços comuns do hospital e, consequentemente com o bem-estar dos utentes, proporcionando uma reflexão que contribuiu para os raciocínios, ideias, considerações e práticas que necessitavam de ser estruturadas e registadas para concluir o processo de trabalho. Consideramos que ficou definida uma rede que pode ser o ponto de partida de muitos projectos, a certeza de que se trata de uma área emergente motiva-nos para continuar a investigar e procurar soluções para os problemas do espaço hospitalar.

palavras chave: espaço hospitalar, utente, zonas de circulação e espera, intervenções de design e arte pública

Abstract

Inside a hospital institution with a specific structure and several actors, we find a succession of users in which the Patient is the convergence point of a set of relationships. The urgency of treatment transforms the patient into a frequent user of what we call the hospital's "public space/collective space", where he goes to fulfill a series of actions that need to be completed easily and space functionality can't become an obstacle, but welcome and prepare the patient for treatment. Simultaneously, the hospital has several types of users that need a specific space structure, to complete their activities, and that naturally doesn't have the same particularities of the space occupied or used by the patient.

As happens in other public spaces, a good correspondence between form and function is the fundamental element for a good use of the relationship between user and institution.

This thesis is focused on the hospital space, specifically the circulation and waiting areas and its goal is to internalize, reflect and apprehend the relationship that exists between space, how it works, its users and communication references, trying to improve these spaces' habitability through design and public art.

It is based on four projects – Instituto Português de Oncologia do Porto, Hospital Joaquim Urbano, Hospital Santa Maria - Porto e Grupo Trofa Saúde – that emerged with the research's development, theory and practice that followed the entire work process.

The development of the four projects consisted on studying each hospital environment in order to define the space's communication problems and for that, a diagnosis was made, a project was built and implemented alongside the professionals, making an analysis of the results possible.

Each project followed its own methodology and had a unique path due to the different needs, interlocutors and institutions.

This thesis has three chapters. The first chapter presents the different ways of looking and thinking about the hospital environment. It also deepens the knowledge of some concepts that came up during our practice and that we consider important for the projects' progress and that allowed for a reflection of the hospital space directed towards finding solutions. The second chapter presents the projects we executed in four institutions. The third chapter presents a reflection based on

personal experience that allowed us to develop concepts and ideas that can structure the thinking on hospital environment, driving changes that contradict the depreciation, the abandonment and the stereotypical behaviors that we can find in circulation and waiting areas.

Our research allowed us to size the potential of communication design and public art projects in the hospital environment, to learn the origin of this subject, the present need for actions concerned with the hospital's common spaces and, consequently the users' well-being, providing a reflection that contributed to thoughts, ideas, considerations and practices that needed to be structured and registered to conclude the work process.

We consider that a web has been defined, that can be the starting point for many projects. The certainty that this is an emergent area motivates us to continue our research and to look for solutions for the problems of hospital environment.

Key words: hospital environment, user, circulation and waiting areas, design interventions and public art

Resumen

Dentro de un hospital con una estructura determinada y distintos actores, nos encontramos con una sucesión de usuarios en que el paciente es el punto de convergencia de un conjunto de relaciones. La urgencia del tratamiento, convierte al paciente en un usuario frecuente de lo que llamamos el “espacio público/espacio colectivo” del hospital, donde va a cumplir una serie de acciones que deben llevarse a cabo con facilidad y la funcionalidad espacial no puede ser un obstáculo, sino darle la bienvenida al paciente y prepararlo para el tratamiento. Al mismo tiempo, el hospital cuenta con diferentes tipos de usuarios que necesitan una constitución específica del espacio, para consumir sus actividades, que, naturalmente, no tiene las mismas particularidades del espacio ocupado o utilizado por el paciente.

Al igual que en otras zonas públicas, una buena correspondencia entre forma y función es el elemento básico para el adecuado ejercicio de la relación entre el usuario y la institución.

Esta investigación se centra en el espacio hospitalario, específicamente en las zonas de circulación y áreas de espera y tiene como objetivo interiorizar, reflexionar y comprender la relación entre el espacio, su funcionamiento, sus usuarios y los referentes de comunicación, buscando mejorar la habitabilidad de estos lugares a través de intervenciones del diseño y del arte público.

Se fundamenta en cuatro proyectos - Instituto Portugués de Oncología de Oporto, Hospital Joaquim Urbano, Hospital Santa María - Oporto y Grupo Trofa Salud - que han surgido en el desarrollo de la investigación, la teoría y la práctica han seguido todo el proceso de trabajo.

El desarrollo de los cuatro proyectos consistió en el estudio de cada espacio hospitalario de forma a definir los problemas de comunicación del espacio y, para eso, fue realizado un diagnóstico, construido e implementado un proyecto, junto con los profesionales, permitiendo un análisis de los resultados. Cada proyecto siguió una metodología propia y tuvo un recorrido particular resultado de las diferentes necesidades, los interlocutores y las instituciones.

La tesis se divide en tres capítulos. El primer capítulo presenta diferentes formas de ver y de pensar en el espacio hospitalario, así como se profundiza el conocimiento de algunos conceptos que surgieron durante nuestra práctica, considerados importantes para el avance de los proyectos y que permitieron un pensamiento de la zona hospitalaria

direccionada a la búsqueda de soluciones. El segundo capítulo presenta los proyectos llevados a cabo en cuatro instituciones. El tercer capítulo presenta una reflexión basada en la experiencia personal que permitió el desarrollo de conceptos e ideas que estructuran el pensamiento sobre el espacio hospitalario, impulsando un cambio que va a contrariar la devaluación, la indiferencia y los comportamientos estereotipados que se encuentran en los espacios de circulación y de espera.

La investigación permitió dimensionar el potencial de los proyectos de diseño de comunicación y arte público en el espacio hospitalario, percibir el origen de este tema, la presente necesidad de actuaciones preocupadas con las áreas comunes del hospital y en consecuencia, con el bienestar de los usuarios, proporcionando una reflexión que contribuyó a los raciocinios, ideas, consideraciones y prácticas que precisaban ser estructuradas y registradas para completar el proceso de trabajo.

Consideramos que se ha definido una red que puede ser el punto de partida para muchos proyectos, la certitud de que esta es una área emergente nos motiva a investigar más a fondo y a buscar soluciones a los problemas del espacio hospitalario.

Palabras clave: espacio hospitalario, usuarios, zonas de circulación y de espera, intervenciones de diseño y arte público

Agradecimentos

Uma tese de doutoramento precisa de tempo, envolvimento e muita dedicação. Esta tese foi possível de realizar porque existiu uma rede que acompanhou esse relacionamento intenso, cheio de altos e baixos, uma partilha com as devidas doses de pragmatismo, afecto, frieza, segurança, entusiasmo, espírito crítico, expectativa... de que tive a sorte de dispor.

Deste modo os meus sinceros AGRADECIMENTOS:

Ao meu orientador Professor Doutor Antoni Remesar, que numa visita ao Instituto Português de Oncologia do Porto, durante o mestrado, deu origem a esta tese. Surgiu aí o entusiasmo de continuar a investigação, e partir para um doutoramento. Sem a orientação científica e a experiência do Professor Doutor Antoni Remesar, isto nunca teria acontecido.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia, que com a bolsa de doutoramento concedida possibilitou esta investigação.

Ao Professor Vítor Martins, que acompanha de perto e desde o início o meu percurso nos hospitais, com a amizade, a paciência e a assertividade que o caracterizam. Sem o seu suporte, esta tese nunca teria chegado ao fim. Conversas partilhadas que possibilitaram o desenvolvimento deste projecto, ajudando-me sempre a encontrar o caminho e o lugar onde era importante estar, incentivando-me na procura de um pensamento autêntico e estruturado, que contribuiu e sempre contribuirá para o meu crescimento.

Ao Professor António Modesto, com quem iniciei o entendimento do design de comunicação que ajudou no esclarecimento de dúvidas e inquietações durante o meu projecto de final de licenciatura. Ensinaamentos, que ainda hoje se reflectem no modo como tento resolver os problemas.

Aos Professores, que integrados nas Comissões de Seguimento na Universidade de Barcelona, contribuíram com os seus importantes pontos de vista para o desenvolvimento deste trabalho, nomeadamente

ao Professor Doutor Pedro Brandão, ao Professor Doutor Fernando Nunes da Silva e à Professora Doutora Sofia Águas.

Ao Dr. Pedro Teixeira, que em 2002 me apresentou o Instituto Português de Oncologia do Porto e os seus problemas de comunicação no espaço, proporcionando o nascimento do meu interesse por esta área.

Ao Daniel Mateus, pela grande amizade e com quem apreendi muito em todos os trabalhos que realizamos no doutoramento, transformando a minha escala de ver e compreender a cidade.

Ao Instituto Português de Oncologia do Porto, ao Hospital Joaquim Urbano, ao Hospital Santa Maria – Porto e ao Grupo Trofa Saúde, que participaram nesta tese. Um trabalho teórico/prático que só foi possível com a ajuda das equipas de profissionais das instituições. Partilharam conhecimentos, auxiliaram no esclarecimento de dúvidas, questionaram soluções permitindo a construção dos projectos.

À inspiradora Dra. Marta Araújo, que sem me conhecer confiou e apoiou o meu trabalho permitindo a concepção do meu primeiro projecto, no Instituto Português de Oncologia, abrindo a possibilidade de realizar projectos no espaço hospitalar.

À motivadora Dra. Lurdes Campos, que com a sua amizade e extraordinária energia me apoia, me questiona construtivamente, permitindo sempre a autonomia necessária na procura de soluções, e com quem aprendo sempre que realizamos um projecto.

À sempre disponível Rosa Clara, pela amizade, pelas opiniões assertivas, pela receptividade constante, proporcionando em todas as idas ao Hospital Santa Maria – Porto, apreciáveis momentos e exemplos de um Bom Acolhimento.

Ao Dr. Mesquita Montes, que sempre me esclareceu e motivou, contribuindo para o entendimento da evolução e desenvolvimento de uma instituição hospitalar, na importância de conhecer e respeitar o passado, entender o presente e ter consciência do futuro.

Ao Dr. Osório, pelo apoio nos projectos que realizamos, pelas conversas que tanto ajudaram no meu entendimento do hospital contemporâneo.

À Enfermeira Meireles, com quem dei os primeiros passos no espaço hospitalar, no Instituto Português de Oncologia do Porto, com quem entendi a importância de estar no terreno, compreender o espaço, falar com os profissionais, marcando o modo como construo projectos.

Ao Dr. João Semedo, pela oportunidade de realizar um projecto para o

Hospital Joaquim Urbano, um dos espaços hospitalares mais interessantes e acolhedores que conheci; pela aprendizagem, pela motivação, pela sensibilidade e pela valorização.

À Enfermeira Sónia Veloso Trevisan, do Hospital Joaquim Urbano, com quem aprendi muito e sempre bem me acolheu, fazendo-me sentir parte da instituição; a sua capacidade extraordinária de trabalho e sensibilidade proporcionaram um projecto fluído, estruturado e preocupado com os utentes.

À Teresa Calisto, pela dedicação especial na concretização da intervenção artística no Instituto Português de Oncologia, que sem ela nunca teria acontecido, pela partilha de experiências, pela aprendizagem, pela firmeza nas opiniões, pela persistência, pela ajuda nas traduções utilizadas para o resumo da tese, e pela amizade.

À Marta Lima, ao Rui Ferro, à Susete Rebelo, à Márcia Barbosa, à Joana Fernandes, à Mariana Aires Pereira, à Inês Laranjeira, à Vanda Aires, à Filipa R. S., à Sofia Rodrigues, à Catarina Claro, à Inês Caldeira, à Joana Morgado, à Sandra Luzes, à Lara Jacinto, ao Afonso Borges, à Patrícia Miranda, à Teresa Calisto, pela intervenção artística exemplar, que realizaram com dedicação e entrega no Instituto Português de Oncologia do Porto, e que tanto contribuiu para esta tese.

Ao Afonso Borges, que acompanha e participa no meu crescimento como designer, pela amizade e pelo pragmatismo.

À Rita Ochoa e à Sara Velez, pela troca de experiências, conselhos e constantes incentivos.

À Anabela Trindade, pelas fotografias do Hospital Santa Maria – Porto que amavelmente me cedeu.

Aos meus amigos, que pacientemente me ouviram, aconselharam e animaram durante este percurso.

Ao Nuno, que nos últimos cinco anos me acompanhou, apoiou, respeitando as minhas opções e compreendendo sempre as minhas ausências e os meus humores.

Aos meus Pais, que incondicionalmente me apoiaram acreditando sempre em mim, dedico esta tese.

Introdução

Introdução

“Que é um lugar? É algo que rompe o tecido do espaço, que irrompe e apela, que nos interpela. Nesse aspecto, é algo que banaliza o real que o suporta e se define por uma emergência do ser. Essa concentração da realidade é normalmente interpretada como um processo de acumulação histórica, feito de palavras que se sobrepõem sobre um determinado recorte no espaço. Mas não pode ser apenas isso. É algo em que de certo modo nos sentimos implicados: este lugar começa por ser um lugar nosso, um espaço de acolhimento e de cumplicidade” (Coelho, 2006, p. 6).

Lugares tranquilos, agitados, luminosos, cinzentos, cheios, vazios, dinâmicos, serenos, barulhentos, silenciosos... lugares com que estabelecemos uma relação assim que chegamos, provocam acções, constatações mais ou menos conscientes.

O interesse por lugares é comum, agrada ou não estar aqui, ali ou acolá, mas o que representa para cada um de nós é possivelmente diferente.

O espaço interessa-me, especialmente o que ele comunica e como comunica, foi este fascínio que iniciou em 2001, o último ano da licenciatura, o percurso no estudo do espaço público num momento em que me foram dadas condições e tempo para pensar no que realmente me importava. A comunicação no espaço público levou-me a vários lugares e “prende-me” no espaço hospitalar, possivelmente pela complexidade espacial e pela carga emotiva associada. O interesse estava ligado essencialmente ao desafio de estudar sistemas de comunicação legíveis, que contribuíssem para desbloquear essa complexidade espacial, e de procurar também uma comunicação ligada às pessoas, um apaziguador emotivo que minimizasse o tempo passado no hospital. Existia uma vontade simples de encontrar soluções. Catorze anos depois ainda existe essa vontade de encontrar soluções, e o percurso passou por uma licenciatura, uma pós-graduação, um mestrado, e a experiência profissional que permitiu definir vários caminhos sempre ligados ao espaço hospitalar. Esta tese de doutoramento foi inevitável, como concretização pessoal é a possibilidade de investigar e concretizar projectos mantendo um equilíbrio entre a teoria e a prática o modo que me parece ser mais adequado para trabalhar o espaço hospitalar.

**interesse
pessoal
pelo tema**

“ A informação visual para uso social nos espaços públicos é uma das práticas mais significativas, se não a primeira, daquilo que chamámos “design de utilidade pública””(Costa, 2011, p. 101).

Quando iniciei esta tese estava no início da minha actividade como designer de comunicação no espaço hospitalar, existia uma grande vontade de saber mais sobre a comunicação neste lugar, concentrar-me no sentido que mais me agradava do design – o *“design de utilidade pública”*. Interessava-me uma proposta de invisibilidade de autoria e melhorar realmente a habitabilidade do espaço hospitalar, onde se ambiciona uma comunicação fluída, e acima de tudo, uma verdadeira actuação na qualidade do acolhimento, preocupada com a vivência das pessoas, onde se misturam questões funcionais, sociais, estéticas, culturais.

Entusiasmava-me todo um trabalho que sabia que iria reverter a favor da minha actividade enquanto designer e pessoa, *“ uma espécie de especialização em “hospitalidade dos hospitais””(Martins, 2009, p. 29).* Foi também importante a ambição de sensibilizar as instituições hospitalares para este tema e contribuir para o trabalho de outros projectistas e investigadores.

hospital

No interior de uma instituição hospitalar, com uma estrutura determinada e diversos intervenientes, encontramos uma sucessão de utilizadores em que o Doente é o ponto de convergência de um conjunto de relações. A urgência de tratamento, transforma-o num utente assíduo do que podemos chamar “espaço público/espaço colectivo” hospitalar. Aqui, irá cumprir uma série de acções que devem ser realizadas com facilidade e onde a funcionalidade espacial não pode constituir um obstáculo, antes acolhê-lo e prepará-lo para o tratamento. Em simultâneo o hospital tem vários tipos de utilizadores que necessitam de uma constituição específica do espaço para consumir as suas actividades, que naturalmente não tem as mesmas particularidades do espaço ocupado e utilizado pelo doente.

Tal como acontece em outros espaços públicos, uma boa correspondência entre forma e função é o elemento base para um bom exercício da relação entre paciente e sistema hospitalar. No entanto, também como acontece, nem sempre é possível a total optimização do desenho espacial, quer no que diz respeito à funcionalidade do espaço como aos diferentes usos a que se destina. Não é possível construir hospitais a cada momento devendo-se sim, sistematicamente, renovar as infraestruturas existentes adequando-as às novas necessidades, tendo em atenção que o espaço hospitalar está sempre em constante mutação.

O incómodo que é a espera por uma consulta, o sofrimento das terapias, a atitude distante da postura técnica, acrescentando ainda a desorientação num espaço que em geral se apresenta labiríntico e sombrio, são algumas das imagens que se prendem a muitas das instituições hospitalares portuguesas e que se transformaram em lugares comuns quando delas se fala. Imagens que todos reconhecemos, sendo o hos-

pital uma infraestrutura essencial na nossa sociedade e acessível a todos, consideramos que esta investigação pode dar um bom contributo para estes lugares. Centramo-nos nas zonas de circulação e espera, espaços comuns a todos e geralmente esquecidos, numa perspectiva de construir ambientes adequados aos utilizadores e onde pensamos que o design de comunicação e a arte pública podem construir projectos abrangentes, participando numa organização do espaço, atenta ao bom acolhimento do utente, transformando e melhorando a vivência nestes lugares.

Esta tese pretende contribuir para a integração do design de comunicação e da arte pública no espaço hospitalar, com o propósito de melhorar a orientação e estadia dos utentes nas zonas de circulação e espera, ajudando na qualidade do acolhimento. Tem como objectivos gerais interiorizar, reflectir e apreender a relação existente entre o espaço, os seus utilizadores, os referentes comunicacionais, procurando encontrar soluções que construam um conhecimento estruturado e experienciado. Para isso estabelecemos como necessário:

- Caracterizar, através do trabalho de diferentes autores, o modo de abordar o espaço hospitalar para situar as nossas preocupações delimitando o que nos interessa reflectir;
- Definir sinergias para projectos integrados no espaço hospitalar;
- Realizar projectos reais no espaço hospitalar que sirvam a tese e que funcionem como matéria para um pensamento experienciado e estruturado;
- Traçar o contributo dos projectos de design de comunicação e arte pública no espaço hospitalar;
- Delinear projectos, raciocínio, ideias, considerações e práticas para um bom acolhimento no espaço hospitalar.

O ponto de partida desta tese são quatro projectos caracterizados por intervenções de design de comunicação realizados pela autora e intervenções de arte pública que coordenou e participou em conjunto com vários artistas plásticos e gráficos. Quatro projectos em quatro instituições diferentes: Instituto Português de Oncologia do Porto, Hospital Joaquim Urbano, Hospital Santa Maria Porto e Grupo Trofa Saúde. Dos quatro projectos o Instituto Português de Oncologia do Porto foi escolhido pela autora para o trabalho de fim de licenciatura e deu origem ao projecto profissional tratado na tese, os outros três projectos também realizados pela autora, surgiram no desenvolvimento desta investigação. A possibilidade de trabalhar nesta investigação com quatro instituições foi motivada pelo projecto do Instituto Português de Oncologia do Porto e a sua concretização permitiu conhecer muitas pessoas preocupadas com o bom acolhimento dos utentes, determinou muitas conversas, encontros, e curiosidade pelo manifesto interesse deste trabalho em pesquisar e realizar projectos no espaço hospitalar. Deste modo aceitamos o desafio de propor e realizar projectos para se-

finalidades

métodos e modos

quatro projectos

rem aplicados no Hospital Joaquim Urbano e no Hospital Santa Maria Porto. O projecto do Grupo Trofa Saúde foi diferente, surgiu através do convite para participar num concurso para um sistema de sinalética corporativo e, a aprovação da proposta apresentada possibilitou a sua materialização. A opção de tratar os quatro projectos nesta investigação, acontece da observação de espaços com histórias e presentes invulgares e de identificar situações que ao serem comparadas se tornaram mais claras. Ao comprovar as diferenças existentes de hospital para hospital, a sua vocação, identidade, confrontos e problemas, fica mais interessante realizar-se uma investigação com base nos quatro projectos, em que as características de um hospital ajudam a melhor conhecer e compreender o outro.

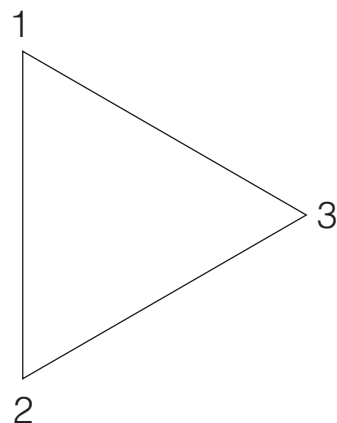
soluções integradas

Os projectos caracterizam-se por intervenções de design de comunicação e arte pública, com a intenção única de encontrar soluções integradas que possam melhorar a habitabilidade, a qualidade de acolhimento e a comunicação. Por soluções integradas entendemos que o que advém do design, da arte, ou de outros modos de tratar os espaços hospitalares, deverá ser integrado numa visão de conjunto do problema a tratar, evitando-se assim que diferentes “disciplinas” operem separadamente, tornando-as no processo de integração mais capazes de contribuir para a solução em vez de resolver apenas a parte do problema correspondente à sua estrita competência. Existiu em todos os projectos uma vertente operativa, associada aos sistemas de orientação, que foi comum aos quatro espaços hospitalares.

três capítulos

Esta tese está dividida em três capítulos, uma estrutura que reflecte o percurso que realizámos. O primeiro e segundo capítulos desenvolveram-se paralelamente e foi a procura de respostas nos projectos, apresentados no segundo capítulo, que nos levou aos olhares e reflexões que foram desenvolvidos no primeiro capítulo. O terceiro capítulo foi o último a ser concretizado motivado pela necessidade de desenvolver, ideias, considerações e práticas que estruturassem um pensamento sobre o espaço hospitalar.

1.1 Diagrama



O primeiro capítulo apresenta a teoria e prática de vários autores que acompanham cada um dos projectos realizados pela autora. Através de análise bibliográfica procurámos sempre modos de actuar que de algum modo se cruzem com as nossas preocupações, visitámos outros espaços hospitalares¹ pela necessidade de conhecer e observar zonas de circulação e espera, tentando entender como outros projectistas resolveram os problemas destes lugares, o que possibilitou confrontos fundamentais para a abordagem reflexiva que desenvolvemos. Apresentámos diversas formas de olhar e pensar o espaço hospitalar, assim como aprofundámos o conhecimento de conceitos, que surgiram durante a prática, considerados importantes para o progresso dos projectos e que permitiram um pensamento sobre o espaço hospitalar. As referências cronológicas mencionadas são apenas modos de caracterizar os projectos estudados, que foram escolhidos independentemente da época histórica em que surgiram, ou de uma qualquer importância relativa ao processo histórico específico dos espaços hospitalares. Apresentamos projectos e reflexões que consideramos ter participado no entendimento desse lugar.

primeiro capítulo

O segundo capítulo apresenta os projectos realizados pela autora, sendo explicitado em cada um, o seu percurso, as preocupações, o processo de trabalho e o resultado final.

segundo capítulo

A construção dos projectos apoia-se em três acções: (re)conhecer, (re) pensar e (re)fazer, que se cruzam em muitas situações e apoiam o crescimento dos projectos. O prefixo (re) relaciona-se com a constante necessidade de transformação do espaço hospitalar, quer pela diversidade de intervenientes, quer pelas variações funcionais do espaço que exige acções em projecto dinâmicas, e projectistas flexíveis. Identificámos na apresentação dos projectos estas acções por considerarmos importante entender o momento do processo de trabalho em que nos encontramos. Iniciámos o estudo de cada instituição através do contacto com a direcção de cada hospital e com a observação directa do espaço.

Realizámos registos fotográficos e gráficos em todas os espaços comuns do hospital, revisitando cada espaço sempre que necessário durante os projectos. Utilizaram-se elementos complementares à análise directa do espaço, tais como plantas e descrições históricas para completar o nosso entendimento do espaço. O contacto com os profissionais de cada instituição foi fundamental para a aprendizagem e construção dos projectos. Houve sempre a iniciativa de consultar os profissionais, realizámos entrevistas orientadas para perceber as suas preocupações e ideias, tendo em atenção as suas considerações na construção das propostas. Um processo de trabalho possível porque cada instituição nomeou um grupo de trabalho com profissionais de diferentes áreas para acompanhar o projecto, esclarecer dúvidas e aprovar as soluções. Espaço e profissionais contribuíram para entendermos o funcionamento de cada instituição, possibilitando um processo de registo e sistematização da informação apreendida, permitindo progressiva-

1. Foram realizadas vistas a vários hospitais públicos e privados portugueses, ao St. Bartholomew Hospital em Londres e realizada a observação de três espaços hospitalares em Barcelona que pode ser consultada no ANEXO 1.1.

mente a evolução do nosso conhecimento, para conseguirmos definir um programa de trabalho, centrado em resolver os problemas de orientação no espaço hospitalar.

Cada projecto tem um percurso próprio e soluções exclusivas fruto de espaços, utilizadores, objectivos e interlocutores distintos, existindo em todos eles a preocupação de melhorar a habitabilidade de cada lugar, privilegiando o bom acolhimento, apaziguando desorientações e inquietações. Deste modo assumimos o carácter qualitativo da investigação por entendermos ser o mais apropriado à abordagem que realizamos do espaço hospitalar.

Registamos todos os momentos por onde passamos em cada projecto e existiu um faseamento comum, que permitiu organizar o nosso processo de trabalho:

- Diagnóstico - Estar no espaço, percorrê-lo, analisá-lo; conhecer a sua história; conhecer o seu funcionamento; estudar o espaço em várias escalas com o auxílio de plantas fornecidas pelas instituições; registar cada tipologia de espaço; entrevistar os profissionais, com perguntas precisas relativamente à circulação e estadia dos utentes nas zonas de circulação e espera, para entendermos o que funciona, ou que não funciona, ouvindo sempre as sugestões de cada um; (re)definir os problemas do espaço; organizar toda a informação para construir o diagnóstico do espaço hospitalar.

- Programa - Delinear o programa de trabalho definindo objectivos, níveis de actuação e as respectivas intervenções que vão constituir o projecto.

- Projecto - Construir o sistema que se pretende implementar através de estudos e desenhos definindo formalmente cada intervenção; apresentar o projecto à instituição, recorrendo a simulações gráficas facilitadoras do entendimento do projecto; avaliação em zona modelo, com o auxílio de protótipos das peças principais do sistema, testando a orientação em percursos com a ajuda dos profissionais.

- Execução - Realizar desenhos técnicos para execução; escolher e testar materiais; acompanhar a produção e colocação; apresentar o sistema de orientação a todos os profissionais da instituição.

- Avaliação - Observar no terreno o funcionamento do sistema de orientação para avaliação, recorrendo à opinião de profissionais e utentes; Corrigir, se for caso disso, os problemas encontrados na avaliação.

Cada projecto permitiu uma aprendizagem que se reflectiu no projecto seguinte, não só ao nível das problemáticas próprias dos projectos de design, como na definição, que consideramos importante, do modo de actuar no espaço hospitalar. Consciencializámo-nos da abrangência das intervenções de design de comunicação e arte pública, possíveis num sistema de orientação, valorizando e diferenciando o circular, o estar ou o esperar, e a importância num projecto do relacionamento que se constrói com os profissionais das instituições.

Adoptamos um procedimento heurístico no processo de descobrir soluções para melhorar a habitabilidade e a qualidade do acolhimento no espaço hospitalar.

O terceiro capítulo, o último a ser concretizado, apresenta uma reflexão baseada na experiência pessoal que permitiu desenvolver conceitos e ideias estruturantes de um pensamento sobre o espaço hospitalar, impulsionando mudanças que contrariem a desvalorização, a despreocupação e os comportamentos estereotipados que descobrimos nos espaços de circulação e espera. Este processo, baseado na investigação e experiência realizadas, tentou definir os elementos que se consideram essenciais num projecto, alicerçado em intervenções de design de comunicação e arte pública, que quer harmonizar e humanizar o espaço hospitalar e conjuntamente melhorar a qualidade das interacções.

terceiro capítulo

Na paginação da tese colocámos, em cada capítulo, breves indicações laterais para ajudar e acompanhar a leitura. No primeiro e terceiro capítulos as imagens apresentadas são auxiliadas por legendas, no segundo capítulo as imagens fotográficas assumem a área total da página, são as imagens que realizámos durante os projectos, consideramos que acompanham o texto sem muletas, optando-se por colocar uma identificação das imagens no final da tese.

paginação

I. Espaço hospitalar

Introdução

Enquadramento do tema

Caracterização dos elementos que constituem o espaço hospitalar

Interacção pessoa/meio

Conclusão

Introdução

O primeiro capítulo - I. Espaço hospitalar - apresenta reflexões e projectos de várias áreas, épocas, e autores ligados à concepção do espaço hospitalar, o caminho que outros percorreram. A possibilidade de reflectir nos temas ligados à nossa prática, auxilia as questões, inquietações e intuições distribuídas pelos quatro projectos que realizamos, e permite traçar um pensamento do espaço hospitalar direccionado para a procura de soluções.

O capítulo é composto por três partes:

A primeira parte - Enquadramento do tema - resulta da necessidade de clarificar as nossas preocupações, como e para onde olhamos no espaço hospitalar, optando-se por autores, projectos, organizações com uma determinada actuação, permitindo situar o que realmente importa tratar.

As características dos espaços hospitalares conduzem-nos a sensações de desproporção, desorganização, desequilíbrio e fragmentação observados entre as necessidades dos utilizadores e o espaço. Ambientes construídos desvalorizando a relação entre a parte e o todo e a afinidade com as pessoas, uma percepção que leva a investigação a tropeçar e pegar em conceitos como humanização, hospitalidade, bem-estar e muitos outros que também encontramos nos estudos ou projectos de diversos autores e que ajudam no nosso trabalho. Inspirações que proporcionam uma reflexão não historicista, mas com a intenção de seguir um raciocínio já iniciado no século XIX por Florence Nightingale: a influência do ambiente hospitalar no bem-estar físico e psicológico do doente. Uma abordagem também explorada por Toledo (2002, 2005) e Figueiredo (2005) em que a relação entre arquitectura e medicina, valorizando a interacção do ser humano com o meio, entende o hospital como um espaço feito para curar. Estudos e olhares preocupados com a construção de ambientes saudáveis que auxiliem a recuperação dos doentes. É inevitável interpretar ideias e preocupações em espaços hospitalares concretos que, tanto formalmente como conceptualmente, parecem partilhar raciocínios comuns, como são os casos do Sanatório de Paimio ou a Rede Sarah.

Se alguns autores tratados nesta investigação auxiliam no modo de actuar no espaço hospitalar, outros, com o seu trabalho, podem contribuir para a resolução de problemas práticos dos projectos que

concretizamos, e nesse sentido, são vozes activas e úteis Carpman e Grant (1993) e Hosking e Haggard (1999).

Apresentam-se também as organizações preocupadas com o espaço hospitalar, onde se pode entender como apoiam e promovem projectos e como se aliam sinergias, desde projectos de raiz, à reabilitação de antigos hospitais, passando por concursos de ideias na procura do hospital do futuro.

A segunda parte - Caracterização dos elementos que constituem o espaço hospitalar - surge durante os projectos que realizamos quando se verifica que a nossa actuação não se limita a projectar um sistema de sinalética. Define-se ir mais longe e, com a colaboração de profissionais e utentes isso é possível. Não se trata de descobrir nas paredes locais para colocar placas informativas, é determinante entender os elementos que constituem o espaço hospitalar e como comunicam, para se conseguir realizar projectos integrados que efectivamente contribuam para melhorar a habitabilidade no espaço hospitalar. Para isso, examinamos os elementos que se consideram importantes nas áreas comuns do espaço hospitalar, a sua influência na comodidade de quem as utiliza, analisando diferentes autores cujos projectos podem auxiliar no esclarecimento de temas e abordagens.

Tentamos entender a relação entre o interior dos edifícios e o seu exterior para posteriormente se observar, mais de perto, a importância do exterior para quem chega e, como a relação do exterior do edifício com o seu interior se reflecte no bem-estar de quem está dentro do hospital. Os estudos de Ulrich (1984, 2002) podem auxiliar a esclarecer o interesse da existência de jardins para percorrer, ou estar, ou como a simples observação de uma paisagem natural influencia a recuperação dos doentes.

Na comunicação do lugar, a cor, presente em todo o lado, é fundamental contribuindo quer na produção das mensagens que queremos transmitir, quer nos ambientes que gostaríamos de sugerir. Tentamos reflectir sobre as cores instituídas no hospital português e como alguns autores entendem a cor na arquitectura e no espaço hospitalar.

Nos projectos realizados o tema da orientação é essencial sendo o modo como os utilizadores circulam no hospital, leem o espaço, e se orientam, o que contribui para esse processo indispensável. A orientação no espaço hospitalar levou-nos a experiências e projectos específicos de autores que destacamos nas áreas teóricas e práticas. Outros autores com estudos ligados à orientação em geral, como por exemplo: Lynch (2003), Aragonés (1998), O'Neill (1999) ou Passini (1999) foram fundamentais na construção dos alicerces da nossa investigação.

A importância da relação da arte com os espaços de saúde e consequentemente com os utentes, foi o último tema tratado nesta parte. Maxion (1989) apresenta uma abordagem histórica relativa à arte como ferramenta de cura. Cortvriend (2005) e Hosking & Haggard (1999) contribuíram no entendimento da importância das intervenções artísticas no

bem-estar do utente, assim como, estes projectos podem ser incluídos no espaço hospitalar. Foi importante enquadrar o que entendemos por Arte Pública no espaço hospitalar, para isso, centramo-nos nas palavras de Remesar (2000) por se considerar serem adequadas à presença que ambicionamos. Destacamos intervenções artísticas distintas realizadas no espaço hospitalar, salientando-se o projecto do Hospital de Dénia que consegue abarcar várias áreas artísticas numa intervenção global.

A terceira parte - Interação pessoa/meio - surge durante o primeiro projecto realizado no Instituto Português de Oncologia. Projectar a intervenção artística nas zonas de espera da consulta externa, conduziu a uma reflexão nos processos que decorrem da interacção entre as pessoas e o espaço hospitalar. Destacamos estudos que influenciaram a nossa leitura e análise do espaço, sensibilizando-nos para a influência desses processos no que se deseja proporcionar ao utente. Desde o estudo por observação participante de Peneff (2002); à relação que Carapinheiro (1998) estabelece entre a organização simbólica do espaço e as hierarquias médicas; com o auxílio de Valera & Vidal (1998), Aragonés (1998) e Muga (2005), centrando-nos no processo de privacidade.

Enquadramento do tema

O espaço hospitalar é um espaço complexo onde coexistem diferentes níveis de estruturas, de formas e de usos. Do ponto de vista empírico, a relação entre as pessoas e o sistema hospitalar realiza-se mediante o desempenho das pessoas no espaço do hospital. No entanto, este espaço não costuma funcionar com um *interface* adequado nem ao sistema hospitalar nem às necessidades dos seus utilizadores. Existem graves deficiências na organização do espaço, na qualidade do meio envolvente e na comunicação que provocam desorientação e mal-estar aos seus utilizadores.

Este estudo apresenta uma reflexão sobre os diferentes tipos de comunicação existentes no espaço hospitalar, especificamente nas zonas de circulação e espera, assim como a preocupação em entender a multiplicidade de elementos que aí existem, as mensagens que transmitem, o seu papel na construção do ambiente hospitalar e a possibilidade de contribuírem para o bem-estar dos seus utilizadores.

Essa reflexão levou muitas vezes à procura e definição de um espaço que, através da sua estrutura e forma, proporcionasse um impacto positivo aos seus utilizadores. A observação e a análise de diferentes hospitais conduziram à descoberta de ambientes frios, sombrios, com estruturas complexas que reforçaram a importância de um hospital humanizado e a necessidade de novas reflexões e outras leituras, isto por se considerar que a noção de humanização exige um espaço pensado para os seus utentes, preocupado com o conforto e bem-estar de todos, com um entendimento do seu propósito, uma actuação planeada e consciente, onde se possa encontrar:

- Um lugar esclarecedor em que a comunicação é linear;
- Um lugar onde o acolhimento existe, evitando vazios e inquietações próprias da falta de informação;
- Um lugar preocupado com os utentes e o modo como passam o tempo sem ser a solução vulgar de publicações “cor-de-rosa” com mais de três anos;
- Um lugar com atmosfera leve, sem o odor de desinfectante hospitalar a invadir-nos, provocando medos só de se imaginar o que vem a seguir;
- Um lugar em que o ambiente “cinzento” não desperte o desconforto acrescentado pela mistura de cores e pelos elementos que contêm;
- Um lugar que se ambiciona descobrir, entender e melhorar, procurando soluções que utilizem os projectos de design de comunicação e de

humanização

espaço para os utentes

arte pública, que reflectam um tipo específico de procedimento, daí, ser este estudo determinante para definir um modo ajustado de agir.

Segundo Toledo (2005) a preocupação com a humanização do espaço hospitalar é antiga:

“Estava presente, por exemplo, no pensamento e na atuação de Avicena (979-1037). No ocidente, os europeus somente começaram a tratar seriamente do assunto no final do século XVIII, quando Howard e Tenon (este, a convite da Academia de Ciências de França) desenvolvem exaustivas pesquisas nos hospitais europeus, tendo como finalidade estabelecer diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar, chamada por Foucault de hospital terapêutico” (Toledo, 2005, p. 3).

hospital terapêutico

O trabalho de Toledo expõe o desenvolvimento do edifício hospitalar e do seu propósito ao longo do tempo, desde o lugar que acolhe os mais desfavorecidos ao espaço com a missão de curar.

O autor refere o pensamento de Foucault relativo ao hospital terapêutico.

“Descrevendo as características do hospital, no final do século XVIII, Foucault lembra, entre outros conceitos: “A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir” (Toledo, 2005, p. 6. a propósito de Foucault, 1979).

Um pensamento representativo de uma época (séc. XVIII / XIX) onde, segundo o autor, pela primeira vez no Ocidente a arquitetura tenta entender as necessidades funcionais da medicina hospitalar planeando um edifício preocupado em evitar a propagação de doenças, são disso exemplos: o hospital pavilhonar, as barreiras físicas para criar divisões ou as enfermarias Nightingale que *“Segundo Miquelin (1992) constituíram um dos elementos mais importantes e característicos da anatomia do hospital do fim do século XIX”* (Toledo, 2005, p. 6).

hospital pavilhonar

O hospital pavilhonar sendo um exemplo da articulação entre medicina e arquitetura tem como objectivo contribuir para a cura, pois como refere Providência (2000) *“o Hospital será colocado num Jardim”* (p. 154). A cura com ajuda da natureza é conseguida pela ligação dos pavilhões aos pátios ajardinados que permitem que o edifício respire, e que os pacientes usufruam dos benefícios da luz natural e de um ambiente arejado. O autor salienta ainda o interesse na pesquisa, experimentação e construção da enfermaria, pensada *“como máquina de curar”* (Providência, 2000, p.156).

Florence Nightingale¹ (1860) é para muitos autores pioneira na preocupação com o ambiente hospitalar, traçando um conjunto de procedimentos relacionados com a construção do espaço e a intrínseca relação com um ambiente, onde a ventilação e a iluminação natural

1. Florence Nightingale ficou conhecida na Guerra da Crimeia pelo tratamento prestado aos feridos. Dedicou-se à enfermagem sendo autora da obra, publicada em 1859, *Notes on Nursing What it is, and what it is not*, um conjunto de indicações sobre a prestação de cuidados de saúde, uma obra de referência que em conjunto com o seu trabalho exemplar, ficaram na história da enfermagem “... desenvolveu o desenho hospitalar, em especial no que se refere à luz, ar e limpeza (...) usou o ambiente para fins terapêuticos diminuindo a taxa de mortalidade, evitando as infecções nosocomiais, organizando o espaço e o trabalho” (Figueiredo, 2005, p. 316)

tinham um papel determinante, tal como a necessidade de controlar o número de pessoas por enfermaria. Foi uma das grandes defensoras do hospital de modelo pavilhonar, por todas as vantagens que este poderia trazer à saúde.

No entanto, a sua actuação foi mais longe não se preocupando apenas com os elementos do espaço, determinantes para o bem-estar físico, mas também por todos os outros que poderiam e deveriam contribuir para o bem-estar psicológico que, segundo a própria, resulta também em bem-estar físico.

o bem-estar psicológico

Em 1860 refere em – *Notes on Nursing What it is, and what it is not*:
“The effect in sickness of beautiful objects, of variety of objects, and especially of brilliancy of colour is hardly at all appreciated. Such cravings are usually called the “fancies” of patients. And often doubtless patients have “fancies,” as e.g. when they desire two contradictions. But much more often, their (so called) “fancies” are the most valuable indications of what is necessary for their recovery. And it would be well if nurses would watch these (so called) “fancies” closely. I have seen, in fevers (and felt, when I was a fever patient myself), the most acute suffering produced from the patient (in a hut) not being able to see out of window, and the knots in the wood being the only view. I shall never forget the rapture of fever patients over a bunch of bright-coloured flowers. I remember (in my own case) a nosegay of wild flowers being sent me, and from that moment recovery becoming more rapid. People say the effect is only on the mind. It is no such thing. The effect is on the body, too. Little as we know about the way in which we are affected by form, by colour, and light, we do know this, that they have an actual physical effect. Variety of form and brilliancy of colour in the objects presented to patients are actual means of recovery” (Nightingale, 1859 p. 22).

Segundo Toledo (2002), no início do século XX o espaço hospitalar que tem contribuído para a recuperação do paciente, dá lugar a um novo modelo concebido pelos americanos: o monobloco vertical. Este novo tipo de hospital, ao permitir uma implantação num terreno menor, vai reduzir os percursos horizontais e, a utilização do ar condicionado diminuirá a necessidade da relação do edifício com o exterior. Este facto, criando muitos espaços sem luz natural, pode anular no paciente a percepção do ciclo natural do dia provocando mesmo casos de desorientação e até de depressão. O edifício utiliza a mais avançada tecnologia de construção mas descuida a qualidade ambiental.

o monobloco vertical

hospital tecnológico

frieza e artificialidade

“Infelizmente, com a adoção deste novo paradigma da arquitetura hospitalar, mais uma vez, como já dizia o ditado, “jogou-se a criança fora junto com a água da bacia”, isto é, ao mesmo tempo em que a frieza e a artificialidade passavam a caracterizar os ambientes hospitalares, o edifício perdia a capacidade de contribuir e estimular o processo de cura. O modelo monobloco vertical tornava-se rapidamente um partido arquitetônico hegemônico e passava a simbolizar o hospital moderno, transformando-se em uma verdadeira “caixa tecnológica”” (Toledo, 2002, p. 142).

O desenvolvimento da medicina apreende o controlo e a propagação das doenças, um desenvolvimento científico e tecnológico que acompanha uma era em que a arquitectura e a medicina deixam de necessitar de funcionar em conjunto.

“A arquitetura hospitalar deixava de ter o mesmo “estatuto de um gesto médico”; desempenhava um papel secundário, cuja tarefa seria apenas produzir o invólucro das práticas médicas, cada vez mais poderosas e auto-suficientes, do novo hospital tecnológico” (Toledo, 2005, p.7).

Toledo considera que actualmente são variadas as actuações perante o espaço hospitalar, defendendo existir maior sucesso nas que partilharam uma equipa interdisciplinar.

equipa interdisciplinar

“Diversas têm sido as respostas dos arquitetos a essa nova realidade. Alguns, mais acomodados, abrem mão de participar da formulação dos programas hospitalares e também das questões próprias da arquitetura hospitalar, como o dimensionamento e a localização dos ambientes, o estudo dos fluxos hospitalares, a escolha de materiais e, até mesmo, as cores das paredes escolhidas de acordo com as regras da cromoterapia ou, o que seria ainda mais grave: conforme o gosto do diretor da unidade!

Outros arquitetos restringiram sua contribuição a uma atuação próxima da cenografia, mascarando as funções hospitalares em projetos com a ambientação ora residencial, ora de hotel de luxo.

Um número menor de arquitetos teve a oportunidade de atuar em equipas interdisciplinares que valorizavam a permanente troca de saberes não só entre os diferentes profissionais envolvidos no projeto, assim como entre estes e os usuários do edifício hospitalar” (Toledo, 2005, p. 7).

Ao entendermos a abrangência do trabalho interdisciplinar, facilmente notamos o desenvolvimento de um projecto conjunto, onde não existem protagonistas e todos são indispensáveis. O espaço hospitalar proporciona naturalmente essas interações por existirem demasiadas variáveis em cada problema que necessitam de ser resolvidas no sentido de construir uma nova solução, que já não pertence ao arquitecto, ao engenheiro ou ao médico, mas a uma equipa de trabalho, um problema e uma solução que pertence a todos.

A este processo interdisciplinar Brandão (2006) esclarece: *“ O processo integrativo não resulta por si só de um ‘ assunto interdisciplinar’; é sim um processo que visa adquirir uma síntese que começa com um problema (questão, tópico, assunto) e que exige que os participantes na sua solução trabalhem em conjunto, ultrapassando problemas criados pelas limitações de cada disciplina, ou decorrentes das diferenças entre elas (linguagem, conceitos e métodos). (p. 125)*

o processo interdisciplinar

O autor realiza uma abordagem da interdisciplinaridade no design urbano que podemos aplicar ao espaço hospitalar e que entendemos ser o único modo dos projectos serem realizados de forma estruturada e séria: *“ A interdisciplinaridade do Design Urbano baseia-se numa inerente lógica de interactividade. Assim, a matriz interdisciplinar no processo do De-*

sign Urbano é essencial e não meramente instrumental, pois ao contrário das tarefas da simples coordenação pluridisciplinar, que têm justificação da ordem da fiabilidade, os problemas qualitativos do espaço urbano, e em particular do espaço público, têm por características a interconectividade, a incerteza, a complexidade, a ambiguidade e o conflito entre actores/interesses.” (p. 127)

A humanização do espaço hospitalar é um processo em construção e a experiência de diferentes autores vai tentar levar-nos a uma aproximação ao tema, o mais clara possível, apesar de não conhecermos muitos casos, testemunhos da utilização do conceito *humanização*, as actuações dos autores invocam as mesmas preocupações que temos quando utilizamos o termo.

Toledo (2005) considera e defende que existe uma relação directa entre o hospital humanizado e os princípios que definem uma boa arquitectura.

“Acreditamos portanto que a humanização do edifício hospitalar seja resultante de um processo projetual que não se limite à beleza do traço, ao respeito à funcionalidade ou ao domínio dos aspectos construtivos, mas que alie a esses aspectos a criação de espaços que além de favorecer a recuperação da saúde e garantir o bem-estar físico e psicológico aos usuários do edifício hospitalar, sejam eles pacientes, acompanhantes ou funcionários, possam estimular a incorporação de novos procedimentos às práticas médicas” (Toledo, 2005, p. 9). O autor faz algumas recomendações, relativamente ao processo de projectar o espaço hospitalar humanizado, centradas na sua experiência teórica e prática:

- O trabalho interdisciplinar é imprescindível;
- A implantação do edifício deve ser realizada depois de um planeamento rigoroso tendo em conta: a introdução do hospital na rede de saúde, o estudo da população para definir as suas necessidades, a previsão urbanística para evitar conflitos entre a implantação do edifício e o crescimento da cidade, o aparecimento de equipamentos incompatíveis com o hospital como: cemitérios, aterros sanitários, fábricas, etc., o dimensionamento do terreno, as infraestruturas disponíveis e toda a geografia do lugar;
- Cada projecto tem as suas características específicas, não existindo dois hospitais iguais, sendo necessário ter isso em atenção;
- Os hospitais têm particularidades diferenciadoras dos outros edifícios públicos, por exemplo: reúnem serviços muitas vezes incompatíveis entre si, conciliam diferentes emoções - desde a alegria do nascimento à aflição da doença, misturada com a esperança no tratamento;
- O Hospital é um equipamento em constante mutação o que deve estar previsto no seu planeamento, construção, manutenção e futuras ampliações. (Toledo, 2005)

Figueiredo² (2005) manifesta uma compreensão do espaço hospitalar

2. Elsa M. A. P. A. Figueiredo participou na publicação *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*, com o artigo *Ambientes de Saúde – O hospital numa perspectiva ambiental e terapêutica*, é a publicação portuguesa mais relacionada com a esta investigação, utilizando referências internacionais que também estão presentes neste trabalho.

auxiliando com considerações importantes na construção de um ambiente humanizado.

“O desenho deve centrar-se não só nos aspectos funcionais e de produtividade organizacionais, mas também nas necessidades dos doentes, devendo ser discutido pelos mesmos, suas visitas e pelos profissionais, através de processos de participação conjuntos e multidisciplinares com planeadores, desenhadore, arquitectos, engenheiros, decisores, gestores, psicólogos, sociólogos, entre outros.

A qualidade e a estética do desenho devem estar associadas aos efeitos terapêuticos pretendidos, o que condiciona as opções a ter acerca das instalações, arranjos, decorações, esquemas de cores, iluminação, temperatura, ventilação, ruído, música, acesso ao exterior (físico e visual), acomodação dos doentes e visitas, enquanto complemento dos cuidados médicos e de enfermagem com vista à observação, tratamento, recuperação e reabilitação. Por outro lado o espaço produz uma boa ou má imagem (representação) para os utentes, que é projectada para os profissionais e para os cuidados prestados, para além de influenciar o comportamento e a recuperação dos doentes” (Figueiredo, 2005, p. 303).

A autora faz uma abordagem apelativa da importância do ambiente hospitalar, valorizando a interacção do ser humano com o meio. Apresenta uma reflexão holística do espaço e uma abordagem da dimensão cultural, simbólica, social, organizacional e física do ambiente hospitalar. Ao reflectir sobre o desenho hospitalar, diferencia o espaço arquitectónico dos elementos do desenho (áreas, chão, escadas, rampas, paredes, tectos, portas, janelas, têxteis, mobiliário, decoração e arranjos) e dos elementos ambientais (cor, iluminação, ruído, temperatura, ventilação). Considera que os elementos do desenho e ambientais, em conjunto ou separadamente, influenciam o ambiente hospitalar podendo mesmo ser *“agentes stressores ou de perturbação e influenciarem negativamente o clima, organizacional, social e terapêutico”* (Figueiredo, 2005, p. 321).

Figueiredo (2005) desenvolve uma caracterização dos elementos ambientais, com recomendações de diferentes autores.

Segundo a autora uma abordagem consciente inclui: a dificuldade de actualizar espaços hospitalares antigos, não só pelas características das infraestruturas, mas também pelo vínculo organizacional e cultural; a importância dos hospitais construídos hoje serem os hospitais que vamos ter durante quarenta a cinquenta anos, sendo indispensável prever necessidades futuras.

“Em virtude da evolução das sociedades e das necessidades dos indivíduos, as respostas no que respeita à prestação de cuidados de saúde têm que ser mais ajustadas, em termos científicos, tecnológicos, de humanização, de personalização e de participação no cuidar sem deixar de se ponderar a gestão racional e a rentibilização dos recursos” (Figueiredo, 2005, p. 303).

Os espaços hospitalares têm características específicas e utentes particulares.

Algumas pesquisas concluíram que projectos com a preocupação de

desenho do espaço
e as necessidades dos doentes

estudos e olhares

projectos preocupados em
criar ambientes saudáveis

criar ambientes hospitalares saudáveis, obtiveram benefícios no processo de cura e recuperação estando estes resultados relacionados com a redução do stress, frequente nas instituições de saúde.

“Patients feeling stress from environments that are not designed to be supportive can experience increased blood pressure, muscle tension, and suppressive effects on their immune systems” (Carpman & Grant, 1993, p. 9).

ir a um serviço hospitalar

Os hospitais são geralmente espaços complexos e labirínticos em particular para quem lá não vai com frequência. Ir a um serviço hospitalar, pressupõe um percurso com várias etapas: deslocação pela cidade até se chegar; entrar e procurar o serviço, perguntar, encontrar; aguardar a vez de ser-se atendido e por fim o momento da saída. Está-se diante de um conjunto de acções, aparentemente simples, que geralmente se transformam numa experiência caótica, não se sabendo o que fazer ou por onde ir, acções sempre influenciadas pelas componentes psicológica e física comuns numa ida ao hospital. O modo como as próprias instituições de saúde tratam este assunto contribui para as distinguir. Há instituições que espontaneamente esclarecem os pacientes e seus acompanhantes, mostrando existir uma preocupação real com o bem-estar de todos, o que em alturas de maior fragilidade é muito valorizado. Outras instituições cuidam como um assunto secundário, transformando informações indispensáveis e pragmáticas num facto muito complicado, zonas de estar e de circulação em trajectos esquecidos (concentrando o interesse na prestação dos cuidados de saúde e na complexidade que lhe está associada), não considerando a importância do ir e do estar à espera, na maneira como o paciente aparece ao profissional de saúde. Entender as diferentes etapas deste percurso e as necessidades específicas de cada momento, é fundamental e imprescindível para a construção de um ambiente hospitalar humanizado.

Segundo Penny Cortvriend, alguns estudos relacionados com o bem-estar físico e psicológico do doente demonstraram a influência e a importância dos factores ambientais no espaço hospitalar. Nesses estudos foram apresentados alguns casos de doentes internados em isolamento.

quarto com vista

Um dos exemplos relacionados com bem-estar: um quarto em que a janela com vistas naturais para o exterior, transmitindo tranquilidade, ajuda o doente a eliminar a sensação de clausura, característica destes ambientes, proporcionando distração e contacto com um espaço aberto, o que seguramente o beneficiará reduzindo-lhe a ansiedade. As orientações dadas pelos enfermeiros nas rotinas diárias, tal como a existência de um relógio no quarto que permite planear o dia e auxiliar na marcação do momento presente tão difícil por vezes de definir, foram considerados pelos doentes como factores benéficos. Provavelmente os elementos que estabelecem os espaços variam de acordo com a função a que se destinam, certamente que um relógio num quarto tem consequências diferentes de um relógio numa sala de espera.



1.2

“... one study in 1968 (Minckley) found that more analgesics were requested and dispensed to patients in noisier environments. Another, (Wilson, 1972) found that patients delirium after surgery was twice as high in a windowless intensive care unit. Beauchemin and Hays (1996) found hospital stay to be reduced for those in sunny hospital rooms. (...)” (Cortvriend, 2005, p.3).

Como as janelas, são inúmeros os elementos que devem ser estudados e tidos em conta: desde a existência, ou não, de um televisor, revistas, computadores com acesso à Internet, à possibilidade de diferentes intervenções artísticas específicas para cada local – das artes plásticas à música – passando pelo mobiliário que pode contribuir para a caracterização do ambiente pretendido, mantendo sempre e eficazmente a função a que se destina... são muitas as considerações a realizar e as questões a solucionar em benefício do bem-estar no espaço hospitalar.

A preocupação com o ambiente hospitalar e com o bem estar dos seus utilizadores, como já foi dito, não é uma questão recente, refletindo-se em edifícios de referência.

Bauer e Mayer (2009) consideram o Sanatório de Paimio (1929-1933) de Alvar Aalto, na Finlândia, um exemplo do Funcionalismo e um dos primeiros modelos a ter em atenção a sinergia entre a arquitectura e o design visual, percebendo-se a enorme preocupação tida com a qualidade da habitabilidade no espaço hospitalar. O objectivo deste projecto foi criar um edifício que contribuísse para o processo de cura dos pacientes.

Sanatório de Paimio

A relação do edifício com o exterior, funcionando como um todo, privilegia harmoniosamente as vistas dos pinhais envolventes. As entradas de luz, imaginadas para proporcionar conforto e bem-estar, permitem que os pacientes usufruam dos benefícios da luz do sol. Há um grande cuidado com o projecto, no seu todo e nos pormenores devidamente pensados. As peças de mobiliário e iluminação – desenhadas especificamente para o edifício e planeada a sua utilização – tiveram em atenção para quem se destinavam. A elegância de cada peça e o conforto dos seus utilizadores, assim como a economia proveniente da produção standardizada, foram factores essenciais no desenho dos objectos. A conhecida Cadeira de Paimio, que actualmente ainda é produzida e comercializada, foi desenhada particularmente para os doentes com tuberculose sendo estudado o melhor formato para assegurar o conforto respiratório.



1.3

A utilização da cor foi projectada cuidadosamente, ajudando a definir áreas e a contribuir para um ambiente acolhedor.

a utilização da cor

“Research had shown that the comfort of both patients and staff could be increased by using warm and calm tones. Through the choice of colours, Aalto wanted to create a comfortable and humane atmosphere in the hospital. Even strong colours were used in the communal spaces. Yellow rubber flooring in the corridors and stairwell of the central wing adds to the feeling of bri-

1.4 - 1.11

Sanatório de Paimio,
Paimio (Finlândia)
de Alvar Aalto construído
entre 1929 e 1932.

Uma envolvente privilegiada
permite aos pacientes uma
vista dos pinhais.



1.6

Pormenor da fachada

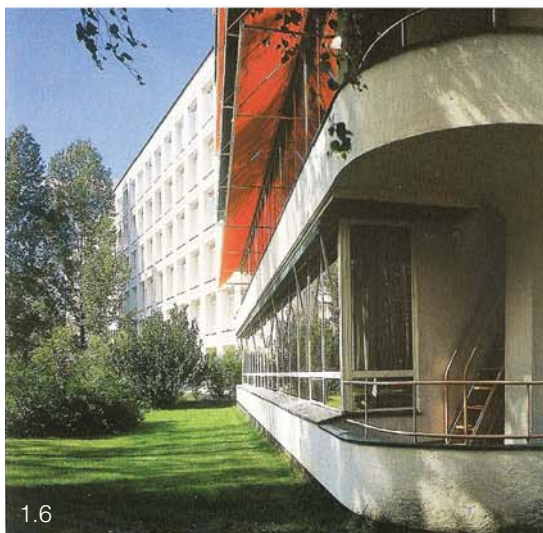
1.7

Zona de atendimento

1.8

Escadaria principal

Uma zona de circulação marcada por um tom luminoso que sobressai da neutralidade do branco que em conjunto com a luz natural e os tons verdes da envolvente, proporcionam um ambiente harmonioso. Uma escadaria que memorizamos com facilidade possivelmente pela sua cor.



1.9

Varanda – zona de repouso
Coberta

O ar puro contribuía para o
processo de reabilitação dos
pacientes no Sanatório de
Paimio.

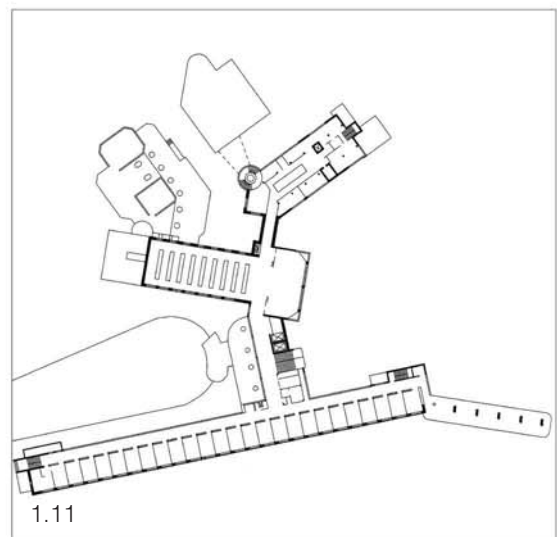
1.10

Sala de estar

Composta por Cadeiras
Paimio, modelo desenhado especificamente para pacientes com problemas respiratórios.

1.11

Planta



ghtness and sunlight. The exterior of the building is dominated mainly by white and black, but with colour accents in red for the balcony rails and yellow for the roof terrace. In the interior the main colours are white, black, yellow and turquoise (the so-called Paimio Blue). The patients' rooms were painted a neutral light colour and the ceilings grey-green. The corridor walls on each storey of the patient wing have a different colour” (Ehrström, Jetsonen, Lindh, Schalin & Schalin, 2005, p. 20).

“The starting point in the design of the Paimio Sanatorium was the individual, the person suffering from tuberculosis, whose privacy and comfort were of central importance. The building was to serve the weakest person who spent the largest part of his or her long stay in the hospital in a room, most often lying down in bed (i.e. a “horizontal person”). The architecture of the building strived effectively to promote the physiological and psychological well-being of the patient. Creating perfect peace was, according to Aalto, the prerequisite for healing. These aims are still evident today in the Paimio Hospital” (Ehrström, Jetsonen, Lindh, Schalin & Schalin, 2005, p. 32).

O projecto de Alvar Aalto para o Sanatório Paimio mostra a preocupação tida relativamente ao modo como todos os elementos se comunicam e interagem; como o espaço é interpretado e como se transforma num cenário; como o estático e o movimento coexistem no edifício e como a vivência de todos parece ter sido imaginada com rigor.

“Para que voltemos a projetar edificações hospitalares “feitas para curar” será preciso dotar nossos projetos, como provavelmente diria Norberg Schulz (1980), do mesmo espírito (qualidade espacial) que existia nos antigos hospitais pavilhonares e que se percebe, nos dias de hoje, em hospitais como os da Rede SARAH, projetados por João Filgueiras Lima” (Toledo, 2002, p.143).

Rede SARAH

A Rede SARAH é um projecto de Hospitais de Reabilitação no Brasil, composta por nove unidades, a primeira a ser construída foi a de Brasília inaugurada em 1980, a última a do Rio de Janeiro inaugurada em 2009. A Rede presta serviços de saúde qualificados e gratuitos a todos os cidadãos e tem uma gestão autónoma, realizada pela Associação das Pioneiras Sociais, uma entidade de serviço social, de direito privado e sem fins lucrativos.

Toledo (2002) apresenta a Rede SARAH, um projecto do arquitecto João Filgueiras Lima “Lelé”³, como sendo uma intervenção representativa do que chama, hospitais feitos para curar. Defende que a qualidade espacial das obras de João Filgueiras Lima se deve não apenas ao domínio de todos os momentos do projecto, ao constante trabalho interdisciplinar, ao diálogo com profissionais e utentes, ao acompanhamento deste projecto durante mais de trinta anos, mas, especialmente à integração entre os procedimentos terapêuticos e as soluções arquitectónicas.

“Os hospitais da Rede caracterizam-se por uma cuidadosa integração de sua concepção arquitetônica aos princípios de organização do trabalho e aos di-

3. Lelé é o apelido de infância pelo qual o Arquitecto João Filgueiras Lima é conhecido. A sua actividade profissional inicia-se com a participação na construção de Brasília.

ferentes programas de reabilitação, definidos conforme os indicadores epidemiológicos da região em que cada unidade está inserida. Dessa integração resultam, por exemplo, os amplos espaços dos hospitais Sarah, com seus solários e jardins, buscando sempre a humanização do ambiente hospitalar e as enfermarias coletivas, com o sistema de “assistência progressiva” com aproveitamento ótimo dos recursos disponíveis. Este sistema, pela primeira vez implantado no Brasil, data das origens do Projeto, caracterizando-se pela possibilidade de manter o paciente em locais de maior ou menor concentração de recursos humanos e materiais. Surgiu desse conceito a criação do “Primeiro Estágio” onde permanecem os doentes que necessitam de cuidados intensivos e frequentes, com a característica de permitir a presença de seus familiares” (Rede Sarah, n. d.).

O trabalho de João Filgueiras Lima distingue-se por ser, segundo Nobre (2010), uma interligação entre a arquitectura, o design e a construção civil. Está-se perante um arquitecto que, ao longo de mais de cinquenta anos de actividade, projectou várias tipologias arquitectónicas, participando em projectos distintos, em múltiplos cenários, constituindo uma obra invulgar.

O conforto térmico e ambiental com soluções que privilegiam a ventilação e iluminação natural, os espaços verdes e solários inseridos no espaço hospitalar construindo zonas de estadia, fazem parte das preocupações deste arquitecto, sendo o bem-estar dos pacientes uma constante caracterizadora do seu trabalho.

“Ao tirar proveito da brisa natural e da alta luminosidade da latitude tropical, os edifícios se apropriam sabiamente de recursos naturais, induzindo à economia de energia” (Segawa & Guimarães, 2010, p. 83).

Os edifícios utilizam a produção industrial, numa construção modular que permite economia de recursos e tempo. Não existe deslumbramento pela tecnologia, ela é utilizada para garantir os resultados pretendidos nas soluções para o espaço, onde a estética, o carácter social e terapêutico dos edifícios são sempre valorizados.

“Como se vê, conjugando estrutura metálica e argamassa armada, Lelé conseguiu realizar a verdadeira “industrialização da construção”, como sonhada por Jean Prouvé: a edificação é “fabricada”, como se fosse um carro, depois transportada e montada no seu endereço definitivo” (Costa, 2010, p.19).

O Centro de Tecnologia da Rede SARAH foi fundado em 1992 em Salvador para facilitar o processo de trabalho neste grande projecto. A partir dessa altura todos os elementos produzidos industrialmente para cada obra eram aí realizados, desde a estrutura dos edifícios, aos elevadores hidráulicos, mobiliário, luminárias, etc. João Filgueiras Lima projecta e acompanha a produção de todos os elementos que irão determinar o espaço hospitalar.

Destacam-se as “camas-macas”, que como Nobre (2010) afirma, sintetizam bem o pensamento do arquitecto: são camas que substituem

interligação: arquitectura, design e construção civil



1.12
Estudo de João Filgueiras Lima para o solário do Hospital SARAH-Fortaleza.

Centro de Tecnologia da Rede SARAH

as “camas macas” e a mobilidade



1.13



1.14

1.13
SARAH Lago Norte,
Brasília (Brasil)
Inaugurado em 2003.

1.14
SARAH Macapá,
Macapá (Brasil)
Inaugurado em 2005.



1.15



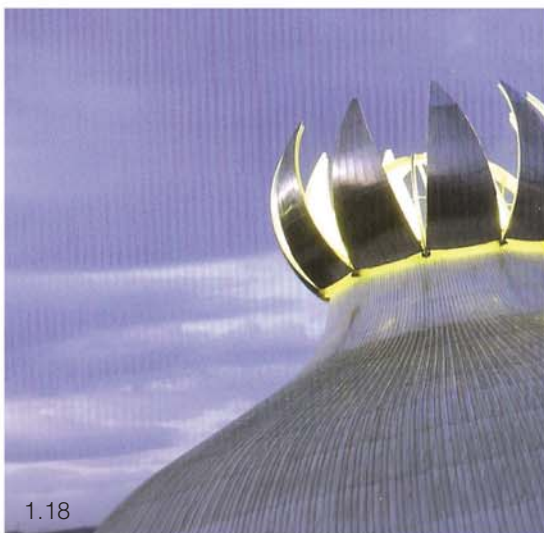
1.16

1.15 -1.19
SARAH Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro (Brasil)
Inaugurado em 2009
52 mil m2 de área construí-
da, os diferentes edifícios de
formas fluídas, constituem um
todo coeso.

Volumetrias onduladas
estão presentes em todas as
unidades da rede, com ou sem
apontamento cromático. Uma
forma relacionada com o siste-
ma de ventilação dos edifícios,
que marca a imagem de uma
rede de saúde.



1.17



1.18

1.17 /1.18 - Auditório - calota
esférica, no topo um sistema
automático, formado por uma
esfera dividida em gomos
de alumínio, regulam a luz e
a ventilação interior. Nesta
situação o posicionamento da
entrada de luz, ilumina o palco
do Auditório.

1.19 - Solário - ligado aos
dois pisos de internamento,
um espaço acessível, acolhido
no espelho de água, um lugar
fundamental no processo tera-
pêutico, para estar e recuperar.



1.19

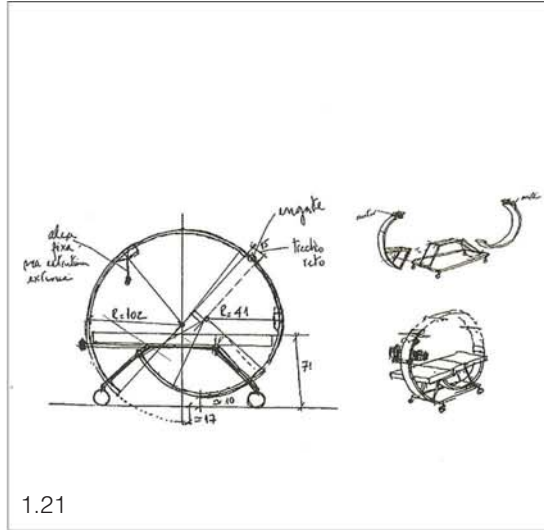


1.20

1.20
SARAH Salvador
Salvador da Baía (Brasil)
Inaugurado em 1994
O muro de Athos Bulcão
contribui na harmonia visual
do conjunto.

1.21
Estudo de João Filgueiras Lima para a “cama-maca”.

1.21-1.23
“Cama-maca” e veículo de transporte dos pacientes, mobilidade dentro e fora da Rede SARAH.



1.24
SARAH Rio de Janeiro
Rio de Janeiro (Brasil)
A ligação dos dois pisos de internamento é feita através de um passeio/rampa previligian-do a acessibilidade. A interliga-ção, das zonas de circulação e espera com os espaços verdes, está integrada na filosofia dos edifícios.

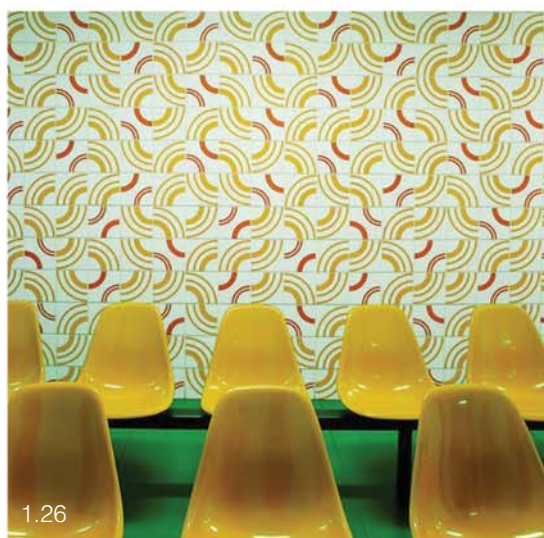
1.25 - 1.26
SARAH Brasília,
Brasília (Brasil)
Intervenções artísticas de Athos Bulcão.



Uma conciliação de cores, formas e texturas presente em azulejos, pavimentos, mobiliário... porporcionam composições onde a harmonia e o equilíbrio parecem ditar as regras.

1.27- Uma zona interior de partilha entre a espera e a circulação, a luz natural chega de cima, a vegetação traz o exterior, os azulejos conciliam cores e ampliam o espaço, uma composição que devolve, a um lugar escondido, uma presença fresca e arejada.

“Há quarenta anos que participamos juntos de inúmeros trabalhos e nunca me canso de admirar seu gênio criador, seu impecável domínio das cores e a forma corajosa, inteligente e precisa com que interfere na arquitetura, incorporando seus trabalhos aos espaços urbanos e aos nossos edifícios, como preconizava Fernand Léger. A rigor, Athos vai muito além das propostas de Léger porque suas obras são todas tão fortemente integradas e ancoradas na própria arquitetura que seria impossível imaginá-las dissociadas de seus respectivos edifícios ou vice-versa” (Lima, n. d., p.1).



as vulgares camas hospitalares, distinguem-se por permitirem a mobilidade dentro do hospital, contrariando a associação comum entre internamento e imobilidade, contribuindo nos vários ambientes projectados para uma estadia de qualidade. A Rede SARAH privilegia a circulação horizontal numa construção pavilhonar, precisamente para facilitar a mobilidade dos pacientes. Foi também concebido um veículo de transporte, que permite facilmente o acesso ao exterior, para que os pacientes possam viajar com as suas “camas-macas”.

o veículo de transporte e a mobilidade

Segundo Segawa e Guimarães (2010) a arte, permanentemente presente na Rede Sarah com a obra de Athos Bulcão⁴, participa desde sempre nos projectos de João Filgueiras Lima, é um elemento fundamental vinculado à arquitectura, estudado ao pormenor durante o desenvolvimento de cada projecto.

arte na Rede SARAH

As intervenções artísticas apresentam-se tanto no interior como no exterior dos hospitais, em portas, paredes, divisórias, biombos, muros e mobiliário.

Há um forte entendimento entre a arquitectura e as obras de Athos, construindo um ambiente comum, não existindo a necessidade de diferenciar especialidades num todo que é o espaço.

o entendimento entre a arte e a arquitectura

Lago (2010) diz sobre Athos Bulcão: “*Ele vai criar para Lelé, painéis, grades, elementos vazados, esculturas e baixos-relevos que rompem a austeridade dos espaços internos. Lelé desejava que as obras de Athos fossem interferência em suas obras*” (p. 31).

Athos Bulcão iniciou a sua produção artística nos anos 40 do sec. XX, tendo participado na construção de Brasília. Um artista plástico com uma vertente do seu trabalho ligada à arquitectura, obras pensadas para o espaço público e para as pessoas que o utilizam. João Filgueiras Lima menciona o Teatro Nacional de Brasília e o Salão do Itamaraty de Oscar Niemeyer, como espaços impossíveis de imaginar sem a presença dos projectos do artista, uma relação que caracteriza a arquitectura de um modo integrado e imponente.

o entendimento entre a arte e o espaço público

Segundo Telles (1997) Athos Bulcão utiliza no azulejo, o padrão, renovando a tradição portuguesa. Foi Oscar Niemeyer a entusiasmar o artista a realizar projectos para azulejos que participassem na construção do espaço e foi com ele que iniciou essa colaboração com a arquitectura. “*Desde sua primeira colaboração com Oscar Niemeyer, Athos Bulcão demonstrou a compreensão exata do papel do artista na obra arquitetônica, ou seja, estar estética e filosoficamente comprometido com as exigências do projeto arquitetônico, trabalhando em função do espaço proposto, destacando, valorizando e intensificando a presença da arquitetura*” (Telles, 1997, p. 2).



1.28 Azulejo do painel que se encontra no SARAH Rio de Janeiro

Trabalhou com arquitectos como Glauco Campelo, Ítalo Campofiorito, Elvin Dubugras, Sérgio Parada e João Filgueiras Lima. Telles (1997)

4. Athos Bulcão, artista brasileiro - 1918-2008. O artista plástico dedicou grande parte da sua obra ao espaço público, apresentando também projectos nas áreas de cenografia, figurinos, design de interiores e artes gráficas.

encontra na relação estabelecida entre João Filgueiras Lima e Athos Bulcão, a semelhança de ambos trabalharem com o processo de construção modular, uma estrutura de pensamento que os une em projectos com uma grande função social.

painel de madeira
do SARAH Lago Norte

Num entrevista realizada por Cláudia Estrela Porto a João Filgueiras Lima depois de Athos Bulcão falecer, é possível entender a relação que ambos estabeleciam com os projectos - um trabalho de equipa - existindo sempre um objectivo e uma intenção nas obras realizadas. O painel de madeira do SARAH do Lago Norte é um exemplo disso: uma peça que tinha o objectivo de dividir uma zona de circulação do Serviço de Fisioterapia, permitindo a ventilação, e a intenção de criar uma divisão arejada e valorizada esteticamente. Foi realizada uma solução de painéis de madeira, em que o posicionamento dos painéis, possibilitando a ventilação, criam na obra a transparência pretendida por Athos, e a cor conferiu equilíbrio e harmonia à peça.

espaços para usar

“Lelé- (...) Você não fica só vendo arquitetura, arquitetura é para você usar, é para você se sentir bem, então ela tem de ser bela como todas as manifestações do ser humano. O ser humano tem de procurar a beleza em cada coisa que faz, inclusive na arquitetura. Desta forma, pensar que a beleza não é uma função é também outro equívoco” (Porto, 2008, p. 5).

a sinergia entre a técnica,
a função e a arte

No trabalho que realizaram existe a preocupação do carácter utilitário da arquitectura, sempre vinculado à beleza para construir espaços de bem-estar. João Filgueiras Lima vê a arquitectura na sinergia entre a técnica, a função e a arte.

“Cláudia – Lelé, para finalizar, por favor complete apenas esta frase: para você, Athos é...”

Lelé – Para mim, Athos é o artista plástico de nosso tempo que melhor conseguiu integrar a arte plástica à arquitetura” (Porto, 2008, p. 8).

Alvar Alto com o Sanatório de Paimio (1929-1933), João Filgueiras Lima e Athos Bulcão com a Rede SARAH (1980-2009) são exemplos extraordinários de projectos realizados para espaços hospitalares.

preocupações partilhadas

Alvar Alto e João Filgueiras Lima são os únicos arquitectos com projectos em destaque nesta investigação. Existe um enorme interesse no trabalho realizado e semelhanças nas preocupações que partilharam, sendo de salientar: a importância que atribuem ao trabalho interdisciplinar; a preocupação com a habitabilidade no espaço hospitalar; o objectivo de construir edifícios que contribuam para o processo de cura dos pacientes; a atenta construção de ambientes que implicitamente transmitem afecto. As preocupações que estes arquitectos demonstram nas suas obras, comprovam o interesse em conquistar a harmonia de todos os elementos, em benefício de um todo humanizado.

Athos Bulcão, na sua ligação a João Filgueiras Lima, intervém no espaço hospitalar com uma obra inconfundível, as suas peças estabelecem o



1.29



1.30

1.29
SARAH Lago Norte,
Brasília (Brasil)
Intervenção artística
de Athos Bulcão.



1.31



1.32

1.30 / 1.31
SARAH Salvador,
Salvador da Baía (Brasil)
Intervenção artística
de Athos Bulcão.

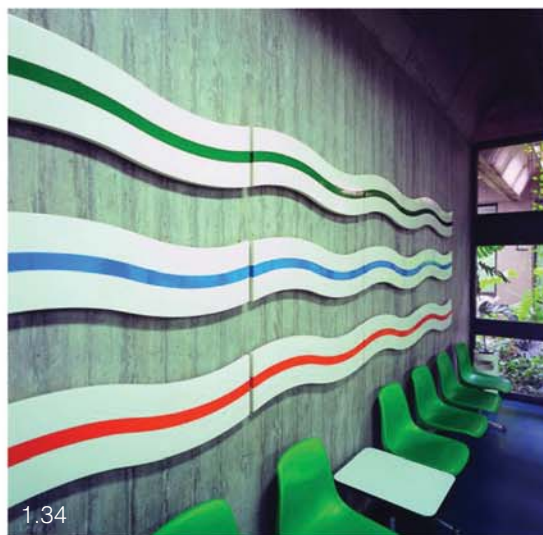
1.30- Separações recortadas
que permitem a entrada de luz,
construindo jogos de sombra
dinâmicos ao longo do dia.

1.31 - Uma intervenção artís-
tica, em que o muro recortado
de Athos Bulcão, é apenas um
dos elementos da composição.

1.32 - 1.36
SARAH Brasília,
Brasília (Brasil)
Intervenções artística
de Athos Bulcão



1.33



1.34

1.32 / 1.33- Um sistema de
painéis rotativos, atribui ritmo
e interesse visual a soluções
convencionalmente monóto-
nas.

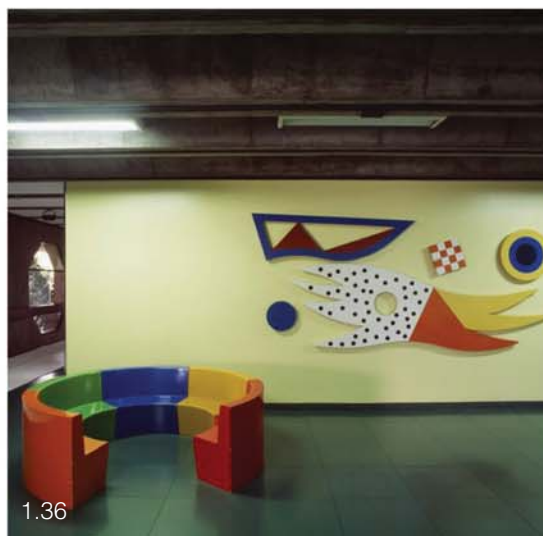
1.34 - O betão, frio e cinzento,
recebe uma intervenção que
lhe atribui leveza e conforto,
onde as formas tridimensio-
nais servem para sentar, num
desenho unido.

1.35 / 1.36 - Mobiliário: dis-
tintas funcionalidades reunidas
controem lugares.

Para guardar, para brincar,
para sentar, para colorir, para
construir, para animar, para
decorar, para marcar, para
distrair, para acompanhar...



1.35



1.36

espaço, completam várias funções e valorizam cada lugar de um modo único. Questionamos o porquê de obras desta importância serem tão pouco conhecidas (pelo menos em Portugal) e porque não se conhecem outros artistas com uma actuação e participação semelhantes no espaço hospitalar? Será que não existe interesse ou oportunidade? A cololaboração entre Athos Bulcão e João Filgueiras Lima iniciou-se a pedido do arquitecto, o arquitecto considerou importante a participação de um artista na obra, por coincidência ou não, partilhavam um procedimento comum perante o espaço hospitalar - construir um espaço para o bem-estar de todos. Parcerias aparentemente inevitáveis, ligações profissionais coerentes, que na realidade portuguesas são muito difíceis de encontrar. Porquê? Podem ser inúmeros os motivos, no entanto, os mais evidentes são a falta de sensibilidade e saber de quem dirige projectos e toma decisões dos benefícios a retirar destes espaços hospitalares. Alterar essa mentalidade é um desafio a considerar.

autores e publicações

Se alguns autores escolhidos nesta investigação auxiliaram num pensamento definidor de um modo de actuar no espaço hospitalar, outros, com o seu trabalho, transmitiram indicações para a resolução de problemas práticos nos projectos que concretizamos, tendo sido, nesse sentido, vozes activas e úteis, destacando-se os autores e as suas publicações:

Sarah Hosking e Liz Haggard publicaram “*Healing the Hospital Environment – Design, Management and Maintenance of Healthcare Premises*” em 1999 um estudo que expõe a importância de criar ambientes saudáveis, indicando os inúmeros elementos que podem cooperar nesta construção. Desde o conforto no espaço hospitalar, às necessidades das diferentes tipologias de áreas e serviços interiores e exteriores, aos materiais e mobiliário mais adequados, passando pela importância da cor e pelos benefícios da presença artística. Uma publicação centrada na experiência no Serviço Nacional de Saúde Inglês e nas suas particularidades que apresenta exemplos de situações e reflexões partilhadas nesta investigação. As autoras são especialistas no tema, apresentando um trabalho de referência.

“Aesthetic are not an obscure, elitist discipline concerned with art, expensive interior design or abstract discussion about the meaning of beauty; our use of the word “aesthetic” is about the quality of the total experience our surroundings give us, as perceived by our senses and intellect” (Hosking & Haggard, 1999, p. xv).

Janet R. Carpman e Myron A. Grant publicaram em 1986, “*Design That Cares – Planning Health Facilities for Patients and Visitors*”, tendo sido na altura considerado um trabalho inovador na área. A inovação está como o título indica na abordagem do espaço hospitalar centrada nos doentes e visitantes, apresentando quais os elementos a ter em atenção ao projectar, renovar e planear um espaço hospitalar. Destacam-se: os benefícios na concepção de sistemas de orientação eficazes; a importância do conforto psicológico de pacientes e acompa-



1.37



1.38

1.37 / 1.38
SARAH Brasília,
Brasília (Brasil)

1.39 / 1.40
SARAH Salvador
Salvador da Baía (Brasil)

1.41 - 1.43
SARAH Brasília,
Brasília (Brasil)



1.39



1.140

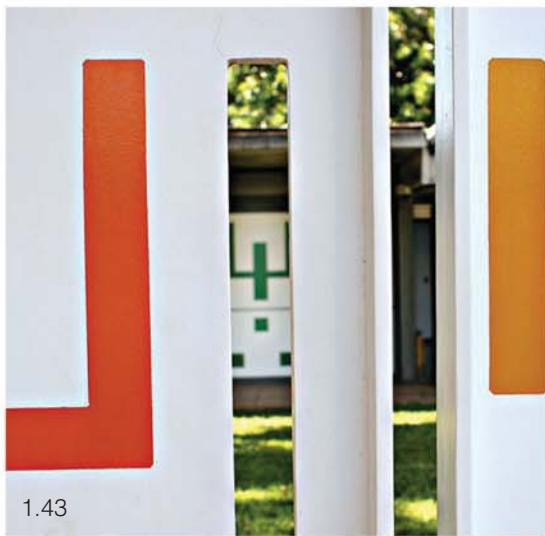


1.41

“O testemunho do Dr. Aloysio Campos da Paz nos anos 90 é eloquente: Os hospitais de Lelé, ao contrário de espaços constrangedores de sofrimento, tornaram-se locais amenos, generosos, ricos em volumes e cores: a própria expressão e sentido da palavra Reabilitação. Quando um velho titular de ortopedia e reabilitação da mais antiga e tradicional universidade inglesa visitou os belos espaços horizontais do SARAH Salvador, virou-se para mim e murmurou com os olhos marejados: sempre sonhamos com isso! Hoje você me trouxe ao próximo século!” (Segawa & Guimarães, 2010, p.85).



1.42



1.43

nhantes; a utilidade de regular o contacto social tendo como base as abordagens da privacidade e territorialidade e a importância de um ambiente concebido atendendo a elementos simbólicos (que percebemos com os nossos cinco sentidos), que podem contribuir positivamente ou negativamente na percepção que temos de um lugar. Uma abordagem focalizada na sociedade e no sistema de saúde Americano.

Existem organizações preocupadas com o espaço hospitalar, onde podemos entender como apoiam e promovem projectos e como se aliam sinergias. Desde projectos de raiz à reabilitação de antigos hospitais, passando por concursos de ideias na procura do hospital do futuro, são várias as actuações existentes.

O *Royal Institute of British Architects* é uma organização inglesa independente dedicada à promoção e investigação na área da arquitectura. Em 1999 promoveu um concurso para a construção de uma unidade pediátrica, do Serviço Nacional de Saúde Inglês no *Guy's & St Thomas' Hospital*, baptizada de *Evelina Children's Hospital*. O concurso foi lançado, foram obtidas cinquenta e seis candidaturas, tendo sido seleccionadas cinco equipas para avançar para a concepção do projecto. Para escolher o projecto vencedor, a participação de funcionários do hospital, pacientes, acompanhantes e autoridades de planeamento local foi essencial. A equipa de arquitectos Hopkins ganhou o concurso. O *Royal Institute of British Architects* considera que os arquitectos pretendiam um espaço hospitalar em que não se sentisse o hospital, afirmando ser o novo hospital pediátrico de Londres para os próximos 100 anos. Foi inaugurado em 2005 com 16500 metros quadrados.

O “Enhancing the Healing Environment” é um projecto desenvolvido pelo “King's Fund”. O “King's Fund” criado em Inglaterra em 1897 e actualmente presidido pelo Príncipe de Gales, é uma fundação de caridade com o objectivo de melhorar os cuidados de saúde. O projecto “Enhancing the Healing Environment” contribuí desde 2000 para melhorar o espaço/ambiente hospitalar em Inglaterra, com um papel activo, participando de uma forma regular na comunidade.

A *Commission for Architecture and the Built Environment* é uma organização inglesa, que presta consultadoria ao Governo sobre arquitectura, design urbano e espaço público desde 1999, podendo mesmo levar a debate público e profissional a criação de lugares de qualidade. Uma das áreas de actuação é a Saúde, preocupada em modernizar e integrar os serviços de saúde, apresenta casos de estudo e publicações do que pode ser realizado e como, auxiliado os decisores nas actuações.

Em 2003 a *Commission for Architecture and the Built Environment* em conjunto com a *Royal College of Nursing, Design Council, King's Found, NHS Estates Centre for Healthcare Architecture and Design, The*



1.44



1.45

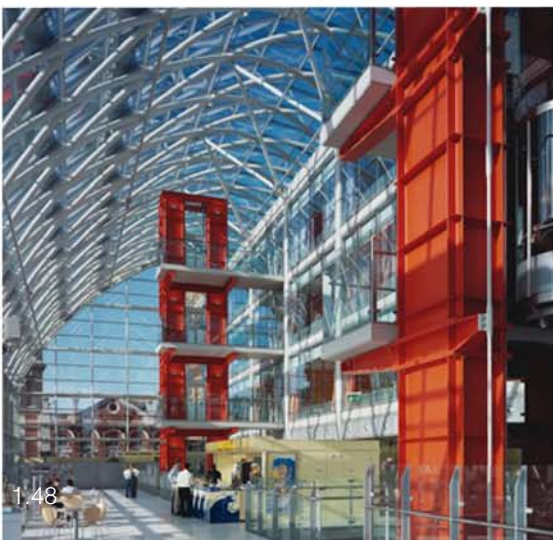
1.44 - 1.50
Evelina Children's Hospital,
Londres (Inglaterra)



1.46

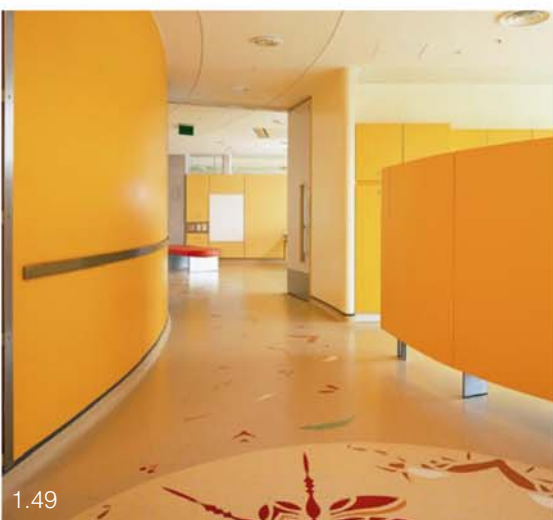


1.47



1.48

"It is a hospital created by children for children with young patients and their families involved in shaping its environment and architecture from the earliest stages of design. The result is a state-of-the-art hospital that redefines expectations" (RIBA, 2006).



1.49



1.50

Nuffield Trust, The NHS Confederation realizaram um projecto comum - *Healthy Hospitals* - considerando e verificando a importância da qualidade do espaço hospitalar em função do bem-estar de pacientes, visitantes e profissionais e num momento de grande crescimento de unidades hospitalares em Inglaterra. Realizaram um concurso de ideias, onde convidaram quatro equipas de Arquitectos e Designers, para propor novos conceitos para a concepção do espaço hospitalar. O resultado é surpreendente e em alguns casos provocador, o que na realidade nos leva a questionar: o que é que pretendemos dos nossos espaços hospitalares? Até onde pode ir a transformação de um conceito espacial já tão enraizado? Como melhorar a estadia no lugar onde se convive com a alegria do nascimento e o desalento da doença?⁵ Este projecto proporcionou que, em conjunto, 100 especialistas na área constituíssem os dez factores⁵ que consideram mais importantes para assegurar um lugar de bem-estar, auxiliando futuros espaços de saúde.

O *Center of Health Design* fundado em 1993, pretende ajudar os profissionais de saúde e os designers numa concepção de qualidade dos espaços de saúde criando ambientes saudáveis.

“The Center for Health Design (CHD) was formed in 1993 by a small cadre of pioneering healthcare and design professionals committed to advancing a singular idea - that design could be used to improve patient outcomes in healthcare environments. Our passion proved contagious. Today, we’re a far-reaching, international community leading the effort to improve the quality of healthcare facilities worldwide, as well as environments for healthy aging. CHD’s mission is to transform healthcare environments for a healthier, safer world through design research, education, and advocacy” (Center of Health Design, 2012).

Sendo uma organização centralizada na investigação, organiza conferências, disponibiliza uma base de dados de publicações de referência, tendo também as suas próprias publicações, como por exemplo:

Journal of Healthcare Design, uma colecção de 10 volumes dos 10 primeiros simpósios de Health Care Design realizados entre 1988-1998.

Health Care Design Magazine - uma revista publicada 12 vezes por ano pelo *Center of Health Design* juntamente com o *Vendome Group*.

As reflexões, projectos, publicações e organizações, apresentadas no

5. “ 1. Good urban design, allowing the building to contribute positively to the urban environment and providing a clear, easy approach that is integrated with public transport.

2. The entrance to the building should be convivial, uncluttered, calm and well scaled.

3. High-quality landscape design, both outside the building and in internal courtyards, to provide places and respite for patients, staff and visitors and resolve often conflicting external demands such as car parking, pedestrian movement, emergency Access, etc.

4. A coherent, easily navigable layout with circulation and waiting areas that are places in their own right.

5. Clear, coherent and succinct signage and graphics, coordinated with a way-finding strategy that springs from a coherent layout and therefore does not depend on excessive signage.

6. Bright, spacious interiors with direct and ambient daylight so as to ensure that staff, patients and visitors do not spend any length of time in an environment that depends on artificial lighting

7. Adequate and effectively planned storage.

8. Thoughtfully designed consulting rooms, treatment/diagnostic rooms and ward interiors that allow for patient/staff personalisation and privacy.

9. Integration of architecture, landscape design and art bringing to bear the therapeutic power of a well considered internal and external environment.

10. Versatility in daily use, adaptability to future changes” (CABE, 2003).



1.51



1.52

1.51- 1.58
Healthy Hospitals - concurso de ideias

1.51 - 1.54 - Proposta de McDowell+Benedetti

1.55 /1.56 - Proposta de Jane Darbyshire & David Kendall Limited

1.57 - Proposta de Muf Architecture / Art with Rosetta Life

1.58 - Proposta de Fat Ltd. with Demos



1.53



1.54



1.55



1.56



1.57



1.58

enquadramento geral do tema desta investigação, são exemplos que consideramos relevantes e que manifestam em comum os benefícios da relação entre o espaço e os seus utilizadores, especialmente o doente na sua recuperação. Abordagens distintas, organizações do pensar e do actuar diversificadas que reúnem um conjunto de sinergias, que nos apresentam a evidente necessidade de actuar com seriedade no espaço hospitalar.

Caracterização dos elementos que constituem o espaço hospitalar

Sabemos que um espaço agradável nos faz sentir bem, no entanto precisamos de saber quais são os elementos que lhe atribuem essa característica, e pergunta-se, o que torna um espaço agradável?

É possível transformar um espaço labiríntico, com um ambiente pesado, soturno, cinzento, desconfortável num lugar agradável e acolhedor?

O local onde o hospital está implantado é um elemento importante a considerar por ter várias implicações, desde a acessibilidade dos diferentes tipos de utentes, como a ligação que os utilizadores do espaço podem ter com a sua envolvente. Se por um lado, profissionais e acompanhantes dos doentes necessitam de serviços que respondam às necessidades diárias - serviços alimentares e outros apoios como alojamentos para os acompanhantes - não estando o próprio hospital preparado para isso, já os pacientes tanto de ambulatório como de internamento deveriam frequentar um espaço preocupado com a valorização das relações ambientais e perceptuais com o exterior. Seria de esperar que as enfermarias e quartos particulares tivessem em conta, não só as necessidades funcionais indispensáveis na prestação de cuidados, mas também as características ambientais que podem beneficiar o bem-estar do doente: uma boa ventilação, iluminação, relação visual com o exterior, etc.

Ulrich⁶ (1984) realizou um estudo sobre a influência verificada na recuperação dos doentes, após uma cirurgia e comparou os doentes internados em quartos com janelas voltadas para paisagens naturais, com os doentes instalados em quartos virados para paisagens urbanas. Procurou reunir o maior número de semelhanças entre os doentes em estudo, concluindo: aqueles que usufruíram de uma paisagem natural recuperaram mais rapidamente, sofreram menos complicações pós-operatórias, tendo os profissionais registado estados de humor positivos e menos necessidade de medicação para as dores.

As medidas para construir espaços hospitalares humanizados requerem sempre uma avaliação do investimento económico necessário, sendo sempre um factor de peso para os decisores.

Ulrich (2002) considera que proporcionar a presença de jardins, que

os jardins e a envolvência

paisagem natural

jardim

6. Roger Ulrich é Professor de Arquitectura na Universidade A&M Texas, com uma investigação centrada na influências de elementos caracterizadores do espaço hospitalar na recuperação dos doentes.

participem da envolvente dos doentes, é um investimento tendo em conta que há uma diminuição dos tempos de estadia em internamento e na medicação administrada. Assim sendo, os pacientes apresentam benefícios na recuperação aumentando os resultados de sucesso clínico; os profissionais consideram o local de trabalho mais agradável considerando mesmo o jardim o local preferido para passar a pausa, pela tranquilidade que transmite em oposição ao frenesim das rotinas hospitalares e a economia hospitalar beneficia da redução de encargos. Os estudos apresentados por Ulrich (2002) demonstram a necessidade de definir o tipo de jardim para cada espaço hospitalar, uma actuação que requer um projecto consciente onde a opinião de técnicos, profissionais de saúde e utentes é determinante para obter um bom resultado. Um jardim: para ser visto por uma janela de um quarto, corredor ou sala de espera; para trazer cor a um lugar cinzento; que permita lá chegar, para se estar, para percorrer, para repousar, que convide os sentidos a usufruir, para criar, inspirar ou simplesmente desligar; um jardim que pode ter múltiplas funções e cenários que auxiliam na definição da sua forma.

“In their study of users of four hospital gardens, Cooper-Marcus and Barnes (1995, p.55) found that the most frequently mentioned positive garden qualities were visual nature elements, especially trees, greenery, flowers, and water. Respondents strongly associated these nature features with restorative influences on their moods” (Ulrich, 2002, p. 7).

Há um aumento na investigação científica nesta área e seriedade nos resultados obtidos.

Apesar das decisões tomadas num projecto, dependerem a maior parte das vezes de questões médicas e económicas, a preocupação com a satisfação do doente adquiriu um lugar de destaque, onde o bem-estar no espaço (especialmente com o reconhecimento dos benefícios na sua recuperação) pode ser relevante para agradar ao paciente, que começa cada vez mais a ser reconhecido como um consumidor de serviços de saúde.

a cor

José Filgueiras Lima sobre a obra de Athos Bulcão na Rede Sarah:
“Antes de incorporarmos todos estes trabalhos de arte nos hospitais, a psicologia hospitalar ditava a predominância de cores neutras para o paciente se acalmar. Eu discordo completamente desta filosofia. O Sarah é o oposto disso. Ele tem cores muito vivas sugeridas por Athos. Mas estas cores são as existentes na natureza. O ser humano nunca precisou mudar o verde das plantas para ficar calmo, muito pelo contrário. A natureza se manifesta extremamente colorida. Há uma exuberância incrível nas árvores, nas plantas. Então, por que dentro de casa você tem de ter verde pastel e as cores têm de ser neutras para se alcançar este estado? A ideia da cor neutra foi incorporada quando os hospitais passaram a ser extremamente tecnológicos e a luz tinha de ser artificial. Mas a vibração da luz natural conduz à calma com maior eficiência. A

vibração das lâmpadas fluorescentes não é saudável. Foi preciso destruir um pouco esses dogmas criados pelos hospitais tecnológicos da primeira metade do século XX. E isto se deu graças ao Athos. O domínio que ele tem da cor é fantástico e, nos hospitais, encontrou espaço para exercitá-la. Mas, evidentemente, é a boa arquitetura do hospital que proporciona aos pacientes espaços condizentes para a cura, que lhes oferece condições de se tratar fisicamente. E a boa arquitetura não faz restrição de cor, a boa arquitetura é boa arquitetura porque é boa arquitetura. Não vai aí nenhuma presunção em achar que eu estou fazendo boa arquitetura, mas acho que restringir a cor é limitar a arquitetura” (Porto, 2008, p. 5).

É comum ao falarmos da cor dos hospitais portugueses, a rápida associação ao branco, tons pastel e azul: um branco que surge em todo o lado, das paredes aos lençóis, que sugere higiene e limpeza característica fundamental num espaço de saúde. Durão (2005) esclarece que dada a luminosidade da cor branco, a sua capacidade reflectora, num espaço completamente branco a possibilidade de encadeamento é grande, referindo mesmo a inexistência de ambientes totalmente brancos na natureza. Facilmente se entende o aparecimento de fadiga visual, ao pensarmos na necessidade da pupila se contrair para controlar a quantidade de luz percebida num ambiente branco.

branco, cores pastel e azul

As cores pastel, são comumente consideradas uma opção inócua, aparentemente semelhante ao branco na detecção de sujidade, com um ligeiro pigmento de cor, que parece colorir o lugar sem arriscar demasiado. *“As cozinhas, as casa de banho, os carros, a roupa interior, os fatos de noite, a roupa de mesa e a roupa de toilette conheceram, entre o fim do século XX, esta passagem necessária pelos tons pastel, por estas cores que não são nem densas nem fortes, e que parecem ter vergonha de dizer o nome”* (Pastoureau, 1997, p. 144).

O azul, uma cor que evoca a esterilização e o limpo, utilizada na sinalização urbana do hospital, como fundo das placas de orientação espalhadas pelas cidades, memorizadas por todos, converteu-se numa cor facilmente associada ao hospital.

Como definir cores num projecto para o espaço hospitalar?

cor no espaço hospitalar

Segundo Durão (2005) o *“processo de conceptualizar a cor”* (p. 35) é muito complexo pela necessidade de conhecer diversas áreas desde a percepção visual, fisiologia, psicologia, história, passando pelos materiais e suas especificações de trabalho e pela actuação da luz e das múltiplas variações que ela provoca.

Quando realizamos um projecto para o espaço hospitalar a escolha da cor, da sua actuação, do modo como vai conviver no espaço, é fundamental e de extrema complexidade, como Durão afirma não se trata da *“introdução de um pigmento destinado a colorir espaços”* (Durão, 2005, p.35) e não pode ser considerada uma tarefa a realizar no fim de um projecto mas sim pensada e trabalhada desde o início.

Florence Nightingale, já em 1860, referia a cor e a luz como princípios essenciais a considerar no bem-estar do paciente, podendo mesmo ajudar a sua recuperação. Nightingale tinha consciência da interação existente em tudo quanto nos rodeia.

Neste momento o nosso interesse pela cor está centrado no espaço hospitalar, sendo um dos elementos que participa na sua construção e no modo como se apresenta e comunica. Tentando entender numa perspectiva prática o que referia Florence Nightingale, como é que através da cor e conseqüentemente da luz, poderemos construir ambientes hospitalares saudáveis que promovam o bem-estar de todos? Quais os elementos a considerar?

Existem investigações na área e diferentes olhares, salientamos as que mais nos interessaram.

Hosking y Haggard (1999) apresentam uma investigação realizada pela NASA, relativa à influência da cor nas nossas atitudes e comportamentos, considerando ser possível aplicá-la no espaço hospitalar. A conclusão do trabalho da NASA indica as diferenças existentes entre cada indivíduo, condicionadas pela experiência, cultura, idade, etc., que actuam no modo como reagimos à cor:

“The association of colours with definite mental conditions and moods is general. No absolute relationships have been established and the subject is open to individual interpretation... The problem of individual differences in habituality concerns the colour of living areas. Personal preference depends on such factors as the individual’s familiarity with certain colours and colour combinations and the emotive connotations they may have for him” (Hosking & Haggard, 1999, p. 120).

As autoras apresentam outra experiência reveladora da reacção às cores da maior parte dos ocidentais:

“There seem to be some consistency in colours associated with attractive smells and tastes, which are different pinks, pale yellows and greens. ‘Warm’ colours appeared to benefit requirements of social interrelations, and ‘cool’ colours apparently encouraged introspection and contemplation. There are other colours associated with overestimation and underestimation of time which again could be as useful in hospital ward as in spacecraft. These observations were very general but there are a number of experiments on the effect of colour” (Hosking & Haggard, 1999, p. 120).

Figueiredo (2005) apresenta diferentes reacções humanas à cor e sugestões cromáticas para áreas do espaço hospitalar sob a óptica de Marberry & Zangon (1995), Pütsep (1979) e Caetano (1980).

Henrique Muga (2005) faz uma reflexão sobre a cor na arquitectura:

1. Considera a influência da cor no ser humano e apresenta um quadro relativo aos *“efeitos psicofisiológicos e simbologia das cores”* (p. 46) baseado em vários autores;

2. Constrói com base no trabalho de diferentes autores, como os Arquitectos Laland Roth ou Rem Koolhaas, uma pequena sequência cronológica da *“cor na história da arquitectura”* (p. 125);

3. Apresenta uma reflexão sobre o papel da cor na arquitectura segundo Massel e Kail (1989) (p. 197), que nos agradou especialmente pelo interesse na sua utilização e a preocupação da integração do edifício na paisagem, não analisando a cor isoladamente mas sim como um elemento que participa num todo desinteressando-se desta forma da “*cor tinta*” (p. 197). “*Para estes autores, as cores desempenham três importantes funções na arquitectura: a sinalética, a semiológica e a poética*” (p. 197).

três funções da cor na arquitectura

A função sinalética da cor é apreciada pelos arquitectos pela sua ligação à funcionalidade dos lugares e são apresentados exemplos desses desígnios com base em Rasmussen (1998), Massel e Kail (1989), Beresniak (1987) (p. 197). O hospital é um dos exemplos relacionando-se com o “*organizar da actividade humana*” (p.197), um exemplo de edifício onde percursos, codificações cromáticas de espaços e actividades estão intimamente ligados com a cor.

A função semiótica da cor ocorre “*no seio da vida social, cultural e religiosa*” (p.198), numa abordagem cheia de simbologias e subjectividades. A função poética da cor “*É uma dimensão vital: é a matéria primária indispensável à vida (Léger, citado por Massel e Kail, 1989). Também Le Corbusier dizia que a cor é o sangue do corpo que circula com boa pulsação, é o próprio sinal da vida*” (p. 199).

4. O autor apresenta indicações relativamente ao uso da cor, preocupando-se com o espaço como um todo e com o bem-estar dos seus utilizadores.

A tese de Mestrado de Anne Ketherine Zanetti Matarazzo (2010), realizada na Faculdade de Arquitectura e Urbanismo da Universidade de São Paulo é exclusivamente dedicada ao tema da cor no espaço hospitalar.

cor no espaço hospitalar

Uma dissertação interessante pela reflexão feita sobre a influência da cor “*no bem-estar físico, psicológico, emocional e social de pacientes hospitalares, tendo em vista possíveis influências ao tratamento terapêutico de cura*”, baseada em pesquisas “*nas áreas da psicologia ambiental, neurociência e psicofísica*” consideradas, que aplicadas à arquitectura, possam proporcionar ambiente de “*bem-estar mental*” que “*é necessário para o bem-estar fisiológico*” (Matarazzo, 2010, p. 8).

São apresentados três casos, que são considerados esclarecedores da relação entre a cor, o ambiente hospitalar e a “*promoção à saúde*”.

Foi dirigida uma especial atenção para as transformações apresentadas no ambiente hospitalar e para o modo como a autora trata o processo de humanização, a interacção - cor, ambiente hospitalar, saúde - e finalmente, “*no bem-estar físico, psicológico, emocional e social de pacientes hospitalares, tendo em vista possíveis influências ao tratamento terapêutico de cura*” (Matarazzo, 2010, p. 8).

Matarazzo (2010) considera que as grandes transformações no espaço hospitalar estão neste momento centradas no ambiente, bem-estar e sustentabilidade, onde todos os elementos devem ser pensados para o doente.

“O foco do serviço hospitalar deixa de ser a doença, e passa a ser a promoção da saúde” (Matarazzo, 2010, p.186).

Os hospitais apresentados na tese, com base na reflexão realizada, foram: *Royal Hospital For Sick Children* em Edimburgo na Escócia, *Karolinska Solda University Hospital* em Estocolmo na Suécia e *Children’s Hospital of Pittsburgh of UPMC* em Pittsburgh no EUA.

Um projecto em destaque, por se tratar de um manual de boas práticas, com preocupações estéticas e funcionais, relativamente ao uso da cor em espaços de saúde é: *“Lighting and Colour for Hospital Design - A Report on an NHS Estates Funded Research Project”*⁷. Uma publicação que pretende orientar todos os intervenientes na construção do espaço hospitalar, para o uso da cor e da luz nos projectos, mencionando as áreas de entrada e recepção, espaços de circulação e enfermarias do hospital.

A cor e a luz são aqui tratadas de uma forma abrangente considerando-se:

- os diferentes tipos de utilizadores do espaço hospitalar: profissionais, pacientes, acompanhantes, com características específicas visuais, emocionais, culturais, etárias, etc.;
- a importância do gosto, avaliado em grupos de utilizadores, em que a preferência, a harmonia ou a psicologia da cor são temas tratados;
- a relação entre luz e cor e as características da luz natural ou luz artificial;
- o papel da cor na construção de sistemas de orientação;
- a manutenção preocupada em conservar as opções de cor e luz, realizadas num edifício, como determinante para o sucesso da solução realizada;
- a eficiência energética no planeamento de um ambiente hospitalar;
- a importância de um trabalho interdisciplinar porque a cor, fundamental no espaço hospitalar, existe em milhões de elementos que interagem sendo de todo o interesse, no planeamento, o contributo dos diferentes especialistas;

O guia de boas práticas termina com a resposta a algumas perguntas frequentes no espaço hospitalar.

A relação entre a cor e o espaço hospitalar é inevitável e um entendimento do *“fenómeno cor”* imprescindível, para isso, Pastoureau (1997) considera necessário existirem três elementos: *“uma fonte de energia luminosa, um objecto modulador sobre o qual incida essa energia (no limite, este pode ser o ar) e um órgão receptor, isto é o homem (ou o animal) equipado com esse aparelho complexo - simultaneamente biológico e cultural –constituído pelo par olho cérebro”* (p. 66).

Compreender todo o funcionamento biológico da percepção humana,

7. *“This guidance document was written jointly by BRE and the Colour Design Research Centre at London South Bank University as part of a Department of Health (NHS Estates) funded project Lighting and Colour Design for Hospital Environments”* (Dalke, Liffelair & Loe, 2004, p. 6).

associada às características culturais no uso da cor que nos trazem hábitos, simbologias e mesmo a associação do gosto, em conjunto com toda a dinâmica que a percepção da cor proporciona, como explica Durão (2005): *“A percepção da cor varia consoante o contexto em que se encontra e não é sujeita a nenhuma regra universal, pois ela é dinâmica, isto é, constantemente modificada pelas outras cores, pelas características das superfícies, pela tipologia da luz e pela distância”* (p. 36), são um conjunto de conhecimentos necessários para tratar o tema da cor no espaço hospitalar, sendo sem dúvida um desafio pela quantidade de implicações que envolve.

O universo cromático a trabalhar é muito vasto: da cor na concepção de ambientes confortáveis em que conseguimos estar bem e nem notamos a sua presença, à utilização cromática nos mais variados artefactos que nos informam, acompanham, distraem ou ao posicionamento da cor nos sistema de orientação e na construção de espaços legíveis para todos.

“Hospitals are the most complex of building types. Each hospital is comprised of a wide range of services and functional units. These include diagnostic and treatment functions, such as clinical laboratories, imaging, emergency rooms, and surgery; hospitality functions, such as food service and housekeeping; and the fundamental inpatient care or bed-related function. This diversity is reflected in the breadth and specificity of regulations, codes, and oversight that govern hospital construction and operations. Each of the wide-ranging and constantly evolving functions of a hospital, including highly complicated mechanical, electrical, and telecommunications systems, requires specialized knowledge and expertise” (Carr, 2011).

(des)orientação

Dentro do hospital existem inúmeros espaços, cada um deles com diferentes características e diferentes utilizadores. Desde a entrada, zonas de circulação, zonas de atendimento de utentes, zonas de espera, serviços de diferentes especialidades médicas (gabinetes médicos, salas de tratamento, salas de exame, salas de cirurgia, etc.), serviços de apoio (aprovisionamento, cozinha, lavandaria, capela, etc.) até aos internamentos, são variadas as particularidades e necessidades de cada área, sendo indispensável que os seus utilizadores tenham conhecimento dos percursos que efectuam e dos diferentes objectivos de cada um.

Quando entramos pela primeira vez num espaço hospitalar, é habitual o movimento de diversas pessoas, uma comunidade em actividade que parece executar movimentos precisos e caminhos específicos, mas nós não fazemos ideia do caminho a tomar.

entrar

A entrada, provavelmente, representa o lugar de transição do espaço exterior com o interior, devendo ser projectada com essa consciência e analisados todos os seus usos.

“The entrance is also a place for people to wait for transportation, to communicate with others, and to become oriented to the layout of the facility” (Carpman & Grant, 1993, p. 50).

O momento da entrada é precedido pela necessidade de saber para onde ir, o espaço na sua concepção deve facilitar essa resposta, recorrendo à utilização de sistemas de orientação e zonas informativas que disponibilizem aos utentes as indicações que necessitam.

Marcamos assim dois momentos importantes de uma ida ao hospital: a entrada e a necessidade de saber para onde ir, as primeiras de inúmeras acções que coabitam dentro do espaço hospitalar: ir a uma consulta; ir a um tratamento; ir fazer uma cirurgia; ir visitar um doente; ir acompanhar uma doente, ir tratar de questões administrativas - marcar uma consulta, tratamento ou exame, levantar medicação; ir de uma consulta para um exame; ir de uma consulta para um tratamento; ir ao bar; estar internado no hospital, estar à espera de ser atendido; ir ao WC: como doente de ambulatório, como doente de internamento; como acompanhante; como visita... Usos e utilizadores distintos que é necessário conhecer para reflectir, projectar, construir e melhorar o espaço hospitalar.

ir...

passado, presente e futuro

O espaço hospitalar, como qualquer outro espaço público, deverá ser projectado com o conhecimento do passado e do presente e a consciência das necessidades do futuro, estando sempre preparado para todos os utilizadores – crianças, adultos, idosos, pessoas com mobilidade, audição ou visão reduzidas, etc.

Segundo Janet Carpman e Myron Grant (1993), se o complexo sistema de circulação com inúmeros intervenientes funcionar para o utente que se dirige à instituição pela primeira vez funciona para todos os utentes do espaço.

No entanto, nem todos os autores acreditam em soluções que resolvam os problemas do espaço hospitalar.

“Um grande número de acompanhantes, de famílias perdidas, procuram a saída ou determinado sector deste universo complexo, independentemente da quantidade e qualidade dos mapas do interior do edifício fixados nas paredes, das sinalizações ou setas indicadoras de direcção. Todo aquele que usar bata branca é com frequência abordado para dar informações ou indicar o caminho, da mesma forma que um agente da polícia é interrogado num cruzamento sobre a direcção que deve seguir” (Peneff, 2002, p.23).

a desorientação
na ida ao hospital

Segundo Peneff (2002), a desorientação verificada nestes espaços mesmo quando existem orientações precisas, está relacionada com uma barreira do foro psicológico. Por um lado, a desorientação dos utentes é motivada pela situação hospitalar em que se encontram, no entanto Peneff considera também que os acontecimentos pouco habituais do quotidiano - pessoas a sentirem-se mal, macas a circularem por todo lado, etc. - contribuem para um aumento da ansiedade e desorientação. Verificamos uma grande diferença na orientação em outros equipamentos públicos, em que as pessoas confrontadas com sistemas orientadores com as mesmas características, ou mais complexos, não manifestam qualquer sintoma de desorientação.

Deste modo, pode considerar-se que a concepção do espaço hospita-

lar deve ser reflectida e especificamente desenhada, com elementos auxiliares na orientação e legibilidade de cada lugar, tentando chegar aos utentes e acreditando que um trabalho cuidado, sério e exaustivo, melhorará a habitabilidade do espaço hospitalar e minimizará todas as tensões existentes.

“Na realidade, um meio ambiente característico e legível não oferece apenas segurança mas também intensifica a profundidade e a intensidade da experiência humana” (Lynch, 2003, p.15).

o que sentimos quando estamos desorientados

Segundo Lynch (2003), a desorientação que se pode sentir num lugar está associada a sensações de ansiedade, terror e medo, que anulam o nosso bem-estar, podendo mesmo provocar situações de grande desconforto e caos, já um ambiente legível proporciona sensações contrárias.

Pretendemos ambientes acessíveis e legíveis, para isso é vulgar servirmo-nos de diferentes meios de orientação que facilitam a nossa viagem. Memorizamos sinais, aprende-se a lidar com uma bússola, a localizar os pontos cardeais e a manusear mapas, servimo-nos do sistema que for necessário, de acordo com a cultura em que estamos inseridos, e verificamos que ao longo dos tempos e nas diversas civilizações do mundo, a orientação foi sempre tida em conta. São inúmeras as formas de orientação existentes no mundo, desde o conhecimento profundo das estrelas, das correntes marítimas ou das cores do céu, essenciais aos navegadores e aos pescadores, o reconhecimento dos ventos dominantes que os esquimós precisam para determinar as direcções, passando mesmo pela orientação como prova desportiva⁸.

orientação

“Os sistemas de orientação que têm sido usados variam grandemente pelo mundo fora, mudando de cultura para cultura, de paisagem para paisagem” (Lynch, 2003, p.17).

Quais as ferramentas que utilizamos para nos deslocarmos no espaço público?

“Um geógrafo americano (...) apresentou um dia um trabalho sobre a necessidade de orientação em relação aos nossos quatro pontos cardeais e ficou surpreendido quando descobriu que a audiência, acostumada a orientar-se por meio de características urbanas notáveis, não sentia necessidade da orientação por pontos cardeais” (Lynch, 2003, p.142).

Com certeza que não nos deslocamos com a ajuda de uma bússola pela nossa cidade e geralmente só utilizamos mapas quando estamos num local desconhecido, então como é que nos orientamos?

“Después de personarme en el edificio, y tras varios intentos infructuosos, tuve que, no sin dificultades, buscar de nuevo la calle y pedir desde una cabina telefónica que alguien fuera a buscarme; eso sí, después de confesar que me había resultado imposible encontrar el camino...” (Juan, 1998, p. 239).

Com certeza que já todos passamos por situações de desorientação em diversos locais.

8. O sueco Major Killander foi considerado o seu fundador, da Orientação desportiva, em 1912.

sinais

É comum verificar tentativas de solucionar este tipo de problema, recorrendo à colocação de sinais de identificação e orientação, redesenhando sinais existentes ou simplesmente, colando papéis nas paredes para tentar dar uma informação ou orientação. Em alguns locais, as inúmeras indicações acabam por desorientar mais do que prestar uma ajuda. Observamos edifícios com uma grande variedade de placas sem razão aparente, ou com pictogramas de que não entendemos o significado, painéis com textos com tipografia ilegível, quer pelo tipo quer pelo tamanho, “diagnosticamos patologias” variadas em suportes de comunicação que deveriam dar respostas e não levantar problemas.

“Carpman et al. (1984) found that as the number of signs in a hospital hallway increased, wayfinding performance decreased. Seidel (1983) found that 76 per cent of people who had difficulty wayfinding in a large metropolitan airport had trouble understanding the signage, and 30 per cent of the sample felt there were too many signs” (O’neill, 1999, p. 229).

o percurso

Ao realizarmos um percurso é necessário ir resolvendo pequenas tarefas, ou seja, decidir passo-a-passo a direcção a tomar até chegar ao destino. Quanto mais complicado é o edifício em que estamos, mais tarefas vão ter de se cumprir até chegar à “meta”. O entendimento relativo à construção do (re)conhecimento e orientação no espaço são fundamentais neste processo.

cognição ambiental

A noção que temos do espaço e que nos permite movimentar e a forma como adquirimos esse conhecimento é designada de cognição ambiental por alguns teóricos, sendo um dos campos de investigação da Psicologia Ambiental. Considera-se que existem duas formas de aproximação ao tema que estão relacionadas: a primeira mais relacionada com o processo de obter conhecimento e a segunda voltada para o conteúdo desse conhecimento.

Neisser (1981, citado por Aragonés, 1998, p. 44), seguindo a primeira interpretação do tema, entende por cognição ambiental a *“actividad de conocer: la adquisición, organización y uso del conocimiento”*.

É nesta abordagem que nos vamos centrar para tentar entender quais os elementos ambientais a ter em conta, de forma a facilitar os processos de conhecimento do espaço, que permitam ao indivíduo uma boa deslocação e orientação. Será assim, uma procura dos elementos físicos perceptíveis, uma descoberta da importância das formas no conhecimento do meio ambiente.

“É elemental considerar que o design actual se deveria usar com o fim de reforçar o significado e não de o negar” (Lynch, 2003, p. 57).

orientação

Deste modo, designamos por orientação a realização de um percurso ou a descoberta de um lugar de uma forma eficaz.

familiarização com o lugar

Quando nos deparamos com um novo lugar necessitamos de o conhecer para nos sentirmos seguros. A familiarização é um processo individual, os mecanismos utilizados variam de pessoa para pessoa e necessitamos de construir o nosso mapa cognitivo pessoal, para navegarmos

com facilidade. Segundo Aragonés (1998) existem inúmeras definições de mapa cognitivo, sendo uma das mais referidas a de Downs e Stea (1973) – *“El mapa cognitivo es un constructo que abarca aquellos procesos que hacen posible a la gente adquirir, codificar, almacenar, recordar y manipular la información acerca de la naturaleza de su ambiente especial. Esta información se refiere a los atributos y localizaciones relativas de la gente y de los objetos en el ambiente y es un componente esencial en los procesos adaptativos de la toma de decisión espacial”* (Aragonés, 1998, p. 45).

mapa cognitivo

O autor cita Siegel, Kiriasic y Kail (1987) ao definir as quatro funções dos mapas cognitivos:

quatro funções dos mapas cognitivos

“a) organizar la experiencial social e cognitive; b) influir en la organización del espacio; c) ser un dispositivo para generar decisiones acerca de acciones y planificación de secuencias de acción, y d) conocer dominios no espaciales de experiencia del ambiente” (Aragonés, 1998, p.47).

Cognição Ambiental e Mapa Cognitivo são processos cujo entendimento é essencial quando se pretende projectar para o espaço público.

Reflectindo e analisando o ambiente urbano e os sistemas de comunicação que nele coexistem é inevitável não mencionar o conceito de legibilidade de Lynch (2003). O autor refere-se à *“imagem da cidade”* como uma estrutura coerente, clara e fácil de ser reconhecida e defende que a *“legibilidade é crucial na estrutura cidadina”* (p.13) referindo a possibilidade da aplicação deste conceito na reconstrução das cidades.

legibilidade

“Uma cidade legível seria aquela cujas freguesias, sinais de delimitação ou vias são facilmente identificáveis e passíveis de agrupamento em estruturas globais” (p. 13), deste modo ao realizarmos um percurso não existiriam dúvidas da direcção a tomar.

Entendendo os elementos da cidade que contribuem para definir a sua imagem, pode-se projectar sistemas de orientação mais eficientes.

Deste modo, segundo Lynch, existem 5 elementos (relativos à forma física) que constroem a imagem da cidade e que contribuem para a memorização dos lugares:

cinco elementos que constroem a imagem da cidade:

Vias – *“são canais ao longo dos quais o observador se move, usual, ocasional ou potencialmente. Podem ser ruas, passeios, linhas de trânsito, canais, caminhos-de-ferro”* (p. 58).

O transeunte observa a cidade à medida que a percorre, construindo e memorizando uma imagem relacionada com os pontos de vista das vias em que se desloca.

Limites – *“os limites são os elementos lineares não usados nem considerados pelos habitantes como vias. São as fronteiras entre duas partes, interrupções lineares na continuidade, costas marítimas ou fluviais, cortes do caminho-de-ferro, paredes, locais de desenvolvimento”* (p. 58).

Bairros – *“os bairros são regiões urbanas de tamanho médio ou grande, concebidos como tendo uma extensão bidimensional, regiões essas em que o observador penetra (“para dentro de”) mentalmente e que reconhece como tendo algo de comum e de identificável”* (p. 58).

Cruzamentos – *«os cruzamentos são pontos, locais estratégicos de uma ci-*

dade, através dos quais o observador nela pode entrar e constituem intensivos focos para os quais e dos quais ele se desloca. Podem ser essencialmente junções, locais de interrupção num transporte, um inter cruzar ou convergir de vias, momentos de mudança de uma estrutura para a outra» (p. 58).

Por vezes, o cruzamento é um “foco” ou “centro” de um bairro, podendo ser considerado um símbolo na sua imagem “o centro polarizador do bairro” (p. 59). O conceito de cruzamento está associado ao conceito de vias – uma convergência de vias resulta num cruzamento.

Pontos Marcantes – auxiliam a memória do indivíduo funcionado como sinais de localização, são uma referência na imagem da cidade, neste caso são pontos exteriores ao observador. Enquanto no caso das vias, dos limites, dos bairros ou dos cruzamentos, o indivíduo está dentro deste tipo de imagem do meio ambiente, os pontos marcantes são exteriores a ele e destacam-se visualmente na paisagem urbana. São representados geralmente por um objecto físico de tamanhos variados, “definido de um modo simples: edifício, sinal, loja ou montanha. (...) Podem situar-se dentro da cidade ou a uma tal distância que desempenham a função constante de símbolo de direcção. (...) Parecem adquirir um significado crescente à medida que as deslocações se vão tornando cada vez mais familiares” (p. 59).

Segundo o autor, estes cinco elementos que caracterizam a imagem do meio ambiente, são realidades físicas que estão dependentes da circunstância de observação, isto é: “uma auto-estrada pode ser uma artéria de comunicação para o motorista e um limite para o peão” (p. 59).

Os elementos apresentados não existem isoladamente. “Os bairros contêm cruzamentos na sua estrutura, são demarcados por limites, cruzados por vias e salpicados por elementos marcantes. (...) Estes elementos são apenas a matéria-prima da imagem do meio ambiente à escala urbana. Têm de ser trabalhados em conjunto de modo a conseguir uma forma satisfatória” (p. 60).

ponto de vista

reconhecer lugares

Milgram (1972, citado por Aragonés, 1998, p. 56) diz que o reconhecimento dos lugares está associado à relação entre o grau de centralidade do elemento em função da quantidade de indivíduos que lá passam, e o seu valor social e arquitectónico, aumentando assim a probabilidade do lugar ser reconhecido.

Já Appleyard (1969 e 1976, citado por Aragonés, 1998, p.56) considera que existem três factores que contribuem para o reconhecimento dos edifícios:

A distinção da forma – “movimiento alrededor de edificio, contorno, tamaño, complejidad de la forma, calidad y conservación de los materiales” (p. 56).

A visibilidade – “que se medía con tres dimensiones: la primera, la intensidad o número de personas que pueden verlo desde diferentes puntos; la segunda, la significación o presencia en los puntos de decisión y en los de transición en el sistema de circulación de la ciudad, y la tercera, la inmediatez o distancia ala que se encuentra de las vías públicas.” (p. 56).

O uso e significação simbólica – “Este atributo se me día a su vez con otros

tres componentes: su intensidad de uso, su singularidad funcional y su significado social, político, económico, estético y histórico” (p. 56).

Gärling, Book y Lindberg (1986, citado por Aragonés, 1998, p. 57) consideram que existem três características ambientais que influenciam a orientação:

orientação

A diferenciação – *“grado en que las partes del ambiente parecen el mismo o son diferentes” (p. 57).*

O grau de acesso visual – *“extensión a las diferentes partes del ambiente que pueden ser vistas desde otro punto panorâmico” (p. 57).*

A complexidade do traçado espacial – *“refleja la cantidad y dificultad de la información que debe ser procesada sobre el ambiente para moverse alrededor del mismo” (p. 57).*

A importância de entender os vários conceitos dos autores apresentados permite conhecer e interiorizar as diferentes formas de observar a cidade, de modo a descobrir os elementos que podem contribuir para uma boa orientação.

Todos os problemas verificados na orientação na cidade são também válidos nos grandes equipamentos - centros comerciais, aeroportos, hospitais... Deste modo, as ferramentas utilizadas para observar e investigar a cidade, podem ser adaptados para os grandes equipamentos.

“Wayfinding, in its short definition form, is the act of finding our way to a destination. Wayfinding design, by extension, is the art of helping people find their way” (Berger, 2005, p.6).

wayfinding

O termo *wayfinding* utilizado por muitos autores é caracterizado por um conjunto de elementos sensoriais que se reforçam mutuamente, construindo uma linguagem visual que transmite os elementos necessários para a orientação no espaço. Os elementos que constroem este sistema contribuem para a memorização do espaço, permitindo saber onde se está, e por onde seguir para chegar ao lugar desejado.

linguagem visual

“Wayfinding is the system that assists patients to find their way from one place to another, often through a complex or new environment. A professional wayfinding system will identify the most effective way to direct people through a space, based on research evidence collected from the particular space it relates to. The tools to assist people in wayfinding can include:

- *Printed information*
- *Architectural features and design elements*
- *Permanent signage*
- *Digital devices (e.g. kiosks or information – screens)*
- *Human interactions (e.g. with information – officers)” (Growth Solutions Group, 2008, p.3).*

“Wayfinding is a person’s spatial behavior or orientation. Spatial orientation is the static relationship to space or the environment. The concept of spatial orientation

is the predecessor of wayfinding. This relationship requires the user to form an overall mental image of the layout of the place. This image is referred to as the cognitive map of the setting. Cognitive mapping concerns the ability to visualize a map, and wayfinding uses the cognitive-mapping process to solve location-based problems.

Unlike spatial orientation with its static relationship to space, wayfinding is a dynamic relationship to the space. It is dynamic in that people's movement with their direct sense of orientation to place must be accommodated" (Huelat, 2007, p.6).

percurso intuitivo

Num bom sistema de *wayfinding* (a sinalética é apenas um dos elementos que o constitui) os elementos marcam o espaço, atribuem-lhe significado proporcionando memórias do lugar, originando comportamentos, a realização de percursos, de uma forma eficaz e natural.

"Non-sign wayfinding elements can include landscaping, architecture, interior design, floor coverings, lighting, wall and window graphics" (Growth Solutions Group, 2008, p. 16).

wayshowing e wayfinding

Per Mollerup (2005) desenvolve o conceito de *wayshowing* intimamente ligado ao de *wayfinding*:

"Wayfinding" is a term that many designers and manufacturers of signs and signage systems like to use. They claim that they work with wayfinding. Perhaps they do, but they haven't found the way to precise language. In their work as sign writers, they should be occupied with "wayshowing". Wayshowing relates to wayfinding as writing relates to reading and as speaking relates to hearing. The purpose of wayshowing is to facilitate wayfinding. Wayshowing is the means. Wayfinding is the end" (p.11).

Considerando *wayshowing* o meio para atingir um fim, que será o de definir um percurso, o seu propósito será facilitar o processo de *wayfinding*.

Segundo o autor, o processo de *wayfinding* é composto por um conjunto de sinais relevantes a que chama – *wayshowing* – e esses elementos constroem o processo. O trabalho do autor apresenta um conjunto de princípios a seguir na construção de um sistema de *wayfinding* convincente e apresenta projectos de sucesso na área.

O entendimento dos elementos que utilizamos para nos orientarmos permite uma maior consciência na construção de um sistema de *wayfinding*/orientação⁹ convincente.

"Five types of environmental features are used to aid orientation during wayfinding, including: landmarks, plan configuration, visual access, architectural differentiation; and signage" (O'Neill, 1999, p. 228. A propósito de Lynch, 1960 e Weisman, 1981).

9. Chamamos sistema de *wayfinding*/orientação por considerarmos que apesar de não existir nenhuma tradução para português do conceito *wayfinding*, sistema de orientação parece ser a designação que melhor descreve este processo. Assim sendo quando referimos sistema de orientação consideramos a abrangência do conceito *wayfinding*.

O'Neill (1999), fundamentado em Lynch e Weisman, destaca cinco características importantes na orientação:

- Elementos notáveis do espaço ou marcos contribuem para a memorização do lugar;

- Planta com a configuração do edifício ajuda na construção mental do espaço permitindo uma maior consciência de onde estamos e para onde vamos; *“The complexity of a plan has a powerful impact on wayfinding performance”* (p. 228).

- Acesso visual facilita as escolhas dos percursos e uma boa visibilidade permite, antecipadamente, ter a percepção do local seguinte possibilitando o reconhecimento de pistas/sinais que auxiliem a opção.

“Garling et al. (1983) found that people with restricted visual access to their destination within a building learned the layout significantly more slowly than people with visual access” (p.228).

- Variações arquitectónicas tornam possível a distinção de zonas: um corredor aéreo em vidro quando todos os outros são em betão; uma parede com uma cor diferente da cor predominante; um espaço com uma actividade diferenciada da praticada no equipamento – um bar num hospital ou o parque infantil no centro comercial;

- Sinalética composta por:

“Three types of information are commonly presented to assist wayfinding: identification (room numbers, business or department names), directional (arrows, text directions and graphic symbols), and layout (including ‘You Are Here’ maps and floor plans)” (p. 228).

Sinalização de identificação - colocada na entrada dos locais chave do sistema, ou seja, nos pontos de destino dos utilizadores, identificando-os. Lynch (2003) valoriza a identificação dos lugares - *“De facto, o próprio acto de dar nomes e distinguir o meio ambiente torna-o muito mais vivo e aumenta a profundidade e poesia da vida humana, Locais no Tibete podem ter nomes como o de “a dificuldade do abutre” ou “a passagem do punhal de ferro”, que não são apenas descritivos mas também parte da cultura da região”* (Lynch, 2003, p.141).

Sinalização de orientação – colocada nos pontos de decisão define a circulação, permitindo gerir e controlar todos os movimentos realizados no espaço.

Mapas “você está aqui”, em conjugação com a sinalização de orientação são o ideal para a navegação em edifícios complexos.

elementos do espaço que utilizamos para nos orientarmos

Segundo Aragonés (1998), os mapas ou plantas são das ferramentas mais utilizadas na orientação. “Você está aqui” é um tipo de mapa utilizado para a navegação em espaços interiores ou exteriores e localiza-se geralmente na entrada. Destina-se a situar o indivíduo no espaço representando graficamente a sua localização e pretende facilitar-lhe a escolha do percurso a seguir em função do local para onde deseja ir. Aragonés (1998) e O'Neill (1999) apresentam a investigação empírica de Levine (1982) e Levine et al. (1984), uma referência no estudo de mapas “você está aqui”, que permite evitar uma série de erros comuns.

mapa «você está aqui»

Nessa investigação, Levine propõe dois princípios fundamentais para o desenho destes mapas:

- Correspondência entre o mapa e a realidade: Pelo menos dois elementos do espaço real devem ser facilmente identificados no desenho do mapa de forma a facilitar ao indivíduo a sua localização. Uma forma de criar essa concordância é através da sua colocação num local em que se visualize uma perspectiva assimétrica da realidade de forma a facilitar a correspondência de pontos de referência.
- Necessidade de ter em conta a orientação do mapa. Neste caso, o mapa deve estar paralelo ao terreno e que a direita do mapa seja a direita do terreno. Quando se localiza verticalmente, a parte superior do mapa deve corresponder à zona que se situa à frente do indivíduo e a direita do mapa permanecer a sua direita. Considera-se contudo que este posicionamento é de leitura mais complexa para o utilizador.

A eficácia dos mapas «você está aqui», dependendo da tipologia de sinalética a utilizar ou da melhor localização para cada peça é variável. Cada projecto tem as suas particularidades, tipologia de edifício, organização do espaço, funcionamento, utilizadores, etc. Os estudos para cada projectos são distintos, não dispensando uma fase para testar e avaliar a eficácia do sistema de orientação.

O'Neill (1999) apresenta alguns autores que realizaram estudos nesta área, avaliando os mapas «você está aqui» e a tipologia de sinalética utilizada em diferentes casos de estudo, de que destacamos os que consideramos mais interessantes:

- Butler, Acquino, Hisson & Scott (1993) estudaram diferentes tipos de sinalética e concluíram que quando não se conhece o edifício, a sinalética de orientação é mais eficaz que os mapas «Você está aqui». Os autores sugerem a utilização de sinalética de orientação, setas com uma direcção precisa durante um percurso, por considerarem que as pessoas estão mais familiarizadas com este tipo de comunicação visual.
- Best (1970) verificou que a colocação de sinalética nos pontos de decisão melhora a eficiência do sistema de orientação.
- Corlett, Manenica & Bishop (1972) simplificaram os sinais utilizados num edifício universitário, colocaram-os nos cruzamentos de corredores, pontos de decisão e verificaram que as pessoas demoravam muito menos tempo a chegar ao destino.
- Weisman (1987) constatou num lar de idosos, que para se orientarem, apenas 18% dos residentes utilizavam o sistema de orientação, os restantes 82% recorriam a características do espaço.

wayfinding

Passini (1999) considera duas intervenções determinantes num projecto de *wayfinding*: em primeiro lugar, a organização do espaço com as respectivas correspondências funcionais que contribuem para o

planeamento do sistema de circulação, definindo os diferentes momentos de decisão de um percurso por onde o utilizador tem que passar; em segundo lugar, a definição dos elementos de comunicação visual que vão ajudar os utilizadores, nas opções a tomar, nos momentos de decisão para chegarem ao destino pretendido.

“Signs and graphic support systems in general are part of environmental communication. However, they cannot be seen independently of spatial organization and the circulation system. We shall, therefore, briefly review the key wayfinding issues in the architectural design of a setting and outline its relation to graphic supports” (Passini, 1999, p.245).

Huelat (2007) considera que não temos todos as mesmas capacidades cognitivas:

como nos orientamos?

- Algumas pessoas orientam-se bem através de mapas e orientações escritas;
- Outras pessoas reagem bem a uma comunicação verbal quando alguém lhes explica a direcção;
- Outras pessoas reagem a pistas visuais como sinalética, elementos notáveis do espaço, cores, etc.
- Há ainda aqueles que necessitam de interacção com outras pessoas para chegarem ao destino.

Deste modo, um bom sistema necessita de utilizar ferramentas que respondam às necessidades de cada um, sendo útil passar a mensagem em distintas linguagens de modo a chegar ao maior número de pessoas possível. A redundância ou a sobreposição destas ferramentas é a forma de comunicar com o maior número de pessoas com capacidades cognitivas diferentes.

Huelat (2007) apresenta um método para desenhar um sistema de wayfinding eficaz – o *Building Block Model*.

Hospital de Potomac

A autora apresenta o caso de estudo do Hospital de Potomac em Woodbridge na Virginia. Com o natural desenvolvimento da instituição houve necessidade de construir um novo hospital que respondesse às carências da comunidade. Assim sendo, realizou-se o estudo de um sistema de orientação que avaliasse as necessidades dos visitantes do hospital e contribuisse para a construção do edifício. Deste estudo resultou um conjunto de recomendações para o projecto, do interior e exterior do edifício, focalizado nas seguintes áreas: arquitectura paisagista, design de interiores, design de iluminação, design gráfico, programa de arte, sinalética e respectiva definição de percursos. Este estudo acompanhou e associou-se ao projecto de construção do hospital que foi realizado em três anos.

“The approach was a seamless project integrated into the planning and design of the new construction project. Wayfinding was not an afterthought, but carefully designed into the project.(...) The hospital felt project and team integration was the greatest contributor to the successful wayfinding program” (Huelat, 2007, p.16).

recomendações
para um bom sistema
de orientação

A autora apresenta uma lista de itens a cumprir na construção de um bom sistema de orientação:

- *Apply the progressive-disclosure model of wayfinding.*
- *Identify all parking, buildings, and entrances.*
- *Use consistent graphics, color, and logos.*
- *Create a user-friendly handheld map, and repeat that map in lobby directories.*
- *Develop an appropriate wayfinding system that is specific to your facility.*
- *Incorporate environmental cues such as landscapes.*
- *Include windows in corridors for outdoor orientation.*
- *Design main entrance drop-off areas.*
- *Offer valet parking.*
- *Provide easy and well-identified parking.*
- *Clearly delineate handicap parking and access routes.*
- *Establish clear routes to primary destinations.*
- *Train all staff in giving directions—the same way to the same place.*
- *Have a highly visible visitor-information center.*
- *Develop a sensible room-numbering system.*
- *Identify all destinations in the same vocabulary.*
- *Use symbols and icons to bridge language barriers.*
- *Provide clear, concise, and consistent signs that have strong contrast and visibility.*
- *Clearly light all signs.*
- *Use lighting to feature landmarks.*
- *Provide easy access to patient education.*
- *Offer learning centers with extended hours, high visibility, and a friendly staff.*
- *Differentiate public elevators from staff and clinical elevators.*
- *Display clocks in primary waiting areas.*
- *Provide telephones in emergency areas, waiting areas, entrances, and dining areas.*
- *Clearly identify restaurant and toilet facilities.*
- *Provide guides and wheelchair transportation for visitors in need.*
- *Avoid convoluted corridors.*
- *Remove clutter from corridors.*
- *Post estimated journey times” (Huelat, 2007, p.17).*

as especificidades de cada
espaço público

Os elementos que podem ser criados ou realçados num sistema de orientação variam de acordo com as particularidades de cada projecto, por exemplo, um hospital deve privilegiar a serenidade, enquanto um edifício comercial especializar-se-á no desassossego e na diversidade de actividades que são características dominantes.

“Consider the difference between a visit to a shopping mall and a visit to a hospital. The purposes of the visits are quite different in terms of stress experience along with the visit, time pressures and outcomes of inaccurate wayfinding. Consumer spatial behaviour is influenced by variables such as needs, wants and social values” (O’Neill, 1999, p. 231. A propósito de O’Neill & Jasper, 1992).

A constante mutação do espaço hospitalar, adaptando-se frequentemente às necessidades do momento, é um princípio caracterizador destes lugares e projectá-los requer consciência desta dinâmica para se idealizarem soluções adequadas a este princípio.

mutação do espaço

A construção de um sistema de orientação é um processo que tem inúmeras etapas, necessitando de um acompanhamento durante o tempo de vida desejado para o sistema, inicialmente a tempo inteiro e depois de implementado, periodicamente.

a manutenção
do sistema de orientação

O problema da eficácia acompanha teóricos e projectistas na procura de procedimentos que evitem falhas. Apesar de actualmente existir um conhecimento de quais os elementos que devem constituir um sistema, os utilizadores dos espaços de saúde continuam a perder-se.

Já em 1989, Janet Carpman, destaca nove elementos a ter em atenção para se evitar problemas na orientação: terminologias/designações utilizadas nos sistemas; numeração dos pisos; sinalética; directórios; pontos de referência; direcções fornecidas verbalmente pelos profissionais; utilização da codificação cromática de modo consciente; coordenação dos elementos de design e manutenção. São muitas e variadas as áreas que contribuem para a construção de um projecto inteligível e funcional. Dos elementos apresentados por Carpman, destacamos os que consideramos ficarem mais vezes esquecidos: as informações direccionais dadas verbalmente pelos profissionais são raramente tidas em conta, trata-se geralmente de uma informação com elementos a mais, não utilizando apesar disso, os elementos notáveis do espaço que podem contribuir para a orientação - é muito importante que os profissionais sejam preparados para darem indicações correctas de modo a serem capazes de auxiliar os utentes. A manutenção do estado de conservação das peças e a actualização da informação do sistema são imprescindíveis, de modo a estar em conformidade com as transformações regulares no espaço hospitalar “...or users will take these activities into their own hands” (Carpman, 1989, p.51).

orientação
em espaços hospitalares

“Arthur and Passini (1992) note that wayfinding is a complex concept which has continued to receive the attention of cognitivists, architects, project managers, space planners, interior, graphic, landscape and traffic designers who are keen to influence the way people interact with and perceive their space (Muhlhausen, 2006). Since the concept was first used by Lynch (1960), there has been a vast growth of theories, design principles and methodologies aimed to supporting the design of better wayfinding systems. These have largely been influenced by the thinking that wayfinding concerns perception, spatial knowledge, information elaboration, memory and problem solving processes (Muhlhausen, 2006). However, despite all this development, users of complex environment continue to get lost. Thus, it would appear, there remains a need to find a satisfactory solution for dealing with the problems of getting lost in such type of environment” (Rooke, Koskela & Tzortzopoulos, 2010, p. 233).

Rooke et al (2010) defendem que uma abordagem focada na gestão de conhecimento proporciona soluções satisfatórias para os problemas de orientação. Os autores propõem uma concepção tripartida do fluxo de conhecimento como uma solução apropriada assegurando no sistema a conjugação dos seguintes elementos: informação correcta, apresentada na forma correcta e ser colocada no sítio certo na altura devida.

“A lean approach to knowledge management has been proposed by Rooke et al (2010), based on tri-partite analysis of knowledge flow” (Rooke, Koskela & Tzortzopoulos, 2010, p.234).

A concepção tripartida do fluxo de conhecimento de Rooke et al (2010) complementa a habitual abordagem dicotómica que distingue conhecimento e informação. A concepção redefine os aspectos informativos e práticos do conhecimento, combinando-os com a concepção física dos objectos e ambientes com informação incorporada, realizando assim entidades que são constituídas, reconhecidas e utilizadas durante as práticas sociais.

Deste modo a concepção tripartida inclui: informação, prática social e as propriedades físicas dos objectos onde o conhecimento pode ser incorporado.

Os autores realizaram uma investigação no Hospital Salford Royal, onde o sistema de orientação era considerado por todos como inadequado: direcção, pessoal e utilizadores em geral, e como sendo um trabalho empírico. Utilizaram a concepção tripartida, estabelecendo duas fases. A primeira, destinada a estudar o ambiente existente e o modo como as pessoas se relacionavam com o espaço para chegar ao destino. A segunda fase destinou-se a encontrar estratégias para melhorar o sistema de orientação do hospital.

Os autores consideram a concepção tripartida do fluxo de conhecimento como: um forte instrumento de avaliação dos problemas de orientação no espaço hospitalar, testaram-no no Salford Royal Hospital e reconhecem ser uma grande ajuda na definição dos verdadeiros problemas do sistema e onde eles se localizam; uma ferramenta útil para sensibilizar os designers quando constroem sistemas, das necessidades variadas e níveis de conhecimento dos transeuntes; uma forma de apurar problemas recorrentes, que podem constituir um padrão e possibilitar a criação de normativos/directrizes que previnam os problema de orientação.

Os autores consideram muito importante a aplicação de uma gestão do sistema de orientação ao longo da vida do edifício, tornando-o assim imortal, o chamado – TLM Trough-Life Management .

“TLM refers to the managment of complex buildings suh as hospital through-life” (Rooke, Koskela & Tzortzopoulos, 2010, p. 239. A propósito de Koskela et al, 2008).

Uma solução possível para implementar ferramentas de análise e avaliação, evitando assim sistemas de orientação ineficazes.

Randy Cooper, presidente da empresa Cooper Signage & Graphics e Craig M. Berger, director de educação da Society for Environmental Graphic Design, são uma referência em projectos de orientação em espaços de hospitalar. Em 2009 publicaram um artigo - *What's new in wayfinding? Developments in hospital signage* - apresentando o que consideram inovador em sistemas de orientação, para actualizar e melhorar sistemas. As soluções expostas são uma sinergia entre tecnologia, sustentabilidade e design ecológico - tecnologias portáteis que guiam os utilizadores dentro do edifício, utilizando sistemas de rádio frequência, ecrãs de alta definição, apresentando de um modo dinâmico informações úteis que, juntamente com a tecnologia *touchscreen*, permitem a visualização de directórios com a marcação de percursos, visitas virtuais, etc. Tecnologias que de acordo com a criatividade no desenvolvimento e desenho de cada software, permite construir diversas soluções, nunca esquecendo a importância da legibilidade e navegação intuitiva nestas ferramentas. Tendo em conta que 20% da população Americana é iletrada em inglês e existem variados idiomas a ter em atenção, apresentam um sistema de sinalética digital, que apesar de utilizar pictogramas universais (Projecto apresentado nos projectos em destaque - Symbol Usage in Health Care), a cor e a língua inglesa, permite a tradução simultânea em várias línguas num painel digital. Elementos que juntamente com a informação *online*, mapas e desdobráveis com as indicações imprescindíveis para os utentes em várias línguas, contribuem para um sistema de sucesso.

Actualmente são inúmeras as empresas que desenvolvem *software* a aplicar em variados equipamentos que podem fazer parte de um sistema de orientação

Existe nesta investigação um grande interesse por projectos, que se relacionem com o espaço hospitalar, onde se verifique que há a preocupação entre o espaço, os seus utilizadores e a comunicação, sendo essa uma forma de conhecer mais ferramentas, estratégias, metodologias e soluções.

Destacam-se projectos representativos de temas valorizados:

“PAPHE *Present and Future of European Hospitals Heritage*” foi um projecto com vários parceiros, realizado no âmbito do programa *Culture 2000* e financiado pela Comunidade Europeia. Considerando que os edifícios hospitalares são um testemunho importante da história da arquitectura e da saúde, e um assunto pouco documentado, o projecto teve como objectivos: conhecer o património hospitalar europeu e realizar o seu levantamento; entender a osmose, articulação e relação entre medicina e arquitectura; comparar patrimónios europeus; partilhar experiências e conhecimentos a nível europeu; analisar especificidades comuns na Europa de modo a transformar, adaptar, melhorar e preservar o património cultural; transmitir e ensinar este conhecimento ao maior número possível de pessoas visto ser uma área esquecida da

tecnologia,
sustentabilidade e
design ecológico
em sistemas de orientação

(des)orientação
projectos em destaque

espaço hospitalar:
património, história e
tipologias de edifícios

cultura e sensibilizar o público e os decisores para o futuro do património hospitalar.

Bélgica, França, Espanha, Reino Unido, Itália, Holanda e Finlândia, foram os países envolvidos neste projecto que resultou num inventário e análise do património hospitalar destes países, na publicação de um guia – *“Hospital heritage guide: a journey through Europe”*, na participação no Heritage Days e em simpósios e exposições sobre o tema. Um projecto muito útil para quem se interessa pelo espaço hospitalar permitindo conhecer, de um modo geral, os hospitais dos países participantes.

É também apresentada uma definição das diferentes tipologias dos edifícios estudados que pode contribuir para o confronto e análise do espaço hospitalar. A divisão tipológica realizada pode dar origem a novos estudos, comparando tipologias, construindo descrições do espaço, uma abordagem que ajuda a encontrar diferenças e semelhanças entre hospitais, permitindo também o conhecimento de diversos hospitais europeus. A representação gráfica de cada tipologia sintetiza formas complexas, uma simplificação que contribui para a reflexão sobre o espaço hospitalar. Uma plataforma de base para uma procura mais criteriosa dos hospitais apresentados, se a curiosidade nos levar a fazer essa *viagem*.

construir
um sistema de sinalética

Em 2007 Edo Smitshuijzen publicou um manual de sinalética – *“Signage Design Manual”* - uma publicação única que reflecte a sua grande experiência profissional, assim como uma grande investigação na área. Um manual extremamente completo, que vai desde o projecto na sua concepção global, aos elementos pormenorizados de cada processo. Neste manual não apresenta projectos pessoais, não é um portfólio como a maioria das publicações na área, diferenciando-se por ser um instrumento de consulta. Para cada problema que surge durante a construção de um sistema, encontramos uma abordagem ao tema, útil, focado no processo, para reflectirmos e chegarmos a uma solução.

Este manual foi utilizado nesta investigação na resolução de problemas práticos durante a concepção dos projectos realizados, por exemplo: na numeração dos quartos de um piso de internamento. Uma identificação aparentemente simples, pode-se tornar numa reflexão interessante onde a estrutura do espaço, o sistema de sinalética em que está inserido, os diferentes usos, os circuitos de profissionais e utentes, os números de telefone, as chamadas de enfermagem, são elementos que interagem e onde a numeração de cada quarto, é um elemento fundamental que representa e auxilia no funcionamento de todas as partes. O manual de Edo Smitshuijzen, não deu a resposta, ajudou a construir a resposta para o problema. Ouvir falar de um tema que é semelhante àquele com que trabalhamos, e entender a experiência dos outros, ajuda-nos a construir raciocínios.

Alan Jacobson, actualmente presidente e fundador da *ex;it*, dedicou-se durante 31 anos a uma empresa de design gráfico ambiental AGS. A sua experiência na construção de sistemas de orientação contém uma vasta lista de projectos, nomeadamente o sistema de orientação do *Lankenau Hospital*, premiado em 2006 com uma menção honrosa pela *SEGD - Society for Environmental Graphic Design*. Em 2006 é autor de um capítulo no livro *Designing and Implementing Graphic Navigational Systems*, sobre espaços de saúde, onde apresenta uma abordagem relativamente a todo o processo de construção, implementação e manutenção de sistemas de orientação para espaços hospitalares, directrizes úteis e recomendações, um conhecimento sistematizado de um profissional com projectos concretizados na área. É com base nessa publicação que é apresentado o projecto do sistema de orientação do Lankenau Hospital.

sistemas de orientação:
problemas e soluções
vs
profissionais e utentes

Lankenau Hospital situa-se em Filadélfia, no Estado Americano da Pensilvânia. Desenvolveu-se no pós-guerra num complexo hospitalar, que ao longo dos anos cresceu de um modo confuso, provocando nos seus utilizadores momentos de desorientação causados pelo desconhecimento de saberem onde se encontram, ou por onde devem ir.

Lankenau Hospital

Este projecto, estruturado em cinco etapas, utiliza um conjunto de ferramentas que acompanha o utente durante todo o processo da ida ao hospital. Em 2006 foi premiado com uma menção honrosa pela *SEGD - Society for Environmental Graphic Design* que considerou a abordagem do programa de sinalização e dos seus componentes de apoio, uma nova abordagem para sistema de orientação em saúde.

“While the signage program and its supporting components may be considered part of a recent approach to wayfinding in healthcare, the ability to evaluate the underlying causes of the problem, provide recommendations on the most effective use of funds, and measure the results are important new steps, providing new added value for clients of the process of environmental graphic design” (SEGD, 2006).

As cinco etapas apresentadas por Berger (2005):

1. À primeira etapa deste processo chamaram: *“direction-giving”*

Realizaram entrevistas a trinta profissionais e cinquenta visitantes, das entrevistas, concluíram que eram dadas cerca de 1200 000 indicações de orientação por ano, 75% dos visitantes sabiam onde estavam durante metade percurso que tinham a realizar, apenas 15% das pessoas tinham a certeza do percurso a realizar. Desta primeira etapa resultou a seguinte solução – um plano director de organização do espaço dividindo o complexo hospitalar em duas zonas: A e B, baseadas na função a que se destinam, zona A para utentes do ambulatório e B, zona do Internamento. Cada zona é composta por parque de estacionamento, entrada principal, zonas de estar e respectivos serviços.

2. A segunda etapa: *“Articulating the wayfinding sequence”*

Nesta fase, através de entrevistas e observação, pretendia-se entender a sequência de percurso de cada utente de modo a serem criados percursos tipo. Concluiu-se que a grande maioria dos utilizadores desloca-

va-se ao hospital de carro, sendo o parque de estacionamento o ponto de chegada.

A solução nesta fase, foi centrada na zona de estacionamento, como ponto de partida para o percurso hospitalar e para a implementação do sistema de orientação. Cada parque, A e B, corresponde a uma entrada principal e respectivos serviços, sempre diferenciados com A e B. Desde o exterior é definida a orientação para o parque A ou B conforme a zona de destino, facilitando-se assim a entrada no parque certo.

3. A Terceira etapa: *“Developing a destination terminology”*

As entrevistas realizadas aos utentes permitiram identificar conflitos no uso de terminologias, causando uma indicação de percurso errada, como por exemplo: pediam a orientação para *“Registration”*, eram encaminhadas para *“Outpatient Registration”* no entanto, o que pretendiam era ir para *“Admission Department”*, serviços localizados em lugares opostos.

A solução para este problema: o destino ser antecedido de um código alfanumérico A ou B, consoante a zona, precedido pelo número do serviço, apresentando a terminologia de destino em todas as peças e directórios.

4. Quarta etapa: *“Using signs as tools for direction giving”*

As entrevistas permitiram também concluir que a primeira orientação que os utentes procuram é através dos profissionais, ou seja, é verbal, a sinalética implementada é apenas um auxílio à orientação verbal.

Para solucionar este problema foram realizados cartões com os percursos tipo, distribuídos por todos os departamentos da instituição e enviados aos utentes por email, de modo a terem toda a informação necessária antes de se deslocarem ao hospital.

5. Quinta etapa: *“Training and communication among staff”*

A investigação realizada neste projecto determinou a necessidade de um programa de formação para profissionais e voluntários que permitisse entender toda a construção do sistema de orientação.

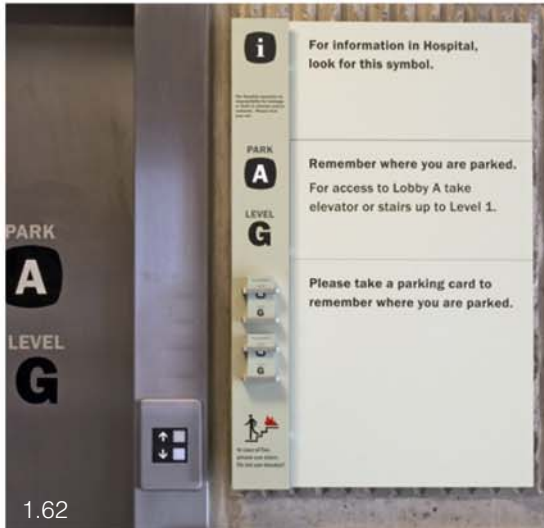
A solução passou pela realização de sessões explicativas de todo o projecto, obtendo-se dos profissionais e voluntários indicações importantes para a sua construção. Depois do projecto implementado distribuíram-se CD, elucidativos do projecto, permitindo assim que até os novos funcionários tivessem acesso a esta informação.

É um projecto revisto anualmente e executada a necessária manutenção de modo que sua coerência se mantenha inalterável e os sistemas continuem a funcionar.

Este projecto surgiu num momento em que também se sentia, nos casos de estudo desta investigação, uma grande necessidade da participação dos profissionais e utentes na definição dos projectos, isto é, descobrir os problemas certos é tão importante como encontrar as soluções certas. Concluiu-se ser uma necessidade habitual em projectos com estas características. Destaca-se por ter sido um auxílio, enriquecendo a



1.59 - 1.66
Lankenau Hospital,
Filadélfia (EUA) - sistema de
orientação



1.59

1.60

1.61

1.62

1.63

1.64

1.65

1.66

um sistema de orientação adaptada ao crescimento e desenvolvimento de uma instituição hospitalar

Lower Austrian Clinics

reflexão relativamente à importância da participação dos profissionais e utentes em projectos para o espaço hospitalar. São também de destacar as ferramentas que constroem sistemas de orientação, mostrando a necessidade de conceber peças para todos os utilizadores do espaço, utilizando meios de comunicação distintos, tendo em conta o objectivo que se pretende cumprir e o problema que se deseja resolver.

O sistema de orientação para as *Lower Austrian Clinics*, no sul da Áustria, foi um projecto centralizado no plano de reestruturação e expansão da instituição para os próximos quinze anos. O Hospital de St. Polten foi o primeiro a iniciar o processo. Existia a necessidade de conciliar três tipos de espaços - as novas instalações, as antigas e os edifícios e as instalações provisórias. Um espaço muito dinâmico que pretendia um sistema de orientação que acompanhasse as mutações do espaço, orientando sempre os utentes do hospital, nas diferentes fases de reestruturação do hospital, e ao mesmo tempo desenhado em função do que seria o sistema de orientação final.

Os designers responsáveis pelo projecto, o atelier *erwinbauer*, acompanharam desde o início o processo de reestruturação e expansão do hospital.

Subsistia um grande conhecimento do espaço: o que ele é, no que se vai tornar, os diferentes utilizadores, os percursos tipo de cada grupo e os diferentes géneros de informação que necessitam, permitindo assim construir soluções diversificadas - para os edifícios antigos, para os espaços provisórios e para os edifícios novos.

A uniformização de terminologias, hierarquização de designações e respectivas codificações foi a primeira tarefa a decidir e implementar: nome do hospital, nome do edifício com cor e letra associada, unidade funcional, especialidade médica, designação do compartimento e numeração.

Surge uma forte ligação entre a arquitectura, o design visual e a orientação, que funcionam como uma unidade. A arquitectura inclui espaços para os diferentes tipos de informação que ao mesmo tempo contribui para a definição dos lugares. A associação da cor, às unidades funcionais, marca o lugar ajudando na orientação e ao mesmo tempo constrói uma identidade, tendo em conta que esta codificação existe em todos os Hospitais que fazem parte do projecto.

A coordenação de todos os elementos - uniformização de nomenclaturas, cores, tipografia, formas e percursos - em diferentes tipologias de espaços - interiores, exteriores, novos, antigos e provisórios - só foi possível com uma estratégia bem desenhada, transformando a unidade conseguida neste projecto numa lição a tirar.

Este projecto representa uma vertente comum nos espaços hospitalares: a necessidade de acompanhar o crescimento do espaço com um sistema de orientação que contribua para um bom funcionamento da instituição, permitindo aos utentes circular facilmente, independentemente do momento que se vive na instituição relativamente a altera-

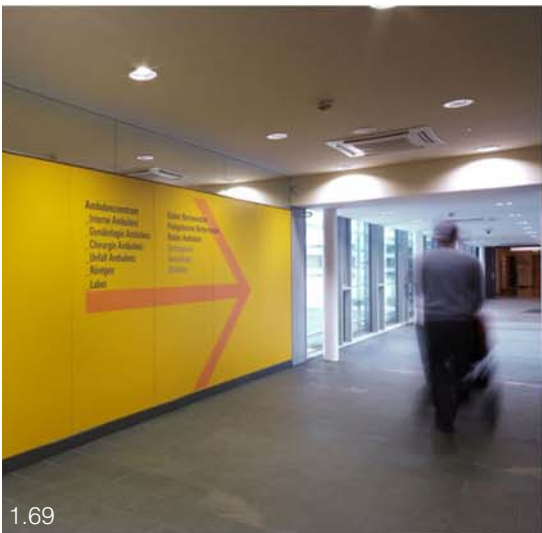


1.67

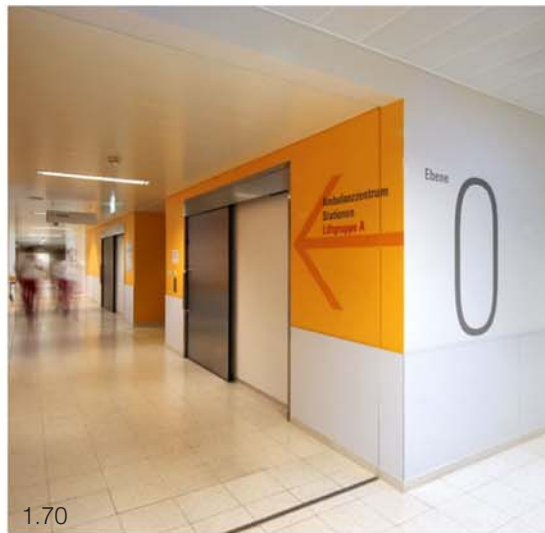


1.68

1.67 - 1.74
Hospital de St. Polten,
St. Polten (Áustria) - sistema
de orientação



1.69



1.70



1.71



1.72



1.73



1.74

ções de espaços e/ou circuitos. No processo, a equipa de trabalho - *erwinbauer* - representa preocupações e reflexões partilhadas nos casos de estudo desta investigação.

espaço hospitalar:
interdisciplinaridade
vs globalidade

Seguem-se exemplos de empresas americanas que trabalham interdisciplinarmente no espaço hospitalar construindo projectos abrangentes, formalmente e conceptualmente, uma prática comum mas com pouca expressão em Portugal. Cruzam-se diversas áreas, tornando a interdisciplinaridade e o trabalho de equipa fundamental, actuando com diferentes escalas em projectos em que todas as peças vão *construir* um objectivo comum.

fd2s é uma empresa com 25 anos, com uma equipa de trabalho interdisciplinar preocupada em construir sistemas de orientação e programas de design gráfico ambiental. Destaca-se por fazer todo o planeamento nos projectos e pelos resultados que têm obtido, construindo ferramentas de comunicação de uma forma integrada.

Apresentam-se três projectos exemplificativos do trabalho que realizam:

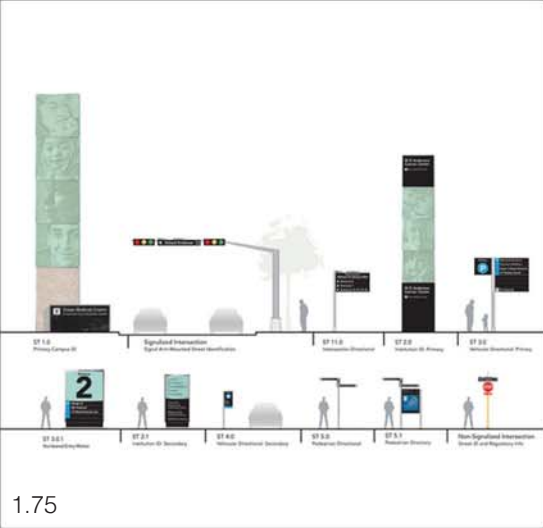
*Texas Medical Center M. D.
Anderson Câncer Center*

O *Texas Medical Center* é o maior centro médico do mundo com mais de quarenta instituições numa área de 3000 metros quadrados, com 19 quilómetros de ruas, 43 000 lugares de estacionamento. O projecto de orientação realizado engloba um sistema de orientação exterior e um site da internet. A dimensão e diversidade de espaços deste centro médico convertem este projecto num desafio, um sistema complexo que necessita de responder a inúmeros problemas de circulação de um modo simples e intuitivo. O entendimento da circulação viária e pedonal é fundamental, assim como o enquadramento das peças do sistema de um modo funcional e esteticamente agradável.

M. D. Anderson Câncer Center

M. D. Anderson Câncer Center é considerada uma das unidades de saúde mais prestigiadas do mundo. O projecto para o *M. D. Anderson Câncer Center* foi um sistema de orientação integrado, composto não só por sinalética mas também por outras ferramentas (estáticas e dinâmicas) de comunicação que proporcionam e potenciam o bom funcionamento do sistema.

Este projecto iniciou-se como uma análise rigorosa das necessidades de pacientes, acompanhantes e profissionais, realizada através de entrevistas a pacientes e acompanhantes, trabalho de observação em cada local, sessões de trabalho com profissionais e exercícios de simulação da chegada e admissão ao hospital. Determinou-se assim a necessidade de conceber um sistema unificado e facilmente reconhecível no espaço. O sistema foi constituído por peças de identificação *Access*, que marcam os percursos criando uma unidade visual do espaço que aumenta a legibilidade; painéis digitais que ajudam na definição de percursos; o *site* participa no sistema de orientação permitindo obter informações



1.75



1.76

1.75 - 1.78
Texas Medical Center,
Houston (EUA) - sistema de
orientação

1.79 - 1.82
M. D. Anderson Cancer Center,
Houston (EUA) - sistema de
orientação



1.77



1.78



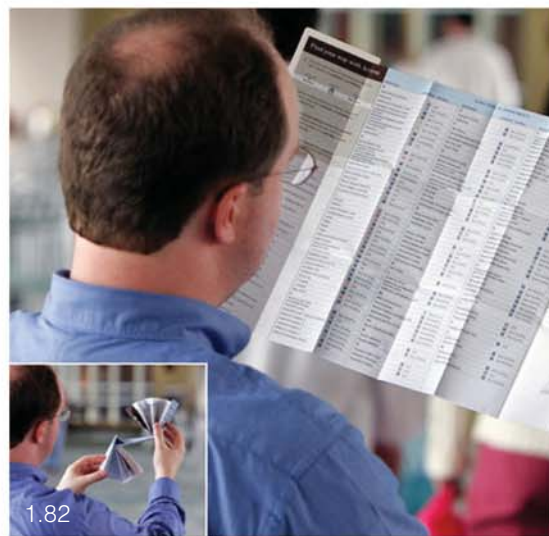
1.79



1.80



1.81



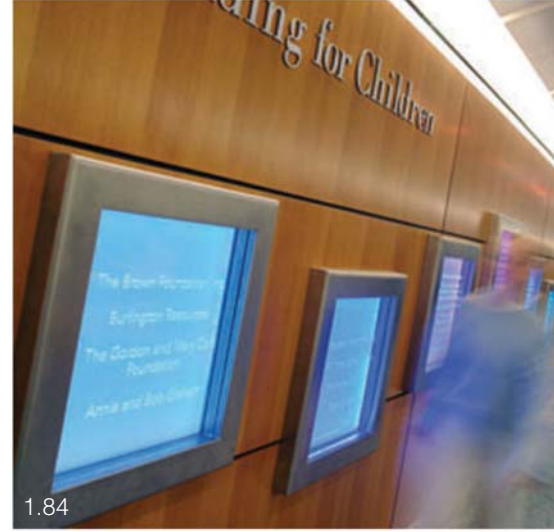
1.82

1.83 - 1.85
Texas Children's Hospital
 Houston (EUA) - sistema de
 orientação

1.86 - 1.90
*Palmetto Health Children's
 Hospital*
 Columbia (EUA) - sistema de
 orientação



1.83



1.84



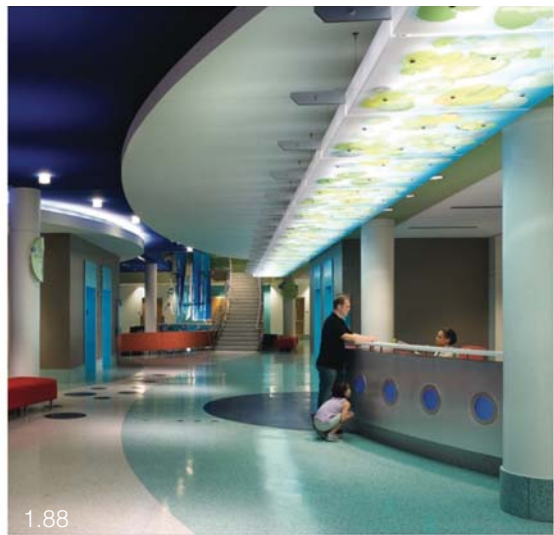
1.85



1.86



1.87



1.88



1.89



1.90

precisas de percursos a realizar; mapas “Você está aqui”; material de comunicação (mapas, guias) impresso para pacientes e acompanhantes; material de comunicação (vídeo, online...) destinado a profissionais e voluntários para formar e incentivar o uso do sistema de orientação e uma ferramenta informática que permite aos profissionais indicar alterações de funcionamento que influenciem o sistema de orientação da instituição.

O sistema de orientação foi implementado com sucesso. Em 2005 recebeu uma menção honrosa da *Society for Environment Graphic Design*, um prémio prestigiado na área.

Texas Children’s Hospital recebeu um projecto de orientação realizado em conjunto com o Arquitecto que projectou o edifício. Pretendia-se construir um sistema de orientação com uma navegação intuitiva que evitasse sinalética convencional, preferindo antes uma orientação que recorresse a pistas visuais, como cores ou padrões nas paredes, ou no chão e grandes formas coloridas.

Texas Children’s Hospital

Utilizaram-se cores brilhantes e grafismos com força visual construindo um ambiente legível e alegre.

Palmetto Health Children’s Hospital é um hospital pediátrico transformado a partir de um hospital oncológico de adultos, que depois de uma grande renovação abriu em 2008.

Palmetto Health Children’s Hospital

O projecto de orientação teve também em atenção o mobiliário interior, o conforto e a satisfação da criança.

Cada piso tem um tema relacionado com o bioma – oceano, floresta, pradaria, etc., e a investigação realizada apresentou os benefícios de uma temática associada à natureza em espaços de saúde. Imagens de grande formato digital, peças lúdicas, pinturas, esculturas de artistas locais reforçam o tema de cada piso. Sente-se também que houve uma preocupação com a faixa etária dos pacientes no tratamento dos temas. Um projecto que se destaca pelo modo como a arquitectura, o design gráfico e o design de interiores se cruzam harmoniosamente, traçando um espaço preocupado com a criança, interrelaciona espaços e constrói uma forte identidade.

Este projecto recebeu no ano de 2011 um prémio da *Society for Environmental Graphic Design*.

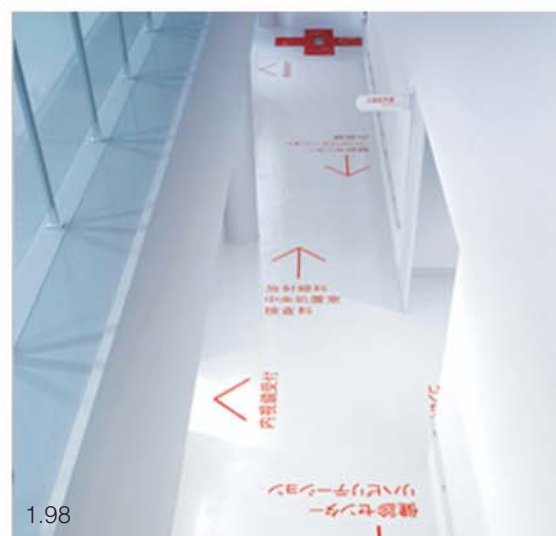
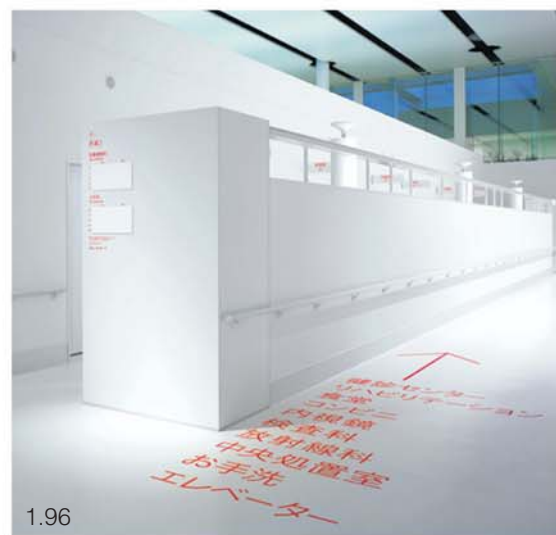
Kenya Hara é destacado nesta selecção de projectos pela conceptualidade de sistemas de orientação que correspondem directamente com as soluções gráficas que constrói, apresentando uma comunicação eficaz e integrada no espaço. Soluções de grande simplicidade, que transmitem uma aparente facilidade nas soluções desenvolvidas, tornando a navegação no espaço intuitiva.

espaço hospitalar:
comunicação vs pureza gráfica

Kenya Hara, designer Japonês é o autor do sistema orientação de dois hospitais que se distinguem pela simplicidade, originalidade e funcionalidade.

1.91 -1.94
Umeda Hospital
Tokyo (Japão)- sistema de orientação

1.95 -1.98
Katta Hospital
Tokyo (Japão)- sistema de orientação



Umeda Hospital especializado em obstetrícia e ginecologia é um hospital onde se pretendeu criar uma atmosfera suave e delicada, considerando o autor, que a utilização de tecido de algodão branco na construção das peças do sistema, lhe confere esse sentido. Um tecido lavável, que permite avaliar o cuidado e a qualidade da limpeza, indispensável ao ambiente que se pretende criar – peças brancas – que se não obedecerem ao nível desejado de manutenção, facilmente mostrarão sujidade, conferindo de imediato uma má imagem à instituição. Estas peças de tecido podem ser lavadas até 400 vezes. A simplicidade do desenho das peças do sistema de orientação permite uma *navegação* extremamente funcional, a escolha do material para as peças – tecido – confere originalidade ao projecto permitindo criar a atmosfera de conforto pretendida.

Umeda Hospital

Katta Hospital é um Hospital onde o branco domina, recebe o sistema de orientação essencialmente no chão. Setas e elegantes caracteres japoneses constroem a orientação, informando da distância para o local de destino, esclarecimento pouco habitual, mas relevante. O sistema é complementado com algumas peças nas paredes. O vermelho é a cor predominante no sistema, excepto nas enfermarias onde se utiliza o verde. Sendo o vermelho uma cor considerada por muitos autores inconveniente em espaços hospitalares por poder interferir com a sinalização de emergência ou por outras associações simbólicas, neste projecto, o seu aproveitamento foi arrojado, ambicioso e o resultado é muito bom.

Katta Hospital

“The colour of text and arrows is red. Some hospitals carefully avoid this colour.

At the white-white Katta hospital with delicate typographic treatment, red cannotes cleanliness, precision, and attention to detail. Not bad for a hospital” (Mollerup, 2005, p. 239).

É evidente a funcionalidade nos trajectos, a simplicidade na escolha e organização dos elementos que constroem o sistema e a originalidade de um sistema horizontal (no chão).

O projecto realizado pela empresa *jrcdesign* para Robert Wood Johnson Foundation, premiado em 2006, centrou-se no desenvolvimento da primeira fase de 25 dos 50 pictogramas destinados a espaços de saúde, com o objectivo de criar símbolos universais a aplicar em sistemas de orientação em diversas unidades, tendo sido também desenvolvidas no projecto as respectivas directrizes de implementação. A segunda fase deste projecto foi dirigida pela Society for Environmental Graphic Design.

Este projecto é referido, pela reflexão a que está intrinsecamente ligado: a construção de pictogramas universais. É grande a dificuldade de sintetizar especialidades médicas, traduzi-las em símbolos e transformá-los ao mesmo tempo numa comunicação universal. A comunicação visual não verbal implica um público visualmente instruído, sendo um desafio que levanta considerações importantes.

pictogramas
para espaços de saúde



1.99

1.100

Pictogramas desenvolvidos na parceria entre AIGA e o DOT



O último projecto apresentado não está directamente ligado com o espaço hospitalar ao contrário dos anteriores, no entanto é um marco importante na construção de sistemas de sinalética pela abrangência comunicacional.

Um sistema com 50 pictogramas¹⁰ resultou da parceria entre a AIGA (American Institute of Graphic Arts) e o Departamento de Transportes dos Estados Unidos da America (DOT).

Inicialmente foram criados 34 símbolos publicados em 1974, para serem utilizados nos meios de transporte à escala mundial, os outros 16 símbolos foram publicados em 1979. Actualmente são pictogramas utilizados em sistemas de *wayfinding* em todo o mundo, sendo mesmo considerados por muitos autores a *Helvetica* dos pictogramas.

O objectivo principal deste projecto era quebrar as barreiras linguísticas, construindo uma família de símbolos o mais universal possível.

“To develop such a system, AIGA and DOT compiled an inventory of symbol systems that had been used in various locations worldwide, from airports and train stations to the Olympic Games. AIGA appointed a committee of five leading designers of environmental graphics, who evaluated the symbols and made recommendations for adapting or redesigning them. Based on their conclusions, a team of AIGA member designers produced the symbols” (AIGA, n. d.).

Nos projectos que concretizamos e expostos nesta investigação, sempre que foi necessário, utilizaram-se estes pictogramas. Não desenhamos pictogramas específicos para cada espaço hospitalar, apesar de tal solução ter sido pedida. Valorizou-se acima de tudo a boa comunicação e ao recorrermos a estes pictogramas a sua eficácia foi comprovada.

10. Disponível para utilização em: <http://www.aiga.org/symbol-signs/>
É livre do pagamento de qualquer tipo de taxa relativa a direitos de autor.

intervenções artísticas

a arte na saúde

“Since classical times, art has been associated with hospitals and healing but the literature that attempts to evaluate and identify the benefits is slight. (...) Art schemes therefore usually operate on the basis of hope, faith and considerable charity” (Hosking & Haggard, 1999, p. 128).

Maxion (1989), no *Journal of Health Care Design*, apresenta uma reflexão relativamente à arte como ferramenta de cura, sendo parte do artigo dedicado a uma pequena e interessante abordagem histórica:

- No Neolítico, a pintura está relacionada com a representação de um momento, existindo uma passagem de poder da pintura para o pintor, existindo mesmo a crença relativamente à obtenção de domínio sobre as doenças e todas as energias negativas – *“Each color gave him additional power”* (p. 85).

- Os Egípcios valorizavam a realidade do espírito, comparativamente à realidade do mundo material, associando à cura, capacidades da pintura mural de temas da natureza - *“...the Egyptians believed that if they painted beautiful murals of nature in a place of healing, a person would have a vitality for and an interest in life. This would physically aid in the healing process. They would paint the ceilings blue like the sky and the floor green like the meadows of the Nile and often create little gardens right outside of their healing places or ancient hospitals. Egyptians also loved to collect fetishes, as indicated by a sculpture of Horace – the god often associated with healing. He is seen protecting the king between his feet from evils of disease”* (p. 85).

- Os Índios Navajo construíam à volta dos doentes pinturas executadas na areia, uma abordagem espiritual invocando ajuda no tratamento do doente, um ritual de cura onde era pedido um retorno da alma, curada e em harmonia;

- As intervenções artísticas presentes nos templos Gregos também imploram a saúde, a beleza e a perfeição – *“They would be brought into a room, bathed with mineral waters and herbal wraps and dressed in white. They would then go through a meditation process in which they would visualize the gods healing them, there were beautiful paintings on the walls and sculptures glorifying the perfect athlete, the perfect healthy man and the perfect healthy woman”* (p. 86).

- Com o Cristianismo surgem os temas religiosos– *“Very often they were of a religious nature as was the cross placed above the every bed”* (p.86).

- A autora indica que no século XIX era comum verem-se pinturas de carácter decorativo a retratar essencialmente cirurgias e autópsias. Ex.: *“Agnew Clinic, 1889”* de Thomas Eakins, *“The Anatomy Lesson of Dr. Tulp”* de Rembrandt.

Maxion (1989) considera ser recente a preocupação com o que a arte nos faz sentir, numa relação mais integrada destinada ao bem-estar do doente.

Esta publicação permite-nos reflectir nas funções distintas da arte ao longo do tempo e na sua relação com a saúde: de intervenções de carácter espiritual em que a expressão artística faz parte do ritual realizado, à representação da perfeição do homem e do mundo, à expressão religiosa utilizando símbolos e crenças, ao registo científico hiperrealista ou à prestação de cuidados de saúde como um acto de caridade que deve ter a gratidão de todos.

Segundo Penny Cortvriend (2005), foi divulgado em alguns estudos relacionados com intervenções artísticas no espaço hospitalar, que a

presença destas intervenções artísticas reduz o stress e aumenta a boa disposição. Certamente, trata-se de projectos devidamente criados para o espaço a que se destinam, sempre com a consciência do tipo de utilizadores que frequentam o espaço hospitalar.

redução do *stress* e aumento da boa disposição

“However, there are useful ways in which you can to some extent check that your arts scheme is worth the time and effort involved, but this is linked to a complete environmental programme and not just a picture here and there” (Hosking & Haggard, 1999, p.128).

Geralmente são projectos que não existem isoladamente, integram-se num todo com o objectivo de melhorar o ambiente hospitalar nas suas dimensões funcionais e estéticas e na preocupação do bem-estar e conforto de quem por lá passa.

projectos integrados para melhorar o ambiente hospitalar

“The projects undertaken so far have included design that have focused on wayfinding, public spaces, social spaces, private spaces, and links with the neighbourhood. The benefits for staff, patients and the Trusts as a whole have been significant. Examples include increased staff involvement and multi-disciplinary working, spending more time with patients an increased patient satisfaction and well-being” (Cortvriend, 2005, p.6).

“The world of hospitals and the world of art are very different and, since they do not generally get along well, it takes considerable skill to bring them together” (Hosking & Haggard, 1999, p.127).

Considerar que a presença de objectos ou intervenções artísticas num hospital são uma mais-valia para o espaço e especialmente para os seus utentes, é decerto uma apreciação subjectiva e geradora de múltiplas opiniões. Uma das maiores transformações que as atitudes artísticas antecipam, e que constitui ao mesmo tempo o seu ponto de partida, é o relacionamento entre a arte e o espaço, funcionando como uma atribuição de simbolismo ao lugar, como capacidade de produzir sensações, criar elementos identificativos no espaço e um (re)encontro de identidades. O objectivo máximo destas intervenções num espaço de saúde será de permitir a contemplação, a passagem do tempo, levar o pensamento a outros lugares alheando-o da realidade, será um «sonhar acordado», perspectivando uma tentativa de levar o observador para uma momento tranquilo e positivo, uma intervenção para e próxima das pessoas. Uma actuação exemplar são as interveções artísticas de Athos Bulcão na Rede Sarah, de que já falamos.

Quando referimos a presença de intervenções artísticas no espaço hospitalar, é importante para enquadrar o que entendemos por Arte Pública no espaço hospitalar, centrar-mo-nos nas palavras de Antoni Remesar por as considerarmos adequadas à tal presença que ambicionamos: *“Esclareça-se que quando falo de Arte Pública utilizo o conceito de uma forma muito geral, entendendo-a como um conjunto de “artefactos” de características eminentemente estéticas que mobilizam o espaço público. A Arte Pública viria a ser um interface desenhado, estetizado, entre o domínio do privado*

rede SARAH

Arte Pública

e a mesma territorialidade do espaço colectivo, a película que outorga sentido e significado ao território colectivo. Esta acepção do conceito supõe conceber a Arte Pública como um “agente de co-produção” do sentido do lugar e não exclusivamente como uma manifestação “artística” localizada no espaço público. Como co-produtor na geração de sentido do lugar, a Arte Pública seria um dos elementos chave para a colocação em marcha dos processos sociais de apropriação do espaço, através da sua capacidade simbolizadora e geradora de “identidade”. Assim, quando falo de Arte Pública refiro-me a coisas tão díspares como o desenho de espaço público, a paisagem, a escultura, as performance, etc.” (Remesar, 2000, p. 67).

Segundo Sarah Hosking e Liz Haggard em *Healing the Hospital Environment*, a importância das intervenções artísticas no espaço hospitalar é justificada de duas formas: a primeira relaciona-se com a arte enquanto produto e actividade global e essencial da existência humana desde os tempos primitivos, em todas as culturas e por todo o mundo em que as intervenções artísticas marcaram momentos distintos e importantes da humanidade. Consideram, as autoras, que em momentos de stress, sendo o hospital o lugar por excelência das inquietações, a arte poderá ser fundamental para atenuar ou dominar o desassossego; a segunda relaciona-se com a obrigatoriedade da existência da arte neste lugar, salientando a importância de uma correcta integração, uma adequada selecção e manutenção que envolvem questões práticas, financeiras e legais.

Parece importante definir que as intervenções realizadas devem ser criadas, projectadas e produzidas para as áreas em causa do espaço hospitalar. Na verdade o espaço de uma galeria não é o mesmo de uma sala de espera de um hospital.

Quando falamos em intervenções artísticas será que nos estamos a referir a decorar o espaço hospitalar?

“ Decoration is a visual quality rather than a category of objects. It often implies temporary embellishments such as celebration bunting, festoons and Christmas displays.

Decoration is the essential ingredient of the traditional popular arts inherent in fairgrounds, pub signs, caravans, circuses and the folk arts of any nation” (Hosking & Haggard, 1999, p. 131).

“While the statement “I don’t like it” is fine as a personal judgement, it is limited, while the professional response asks, “is it appropriate, is it good of its sort and will it enrich an overall art scheme?” (Hosking & Haggard, 1999, p.129).

Reflectir sobre a importância das intervenções artísticas num espaço hospitalar, o seu objectivo, enquadramento, os benefícios que pode trazer ao lugar, levanta também outras questões cujas respostas são di-

fíceis e subjectivas. Que tipo de intervenção artística? Quem escolhe a peça? Cumpre a função a que se destina? Questões estéticas e éticas comuns quando o tema se coloca.

Melhorar a habitabilidade do espaço hospitalar implica uma noção da variedade e complexidade de relações existentes tanto ao nível espacial, ambiental, social, passando por condicionantes reais, presentes ou futuras, e como não poderia deixar de ser, questões políticas e económicas diferenciadas.

melhorar a habitabilidade do espaço hospitalar

A presença musical no espaço do hospital é conhecida no Reino Unido desde 1948. *Music in Hospital* é a organização que proporciona música ao vivo, realizam anualmente mais de 4000 concertos, melhorando assim a qualidade da estadia no espaço hospitalar.

intervenções artísticas
projectos em destaque a música

Paintings in Hospitals é também uma organização inglesa fundada em 1959 preocupada em colocar obras de arte nos espaços de saúde. Actualmente tem uma colecção de cerca de 4200 peças, de artistas como: John Piper, Tom Phillips e John Bratby.

obras de arte em espaços de saúde

Nos anos 70 no Reino Unido, surgem projectos-piloto organizados pelo *Arts Council*, pela Fundação Calouste Gulbenkian e Carnegie Hall (Reino Unido). O projecto com maior destaque é o *Manchester Hospitals' Arts Project* da autoria de Peter Senior (actual director da organização *Arts for Health*), iniciado em 1974 e considerado um dos maiores na área na Europa. Cruzam-se aqui temas: a arte no espaço hospitalar e para o espaço hospitalar e a arte como um processo criativo e construído por pacientes, acompanhantes, voluntários e profissionais. No segundo tema diferencia-se arte no hospital produzida de uma forma participada e arte terapia, uma diferenciação criteriosa já que a arte no hospital não faz parte do tratamento clínico enquanto a arte terapia, segundo alguns autores, pode fazer.

arte para o espaço hospitalar e arte terapia

A Fundação Americana *Hospitals Arts* dedica-se a tornar o ambiente hospitalar mais caloroso, através de pinturas murais e quadros sem custos para as instituições. O conceito de pinturas para as pessoas dos hospitais nasceu em 1975, no entanto, oficialmente a fundação só se constituiu em 1984. A organização convida os pacientes, acompanhantes, voluntários e profissionais a participarem nos projectos, não sendo para isso necessária experiência artística. Acredita que pode tornar o espaço mais agradável e ao mesmo tempo, ao colocar toda a gente a participar no projecto, todos estão a contribuir para o bem-estar de todos.

intervenções artísticas com a participação de todos

Grampian Hospitals Art Trust é uma instituição que existe desde 1986. O seu objectivo é dinamizar exposições artísticas em espaços de saúde. Actualmente tem uma colecção de cerca de 4000 obras, colocada em hospitais e centros de saúde na região de Aberdeenshire na Escócia.

exposições em espaços de saúde

A organização de *Vital Arts* foi criada por um pequeno grupo de gestores do Sistema de Saúde Inglês, que nas horas vagas organizou projectos artísticos para espaços hospitalares. Rapidamente reconheceram os benefícios de introduzir intervenções artísticas nos projectos e em 1998, com o apoio de *Barts e The London Charitable Foundation* e também com apoios individuais foi fundada a organização.

Actualmente além do reconhecimento internacional pela qualidade de serviço que presta, conta também com as parcerias de: *Arts Council England, London Symphony Orchestra Ltd, Guildhall School of Music & Drama*. Apresentam projectos na área das artes plásticas e da música.

Um projecto exemplificativo é em Londres no Hospital de St. Bartholomew na Ala Oeste realizado em 2004.

O projecto artístico do Hospital de Dénia desenvolveu-se especificamente para o Hospital da Marina Alta, em Dénia, Espanha, que se inaugurou em 2009. Trata-se de um hospital público de gestão privada, realizada pela *DKS Seguros y Ribere Salud*, com avançada tecnologia, um edifício moderno preocupado com o bem-estar de todos.

O projecto foi impulsionado pela *DKV Seguros Médicos* em parceria com o *Instituto Arte y Entorno de la Universidad Politécnica de Valencia* e com o apoio de uma comissão de especialistas em arte.

“El arte como método terapéutico es el leitmotiv que ha seguido el Hospital de Denia en el desarrollo de cuidArt, una iniciativa pionera en España que da cabida a cinco innovadores proyectos artísticos. Con el fin de mejorar la salud y convertir el centro en un espacio más humano, el Hospital de Denia comenzó a trabajar en este proyecto de manera paralela a la construcción de su edificio”(DKV, 2011, p. 2).

O projecto foi realizado com a participação de várias disciplinas artísticas abarcando as seguintes intervenções:

- Colecção de fotografia e pintura da *DKV: Arte y Salud* cedida ao hospital para exposição;
- Projecto escultórico que procura a integração do edifício na paisagem e a construção de lugares com significado. São cinco as intervenções escultóricas realizadas por sete artistas;
- Um mural criado pelos artistas do grupo *Urban Art*;
- Uma sala de exposições que deseja receber quatro exposições por ano sobre o tema Arte e Saúde;
- Um projecto de workshops para pacientes - *Arte En Vivo y Musicoterapia*;
- Um programa com a colaboração de instituições públicas e privadas que partilhem experiências artísticas e de investigação e o objectivo de impulsionar a arte no hospital.

Um projecto composto por intervenções artísticas e arte terapia no espaço hospitalar, definindo actuações e objectivos, em que cada intervenção tem o seu lugar, formando um projecto coeso. Uma actuação que põe em prática a importante relação entre a arte e o hospital que tantos autores à muito tempo defendem. Um exemplo a admirar e a seguir.



1.101



1.102

1.101 - 1.108
St. Bartholomew Hospital,
Londres (Inglaterra)

1.101- Intervenção artística
realizada por David Batchelor

1.102 - Intervenção artística
realizada por Cornelia Parker



1.103



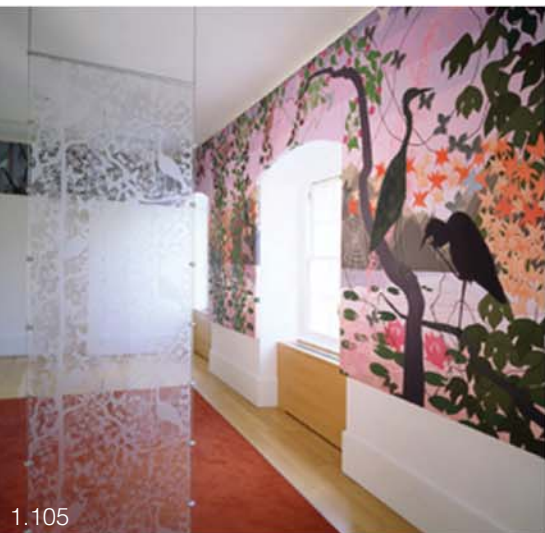
1.104

1.103 / 1.104- Intervenção
artística realizada por DJ
Simpson

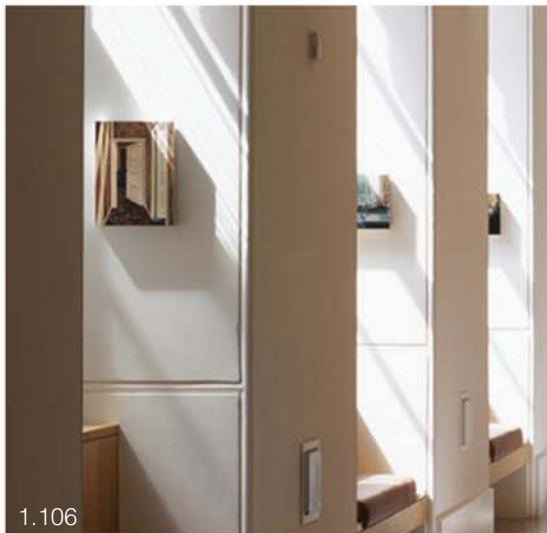
1.105 - Intervenção artística
realizada por James Aldridge

1.106 - Intervenção artística
realizada por Gerge Saw

1.107 / 1.108 - Intervenção
artística realizada por Rowena
Dring



1.105



1.106

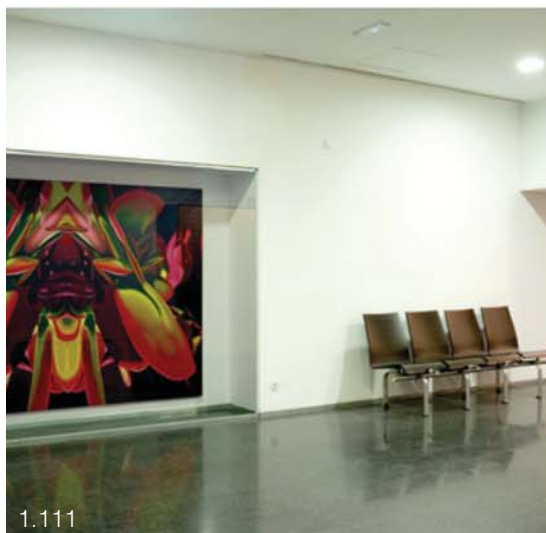


1.107



1.108

1.109 - 1.116
Hospital da Marina Alta,
Dénia (Espanha) - Obras da
coleção DKV Arte y Salut



Paint a Smile é uma organização de Solidariedade Suíça foi criada em Dezembro de 2000 em Genebra.

Realizou intervenções em 13 países em 142 paredes de 56 hospitais.

A sua missão é atenuar a ansiedade e o dramatismo provocado pela estadia hospitalar, transformando um ambiente frio e impessoal, num espaço vivo e colorido. Para isso, realiza intervenções nas paredes – pinturas de figuras e ambientes que transformam as paredes brancas, típicas destes espaços, em paisagens do mundo da fantasia, dos sonhos e do imaginário infantil. Em Portugal tem intervenções: no Hospital D. Estefânia (2004), no Hospital Maria Pia (2005); no Hospital Distrital do Pombal (2006), no Instituto Português de Oncologia do Porto (2007) e no Hospital Garcia da Horta (2007). As intervenções nestes hospitais realizaram-se nas zonas do Internamento e Consulta de Pediatria.

intervenções plásticas nas paredes das Pediatrias de Hospitais

A *Operação Nariz Vermelho* é uma associação portuguesa sem fins lucrativos, tem uma filosofia semelhante à organização *Paint a Smile* mas com outro tipo de actuação.

Oficialmente constituída em 2002, foi o resultado de um longo processo iniciado por Beatriz Quintella, que em 1993 teve conhecimento do trabalho realizado pelos Doutores Palhaços¹¹ dos Estados Unidos. Como não existia nada semelhante em Portugal, Beatriz Quintella ofereceu-se para levar a personagem do Palhaço ao Hospital D. Estefânia. Trabalhou 8 anos, sozinha e como voluntária. Em 2001 convidou dois amigos a participar no desafio e com uma contribuição generosa da Glaxo SmithKline, o projecto assumiu um carácter profissional.

Habitam pontualmente alguns espaços hospitalares, tendo como objectivo transformar positivamente a realidade das crianças que passam pelo hospital. A *Operação Nariz Vermelho* visita oito hospitais portugueses por semana e mais de 27 mil crianças hospitalizadas em todo o país por ano. Através da arte do palhaço, vão proporcionando momentos de alegria e descontração às crianças hospitalizadas, aos seus pais e aos profissionais de saúde.

a arte do palhaço

No hospital, a localização, a arquitectura do edifício, os espaços que oferece, os ambientes compostos por cores, cheiros, sons e texturas, em que o mobiliário, os objectos e os mais variados artefactos adquirem um lugar e apelam a sensações tais como, conforto, desconforto, orientação, desorientação, bem-estar, mal-estar, confiança, desconfiança, etc. Tudo isto garante, juntamente com a maneira como os profissionais recebem e cuidam os doentes, a identidade que se atribui a cada espaço hospitalar uma imagem construída individualmente, memórias de um espaço físico, mas acima de tudo, memórias das emoções experienciadas.

À identidade construída por cada um, adicionamos a imagem que a instituição tenta construir, utilizando ferramentas de comunicação, mecanismos de *marketing* e publicidade. São definidas logomarcas, um

a imagem do espaço hospitalar

comunicação, marketing e publicidade

11. Chamam-lhes os Doutores da Alegria no Brasil desde 1991 ou os *Clown Doctors* na Austrália e Inglaterra, os Doutores Palhaços existem em organizações por todo o mundo.

elemento de comunicação visual presente em todas as instituições públicas ou privadas, elaboram-se planos de comunicação interna e externa, onde são apresentados um conjunto de conteúdos que definem os serviços de saúde prestados e o modo como se posicionam no mundo da saúde, informações distribuídas em diferentes meios de comunicação, onde cada vez mais parece ser necessário aparecer. Mas será que definem o modo de como aparecer? Qual a mensagem que devem comunicar? O que é que verdadeiramente interessa às pessoas?

a identidade
do espaço hospitalar

Seria interessante fazer uma pesquisa, naquilo que diz respeito a essa identidade, tentando abranger as transformações sofridas ao longo das últimas décadas, em que o hospital passou dum lugar frio e desconfortável, onde o doente ia ou era levado, para o lugar onde agora o doente (cliente) é quem decide. Não encontramos referências de qual será a questão central da identidade do espaço hospitalar, embora existam vários temas que parecem estar associados, e muitos elementos que contribuem para a sua construção.

Interacção pessoa/meio

A Sociologia interessa-se pelo estudo de hospitais, existindo um grande número de monografias sobre o tema, destaca-se o estudo de Peneff (2002) numa Urgência de um Centro Hospitalar. Apesar de nenhum projecto desta investigação ser um Centro Hospitalar, o Serviço de Urgência de um hospital Público suscita interesse por todas as dinâmicas que estabelece e pelas relações complexas que permite. Utentes diversificados em situações de urgência distintas, partilham um lugar onde a falta de espaço, a falta de informações e esclarecimentos os tempos longos de espera contribuem para o desconforto e mau estar no espaço. Peneff (2002) efectuou o estudo por observação participante dos comportamentos, no serviço de urgência de um hospital francês. Trabalhou durante um ano como maqueiro estando os seus objectivos principais ligados com as actividades dos profissionais – enfermeiros, auxiliares de enfermagem, maqueiros -, apresentando no entanto reflexões do espaço hospitalar que se consideram pertinentes para este trabalho.

Um dos elementos existentes no seu estudo é a apresentação de uma descrição dos espaços e a incapacidade dos utentes na leitura dos sistemas de sinalética, independentemente da qualidade ou quantidade de elementos que compoñham o sistema.

“Os testemunhos dos utentes recaem sobre a ideia de labirinto, mesmo quando foi feito um esforço evidente para tornar claros os sinais e as direcções. Na verdade as sinalizações continuam indecifráveis para um leigo (terminologia clínica, sinais confusos), mas, em circunstâncias normais da vida, somos capazes de decifrar sinais muito mais complexos. No caso do hospital, há uma dificuldade de movimentação, uma barreira não material, mas de foro psicológico” (Peneff, 2002, p. 23).

Verifica-se que, apesar de existir uma identificação cuidada na zona de parque e na entrada do hospital, a circulação dos veículos privados não acompanha as sinalizações. Os condutores perturbados, não conseguem visualizar qualquer indicação, provocando desse modo situações conflituosas com os veículos de socorro, irritações entre condutores, exigindo da parte dos profissionais do hospital, uma grande atenção e vigilância. Neste estudo, verifica-se que existe falta de concentração na orientação dos utentes no espaço e que, durante a permanência nas salas de espera, os acontecimentos do meio envolvente fazem igualmente dispersar a atenção da leitura de revistas ou livros. Pela maneira como profissionais e utentes circulam é possível distinguir e definir os *“habituais dos novos”*.

Urgência
de um Centro Hospitalar

estudo por observação
participante

Para Peneff (2002) o espaço hospitalar é constituído por um conjunto de espaços distintos, entre estes espaços, os profissionais estabelecem poucos laços de comunicação não sendo muito comum circularem por aí, uma vez que têm o seu núcleo onde desenvolvem as suas actividades. *“Podemos seguir a metáfora da grande cidade para compreender a hierarquia e a estratificação deste mundo fechado em si mesmo, que é o hospital. Nele encontramos os bairros de luxo e os bairros pobres. Estes últimos incluem o centro de alcoologia, a geriatria, os gabinetes dos serviços gerais e a lavagem de veículos. O pessoal médico e administrativo – como na cidade – evita os funcionários, os auxiliares da acção médica confinados à cave ou cingidos a um canto vetusto. Os bairros de luxo são decididamente os gabinetes confortáveis da administração, a parte central, com a zona pedonal, invenção recente dos hospitais modernos: hall de recepção aprazível, rodeado por quiosque de jornais, cafetaria, decorado com plantas verdes, sofá de napa.*

Em relação a esta zona, os corredores e os restantes lugares de passagem estão atulhados com camas, cadeiras de rodas, macas em fila indiana. Esta obstrução lembra os engarrafamentos na cidade a horas de ponta” (Peneff, 2002, p. 24).

sala de espera

São apresentados os diferentes espaços dos profissionais que compõem a Urgência e uma caracterização da sala de espera onde rapidamente visualizamos, com a descrição do autor, uma sala de espera de um hospital público português:

“Nesta sala de espera, fria, apenas mobilada com cadeiras ao longo das quatro paredes (com a habitual mesa com revistas de meses muito anteriores), a decoração não existe (excepto no Natal) para além de alguns cartazes, pela necessidade de prevenção ou sobre algumas questões de saúde pública” (Peneff, 2002, p. 32).

organização e simbologia do espaço

Carapinheiro (1998), na sua abordagem sociológica do Hospital Português, dá atenção à organização e simbologia do espaço especialmente do Serviço de Medicina Interna, tanto no Hospital Geral como no Hospital Universitário, fazendo uma relação entre as hierarquias médicas e a construção do espaço.

“A substituição das grandes enfermarias por salas mais pequenas de internamento e a alteração do mobiliário antigo por um tipo de mobiliário mais moderno e funcional, numa primeira análise, parece revelar preocupação pela “humanização do serviço” no sentido de fornecer condições de maior conforto e dignidade ao doente, como foi explicado pelo director do serviço enquanto mostrava as novas instalações. No entanto se pensarmos que um serviço é uma propriedade detida por quem atinge o topo da hierarquia médica, facto aliás revelado no próprio discurso dos directores de serviço, em expressões como “o meu serviço”, “os meus doentes”, “o meu pessoal”, então as modificações produzidas nas características físicas dos serviços exprimem, mais do que preocupações “humanistas”, a importância de que se reveste para o prestígio do director o poder de angariar recursos na modernização do serviço, no contexto do sistema de concorrência entre os vários serviços de medicina interna do respectivo grupo hospitalar” (Carapinheiro, 1998, p. 101).

A simbologia apresentada, relativamente à organização do espaço do Serviço de Medicina Interna que é um Internamento, demonstra as hierarquias logo na segmentação do espaço e respectiva organização que permite reconhecer a importância técnica e social de cada lugar, criando assim divisões devidamente delimitadas. Por um lado a presença da doença, por outro as hierarquias dos profissionais de saúde. O modo como a autora interpreta o espaço e os objectos, fornece indicações de leitura espacial importantes para este trabalho, aprender a ler os objectos, os espaços ou os uniformes contribuiu para procedimentos mais atentos nos projectos que realizamos.

Ir para, e, ou estar no Hospital são sempre acções perturbadoras. Pensa-se em tudo: será que deixamos de ser nós para sermos mais um caso ou um número?

sala de espera

Mas o principal desejo é ser bem atendido e bem tratado, o mais depressa possível... e voltar à vida, também, o mais brevemente possível.

As salas de espera de um espaço hospitalar servem de cenário a inúmeros e diferentes comportamentos. Algumas pessoas permanecem em silêncio, lendo, vendo televisão, a olhar em redor ou fixando, sem ver, um ponto qualquer; outras conversam com o acompanhante ou o desconhecido de uma forma angustiada ou tranquila; uns permanecem sentados, outros de pé, e ainda há os que vagueiam pela sala à espera que o tempo passe.

“O tempo não passa quando o nosso ritmo corporal e o relógio não são síncronos” (Hall, 1996, p. 148).

“O tempo comprime-se quando passa mais depressa, este fenómeno manifesta-se com evidência em situações de urgência” (p.152).

o tempo

Como seria se os hospitais estivessem organizados de modo a que não fosse necessário ao doente esperar pelo atendimento? Ou será que o ideal é existir uma sala de espera? Certamente que o doente precisa de um tempo para se preparar psicologicamente para o encontro com o médico. Quando alguém vai ao hospital, deseja com certeza lá permanecer o menos tempo possível, cada minuto é uma eternidade.

a espera

Consequentemente seria importante transformar este tempo, que demora a passar, em tempo real. A sala de espera (em que se desespera) é um ‘micro espaço’ condicionado por inúmeros factores como por exemplo: a dimensão, a iluminação, a acústica, a cor ambiente, o mobiliário e a sua disposição, e tantos outros, indispensáveis para proporcionar o máximo de bem-estar.

tempo real

Se assim é, o espaço onde se aguarda pelo atendimento deveria ser objecto de uma cuidada atenção.

“... siguiendo a autores como Altman (1975), Proshansky, Ittelson y Rivlin (1978) o Newell (1995), se considerará la privacidad como el concepto marco (...) que mejor refleja la relación entre la interacción social y el entorno...” (Valera & Vidal, 1998, p. 123).

Se queremos reflectir sobre a sala de espera, os elementos que a compõem e a forma como estes espaços são experimentados, é forçoso analisar o conceito de privacidade, sendo ele, o elemento a ter em conta na interacção social e no meio envolvente.

Para o ser humano a privacidade é um assunto muito importante e os nossos comportamentos, no dia-a-dia, manifestam isso de uma forma directa ou indirecta.

«Desde la subida a la montaña del Zaratrusta de Nietzsche para encontrarse consigo mismo y con la «verdad», a las estrictas reglas socioambientales que regulan la vida de una comunidad de monjas de clausura o el más mundano debate actual sobre las reglas éticas que debem guiar el acceso y control de la información personal de personajes públicos por parte de la prensa amarilla, la lista Robinson de exclusión de datos personales para promociones comerciales o la profusa tendencia a utilizar los walk-man para extraerse de ciertos aspectos del medio social y/o ambiental; todo ello son ejemplos en los que uno puede entrever de manera clara manifestaciones distintas del concepto de privacidad» (Valera & Vidal, 1998, p. 124).

A definição de privacidade fornecida por Irwin Altman integra os diferentes sentidos de privacidade numa definição genérica:

“La privacidad es “el control selectivo del acceso a uno mismo o al grupo al que uno pertenece” (Altman, 1975, pág.18). Así, el autor captura en la definición los dos aspectos esenciales de la privacidad: el control selectivo de la interacción social y de la información ofrecida a los otros (sin que ello signifique necesariamente aislamiento y reserva, respectivamente)” (Valera & Vidal, 1998, p.124).

Irwin Altman aborda o processo de privacidade como um modelo geral de interacção social, não apenas como uma teoria, mas antes numa perspectiva mais profunda.

O modelo de Altman é pensado como um processo dialético. Deste modo estabelece-se um processo entre o indivíduo, as suas necessidades e expectativas, o contexto sócio ambiental em que se encontra num determinado momento, com circunstâncias de interacção específicas. Existe assim uma relação sistémica entre a privacidade desejada e aquela que realmente é alcançada, tendo em atenção que é um processo de controlo de limites, através do qual um indivíduo ou um grupo organiza com quem contactará e quanto, e que tipo de contacto acontecerá. Como é que se poderia determinar este tipo de processo dialético nos utentes de um espaço hospitalar, sendo que o elemento chave do modelo é o meu acesso aos outros? Seria possível determinar a interacção desejada para cada utente? Ou seria o espaço que deveria ser constituído por distintos tipos de “ambientes” possibilitando a escolha de diferentes formas de interacção?

“Altman (1975) resume a duas as várias funções da privacidade : gerir as interacções sociais e desenvolver um sentido de identidade pessoal.

A privacidade permite gerir a interacção entre o indivíduo e o mundo social,

ou seja, gerir a revelação ou não de informação pessoal. (...) A outra importante função da privacidade prende-se com o desenvolvimento da identidade. Estabelecer um sentido de identidade pessoal requer que o indivíduo aprenda a definir as suas fronteiras pessoais, aquilo que o separa e diferencia dos outros, e depende da capacidade de se avaliar a si próprio em comparação com outras pessoas. Ora estas duas condições só podem verificar-se se houver privacidade...” (Muga, 2005, p.142).

Ao entrar num espaço hospitalar é habitual sentir-se uma perda de identidade, uma despersonalização; este sentimento está associado à fragilização de quem lá vai, mas, não será a forma como estes espaços se constituem responsável por esse desconforto? A falta de privacidade, a proximidade de profissionais e utentes, pessoas desconhecidas que observam e de quem se depende, não ajudarão também para esse sentimento?

Como nos sentimos quando vamos ao hospital?

A ida a um hospital relaciona-se com o abatimento provocado pela doença e, dependendo de profissionais para obter a cura, cumpre-se o que eles dizem, espera-se, e quando chega o momento é-se observado, sondado até apalpado. Despe-se e veste-se as vezes que forem necessárias. A ansiedade é grande. Será que a nossa privacidade é questionada nestes momentos?

“Altman (1975) considera que as pessoas procuram atingir um nível óptimo de privacidade, sendo tão insatisfatório ter pouca como muita privacidade. A experiência da privacidade depende do jogo entre o nível desejado de contacto com outras pessoas e o contacto conseguido” (Muga, 2005, p.144).

nível de privacidade

As zonas de espera num hospital deveriam ser flexíveis, ao ponto de permitir aos utentes a escolha de um lugar em que sentissem o nível de privacidade desejada? Ou será impossível apenas o espaço condicionar essa experiência?

“Altman (1975) defende a necessidade de uma filosofia de projecto que reflecta a natureza dialética da privacidade, isto é a necessidade de criar ambientes flexíveis. A filosofia do desenho das casas japonesas constitui um bom exemplo: as salas de estar constituem ambientes altamente flexíveis pois as paredes interiores são móveis, satisfazendo uma grande variedade de necessidades pessoais e sociais, desde criar dois espaços independentes fechando uma parede, até dar uma festa para muitos convidados, abrindo as paredes” (Muga, 2005, p. 147).

ambientes flexíveis
casas japonesas

Outros autores, como Hertzberger (1999, citado por Muga, 2005, p.147) falam de espaços polivalentes capazes de responder a vários tipos de uso, esta flexibilidade, segundo o autor, pode desencadear o aparecimento de projectos neutros, que resultam em edifícios sem identidade e, por vezes a ausência de programa provoca um falhanço na adequação.

espaços polivalentes

flexibilidade espacial
na sala de espera

Quando falamos em flexibilidade espacial, estamos a considerar a criação de diferentes ambientes que permitam aos utentes de uma instituição, neste caso hospitalar, escolher numa sala de espera o lugar onde acreditam encontrar a situação de privacidade que desejam. Todavia essa flexibilidade não pode interferir com a forma base do lugar, nem com o funcionamento da instituição. A sua estrutura deve ser fixa, ou seja, as diferentes áreas devem estar definidas: áreas de espera, de circulação, de atendimento ou áreas com outros usos; haver a possibilidade de utilizar elementos móveis para obter o tipo de espera que se ambiciona, por exemplo: o posicionamento das cadeiras, a utilização de biombo, pequenas mesas ou outros objectos que permitam criar separações e possibilitar diferentes níveis de privacidade.

“Para Holahan (1982), muitos aspectos da arquitectura actual tornam difícil conseguir privacidade: os espaços abertos e a utilização excessiva do vidro diminuem a privacidade acústica e visual; os prédios muito altos dão a sensação que estamos na prisão ou em dormitórios altamente impessoais” (Muga, 2005, p. 146).

o planeamento
da sala de espera

Ao planear um espaço como uma sala de espera é necessário termos em atenção, além de todas as questões funcionais que estruturam o lugar, os materiais que vamos utilizar – pensar se são adequados, não só funcional e esteticamente, mas também se cumprem o tipo de ambiente que pretendemos construir, tendo sempre em atenção as diferenças de quem vai utilizar o espaço.

graus de privacidade

Serão as zonas de espera espaços de transição? Quando se fala neste tipo de espaço, pretendemos referir a passagem do quotidiano para uma outra realidade que vai continuar numa sala de tratamento ou num consultório médico. Zimring (1982, citado por Valera & Vidal, 1998, p.133) distingue os espaços por graus de privacidade, deste modo, considera como espaços privados – aqueles espaços em que é imaginável um alto grau de privacidade (ex: quarto de banho, quarto de dormir, escritório privado, carro); espaços semipúblicos ou semiprivados (ex: salas de espera, salas de aula, salas de reunião); espaços públicos (ex: ruas, armazéns...).

Sendo assim, consideramos uma sala de tratamento ou um consultório médico como um espaço com o nível máximo de privacidade e a sala de espera um espaço semipúblico ou semiprivado.

control do processo
de privacidade

O controlo do processo de privacidade está, segundo Archea (1977, citado por Valera & Vidal, 1998, p.133), intimamente ligado com as qualidades físicas do ambiente. Podemos então verificar uma ordenação da privacidade de duas formas: pelo modo como precepçionamos a envolvente e pela intensidade da nossa exposição visual num espaço.

“Ciertamente el espacio construido juega un importante papel en la regulación de la privacidad, es decir, tanto de la interacción social como de la información que mostramos ante los demás y la que recibimos de ellos. (...) Así, las diferentes disposiciones espacio-ambientales permitirán mayor o menor control de la pri-

vaciedad en una situación social determinada” (Valera, 1999, p. 5).

Tendo em atenção os princípios de John Archea é possível regular um espaço como uma sala de espera, criando diferentes níveis de privacidade, tentando compensar os diferentes tipos de utentes. Será que esta possibilidade é uma mais-valia para o espaço?

Ao abordarmos estes princípios, que de certa forma leva-nos para a questão da vigilância, vigiar, ser vigiado e é inevitável não falar de Michel Foucault e do seu livro *Vigiar e Punir*.

vigilância

*“En su fascinante libro *Surveiller et punir* Michael Foucault (1975) muestra como una adecuada tecnología del saber aplicada al espacio puede ser utilizada como forma de poder, dominación y control. La referencia al «Panóptico» -construcción diseñada por Jeremy Bentham a finales del siglo XVIII- deviene un paradigma de la aplicación de las ideas de Archea al servicio de la anulación total de la privacidad”* (Valera, 1999, p. 5).

Este estudo de Michel Foucault, situado entre o século XVII e XIX, considera que a «*sociedade disciplinar*» tem durante este período dois momentos de transformação: um, o da «*cidade pestilenta*», outro, «o estabelecimento panóptico». Estas transformações têm um século e meio de distância e marcam grandes modificações do programa disciplinar o que automaticamente intervém com a própria forma de organizar o espaço. Neste caso vamos-nos centrar no «*estabelecimento panóptico*». O autor considera que, o “*asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento de correção vigiada, assim como os hospitais, e de um modo geral todas as instâncias de controlo individual, funcionam num duplo modo: o da divisão binária e da marcação (louco - não louco; perigoso – inofensivo; normal – anormal), e o da determinação coerciva (compulsiva), da repartição diferencial (quem é ele; onde deve estar; como caracterizá-lo; como reconhecê-lo, como exercer sobre ele, de uma maneira individual uma vigilância constante; etc.)*” (Foucault, 2002, p.165).

estabelecimento panóptico

A figura arquitetural deste funcionamento é o panóptico de Bentham.

panóptico de Bentham

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

operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre recortando-se exactamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas...” (p. 165).

O Panoptismo pretende melhorar o exercício do poder de uma forma rápida, leve e eficaz. Uma vigilância generalizada, um espaço que cria automaticamente naqueles que o habitam uma sensação de estar a ser vigiado, condicionando o comportamento de uma forma imediata. Bentham maravilha-se com as instituições panópticas por serem tão leves (não necessitarem de grades, correntes, grandes portas).

vigilância

Assim, o hospital pode ser como um modelo de tecnologia disciplinar. Não se trata da essência do poder, mas, o hospital é um exemplo de como ele se exerce no quotidiano do homem, “(...) o *Panóptico* não deve ser compreendido como um edifício onírico: é um diagrama de um mecanismo de poder levado à sua forma ideal; seu funcionamento, abstraindo-se de qualquer obstáculo, resistência ou desgaste, pode ser bem representado como um puro sistema arquitectural e óptico: é na realidade uma figura de tecnologia política que se pode e se deve destacar de qualquer usos específico” (p. 170).

Desta forma uma das utilizações possíveis é a de cuidar dos doentes nos hospitais, um “operador terapêutico” (p.145).

O espaço deve permitir que se possa observar bem os doentes e facilitar toda a coordenação dos cuidados. A própria forma do hospital deve ter em conta uma articulação do espaço que possa separar as pessoas, evitando-se o contágio; as camas afastadas; uma ventilação correcta em que a higiene e a funcionalidade do espaço seja uma prioridade.

O conceito de panoptismo de Foucault está ainda presente na nossa sociedade.

“Pongamos un ejemplo cotidiano: cámaras de vídeo situadas estratégicamente permiten, a modo de la torre central del vigilante, observar nuestro comportamiento en la calle, en el banco, en establecimientos de la administración pública, en los estadios y lugares de ocio, en las gasolineras, en los grandes almacenes, en el portal de la casa de nuestro amigo” (Valera, 1999, p.6).

Nas salas de espera dos espaços hospitalares é comum o contacto e a exposição visual. Todos os movimentos são controlados, podendo existir seguranças que nos limitam a passagem, barreiras físicas que impedem a circulação e/ou circuitos internos de câmaras de vigilância que afirmam olhar pela segurança de todos.

Como seria o comportamento dos utentes se não existissem estas limitações? Até onde é que a privacidade nas salas de espera pode ir? Em pleno século XXI, o que é necessário fazer para se entender a importância destes espaços e o direito ao bem-estar?

“... diversas investigaciones han mostrado la relación entre disposiciones ambientales de centros hospitalarios y el grado de satisfacción e incluso de recuperación de sus residentes” (Valera & Vidal, 1998, p. 135. A propósito de Ittelson, Proshansky & Rivlin, 1978; Osmond, 1957; Sommer & Kroll, 1979; Wolf, 1975)).

O propósito - reflectir sobre a interacção pessoa/meio focando os espaços de circulação e espera - foi de entender o seu funcionamento, e para isso, foram consultados diferentes autores, sempre, com o objectivo de aprofundar a forma de olhar o espaço e observar a actuação dos seus intervenientes. O método de perceber e questionar poderá levar a descobrir novos modos de analisar o espaço e posteriormente descobrir outras propostas de soluções.

“operador terapêutico”

a exposição visual
nas salas de espera

Conclusão

O entendimento do espaço hospitalar e a relação do espaço com a recuperação do doente, a definição dos elementos que compõe este lugar, como comunicam e se ligam, quer no funcionamento do hospital quer nos ambientes que proporcionam, a preocupação com o conforto de quem circula e quem espera, foram pensados e trabalhados ajudando a actuar no espaço hospitalar, a clarificar ideias, a olhar, a reflectir e a descobrir soluções.

A contemporaneidade do pensamento de Nightingale (1860), a confirmação de Toledo (2005) revelando que a preocupação com a humanização do espaço hospitalar não é recente, levaram-nos para as reflexões de vários autores em que a relação do espaço com o bem-estar e o curar são debatidos. São entendidos pontos de vista, em que o lugar terapêutico é distinto do lugar tecnológico, frio e artificial, aproximando-nos da qualidade do espaço, do seu desenho, não só na sua funcionalidade mas também no ambiente que se pretende proporcionar aos utentes.

A importância que tem a localização do hospital e o modo como se relaciona com a envolvente, a valorização da ligação com a natureza, para contemplar, estar, ou mesmo com finalidades terapêuticas, a relação da luz com o espaço e as cores que se formam construindo ambientes que nos podem aconchegar, inquietar, orientar ou ajudar a passar o tempo, a harmonia no modo como todos os elementos comunicam e interagem são tudo elementos que consideramos caracterizadores tanto do Sanatório de Paimio como da Rede Sarah, hospitais exemplares.

Na Rede Sarah a presença das intervenções artísticas de Athos Bulcão, fundem-se com o espaço, um entendimento entre arte e arquitectura, constituindo hospitais singulares sempre adequadas ao espaço a que se destinam e sugerindo um modo de actuar. Athos Bulcão é um referência nas intervenções artísticas pensadas para o espaço hospitalar, ao definir uma abordagem conceptual e estética abre um caminho que considerámos estar ainda no início, e ter inúmeros atalhos para descobrir. Reflectimos nas funções distintas da arte ao longo do tempo, na sua relação com a saúde, na importância das intervenções artísticas no espaço hospitalar, entendendo a variedade de formas e relações que a arte pode assumir, as condicionantes existentes para a sua presença, mas acima de tudo conhecemos projectos que afirmam influenciar a construção de ambientes dedicados aos utentes. Na diversidade de projectos que destacámos neste capítulo, considerámos o projecto do hospital

de Dénia realizado com a sinergia de várias disciplinas artísticas, um projecto coeso, uma manifestação de actuações artísticas contemporâneas no hospital.

Nesta investigação concentrámo-nos nas zonas de circulação e espera do espaço hospitalar, zonas comuns a todos, corredores e salas onde se realizam percursos, lugares aparentemente simples de descrever que facilmente proporcionam sensações de desorientação e ansiedade transformando-se em lugares confusos. Preocupámo-nos em entender a concepção do espaço hospitalar para conseguir definir os movimentos e as necessidades dos utentes.

Foi fundamental entender como nos orientámos para se poder relacionar a configuração e composição dos lugares, com as reacções que proporcionam, reflectindo a necessidade de sistemas de orientação estruturados por vários elementos, que encontramos na especificidade de cada espaço hospitalar, construindo assim uma linguagem possível de ser praticada por profissionais e utentes. Nas experiências dos outros encontramos problemas semelhantes aos que tivemos nos nossos projectos, contribuindo para a nossa procura de soluções. Sabemos também que as questões culturais e sociais influenciam naturalmente as soluções, sendo necessário o enquadramento de cada problema, um bom exemplo é o projecto de Kenya Hara, para o Katta Hospital em Tokyo, um espaço em que o protagonista poderia ser o sistema de sinalética vermelho, no entanto, a horizontalidade do sistema funde-se no espaço, destacando o hospital branco com um bom sistema de orientação.

Estar e esperar, foram momentos sobre os quais reflectimos profundamente, diferenciámo-los, imaginámo-nos nesses dois lugares e em cada um deles o tempo era marcado de um modo diferente, assim como a serenidade com que se estava. A proximidade dos lugares sentados, das pessoas e suas interacções, convidou ao entendimento do processo de privacidade pela sua importância na interacção social e no meio envolvente. Tudo isto proporcionou a transformação do nosso arquétipo de sala de espera que era estático, cinzento, marcado pelo tempo, num lugar para novos projectos.

Assistimos, nos projectos apresentados, a estruturas de trabalho interdisciplinares, uma prática com pouca expressão em Portugal. Ao processo interdisciplinar Brandão (2006) esclarece a exigência de ultrapassar os problemas de cada disciplina, na procura de uma solução comum, uma inerente interactividade. Uma abordagem do processo de interdisciplinaridade, existente no design urbano, que nos parece ser possível aplicar ao espaço hospitalar, podendo ser mesmo o caminho para conseguir encontrar soluções integradas, especialmente porque considerámos que os temas que tratámos cruzam-se, e só com soluções globais será possível melhorar a habitabilidade no espaço hospitalar.

